

считать причиной около 1/3 случаев рака. В России население в среднем в 2 раза меньше по сравнению с благополучными странами употребляет мяса, молока, рыбы, фруктов и овощей [6, 8].

В Приморском крае в 2004 г. по официальным данным доля населения с доходами ниже прожиточного минимума – 21,2%. Средний размер пенсии в крае – 2054,8 руб., что составляет 82,1% прожиточного минимума пенсионера, при этом численность пенсионеров в 2004 г. была 503,6 тыс. человек, или 24,6% от всей численности населения Приморья. Сохранялась стабильно высокой и численность безработных: 100,2 тыс. в 2002 г., 89,7 тыс. в 2003 г., 104,3 тыс. в 2004 г. [4]. Таким образом, бедность населения, как побочный результат проводимых масштабных реформ, и затяжной психоэмоциональный и социальный стресс в обществе представляют собой важные социально-гигиенические факторы риска онкологических заболеваний.

Литература

1. Вялков А.И. // *Проблемы управления здравоохранением*. – 2002. – № 1. – С. 10–13.
2. *Государственный доклад «Состояние здоровья населения и ресурсы здравоохранения Дальневосточного федерального округа»*. – Хабаровск, 2004.
3. Давыдов М.И., Аксель Е.М. *Злокачественные новообразования в России и странах СНГ в 2003 г.* – М. : РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, 2005.
4. *Здравоохранение Дальнего Востока на рубеже веков: проблемы и перспективы / Пригорнев В.Б., Щепин В.О., Дьяченко В.Г., Капитоненко Н.А.* – Хабаровск : Изд-во ДВГМУ, 2003.
5. *Методические подходы, социально-экономические оценки структуры и тенденций. Прогноз народо-*

населения Приморья до 2015 года : научный доклад / под ред. Ю.Н. Казакова. – Владивосток : Изд-во Дальневост. ун-та, 2000.

6. *Приморский край : статистический ежегодник.* – Владивосток : Приморскстат, 2005.
7. *Состояние здоровья населения и ресурсы здравоохранения ДФО в 2001 г. / Онищенко Г.Г., Козут Б.М., Пригорнев В.Б. и др.* – Хабаровск, 2002.
8. Тутельян В.А., Батулин А.К. // *Вестник РГМУ.* – 2004. – № 7.
9. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. *Злокачественные новообразования в России в 2004 г.* – М. : МНИОИ им. П.А. Герцена, 2006.
10. *Social Inequalities and Cancer – WHO.* – Lion : IARC, 1997. – P. 1819–1825.

Поступила в редакцию 18.06.2008.

SOME SOCIAL ECONOMIC FACTORS OF RISK OF THE ONCOLOGICAL PATHOLOGY

S.V. Yudin, I.P. Istomin

City Hospital No. 2 (Vladivostok)

Summary – To Vladivostok and Primorsky Krai the true growth of the general oncological morbidity which occurs on a background of the loss and aging of the population is observed. Among patients of municipal polyclinics of Vladivostok (potential oncological patients) there are $64,3 \pm 2,2\%$ visitors with the income below a living level, $75,0 \pm 1,2\%$ of oncological patients also have the income below a living level i.e. they are poor citizens. Poverty of the population and the long psycho-emotional and social stress in a society represent important social hygienic risk factors of oncological diseases. Prognostic exponential model of intensive parameters testifies to stable growth of oncological morbidity in Primorsky Krai which can by 2010 under condition of preservation of the same onco-epidemiological tendencies, to achieve 350,0 cases on 100 thousand population

Key words: oncological morbidity, poverty, living level.

Pacific Medical Journal, 2008, No. 4, p. 79–82.

УДК 615.9.001.76

Г.А. Попова, Л.А. Сеницына, В.В. Сорокин, Н.Ю. Тимофеева, М.Ю. Павленко, О.А. Ребеза, Н.Е. Черторинская
Городская клиническая больница № 2 (г. Владивосток)

К ВОПРОСУ О ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ РАЗРАБОТКИ МОДЕЛЕЙ КОМПЛЕКСНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ КАК ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО СТАНДАРТА

Ключевые слова: модель, стандарт, комплексная медицинская услуга, токсикология.

