

ЛИТЕРАТУРА

1. Гайдаров Г.М., Ильченко Н.Ю., Музыка Д.Ю. Профилактическая работа как важнейшая составляющая в оказании первичной медико-санитарной помощи населению // Материалы международной научно-практической конференции «Роль здравоохранения в охране общественного здоровья». — М., 2006. — С. 21-23.

2. Музыка Д.Ю. К вопросу о проблемах стимулирования труда медицинского персонала // Материалы второй

научно-методической конференции «Формирование профилактической медицины регионального уровня и прикладные вопросы медицинской профилактики». — Иркутск, 2006. — С. 110-112

3. Стародубов В.И., Хальфин Р.А., Какорина Е.П. О задачах по реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения // Здравоохранение. — 2005. — № 12. — С. 15-23.

© ПАНФЕРОВА Р.Д. — 2006

О СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ НЕФРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ Г. ИРКУТСКА

Р.Д. Панферова

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра госпитальной терапии, зав. — д.м.н., проф. Г.М. Орлова)

Резюме. В статье представлены данные о нарастании распространенности, заболеваемости, инвалидности и смертности от заболеваний почек в Иркутске. При этом в городе отмечается уменьшение числа специализированных мест в стационарах и отсутствует амбулаторный прием больных врачом нефрологом в муниципальных учреждениях здравоохранения. Предлагаются меры по совершенствованию специализированной нефрологической помощи населению г. Иркутска.

Ключевые слова: заболевания почек, распространенность, заболеваемость, инвалидность, смертность, нефрологическая помощь, Иркутск.

Больные с заболеваниями почек, может быть, более чем другие, нуждаются в постоянном медицинском контроле. При этом, в современных условиях создания страховой медицины, нередко вступают в противоречия интересы страховых компаний и больного, когда первые заинтересованы в очень ограниченном сроке пребывания пациента на больничной койке, тогда как большинство нефрологических больных нуждаются в длительных, иногда многомесячных курсах, в том числе и стационарного, лечения. Все это возможно только под постоянным контролем врача-нефролога, который знает особенности течения заболеваний у пациента и может контролировать возникшие осложнения. В этих условиях создание единой нефрологической службы города, включающей амбулаторно-поликлиническое звено, специализированный стационар и отделение гемодиализа, является крайне актуальным.

В Иркутской области болезни мочеполовой системы занимают 4 место в структуре общей заболеваемости. Многие показатели заболеваемости в Иркутской области выше среднероссийских. Так, среднероссийский показатель заболеваемости составляет 8376,6; в Иркутской области этот показатель — 9809,5 на 100000 населения. Первичная заболеваемость, соответственно — 4038,6 и 4130,5. Удельный вес болезней мочеполовой системы среди взрослых от всей болезненности в Иркутской области увеличился с 3,63% в 1983 г. до 9% в 2000 г.

Заболеваемость с временной утратой трудоспособности на 100 работающих по случаям и дням нетрудоспособности в нашей области по болезням почек и мочеполовой системы, как и летальность, выше, чем в среднем по России.

Инвалидность от заболеваний почек в г. Иркутске и области растет. Высока тяжесть инва-

лидности: до 80% больных признаны инвалидами I-II групп.

Смертность от заболеваний почек в Иркутской области за последние 30 лет увеличилась в 2 раза и превышает аналогичные показатели в других регионах.

Смертность больных от заболеваний почек в г. Иркутске за последние 5 лет увеличилась на 11,1%, несмотря на внедрение заместительных методов лечения почечной недостаточности.

Уровень распространенности ХПН в г. Иркутске и в области, согласно созданного регистра больных этой патологией, превышает таковой по России и ВОЗ (300 на 1 млн. населения) и составляет 618 на 1 млн. Более трети (38%) пациентов с хронической почечной недостаточностью имеют ее II-III степень, т.е. являются кандидатами или уже нуждаются в заместительной терапии — регулярном гемодиализе, перитонеальном диализе или пересадке почки.

В 1984 г. в г. Иркутске было развернуто нефрологическое отделение на 40 коек (Городская больница № 7), затем это отделение было закрыто. В настоящее время в областном центре имеется лишь 10 коек нефрологического профиля в МУЗ «Городская клиническая больница № 8» администрации г. Иркутска и 25 коек в МУЗ г. Иркутска «Госпиталь ветеранов войн».

Амбулаторный нефрологический прием в городе проводится только в ГУЗ «Иркутский областной клинический консультативно-диагностический центр». Жители областного центра ежегодно составляют около 40% пациентов из числа больных, принятых врачом-нефрологом этого учреждения.

