

том структурных преобразований в здравоохранении.

9. Обеспечить медицинским организациям, лицам, осуществляющим частную медицинскую деятельность, государственным и муниципальным учреждениям равные права на работу в системе обязательного медицинского страхования (ОМС) и участие в реализации областных и муниципальных целевых медицинских программ на конкурсной основе.
10. Способствовать созданию конкурентной среды на рынке медицинских услуг.
11. Осуществлять конкурсную основу закупки лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники.
12. Территориальному фонду ОМС, страховым медицинским организациям, органам управления здравоохранением публиковать в обязательном порядке отчеты о расходовании средств ОМС и средств бюджета.

Для реализации вышеуказанных предложений и определения стратегии и тактики охраны здоровья (в особенности матери и ребенка) создана вневедомственная система координации (Меди-

цинский Совет Иркутской области). Накапливается положительный опыт совместной работы межведомственных учебно-научно-практических центров и подразделений, целевого финансирования и организации программ вакцинации и оздоровительных программ, издания газеты, отдельных мероприятий и выставок, финансирования заказных работ и т.д.

THE ANALYSIS OF DEMOGRAPHIC PROCESSES AND THE OPTIMIZATION WAYS OF PUBLIC HEALTH DEVELOPMENT IN IRKUTSK REGION

G.I. Gubin, S.A. Korovin

(Health Services Committee of Irkutsk Region Administration, ESSC SD RAMS)

The materials of demographic processes research in Irkutsk region are generalized.

Analysis of population sick rate, activity results and development perspective of special public health service are presented.

© ГАЙДАРОВ Г.М., КИЦУЛ И.С. –
УДК 616-07-08-06-082

НЕКОТОРЫЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ ВЛИЯНИЯ ИСХОДНОГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ НА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ ЛЕЧЕБНО- ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Г. М. Гайдаров, И. С. Кицул

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор – акад. МТА и АН ВШ А.А. Майборода, кафедра социальной медицины, управления и экономики здравоохранения, зав. – д.м.н., проф. Г.М. Гайдаров)

Резюме. В статье представлены результаты комплексного научного исследования, проведенного на базе некоторых стационаров г. Иркутска. Результаты исследования показывают, что ведущим фактором, влияющим на результативность (эффективность) медицинской помощи является исходное состояние больных. Последнее формируется преимущественно поведенческими установками больных и уровнем профилактической работы амбулаторно-поликлинических учреждений.

Оценивая результативность лечебно-диагностических мероприятий, необходимо учитывать, в каком состоянии поступают больные в учреждения здравоохранения в современных условиях.

Количество оказываемых услуг в настоящее время, в связи с экономическим положением большинства трудоспособного населения, имеет довольно отчетливую тенденцию к снижению:

уменьшается посещаемость амбулаторно-поликлинических учреждений, сокращается объем госпитализации. Состав посетителей в поликлинике изменился в сторону увеличения доли больных с более сложными заболеваниями, а отказ от повторных посещений, своевременной госпитализации приводит к хронизации патологических процессов, появлению осложнений. Примерно та

же картина наблюдается и в стационарах, где на фоне уменьшения общего объема госпитализации (уровня госпитальной помощи и средней длительности лечения) в составе больных преобладают госпитализированные с более тяжелыми проявлениями заболеваний. Эти данные свидетельствуют о том, что исходный уровень состояния здоровья данных категорий больных, поступающих на лечение, вряд ли даст возможность ожидать наилучший результат лечения.

Лица, потенциально нуждающиеся в медицинской помощи, не всегда обращаются за ней, не говоря уже о динамическом наблюдении у врача, что отягощает течение заболеваний, приводит к терминальным стадиям и крайне снижает вероятность благоприятного желаемого исхода заболеваний.

Как известно, при возникновении острых заболеваний или состояний от своевременности и правильности оказываемой медицинской помощи на догоспитальном этапе зависит дальнейшая тактика лечения и исходы заболеваний и травм. Сроки госпитализации также определяют исход и эффективность лечения. Кроме того, последние зависят и от своевременности обращения за медицинской помощью, а это во многом определяется поведением самого больного, его медицинской активностью и уровнем санитарной культуры. В ряде случаев не исключена эта зависимость и от медицинских служб, в частности от учреждений скорой и неотложной медицинской помощи.

