

Раздел IV.

МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ. КООРДИНАЦИЯ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ. ЭКОНОМИЧЕСКИЕ И ЮРИДИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНЫ

УДК 615.851.859

СОВРЕМЕННЫЕ ВОПРОСЫ РАЗВИТИЯ ТЕХНОЛОГИЧНОСТИ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ

Ю.И. ЦКИПУРИ, Д.И. КИЧА, А.Р. БЕЛЯВСКИЙ

Ключевые слова: технологичность, стационарной помощи

Анализ научных литературных данных говорит о недостаточной разработанности вопросов, касающихся состояния и развития медицинских технологий в крупных многопрофильных больницах, а также роли этих больниц в оказании высокотехнологичной медицинской помощи. В связи с отсутствием научно обоснованных понятий и определения медицинских технологий, а также методики введения их в деятельность многопрофильных больниц на современном этапе развития общества возникает насущная потребность в разработке технических и терминологических основ высоких медицинских технологий [1–4].

Такая ситуация указывает на необходимость изучения и определения системообразующей роли крупной многопрофильной больницы в формировании модели специализированной высокотехнологичной диагностической и лечебной помощи населению.

Материал и методы. Базой и объектами комплексного медико-социального исследования, фрагмент которого представлен в данной статье, являются многопрофильные клинические больницы регионов с особыми условиями и высоким уровнем социально-экономического развития. Больницы являются клиническими. Они оснащены лечебно-диагностическим оборудованием. Их персонал владеет уникальными медицинскими технологиями и обслуживает жителей города и села. Предметом исследования являются результаты деятельности больниц, реализация медицинских технологий, менеджмент функционирования медицинских, в том числе высоких, технологий.

В работе использованы следующие методы: математической статистики, графологические, системного анализа, сравнения данных и балансов, экспертизы показателей, моделирования и др. Статистическая обработка результатов исследования, которое было проведено в 2005–2007 гг., осуществлена с использованием лицензированных пакетов прикладных программ. Так, для анализа динамических рядов данных использовали программы SPSS, NCSS, для анализа данных взята программа Statistica.

Результаты. показали, что для клинического менеджмента объемные характеристики медицинских технологий интересны, прежде всего, по своей структуре и разделению их по отделениям больниц. На рис. 1 представлено распределение отделений больниц по удельному весу медицинских технологий, преимущественно хирургических вмешательств.

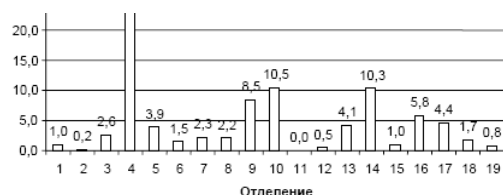


Рис. 1. Удельный вес суммарного числа вмешательств по отделениям. Обозначения отделений: 1 – кардиологическое, 2 – анестезиологии-реанимации (для кардиологических больных), 3 – хирургическое № 2, 4 – кардиохирургическое, 5 – хирургическое № 1, 6 – интенсивной терапии, 7 – неврологическое, 8 – терапевтическое, 9 – офтальмологическое, 10 – урологическое, 11 – 2-ое участковое терапевтическое, 12 – отоларингологическое, 13 – травматолого-ортопедическое, 14 – травматологическое, 15 – педиатрическое, 16 – гинекологическое, 17 – родильное, 18 – патологии беременности, 19 – новорожденных.

Как видно на рис. 1., наибольший удельный вес ($\geq 5\%$) высоких медицинских технологий приходится на следующие отделения: – кардиохирургическое (38,7%), – урологическое (10,5%), – травматологическое (10,3%), – офтальмологическое (8,5%), –

гинекологическое (5,8%). Все эти отделения входят в перечень профилей согласно известному приказу Минздравсоцразвития РФ о реализации высоких медицинских технологий. Абсолютный приоритет по доле всех вмешательств отмечен для кардиохирургического отделения ($p < 0,05$). Остальные отделения $\leq 5\%$.

