

ляют, по мнению экспертов, – около половины (38-60%). Если принять все предотвратимые потери за 100%, то на долю здравоохранения приходится 44-60% предотвратимых потерь за счет заболеваемости, 47-56% инвалидности и 38-50% смертности. Резервы предотвратимой смертности составили 9,5 тыс. человек, таким образом, в 2009 г. за счет усилий муниципального здравоохранения можно было бы сохранить около 45,0% умерших жителей сельской местности.

### ЦЕЛЕВОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ БОЛЬНИЧНОЙ ПОМОЩИ

Калининская А.А., Бальзамова Л.А.  
ФГБУ ЦНИИОИ Минздравсоцразвития  
России, Москва;  
Поликлиника №1, Самара,  
e-mail: AKalininska@yandex.ru

В условиях фондодержания на амбулаторно-поликлиническом уровне в поликлинике №1 г. Самара формируется план-заказа на стационарную помощь на основе согласованных объемов: 34% стоимости медицинских услуг планируется на амбулаторно-поликлиническую помощь и 66% на стационар. Поликлиника полностью перешла на общую врачебную практику. План-заказ формируется врачами общей практики (ВОП). Первым этапом является анализ состояния здоровья прикрепленного населения и определение его потребности в госпитализации. ВОП определяет потребность прикрепленного населения в госпитализации.

Целевое планирование больничной помощи, которая заказывается поликлиникой и ОВП в частности осуществляется следующим образом:

- анализируется план – заказ на госпитализацию предыдущего периода и причины отклонения от плана;
- определяются финансовые и объемные нормативы госпитализации на основе Программы Государственных гарантий обязательного медицинского страхования (ОМС) и фактической госпитализации в течение последних трех лет;
- проводится мониторинг клинико-экономической эффективности стационарного лечения в стационарах разного уровня;
- анализируются основные показатели здоровья населения за предшествующий период и определяются приоритетные направления в оказании медицинской помощи;
- формируется план-заказ на госпитализацию по принципу «снизу-верх». План-заказ составляется каждым врачом специалистом и ВОП поликлиники.

Выбор больничного учреждения для плановой госпитализации осуществляется ВОП на основе анализа показателей эффективности работы стационаров по следующим показателям:

- соблюдение стандартов обследования и лечения больных;
- средняя стоимости одного койко-дня при лечении однопрофильной патологии;
- эффективность госпитализации;
- степень удовлетворенности больных стационарным лечением;
- возможность договорных отношений ВОП со стационарами, сокращение сроков пребывания в стационаре и долечивание в поликлинике или в дневном стационаре, где стоимость лечения ниже.

Эксперты с участием ВОП периодически проводят мониторинг клинико-экономической эффективности деятельности стационаров, в процессе, которого определяется обоснованность сроков госпитализации.

При формировании плана-заказа на госпитализацию ВОП отдает предпочтение стационарам, где достигается наибольшая клиническая эффективность и высокое качество медицинской помощи.

В условиях действующего Положения о порядке оплаты медицинских услуг, в системе ОМС расчеты за стационарную помощь осуществляются за пролеченного больного по законченному случаю заболевания. В случае необоснованной длительности сроков лечения больных в стационаре снижается тариф оплаты за оказанную помощь. Удельный вес таких случаев госпитализации в течении года составил 24%.

Приведенный анализа свидетельствует о минимальном отклонении фактического числа госпитализации по сравнению с «заказным» планируемым числом в поликлинике.

Внедрение механизма планирования поликлиникой объемов госпитальной помощи позволило сократить стоимость лечения больных в стационаре при высокой клинической эффективности лечения.

### НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СКРИНИНГОВОЙ ДИАГНОСТИКЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ СЕРДЕЧНОСОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПОДРОСТКОВ

Макарова В.И., Краева Н.В.

Северный государственный медицинский  
университет, Архангельск,  
e-mail: arhangelsk163020@yandex.ru

Распространенность синдрома (СВД) вегетативной дисфункции у детей и подростков весьма значительна. В среднем, вегетативная дисфункция выявляется практически у каждого третьего ребенка в возрасте 7-17 лет. Клинические проявления вегетативной дисфункции чаще носят системный характер и захватывают одновременно несколько систем, в том числе и сердечнососудистую систему. Недооценка

этого факта обычно служит причиной поздней диагностики вегетативной дисфункции, что приводит к неадекватной терапии [1, 2].

**Цель:** применить новые технологии в оценке состояния вегетативной нервной системы: выявить возможности использования прибора «Кардиовизор-06С» для скрининговой диагностики вегетативной дисфункции сердечнососудистой системы у детей.

