

УДК 614.25

И. Ш. Мухаметзянов (Казань). Компьютерная информационная технология «История болезни»

В целях дальнейшего совершенствования диализного лечения нами создана компьютерная информационная технология «История болезни», не имеющая аналогов в России. Необходимость такой системы была вызвана несовершенством компьютерного обеспечения диализного лечения, не учитывающего всех сведений о больном, выполненных операциях, медикаментозной терапии вне диализа, других методов лечения, дневников, консультаций и т. д. Отсутствие в базе данных отделения этой информации создавало сложности в определении и корректировке лечения. Апробация технологии с использованием локальной компьютерной сети из 9 IBM-386 с операционной системой Novell 2.15 проведена при лечении 112 пациентов с терминальной стадией хронической почечной недостаточности (ТХПН), находящихся на программном гемодиализе 2—3 раза в неделю в течение двух лет.

Компьютерная технология позволяет вводить, хранить, обрабатывать и выдавать в печать всю информацию о больном из базы данных. Оптимизацию функционирования отделения осуществляли в соответствии с нормативами, определенными государственными стандартами. Отчетную документацию о больном составляли в автоматическом режиме за считанные минуты. Заполнение медицинской документации на больного в нашем варианте отличается от рутинной тем, что все сведения хранятся в едином месте, стандартной форме, не зависят от циркуляции документации по параклиническим службам.

Использование компьютерной технологии позволяет оптимизировать работу биохимической лаборатории, уменьшить число неоправданных и дублирующих анализов, проводить их в соответствии с заданной программой.

Списки больных с указанием наиболее важных для определения дальнейшей тактики лечения анализов формируются автоматически в режиме полного списка и списка больных, у которых биохимические показатели в этом периоде превышают заданные уровни. Это дает возможность оперативно реагировать на все недостатки в лечебном процессе.

Программа сама устанавливает очередность проведения для больного всех биохимических анализов и для наглядности может выдавать полученные результаты в графическом режиме. Приведение к должному соответствию уровня электролитов в крови больного и в диализате является весьма важным в лечебном процессе. Оно осуществляется программой путем определения динамики уровня электролитов в диализате с последующей выдачей рекомендаций по профилированию натрия.

Контроль за информацией, особенно редко повторяющейся, осложняет постоянное перемещение больного с амбулаторного на стационарное лечение, и наоборот. После сдачи истории в архив процесс восстановления данных достаточно трудоемок. При использовании же компьютерной технологии это занимает считанные минуты и не зависит от продолжительности лечения, даже если оно длится несколько лет. При назначении медикаментозной поддержки больного в процессе диализа исчезает необходимость в лишних бумагах. При внесении рекомендаций в дневник истории болезни они автоматически передаются в протокол диализа, по которому производится контроль за правильностью и своевременностью выполняемых назначений.

Формирование отчетной документации требует продолжительного анализа имеющихся данных, их обсчета. Компьютерная технология позволяет ввести необходимые временные рамки и представляет готовый отчет в печать. Отчетная документация включает в себя следующие статистические данные: о заболеваемости по кодам МКБ-9; смертности с указанием полного клинического и патологоанатомического диагнозов и количества проведенных лечебных процедур, о загрузке лабораторной службы, количественных показателях работы отделения, список всех больных, леченных в отделении.

При завершении лечения больного или необходимости представления о нем отчетной документации для трансплантации почки, его перевода и выписки документы формируются в автоматическом режиме и распечатываются.

Таким образом, компьютерная информационная технология служит оптимальным вариантом хранения информации для восстановления документации при повторном поступлении больного, последующего его обследования и ведения научной работы.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 614.2—07

КОНТРАКТНАЯ ФОРМА ОПЛАТЫ ТРУДА В ЦРБ

А. М. Сафин

Камско-Устьинская центральная районная больница (главрач — Ш. Ш. Абдуллин) МЗ РТ

Педиатрическая служба Камско-Устьинской ЦРБ с начала 1993 г. перешла на контрактную форму оплаты труда (КФОТ). По КФОТ стали работать не только врачи, но и

медсестры. Главная цель КФОТ — обеспечить соответствие между трудовыми затратами конкретного работника и оплатой его труда, а также поднять заинтересованность специа-

