Заключение. У детей с ОЛЛ полиморфизм гена P53 Arg72Pro заключался в относительно высокой частоте встречаемости генотипов Arg/Arg и Arg/Pro. Несколько реже встречался генотип Pro/Pro. Медиана времени до наступления рецидива при генотипе Arg/Arg было равно 170,8 недель, что было достоверно больше, чем при других генотипах. Самая низкая медиана безрецидивной выживаемости была достигнута при генотипе Pro/Pro, при которой она была равна 49,0 неделям. Безрецидивная выживаемость составила при генотипе Arg/Arg 92%, при Arg/Pro – 86% и Pro/Pro – всего 30%. Следовательно, наличие генотипа Pro/Pro может явиться предиктором плохого ответа на лечение, что вызывает необходимость более агрессивной терапии.

1. Francisco G. Arg72Pro TP53 polymorphism and cancer susceptibility: a comprehensive meta-analysis of 302 case-control studies / G. Francisco, P.R. Menezes, J. Eluf-Neto et al. // Int. J. Cancer. – 2011. – Vol. 129, № 4. – P. 920-930.
2. Bonaventure A. Worldwide comparison of survival from childhood leukemia for 1995–2009, by subtype, age, and sex (CONCORD-2): a population-based study of individual data for 89 828 children from 198 registries in 53 countries / A. Bonaventure, Charles A. Stiller, Gemma Gatta // Lancet Haematol. – 2017. – Vol. 5. – P. 202–217.
3. Zhang H. Genetic Polymorphisms of XRCC1 and Leukemia Risk: A meta-analysis of 19 Case-Control Studies / H. Zhang, H. Lui et al. // Publish Online. – 2013. – Vol. 8, № 11. – P. 52-58.

Титова Л.А., Добрынина Е.А.

Управленческое нормирование правил оказания медицинских услуг

*ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Россия, Воронеж)*

doi:10.18411/lj-05-2018-100

idsp: 000001:lj-05-2018-100

Аннотация

В статье отражено, что внедрение новых технологий в практику сестринского персонала является важным фактором в улучшении и сохранении здоровья населения. Это поможет повысить качество сестринских услуг, повысить престиж профессии, позволит наиболее эффективно использовать кадровый ресурс, позволит обеспечить население бесплатной и доступной медицинской помощью.

Ключевые слова: медицинская помощь, сестринский персонал.

Актуальность. Исключительно большое значение для обеспечения высокого качества медицинской помощи, в т.ч. и оказание медицинских услуг, имеет организационное нормирование единых, унифицированных правил оказания медицинской помощи [1,2]. Для регламентации разных видов деятельности, или создания оптимальной структуры рабочего дня необходимо проведение хронометражных наблюдений. Осуществляется экспертиза объема и качества оказанной сестринской помощи, соблюдения медицинских технологий, сопоставление различных манипуляций и вычисление определенного эквивалента, позволяющего объективно оценивать и сравнивать объем трудовых затрат на ту или иную сестринскую производственную высокотехнологичную операцию и определение количества манипуляционных единиц за определенный период. Таким эквивалентом является сестринская манипуляционная единица (СМЕ) – т.е. ограниченный и экспериментально рассчитанный объем трудовых затрат времени при выполнении сестринских манипуляций.

Материалы и методы. Был проведен хронометраж в отделении № 1 на 10 штатных коек и в отделении № 2 на 20 штатных коек наблюдений. За одну СМЕ нами приняты затраты времени при выполнении стандартной внутримышечной инъекции.

Экспериментальные исследования позволили установить, что на выполнение указанной процедуры в строгом соответствии с профессиональным стандартом в среднем необходимо затратить 4,6 мин. Таким образом, одна СМЕ = 4,6. Расчет содержания сестринских манипуляционных единиц в определенной высокотехнологичной сестринской манипуляции (ВТСМ) выполняется по следующей формуле:

$$КМЕ = \frac{ЗВМ}{СМЕ} \quad (1)$$

где КМЕ – количество СМЕ при выполнении определённой ВТСМ;
ЗВМ – затраты времени на выполнение определённой ВТСМ;
СМЕ – сестринская манипуляционная единица, равная 4,6.

Пример расчёта: в соответствии с профессиональным стандартом на выполнение внутривенной инъекции в периферическую вену в среднем затрачивается 6,9 мин.

