УДК 614.2:616.831–005.8–036.8-07-08-039.57 (045) Оригинальная статья

ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ИНФАРКТОМ ГОЛОВНОГО МОЗГА В РАННИЙ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЙ ПЕРИОД

А. А. Пархоменко *— ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, аспирант кафедры организации здравоохранения, общественного здоровья и медицинского права;* ***М. В. Еругина*** *— ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, заведующая кафедрой организации здравоохранения, общественного здоровья и медицинского права, доктор медицинских наук;* ***О. В. Колоколов*** *— ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, заведующий кафедрой неврологии ФПК ППС им. К. Н. Третьякова, доктор медицинских наук.*

EXPERT QUALITY EVALUATION OF OUT-PATIENT MEDICAL CARE FOR PATIENTS WITH CEREBRAL INFARCTION IN THE EARLY RECOVERY PERIOD

A. A. Parkhomenko *— Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Health Care Organization, Public Health and Medical Law, Post-graduate;* ***M. V. Erugina*** *— Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Head of Department of Health Care Organization, Public Health and Medical Law, Doctor of Medical Science;* ***O. V. Kolokolov*** *— Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Head of Department of Neurology of Raising Skills Faculty, Doctor of Medical Science.*

Дата поступления — 25.05.2015 г. Дата принятия в печать — 28.08.15 г.

Пархоменко А. А., Еругина М. В., Колоколов О. В. **Экспертная оценка качества амбулаторно-поликлинической медицинской помощи больным с инфарктом головного мозга в ранний восстановительный период. Саратовский научно-медицинский журнал 2015; 11 (3): 333–337.**

Цель: разработка мероприятий по совершенствованию реабилитации в амбулаторных условиях больных с инфарктом головного мозга в ранний восстановительный период. *Материал и методы.* Для получения материала использован метод экспертных оценок (изучено мнение 29 экспертов), для статистической обработки данных — дисперсионный анализ, критерий Колгомогорова — Смирнова, коэффициент конкордации Кендалла, медиана Кемени. *Результаты*. По мнению экспертов, в процессе реабилитации больных с инфарктом головного мозга необходимо повышение роли поликлиник и качества амбулаторной медицинской помощи. В наибольшей степени качество медицинской помощи снижают неудовлетворительное материально-техническое обеспечение и дефицит медицинского персонала первичного звена здравоохранения, что обусловливает невозможность проведения полноценных реабилитационных мероприятий, снижает уровень диспансеризации больных и восстановления функций после перенесенного инфаркта головного мозга. *Заключение*. Повышение эффективности амбулаторно-поликлинической медицинской помощи в ранний восстановительный период инфаркта головного мозга возможно путем комплексного воздействия на все компоненты качества: структурный (повышение обеспеченности кадрами и оборудованием), процессуальный (увеличение времени приема и числа консультаций больных) и результативный (внедрение критериев эффективности лечения при инфаркте головного мозга).

Ключевые слова: экспертная оценка, амбулаторно-поликлиническая медицинская помощь, инфаркт головного мозга.

Parkhomenko AA, Erugina MV, Kolokolov OV. **Expert quality evaluation of out-patient medical care for patients with cerebral infarction in the early recovery period. Saratov Journal of Medical Scientific Research 2015; 11 (3): 333–337.**

The purpose of the research is to work out the measures of an improvement of the out-patient rehabilitation of patients with cerebral infarction in the early recovery period. *Materials and Methods*. Method of the expert evaluation was used for collecting data (29 questionnaires); analysis of variance, Kolmogorov-Smirnov test, Kendall coefficient of concordance, Kemeni median were applied for processing data. *Results*. According to the expert opinion it is necessary to increase the role of polyclinics in a process of the rehabilitation of patients with cerebral infarction and to improve the quality of out-patient medical care in cases of this disease. Experts consider that insufficient technical provision and lack of personnel in the system of primary health care foremost lower quality of medical care. Absence of an equipment and staff shortage lead to imperfection of the rehabilitation process and poor results of recovery after cerebral infarction. *Conclusion*. The improvement of out-patient medical care in the early recovery period of cerebral infarction is possible through the integral impact on all components of the quality: structure (upgrade of equipment and staff provision), process (increase of length and frequency of patients' visits) and result (adoption of efficiency criteria of cerebral infarction treatment).

