

PLANNING OF MARKET-ORIENTED SCIENTIFIC RESEARCH IN BIOLOGY AND MEDICINE

N.G. KURAKOVA, V.I. STARODUBOV
Summary

The process of planning of innovative projects' regulation must have technical, conjunctural and commercial dataware of high reliability

Key words: conjunctural and commercial dataware

УДК -616,33+616342-002,44- 007,251-07,003.1

МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ДИАГНОСТИКЕ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ

Р.В. ЧЕМИНАВА*

Введение. Перфоративная язва желудка (ПЯЖ) и 12-перстной кишки (ЯДК) часто имеет отчетливо выраженную клиническую картину. Характеризуется внезапно возникшей сильной болью в животе, и диагностика этого состояния не представляет затруднения. Трудности существуют тогда, когда при перфорации язвы симптомы не ярко выражены. Стертая симптоматология, по Мондору, «период обманчивого улучшения, относительного затишья» может быть обусловлена прикрытой перфорацией, алкогольной интоксикацией, воздействием наркотических препаратов, поздним обращением пациента за помощью и т.д. Около 50% больных в Санкт-Петербурге, по данным научно-методического отдела НИИ СП им. И.И.Джанелидзе, поступают в стационары города через 6 часов с момента перфорации. Поэтому вопрос своевременной верификации диагноза очень актуален.

Цель – оценить режим диагностики ПЯЖ и ЯДК.

Материал и методы исследования. Для решения поставленной задачи нами проведен анализ результатов диагностики и лечения, больных с ПЯЖ и ЯДК в клинике, где дежурная бригада имела возможность круглосуточно проводить инструментальные исследования в необходимом объеме. Сравнение проводили с результатами диагностики и лечения аналогичных больных в условиях многопрофильной горбольницы, где инструментальные исследования применялись в ограниченном объеме. Анализу подверглись 100 больных, поступивших в клинику с подозрением на ПЯЖ и ЯДК. Из них 80 пациентов, у которых диагноз перфоративной язвы подтвердился, составили основную группу 1; лица, у которых диагноз не подтвердился, – основную группу 2.

Группу сравнения составили 100 лиц, поступивших в горбольницу с подозрением на перфоративную язву. Контролем служили 80 лиц, у которых диагноз подтвердился (группа 1); те, у которых диагноз не подтвердился, составили контрольную группу 2. Затем вели сравнение по результатам исследования клинико-инструментальных показателей при диагностике и лечении.

Результаты. Изучив динамику поступления больных в стационары в течение суток, выяснилось, что 32% больных поступали с перфоративной язвой в клинику с 9.00 до 16.00, а 68% пациентов – с 16.00 до 9.00. У 60% больных, поступивших с перфоративной гастродуоденальной язвой, не было характерного язвенного анамнеза, и первой манифестацией язвенной болезни была клиника перфорации. С момента появления признаков заболевания до 6 часов в клинику поступили 78% лиц, а в городскую больницу – 71% чел. От 6 до 24 часов поступили 22 (27,5%) чел. в клинику и 27 (33,75%) – в горбольницу. Позже 24 часов от начала перфорации в горбольницу поступили 2 (2,5%) пациента.

Для уточнения диагноза перфоративной язвы, больным основной и контрольной групп, помимо клинико-лабораторного исследования, проводилась обзорная рентгенограмма брюшной полости в 70 (87,5%) случаях в клинике и в 74 (92,5%) случаях – в больнице. В результате обзорной рентгенографии, свободный газ в брюшной полости был обнаружен у 53,75% больных в клинике и у 60% – в больнице. У больных при наличии свободного газа в брюшной полости и соответствующей клинической картине, перфорация полого органа не вызывала сомнения и диктовала необходимость экстренного оперативного лечения. В то же время