**Методы.** Проведено клинко-инструментальное исследование сердечнососудистой системы у 33 подростков в возрасте 12-17 лет с синдромом вегетативной дисфункции сердечнососудистой системы (синдром нейроциркуляторной дистонии – НЦД) – I группа. Кроме стандартного объективного обследования пациентов был оценен исходный вегетативный тонус при помощи таблиц А.М. Вейна, выполнена клиноортостатическая проба, стандартная электрокардиография. В качестве скринингового метода использован прибор «Кардиовизор-06С» (патент DE 199 33 277 A1), который проецирует на поверхность карту дисперсионных характеристик в виде компьютерной трехмерной анатомической модели сердца («портрет сердца»). Термин дисперсия соответствует общепринятому в кардиологии определению разности между наибольшим и наименьшим значениями варьирующей величины. Чтобы наблюдать и измерять характеристики таких случайных колебаний, необходимо наложить сигналы однотипных зубцов ЭКГ, т.е. синхронизовать начало электрического возбуждения нескольких последовательных зубцов. В результате анализа дисперсионных отклонений мы получаем возможность оценить количественные (показатели «миокард» и «ритм») и качественные («портрет сердца») характеристики. С помощью показателя «ритм» осуществляется оценка исходного тонуса вегетативной нервной системы. Если симпатические и парасимпатические влияния оптимально сбалансированы, то показатель «ритм» находится в диапазоне от 0 до 20%. При наличии вегетативной дисфункции этот показатель имеет величину более 20%. Группу сравнения составили подростки того же возраста (20 чел.) с I и II группами здоровья, не имеющие клинических признаков вегетативной дисфункции – II группа. Для оценки исходного тонуса вегетативной нервной системы проведен анализ показателя «ритм» в этих группах.

**Результаты и обсуждение.** Значения показателя (%) «ритм» в I группе составил  $22,8 \pm 2,0$ ; в контрольной группе  $12,3 \pm 6,35$  ( $p < 0,05$ ). Медиана в I группе – 20,5; во II группе – 7,0 ( $p < 0,05$ ). Значения индекса «ритм» более 20,0% в группе с вегетативной дисфункцией зарегистрированы в 50% случаев наблюдений,

в контрольной группе этот показатель зафиксирован у 29% пациентов. Коэффициент вариации в I группе составил 45%, что подтверждает однородность выборки по синдрому вегетативной дисфункции. Коэффициент вариации в контрольной группе – 103%. При анализе структуры контрольной группы выявлены единичные случаи патологического увеличения показателя «ритм», несмотря на отсутствие жалоб и клинических признаков вегетативной дисфункции, что потребовало углубленного обследования этих детей.

При анализе структуры I группы выявлено следующее распределение по результатам оценки исходного вегетативного статуса с помощью таблиц А.М. Вейна, клиноортостатической пробы и стандартной электрокардиографии: преобладание симпатического тонуса наблюдалось в 38% случаев, преобладание парасимпатического – в 62% случаях. Значение показателя «ритм» в группе с преобладанием парасимпатического отдела вегетативной нервной системы составило  $18,2 \pm 4,6$  (медиана – 17,5; мода – 16); в группе с преобладанием симпатического отдела вегетативной нервной системы –  $30,2 \pm 3,6$  (медиана – 32, мода – 36). Значения индекса «ритм» более 20,0% преобладало в группе с симпатикотонией (80% случаев), тогда как в группе с ваготонией данные значения встречались лишь в 44% наблюдений. Коэффициент вариации в группе с парасимпатикотонией составил 50%, так как показатель «ритм» колебался в этой группе от 0 до 39%. Коэффициент вариации в группе с симпатикотонией составил 24%, значительная часть измерений показателя «ритм» в данной группе находилась в диапазоне от 28 до 36%.

**Выводы.** Метод дисперсионного картирования низкоамплитудных колебаний PQRST, в качестве скрининговой диагностики вегетативной дисфункции у детей, не используя рутинные трудоемкие методы, позволяет дифференцировать пациентов, которым необходимо дальнейшее специальное обследование даже при отсутствии кардиальных жалоб и изменений на стандартной ЭКГ.

Значения показателя «ритм» более 30% при оценке вегетативной регуляции с помощью метода дисперсионного картирования низкоамплитудных колебаний PQRST указывает наиболее вероятно на преобладание симпатикотонического отдела вегетативной нервной системы.

#### Список литературы

1. Детская кардиология и ревматология: Практическое руководство / под общ. ред. Л.М. Беляевой. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2011. – 584 с.
2. Заболевания вегетативной нервной системы / А.М. Вейн, Т.Г. Вознесенская, В.Л. Голубев и др. / под ред. А.М. Вейна. – М.: Медицина, 1991. – 624 с.

