

Дневной стационар: «старая» и «новая» модели

А.Л. Вёрткин¹, Е.Ю. Тихоновская², М.М. Алексеева¹, С.В. Целик^{1,3}, Х.А. Шахманаев

¹Кафедра терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи
МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Москва

²Поликлиника № 39, Москва

³Поликлиника № 71, Москва

В настоящее время работа дневного стационара поликлиники не удовлетворяет потребностей современного здравоохранения. Объем медицинской помощи зачастую ограничивается внутривенными капельными вливаниями лекарственных препаратов пожилым пациентам. В то же время поликлиника на сегодняшний день обладает огромными диагностическими и реабилитационными ресурсами, которые остаются невостребованными в полной мере, отсутствует должная преемственность между стационарным и амбулаторным этапами оказания помощи. Для этого необходима оптимизация работы дневного стационара.

Ключевые слова: дневной стационар, поликлиника.

Впервые в России стационарозамещающая служба появилась в 1930 г. на базе Московской психоневрологической больницы им. Ганнушкина. Спустя 30 лет эта форма медицинской помощи была признана эффективной и позволяла проводить лечение больных вне медицинского учреждения. На базе поликлиник дневные стационары впервые начали открываться в 1980 г. Предпосылками к их созданию послужили высокая стоимость стационарного лечения, неиспользуемые в должной мере диагностические и лечебные возможности поликлиник, а также отказ некоторых пациентов от госпитализации в силу субъективных причин.

На сегодняшний день функционирование дневного стационара осуществляется в соответствии с приказом Минздрава России от 09.12.1999 № 438 «Об организации деятельности дневных стационаров в лечебно-профилактических учреждениях». В соответствии с этим документом функциями 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;
- проведение 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 больным 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 женщин;
- проведение экспертизы состояния здоровья, степени утраты трудоспособности граждан и решение вопроса о направлении на медико-социальную экспертизу.

В документе Минздрава России от 04.11.2002 № 2002/106 «Организация стационарозамещающих форм медицинской помощи населению. Методические рекомендации», а также в приказе от 02.10.1989 № 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 на практике будут мешать выполнению приоритетных задач стационарозамещающих технологий. Кроме того, следует учитывать, что за последние годы в отечественном здравоохранении произошли существенные изменения, что необходимо учитывать при планировании и организации работы дневного стационара.

Нами была проанализирована работа дневного стационара на базе одной из поликлиник Москвы за 2011 г., и прежде всего – спектр заболеваний, по поводу которых пациенты были туда направлены. Оказалось, что почти две трети поступивших на лечение составили больные хронической ишемией головного мозга, остальные страдали ишемической болезнью сердца, сахарным диабетом и атеросклерозом сосудов нижних конечностей. При этом, согласно документам, в дневной стационар направлялись пациенты с нейросенсорной тугоухостью, краурозом вульвы, деменцией и пр. (рис. 1).

Закономерно возникает вопрос: почему не соблюдаются соответствующие инструкции? Для ответа на него необходимо подробно рассмотреть основные функции дневного стационара.

1. Проведение в поликлинических условиях реабилитационного и комплексного лечения больных и инвалидов.

Для того чтобы определить, каких больных врач должен направлять в дневной стационар, целесообразно знать статистику обращений в поликлинику и основные причины летальных исходов на дому. При анализе 1914 амбулаторных карт больных структура причин обращений за медицинской помощью в поликлинику выглядела следующим образом (рис. 2).

Таким образом, в поликлинику обращаются преимущественно пациенты с социально значимыми заболеваниями.

Анализ карт 418 пациентов, наблюдавшихся в этой же поликлинике и умерших вне стационара за период октябрь – декабрь 2011 г., показал, что у 241 из них (57,6 %) причиной смерти явилась сосудистая патология, в том числе сердечно-сосудистая – у 137 больных (56,8 %) и церебральная – у 104 (43,2 %). Эти показатели убедительно свидетельствуют, что проведение реабилитационного и комплексного лечения в амбулаторных условиях рационально прежде всего для пациентов с кардио- и цереброваскулярными заболеваниями.

