

ных акриловых полимеров фирм Baush & Lomb, Rayner, Alcon.

Из 204 глаз пациентов с катарактой 92% прооперировано без осложнений. У 12 пациентов отмечены операционные или послеоперационные осложнения, среди которых: разрыв задней капсулы хрусталика – 6 глаз, иридоциклит в раннем послеоперационном периоде – 5 глаз (все случаи имплантации ИОЛ из ПММА), у 6 пациентов в раннем послеоперационном периоде отмечалась транзиторная гипертензия, сопровождавшаяся отеком роговицы, увеит в отдаленном периоде -1 случай (на фоне тяжелого сахарного диабета), энтотелиально-эпителиальная дистрофия роговицы развилась у 2 пациентов, эндофтальмит не наблюдался ни в одном случае.

В случае разрыва задней капсулы ИОЛ имплантировалась в заднюю камеру с подшиванием в иридо-цилиарную борозду, и в 3 случаях имплантирована переднекамерная ИОЛ (Алкон).

В 2-х случаях (после НГСЭ и НГСЭ+ТЭК+ИОЛ) после операции наблюдалась гифема, рассосавшаяся в течение 3-4 суток. В одном случае (НГСЭ+ТЭК+ИОЛ) наблюдалась геморрагическая ОСО, которая на фоне проводимого лечения ангиопротекторами, кортикостероидами и фибринолитиками прилегла в течение 2-х недель, острота зрения в этом случае через 2 месяца после операции была 0,5.

Практически у всех пациентов, прооперированных по поводу катаракты, отмечалось улучшение зрительных функций. Острота зрения 0,3 – 1,0 после экстракции катаракты в отдаленном периоде получена у 217 пациентов (94%). У 14 пациентов в связи с сопутствующей патологией сетчатки острота зрения составила от 0,05 до 0,2, что, однако, позволило им ухаживать за собой.

У всех пациентов, прооперированных по поводу глаукомы, отмечалась нормализация внутриглазного давления в течение всего срока наблюдения до 12,0-21,0 мм рт.ст. без применения медикаментов или с 1-2-кратным закапыванием β -блокаторов.

Выводы

1. Шестилетний опыт работы мобильной офтальмологической службы на дому, хорошо оснащенной диагностическим, стерилизационным, операционным оборудованием, доказывает эффективность и безопасность хирургии ка-

таракты с имплантацией ИОЛ и щадящей хирургии глаукомы у престарелых малоподвижных пациентов и инвалидов в домашних условиях.

2. Разработанный набор диагностического оборудования позволил провести качественную диагностику и точный расчет необходимой интраокулярной коррекции.

3. Использование в мобильной офтальмологии, таких достижений офтальмохирургии как тоннельный разрез, непроникающая хирургия глаукомы, применение эластичных ИОЛ, сбалансированных солевых растворов BSS и вязкоэластиков позволяет сделать хирургическое вмешательство максимально щадящим, что значительно сокращает реабилитационный период и число осложнений.

Библиография:

1. Анисимова С.Ю., Анисимов С.И. Результаты домашней микрохирургии глаза // Съезд офтальмологов России, 7-й: Тез.докл. – М., 2000. – Ч.2. – С.238.
2. Анисимова С.Ю., Анисимов С.И. Служба офтальмологической помощи на дому. Анализ результатов работы за 3 года // Современные технологии хирургии катаракты: Сб. науч. статей. – М., 2001. – С. 26-34.
3. Егорова Э.В., Ильин В.В., Крамская З.И. Новые формы организации высококвалифицированной офтальмологической помощи в филиалах ГУ МНТК «Микрохирургия глаза» // Офтальмохирургия. – 1999. - №2. – С.29-33.
4. Канюков В.Н., Щербанов В.В. Менеджмент в офтальмологии региона // Офтальмохирургия. – 2000. – №1. – С. 65-67.
5. Федоров С.Н., Тимошкина Н.Т., Анисимова С.Ю., Филиппов В.О. Особенности клинической работы в передвижной операционной // Офтальмохирургия. – 1994. – №3. – С.34.
6. Анисимова С.Ю., Анисимов С.И. Операционный модуль для проведения офтальмологических операций // Патент на изобретение N 2161473 от 10.01.01.