Результаты экспертной оценки качества лечения больных с заболеваниями почек в амбулаторных учреждениях г. Иркутска позволяют утверж-

дать, что до настоящего времени имеет место поздняя диагностика основных нефрологических заболеваний: гломерулонефрита, лекарственной нефропатии и др., а также исхода всех заболеваний почек — хронической почечной недостаточности (ХПН). Врачами муниципальных поликлиник уделяется недостаточное внимание ранней диагностике ХПН. Это обусловлено не только возможным атипичным течением заболевания, поздней обращаемостью больных в лечебное учреждение, но и отсутствием в поликлиниках врачей-нефрологов. В областном центре не организованы нефрологические кабинеты в амбулаторно-поликлинических учреждениях, следовательно, нет возможности проводить не только диспансеризацию нефрологических больных, а даже их учет для определения потребности в заместительной терапии и планирования работы отделений гемодиализа. Только за последний год, из 17 больных (жителей г. Иркутска), взятых на лечение программным гемодиализом, — у 10 человек заболевание почек было впервые выявлено в терминальной стадии ХПН.

Безусловно, огромное значение имеет и нефрологическая грамотность участковых врачей. Практика показывает, что выявление больных с заболеваниями почек нефрологического профиля, в том числе с ХПН, адекватное наблюдение и лечение лучше организовано в тех поликлиниках, где имеются врачи, прошедшие циклы тематического усовершенствования или другую подготовку по нефрологии (МУЗ «Поликлиника № 6», МУЗ «Медико-санитарная часть № 2» и др.).

Анализируя состояние нефрологической службы в г. Иркутске и в Иркутской области, необходимо обратиться к опыту других регионов России. В ряде городов и регионов России, нефрологическая служба организована и работает более эффективно: в Москве, Санкт-Петербурге, Воронеже, Свердловской области. Так, в Свердловской области работают 67 врачей-нефрологов (0,19 на 1000 взрослого населения), из них в самом Екатеринбурге — 44 врача, из которых 26 специалистов ведут амбулаторно-поликлинический нефрологический прием.

Исследования, проведенные в НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А.Семашко РАМН показали, что самостоятельные приемы нефролога, могут быть созданы в амбулаторно-поликлинических условиях при численности обслуживаемого взрослого населения 50 тыс.

Сокращение длительности пребывания в стационаре больных с заболеваниями почек нефрологического профиля (острый и хронический гломерулонефрит и др.) до 12 дней, диктует необходимость долечивания в реабилитационных отделениях, которых в настоящее время для этой категории больных в г. Иркутске нет.

В последние годы резко уменьшилось количество больных с заболеваниями почек, получающих бальнеолечение. В Иркутской области имеется уникальный источник — аналог всемирно известной «Нафтуси» курорта Трускавец (расположен в 7 км от г. Киренска). Эффективность воды изучена в 1997 г. сотрудниками кафедры госпитальной терапии Иркутского государственного медицинского университета на базе нефрологического отделения ГУЗ «Иркутская ордена «Знак Почета» областная

клиническая больница». Вода данного источника является универсальной для лечения всех видов мочекаменной болезни, пиелонефрита, заболеваний желудочно-кишечного тракта и сахарного диабета и может быть использована с большой пользой для больных.

Ранняя диагностика и диспансеризация больных с заболеванием почек нефрологического профиля, а также больных с ХПН может успешно осуществляться при наличии специализированной нефрологической службы. Нефрологическая служба города должна создаваться с учетом особенностей региона, в ее структуре для городов, равных по населению г. Иркутску оправдано наличие городского нефрологического кабинета, нефрологического и диализного отделений.

В целях совершенствования специализированной помощи в г. Иркутске больным нефрологического профиля и больным с ХПН целесообразно организовать городскую нефрологическую службу, включающую амбулаторные и стационарные подразделения (городской нефрологический кабинет и городское нефрологическое отделение), а также комиссию по отбору больных с ХПН на активные методы лечения и городское отделение хронического гемодиализа, обслуживающих пациентов по направлениям врачей поликлиник, медико-санитарных частей и стационарных учреждений. Полагаем, что функциональными задачами основных структурных подразделений нефрологической службы г. Иркутска могут быть представлены ниже.

Нефрологический кабинет является консультативным и организационно-методическим подразделением, ответственным за оказание амбулаторной нефрологической помощи населению своего региона.

На нефрологический кабинет возлагаются следующие задачи:

- прием нефрологических больных по направлению поликлиник и других медицинских учреждений области (города);

- организация и проведение углубленных исследований состояния почек с помощью лабораторных методов (ультразвуковое исследование, компьютерная томография, радиоизотопная ренография, биохимические, иммунологические и рентгеновские исследования);

- выдача консультативных заключений и рекомендаций по профилактике и лечению больных с нефрологической патологией;

- организация и проведение консилиумов и совместных осмотров пациентов при смежной патологии или сложных для диагностики и лечения случаев;

- организация и проведение диспансеризации отдельных контингентов лиц с почечной патологией (острый и хронический гломерулонефрит, ХПН и др.);

- направление на стационарное лечение больных с острой патологией почек или обострениями хронических заболеваний, требующих патогенетической и активной терапии, невозможной в амбулаторных условиях;

- выдача рекомендаций по решению вопросов о временной нетрудоспособности и инвалидности при болезнях почек и смежной патологии;

- организация семинаров для врачей города по

вопросам нефрологии и смежных дисциплин.

