



¹ Московский
государственный
медико-
стоматологический
университет
им. А.И. Евдокимова

² Городская
поликлиника № 62
Департамента
здравоохранения
г. Москвы

³ Городская
поликлиника № 28
Департамента
здравоохранения
г. Москвы

Дневной стационар: новая модель

А.Л. Вёрткин¹, Е.Ю. Тихоновская², М.М. Алексеева^{1,3}, С.В. Целик^{1,2}

Адрес для переписки: Аркадий Львович Вёрткин, kafedrakf@mail.ru

При анализе работы дневных стационаров нескольких московских поликлиник были сделаны следующие выводы. Отбор больных для направления в дневной стационар обычно происходит по желанию самих больных и в редких случаях по направлению врача в соответствии с медицинскими показаниями. Объем медицинской помощи в большинстве случаев ограничивается внутривенным (капельным) введением лекарственных средств пожилым и коморбидным пациентам.

Причем нередко показания не принимаются во внимание, и не всегда препараты оказываются эффективными. Методические рекомендации по организации дневных стационаров и рекомендуемый набор лекарственных средств и процедур утверждены приказом Минздрава России от 17 ноября 2000 г. № 2000/166.

В качестве эксперимента было решено организовать дневной специализированный (смешанный) стационар при одной из поликлиник на базе специализированного отделения. Тем не менее к настоящему моменту услуга стала востребованной. Таким образом, переход к новой модели дневного стационара позволит квалифицированно проводить экспертизу состояния здоровья пациентов.

Ключевые слова: дневной стационар, поликлиника, коморбидность

Основными направлениями реформы здравоохранения, определенной Концепцией развития здравоохранения и медицинской науки Российской Федерации, являются внедрение малозатратных технологий, развитие стационаро-замещающих форм и оказание

доступной медицинской помощи. На сегодняшний день функционирование дневного стационара осуществляется в соответствии с приказом Минздрава России от 9 декабря 1999 г. № 438 «Об организации деятельности дневных стационаров в лечебно-профилактических учреждениях».

Согласно этому приказу функция-ми дневного стационара являются:

- проведение комплексных профилактических и оздоровительных мероприятий лицам из групп риска повышенной заболеваемости, в том числе профессиональной, а также длительно и часто болеющим;
- выполнение сложных и комплексных диагностических исследований и лечебных процедур, связанных с необходимостью специальной подготовки больных, и краткосрочного медицинского наблюдения после проведения указанных лечебных и диагностических мероприятий;
- подбор адекватной терапии больным с впервые установленным диагнозом заболевания или хроническим болезням при изменении степени тяжести заболевания;
- проведение комплексного курсового лечения с применением современных медицинских технологий больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения;
- осуществление реабилитационного и оздоровительного комплексного курсового лечения больных и инвалидов, беременных;
- проведение экспертизы состояния здоровья, степени утра-



ты трудоспособности граждан и решение вопроса о направлении на медико-социальную экспертизу.

В Методических рекомендациях «Организация стационарозамещающих форм медицинской помощи населению», утвержденных приказом Минздрава России от 4 ноября 2002 г. № 2002/106, а также в приказе ГУЗМ от 2 октября 1989 г. № 520 «О серьезных недостатках в работе амбулаторно-поликлинических учреждений по организации приема населения» определены показания для пребывания в дневном стационаре:

- необходимость в длительном внутривенном (капельном) введении лекарственных препаратов;
- комплексное лечение, включающее инъекции лекарственных препаратов, проведение физиотерапевтических процедур, массажа, лечебной физкультуры и т.д.;
- подготовка пациентов к проведению сложных диагностических исследований и последующее медицинское наблюдение за ними;
- необходимость проведения некоторых сложных лечебных мероприятий (пункция плевральной или брюшной полости);
- оказание неотложной медицинской помощи пациентам по поводу острых состояний, возникших во время пребывания в поликлинике или около нее.

Определены и противопоказания к лечению в условиях дневного стационара:

- тяжелое общее состояние больного;
- необходимость круглосуточного наблюдения;
- необходимость длительного парентерального введения лекарственных препаратов;
- строгий постельный режим;
- ограничение передвижения и самообслуживания;
- ухудшение состояния в ночные часы;
- острые и социально обусловленные заболевания.

При анализе показаний и противопоказаний обращает на себя внимание ряд противоречий, которые будут тормозить внедрение стационарозамещающих технологий.

При анализе работы дневных стационаров ряда поликлиник Москвы за 2011–2012 гг. было выявлено, что все пациенты, направляемые в такие стационары для оказания медицинской помощи, являются коморбидными.

Впервые определение коморбидности дал американский ученый А.Р. Feinstein в 1970 г. Под коморбидностью он понимал наличие дополнительной клинической картины, уже существующей или способной появиться самостоятельно помимо текущего заболевания и всегда отличающейся от него. Сегодня у термина «коморбидность» множество синонимов: полиморбидность, мультиморбидность, полипатия, соболезненность, мультифакториальные заболевания, плюрипатология, двойной диагноз и др. Коморбидная патология широко распространена. Ретроспективный анализ 3500 протоколов аутопсий больных, проходивших лечение в отделениях терапевтического профиля в многопрофильном стационаре в 2008–2010 гг., показал наличие коморбидной патологии у 78,6%.