**Поспелов В.И., Смертин Г.К., Пеец С.А.,
Тахтараква Г.Н., Авдеева Л.А.**

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ И РЕЗУЛЬТАТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЗА 10 ЛЕТ ОТДЕЛЕНИЯ «ДНЕВНОЙ СТАЦИОНАР» В КРАСНОЯРСКОЙ КРАЕВОЙ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ДЕТСКОЙ БОЛЬНИЦЕ

Рассмотрена организационная структура и опыт работы отделения «Дневной стационар». Доказана ее экономическая эффективность и удобство лечения для пациентов без ухудшения качества оказания офтальмологической помощи.

Внедрение с 1976 года микрохирургической техники и бригадной формы работы позволило существенно повысить качество офтальмохирургии и в 2,1 раза увеличить число госпитализированных детей (с 959 в 1975 г. до 2004 в

1986 г.). Однако к началу 90-х годов материальная база больницы исчерпала ресурсы для дальнейшего расширения и роста, основные показатели ее деятельности стабилизировались на уровне 1986-1990 гг. Поток больных детей нарастал, увеличивалась очередность на госпитализацию.

В целях дальнейшего улучшения качества и доступности глазной помощи детям, интенсификации и повышения эффективности работы краевой офтальмологической детской больницы (КОДБ) в 1992 году была проведена реорганизация ее стационарных отделений. Были сформированы: а) хирургическое офтальмологическое отделение на 75 коек, в составе которого функционируют 3 бригады-поста по 25 коек (в каждой бригаде работают 3-4 врача); б) дневной стационар (ДС) на 25 номинальных мест (не развернутых коек), а с 2000 года – на 40 мест. Основанием для открытия ДС стал приказ МЗ СССР №1278 от 16.12.87 г. «Об организации стационаров (отделений, палат) дневного пребывания в больницах, дневного стационара в поликлинике и стационара на дому». При реорганизации были сохранены бригадная форма работы и общий коечный фонд больницы (100 коек), не изменились ее штатное расписание и фонд заработной платы.

В состав ДС были включены: 3 кабинета консультативного приема в поликлинике, кабинет ЭФИ, клиническая лаборатория, 3 кабинета для плеопто-ортопто-диплоптического лечения, приемный покой КОДБ с кабинетом врача-педиатра. Штатное расписание ДС – 43,75 ставки, в том числе врачей – 6,75, медсестер – 26,2, младшего медперсонала – 10,75, прочих – 1,0. Для ежедневного обеспечения (включая выходные и праздничные дни) ДС укомплектован подготовленными медсестрами-ортоптистками (на 01.01.2004 г. из 19 медсестер аттестованы на высшую категорию – 12, первую – 3, вторую – 4).

На основании 3-летнего периода накопления опыта работы в новых условиях было разработано и утверждено **Положение о ДС** (см. ниже), подготовлены и защищены медико-экономические стандарты лечения в ДС.

В данный момент лечение 1 пациента в ДС стоит в среднем в 2,3 раза дешевле, чем в стационарном отделении, а в последнем сроки лечения уменьшились в среднем с 15,4 до 13,5 дней. При этом количество пролеченных в КОДБ пациентов увеличилось еще на 30,0%. В резуль-

тате в настоящее время на 100 койках выполняется объем работы, соответствующий 300 койкам 1975 года (до внедрения бригадной формы работы и организации ДС).

Это произошло благодаря тому, что ДС обеспечил новый порядок лечения многих пациентов: сначала проводится курс подготовительного, предварительного лечения в ДС; затем осуществляется основное, включая хирургическое, лечение в стационарном отделении; оно завершается более или менее длительной реабилитацией в ДС. Помимо указанного экономического эффекта новая форма организации лечебного процесса позволила повысить качество лечения (выздоровление и улучшение) с 94,4 до 99,7%.