Ранжированный по абсолютному числу вмешательств ряд отделений представлен рис. 2. Выяснено, что в кардиохирургическом отделении, занимающем первое место в ранжированном ряду отделений, проведено за исследуемый период 38,5 тысяч вмешательств, в урологическом и травматологическом – > 10 тысяч. Для сравнения: во 2-м участковом терапевтическом отделении за 3 года выполнено всего 14 хирургических вмешательств.



Рис. 2. Обозначения отделений (О): 1 – кардиологическое; 2 – анестезиологии-реанимации (для кардиологических больных); 3 – хирургическое № 2, 4 – кардиохирургическое; 5 – хирургическое № 1, 6 – интенсивной терапии; 7 – неврологическое; 8 – терапевтическое; 9 – офтальмологическое, 10 – урологическое; 11 – 2-е участковое терапевтическое; 12 – отоларингологическое; 13 – травматолого-ортопедическое; 14 – травматологическое; 15 – педиатрическое; 16 – гинекологическое; 17 – родильное; 18 – патологии беременности; 19 – новорожденных.

В кардиологическом, хирургическом №2 и хирургическом №1 отделениях отмечается динамический рост числа выбывших из стационара пациентов по завершению их лечения (рис. 3).

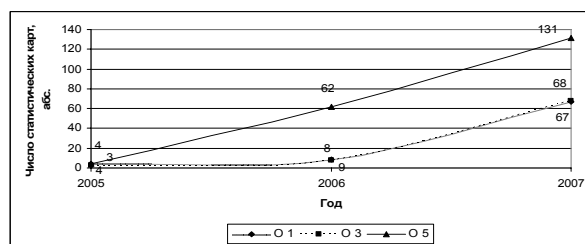


Рис. 3. Положительная динамика числа статистических карт выбывших из стационара больных. Обозначение отделений: О 1 – кардиологическое, О 3 – хирургическое №2, О 5 – хирургическое №1.

Как видно из рис. 3, число выписанных из стационара больных после хирургического вмешательства по сравнению с 2005 г. в 2007 г. возросло в кардиологическом отделении в 16,8 раз, хирургическом отделении №2 – в 22,7 раза, в хирургическом №1 – в 32,8 раза. В других отделениях подобная динамика не выявлена. Объемный анализ работы отделений больницы позволил произвести их ранжирование по общей численности реализации медицинских технологий разных видов в абс. ед. и %: 1) кардиохирургическое (1078; 38,09%), 2) урологическое (333; 11,77%), 3) травматологическое (225; 7,95%), 4) офтальмологическое (223; 7,88%), 5) хирургическое №1 (197; 6,96%), 6) травматолого-ортопедическое (178; 6,29%), 7) терапевтическое (154; 5,44%), 8) гинекологическое (148; 5,23%), 9) кардиологическое (80; 2,83%), 10) хирургическое №2 (79; 2,79%), 11) неврологическое (62; 2,19%), 12) интенсивной терапии (35; 1,24%), 13) анестезии-реанимации (для кардиологических больных) (20; 0,71%), 14) отоларингологическое (18; 0,64%).

Полученные в ходе анализа результаты деятельности Окружной многопрофильной клинической больницы г.Ханты-Мансийска с применением углубленных методов статистической обработки данных и оценки клинико-структурных компонентов лечебно-диагностического процесса позволяют утверждать о целесообразности дифференциации её структурных подразделений, как специальных Центров. Углубленная оценка результатов деятельности больницы на основе выделения лечебных отделений выявила дублирование в них многих лечебно-диагностических методов с использованием идентичных медицинских аппаратов и инструментов, проведение больным лечебных и диагностических технологий одинакового порядка. Кроме того, установлена необходимость подготовки персонала разных отделений практически в одной и той же области.

