

к трещинам и переломам при нагрузке. Таким образом, исследование показало необходимость тщательного планирования и прогнозирования лечения с использованием оптического микроскопа, учитывая условия последующего функционирования зуба. При соблюдении этих условий метод показывает высокую эффективность в большинстве клинических случаев.

Использование метода оптической микроскопии и включение его в алгоритм по устранению ошибок и неблагоприятных исходов эндодонтического лечения осложнений кариеса повышает его эффективность в 1,96 раза. При распломбировке корневого канала в 1,75 раза; поиске устьев корневых каналов – в 2 раза, извлечении отломков инструментов – в 2,33 раза; извлечении корневых штифтов – в 1,25 раза, закрытии перфорации корня – в 3,5 раза, закрытии резорбции корня – в 1,6 раза.

Существует большое количество проблем, связанных с качеством эндодонтического лечения осложнений кариеса, которые необходимо решать в ближайшее время. Повышение качества данного вида стоматологической услуги зависит от многих факторов, среди которых ведущую роль играет уровень профессиональной подготовки врачей-стоматологов, материально-техническое оснащение клиники и стремление к самоусовершенствованию и техническому развитию. При обнаружении врачебной ошибки необходимо: провести рентгенологическое исследование для постановки диагноза и установления причины возникновения ошибки; уточнить анатомо-морфологические особенности строения корневой системы причинного зуба по КТ или по сводным таблицам; провести планирование предстоящего лечения, с учетом полученных данных; использовать предложенные алгоритмы для устранения врачебной ошибки, включающие применение метода оптической микроскопии; провести контроль качества проведенного лечения, сделать соответствующие записи в амбулаторной карте; диспансерное наблюдение 1 раз в 6 месяцев.

СТАЦИОНАРЫ НА ДОМУ: ФОРМЫ ОРГАНИЗАЦИИ, ПОКАЗАТЕЛЬ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Калининская А.А., Алиева Л.М.

*ФГБУ ЦНИИОИЗ Минздрава России,
Москва, e-mail: AKalininskaya@yandex.ru*

Экономические факторы увеличивают спрос на медицинскую помощь на дому, которая является альтернативой госпитализации и стоит дешевле (Стародубов В.И., Калининская А.А. и др., 2007 г.; Macintyre C.R., Ruth D., Ansari Z., 2002; Duke M., Street A., 2003).

В Самарской области отбор больных в СД осуществляется врачами общей практики. Это были больные в остром периоде или при обо-

стрении хронического заболевания, нуждающиеся в постоянном, но не в круглосуточном наблюдении; инкурабельные и умирающие больные и др. Организация СД позволяет значительно сократить поток больных на дорогостоящие больничные койки, соблюдать преемственность в лечении после вынужденной выписки больных из круглосуточного стационара.

Существует 2 формы работы СД: централизованная с выделением штатов и транспорта и децентрализованная при которой у 1 участкового врача или ВОП лечат в ДС 1-2 больных. Первая форма работы более эффективна в условиях города.

В медицинских учреждениях Минздрава РФ в 2010 г. функционировали 1747 стационара на дому, в которых получили лечение 479,6 тысячи больных.

Проведенный анализ отчетных данных свидетельствует о том, что в РФ стационарах на дому лечатся больные по 30 профилям. Наибольшее число пролеченных больных в стационарах на дому приходится на терапевтический, педиатрический, общий профиль, неврологический, психиатрический, дерматовенерологический, инфекционный и др., имеются СД на базе хосписов.

Число дней лечения больных в СД составило 37,3 на 1000 населения. Средняя длительность лечения больных в СД в целом составила 11,1 день, для детей до 18 лет – 8,5, у лиц от 18 и старше – 11,6 дней. Наибольшая длительность лечения была в СД онкологического профиля (77,2 дня), психиатрического (41,5), травматологического (40,2), ортопедического (28,8) и др.

Наибольшее число пролеченных больных в СД (18 лет и старше) было по поводу болезней системы кровообращения (64,4%), болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани (11,7%), болезней органов дыхания (9,2%), болезней нервной системы (3,8%), болезней органов пищеварения (2,4%) и др.

Дети до 18 лет лечились в СД по поводу: болезней органов дыхания (88,9%), некоторых инфекционных и паразитарных болезней (4,2%), болезней органов пищеварения (1,7%), болезней нервной системы (1,1%), болезней системы кровообращения (0,9%) и др.

Экспериментальной базой исследования являлся стационар на дому на базе городской поликлиники № 1 г. Самары, обслуживающий 51 тыс. взрослого населения. Средний радиус обслуживания СД – 5 км. Режим работы СД – с 8 до 15 ч. 40 мин. Для работы СД были выделены и транспорт. Штаты СД включали: 1 должность врача, 1 должность среднего медицинского персонала и 1 должность водителя.

Отбор больных в СД осуществлялся врачами общей практики. Это больные в остром периоде или при обострении хронического заболевания, нуждающиеся в постоянном, но не в круглосу-

точном наблюдении: одинокие и пожилые; инкурабельные и умирающие больные и др.

