

КАЧЕСТВО РАСПОЗНАВАНИЯ РОЖИ: КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ, СТРАТЕГИЯ ОПТИМИЗАЦИИ

*Пшеничная Н.Ю.

*Ростовский государственный медицинский институт,
Ростов-на-Дону, Россия*

*crane@aanet.ru

Переход здравоохранения на новые формы финансирования и существующий в настоящее время низкий уровень обеспеченности его материальными ресурсами диктуют необходимость проведения экономических исследований, направленных на оптимизацию диагностики и терапии заболеваний.

Несмотря на широкую распространенность рожи, при ее распознавании зачастую встречаются диагностические ошибки, которые, в свою очередь, ведут к несвоевременному оказанию надлежащей медицинской помощи и дополнительным на нее расходам.

В связи с вышеизложенным целью настоящей работы явился клинический и экономический анализ качества распознавания рожи и поиск путей его оптимизации.

Для реализации поставленной цели были изучены частота и структура диагностических ошибок у пациентов, обратившихся в 5-е инфекционное отделение МЛПУЗ ГБ-1 им. Н.А. Семашко г. Ростова-на-Дону в течение 2001-2003 гг. с рожей и сходными с ней нозологиями.

В течение указанного периода практически одинаковое количество пациентов с направительным диагнозом «рожа» было доставлено в стационар службой скорой помощи (СП) (43,2-48,5%) и обратилось по направлению из поликлиники (45,4-48,8%). Из других стационаров города в инфекционное отделение было направлено всего лишь 6-8% больных. В профильном стационаре этот диагноз подтвердился далеко не у всех пациентов. Так, в 2001 году диагноз был признан ошибочным у 26,4±3,7% пациентов, доставленных бригадой СП и у 29,1±3,6%, обратившихся по направлению из поликлиники. Встречаемость гипердиагностики рожи в аналогичный период у специалистов непрофильных стационаров также была велика – 34,6±9,3%.

При изучении частоты ошибочной диагностики рожи у поликлинических врачей различных специальностей выяснилось, что наименьшей во все изучаемые годы она регистрировалась у больных, направленных в стационар с этим диагнозом инфекционистами и колебалась в пределах 6,5-11,5%. Наибольшей она была у терапевтов (39,0-46,3%). У врачей других специальностей (терапевта, дерматолога, хирурга, онколога, ЛОР) неправильные диагнозы выявлены в 25,0-42,6% случаев.

Однако, обращаемость к врачам различных специальностей с симптомами, схожими с рожей, варьировала в очень широких пределах. К терапевту в разные годы наблюдений обратилось – 44,8-58,3% больных, инфекционисту – 22,6-29,7%, к врачам других специальностей – 2,2-8,2%.

В связи с этим, мы сочли необходимым определить долевое участие различных поликлинических специалистов в ошибочной постановке диагноза «рожа». При этом выяснилось, что на долю терапевтов приходилось от 69,6% до 73,8% от всех ошибочных диагнозов, инфекционистов 7,1-12,2%, у хирургов, онкологов, дерматологов, ЛОР-врачей варьировало от 2,2 до 9,8%.

Полученные данные выявили наибольшую обращаемость пациентов со схожими симптомами этого заболевания к врачам-терапевтам поликлиник и специалистам службы СП, что, в какой то мере, объясняло и самую высокую встречаемость у них диагностических ошибок.

Ошибки при распознавании рожи приводили и к дополнительным затратам. Для их оценки были проанализированы теоретические и реальные затраты на этих пациентов на догоспитальном этапе.

При изначально верной постановке диагноза, варианты этого этапов медицинской помощи, представлялись следующим образом:

I вариант: обращение в поликлинику или приемное отделение непрофильного стационара и направление на госпитализацию в инфекционное отделение.

II вариант: вызов на дом бригады СП, транспортировка в инфекционный стационар.

Однако, при анализе журналов госпитализаций и отказов в 5-е инфекционное отделение МЛПУЗ ГБ-1 им.Н.А. Семашко г. Ростова-на-Дону, оказалось, что госпитализированные пациенты составляли примерно 1/3 от числа всех, обратившихся в стационар. Как оказалось, часть пациентов была направлена или доставлена в отделение с ошибочным диагнозом «рожа», другой части госпитализация была не показана, а третья часть пациентов, получив консультацию врача приемника инфекционного стационара, от госпитализации отказалась. Между тем, описанные выше ситуации вели за собой дополнительные расходы. Их анализ и явился следующим этапом исследования.

Варианты обращения больного в стационар с диагнозом «рожа» по СП, направлению из поликлиник и непрофильных стационаров, которые не привели к последующей госпитализации представлялись следующим образом.