Контрольные показатели	Уровни				Контроль
	1	2	3	4	
Занятость койки выплаты, %	> 345 9	340—345 7	335—339 6	< 335 0	ОМК
Число больных, выписанных с улучшением и выздоровлением выплаты, %	95 8	90—95 7	80—90 6	80 0	ОМК и нач. мед.
Число умерших в стационаре выплаты, %	0 12	1 2	2 1	3 0	ОМК
Число переведенных в другие ЛПУ выплаты, %	0 8	1—2 5	3—4 4	> 5 0	ОМК
Сроки постановки клинического диагноза, день выплаты, %	1-й 8	2-й 8	3-й 5	4-й 0	нач. мед.
Процент расхождения клинико-анатомиче- ского диагноза выплаты, %	0 5			≥ 1 0	нач. мед.
Время осмотра планового больного врачом в часах выплаты, %	< 0,5 8	< 1 6	< 2 3	> 2 0	нач. мед.
Время осмотра экстренного больного в ми- нутах выплаты, %	< 10 9	10—20 6	20—30 4	< 30 0	нач. мед.
Процент осложнений заболеваний выплаты, %	0 5	1 2	> 1 0		нач. мед.
Число хронических больных и с повторной госпитализацией в связи с обострением данного заболевания выплаты, %	0 4	1 2	2 1	3 0	ОМК и нач. мед.
Санитарно-просветительская работа выплаты, %	3 6	2 5	1 4	0 0	ОМК
Выезды в район, ДДУ, школы выплаты, %	≥ 3 12	2 10	1 8	0 3	ОМК
Участие в работе конференций, семинаров выплаты, %	1 10	1 5	0 0		ОМК
Индивидуальные показатели					

листа в качестве своей работы, повышении профессионального мастерства. Чтобы реализация КФОТ не вылилась в необоснованное повышение заработной платы, разработаны показатели, отражающие эффективность деятельности каждого конкретного работника и способствующие в конечном итоге улучшению деятельности лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ).

Исходная индивидуальная контрактная сумма (ИНКС) формировалась из схемного оклада и из суммы повышающих коэффициентов. Последние были подразделены на следующие группы:

1) коэффициенты, связанные с внедрением новых форм и методов управления;

2) коэффициенты, характеризующие итоги повышения профессионального мастерства: а) учеба на курсах повышения квалификации; б) участие в научных конференциях и семинарах; в) внедрение новых современных методов диагностики и лечения;

3) коэффициенты, связанные с улучшением амбулаторно-поликлинической помощи детскому населению: а) показатели результативности; б) показатели дефектов; в) экспертная оценка качества лечения; г) выездная работа;

4) коэффициенты, зависящие от эффективности использования коечного фонда: а) среднегодовая занятость койки; б) оборот койки; в) своевременность постановки клинического диагноза и назначения лечения.

Для каждого конкретного работника рассчитывалось 20—30 контрольных показателей из приведенных выше 4 разделов. Для каждого контрольного показателя вычислялась доля (в %) от должностного оклада. При максимальном выполнении контрольных показателей доля от должностного оклада, подлежащая выплате, составляла 100%, то есть контракт предусматривал 2-кратное повышение схемного оклада.

При выполнении врачом дополнительного объема работы, причем на хорошем профессиональном уровне, он получал добавочную долю выплаты.

Пример: в функциональные обязанности врача-педиатра, работающего в стационаре, не входит такая работа, как прием больных в поликлинике, их обслуживание по вызовам на участке. Но если врач занимался этой работой, то необходимо рассчитать его нагрузку на амбулаторном приеме и при посещении больных на дому. Зная нагрузку, следует вычислить долю схемного оклада, приходящегося на обслуживание одного больного, — на сколько процентов врач выполнил нагрузку, на столько процентов он получит повышающий коэффициент к схемному окладу. Для каждого работника составлен лист согласования (образец приведен в табл.).

Контрольные показатели подразделяли на несколько уровней. Каждому из них соответ-

ствовала определенная доля от схемного оклада (в %). Ежемесячно выполняемые показатели сравнивали с уровнями контрольных. В соответствии с результатами сравнения по таблице в листе согласования рассчитывали долю от должностного оклада, подлежащую выплате. По сумме показателей доли, полученной по всем контрольным данным, определяли общий размер выплат за данный месяц от схемного оклада (в %).

Кроме того, была разработана шкала штрафных санкций, которые предъявлялись администрации ЛПУ за действия, причинившие ущерб ЛПУ или населению.