Лечение детей в ДС проводится в присутствии родителей или родственников. С одной стороны, это обеспечивает детям более благоприятный психологический фон. Они ведут себя спокойнее, более сосредоточенно во время тренировочных упражнений, охотнее выполняют задания. С другой стороны, непосредственно наблюдая лечебный процесс, родители активнее участвуют в нем, в контроле за его качеством, дисциплинируются в плане более точного выполнения рекомендаций врача. При этом практически отсутствуют претензии и нарекания в адрес сотрудников ДС.

За 10 лет (1993–2002 гг.) в ДС пролечено 9,022 детей и подростков (в среднем 900 больных ежегодно), что составляет 33,6% от всех госпитализированных в больницу. Распределение пациентов по возрасту следующее: до 3 лет – 2,7%, от 4 до 6 лет – 22,0%, 7 – 10 лет – 41,3%, 11 – 15 лет – 27,5%, старше 15 лет – 6,5%. Состав больных отделения по месту жительства: г. Красноярск – 51,3%, городская местность края – 24,5%, сельская местность края – 19,4%, другие территории России – 4,8%.

Заболеваемость госпитализированных в отделение по основным нозологическим формам представлена нарушениями рефракции и аккомодации (39,7%), амблиопиями (34,9%), косоглазием (17,8%), врожденной патологией глаз (2,6%), прочими заболеваниями (5,0%). Средний срок лечения – 14,1 дня. По степени сложности консервативного лечения: 1 категории – 56,7%, 2 категории – 35,7%, 3 категории – 6,1%, 4 категории – 1,5%. Выписано с выздоровлением 13,7% детей, с улучшением – 85%, без перемен – 0,8%, с ухудшением нет. Эффективность лечения – 98,7%.

В ДС пролечено за этот период 695 детей-инвалидов, что составляет 7,7% от всех госпитализированных. Из них медицинский реабилитационный эффект получен у 443 (63,8%), в том числе частично – у 291 (41,9%) и полностью – у 152 детей (21,9%).

Экономическая эффективность работы ДС за 10 лет

На основании данных бухгалтерии (по факту) в 2002 году стоимость лечения 1 больного в стационарном хирургическом отделении в среднем равна 1811 рублей, а в ДС – 921 рубль. Таким образом, лечение 1 больного в ДС в 1,97 раза дешевле, разница составляет 890 рублей. ДС функционирует с 1992 года и занимает помещения поста-бригады 2 отделения, где до реорганизации было развернуто 25 стационарных коек (4 палаты и холлы). Для сравнения взяты показатели 1991 года (последнего до реорганизации), когда на посту-бригаде был пролечен 521 больной. Стоимость их лечения в ценах 2002 года составляет 479841 рубль. За 10 лет в ДС пролечено 9,022 больных, тогда как в режиме функционирования 1991 года в бригаде было бы пролечено всего 5,210 детей. Разница составляет 3,812 пациентов в пользу ДС. Если принять условно, что все эти больные (9,022) лечились бы в стационарном отделении, то стоимость их лечения составила бы 16338842 рубля, а в ДС – всего 8309262 рубля. Лечение в ДС позволило сэкономить сумму в 8029580 рублей, в том числе за счет уменьшения стоимости лечения больного в ДС – 4636900 рублей (57,7%) и за счет дополнительно пролеченных – 3392680 рублей (42,3%).

Таким образом, результаты лечения, медицинской реабилитации детей-инвалидов по зрению и экономическая эффективность деятельности ДС очевидны, а отделение ДС в составе учреждения больничного типа является удобной для детей и их родителей и экономически перспективной формой организации лечебного процесса для детской офтальмологической службы.