**К ВОПРОСУ  
О ТЕРМИНОЛОГИИ, ИСПОЛЪЗУЕМОЙ  
ПРИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДАХ  
ЛЕЧЕНИЯ (ОПЫТ ЗАРУБЕЖНЫХ СТРАН)**

Мурзова Т.В., Сенина-Волжская И.В.,  
Островская Ю.В., Рябов С.В.

*ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная  
медицинская академия Министерства  
Здравоохранения и социального развития РФ»,  
Нижегород, e-mail: missis.mtv@mail.ru*

По мнению ряда зарубежных авторов, исследующих вопросы, связанные с наличием неблагоприятных исходов, проблемы оказания качественной медицинской помощи кроются зачастую в отсутствии комплексного подхода к превенции врачебных ошибок [1; 3; 7; 9; 12; 14].

В законодательных актах многих стран понятие врачебной/медицинской ошибки отсутствует. В целом, медицинская ошибка – случайное причинение вреда (иногда включается также потенциальное причинение вреда) жизни или здоровью пациента, вызванного ошибочными действиями или бездействием медицинского работника. Такие действия совершаются вследствие добросовестного заблуждения при должном отношении к профессиональным обязанностям и отсутствию признаков умысла, халатности, небрежности либо неосторожности. Ошибкой может быть добросовестное заблуждение врача, основанное на несовершенстве медицинской науки и ее методов, или результат нетипичного развития заболевания либо недостаточности подготовки медицинского работника [2; 10; 13; 14; 15].

Субъективными факторами медицинских ошибок являются недоучет или переоценка клинических, лабораторных и анамнестических данных, заключений, недостаточная квалификация врача, неполноценное/запоздалое обследование больного, недооценка тяжести его состояния. Объективными факторами врачебных ошибок являются кратковременность пребывания пациента в клинике, тяжесть состояния пациента, сложность диагностики из-за нетипичности течения заболевания, недостаток материальных ресурсов и лекарственных средств, поздняя госпитализация больного, недостаточность знаний о сути патологического процесса [2; 10; 15].

Неблагоприятные последствия для здоровья пациента могут наступить вследствие действий не только врача, но и другого медицинского персонала (например, медсестры). Это также включается в понятие медицинской ошибки [2; 3; 7; 10; 14; 15].

Американское законодательство устанавливает следующие условия наступления ответственности за врачебную ошибку: фактор вреда здоровью, неправомерность действий, непосредственная причинная связь между ними, вина [10; 14; 15].

Для констатации небрежности американский суд требует от эксперта обосновать такие ее признаки как существенный недостаток знаний, внимательности, особое безразличие к безопасности пациента, обусловленные невежеством в выборе средств диагностики и лечения, недостатком навыков владения оборудованием или даже отказом уделить пациенту надлежащее внимание. Американский комментарий к Уголовному кодексу и руководство по уголовному праву определяют преступную небрежность («negligence») как ситуацию игнорирования существенного и неправомерного риска, о котором субъект не знал, хотя должен был знать. Преступная неосторожность («recklessness») определяется как ситуация игнорирования существенного и неправомерного риска, о котором субъект знал, игнорировал его сознательно и продолжал опасное поведение [10; 12; 13; 15].

В ФРГ, США, Франции, Австрии существует практика заключения между врачом и пациентом (медицинского) договора, где предусматриваются конкретные меры, которые будут применены в случае причинения вреда пациенту или неисполнения заключенного договора [4; 5; 6; 10; 11; 15].

Удельный вес врачебных ошибок достаточно велик. По данным Института медицины Национальной Академии наук США, вследствие предотвратимых медицинских ошибок в американских больницах ежегодно погибают от 44 до 98 тыс. человек, и по этому показателю врачебные ошибки занимают 8-е место в списке основных причин смерти [18; 19].

В США ежегодное количество поступающих на врачей жалоб составляло от 0,2 на каждые 100 врачей в 1985 г. до 14,4 – сегодня. В Канаде один врач из каждых 27 привлекается к ответственности, и в течение последних 10 лет этот показатель был относительно стабилен [10; 12; 13; 15].

В США с помощью статистического наблюдения вычислена вероятность риска врачебной ошибки для каждого среднестатистического врача – 37%, для хирурга – 50%, для акушера-гинеколога – 67% [10; 12; 13; 15].

В США средняя величина присуждаемой компенсации за ущерб, нанесенный при медицинском вмешательстве, составляет от 400 тыс. до 1,5 млн. долларов [10; 15].

В Великобритании за год по судебным искам, связанным с рассмотрением дел о врачебных ошибках, выплачивается 150 млн. фунтов стерлингов. В Австралии размеры выплаченных компенсаций за ущерб, причиненный пациенту в результате медицинского вмешательства, в отдельных случаях достигали 7 млн. долл. США [10; 15].

В нескольких штатах США для получения лицензии врачи обязательно должны участвовать в образовательной программе по снижению риска дефектов [13; 16].