

хлорпромазин – рост доли в денежном выражении на 3,46% на фоне снижения доли закупки, что свидетельствует о лоббировании цен на рынке фармпрепаратов. Снижение доли затрат

наиболее выражено для препаратов флуфеназина – на 5,49% и левомепромазина – на 3,48%, что закономерно проявляется и снижением их доли закупа в натуральном выражении.

Объем закупки в денежном и в натуральном выражении нейролептиков в 2009–2011 гг.

Доля закупа упк. %			МНН (группа N05A) (Нейролептики)	Доля закупа руб. %		
2009	2010	2011		2009	2010	2011
3,65	1,81	1,95	zuclopenthixol	26,49	28,56	23,33
1,22	2,27	3,16	risperidone *	10,02	15,37	13,49
47,42	46,03	39,38	chlorpromazine	8,51	15,37	11,97
0,00	0,03	0,32	sertindole*	0,00	0,63	10,12
22,41	24,18	25,27	haloperidol	5,37	7,36	8,00
4,32	4,54	5,83	thioridazine	6,17	6,36	7,30
2,69	4,68	4,95	clozapine	8,23	5,32	7,17
2,47	1,01	2,24	sulpiride	6,07	1,66	4,00
4,68	6,31	8,01	chlorprothixene	3,20	3,43	3,94
4,10	3,04	3,23	levomepromazine	6,74	3,34	3,26
2,48	1,04	1,59	periciazine	6,10	1,71	2,64
2,23	1,24	1,46	fluphenazine	8,01	2,89	2,52
0,00	0,00	0,05	quetiapine *	0,00	0,00	0,62
0,56	0,25	0,41	perphenazine	1,30	0,35	0,51
0,06	0,00	0,02	amisulpride *	2,65	0,00	0,34
0,00	0,58	0,04	olanzapine *	0,00	6,53	0,30
1,34	2,73	1,70	trifluoperazine	0,34	0,35	0,26
0,00	0,25	0,00	flupentixol	0,00	0,77	0,00
0,35	0,00	0,00	thiopropazine	0,80	0,00	0,00

Пр и м е ч а н и е . * атипичные нейролептики второго поколения.

При анализе потребления нейролептиков при стабильном уровне использования атипичных нейролептиков лидирующие позиции занимает хлорпромазин – 39,38% и галоперидол – 25,27%. Данные показатели соответствуют рекомендациям Всемирной организации здравоохранения в качестве основных нейролептиков для лечения шизофрении и являются «золотым стандартом психиатрии».

Интерес представляет сравнение частоты назначения нейролептиков, рекомендованных стандартом оказания медицинской помощи больным шизофренией и рейтингом доли закупки в натуральном выражении за 2011 г., которая косвенно указывает на выполнение стандартов оказания медицинской помощи в медицинской организации. В стандарте оказания медицинской помощи больным с шизофренией лидирующие позиции по частоте назначения занимают галоперидол и флуфеназин, однако объем потребления данных препаратов в натуральном выражении показывает несоответствие реальной практики оказания медицинской помощи существующим стандартам (галоперидол занимает второе место, флуфеназин – двенадцатое в натуральном выражении). Так же в 2011 г. не закупались, но рекомендованы стандартом оказания медицинской помощи флупентиксол и тиопроперазин.

Выводы

Фармацевтический рынок нейролептиков в госпитальном секторе г. Хабаровска в натуральном и денежном выражении имеет положительную тенденцию к росту, темп прироста составил: 53,1 и 22,6% соответственно в 2011 г. по сравнению с 2009 г. За последние 3 года отмечается увеличение объемов реализации нейролептиков в натуральном выражении: атипичных нейролептиков в 8 раз и в 3,8 раза – типичных нейролептиков. Лидерами по объему закупок среди типичных нейролептиков стали хлорпромазин и галоперидол, а в группе атипичных нейролептиков – клозапин и рисперидон. Подобные тенденции соответствуют общероссийскому фармацевтическому рынку нейролептиков.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ФОРМЫ, ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ НА ДОМУ

¹Кузнецов С.И., ²Бальзамова Л.А.,
³Абдурашидова П.Б.

¹Министерство здравоохранения Самарской области, e-mail: zdravso@samregion.ru;

²Городская поликлиника № 1, Самара;

³ГКУ Республиканский дом ребенка, Махачкала, e-mail: akalininskaya@yandex.ru

Первые стационары на дому (СД) были созданы в СССР в 30-е годы прошлого столетия.

тия и получили широкое развитие в 60-е годы (Бобоходжаев И.Я., 1971). В 90-е годы эта форма работы получила активное развитие в Самарской области (Калининская А.А., 2000; Kalininskaya A.A., Dubinina Ye.Yi, 2011).

