

## ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА В КРУПНЫХ ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Р.С. Бакиров, А.Х. Яруллин, Р.А. Зарипов

Кафедра гигиены, медицины труда (зав. — чл.-корр. РАМН, проф. Н.Х.Амиров)

Повышения качества оказания медицинской помощи населению можно достичь совершенствованием диагностического процесса и методов лечения. Основными причинами невысокого уровня диагностики в условиях роста самостоятельности учреждений здравоохранения относительно оснащения эффективной и производительной медицинской аппаратурой являются недостатки в организации диагностической службы на всех уровнях медицинской помощи, отсутствие заинтересованности руководителей в обеспечении бесперебойной работы приборов и аппаратов, ограниченность доступа всех нуждающихся в обследовании. Как видно, все перечисленные причины обусловлены в первую очередь неумением, а может, и нежеланием руководителей здравоохранения и руководителей подразделений лечебно-учреждения должным образом организовать диагностический процесс [3].

Для решения вопросов эффективно-го использования медицинского оборудования необходим поиск путей более рациональной организации диагностического процесса и повышения производительности труда медицинских работников, а также приемов максимального использования возможностей высокопроизводительной медицинской техники, разработки и внедрения законченных циклов диагностического обследования [1, 2].

Сегодня организация лечебно-диагностического процесса во многих многопрофильных медицинских учреждениях выглядит так, как это представлено на рис. 1.

По такой схеме пациента с направительным диагнозом, поставленным на этапе первичной медико-санитарной помощи (в амбулатории, поликлинике, здравпункте), госпитализируют в профильное отделение стационара. Здесь больного на курацию принимает лечащий врач, который в меру своих знаний о валидности, чувствительности и специфичности различных методов диагностики при предполагаемой нозологии

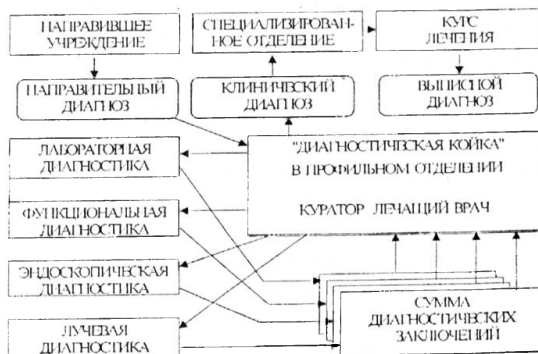


Рис. 1. Структура существующей в настоящее время организации лечебно-диагностического процесса в крупной многопрофильной больнице.

составляет план дообследования, назначая исследования зачастую по принципу “чем больше, тем лучше”. Диагностические кабинеты, которые посещает больной, никак не связаны между собой, и врачи отдельных диагностических служб (клинико-лабораторной, функциональной, эндоскопической, лучевой) не несут при этом никакой ответственности за итог диагностического процесса. Поскольку значительная часть диагностической информации не поддается формализации, протоколы исследования составляются в произвольной форме. В итоге лечащий врач получает множество разрозненных заключений, в которых содержится лишь часть полученной при исследованиях диагностической информации. К тому же они поступают к нему в различные, растянутые во времени сроки. По нашим подсчетам, этот процесс и постановка клинического заключительного диагноза, согласно которому назначается патогенетическое лечение, в среднем требуют 7—9 дней. Кроме того, почти в половине случаев диагноз, поставленный после обследования больного, отличается от направительного. Это вынуждает лечащего врача перевести больного в другое профильное отделение или резко изменить тактику лечения, следствием чего являются потеря еще нескольких дней патогенетического лечения отве-

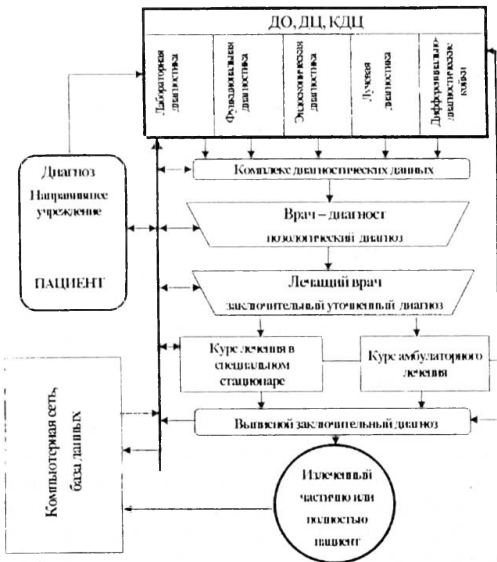


Рис. 2. Рекомендуемая нами схема организации лечебно-диагностического процесса в крупной многопрофильной больнице.

денных медико-экономическими стандартами (МЭС) на данную нозологию, необоснованные расходы медикаментов и лечебных процедур, назначенных предварительно, что не так опасно, если они еще не успели нанести дополнительный вред больному.

В ряде случаев лечащий врач, чтобы уложиться в сроки МЭС, вынужден выписывать недолеченного больного или оформлять на него новые документы как на вновь поступившего. Поскольку выписной заключительный диагноз больному ставит он же, в эпикризе нередко указывается желаемый, а не действительный результат проведенного лечения.

Предлагаемая нами схема организации лечебно-диагностического процесса позволяет исключить если не все, то многие из указанных выше недостатков (рис 2).