Key words: expert evaluation, out-patient medical care, cerebral infarction.

Введение. Принятие эффективных управленческих решений невозможно без участия специалистов, непосредственно осуществляющих конкретный вид деятельности. Применение метода экспертных оценок позволило обобщить мнение неврологов о качестве амбулаторно-поликлинической помощи (АПМП) больным с инфарктом головного мозга (ИГМ) в ранний восстановительный период. Выбор нозологической единицы обусловлен медико-социальной значимостью данной патологии (высоким уровнем инвалидности и смертности), выбор периода заболевания — клинико-патогенетическими особенностями, определяющими наиболее высокий уровень реабилитационного потенциала (по сравнению с поздним восстановительным периодом и периодом остаточных явлений).

Цель: разработка мероприятий по совершенствованию реабилитации в амбулаторных условиях больных с инфарктом головного мозга в ранний восстановительный период.

Материал и методы. Для отбора экспертов были использованы объективные критерии [1, 2], характеризующие компетентность: стаж работы по специальности «неврология» не менее 10 лет, а также дополнительно наличие ученой степени, высшей квалификационной категории, опыта работы на руководящих должностях.

Необходимое число экспертов выбрано на основании анализа различных подходов к расчету критического числа ($N=t^2/Ɛ$ [2], $N=t^20{,}50{,}5/Δ^2$ [3], $N=0{,}5\ (3/d+5)$ [4], где t — показатель достоверности (1,96), Ɛ,

Ответственный автор — Пархоменко Анна Александровна
Тел. +79063125659
E-mail: amantes-amentes_@mail.ru

∆, d — предельная допустимая ошибка). В зависимости от используемого способа расчета минимальное необходимое число экспертов изменяется в пределах 4–32. Для учета максимального количества мнений число экспертов, принявших участие в данном исследовании, было приближено к верхнему критическому значению.

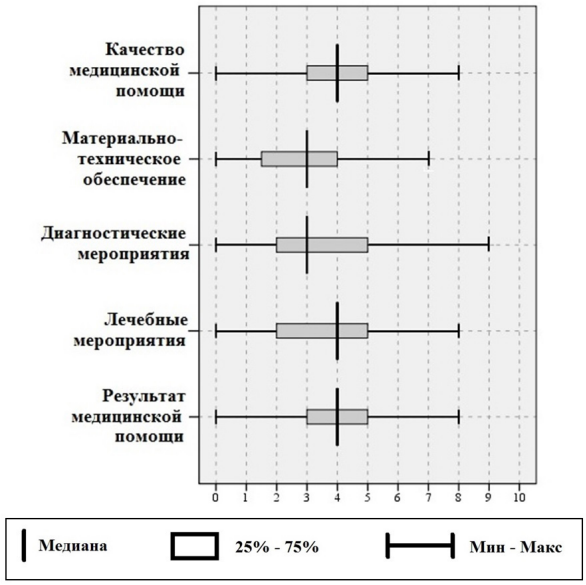
В качестве экспертов выступили 29 врачей-неврологов: 24 женщины и 5 мужчин (средний возраст 48,0 лет; ampl=35-65). Все эксперты имели сертификат и стаж работы по специальности «неврология» не менее 10 лет. Средний стаж составил 20,8 года. Ученую степень имели 3 эксперта, руководящие должности занимали 8 экспертов. Высшая квалификационная категория имелась у 16 специалистов, участвовавших в исследовании.

В анкету для экспертов были включены два блока вопросов. Первый (паспортная часть) блок состоял из вопросов, определяющих уровень компетентности экспертов. Второй блок вопросов освещал мнение экспертов о качестве АПМП при ИГМ, их предложения по совершенствованию МП данной категории пациентов.