Используя формулу, определяем количество СМЕ в данной манипуляции:

$$КМЕ = \frac{6,9}{4,6} = 1,5$$

Таким образом, при осуществлении внутривенной инъекции необходимо выполнить объём трудозатрат, равный 1,5 СМЕ.

По указанной методике нами экспериментально определено количество СМЕ в каждой высокотехнологичной сестринской манипуляции.

Среднесуточный объём СМЕ на одну профильную койку предлагается считать коэффициентом сестринской манипуляционной активности и исчислять по формуле:

$$КМА = \frac{М}{N \times P} \quad (2)$$

где КМА – коэффициент сестринской манипуляционной активности;
М – число СМЕ, выполненных в отделении в течение месяца;
N – число календарных дней в месяце;
P – число штатных коек в отделении.

Число сестринских манипуляционных единиц, выполненных в отделении в течение месяца (М), исчисляется по формуле:

$$М = (М1 \times СМЕ1) + (М2 \times СМЕ2) + (М3 \times СМЕ3) \dots, \quad (3)$$

где М1, М2, М3 – количество определённых манипуляций, выполненных в течение месяца;

СМЕ1, СМЕ2 ... – число СМЕ в конкретной манипуляции.

Результаты. При обработке данных в отделении №1 за месяц число СМЕ составило 3200, а в отделении № 2 – 3280.

Из этого можно сделать вывод, что манипуляционная нагрузка в обоих отделениях примерно одинакова. Однако в отделении №1 10 штатных коек, а в отделении сестринского ухода – 20. В результате КМА в отделении №1 составит:

$$КМА = \frac{3200}{(30 \times 10)} = 10,6$$

$$(30 \times 10)$$

а в отделении №2:

$$КМА = \frac{3280}{(30 \times 20)} = 5,5$$

$$(30 \times 20)$$

Таким образом, интенсивность манипуляционной деятельности в отделении №1 в 2 раза выше, чем в отделении №2, хотя месячный объем сестринских манипуляционных единиц в обоих отделениях примерно одинаков. Данный показатель позволяет сравнивать интенсивность манипуляционной деятельности сестринских служб различных отделений. Распределение нагрузки по интенсивности манипуляционной деятельности позволяет регламентировать деятельность медицинских сестер в отделениях больницы, т.е. увеличивать или уменьшать объем дополнительных функций. Коэффициент манипуляционной активности целесообразно определять ежемесячно. Именно этот период позволяет наиболее объективно исследовать динамические показатели за год или несколько лет.

1. Пономарева В.В., Титова Л.А. Организация коек сестринского ухода как одна из форм реализации комплексной стратегии медико-социальной помощи пожилым людям //Успехи геронтологии. 2016. Т. 29. № 2. С. 369-371.
2. Титова Л.А., Чайкина Н.Н., Добрынина Е.А., Нестерова Е.В. Новые технологии для оптимизации работы среднего медицинского персонала// Тенденции развития науки и образования. 2015. № 9 (9). С. 61-63.

¹Титова Л.А., ¹Добрынина Е.А., ²Кузьмичева Г.В.

Элементы логистического подхода к управлению потоковым движением пациентов в стационаре ОГБУЗ «белгородский онкологический диспансер»

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации

(Россия, Воронеж)

ОГБУЗ «Белгородский онкологический диспансер»

(Россия, Белгород)

doi:10.18411/lj-05-2018-101

idsp: 000001:lj-05-2018-101

Аннотация

Суть логистики заключается в оптимизации потоковых процессов: снижении денежных и временных затрат. Медицинское учреждение - это динамичная система, в которой происходит движения различных видов потоков, начиная с потока пациентов. Характерной чертой логистического подхода к управлению в сфере здравоохранения, является особая роль, которая отводится потоку пациентов как объекту управления.

Ключевые слова: потоковое движение пациентов, специализированная медицинская помощь

Актуальность. ОГБУЗ «Белгородский онкологический диспансер» является лечебно-профилактическим учреждением, в задачу которого входит обеспечение населения специализированной стационарной помощью. Всего в 2015 году получили стационарное лечение 14 308 пациентов. Прием пациентов в стационар осуществляется в приемном отделении по направлениям, выданным поликлиникой диспансера.

Динамика потока пациентов на данном пункте регулирования имеет свои особенности [1]. Для целей оперативного управления практически значимыми являются не годовые, а более короткие временные интервалы - месячные, недельные и дневные. В утренние часы в приемном отделении скапливается большое количество пациентов,