Стандарты медицинских технологий являются основой системы управления качеством медицинских услуг. Описан опыт разработки стандартов медицинских услуг в токсикологии на территории Приморского края. Созданная модель позволяет определить гарантированный объем диагностических и лечебных процедур, манипуляций, лекарственных средств, расходных материалов и др., а также сроки лечения. Предварительные расчеты стоимости лекарственного обеспечения позволили увеличить тариф на реанимационную койку с 210 руб. в декабре 2005 г. до 2000 руб. в 2007 г., на токсикологическую койку – с 40 руб. в 2005 г. до 267 руб. в 2007 г. Делается вывод, что внедрение моделей комплексных медицинских услуг будет способствовать повышению уровня медицинской помощи, распространению

положительного опыта и внедрению в практику последних достижений медицинской науки.

Сегодня вопрос необходимости формализации медицинских технологий имеет больше сторонников, чем противников. В мире необходимость нормирования объема медицинской помощи при определенных заболеваниях не вызывает никаких сомнений. В развитых странах вся медицинская помощь в основном оказывается соответственно установленным требованиям [1]. Подчеркивается, что стандарты медицинских технологий являются основой разработки

системы управления качеством медицинских услуг. Так, в Кемеровской области действует свыше 15 тыс. стандартов медицинских технологий [5]. Документов по стандартизации медицинских технологий в токсикологии, являющейся специфическим разделом в медицине, в доступной литературе мы не нашли.

При создании единой информационной системы, объединяющей планирование и управление финансово-экономической деятельностью, департамент здравоохранения Приморского края и Территориальный фонд обязательного медицинского страхования выбрали Краснодарский вариант, где комплексная медицинская услуга представлена стандартом территориального уровня [2]. Выбор метода формализации медицинских технологий послужил основанием для разработки моделей комплексных услуг по токсикологическому профилю сотрудниками отделения острых отравлений.

На первом этапе был составлен классификатор комплексных медицинских услуг для взрослых и детей, который в течение первых двух лет дорабатывался и на сегодняшний день содержит 41 наименование для взрослых и 33 — для детей. Наш классификатор введен в состав справочника медицинских услуг Приморского края, который предназначен для использования медицинскими учреждениями, руководителями учреждений и органов управления здравоохранением, филиалами Территориального фонда обязательного медицинского страхования, медицинскими страховыми организациями, работающими по программам обязательного и добровольного медицинского страхования. При разработке моделей мы следовали рекомендациям автора Краснодарского варианта В.И. Калиниченко [2]. Мы понимаем, что утверждение со временем федеральных протоколов и стандартов токсикологического профиля приведет к замене наших моделей на стандарты федерального уровня, которые будут более современными и научно обоснованными.

Созданные нами модели комплексных медицинских услуг позволяют определить гарантированный объем диагностических и лечебных процедур, манипуляций, лекарственных средств, расходных материалов и изделий медицинского назначения, сроки лечения, требования к срокам лечения. Они ориентированы на конкретное заболевание (нозологическую форму по Международной классификации болезней 10-го пересмотра [3]), технология оказания медицинской помощи при котором должна быть гарантирована пациенту вне зависимости от места ее получения на всей территории Приморья. Определяя гарантированный уровень обеспечения медицинской помощи, модели являются своеобразным стандартом безопасности. При составлении моделей помог опыт учета простых медицинских услуг, проводимого в нашей больнице на протяжении последних 15 лет по каждому пролеченному больному.

Модель комплексной медицинской услуги содержит следующие данные: код заболевания по МКБ-10; наименование нозологии с указанием степени тяжести заболевания и осложнений с учетом медицинской технологии для лечения данного заболевания; место оказания медицинской помощи; наименование специальности; нормативный срок лечения заболевания (с указанием допустимых пределов окончания лечения); требования к результатам лечения; объем обследования; медикаментозное и материально-техническое обеспечение лечения; лечебно-диагностические процедуры и манипуляции; сведения о разработчике и эксперте модели. Все формулировки в разделах «Требования к результатам лечения», «Объем обследования», «Лечебно-диагностические процедуры и манипуляции» выбирались из территориального классификатора.