С учетом особенностей метода экспертных оценок (ограниченное число и высокая квалификация участников) статистическая обработка мнений проводилась с использованием специальных методик [5, 6]. Для характеристики согласованности мнений использовался коэффициент конкордации Кендалла W (аналог коэффициента корреляции более чем для двух рядов данных). Мнение экспертов считалось несогласованным при W<0,3, средняя степень согласованности определялась при 0,3<W<0,6, высокая степень согласованности — при W>0,6 [7]. Оценка статистической значимости коэффициента конкордации проводилась с использованием χ^2-критерия. Коэффициент считался статистически значимым при p<0,05 и χ^2-расчетном >χ^2-табличного (при соответствующем числе степеней свободы) [4]. Для характеристики общего (консенсусного) мнения экспертов использовалась медиана Кемени (нейтральное (срединное) распределение оценок в баллах (рангах), симметричное к распределению оценок иных экспертов) [8]. Для определения статистической значимости различий средних величин проводился дисперсионный анализ, поскольку распределение оценок для всех параметров являлось нормальным (p>0,7 по результатам применения критерия Колмогорова — Смирнова для проверки гипотезы о нормальности распределения).

Результаты. Экспертам предлагалось оценить в баллах от 0 до 10 роль амбулаторно-поликлинических организаций в процессе оказания медицинской помощи (МП) пациентам с ИГМ в восстановительный период, где 0 — минимальная роль, 10 — максимальная. Ранговые оценки свидетельствуют о необходимости повышения роли поликлиник в реабилитации больных после перенесенного ИГМ, по мнению экспертов. 21 эксперт из 29 оценил должную роль поликлиник выше, чем их роль в восстановлении пациентов с ИГМ в настоящее время. Ни один эксперт не заявил о необходимости уменьшения роли амбулаторно-поликлинических медицинских организаций (МО). Мнение экспертов по данному вопросу имело высокую степень согласованности: коэффициент конкордации Кендалла превысил 0,6 (W=0,76; p<0,001). Медиана Кемени, результирующая в баллах (рангах) экспертные оценки, составила 6 и 9 соответственно для должной роли поликлиник и их роли в реабилитации после ИГМ в настоящее время.

Для определения способов повышения роли амбулаторно-поликлинических МО экспертами была проведена интегральная оценка качества АПМП при ИГМ, а также оценка параметров, характеризующих структурный (материально-техническое обеспечение), процессуальный (лечебные и диагностические мероприятия) и результативный компоненты качества медицинской помощи (КМП). 75% экспертов оценивают качество АПМП в целом и ее отдельных компонентов на менее 5 баллов из 10 максимально возможных, соответствующих наилучшей оценке (рисунок).



Оценка экспертами качества амбулаторно-поликлинической медицинской помощи больным с инфарктом головного мозга и ее компонентов (в баллах)

Различия в оценках качества АПМП и ее отдельных компонентов по результатам дисперсионного анализа статистически не значимы (p=0,246). Средняя оценка качества АПМП экспертами составила 4,0 балла, что по предложенной шкале соответствует уровню ниже среднего.

В форме открытых вопросов экспертам было предложено высказать мнение о наиболее важных проблемах оказания АПМП больным с ИГМ в восстановительный период заболевания, а также предложения по ее улучшению, в том числе минимальный необходимый набор специалистов и технических средств для реабилитации после перенесенного ИГМ в амбулаторных условиях.

Лидирующие позиции среди проблем оказания АПМП, по мнению экспертов, занимают организационные дефекты, а именно недостаточная укомплектованность кадрами (мнение 17 экспертов) и оборудованием (мнение 10 экспертов), что приводит к невозможности проведения полноценных реабилитационных мероприятий и обследования (по 8 экспертов указали данные проблемы), а также низкому уровню диспансеризации после перенесенного ИГМ (6 экспертов). Чаще эксперты указывают на дефицит врачей (15 экспертов), в отсутствие которых нехватка среднего медицинского и иного персонала (инструкторов лечебной физкультуры, логопедов) представ-

ляется экспертам менее актуальной (2 эксперта). Низкий уровень диспансеризации связан, по мнению экспертов, с высокой нагрузкой неврологов поликлиник и недостаточным временем, отводимым как на прием каждого пациента, так и для данной категории больных в целом (отсутствие специальных диспансерных дней).

Экспертам был задан вопрос о должной минимальной частоте наблюдения неврологом в поликлинике больных с ИГМ в восстановительный период. Ответы имели широкий размах от 1 до 24 раз в течение 6 месяцев. Среднее необходимое число консультаций в течение полугода, по мнению экспертов, составило 5,7. Этот показатель приближается к рекомендуемой частоте (6,0) диспансерных осмотров, предусмотренной действующими нормативно-правовыми актами, и превышает, по нашим данным [9], фактическую частоту (4,1).