Основными задачами отделения нефрологии являются:

- диагностика острых и хронических диффузных болезней почек и сопутствующих им осложнений у жителей своего региона;

- выявление нефрологических заболеваний у специального контингента лиц, направляемых на освидетельствование (призывники, работники некоторых вредных производств и пр.);

- определение функционального состояния почек у лиц с различными острыми и хроническими нефропатиями с целью своевременного перевода их на диализотерапию;

- этиотропное, патогенетическое и симптоматическое лечение первичных и хронических болезней почек;

- проведение комплексного консервативного лечения болезней почек в ранних стадиях хронической почечной недостаточности;

- обеспечение симптоматического лечения у диализных больных в промежутках между сеансами гемодиализа;

- госпитализация в отделение лиц, находящихся на амбулаторном гемодиализе при появлении осложненного течения уремического синдрома;

- проведение симптоматической терапии нефропатий почечного трансплантата в случаях, не требующих применения хирургических методов коррекции;

- консультативная помощь больным с поражениями почек, находящихся на стационарном или амбулаторном лечении в других медицинских учреждениях региона;

- направление в отделение оперативной нефрологии больных, требующих применения инвазивных методов для диагностики и лечения;

- направление в отделение трансплантации почки больных, находящихся на диализной терапии, включенных в республиканский "лист ожидания", при вызове их для проведения операции.

Нефрологическое отделение организуется на базе городской больницы (следует отметить, что имеющихся в настоящее время 10 специализированных коек в МУЗ «Городская клиническая больница № 8» администрации г. Иркутска для выполнения этих задач недостаточно).

Функциональные обязанности врача-нефролога нефрологического кабинета включают:

- проведение приемов первичных больных с острыми и хроническими болезнями почек;

- консультативный прием больных с нефрологической и смежной патологией по направлениям поликлиники и (или) других лечебных учреждений;

- направление в нефрологические стационары города лиц, требующих применения специальных методов исследования и лечения (нефроангиография, нефробиопсия, гемодиализ и др.);

- диспансерный учет больных, перенесших острый гломерулонефрит, лиц с хронической почечной недостаточностью и других групп (в зависимости от специфических условий региона);

- организация консилиумов и осмотров других специалистов при решении в сложных для диагностики и лечения случаях;

- участие в консилиумах и совместных осмотрах больных с сопутствующей патологией;

- выдача рекомендаций для МСЭК при решении вопросов о временной или постоянной нетрудоспособности;

- ведение медицинской документации, представление годовых отчетов в управление здравоохранения города или области, в республиканский нефрологический центр.

Для решения сложных вопросов своевременного начала активных методов заместительной терапии терминальной хронической почечной недостаточностью (ТХПН) в 1988 г. в Иркутске создана отборочная комиссия.

Активные методы лечения больных с ТХПН: гемодиализ, перитонеальный диализ, трансплантация почки относятся к дорогостоящим видам медицинской помощи, поэтому экономические затраты на их проведение должны быть обоснованными и планироваться заблаговременно. Для своевременного начала активных методов заместительной терапии ТХПН необходима совместная работа врачей поликлиник, городского нефрологического кабинета и врачей отделения диализа. Вопросы передачи больных с ТХПН на активные методы лечения решаются коллегиально во избежание возможных ошибок при их планировании (необоснованно раннее или запоздалое начало активных методов лечения).

Целью работы отборочной комиссии является регистрация больных, страдающих ТХПН, официальное внесение их в городской регистр активных методов заместительной терапии и передача для наблюдения и лечения врачами отделений диализа по месту жительства.

Отборочная комиссия выполняет следующие задачи:

1. Обоснованный выбор дальнейшей тактики лечения больного с ТХПН (консервативная, активная терапия).

2. Дополнительное обследование больных, нуждающихся в заместительной терапии.

3. Регистрация и учет больных, нуждающихся в заместительной терапии.

4. Организация наблюдения и лечения данной категории больных врачами городского или областного отделений диализа (по месту жительства).

5. Планирование предпочтительных видов заместительной терапии (гемодиализ, перитонеальный диализ, трансплантация почки).

6. Отбор, регистрация и учет больных, нуждающихся в приеме дорогостоящих лекарственных препаратов.