В разделе «Требования к результатам лечения» указаны критерии и процент их достижения, которые должны быть обеспечены при проведении адекватного лечения. В разделе «Объем обследования» приведены инструментальные и лабораторные методы исследования, консультации. При определении объема обследования руководствовались необходимостью включения минимального перечня процедур, позволяющего установить диагноз, провести дифференциальную диагностику, подтвердить степень тяжести заболевания. Такие процедуры являются обязательными для любого пациента, и каждая из них должна иметь количество и долю применяемости, равную 100%. Процедуры, назначаемые по медпоказаниям, имеют количество и долю применяемости, отличную от 100%. При этом процент применяемости каждой процедуры и их количество определялись на основании статистических данных или экспертным путем при оказании медпомощи по конкретной технологии. Все формулировки в разделах «Возможные осложнения» и «Преемственность последующих этапов» выбирались нами из территориального классификатора.

В качестве примера приводим модель комплексной медицинской услуги (табл.).

Несмотря на то, что токсикологические центры (отделения) созданы на 41 территории Российской Федерации, не более 50% населения страны получают специализированную помощь при химических травмах. Остальным больным эта помощь оказывается в стационарах общего профиля [4]. Подобная же ситуация сложилась и на территории Приморского края. Уже в период работы над моделями нам удалось ввести в краевой формулярный список необходимые для качественного лечения препараты. Предварительные расчеты стоимости лекарственного обеспечения позволили увеличить тариф на реанимационную койку с 210 руб. в декабре 2005 г. до 2000 руб. в 2007 г., на токсикологическую койку — с 40 руб. в 2005 г. до 267 руб. в 2007 г.

Таблица

Модель комплексной медицинской услуги

08500...

ОТРАВЛЕНИЕ ЭТИЛЕНГЛИКОЛЕМ

Код: 08500...

Специальность: Токсикология

Признак: лечение взрослых

Тип модели: лечебно-диагностическая

Степень тяжести: легкая

Финансирование: Обязательное страхование

Место оказания помощи	Длительность			КИЛ
	Количество	±	Единица измерения	
Стационар	8		Койкодень	

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Острое отравление этиленгликолем представляет собой острую травму, развившуюся вследствие попадания в организм токсической дозы двухатомного спирта этиленгликоля и вызвавшую ряд патологических изменений, конечной стадией которых является формирование острой почечно-печеночной недостаточности.

ОБОСНОВАНИЕ

1. Анамнестически – указание на прием этиленгликольсодержащих жидкостей;
2. Клинически: нерезко выраженное опьянение; со стороны ЖКТ – тошнота, рвота, боли в животе; со стороны ЦНС – психомоторное возбуждение; признаки поражения печени и почек в виде болей в пояснице и правом подреберье, мучительной жажды, снижения количества мочи до анурии, положительного симптома Пастернацкого, увеличения и болезненности печени при пальпации.
3. Лабораторно: содержание этиленгликоля в крови и в моче; присутствие оксалатов в моче.

ДИАГНОЗ ПО МКБ

T.51.9. Отравление этиленгликолем.

ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ЛЕЧЕНИЯ

Код	Наименование критерия	Достижение, %
0115	Выздоровление	100
0038	Восстановление диуреза	100
0099	Восстановление функции печени	100
0101	Восстановление функции почек	100
0187	Нормализация клинических анализов	100
0302	Нормализация мочеиспускания	100
0315	Нормализация анализов мочи	100
0366	Нормализация суточного диуреза	100

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ, ВРАЧЕБНЫЕ ПРИЕМЫ, КОНСУЛЬТАЦИИ

Код	Наименование простой услуги	Ед. изм.	Кол-во	Применяемость, %
Консультации				
2280001	Консультация врача-невролога	Конс.	1	10
Инструментальные методы				
И010248	Флюорография органов грудной клетки	Иssl.	1	100
И020041	УЗИ почек	Иssl.	2	100
И046003	ЭКГ в палате	Иssl.	1	50
Лабораторные методы				
Л020001	Клинический анализ крови	Анал.	2	100
Л023015	Общий анализ мочи	Анал.	2	100
Л120015	Серологическое исследование крови на сифилис	Анал.	1	100
Л040031	Определение антител к ВИЧ-1 и ВИЧ-2	Анал.	1	100
Л010012	Опр. мочевины в сыворотке крови с диацетилмонооксимом (ед.)	Анал.	2	100
	Опр. креатинина в сыворотке крови по цветной реакции Яффе (ед.)	Анал.	1	90
Л010107	Опр. глюкозы в сыворотке крови (ед.)	Анал.	1	50
Л010058	Опр. активности аспаргатаминотрансферазы методом Райтмана (ед.)	Анал.	1	100
Л010060	Опр. активности аланинаминотрансферазы методом Райтмана (ед.)	Анал.	1	100
	Определение этиленгликоля в крови	Анал.	1	100
	Определение этиленгликоля в моче	Анал.	1	100