В качестве проблем оказания АПМП при ИГМ эксперты указали также группу факторов, связанных с самими пациентами, в частности низкую приверженность лечению (4 эксперта) и особенности заболевания (5 экспертов). Вследствие перенесенного ИГМ у больного может формироваться выраженное ограничение функциональных возможностей, что затрудняет получение МП в условиях поликлиники и создает необходимость проведения реабилитационных мероприятий на дому. Низкая приверженность пациентов с ИГМ обусловлена, по мнению экспертов, их недостаточной информированностью об особенностях заболевания и сложным материальным положением. Отдельные эксперты указали как проблему оказания АПМП при ИГМ в восстановительный период отсутствие информационных брошюр для больных и недостаточную коррекцию факторов риска повторных ИГМ, нарушение преемственности и своевременности в процессе реабилитации.

Ответам на вопрос «Укажите минимальный набор специалистов, необходимых для оказания медицинской помощи в поликлинике больным с инфарктом головного мозга в восстановительный период» были присвоены ранги (таблица) в зависимости от частоты их встречаемости (числа экспертов, указавших данного специалиста).

Эксперты единодушны во мнении о ведущей роли невролога в оказании МП при данном заболевании (указан в списке необходимых специалистов всеми экспертами, 1-е ранговое место). Второе ранговое место эксперты отдали не только участковому терапевту, являющемуся ключевой фигурой в системе первичной медико-санитарной помощи, но и специалистам, осуществляющим коррекцию эмоционального состояния больных (психологу, психотерапевту). Третье и четвертое места в рейтинге, составленном экспертами, заняли специалисты, непосредственно оказывающие услуги по реабилитации с активным участием больных (лечебная физкультура, медикологопедические процедуры), а также кардиологи, участвующие в лечении фоновых заболеваний.

Четыре основные позиции в списке минимального набора технических средств, необходимых, по мнению экспертов, для оказания МП больным с инфарктом головного мозга в восстановительный период в поликлинике, заняли средства реабилитации (на их необходимость указал 21 эксперт), оборудование для инструментальной и лабораторной диагностики (15 и 7 экспертов соответственно), вспомогательные приспособления для пациентов (пандусы, кресла-каталки — 3 эксперта).

Эксперты считают, что в наибольшей степени необходимы такие средства реабилитации, как зал и оборудование для лечебной физкультуры (перечислены в списке 19 экспертов), а также физиотерапевтическое оборудование (13 экспертов). Реже эксперты упоминали в списке необходимых средств массажный кабинет с кушеткой (5 экспертов), кабинет психологической поддержки (4 эксперта), логопедический кабинет с соответствующими приспособлениями (2 эксперта).

Диагностическое оборудование, с точки зрения экспертов, должно обеспечивать возможность исследования сосудов шеи и головного мозга (ультразвуковая допплерография — 11 экспертов), сердечного ритма (электрокардиография / холтеровское мониторирование — 8 экспертов), динамический контроль состояния мозговой ткани (компьютерная / магнитно-резонансная томография — 8 экспертов). С меньшей частотой (1-2) эксперты указывали на необходимость наличия в поликлинике аппаратуры для эхокардиографии, электроэнцефалографии, периметра для уточнения выпадения полей зрения. Лабораторная служба, по мнению экспертов, должна предоставлять

Мнение экспертов о необходимости привлечения специалистов для оказания медицинской помощи в условиях поликлиники больным с инфарктом головного мозга

Ранг (место)	Число экспертов, указавших данных специалистов	Наименование специалиста
1	29	Невролог
2	20	Терапевт, психолог / психотерапевт
3	17	Врач / инструктор лечебной физкультуры
4	16	Кардиолог, логопед
5	13	Физиотерапевт
6	9	Офтальмолог
7	6	Реабилитолог / врач по медицинской реабилитации
8	4	Эндокринолог
9	3	Массажист
10	2	Эрготерапевт, врач функциональной диагностики, оториноларинголог, уролог
11	1	Психиатр, хирург, сосудистый хирург, отоневролог, иглорефлексотерапевт, социальный работник

возможность контроля показателей свертываемости крови (коагулограмма, международное нормализованное отношение, активированное частичное тромбопластиновое время, количество тромбоцитов), что является весьма актуальным с учетом патогенетических механизмов развития ИГМ и профилактики повторных нарушений мозгового кровообращения.