у 46,25% больных основной группы 1 в клинике, и 40% пациентов контрольной группы 1 в больнице свободный газ в брюшной полости не определялся и диагноз оставался не ясным. Когда обзорная рентгенография брюшной полости не позволяла подтвердить диагноз перфоративной язвы, проводилась экстренная фиброгастродуоденоскопия (ФГДС). Экстренная ФГДС выполнена 35 (43,75%) лицам основной группы 1. Помимо отсутствия пневмоперитонеума, показанием к ФГДС у этой группы, послужило подозрение на опухоль желудка, а в ряде случаев – необходимость уточнения локализации перфоративной язвы. В 15 случаях при эндоскопии были выявлены пилородуоденальные язвы, но убедительно доказать наличие перфорации не удалось.

В клинике ФГДС выполнялась в течение одного часа с момента поступления больного в стационар. В больнице во время экстренной ФГДС у лиц контрольных групп в 32 случаях подтвердили наличие перфоративной язвы. В 11 случаях при ФГДС не было убедительных данных за перфорацию язвы в связи с наличием в просвете желудка пищевых масс, выраженной деформации пилородуоденальной зоны, отека слизистой и др. причин. В сомнительных случаях после ФГДС проводили повторно обзорную рентгенограмму брюшной полости. Это позволило уточнить диагноз 9 больным в связи с появлением пневмоперитонеума. УЗИ, экстренно проведенное, позволило выявить наличие газа и свободной жидкости в отделах брюшной полости. УЗИ делали 45 больным основным групп, в 38 случаях обнаружена жидкость в малом тазу и по правому боковому каналу, между петлями кишечника. В 7 случаях данных за наличие свободной жидкости и газа в брюшной полости не получено. УЗИ делали в течение первого часа с момента поступления в стационар и всегда предшествовало ФГДС, а в 70% случаев делали обзорную рентгенографию брюшной полости. В больнице УЗИ при подозрении на ПЯЖ и ЯДК по экстренным показаниям не выполняли.

Экстренная диагностическая лапароскопия (ЭДЛ) была выполнена в клинике 8 больным основным групп. Показанием для проведения экстренной диагностической лапароскопии послужило отсутствие пневмоперитонеума на обзорной рентгенограмме, наличие пищевых масс в желудке при ФГДС, неубедительные заключения при УЗИ. При ЭДЛ удалось подтвердить наличие прикрытой перфоративной язвы у 3 пациентов. В 5 случаях, были выявлены заболевания, имитирующие перфоративную язву – заброс менструальной крови в брюшную полость (1), острый панкреатит (3), перфорация тощей кишки (1).

При клиническом и инструментальном исследовании выяснили, что у части больных нет данных за перфоративную язву. Больные поступили с заболеваниями, имитирующими перфоративную гастродуоденальную язву. Это были лица с выраженным болевым синдромом, обусловленным чаще острым панкреатитом, эрозивным гастродуоденитом, печеночной коликой, тромбозом мезентериальных сосудов, обострением хронической каллезной язвы, острой странгуляционной кишечной непроходимостью, острым перфоративным аппендицитом, забросом менструальной крови, перфорацией тонкой кишки, разрывом селезенки и др.

Заключение. Использование разумного сочетания клинического, лабораторного и инструментального исследования в условиях клиники позволило своевременно верифицировать клинический диагноз больным основным групп 1 и 2. Всем 80 больным основной группы 1 в течение 3 часов с момента поступления в клинику выполнены различные варианты операции на желудке и 12-перстной кишке – зашивание перфоративной язвы велось в 68 случаях и резекция желудка – в 12. В основной группе 2 большинство больных нуждались в экстренной операции, которая была осуществлена своевременно. Другим пациентам, не нуждающимся в проведении оперативного пособия, начата адекватная интенсивная медикаментозная терапия. В послеоперационном периоде у основной группы 1 отмечался один случай летального исхода и 4 осложнения.