Для установления возможных причин, снижающих эффективность оказания медицинской помощи, необходим учет ряда факторов. Среди них следует учитывать разницу между исходным состоянием здоровья больного и состоянием после медицинского вмешательства для внесения корректив с учетом меняющихся уровней тяжести заболеваний. С учетом этих факторов необходимо и формулировать конкретную цель лечения, достижимую в реальных условиях оказания медицинской помощи данным врачом.

Учитывая вышесказанное, нами была предпринята попытка изучить эффективность лечебно-диагностических мероприятий в зависимости от исходного состояния больного. В связи с чем было проведено комплексное исследование в ряде стационаров г. Иркутска, где методом экспертных оценок были проанализированы данные 1739 больных. Ключевые позиции исследования: состояние больного до и после оказания медицинской помощи, оценка эффективности оказанной медицинской помощи, выявление основных факторов, влияющих на нее.

Во всех оцениваемых возрастно-половых группах при поступлении было отмечено наличие осложнений. Наиболее часто они отмечались у лиц преклонного возраста – 60-69 лет (20,3%) и 70 лет и старше (20,7%). У лиц молодого возраста установлены значимые различия по полу. Так, у мужчин возраста 15-19, 20-24 и 25-29 лет осложнения основного заболевания наблюдались значи-

тельно чаще, чем у женщин того же возраста. Удельный вес осложнений при поступлении среди всех исследуемых составил 12,5%, а возникших в ходе лечения – 11,7%.

Запущенность патологического процесса установлена у 27,8 % больных. При этом она наиболее часто отмечалась среди мужчин в возрасте от 40 до 70 лет и старше. Так, в возрасте 40-49 лет у мужчин запущенные стадии заболевания регистрировались в 17,4 % случаев, у женщин – в 12,6 %, а в возрасте 50-59 лет – в 18,2% и 13,8 % соответственно.

Своевременное обращение за медицинской помощью имело место лишь в 56,8% случаев, что неизбежно способствовало прогрессированию запущенности патологического процесса и более тяжелому состоянию больного при поступлении. Чаще несвоевременно обращались лица в трудоспособном возрасте, особенно мужчины 20-24 (24,3 %), 30-39 (27,4 %) и 40-49 лет (36,1 %). Среди женщин это явление наиболее часто отмечалось в возрасте 40-49 лет (26,2 %).

В тех случаях, когда при поступлении выявлялось осложнение основного заболевания, процент выздоровления был предельно низок (2,83 %), в сравнении с теми случаями, когда осложнений не было (91,9 %). В этой же группе больных чаще наблюдалось отсутствие положительной динамики патологического процесса (31,6 %), а также в результате лечения ухудшение состояния (19,3 %) и смерть (6,53 %). В группе больных, где при поступлении не отмечалось осложнений, случаев ухудшения состояния и смерти выявлено не было. У больных, поступивших в крайне тяжелом состоянии, случаев выздоровления не отмечалось, в тяжелом – лишь в 1,7% случаев. Среди больных, поступивших в средне тяжелом и удовлетворительном состоянии, достоверно увеличивалась частота выздоровления и уменьшалось количество неблагоприятных исходов ($p < 0,05$). Это вполне укладывается в единую логическую картину. Случаи смерти были отмечены лишь при крайне тяжелом и тяжелом состоянии больных при поступлении ($p < 0,001$).

Оценка фактора запущенности основного заболевания и его влияния на исход патологического процесса показала, что при запущенных клинических формах процент выздоровления был минимальным (4,3%) по сравнению с другими исходами. Только при запущенном процессе в ходе лечения отмечалось ухудшение состояния (18,4%) и летальные исходы (7,8%; $p < 0,05$). Среди больных без запущенности патологического процесса процент выздоровления составлял 82,3%. Наиболее неблагоприятным исходом для таких категорий больных являлось отсутствие положительной динамики процесса, которое установлено лишь в 2,4% случаев.