ЛЕЧЕБНЫЕ ПРОЦЕДУРЫ И МАНИПУЛЯЦИИ

Код	Наименование простой услуги	Ед. изм.	Кол-во	Применяемость, %
Манипуляции без проникновения				
4230004	Венепункция	Манип.	1	100
4230017	Катетеризация периферической вены	Манип.	1	100
Манипуляции с проникновением				
5220010	Пункция, катетеризация крупных вен	Манип.	1	10
Восстановительная терапия				
В060011	Индивидуальная психотерапия	Проц.	1	30
В010002	Медикаментозная терапия	Проц.	1	100
Процедуры				
П010025	Внутривенное капельное введение растворов	Проц.	1	100
П010036	Внутримышечные инъекции	Проц.	1	100

СХЕМА ЛЕЧЕНИЯ

1. Промывание желудка + ошелачивание + антидотная терапия + симптоматическая терапия.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Наблюдение у врача-нефролога.
2. Диетотерапия.

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Торговое название, единица измерения, форма выпуска	Норма расхода					Применяемость, %
	доза приема	ед. изм.	кол-во доз	период приема		
				начало	конец	
Спирт этиловый 33%	200	мл	4	1	3	100
Цефтазолин пор. для инъекций, 1 г	1	г	4	1	10	80
Цефтриаксон пор. для инъекций, 1 г	1	г	3	1	10	20
Ципрофлоксацин р-р во фл. 100 мл, 0,2%	100	мл	1	1	4	10
Преднизолон р-р в амп., 30 мг	30	мг	3	1	3	10
Эуфиллин р-р в амп. 10 мл 2,4% №10	10	мл	4	1	4	100
Гепарин р-р в амп. 5мл 2500 ЕД № 10	1	мл	1	1	4	30
Кальция хлорид р-р в амп. 10 мл 10%	20	мл	5	1	4	100
Магния сульфат р-р в амп. 10 мл 25% №10	20	мл	5	1	4	100
Натрия бикарбонат р-р во фл. 5% 200 мл	200	мл	2	1	1	100
Натрия хлорид 0,9% 500 мл	500	мл	3	1	4	100
Фуросемид р-р в амп. 2 мл № 10	2	мл	2	1	2	20
Дроперидол р-р в амп. 5 мл 0,25% № 5	5	мл	1	1	2	20
Супрастин р-р в амп. 1 мл 2% № 5	1	мл	4	1	3	20

РАСХОДНЫЕ МАТЕРИАЛЫ И ИЗДЕЛИЯ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ

Наименование	Норма расхода	Ед. изм.	Кол-во норм	Применяемость, %
Бинт эластичный х/б 100 мм	1	шт.	1	100
Вата гигроскопическая хирургическая 50 г	1,6	г	2	100
Вата гигроскопическая хирургическая 50 г	0,8	г	5	100
Спирт 70% 100 мл	3	г	10	100
Спирт 70% 100 мл	1,5	г	3	100
Лейкопластырь 1×500	1	шт.	1	100
Система для переливания растворов	1	шт.	2	100
Шприц одноразовый 5 мл	1	шт.	5	100
Шприц одноразовый 10 мл	1	шт.	52	100

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

Код	Наименование

ПРЕИМУЩЕСТВЕННОСТЬ ПОСЛЕДУЮЩИХ ЭТАПОВ

Наименование
Диспансерное наблюдение
Наблюдение у нефролога

Разработчик:
Дата:

Учреждение:
Телефон: 32-56-44

Внедрение моделей комплексных медицинских услуг будет способствовать повышению среднего уровня медицинской помощи, распространению положительного опыта, внедрению последних достижений медицинской науки, изменит к лучшему систему финансирования, что приведет к совершенствованию форм оплаты медицинской помощи.

Литература

1. Авксентьева М.В., Бельчевский В.В., Воробьев П.А. и др. *Основы стандартизации в здравоохранении : учебное пособие.* — М. : Ньюдиамед, 2005.
2. Калиниченко В.И. *Управление медицинской помощью с использованием интегрированных систем.* — Краснодар : КубГУ, 2001.
3. *Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, — десятый пересмотр.* — М. : Медицина, 1995.
4. *Организация работы центров (отделений) острых отделений по внедрению современных лечебно-диагностических и информационных технологий : методические указания № 2003/57.* — М. : Минздрав РФ, 2003.
5. Царик Г.Н., Щипачев К.В., Рычагов И.П. и др. //

Проблемы стандартизации в здравоохранении. — М. : Ньюдиамед, 2007. — № 11. — С. 23–29.