В контрольной группе 1 в течение 3 часов с момента поступления оперированы 45 (56,25%) лиц с перфоративной язвой. От 6 до 12 часов с момента поступления оперированы 27 (33,75%) пациентов из этой же группы, и 8 (10%) больных – через 12 часов с момента поступления в стационар. Зашивание перфоративного отверстия производилось в 96,25% случаев, а резекция желудка – в 3,75%. В контрольной группе 2 отмечалась задержка с постановкой диагноза и с началом своевременной адекватной терапии. В послеоперационном периоде у больных контрольной группы 1 были отмечены 4 летальных исхода и 5 осложнений.

* НИИ СП им. И.И.Джанелидзе

Нами были изучены издержки, необходимые для диагностики ПЯЖ и ЯДК в обоих медицинских учреждениях. Было установлено, что в условиях клиники на своевременную диагностику 80 больным ПЯЖ и ЯДК было затрачено по тарифу ОМС – 33167,59 р., в условиях больницы – 15172,72 р. Разница затрат обусловлена отсутствием в больнице круглосуточной службы УЗИ и ЭДЛ. Экономия, которую больница часто вынуждена делать в связи с ограничением финансовых ресурсов, нередко оборачивается серьезными последствиями. Устранение данной проблемы возможно путем дополнительного финансирования медицинских услуг, крайне необходимых для диагностики острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, в том числе и перфоративной язвы. Только комплексное использование всех доступных современных медицинских технологий позволяет значительно снизить процент диагностических ошибок при таком грозном осложнении язвенной болезни, какой является перфорация.

УДК 616; 658.88

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПЛАТНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ В ВЕДОМСТВЕННОМ ЛЕЧЕБНОМ УЧРЕЖДЕНИИ

Ю.И. ГРИГОРЬЕВ, М.В. ЖУКОВА, Е.Г. СУВОРОВ*

Поиск эффективных механизмов управления и деятельности отечественного здравоохранения привел к замене централизованного сметно-затратного финансирования медучреждений. Фактически узаконенной стала оплата договорных работ, что способствует формированию конкурентной среды [2, 6, 11, 13].

В связи с введением нового федерального законодательства о местном самоуправлении, функции и принадлежности медучреждений изменились и в ряде случаев далеко не в лучшую сторону. В послевоенный период в связи с улучшением условий жизни населения состояние его здоровья систематически повышалось, но с середины 60-х годов прошлого века развитие здравоохранения вначале стабилизировалось, а затем начало ухудшаться [4, 9]. Эта ситуация была ранее характерна для многих экономически развитых зарубежных стран. Здоровье населения в большей степени зависит от достигнутого уровня социально-экономического положения страны и проводимой в этом отношении политики со стороны государства, нежели чем от внутренних резервов самой системы здравоохранения, так как период его экстенсивного развития закончился [7, 10]. В сохранении здоровья россиян на первый план выходит проблема приоритетного и достойного финансового обеспечения здравоохранительных мероприятий с профилактикой заболеваемости, улучшение качества и медицинской помощи в целом [6, 11].

В условиях дефицита финансовых ресурсов в 90-е годы и необходимости выполнения статьи 41 Конституции РФ было найдено решение данной проблемы в виде ежегодно утверждаемой Правительством РФ Программы государственных гарантий по оказанию населению бесплатной медицинской помощи, когда большинство видов медицинских услуг оказывается пациентам без дополнительной оплаты, так как получение средств на эти цели идет через систему налогообложения [1, 8].