Улучшение материально-технического обеспечения занимает первое место среди предложений (14 экспертов). Для повышения качества АПМП при ИГМ важным представляется, по мнению экспертов, решение кадрового опроса: повышение укомплектованности поликлиник как врачебным, так и средним медицинским персоналом (второе место по частоте среди предложений — 13 экспертов). Обеспечение амбулаторно-поликлинических МО кадрами и оборудованием возможно, по мнению экспертов, за счет увеличения финансирования первичного звена здравоохранения.

Открытая форма вопроса о предложениях по улучшению амбулаторной МП позволила определить, что эксперты (8 специалистов) отдают предпочтение расширению реабилитации в условиях существующих поликлиник (в частности, за счет такого подразделения, как дневной стационар), нежели передаче этих функции иным амбулаторным медицинским организациям (кабинетам, реабилитационным центрам), которые необходимо создать (3 эксперта). Для повышения качества АПМП при ИГМ эксперты указали на необходимость увеличения времени на прием больных с ИГМ, обеспечения согласованности тактики специалистов поликлиник (неврологов и участковых терапевтов, в частности, при профилактике повторных ИГМ), а также преемственности между стационарным и амбулаторным этапами реабилитации после перенесенного ИГМ. Отдельными экспертами высказаны предложения по созданию школ для больных с инсультом и их родственников, утверждению порядка оказания МП данной группе пациентов.

В баллах от 0 до 10 (0 — минимум, 10 — максимум) экспертам предлагалось оценить роль механизмов обеспечения качества АПМП, таких как оценка КМП с использованием специфических для ИГМ критериев и рациональная организация процесса оказания АПМП при данном заболевании. Большинство специалистов признали значение организационных технологий в обеспечении КМП (16 экспертов оценили их роль максимально — в 10 баллов). В отношении критериев эффективности МП при ИГМ эксперты были менее единодушны, но наиболее частая оценка также была 10 баллов (максимальный балл присвоили 10 экспертов). Степень согласованности мнений экспертов о механизмах обеспечения КМП была средней (коэффициент конкордации Кендалла в пределах 0,3–0,6; W=0,32; p=0,003). Результирующая оценка (медиана Кемени) составляет 7 (для критериев эффективности) и 10 (для организационных технологий). На вопрос «Считаете ли Вы необходимой разработку более четких критериев оценки качества медицинской помощи больным с инфарктом головного мозга в восстановительный период» утвердительно ответил 21 эксперт, отрицательно — 5. Затруднились с ответом (выбрали вариант «не знаю») 3 эксперта.

О важности организационных технологий в обеспечении качества АПМП при ИГМ свидетельствуют также ранговые оценки экспертами критериев выбора методов диагностики и лечения для данной группы пациентов. Мнение экспертов имело среднюю степень согласованности (коэффициент конкордации Кендалла W=0,32; p<0,001). Результирующее распределение рангов (медиана Кемени) показало, что в первую очередь при определении реабилитационных мероприятий для больных с ИГМ эксперты руководствуются порядками и стандартами оказания МП. В меньшей степени специалисты ориентируются (в последовательности убывания значимости) на сведения, полученные на курсах повышения квалификации (ранг 2), клинические рекомендации (ранг 3), возможности МО (ранг 4) и сложившуюся практику в МО (ранг 5).

Обсуждение. По данным ранее опубликованных исследований [10], эксперты считают невозможным оказание качественной медицинской помощи больным с инсультом в острый период в амбулаторных условиях. В восстановительный период, напротив, по мнению экспертов, роль амбулаторно-поликлинических медицинских организаций должна быть более значительной. Согласованное мнение экспертов о необходимости повышения роли поликлиник в процессе реабилитации больных с ИГМ в совокупности с низкой текущей оценкой качества АПМП свидетельствует о необходимости принятия управленческих решений в отношении системы оказания МП пациентам с ИГМ в раннем восстановительном периоде.