Своевременность обращения за медицинской помощью закономерно определяла исход лечения. При своевременном обращении частота выздоровления составляла 79,4%, летальных исходов и

Таблица 1

Эффективность лечения в зависимости от исходного состояния больных на момент поступления в стационар (%)

Исходное состояние	Исходы лечения					
	Выздо- рование	Улучше- ние	Без из- менения	Ухудше- ние	Смерть	Всего
Количество больных (n)	599	647	316	149	28	1739
Течение заболевания:						
– острое	93,8±0,33	6,2±0,33	–	–	–	100,0
– хроническое	2,7±0,4	54,6±1,6	32,1±0,9	7,5±0,6	3,1±0,77	100,0
– обострение хронического	3,1±0,61	62,3±1,9	27,2±1,1	3,8±0,63	3,6±0,62	100,0
Осложнения:						
– имел при поступлении	2,83±0,31	39,7±1,8	31,6±1,62	19,3±0,9	6,53±0,51	100,0
– возникло в ходе лечения	8,6±0,72	73,6±1,3	9,7±0,8	4,8±0,32	3,3±0,4	100,0
– не имел при поступлении	91,9±0,96	6,7±0,43	1,4±0,18	–	–	100,0
Состояние при поступлении:						
– крайне тяжелое	–	14,9±0,84	63,4±1,3	15,3±0,86	6,4±0,51	100,0
– тяжелое	1,7±0,46	22,3±0,91	56,8±2,6	14,0±0,82	5,2±0,73	100,0
– средней тяжести	38,1±1,4	53,4±1,7	8,5±0,63	–	–	100,0
– удовлетворительное	86,4±1,1	13,6±1,1	–	–	–	100,0
Запущенность заболевания:						
– имела	4,3±0,83	46,4±1,4	23,1±1,14	18,4±1,0	7,8±0,97	100,0
– отсутствовала	82,3±1,6	15,3±0,8	2,4±0,3	–	–	100,0
Обращение к врачу:						
– своевременное	79,4±1,7	14,5±1,22	6,1±0,89	–	–	100,0
– несвоевременное	33,8±1,2	35,7±1,27	16,2±0,73	7,2±0,41	7,1±0,4	100,0
На диспансерном учете						
– состояло	42,1±1,73	36,5±1,54	16,8±0,81	3,4±0,22	1,2±0,18	100,0
– не состояло	22,7±1,4	30,8±1,62	24,9±1,57	15,2±0,96	6,4±0,73	100,0

случаев ухудшения состояния после лечения не наблюдалось. При несвоевременном обращении регистрировались летальные исходы и случаи ухудшения состояния. Отсутствие положительной динамики состояния после лечения было выявлено в 16,2% случаев, а выздоровление было отмечено лишь в 33,8% случаев (табл. 1). Экспертиза стационарного лечения показала, что общий процент результатов лечения не был максимально желательным. В зависимости от конкретного исхода он колебался от 36,1 % до 95,9 %, составив в среднем 47,0%. Вырисовывается совершенно четкая закономерность: чем тяжелее было состояние больного при поступлении, тем меньше возможность получения наилучшего эффекта от лечебно-диагностических вмешательств. Поэтому даже при оказании качественной медицинской помощи в максимальном объеме лечение не всегда может быть результативным.

По данным экспертных заключений ведущей причиной, не позволившей достигнуть запланированного результата лечения, явилось тяжелое исходное состояние больного при поступлении в стационар. Результат лечения при этом не был максимально желательным в 88,2% случаев. Пределы колебания этого показателя составили от 84,1 до 100% с увеличением значимости по мере нарастания тяжести состояния больного при поступлении.

Анализируя данные о влиянии исходного состояния больных при поступлении на экономические аспекты деятельности стационаров, связанные со средней длительностью лечения, можно сделать вывод о его существенности (табл. 2).

По течению заболевания трудно сделать вывод о сроках пребывания больного в стационаре, так как сегодня действия врача ограничены стандартами лечения заболеваний, которые не всегда отображают истинную необходимость в длительности пребывания больного на койке. Полученные данные свидетельствуют о том, что сроки пребывания на койке больных с хроническими заболеваниями незначительно превышают сроки стационарного лечения больных с острыми заболеваниями.