Рис. 1. Причины госпитализации пациентов в дневной стационар (n = 247)

НОЗОЛОГИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ,
с которыми обращались в 2011 г. в дневной стационар (база – поликлиника № 62)

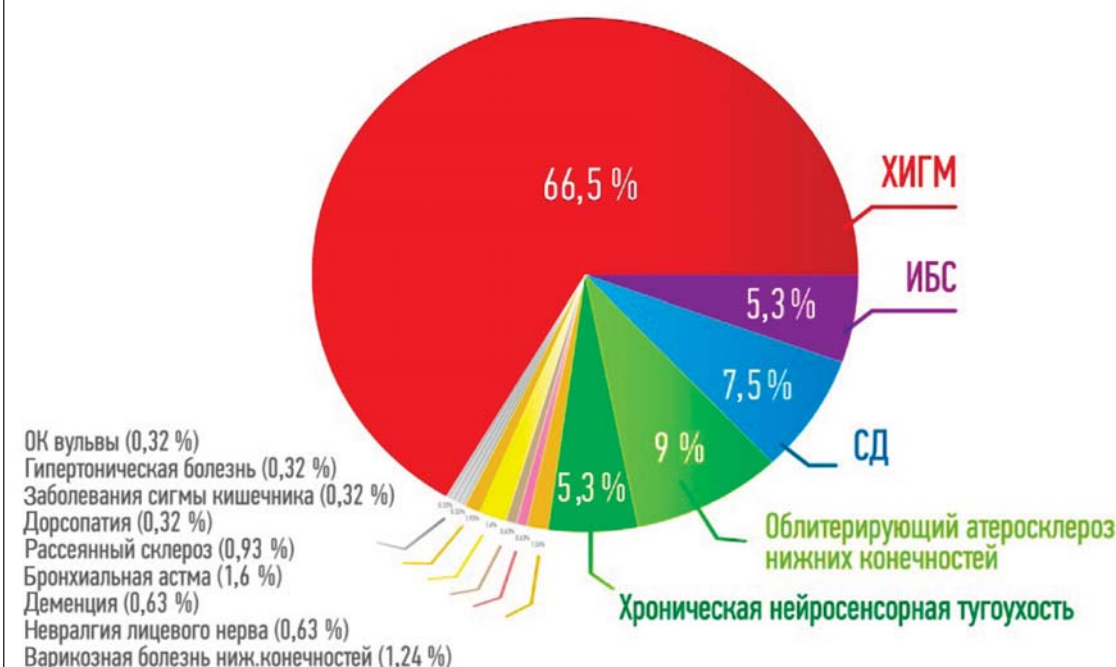


Рис. 2. Структура обращений в поликлинику за медицинской помощью

2. Проведение комплексного лечения пациентов с применением современных медицинских технологий, включая инъекции лекарственных препаратов, физиотерапевтические процедуры, массаж, лечебную физкультуру и т. д.

Лучшей иллюстрацией к этому положению служит следующий клинический случай. Больная 39 лет, медсестра, около двух лет отмечала боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, принимала НПВП, улучшения не наступило. Учитывая наличие болевого синдрома, направлена в дневной стационар, где ей был назначен курс физиотерапевтических процедур. Несмотря на проведенные лечебные мероприятия, болевой синдром усиливался, в связи с чем больная была госпитализирована. В стационаре ей диагностировали неоперабельный рак яичников с множественными метастазами. Дальнейшее наблюдение больной осуществлялось в хосписе, где через три месяца после выписки из стационара она скончалась. Этот пример ярко показывает, что лечение в дневном стационаре можно осуществлять пациентам только с подтвержденным диагнозом, поставленным на основе современных технологий и/или консилиума специалистов. Более того, сегодня понятие «комплексное лечение» включает не только физиопроцедуры и массаж, а широкий спектр мероприятий, необходимых для выявления социально значимых болезней и факторов риска их развития, обозначенных ВОЗ (заболевания сердечно-сосудистой системы и опорно-двигательного аппарата, сахарный диабет, ХОБЛ, злокачественные новообразования).

3. Подбор адекватной терапии больным с впервые установленным диагнозом или хроническим болезнью при ухудшении.

Данное положение противоречиво, так как согласно приведенным выше рекомендациям ухудшение состояния больного является противопоказанием к пребыванию в дневном стационаре, а подбор рациональной

схемы лечения стабильным больным с впервые установленным диагнозом целесообразно проводить на амбулаторном этапе.

4. Проведение в условиях поликлиники сложных диагностических исследований и лечебных процедур.

В перечень медицинского оборудования дневного стационара входят маски дыхательные трех размеров, жгуты резиновые, одноразовые капельницы, иглы и шприцы на 5, 10, 20 мл, инсулиновые шприцы и иглы, стойки для капельниц. Очевидно, что диагностическое оборудование и проведение соответствующих исследований, тем более сложных, этот перечень не предусматривает.