В процессе совершенствования системы оказания амбулаторной помощи данной категории пациентов следует учитывать ее специфику — необходимость в ряде случаев проведения реабилитационных мероприятий на дому, что в настоящее время представляется затруднительным в условиях низкой обеспеченности кадрами и оборудования и отсутствия четкой нормативно-правовой базы, регламентирующей процесс реабилитации на дому.

С учетом низких оценок всех компонентов качества АПМП при ИГМ управленческие решения должны быть комплексными. Дефекты структурного компонента КМП создают, по мнению экспертов, наибольшие сложности при оказании МП и влекут за собой дефекты процессуального компонента. Эксперты указали, что дефицит кадров и отсутствие оборудования приводят к неполноценности процесса реабилитации: невозможности применения немедикаментозных методов и стационарзамещающих технологий, нехватке времени для приема больных и, как следствие, недостаточному уровню диспансеризации. Всё это, в свою очередь, оказывает влияние на результат оказания медицинской помощи, который сейчас не имеет четких критериев оценки (за исключением случаев летального исхода).

Повысить качество АПМП при ИГМ может наличие в поликлинике минимального набора специалистов и средств, которые были предложены экспертами и в совокупности обеспечили бы физическую и психологическую реабилитацию после перенесенного ИГМ. Эксперты согласны, что оценку эффективности реабилитационных мероприятий целесообразно проводить на основании критериев, специально разработанных для данной нозологической единицы. Наряду с мерами воздействия на структурный компонент КМП, использование критериев эффективности совместно с рациональными организационными технологиями процесса оказания АПМП имеет, по мнению экспертов, большое значение в повышении качества амбулаторной помощи больным с ИГМ в ранний восстановительный период.

Заключение. Таким образом, по мнению экспертов, необходимо повышение роли поликлиник в процессе реабилитации больных с инфарктом головного мозга и качества амбулаторной медицинской помощи при данном заболевании. Эксперты считают, что в наибольшей степени снижают качество медицинской помощи неудовлетворительное материально-техническое обеспечение и дефицит медицинского персонала первичного звена здравоохранения. Повышение качества амбулаторно-поликлинической медицинской помощи в ранний восстановительный период инфаркта головного мозга, по мнению экспертов, возможно путем комплексного воздействия на все компоненты качества: структурный (повышение обеспеченности кадрами и оборудованием), процессуальный (увеличение времени приема и числа консультаций больных) и результативный (внедрение критериев эффективности лечения при инфаркте головного мозга).

Конфликт интересов не заявляется.

References (Литература)