Поступила в редакцию 04.06.2008.

TO THE PROBLEM ON EXPEDIENCY OF DEVELOPMENT OF MODELS OF COMPLEX MEDICAL SERVICES OF THE TOXICOLOGICAL STRUCTURE AS TERRITORIAL STANDARD

G.A. Popova, L.A. Sinitsyna, V.V. Sorokin, N.Yu. Timofeeva, M.Yu. Pavlenko, O.A. Rebeza, N.E. Chertorinskaya. City Hospital No. 2 (Vladivostok)

Summary — Standards of medical technologies are the basis of the control of system of quality of medical services. Experience of development of standards of medical services in toxicology in territory of Primorsky Krai is described. The created model allows determining the guaranteed volume of diagnostic and medical procedures, manipulations, medical products, account materials, etc., and also terms of treatment. Precomputations of cost have allowed increasing the tariff on ICU bed from 210 rubles in December, 2005 up to 2000 rubles in 2007, on toxicological bed — from 40 rubles in 2005 up to 267 rubles in 2007. It is judged, that introduction of models of complex medical services will promote increase of level of medical help, distribution of positive experience and introduction in practice of last achievements of medical science.

Key words: model, standard, complex medical service, toxicology.

Pacific Medical Journal, 2008, No. 4, p. 82–86.

УДК 617.52-085.831.7-06-089.844(571.63)

А.Ю. Ди¹, Ю.И. Оконская²

¹Городская клиническая больница № 2, ²Приморская краевая клиническая больница № 2 (г. Владивосток)

ПЛАСТИКА СКВОЗНОГО ДЕФЕКТА ЛИЦА СЛОЖНЫМ РЕВАСКУЛЯРИЗИРОВАННЫМ ЛОСКУТОМ

Ключевые слова: реконструктивно-пластическая хирургия, челюстно-лицевая область, микрососудистая хирургия, лучевой остеомиелит.

Наблюдение из практики. Описана первая в Приморском крае реконструктивная микрохирургическая операция по свободной пересадке сложного лоскута при обширном дефекте лица. Операция была выполнена у женщины 50 лет со сквозным дефектом лица после лучевой терапии по поводу рака слюнной железы. Для пластики применен свободный малоберцовый лоскут. Операция прошла успешно, пациентке планируется пластика нижней губы, подбородка и дентальная имплантация.

В последнее время в Приморском крае отмечается рост онкологических заболеваний и травм челюстно-лицевой области, что в конечном счете приводит к инвалидизации данной группы больных из-за приобретенных деформаций лица с нарушением функций и, следовательно, к ухудшению качества жизни. Таким пациентам необходимы сложные реконструктивно-пластические операции, которые до настоящего времени выполнялись только в центральных клиниках России. Стоимость таких операций очень высока. С учетом роста цен на авиа- и железнодорожные билеты затраты на лечение значительно увеличиваются. Возникает необходимость внедрения современных методов коррекции дефектов и деформаций лица в местных клиниках.

Реконструктивная хирургия занимается восстановлением формы и функции органов, утраченных или поврежденных в результате заболеваний и травм. В настоящее время свободная пересадка реvascularизированных комплексов тканей прочно укоренилась в реконструктивной хирургии. Микрохирургические методики сегодня освоены хирургами самых разных специальностей. Свободная трансплантация тканей с успехом применяется во многих разделах практической медицины, включая пластическую хирургию, камбустиологию, онкологию, травматологию, отоларингологию, нейрохирургию, урологию, гинекологию и т.д. [2].

Одной из основных особенностей операций этого типа является их исключительная техническая сложность: они требуют от хирурга не только безупречного владения элементами микрохирургической техники, но и универсальной подготовки во многих смежных областях. Второй важной особенностью свободных пересадок комплексов тканей являются значительная трудоемкость и длительность. Продолжительность операций обычно колеблется от 5 до 14 часов (а иногда и более), в среднем составляет 8–9 часов и уменьшается с накоплением опыта хирурга [1].