5. Проведение комплексных профилактических мероприятий.

Среди 422 пациентов, наблюдавшихся в дневном стационаре поликлиники, было 118 мужчин (28 %) и 304 женщины (72 %), из них 31 человек были трудоспособного возраста, остальные лица (391 человек) в возрасте 65 лет и старше. Как правило, у пожилых пациентов уже имеется хроническая или сочетанная патология, поэтому у них профилактические мероприятия предусматривают главным образом третичную профилактику – предотвращение усугубления степени тяжести заболевания и предупреждение рецидивов. В свою очередь, пациенты трудоспособного возраста нуждаются в коррекции факторов риска и лечении впервые выявленных заболеваний, что необходимо учитывать при организации работы дневного стационара.

6. Проведение экспертизы состояния здоровья.

Согласно данным статистики, на базе дневного стационара указанной поликлиники экспертиза состояния здоровья не проводилась.

7. Временная госпитализация пациентов поликлиники для оказания экстренной медицинской помощи до приезда бригады СМП.

В настоящее время в кабинете дневного стационара существует примерный набор медикаментов, который содержит следующие лекарственные препараты:

- р-р пираретама 20 % – 5,0 мл;
- р-р никотиновой кислоты 1 % – 1,0 мл;
- р-р аскорбиновой кислоты 5 % – 2,0 мл;
- р-р прозерина 0,005 % – 1,0 мл;
- р-р супрастина 2 % – 1,0 мл;
- р-р пикамила 5–10 % – 2 мл;
- р-р папаверина гидрохлорида 2 % – 2,0 мл;
- р-р глюкозы 5 % – 200 мл;
- изотонический р-р NaCl 200 мл;
- преднизолон 25–30 мг;
- актовегин 40 мг/мл;
- мексидол 5 % – 2,0 мл;

- р-ры витаминов В₁, В₆;
- р-р диклофенака – 3,0 мл;
- р-р дибазола 1 % – 1,0 мл;
- р-р пентоксифиллина 2 % – 5 мл;
- р-р кавинтона 5 мг – 2 мл.

Очевидно, что данного набора средств для оказания экстренной медицинской помощи недостаточно.

Таким образом, на основании проведенного анализа можно предложить следующие пути оптимизации работы дневного стационара поликлиник:

- проведение в поликлинических условиях комплексного лечения и реабилитации, прежде всего – для пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями;
- проведение комплексного лечения пациентов с подтвержденным диагнозом, установленным с помощью высокотехнологичных методов и/или консилиума, а также мероприятий по выявлению социально значимых заболеваний и факторов риска их развития, обозначенных ВОЗ (заболевания сердечно-сосудистой системы и опорно-двигательного аппарата, сахарный диабет, ХОБЛ, злокачественные новообразования);
- проведение в условиях дневного стационара сложных диагностических исследований и лечебных процедур с помощью соответствующего современного медицинского оборудования;
- осуществление преемственности между стационаром и поликлиникой с целью рационального использования коечного фонда и проведения в условиях дневного стационара медицинской экспертизы;
- обеспечение должного оснащения дневного стационара современными лекарственными препаратами и медицинским оборудованием.

Для внесения ясности был разработан перечень социально значимых заболеваний, подлежащих направлению на лечение в дневной стационар.

1. Кардиоваскулярные заболевания:

1.1. ИБС: постинфарктный кардиосклероз, НК – I–IIа ст.

1.2. ИБС: аритмическая форма (экстрасистолия, мерцательная аритмия – постоянная форма), НК I–IIа ст.

1.3. ИБС: состояния после кардиохирургических пособий.

1.4. Гипертоническая болезнь I–II–III ст., 1, 2 ст., НК 0–I–IIа ст.

2. Цереброваскулярные заболевания:

2.1. Хроническая ишемия головного мозга в стадии субкомпенсации.

2.2. Последствия перенесенного ОНМК (через 6 мес. после ОНМК).

3. Хроническая обструктивная болезнь легких.

4. Сахарный диабет (II тип):

4.1. Сахарный диабет с гипогликемическими состояниями.

4.2. Сахарный диабет и ассоциированные соматические заболевания.

5. Проявления алкогольной болезни:

5.1. Цирроз печени, класс А, В по ChildPugh, минимальная, умеренно выраженная степень активности, синдром портальной гипертензии I–II ст., без выраженных признаков печеночно-клеточной недостаточности.