Учитывая вышеизложенное, на основании наших рекомендаций были обоснованы и созданы в структуре больницы специальные центры, установлены их структура и функции, штатное расписание и взаимосвязи с поддерживающими службами. При этом к специализированным технологичным центрам больницы, функционирующим в постоянном режиме, были отнесены: Центр острого и хронического диализа с наиболее сложной технологией лечения и реабилитации больных, Онкологический центр, Центр кардиохирургии, Центр хирургии печени и поджелудочной железы, Центр амбулаторной хирургии, Центр телемедицины и информационных технологий, Центр лечебно-диагностических технологий – функциональный, Центр общей врачебной практики (семейной медицины). Принципами деятельности каждого центра были определены: самостоятельность, преемственность, единство структуры, специфика функций, технологичность лечебно-диагностической помощи, высокая квалификация персонала. Признаком центра было то, что этот вид помощи требовал самостоятельных действий и взаимосвязей внутри больничного комплекса и с внешними контрагентами больницы.

С позиций обеспечения оптимальной управляемости признано целесообразным установить два вида центров: структурные центры и функциональные центры. Такой подход выделения центров является основой для разработки и организации системы клинического менеджмента медицинских технологий, что позволяет обеспечить рост технологичности лечебно-диагностического процесса больницы. Это будет способствовать росту качества медицинской помощи.

Литература

1. Баженов В.Г., Белявский А.Р., Лячко Т.М. Тактико-технические требования к программно-аппаратному комплексу информационной системы лечебно-профилактического учреждения // ВММТ. 2006. № 2. С.152–154.
2. Кича Д.И., Белявский А.Р., Меркулов О.А. // Вестник РУДН. Сер.: Медицина. 2008. № 6. С. 184–188.
3. Окружной клинической больницы 75 лет // Сб. научн. тр. // Под ред. А.Р.Белявского. Ханты-Мансийск: Полиграф, 2008. 337 с.
4. Стародубов В.И. Научное обоснование развития здравоохранения России в условиях социально-экономических реформ // В.И.Стародубов: автореф. дис. д-ра мед.наук. М., 1997. 60 с.

УДК 615.814.1-615.015.32:616.833.17

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ГОМЕОСИНИАТРИИ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ПЕРИОДА НЕЙРОПАТИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

С.С. БЯЗРОВА, А.С. ЦОГОЕВ, Л.З. БОЛИЕВА*

Ключевые слова: нейропатия, метод гомеосиниатрии

Нейропатия лицевого нерва (НЛН) по частоте возникновения занимает первое место среди поражений черепных нервов (25 случаев на 100000 человек) и остается одной из актуальных проблем неврологии. При традиционном лечении восстановление функции лицевого нерва наступает в 40–60% случаев, у 25–30% больных остаются осложнения в виде вторичной контрактуры мимических мышц (ВКММ) с патологическими синкинезиями и дискинезиями, что проявляется в виде грубого дефекта мимики и может оказывать негативное влияние на качество жизни [2,3,9].

Рационализация фармакотерапии и нелекарственных методов лечения, развитие новых терапевтических стратегий с доказанным

затратно-эффективным потенциалом служат апробированным средством ресурсосбережения в здравоохранении [5]. Однако особенности терапии восстановительного периода НЛН в повседневной практике специализированных учреждений, пути ее клинико-экономической оптимизации изучены недостаточно, масштабы социально-экономического бремени пациентов не определены.

Цель работы – оценка экономической целесообразности включения метода гомеосиниатрии препаратом Траумель С в комплексную терапию НЛН.

Материал и метод. Под нашим наблюдением находилось 100 больных в возрасте от 25–65 лет (ср. возраст 42,4±3,77), из них мужчин 46. Работа проводилась на базе городской поликлиники №1 г. Владикавказа и Республиканского центра восстановительной медицины и реабилитации в период с 2005–2007 г.