Целью организации стационара на дому (СД) является оказание квалифицированной медицинской помощи больным с острыми и хроническими (в стадии обострения) формами заболевания, т. е. больным, которые нуждаются в стационарном лечении, но не могут быть госпитализированными в больницу по целому ряду причин. Вместе с тем состояние здоровья этих больных, а также их домашние условия позволяют организовать медицинскую помощь и уход на дому.

Вашему вниманию предлагается организационно-функциональная модель СД на базе городской поликлиники № 1 Самары, обслуживающей 51 тыс. взрослого населения. Для работы в СД выделены штаты: врач (являющийся врачом общей практики) и медицинская сестра. Выделен транспорт. Средний радиус обслуживания врачом СД – 5 км. Режим его работы СД – с 8 до 15 ч 40 мин в течение 5 дней недели. В субботние и воскресные дни медицинские процедуры и активный патронаж больных проводил медицинский персонал отделения неотложной медицинской помощи, созданный на базе поликлиники.

Отбор больных для лечения в СД проводился лечащими врачами поликлиники (всех специальностей) совместно с заведующими отделениями. В случае необходимости (при ухудшении состояния здоровья) больных переводили в стационар круглосуточного пребывания. Работа стационара на дому регулярно анализировалась на оперативных совещаниях медицинских советов поликлиники. Лечение в СД подлежали больные с хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, болезнями органов дыхания, пищеварения, костно-мышечной системы и соединительной ткани и т.д.

Как и в стационаре круглосуточного пребывания, в СД всех больных ежедневно осматривали врач и медицинская сестра. В СД проводились медицинские процедуры, лабораторно-диагностические исследования (биохимический, общий анализ крови, общий анализ мочи, бактериоскопическое исследование мочи, измерение артериального давления, проверка остроты зрения, электрокардиография, ультразвуковое исследование, рентгеноскопия, рентгенография и др.). В случае необходимости больных в СД консультировали врачи-специалисты (акушер-гинеколог, рентгенолог, невролог, онколог, хирург, эндокринолог).

В СД больные получали курс терапии, включающей ежедневные внутривенные капельные инфузии, внутривенные, внутримышечные, подкожные инъекции, прием таблетированных

лекарственных препаратов, различные процедуры (лечебная физкультура, массаж, ингаляции и т.д.). В среднем врач СД посещал одного больного 8 раз в течение проводимого курса лечения. Если больному в СД назначали инъекции 2–3 раза в день, то дополнительные инъекции выполняла процедурная медицинская сестра поликлиники.

За год исследования в СД закончили лечение 251 больной (33,9% мужчин, 66,1% женщин). Большинство лечившихся в СД (76,4%) были в возрасте 60 лет и старше. Доля лиц трудоспособного возраста составила 23,6%.

Из числа закончивших лечение в СД 72,9% составили больные с сердечно-сосудистыми заболеваниями; 13,9% – болезнями органов дыхания; 4,4% – болезнями органов пищеварения; 3,6% – болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани; 2% – болезнями мочеполовой системы; 1,6% – болезнями нервной системы; 1,2% – болезнями кожи и подкожной клетчатки; 0,4% – болезнями эндокринной системы, расстройствами питания и нарушениями обмена веществ.

В числе больных, лечившихся в СД по поводу сердечно-сосудистых заболеваний, почти 1/2 составляли больные со стенокардией, 1/3 – церебральным атеросклерозом и др. В классе болезней органов дыхания наибольшее число составляли больные бронхиальной астмой, хроническим обструктивным бронхитом и т.д. В классе болезней органов пищеварения преобладали больные с хроническим панкреатитом, циррозом печени и т.д. В классе болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани наибольшую долю составили больные с ревматоидными артритом, артрозами и поражениями межпозвоночных дисков поясничного и других отделов позвоночника. Из числа лечившихся в СД по поводу болезней мочеполовой системы, большую часть составляли больные с необструктивными хроническими пиелонефритами, гломерулярными болезнями и камнями почки и мочеочника.

В стационаре на дому больными было проведено 2482 койко-дня. Наибольшее количество койко-дней было проведено больными с сердечно-сосудистыми заболеваниями (74,1%), болезнями органов дыхания (13,2%), болезнями органов пищеварения (3,9%), болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани (3,8%) и др.

Средняя длительность лечения в СД составила 9,9 дня. Наибольшая длительность лечения больных в СД была по поводу болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани (10,4 дня), болезней нервной системы (10,25 дня), болезней системы кровообращения (10,1 дня), болезней эндокринной системы, расстройств питания и нарушения обмена веществ (10,0 дней).

Из числа больных, лечившихся в СД, 96,4% имели сопутствующие заболевания: 12,7% больных – одно заболевание, 31,1% больных – два заболевания, 52,6% больных – три заболевания и более. И только у 3,6% больных не было ни одного сопутствующего заболевания. Среди больных, имевших три сопутствующих заболевания и более, 83,3% составляли лица старше трудоспособного возраста.