I вариант: 1)вызов бригады СП с последующей транспортировкой больного в стационар с диагнозом «рожа»; 2)консультация дежурного врача-инфекциониста, признание диагноза ошибочным, постановка предварительного диагноза, включающего другие нозологии; 3) консультация врача смежной специальности и госпитализация в стационар неинфекционного профиля этого же ЛПУ.

II вариант: 1)вызов бригады СП, транспортировка больного в стационар с диагнозом «рожа»; 2)консультация дежурного врача инфекциониста, признание диагноза ошибочным, постановка предвари-

тельного диагноза, включающего другие нозологии; 3) консультация врача смежной специальности этого же ЛПУ, подтверждение соответствующей патологии; 4) транспортировка больного санитарным транспортом в неинфекционный стационар другого ЛПУ.

III вариант: 1) вызов бригады СП, транспортировка больного в стационар с диагнозом «рожа»; 2) консультация дежурного врача инфекциониста и подтверждение этого заболевания; 3) принятие инфекционистом решения об отсутствии показаний для госпитализации или отказ пациента от таковой.

IV вариант: 1) обращение пациента на консультацию к врачу поликлиники и направление его на госпитализацию в стационар; 2) консультация врача инфекционного приемника, признание диагноза ошибочным и направление пациента в другое отделение или ЛПУ.

V вариант: 1) обращение пациента на консультацию к врачу поликлиники и направление его на госпитализацию в стационар; 2) консультация дежурного врача-инфекциониста и подтверждение этого заболевания; 3) принятие инфекционистом решения об отсутствии показаний для госпитализации или отказ пациента от таковой.

По каждому из этих вариантов была рассчитана стоимость случаев обращения в инфекционное отделение (использованы тарифы медицинских услуг по состоянию на 01.04.04 г. Ростова-на-Дону).

Общая сумма теоретических расходов за 2001 год составила 20205,9 руб., реальных - 34091,6 руб. При изучении соотношения теоретических и дополнительных расходов за этот же период оказалось, что реальные расходы превысили теоретические на 68,7%.

Как указано ранее, одна из основных причин сверхнормативных расходов была связана с ошибочным распознаванием рожи. В связи с этим, было проанализировано 200 случаев ее гипердиагностики и выявлено 23 нозологические единицы, скрывающиеся под маской рожи. Среди заболеваний, ошибочно квалифицированных как рожа, чаще всего регистрировались абсцессы и флегмоны - $33,5 \pm 3,3\%$ случаев, контактно-аллергический дерматит ($12,0 \pm 2,3\%$), экзема ($10,0 \pm 2,1\%$), тромбоз флебит ($7,5 \pm 1,9\%$) дермальные ангииты и ангиопатии ($7,5 \pm 1,8\%$). На основе полученных данных были разработаны алгоритмы дифференциальной диагностики рожи и сходных с ней заболеваний.

Данные алгоритмы были использованы на циклах занятий «Ранняя диагностика инфекционных болезней», проводимых с врачами бригад СП общего профиля на кафедре инфекционных болезней Ростовского государственного медицинского университета с конца 2001 г. и по 2003 г. включительно. За это время прошли обучение $51,6 \pm 4,5\%$ специалистов. Применение этих алгоритмов в повседневной работе врачей службы СП привело к сокращению ими ошибочного распознавания рожи в 2,6 раза (с $26,4 \pm 3,7\%$ - в 2001 г. до $10,7 \pm 2,8\%$ - в 2003 году, $p < 0,05$). Между тем, частота диагностических ошибок у врачей поликлиник и непрофильных стационаров осталась практически на том же, что и в 2001 г. уровне, составив в 2002 г. - 30,6% и 38,9%, а в 2003 г. - 36,5% и 40,0%, соответственно.

Учитывая вышеизложенные обстоятельства, возник интерес к тому, каким образом улучшение качества диагностики заболевания врачами СП могло отразиться на реальных расходах, затрачиваемых на первом этапе оказания медицинской помощи.

Оказалось, что в 2002 году общий перерасход средств на оказание первичной медицинской помощи больным рожей и клинически сходных с ней заболеваний составил 54,2%, а в 2003 году - уже 40,8%.

Таким образом, наибольшая частота диагностических ошибок при распознавании данного заболевания выявлена у врачей СП и терапевтов поликлиник, что связано с наибольшей обращаемостью пациентов с заболеваниями со сходной с рожей симптоматикой именно к этим специалистам. Ошибочное распознавание этой патологии приводит к значительному перерасходу средств на догоспитальном этапе оказания медицинской помощи. Повышение квалификации врачей СП, на основе дифференциально-диагностических алгоритмов рожи оказалось экономически выгодным, так как привело к сокращению медицинских расходов на 27,9% в 2003 году по сравнению с 2001 годом.