1. Maslennikov VE. Peculiarities of experts short listing. Sociology 2010; (2): 82–93. Russian (Масленников В. Е. Особенности отбора экспертов. Социология 2010; (2): 82–93.)
2. Eytingon VN, Kravets MA, Pankratova NP. Methods of organization of expert evaluation and processing of expert evaluation in management. Voronezh: VGU, 2004; 44 p. Russian (Эйтингон В. Н., Кравец М. А., Панкратова Н. П. Методы организации экспертизы и обработки экспертных оценок в менеджменте. Воронеж: ВГУ, 2004; 44 с.)
3. Shmoylova RA, Minashkin VG, Sadovnikova NA, et al. Theory of statistics. Moscow: Finance and statistics, 2008; 656 p. Russian (Шмойлова Р. А., Минашкин В. Г., Садовникова Н. А. и др. Теория статистики. М.: Финансы и статистика, 2008; 656 с.)
4. Mishin VM. Management of quality. Moscow: Yuniti-Dana, 2012; 464 p. Russian (Мишин В. М. Управление качеством. М.: Юнити-Дана, 2012; 464 с.)
5. D'yachenko VG, Solokhina LV, D'yachenko SV. Management of quality of health care. Khabarovsk: Izdatel'stvo GBOU VPO Dal'nevostochnyy gosudarstvennyy meditsinskiy universitet, 2012; 655 p. Russian (Дьяченко В. Г., Солохина Л. В., Дьяченко С. В. Управление качеством медицинской помощи. Хабаровск: Издательство ГБОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет», 2012; 655 с.)
6. Yadov VA. Strategy of social research: Description, explanation, understanding of social reality. Moscow: Omega-L, 2007; 567 p. Russian (Ядов В. А. Стратегия социологического исследования: описание, объяснение, понимание социальной реальности. М.: Омега-Л, 2007; 567 с.)
7. Khodakova OV. Application of method of expert evaluation for organizational and legal analysis of realization of citizens rights in sphere of health care. Zabaykal'skiy vestnik 2013: (1): 152–155. Russian (Ходакова О. В. Применение метода экспертных оценок при проведении организационно-правового анализа реализации прав граждан в области здравоохранения. Забайкальский вестник 2013: (1): 152–155.)
8. Orlov AI. Organizational and economical modeling. Part 2: Expert evaluation. Moscow: Tipografiya MGTU im. Baumana, 2011; 486 p. Russian (Орлов А. И. Организационно-экономическое моделирование. Ч. 2: Экспертные оценки. М.: Типография МГТУ им. Баумана, 2011; 486 с.)
9. Erugina MV, Kolokolov OV, Lukina EV, et al. Assessment of medical care quality for patients with strokes in outpatient-and-polyclinics institutions. Vrach-aspirant 2013; 58 (3): 87–93. Russian (Еругина М. В., Колоколов О. В., Лукина Е. В. и др. Оценка качества оказания медицинской помощи больным с инсультом в амбулаторно-поликлинических организациях. Врач-аспирант 2013; 58 (3): 87–93.)
10. Parkhomenko AA, Erugina MV, Kolokolov OV, et al. Organizational problems of outpatient-and-polyclinic medical care for patients with stroke. Nevrologicheskiy vestnik: Zhurnal im. V. M. Bekhtereva 2014; XLVI (2): 48–51. Russian (Пархоменко А. А., Еругина М. В., Колоколов О. В. и др. Проблемы организации амбулаторно-поликлинической медицинской помощи пациентам с инсультом. Неврологический вестник: Журнал им. В. М. Бехтерева 2014; XLVI (2): 48–51.)

УДК 617.7–007.681–021.3–085.015.4:617.713–07 (045) Оригинальная статья

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАВОПРОСТА С КОНСЕРВАНТОМ ПОЛИКВАДОМ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ

Ю. В. Петрова *— ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, кафедра глазных болезней, врач-интерн;* ***Е. В. Веселова*** *— ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, кафедра глазных болезней, ассистент, кандидат медицинских наук.*

ANALYSIS OF EFFICACY OF TRAVOPROST WITH A PRESERVATIVE POLYQUAD IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH PRIMARY OPEN-ANGLE GLAUCOMA

Y. V. Petrova *— Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Eye Diseases;* ***E. V. Veselova*** *— Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Eye Diseases, Assistant, Candidate of Medical Science.*

Дата поступления — 30.06.2015 г. Дата принятия в печать — 28.08.15 г.

Петрова Ю. В., Веселова Е. В. **Анализ эффективности применения травопроста с консервантом поликвадом в лечении больных первичной открытоугольной глаукомой. Саратовский научно-медицинский журнал 2015; 11 (3): 337–341.**

Цель: оценить эффективность и переносимость применения травопроста и тимолола в лечении пациентов с начальной стадией первичной открытоугольной глаукомы (ПОУГ), а также влияние консерванта на состояние роговицы. Материал и методы. Под наблюдением находились 30 пациентов с диагнозом ПОУГ. Пациенты группы 1 (24 глаза) получали 0,004%-ный раствор травопроста, пациенты группы 2 (16 глаз) — 0,5%-ный раствор тимолола малеата. Пациенты из группы 1 получали травопрост с консервантом поликвадом в том же режиме инстилляции. Через 3 месяца после смены препарата пациентам проводили исследование роговицы методом лазерной сканирующей конфокальной томографии. *Результаты.* У пациентов группы 1 внутриглазное давление (ВГД) снизилось с 33±3 мм рт.ст. до 18±2 мм рт.ст., в группе 2 — с 32±2 мм рт.ст. до 21±1,5 мм рт.ст. После трех месяцев применения травопроста с поликвадом общее количество клеток эпителия роговицы увеличилось