Штрафные санкции можно условно подразделить на три группы: 1) ошибки в лечении (госпитализация больных без наличия показаний к стационарному лечению, несвоевременное обследование специалистами, необоснованная задержка больных в стационаре, несвоевременный перевод больных в республиканские лечебные учреждения);

2) погрешности в организации деятельности стационара (внутрибольничные инфекции, нарушение санитарно-гигиенических норм, правил стерилизации и дезинфекции, общебольничного режима);

3) общие недочеты в организационной деятельности (нарушение трудовой дисциплины,

несвоевременное предоставление медицинской документации, некачественное ее ведение, выдача недостоверной информации и т. п.).

Каких же результатов удалось добиться благодаря экономическим рычагам управления?

Средняя занятость детской койки возросла с 279 до 354 дней в году, за счет этого более 100 детей смогли дополнительно получить стационарную медицинскую помощь. Сократилось количество осложнений и повторных госпитализаций. Активизировалась выездная работа: сделано 198 выездов и осмотрено 6260 детей. При проведении профилактических осмотров вновь выявлено 163 случая хронических и острых заболеваний.

Введена новая, более подробная форма эпикриза новорожденных, в которой можно отражать не только состояние ребенка в роддоме, его лечение, но и представить семейный анамнез, дать подробные рекомендации и прогноз состояния здоровья ребенка.

Улучшилась патронажная работа — частота посещений к детям первого года жизни достигла в среднем 15 раз в год. Снизилась частота обращаемости детей с запущенными формами заболеваний. Более совершенной стала работа с детьми из диспансерных групп.

Поступила 18.12.94.

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

УДК 615.099 : 615.015.26

ОСТРЫЕ ТОКСИКО-АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ НА ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Р. Х. Бурнашева, Р. С. Фассахов, Н. М. Рахматуллина, В. В. Храмов

*Кафедра аллергологии (зав.— проф. Р. С. Фассахов) Казанской государственной
медицинской академии*

В последнее десятилетие ежегодно в практическом здравоохранении внедряются все новые лекарственные препараты. Несмотря на тщательные фармакологические исследования, многие медикаменты могут вызывать побочные явления, в том числе и аллергические.

По отечественной статистике, до 6—15% больных, находящихся на стационарном лечении, проявляют на лекарства побочные реакции, из них 5—10% составляют аллергические. Встречаются такие тяжелые проявления лекарственной аллергии, как токсический эпидермальный некролиз (синдром Лайелла), синдром Стивенса—Джонсона, многоформная экссудативная эритема и др. Эти реакции имеют острое начало, быстро прогрессирующее течение с выраженными признаками токсемии и высокой летальностью (от 20 до 70%). Основной причиной летального исхода является сепсис, развивающийся вследствие потери барьерных функций кожи, иммунологической недостаточности и присоединения стафилококковой инфекции.

Острые токсико-аллергические реакции возникают на препараты, которые наиболее часто употребляются в лечении больных, в частности на сульфаниламиды и антибиотики (эритромицин, пенициллин, тетрациклин), в основном у больных с грибковыми заболеваниями.

Особого внимания в связи с тяжестью те-

чения заслуживает синдром Лайелла. В 1967 г. автор, по имени которого назван синдром, отметил, что заболевание могут вызвать такие причины, как аллергическая реакция на стафилококковую инфекцию (особенно у детей), на медикаменты, идиопатическая реакция неизвестной этиологии, сочетание инфекции и медикаментозной аллергии.

Дифференцировать все причинные факторы бывает крайне затруднительно, ибо применение лекарственных препаратов часто совпадает с вирусными, бактериальными заболеваниями, по поводу которых и назначаются те или иные лекарственные препараты. Так, например, мы наблюдали больную Н., 52 лет, которая перенесла синдром Лайелла 4 раза. Первые его проявления были связаны с применением сульфаниламидных препаратов, последующие — уже не зависели от каких-либо лекарственных препаратов и протекали на фоне инфекции.

Клинические проявления болезни имеют следующие стадии. Первая — эритематозная: на ограниченном участке кожи появляются небольшие эритематозные бляшки, температура тела повышается до 37,2—37,5°C без изменения общего состояния.

Вторая стадия — буллезная. Через 3—5 дней количество высыпаний увеличивается, иногда процесс приобретает генерализованный