7. Распределение дорогостоящих лекарственных препаратов.

8. Контроль исполнения решений отборочной комиссии.

9. Отбор больных для трансплантации почки.

10. Разработка и осуществление перспективной программы развития заместительной терапии ТХПН с учетом данных регистра.

Больные с заболеваниями почек должны быть представлены на отборочную комиссию лечащими врачами нефрологического отделения города или врачом нефрологического центра при уровне креатинина в сыворотке крови 0,45-0,70 ммоль/л и при величине клубочковой фильтрации не ниже 15% от должной (возможно представление на комиссию медицинской документации пациентов

с приложением результатов диагностических исследований).

Таким образом, анализ заболеваемости болезнями почек и состояния нефрологической службы в крупном промышленном центре Восточной Сибири с населением около 600 тыс. человек (на примере города Иркутска) свидетельствует о необходимости совершенствования специализиро-

ванной нефрологической помощи, в частности, организации городского нефрологического кабинета с выделением ставки нефролога, а также о целесообразности углубленной подготовки (тематического усовершенствования) одного врача-терапевта по нефрологии в каждой поликлинике для организации и проведения диспансеризации нефрологических больных.

ABOUT PERFECTION OF THE ORGANIZATION OF RENDERING OF THE NEPHROLOGICAL HELP TO THE POPULATION OF IRKUTSK

R.D. Panferova
(Irkutsk State Medical University)

In article the data on increase of prevalence, disease, physical inability and death rate from diseases of kidneys in the city of Irkutsk are submitted. Thus, in city reduction of number specialized beds in hospitals is marked and there are no outpatient reception hours of patients by the doctor by the nephrologist in municipal establishments of public health services. Measures on perfection of the specialized nephrological help are offered the population of Irkutsk.

© БИЧУРИНА Ю.А., АРТЮХОВ И.П. — 2006

АНАЛИЗ ЗАТРАТ НА ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ В СТАЦИОНАРАХ РАЗЛИЧНОГО СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО УРОВНЯ.

Ю.А. Бичурина, И.П. Артюхов
(Красноярская государственная медицинская академия, ректор — д.м.н., проф. И.П. Артюхов)

Резюме. В работе представлены результаты клинико-экономического анализа эффективности лечения больных острым коронарным синдромом в стационарах различного специализированного уровня.

Ключевые слова: острый коронарный синдром, экономическая эффективность, анализ «стоимость болезни».

Основной целью совершенствования здравоохранения, наравне с обеспечением доступности современных медицинских технологий, является обеспечение качества медицинских услуг.

Качество медицинской помощи должно рассматриваться с точки зрения качества материально-технической базы ЛПУ, применения медицинских технологий, эффективность которых доказана, оптимизации организационных систем, качества лекарственной помощи. Одним из атрибутов и параметров качества является эффективность [2]. Под экономической эффективностью понимают получение максимума возможных благ от имеющихся ограниченных ресурсов. В настоящих условиях жестких финансовых ограничений достижение нового качественного уровня невозможно без систематического анализа использования ресурсов [1]. Эффективное здравоохранение должно обеспечивать оптимальную (при имеющихся средствах), а не максимальную медицинскую помощь.

Определение структуры затрат, значений стоимости медицинского вмешательства и полной стоимости заболевания, выбор параметров эффективности представляют собой основные задачи экономического анализа в медицинском учреждении. В результате систематического контроля используемых ресурсов можно получить ответ на вопрос, как соотносятся значения стоимости, эффективности, полезности и их производные фармакоэкономические параметры для анализируемых медицинских вмешательств.

Материалы и методы

В нашем исследовании мы применили анализ «стоимость болезни» — метод изучения всех затрат, связанный с ведением больных ОКС на стационарном этапе оказания медицинской помощи.

Проведен ретроспективный клинико-экономический анализ 390 историй болезни больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с впервые возникшей и нестабильной стенокардией (НС). Объем и качество оказываемой помощи этой категории больных в изучаемых нами трех лечебных учреждениях был разным, так как они различались мощностью коечного фонда и возможностями оказания специализированной медицинской помощи. Первое учреждение представлено городской больницей, не имеющей кардиологического отделения, оказывающей врачебную помощь; второе — городская клиническая многопрофильная больница со специализированной кардиологической службой и третье — краевая клиническая многопрофильная больница с центром сердечно-сосудистой хирургии, с использованием современных высокотехнологичных методов лечения. В каждом ЛПУ было отобрано по 130 данных историй болезни.

Критерии включения: в исследовании участвовали истории болезни стационарных больных (мужчин и женщин) в возрасте от 18 лет и старше, имеющих в анамнезе ИБС, поступивших с диагнозом прогрессирующая стенокардия или впервые возникшая стенокардия. Всем больным при поступлении проводились общеклинические