В СД все больные ежедневно наблюдались и осматривались врачом и медицинской сестрой, в СД проводятся медицинские процедуры, назначаются лабораторно-диагностические исследования (биохимический, общий анализ крови, общий анализ мочи, мокроты), проводится бактериоскопическое исследование мокроты, измерение артериального давления, проверка остроты зрения, электрокардиография (ЭКГ), ультразвуковое исследование (УЗИ), рентгеноскопия, рентгенография и др.). При необходимости к больным СД приглашались узкие специалисты (акушер-гинеколог, рентгенолог, невропатолог, онколог, сердечно-сосудистый хирург, эндокринолог).

В СД больные получали курс терапии, назначаемой дифференцированно и включающей ежедневные внутривенные капельные инфузии, внутривенные, внутримышечные, подкожные инъекции, прием таблетированных лекарственных препаратов, различные процедуры (горчичники, лечебная физкультура, массаж, ингаляции и т.д.).

В СД за год исследования закончил лечение 251 больной, в том числе 33,9% мужчин и 66,1% – женщин. Основное большинство лечившихся в стационаре на дому (76,4%) были лицами старше трудоспособного возраста (60 лет и старше).

Из числа закончивших лечение в СД 72,9% составили больные с сердечно-сосудистой патологией; 13,9% – с болезнями органов дыхания; 4,4% – с болезнями органов пищеварения; 3,6% – с болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани и др. 96,4% больных, лечившихся в СД, имели сопутствующие заболевания.

Анализ медицинской эффективности лечения в СД показал, что 90,0% больных были выписаны с улучшением и с выздоровлением, у 6,4% – состояние здоровья не изменилось, и у 3,6% – наступило ухудшение и они были госпитализированы. Социологическое исследование показало, что 86,6% больных одобрили работу СД и считали ее удобной формой лечения.

Результаты исследования позволили рассчитать экономический эффект от организации СД. В стоимость лечения в СД входит аренда автотранспорта стоимость, включая заработную плату водителя, бензин и амортизацию автотранспорта. Проведенные расчеты показали, что стоимость лечения больных в СД в 2 раза ниже, чем в стационаре круглосуточного пребывания. За счет отсутствия в СД затрат на коммуникационные расходы.

Проведенное нами нормирование труда врача СД показало, что расчетное время на обслуживание врачом одного больного составило 23,3 мин. Ежедневная нагрузка на одного врача

СД составила 14 больных. Среднее расчетное время на обслуживание одного больного медицинской сестрой составило 16,23 мин., а нагрузка за рабочий день – 15 больных.

Благодаря организации СД для хронических больных в 1,6 раз уменьшилось число вызовов СМП, при этом 85,1% больных после лечения в СД значительно реже стали вызывать бригаду СМП, а 13,5% совсем отказались от экстренной помощи.

Апробированная в условиях эксперимента организационно-функциональная модель СД на базе амбулаторно-поликлинического учреждения свидетельствует о ее высокой медицинской, экономической значимости.

Список литературы

1. Стародубов В.И., Калининская А.А., Бальзамова Л.А., Матвеев Э.Н. Стационарозамещающие формы медицинской помощи: организация работы, нормативная база // Первичная медицинская помощь: Состояние и перспективы развития, 2007. – С. 94-109.
2. Duke M., Street A. Hospital in the home: constructions of the nursing role – a literature review // J. Clin. Nurs. – 2003. – Vol. 12, № 6. – P. 852-859.
3. Macintyre C.R., Ruth D., Ansari Z. Hospital in the home is cost saving for appropriately selected patients: a comparison with in-hospital care // International Journal for Quality in Health Care. – 2002. Vol. 14, № 4 – P. 285-293.

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ПАТОГЕННОСТИ ШТАММОВ *E. COLI*, ВЫДЕЛЕННЫХ ИЗ ОПЕРАЦИОННЫХ РАН

Лайман Е.Ф., Шаркова В.А., Мазур М.Е.,
Просьянникова М.Н.

ГБОУ ВПО «Владивостокский государственный
медицинский университет» Минздравсоцразвития
России, Владивосток;

Лесозаводский филиал ФБУЗ «Центр гигиены
и эпидемиологии в Приморском крае», Приморский
край, e-mail: laimans@mail.ru

Использование молекулярно-генетических методов определения факторов патогенности необходимо в практике работы бактериологических лабораторий при обосновании этиологической значимости *E. coli*.

Целью нашей работы явилось исследование штаммов *E. coli*, выделенных с 2007 по 2010 гг. из операционных ран на присутствие генетических детерминант факторов патогенности.

Маркеры вирулентности выявляли методом ПЦР –РВ с наборами специфических праймеров к 5 генам патогенности, кодирующих способность к адгезии (*sfaG*) и токсинообразованию (*hlyB*, *hlyA*, *cnfl*, *estB*) (ООО «Синтол»).

Исследовано 40 культур, в которых генетические детерминанты обнаружены в 52,5% случаях. В динамике исследования число штаммов, содержащих гены факторов патогенности возрастало с 33,3% (2007 г.) до 100% (2009 г.), в 2010 г. составив 66,7%. В штаммах, выделенных в 2008г, генетические детерминанты,