Сравнение стоимости лечения по статьям расходов в СД и в терапевтическом отделении стационара круглосуточного пребывания городской больницы показало, что стоимость одного койко-дня в СД в 2,2 раза меньше, чем стоимость одного койко-дня в больнице круглосуточного пребывания.

В результате проведенного нами нормирования труда медицинского персонала СД установлено, что средние затраты времени врача, связанные с обслуживанием одного больного в СД на базе амбулаторно-поликлинического учреждения, составили 23,3 мин, а медицинской сестры – 16,23 мин. В среднем на одну должность врача в СД следует планировать 14 больных в день, на одну должность медицинской сестры СД – 15 больных в день.

Резюме. В статье представлена организационно-функциональная модель стационара на дому на базе городской поликлиники: формы, объем, оценка эффективности работы и нормирование труда врача и медицинской сестры ДС.

Список литературы

1. Бобоходжаев И.Я. Организация медицинской помощи на дому городскому населению: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Алма-Ата, 1971. – 28 с.
2. Калининская А.А. Научное обоснование медико-организационных основ развития стационарозамещающих форм медицинской помощи населению Российской Федерации (на примере Тверской, Самарской, Брянской областей и Ставропольского края): автор. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2000. – 53 с.
3. Kalininskaya A.A., Dubinina Y.Y., Ivanova M.A. Results of introduction and realization of a program for prevention of disorders of circulatory system in outpatient clinic context // Int J Clin Nutr 2011; Vol 22: – P. 1–80.

ТИПЫ КОНСТИТУЦИИ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ. СООБЩЕНИЕ IV

Петренко В.М.

Санкт-Петербург, e-mail: deptanatomy@hotmail.com

У 10% людей лимфатическое русло (ЛР) в начальном отделе грудного протока (НОГП) не расширено – простое слияние поясничных стволов (ПС), у 90% – ЛР расширено в виде сплетения (СПС) или цистерны, в т.ч. в сочетании с СПС (Жданов Д.А., 1945). Любая цистерна отсутствовала всегда у взрослых людей с долихоморфным телосложением (ЛДТ), у 1/4 – с мезоморфным (ЛМТ), у 10% – с брахиморфным (ЛБТ). Д.А. Жданов не обнаружил

жесткую связь между степенью расширения ЛР и снижением уровня формирования НОГП, которое происходит также в связи с возрастным опущением органов. По его данным я выстроил ряд форм НОГП по их преимущественной проекции на позвоночный столб (сверху вниз): ПСПС – 2 ПС (острый угол) → ПСПС – 3 ПС («кисточка»), узкопетлистое СПС → широкопетлистое СПС → СПС с цистерной ГП. Отсюда вывод: конституциональное удлинение тела человека сопровождается концентрацией (и магистрализацией) ЛР путем уменьшения числа сосудов, а конституциональное укорочение тела – дисперсией ЛР путем увеличения числа, ветвления и сильного расширения сосудов с образованием сплетения и цистерны. Тогда ЛДТ должны иметь ЛР концентрированного типа (магистральная форма → ПСПС), а ЛБТ – ЛР дисперсного типа (СПС + цистерна) с промежуточной плекси-формой (СПС) у ЛМТ. По строению и функции ЛР можно наметить следующие параллели:

1) респираторная (Sigaud C., 1914), астеническая (Богомолец А.А., 1924; Kretschmer E., 1925) конституция человека, лептосомный (Weidenreich F., 1927) или долихоморфный (Геселевич А.М., 1929) соматотип – морфотип лимфатической системы компактный (по сосудам) или лимфоидный (увеличение числа, уровня и площади размещения узлов – «иммунный» ?);

2) дигестивная (Sigaud C., 1914), пастозная, липоматозная (Богомолец А.А., 1924), пикническая (Kretschmer E., 1925) или гиперстеническая (Черноруцкий М.В., 1929) конституция человека, эйрисомный (Weidenreich F., 1927) или брахиморфный (Геселевич А.М., 1929) соматотип – дисперсный или рыхлый (емкостный) морфотип лимфатической системы (человек ~ морская свинка – ?);

3) мышечная (Sigaud C., 1914), фиброзная (Богомолец А.А., 1924) атлетическая (Kretschmer E., 1925) или нормостеническая (Черноруцкий М.В. и др., 1929) конституция человека, мезосомный (Weidenreich F., 1927) или мезоморфный (Геселевич А.М., 1929) соматотип – транспортный мезотип лимфатической системы (человек ~ крыса – ?).

Для проверки своего предположения я изучил материалы Д.А. Жданова (1945), причем результаты исследования им только взрослых людей, поскольку конституция завершает складываться после полового созревания. Д.А. Жданов писал, что изучил 19 трупов взрослых людей (старше 15 лет). У них он обнаружил 1 случай концентрированной (2–3 крупных, рядом расположенных лимфоузла) и 7 случаев дисперсной формы левой латероаортальной цепи поясничных лимфоузлов. Я нашел в протоколах Д.А. Жданова только 6 из этих 8 пре-