Роль коморбидности условно можно разделить на 2 группы – клиническую и экономическую. С точки зрения клинической составляющей коморбидная патология усугубляет течение основного заболевания, приводит к изменению привычной клинической картины, становится причиной развития смертельных осложнений и является независимым фактором риска летального исхода. Так, риск смерти у пациентов с двумя заболеваниями составляет 5–10%, а с 5 и более возрастает до 70–80%. С точки зрения экономической составляющей коморбидная патология увеличивает затраты на диагностику и лечение заболеваний и в современных условиях обя-

зательного медицинского страхования удлиняет койко-день в стационаре. Этот факт является дополнительным аргументом в пользу развития сети дневных стационаров. Однако, по нашим данным, лечение, которое пациенты получали в дневном стационаре, ограничивалось в основном внутривенными инъекциями. Что касается сопутствующих заболеваний, врачи-специалисты редко консультировали больных. Поэтому пациенты дневного стационара были вынуждены получать консультации и обследования в плановом порядке, как правило после выписки из дневного стационара.

Рекомендуемый набор лекарственных средств и процедур для лечения в дневном стационаре на базе амбулаторно-поликлинических учреждений, утвержденный приказом Минздрава России от 17 ноября 2000 г. № 2000/166, нуждается в корректировке. Например, для лечения пациентов, направляемых в дневной стационар с диагнозом «хроническая ишемия мозга», рекомендована следующая схема (рассчитана на 15–21 день):

- ✓ Эуфиллин 10,0 в/в капельно № 10;
- ✓ пирацетам 5,0 мл в/в № 10;
- ✓ никотиновая кислота 2,0 в/м № 10;
- ✓ витамины группы В по 2,0 мл в/м № 10;
- ✓ циннаризин 1 таблетка 3 раза в день.

Очевидно, что такое лечение не может быть эффективным и высокотехнологичным. Кроме того, поскольку большинство пациентов являются коморбидными, данное лечение способно привести к ухудшению их состояния. Сказанное выше позволяет предложить для обсуждения новую схему работы дневного стационара. В качестве первого шага было разработано положение об организации деятельности специализированного (смешанного) стационара при поликлинике на базе специализированного отделения. Отделение предназначено для проведения профилактических,



диагностических и реабилитационных мероприятий больным терапевтического, пульмонологического, неврологического профиля, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения, с применением современных медицинских технологий в соответствии со стандартами и протоколами ведения больных. При этом в показания для направления в дневной стационар были внесены изменения. На первом месте в перечне заболеваний, подлежащих направлению на лечение в дневной стационар, поименованы сердечно-сосудистые заболевания:

1.1. Ишемическая болезнь сердца: постинфарктный кардиосклероз, НК I-II-A стадий.

1.2. Ишемическая болезнь сердца: аритмическая форма (экстрасистолия, мерцательная аритмия – постоянная форма), НК (недостаточность кровообращения) I-II-A стадии.

1.3. Ишемическая болезнь сердца: состояния после кардиохирургических пособий.

1.4. Гипертоническая болезнь I-III стадий, 1-й, 2-й степени, НК 0-I-II-A стадий.

На втором месте значатся цереброваскулярные заболевания:

2.1. Хроническая ишемия головного мозга в стадии субкомпенсации.

2.2. Последствия перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) (через 6 месяцев после ОНМК).

На третьем – хроническая обструктивная болезнь легких.

На четвертом – сахарный диабет 2-го типа:

4.1. Сахарный диабет с гипогликемическими состояниями.

4.2. Сахарный диабет и ассоциированные соматические заболевания.

На пятом месте – проявления алкогольной болезни:

5.1. Хронический активный гепатит, стеатогепатит алкогольный без выраженных признаков хронической печеночно-клеточной недостаточности.

5.2. Цирроз печени, класс А, В по Чайлду – Пью (Child – Pugh), ми-

нимальная, умеренно выраженная степень активности, синдром портальной гипертензии I-II стадий без выраженных признаков печеночно-клеточной недостаточности.

5.3. Полинейропатия алкогольная с двигательными и чувствительными расстройствами легкой и средней степени тяжести.

На шестом – заболевания костно-суставной системы:

6.1. Остеоартроз.

6.2. Остеопороз.

Для лечения в такой дневной стационар направляются:

✓ пациенты с перечисленными заболеваниями, находящиеся на амбулаторном лечении или под врачебным наблюдением;

✓ пациенты, направляемые на высокотехнологические диагностические лечебные манипуляции, связанные с необходимостью специальной подготовки больных и краткосрочного медицинского наблюдения после проведения указанных манипуляций;

✓ пациенты с перечисленными заболеваниями для проведения реабилитационного и оздоровительного лечения с применением методов комплексного лечения (медикаментозная терапия, физио- и рефлексотерапия, ЛФК и др.);

✓ пациенты, требующие оказания неотложной помощи по поводу острых состояний, возникших во время нахождения в поликлинике (приступы бронхиальной астмы, гипертонический криз, пароксизмальная аритмия и др.).