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

6. Заболевания костно-суставной системы:

6.1. Остеоартроз.

6.2. Остеопороз.

Показания для направления в дневной (терапевтический) стационар:

Для лечения в дневной (терапевтический) стационар могут направляться:

- пациенты, находящиеся на амбулаторном лечении или под врачебным наблюдением с перечисленными заболеваниями;
- пациенты, направляемые на высокотехнологические диагностические и лечебные манипуляции, связанные с необходимостью специальной подготовки больных и краткосрочного медицинского наблюдения после проведения указанных манипуляций;
- пациенты с перечисленными заболеваниями, выписанные из стационара для завершения лечения в условиях активного режима;
- пациенты с перечисленными заболеваниями для проведения реабилитационного и оздоровительного лечения с применением методов комплексного лечения (медикаментозное, физиотерапевтическое, 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 тахикардия и др.).

Противопоказания для направления в дневной (терапевтический) стационар:

- острые инфекционные заболевания;
- необходимость в круглосуточном врачебном наблюдении больных с соблюдением ими постельного режима;
- резкое ограничение самостоятельного передвижения больных, неспособность к самостоятельному обслуживанию;
- потребность в круглосуточном парентеральном введении различных медикаментозных средств, а также в строгом соблюдении диетического режима, выполнить которые в условиях внештатного дневного терапевтического стационара не представляется возможным;
- отсутствие возможности у больного самостоятельно прибыть в поликлинику и вернуться домой с помощью городского транспорта;

- возможное ухудшение состояния здоровья больных по пути в дневной стационар.

Перечень видов лечебно-диагностической помощи в дневном (терапевтическом) стационаре:

- коррекция лечения и его мониторинг (динамическая ЭКГ, холтеровское мониторирование ЭКГ, СМАД, ЭХОКГ, ФВД, гликемия, глюкозурия, клиренс креатинина, 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.

Вся данная программа оптимизации работы дневного стационара подразумевает использование современных лекарственных препаратов. При этом выбор конкретного направления лечения должен учитывать перечень выше обозначенных заболеваний, которые помимо своей социальной значимости представляют коморбидную патологию с полиорганными нарушениями. В этой связи заслуживают внимания корректоры метаболизма и прежде всего – Милдронат. Его отличает универсальный механизм работы в клетке каждого органа. Милдронат, частично замедляя транспорт жирных кислот, уменьшает их окисление, в результате чего уменьшается потребность клетки в кислороде. Препарат предотвращает накопление токсических промежуточных продуктов обмена веществ (ацилкарнитин и ацил-КоА) и вызванные ими повреждения клеток. Милдронат стимулирует аэробный гликолиз, что не сопровождается накоплением в тканях лактата, так как система пируватдегидроге-

назы обеспечивает быстрое дальнейшее окисление глюкозы. Милдронат восстанавливает транспорт АТФ к органеллам клетки. Милдронат, стимулируя рецепторы ацетилхолина, вызывает индукцию эндотелиальной NO-синтазы. В результате увеличивается синтез оксида азота (NO), что приводит к миорелаксации, улучшению микроциркуляции, улучшению эндотелиальной функции. Ацетилхолин является одним из важнейших нейротрансмиттеров не только в нейромускулярных и вегетативных синапсах, но и в межнейронных связях центральной нервной системы. Воздействуя в качестве активатора на рецепторы ацетилхолина, Милдронат улучшает нейропластические свойства мозга, которые способны послужить основой для многих церебральных клинических эффектов. Препарат улучшает также мозговой кровоток.

Таким образом, механизм терапевтического и защитного действия Милдроната заключается в его воздействии на метаболические звенья энергетической цепи, что обеспечивает более полноценное функционирование клетки в условиях нехватки кислорода. Такой универсальный механизм работы препарата позволяет рекомендовать его в качестве корректора метаболизма у пациентов с коморбидной патологией, особенно пожилого возраста. В-третьих, Милдронат выпускается в двух формах – в капсулах и растворе для инъекций, что также удобно для применения его в дневном стационаре. И в-четвертых, это безопасность его применения, что повышает комплаенс пациентов.

Таким образом, мы надеемся, что переход к новой модели работы дневного стационара позволит квалифицированно проводить экспертизу состояния здоровья пациентов, своевременно выявлять факторы риска и социально значимую патологию, добиться преемственности между стационаром и поликлиникой и оказывать своевременную медицинскую помощь.