В хирургическом стационаре эта разница составляет 2 дня. В тех случаях, когда больные поступали с осложнениями, длительность лечения заметно увеличивалась с распространением этого явления на все стационары. Так, например, в ЛОР-отделении разница составила 4,2 дня, а в хирургическом отделении – 9,9 дня. Прослеживается четкая закономерность: по мере утяжеления состояния при поступлении увеличивается средняя длительность пребывания на койке. Например, разница в этих сроках у больных с крайне тяжелым и удовлетворительным состоянием в терапев-

Таблица 2

*Средняя длительность лечения в зависимости от исходного состояния больного
при поступлении в стационар*

Исходное состояние	Средняя длительность лечения				
	Тер. отд. №1	ЛОР отд- ние	Глаз.отд-е	Тер.отд.№2	Хир.отд.
Течение заболевания:					
– острое	18,3±0,78	12,8±3,1	14,4±0,71	16,5±1,4	10,0±3,3
– хроническое	19,4±0,48	11,8±2,7	15,5±0,96	17,8±0,98	13,0±0,72
– обострение хронического	19,2±0,65	14,8±3,3	15,5±0,96	18,4±1,1	11,0±1,7
Осложнения:					
– имел при поступлении	19,6±0,95	17,1±1,9	16,0±1,24	18,2±0,91	20,1±3,8
– возникло в ходе лечения	–	15,0±1,74	–	–	–
– не имел при поступлении	18,3±0,4	12,9±0,97	14,5±0,33	16,6±0,67	10,2±1,2
Состояние при поступлении:					
– крайне тяжелое	20,5±4,8	–	–	23,3±1,64	23,2±5,13
– тяжелое	18,9±1,2	18,1±4,3	20,9±2,41	21,8±1,7	21,0±4,32
– средней тяжести	18,3±0,43	16,5±3,8	15,1±2,4	20,2±1,31	14,7±2,7
– удовлетворительное	17,6±0,5	13,3±3,2	14,5±0,35	18,6±0,96	8,1±1,6
Запущенность заболевания:					
– имела	19,8±0,72	16,6±1,75	16,5±0,61	19,4±0,8	18,2±1,2
– отсутствовала	18,0±0,45	12,3±1,4	14,3±0,31	13,0±0,93	13,0±1,8
Обращение к врачу:					
– своевременное	17,6±0,49	12,7±0,93	14,5±0,29	13,8±1,1	12,0±2,3
– несвоевременное	19,4±0,66	17,4±1,25	15,9±1,02	19,6±0,83	18,1±1,5
На диспансерном учете					
– состояло	16,3±0,7	12,4±0,73	13,5±0,92	14,0±0,82	11,0±0,5
– не состояло	19,2±0,42	14,3±0,86	15,7±0,33	19,7±1,52	18,0±0,5

тического отделения составила 4,7 дня, а в хирургическом отделении – 15,1 день.

Существенным образом на длительность лечения влияет фактор запущенности патологического процесса. При его наличии длительность лечения увеличивалась все с той же закономерностью. Разность в сроках лечения при этом колебалась от 1,8 до 6,1 дня. Хирургические отделения в данном случае были наиболее чувствительны.

Такие существенные различия в сроках лечения указанных контингентов соответствующим образом сказываются на экономической стороне деятельности стационаров, функционирующих в настоящее время в условиях крайней ограниченности финансовых ресурсов.

Таким образом, на основании проведенного исследования и анализа полученных данных можно сделать вывод о существенном влиянии на эффективность медицинской помощи исходного состояния больных при поступлении в стационар. В

структуре всех факторов, влияющих на эффективность лечения, этот фактор имеет наибольший удельный вес. При этом совершенно четко прослеживается закономерность: чем тяжелее исходное состояние больного, тем менее результативна оказанная медицинская помощь с позиции достижения максимально желательных результатов и, особенно, длительности лечения. Это, в свою очередь, свидетельствует о том, что больные не проявляли должной активности и не обращались своевременно за медицинской помощью, а амбулаторно-поликлинические учреждения вели недостаточную профилактическую работу. Основная роль отводится именно этим причинам, приводящим к наиболее неблагоприятному, запущенному исходному состоянию больных при поступлении в стационар, что, в свою очередь, определяет эффективность лечебно-диагностических мероприятий.

SOME APPROACHES TO EVALUATION OF INFLUENCE OF SOURCE CONDITION OF PATIENTS ON EFFICIENCY TREATMENT AND DIAGNOSTIC ACTIONS IN FOUNDING A PUBLIC HEALTH

G.M. Gaidarow, I.S. Kitsul

(Irkutsk State Medical University)

In the article presented results of the complex scientific study, conducted on the base some Irkutsk hospitals. Results of studies show that leading factor, influencing upon efficiency of medical help, is a source condition of patients. Mainly behavioral installing the patients and level of preventive work of polyclinics forms it.