

**ОРГАНИЗАЦИОННАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ  
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ****Н.Ф.ПЛАВУНОВ, Н.В.СТЕПАНОВ**

Кафедра хирургии РУДН. Ул. Миклухо-Маклая, 8, Москва, Россия, 117198

Авторы предлагают схему организации обследования и лечения больных с острым холециститом, позволяющую значительно повысить не только качество, но и экономическую эффективность оказания медицинской помощи при данной патологии.

Высокая медико-социальная и экономическая эффективность эндохирургических методов лечения различных заболеваний не вызывает сомнений. Следует, однако, отметить, что если первый, чисто медицинский, аспект проблемы целиком зависит от профессионализма врачей и совершенства оснащения, то второй - экономический - в первую очередь от организации лечебно-диагностического процесса в конкретном лечебно-профилактическом учреждении (ЛПУ) с учетом его специфики.

В хирургических отделениях ГКБ № 64 г. Москвы (главный врач - к.м.н. Н.Ф.Плавунев), на базе которых работает кафедра хирургии РУДН (заведующий кафедрой - проф. В.И.Малаячук), за период 2000-2002 гг. было выполнено 1084 операции - холецистэктомии, из которых 826 (76,2%) лапароскопическим методом. Особенностью больницы является ее "скоромошной характер", поскольку около 80% пациентов госпитализируются по ургентным показаниям. Не являются исключением и больные с желчекаменной болезнью, которые поступают в отделения, как правило, с клинической картиной острого катарального, флегмонозного или гангренозного холецистита.

Анализ наших наблюдений позволил установить, что в группе больных с острым холециститом, которым была выполнена лапароскопическая холецистэктомия (ЛХ) после дооперационного консервативного лечения, обследования и при наличии холедохолитиаза, стенозирующего папиллита возникала необходимость эндоскопической ретроградной халагиопанкреатографии (ЭРХПГ) и эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ), литоэкстракции. - средний койко-день составил 12,9. У больных с хроническим калькулезным холециститом при условии догоспитального обследования больных через КДО (консультативно-диагностическое отделение) средний койко-день составил 4,5 дня.

У ряда больных с тяжелой сопутствующей патологией, когда возникала необходимость не только предоперационного обследования, но и предоперационного лечения сопутствующей патологии, сроки стационарного лечения значительно превышали средние цифры и составляли более 25-30 койко-дней.

В группе больных, которым холецистэктомия производилась из обычного, лапаротомного, доступа, средний койко-день составил 21,3.

Как же достичь одновременного повышения качества и экономической эффективности при оказании медицинской помощи больным с острым холециститом?

Мы предлагаем следующий алгоритм лечения и обследования пациентов с острым холециститом:

1 этап - стационарный. При отсутствии показаний к экстренной операции больному проводится консервативное лечение согласно приказа Департамента здравоохранения Москвы от 27.06.95 г. № 366 "Московские городские стандарты стационарной медицинской помощи для взрослого населения" [1], после чего они выписываются на амбулаторное лечение с рекомендацией явки в консультативно-диагностическое отделение (КДО) больницы для динамического наблюдения, обследования.

2 этап - амбулаторный. Обследование в КДО, консультации хирургов, врачей других специальностей, при необходимости анестезиолога. Включение в план операций.

3 этап - стационарный. Пациент госпитализируется в хирургическое отделение за 1 сутки до назначенной операции. Предоперационная подготовка, лапароскопическая хо-

лецистэктомия, при гладком течении выписки на 3-4-е сутки. Таким образом, срок стационарного лечения сокращается до 4-5 дней, что составляет менее 30% от нормативного.

В соответствии с указаниями Московского городского фонда обязательного медицинского страхования (МГФОМС) [2], если "законченный случай госпитализации и лечения по медицинскому стандарту при достижении конечного результата подтвержден первичной медицинской документацией и протоколом КЭК при применении новых медицинских технологий, приведших к сокращению срока лечения до 30% от нормативного", то ЛПУ получает от страховых компаний полный тариф.

4 этап - амбулаторный - динамическое наблюдение в КДО.

На наш взгляд, предлагаемая схема организации лечебно-диагностического процесса при остром холецистите позволит повысить качество лечения и экономическую эффективность оказания медицинской помощи указанному контингенту больных, улучшит такие важные показатели работы стационара, как оборот койки, хирургическая активность.

### Литература

1. Приказ Департамента здравоохранения Москвы от 27.06.95 г. № 366 "Московские городские стандарты стационарной медицинской помощи для взрослого населения".//М. - 1995. - 323 с.
2. Справочник «Признак прерываний (полноты выполнения) медицинского стандарта». // М. - МГФОМС. - декабрь 2000 г.

### ORGANISATION ASPECTS OF ECONOMIC EFFECTIVENESS OF LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY IN ACUTE CHOLECYSTITIS

**N.Ph. PLAVUNOV, N.V. STEPANOV**

Department of surgery. PFUR. *Miklukho-Maklaya st., 8, Moscow. Russia, 117198*

The authors suggest the algorithm of examination and treatment of patients with acute cholecystitis. Following this scheme we can considerably increase both quality and economic effectiveness of treatment in case of this disease.