Целью работы дневного стационара является совершенствование организации и повышение качества оказания квалифицированной медицинской помощи при социально значимых заболеваниях в амбулаторных условиях, а также повышение экономической эффективности деятельности поликлиники на основе внедрения и широкого использования современных ресурсосберегающих медицинских технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации больных.

В соответствии с этой целью в функции дневного специализированного (смешанного) стационара входят:

1) проведение комплексного курсового лечения с применением современных медицинских технологий, включающих в том числе методы интенсивной терапии (внутривенные инъекции и капельные инфузии лекарственных препаратов), больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения;

2) проведение пациентам сложных и комплексных диагностических исследований и лечебных процедур, связанных с необходимостью специальной подготовки больных и краткосрочного медицинского наблюдения после проведения указанных лечебных и диагностических мероприятий;

3) подбор адекватной терапии больным с впервые установленным диагнозом заболевания или хроническим больным при изменении степени тяжести заболевания;

4) долечивание больных, выписанных из стационара для завершения лечения в условиях активного режима;

5) проведение комплексных профилактических и оздоровительных мероприятий лицам из групп риска повышенной заболеваемости, а также длительно и часто болеющим;

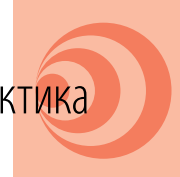
6) осуществление реабилитационного и оздоровительного комплексного курсового лечения больных;

7) апробация совместно с кафедрами медицинских вузов, научно-исследовательских институтов новых методик лечения и обследования больных;

8) повышение квалификации врачей и среднего медицинского персонала поликлинического звена;

9) обучение интернов, ординаторов и аспирантов по вопросам организации и оказания стационарозамещающей помощи в амбулаторно-поликлинических условиях.

Перечень видов лечебно-диагностической помощи в таком дневном стационаре следующий:



- коррекция лечения и его мониторинг (динамическая электрокардиограмма (ЭКГ), суточное холтеровское мониторирование ЭКГ, суточное мониторирование артериального давления, ЭХОКГ, функция внешнего дыхания (ФВД), гликемии, глюкозурии, клиренс креатинина, ультразвуковое исследование (УЗИ));
- внутримышечные, подкожные инъекции лекарственных препаратов;
- внутривенные инфузии (в том числе капельные инфузии лекарственных препаратов);
- немедикаментозные методы лечения (физиотерапия, рефлексотерапия, лечебная физкультура, психотерапия и т.п.);
- термометрия.

За четыре месяца работы новой формы специализированного дневного стационара лечение получили 154 человека (105 женщин и 49 мужчин, средний возраст 62 года). Таким образом, лечение стало доступно более молодым пациентам, хотя по-прежнему самой частой нозологией остается хроническая ишемия головного мозга – 56%. Пациенты получают консультацию не только невролога, но и всех необходимых врачей-специалистов



Рисунок. Универсальный алгоритм ведения коморбидных больных

(эндокринолога, пульмонолога, хирурга, терапевта), а также дополнительные обследования (УЗИ внутренних органов, ФВД, денситометрия, ультразвуковая доплерография брахиоцефальных сосудов).

Особое место в работе дневного стационара занимает разработанный алгоритм лечебных интервенций. Учитывая, что большинство пациентов дневного стационара – потенциально больные с коморбидной патологией,

был разработан универсальный алгоритм ведения подобных больных (см. рисунок).

На наш взгляд, переход к новой модели дневного стационара позволит квалифицированно проводить экспертизу состояния здоровья пациентов, своевременно выявлять факторы риска и социально значимую патологию, добиться большей преемственности между стационаром и поликлиникой и оказывать экстренную медицинскую помощь. ☺

кардиология и ангиология

Day hospital: a novel model

A.L. Vyortkin¹, E.Yu. Tikhonovskaya², M.M. Alekseyeva^{1,3}, S.V. Tselik^{1,2}

¹ Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Evdokimov

² City Polyclinic No. 62, Moscow Public Health Department

³ City Polyclinic No. 28, Moscow Public Health Department

Contact person: Arkadiy Lvovich Vertkin, kafedrakf@mail.ru

While analyzing work of day hospitals at several Moscow polyclinics the following conclusions were drawn. Selection of patient referrals to day hospital is usually performed based on patient's own wish, and in rare cases by doctor according to medical indications. In many cases an extent of medical care is limited by intravenous drip infusions to comorbid elderly patients, often without considering indications, and not always using effective drugs. Guidelines on organizing day hospitals, and a recommended list of medicines and procedures have been approved by the order of Ministry of Health of the Russian Federation, dated of November 17, 2000. No. 2000/166. Based on the abovementioned, it was decided to organize a specialized (combined) day hospital at a specialized department of a polyclinic. This was a tryout; however, by now such service has become well requested. Thus, a transition to a novel model of day hospital will let to professionally conduct expertise of patients' medical condition.

Key words: day hospital, polyclinic, comorbidity