Критерии включения пациентов в сравнительное проспективное рандомизированное контролируемое исследование: основной диагноз – идиопатическая нейропатия (простудный паралич Белла), поздний восстановительный период (от 30 дней до 6 мес.) средней тяжести или тяжелый; возраст больных 25–65, информированное согласие пациентов на участие в исследовании, отрицательный тест на беременность (для женщин репродуктивного возраста). Критерии исключения: беременность, лактация, гиперчувствительность или непереносимость лекарственных средств, необходимость проведения сопутствующей терапии, тяжелые заболевания сердечно-сосудистой системы, злокачественные новообразования.

Для диагностики НЛН использовали клинические, лабораторные (клинический анализ крови и мочи, биохимия крови (общий белок, глюкоза, билирубин, АЛТ, АСТ, тимоловая проба, мочевины, креатинин, кальций, магний), инструментальные (электрокардиография, электроэнцефалография, ультразвуковое исследование внутренних органов) методы обследования пациентов, анкетный метод диагностики состояния нервно-психической сферы. Тяжесть клинических проявлений проанализировали по системе, предложенной Ф.М. Фарбером [6,7].

В зависимости от лечения больные разделены на 2 группы: группу сравнения (ГС) и основную группу (ОГ) по 50 чел. Пациентам ГС проводилась стандартная медикаментозная терапия, направленная на улучшение проводимости по нерву и восстановление регионарного кровообращения. Она включала: тиамин хлорид 5% р-р для инъекций («Брынцалов-А», Россия), пиридоксин гидрохлорид 5% р-р для инъекций («Брынцалов-А», Россия), никотиновую кислоту 1% р-р для инъекций («Новосибхимфарм», Россия), папаверина гидрохлорид 2% р-р для инъекций («Микроген», НПО ФГУП Аллерген, Россия), трентал® 400 (табл. п.о. Aventis Pharma, Индия), дибазол (таблетки по 0,02 г, «Биохимик, Россия); иглорефлексотерапию (ИРТ). Пациенты ОГ вместо ИРТ получали инъекции гомеопатического препарата Траумель С в область акупунктурных точек.

Для фармакоэкономического анализа выбран метод «стоимость – эффективность», так как сравниваемые методы отличаются по эффективности и стоимости, и имеют различные схемы применения [1,4,8]. Соотношение «стоимость – эффективность» рассчитывалось по формуле: $CEA = (DC + IC) / Ef$, где CEA – коэффициент эффективности затрат, т.е. соотношение, показывающее затраты на единицу эффективности; DC – прямые затраты; IC – непрямые затраты; Ef – эффективность лечения.

Критерием эффективности изучаемых методов лечения был выбран показатель, отражающий отношение значения клинической эффективности по шкале Фарбера после лечения к значению до лечения. Для расчета стоимости лечения в обеих группах учитывались прямые и непрямые затраты. Прямые затраты в ГС представляют собой стоимость 1 койко-дня в отделении стационара, включающая стоимость лекарственных средств, стоимость курса ИРТ. Непрямые затраты включали оплату дней нетрудоспособности, которую определяли исходя из 100% компенсации листа нетрудоспособности с учетом средней заработной платы в РСО-А на момент окончания исследования. В ГС и ОГ сумма рассчитывалась на 21 день для больных с НЛН средней тяжести, на 30 дней для больных с тяжелой. Цены на препараты соответствовали средневзвешенным оптовым ценам на рынке Владикавказа в 2007 г., по прайс-листам основных дистрибьюторов, стоимость медуслуг по прейскуранту Республиканского центра восстановительной медицины и реабилитации г. Владикавказа.

Результаты. Динамика двигательных нарушений зависела от тяжести поражения лицевого нерва и варианта терапии.

Для ГС с учетом стоимости одного койко-дня в ФТБ г. Владикавказа (592 руб.) при расчете прямых затрат получены сле-

*Северо-Осетинская ГМА