С направительным диагнозом больной поступает в диагностическое отделение (ДО) крупной многопрофильной больницы (диагностический центр — ДЦ). В объединенном ДО крупной многопрофильной больницы (ДЦ) больного на консультацию принимает врач-диагност, который составляет план его обследования. При централизации диагностических подразделений врачи-диагносты работают в полном контакте между собой, появляется возможность организовать исследования при различных нозологиях по оптимизированным ал-

горитмам, взаимосвязанным по этапам, времени, результатам предшествующих исследований, по принципу "необходимо и достаточно". Для проведения сложных инвазивных исследований и диагностических манипуляций в составе ДО должны быть свои дифференциально-диагностические и диагностические койки.

Основной целью ДО, ДЦ, КДЦ является формулирование в кратчайшее время и с минимальными затратами обоснованного клинического диагноза, с которым больного направляют в специализированное отделение многопрофильной больницы для интенсивного лечения. Определенная часть больных, направленных в ДЦ, не будет нуждаться в стационарном лечении. По нашему убеждению, больных нежелательно отправлять обратно в направившие их учреждения, возможности которых в проведении лечебных мероприятий, как правило, ограничены по сравнению с поликлиникой многопрофильной больницы.

Лечащий врач, принимающий на консультацию больного в специализированном отделении, требует от врача-диагноста полного обоснования выставленного последнего клинического диагноза. В этом случае лечащий врач выступает в качестве строгого эксперта диагностического этапа.

После проведения курса лечения перед выпиской лечащий врач снова направляет больного в ДО, ДЦ, КДЦ, где он проходит контрольные исследования по основным критериям при данной нозологии. Заключительный диагноз с оценкой эффективности курса лечения формулируется совместно лечащим врачом и врачом-диагностом. В данном случае лечебный этап получает квалифицированную экспертную оценку. Исходные данные всех исследований и результатов лечения закладываются в единую базу данных и всегда доступны для изучения и независимой экспертной оценки.

Опыт организации диагностического процесса по предлагаемой схеме и результаты обследования 1890 больных с определенными нозологиями (осложненная язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненный холецистит, артериальная гипертензия неясного генеза) на базе объединенной диагностической службы 18-й многопрофильной клинической больницы г. Ка-

зани в 1997—1999 гг. показали, что сроки полного обследования до установления обоснованного клинического диагноза при этих заболеваниях реально можно сократить с 7—9 до 1,5—2 дней, а количество назначаемых и проводимых инструментальных исследований — с 11—15 до 4—5, наиболее информативных в данном случае. При таком подходе консультативно-диагностическая служба представляет собой самостоятельную систему и является подсистемой в здравоохранении. Для соответствия такому определению консультативно-диагностическая служба должна содержать значительное количество диагностических подразделений (клинико-лабораторное, функциональное, эндоскопическое, лучевое, УЗИ и др.), иметь централизацию диагностических служб, комплексный подход в постановке заключительного диагноза и интенсивного лечения больных, интеграцию основных средств и ресурсов различных видов диагностики и индустриализацию диагностического процесса.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Манукян Л. М. // Экономика здравоохранения. — 1997. — № 4/5. — С. 15—19.
2. Манукян Л. М., Кича Д. И. // Здравоохранение РФ. — 1997. — № 6. — С. 27—30.
3. Плавунев Н. Ф. // Экономика здравоохранения. — 1997. — № 6. — С. 20—22.

Поступила 14.11.00

#### OPTIMIZATION OF THE DIAGNOSIS PROCESS IN LARGE MEDICAL

R.S. Bakirov, A.Kh. Yarullin, R.A. Zariipov

#### S u m m a r y

The diagnosis process scheme in the diagnosis centres of large multi profile hospitals introducing the unit of the physician-diagnostician and the computer system is suggested. The examination and treatment of 1890 patients by this scheme made it possible to reduce the terms of total examination up to determining the clinical diagnosis from seven-nine days to one-two days, and the number of prescribed and performed instrumental examinations made it possible to reduce the terms of total examination up to determining the clinical diagnosis from 11—15 days to four-five days per one patient.

УДК 616.381—089.85—089.48

### КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРОФИЛАКТИКИ ПОВРЕЖДЕНИЯ СОСУДИСТО-НЕРВНЫХ ПУЧКОВ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПРИ СРЕДИННОЙ ЛАПАРОТОМИИ И ДРЕНИРОВАНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РАНЫ

К.А. Корейба, И.А. Ибатуллин, И.А. Строителев

*Кафедра общей хирургии (зав. — доц. В.Ю. Терещенко) Казанского государственного медицинского университета, кафедра клинической анатомии и оперативной хирургии (зав. — доц. Р.Г. Мингазов) Казанской государственной медицинской академии последипломного образования*

В настоящее время в абдоминальной хирургии, в частности в ургентной, доминирующим доступом при открытых операциях является срединная лапаротомия [1, 3]. Данный доступ позволяет широко подойти ко всем органам брюшной полости, при необходимости его можно расширить. Удобен он и для операций на органах забрюшинного пространства и при сочетанных повреждениях.

Осуществляя данный доступ по несколько раз в день, мало кто из современных хирургов обращает внимание на сосудисто-нервные пучки, которые при этом рассекаются и повреждаются. Между тем, как известно, от их целостности

зависит течение всех фаз воспаления: альтерации, экссудации, репаративно-пролиферативного процесса [2]. Эти же положения актуальны и для современных эндоскопических вмешательств, при которых частота кровотечений из сосудов передней брюшной стенки при введении троакаров достигает 2,5% [4].

Нами изучена клиническая анатомия передней брюшной стенки в области проведения верхне-средне-срединной лапаротомии на 24 свежих трупах мужского и женского пола от 18 до 52 лет. При этом выявлено, что строение подкожной жировой клетчатки данной области отличается по плотности от такой же области других областей передней брюшной