В соответствии с федеральным законодательством введено обязательное медицинское страхование (ОМС). Каждый из субъектов РФ имеет право создать собственную территориальную систему ОМС, но ее элементы определяются федеральным законодательством: работодатели через налоговую систему вносят в территориальный фонд ОМС взносы за своих работников; органы власти местного самоуправления делают взносы за неработающее население и финансируют ряд важных медицинских программ и находящихся в их компетенции муниципальных лечебных учреждения; территориальный фонд ОМС распределяет ресурсы между страховщиками на основе дифференцированного подушевого норматива; страховщики оплачивают медицинские услуги поставщиков (ЛПУ). В соответствии с характером финансовых потоков возникает договорные отношения между работодателями

и страховщиками, между последними и территориальными фондами ОМС, между местными органами власти и страховщиками. Однако эта программа полностью не обеспечивается финансовыми ресурсами, так как государство не гарантирует ее осуществление в полном объеме, то есть по ряду причин ее финансовая сторона может частично не выполняться. Именно затруднения в получении медицинской помощи по этой программе явились причиной безудержного стихийного роста платных услуг. По отношению к расчетным показателям финансовая потребность Программы государственных гарантий удовлетворяется в среднем по РФ менее чем на 80%, а взносы территориальных бюджетов в фонды ОМС на неработающее население не превышают 25% от расчетной потребности, что большей частью возмещается за счет собственных средств граждан, получающих дополнительные платные услуги [1, 13]. В то же время идея ограничений, заложенная в программе, возможна лишь в условиях достаточной платежеспособности населения, но при сложившейся в стране резко выраженной экономической дифференциации населения она ничем не оправдана. В связи с этим возникает формирующееся неравенство в здоровье и отсутствие солидарности в оказании медицинской помощи. В ряде случаев пациенты нуждаются в тех видах медицинской помощи, которые не включены в программу, а также в дорогостоящих услугах, но не все их могут оплачивать и получать. Отсюда вывод о том, что нужно не ограничивать объемы и виды помощи, не нарушать принцип общественной солидарности, а структурировать население по доходам и выделять приоритеты в развитии здравоохранения. Другой проблемой является развитие системы добровольного медицинского страхования (ДМС) и рынка платных услуг при условии их подчиненного, дополнительного характера по отношению к системе обязательного медицинского страхования. Становление рынка медицинских услуг является механизмом привлечения финансовых средств в здравоохранение. Порядок юридического и экономического обеспечения здравоохранения нуждается в перестройке для решения указанных выше проблем [3, 6, 11]. ДМС может стать самым востребованным видом комплексного страхования. Снижение государственного бюджетного финансирования здравоохранения и возрастающие потребности населения в медицинской помощи стимулируют предприятия приобретать полисы ДМС для своих сотрудников. Сегодня медицинская страховка может входить в стандартный социальный пакет, предлагаемый сотрудникам, являясь своеобразным преимуществом в конкурентной борьбе предприятий за квалифицированный персонал на рынке труда. В соответствии с Законом РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», ДМС обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и иных услуг сверх тех из них, которые установлены программами ОМС. При этом закон отдельно оговаривает и то, что ДМС может быть как индивидуальным, так и коллективным. ДМС не получило достаточного развития в РФ. Рассмотрим такое положение на примере Отделенческой больницы на станции Тула ОАО «Российские железные дороги» (далее ОБ).

Таблица

Показатели деятельности ОБ при работе с пациентами по линии ДМС

Отчетный период	Общее число граждан, участвующих в ДМС	Пациенты, обратившихся в ЛПУ		Сумма оплаты за услуги ДМС (руб.)
		абс.	%	
Сентябрь	3579	96	11,37	133935,50
Октябрь	3540	173	20,5	250448,13
Ноябрь	3549	479	56,76	194087,00
Декабрь	3655	96	11,37	159190,00
Итого:	3570*	844	100,00	737660,63

* – средний показатель

Показатель среднего посещения на одного человека по ОБ составляет 1,9 случаев. На 3570 (табл.) закрепленных за ЛПУ лиц, например, с сентября по декабрь 2004 г. зарегистрировано всего 844 амбулаторных посещения. Это составило в среднем 0,24 посещения на одного пациента в системе ДМС. Это говорит о низкой обращаемости населения по линии ДМС, что можно объяснить плохой осведомленностью пациентов о своих правах.

* ТулГУ