И. Ш. Мухаметзянов (Казань). Компьютерная информационная технология "Истории болезни"

В целях дальнейшего совершенствования диспансерного учета больных развитием компьютерных информационных систем "Истории болезни", не имеющих аналогов в России. Необходимость такой системы была вызвана необходимостью компьютерного обеспечения диспансерного учета больных, не учитывавшегося в базе данных. Подготовкой к возможным перспективам компьютерного учета больных. Сначала в качестве источника информации был создан компьютерный банк данных, в который были внесены сведения о больных, впервые поступивших в стационар.

Анализация информации и использование локальной компьютерной сети из 9 IBM-386 с операционной системой Novell 2.15 проведена при помощи "Прогноза". На протяжении 18 месяцев от момента ввода информации в компьютерную базу данных впервые была проведена индивидуальная компьютерная аналитика больных. Анализ информации о больных показал, что с помощью компьютера можно значительно увеличить объем информации, которая может быть использована в клинической практике.

Компьютерная технология позволяет вводить, хранить, обрабатывать и выдалывать в печать всю информацию о больном из базы данных. Оптимизация функционирования отделения осуществляется в соответствии с нормативами, определяемыми государственными стандартами. Отчетную документацию о больном составляют в автоматическом режиме за установленное время. Запись медицинской документации на больного в нашем варианте отличается от ручной тем, что все сведения хранятся в едином месте, стандартизированном формате, не зависит от циркуляции документации по параклиническим службам.

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

Снижение 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 позволяет оперативно реагировать на все недостатки в лечебном процессе.

Программа сама устанавливает варианты проведения плана лечения другими. Варианты плана лечения для больного, имеющего анализы, могут быть выбраны самостоятельно врачом. В результате полученные результаты и график лечения ведутся отдельно для каждого пациента.

Контроль за использованием информации, особенно редко повторяющейся, осуществляется постоянным пересечением больного с амбулаторным и стационарным лечением. После записи истории в архив процесса восстановления данных достаточно трудоемок. При использовании же компьютерной технологии это занимает значительно меньше времени.

Выводы. Компьютерная технология "Истории болезни" позволяет значительно увеличить объем информации, которая может быть использована в клинической практике. Она обеспечивает оперативность и точность ведения истории болезни, упрощает работу врачей и медицинского персонала.

Организация здравоохранения

УДК 614.2-07

Контрактная форма оплаты труда в ЦРБ

А. М. Сафин

Камско-Устьinskая центральная районная больница (главврач — И. Ш. Абдуллин) МЗ РТ

Педиатрическая служба Камско-Устьinskой 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-
лизет в качестве своей работы, повышении профессионального мастерства. Чтобы реализация КФОГ не вышла в необоснованное повышение заработной платы, разработаны показатели, отражающие эффективность деятельности каждого конкретного работника и способствующие в конечном итоге улучшению деятельности лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ).

Исходя 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 детском населению: а) показатели результативности; б) показатели эффективность использования коечного фонда; 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, при чем на хорошем профессиональном уровне, он получал добавочную долью 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 больным на дому. Зная нагрузку, следует вычислить долю схемного оклада, приходящегося на обслуживание одного больного, а также количество процентов врач выполнил нагрузку, насколько процентов он получил повышающий коэффициент к схемному окладу. Для каждого работника составлен лист согласования (образец приведен в табл.).

Контрольные показатели подразделены на несколько уровней. Каждому из них соответ-
В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

ОСТРЫЕ ТОКСИКО-АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ НА ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

П. 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 эндемический некроз (синдром Лайэль), синдром Стивенса—Джонсона, многоформная экссудативная эритема и др. Эти реакции имеют остroe 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 присоединении стафилококковой инфекции.

Острый 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 течения заслуживает синдром Лайэль. В 1967 г. автор, по имени которого назван синдром, отметил, что заболевание может вызывать 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, но применение лекарственных препаратов часто совпадает с вирусными, бактериальными заболеваниями, по поводу которых и назначаются те или иные лекарственные препараты. Так, например, мы наблюдали больную 11, 52 лет, которая перенесла синдром Лайэль 4 раза. Первые ее 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°С без изменения общего состояния.

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