Утверждено приказом по Главному управлению здравоохранения

Администрации Красноярского края №7-а
орг. от 11 января 1995 года

ПОЛОЖЕНИЕ

о дневном хирургическом стационаре
Красноярской краевой офтальмологической
детской больницы

1. Дневной хирургический стационар (далее – ДС) в Красноярской краевой офтальмологической детской больнице открыт в 1993 году во исполнение приказа Минздрава СССР №1278 от 16.12.87 г. «Об организации стационаров (отделений, палат) дневного пребывания в больницах, дневного стационара в поликлинике и стационара на дому», а также в целях улучшения глазной помощи детям, не нуждающимся в круглосуточном наблюдении и лечении, интенсификации и повышения эффективности работы краевой офтальмологической детской больницы.

2. ДС образован на базе 25 коек 2-го отделения краевой офтальмологической детской больницы путем его реорганизации в рамках существующего штатного расписания и существующих 100 коек.

3. В составе ДС развернуты кабинеты плеоптического, ортоптического, диплоптического лечения, кабинет медикаментозного лечения с функцией перевязочной, столовая, выделяется место для отдыха.

4. В ДС детям и подросткам оказываются следующие реабилитационные мероприятия:

- плеоптическое лечение первичной и вторичной амблиопии;
- ортоптическое лечение нарушений функциональной ретинокортикальной корреспонденции;
- диплоптическое лечение расстройств бинокулярного зрения;
- медикаментозное и физиотерапевтическое лечение больных заболеваниями глаз, не нуждающихся в круглосуточном медицинском наблюдении;
- предоперационная подготовка больных, включающая и перечисленные виды лечения, которых далее переводят в хирургический стационар для проведения операции под наркозом;
- послеоперационное лечение больных, не нуждающихся в круглосуточном медицинском

наблюдении, которых после выполненной под наркозом операции переводят для этого в ДС;

- предоперационная подготовка и послеоперационное лечение больных, у которых операции выполняются под местным обезболиванием и которые не нуждаются в круглосуточном медицинском наблюдении до и после операции;

- плановые хирургические экстрабульбарные операции под местным обезболиванием;

- оказание ургентной помощи больным с травмой глаза (в том числе и проведение первичной хирургической обработки под местным обезболиванием) и последующее лечение не нуждающихся в круглосуточном медицинском наблюдении;

- в отдельных случаях оказание на условиях добровольного либо обязательного медицинского страхования перечисленных выше видов глазной помощи (исключая проведение операций, требующих круглосуточного медицинского наблюдения в послеоперационном периоде) взрослым пациентам, которым аналогичная помощь не может быть оказана в других лечебных учреждениях края.

5. Противопоказаниями к направлению в ДС являются острые заболевания, требующие круглосуточного медицинского наблюдения.

При ухудшении течения заболевания и появлении необходимости круглосуточного наблюдения больной, находящийся в ДС, должен быть незамедлительно переведен в хирургический стационар больницы.

6. С учетом особенностей проводимого, главным образом, функционального, тренировочного лечения расстройств зрения на аппаратах и устройствах, которое у детей и подростков следует проводить не более 3,5-4 часов в день, а также с целью лучшей адаптации распорядка проведения лечебно-тренировочных упражнений к двухсменной системе школьного обучения лечение в ДС осуществляют в 2 потока больных; каждый из потоков проводит в отделении около 5 часов с принятием обеда с 12.00 до 13.00; первый поток – с 8.00 до 13.00 часов, второй – с 12.00 до 17.00 часов.

7. Лечение в ДС проводят ежедневно, включая выходные и праздничные дни, исходя из целесообразности проведения его непрерывно в течение назначенного курса.

8. С учетом специфики работы ДС, отраженной в п. 5 и 6, дневной отдых больных в нем не предусматривается и кровати для него не

устанавливаются. Между упражнениями больные отдыхают в креслах в отведенном для этого месте.

9. Возглавляет ДС назначенный главным врачом больницы заведующий, который осуществляет организацию лечебного процесса и контроль за его результатами.

10. С целью сохранения сложившейся в краевой офтальмологической детской больнице преемственности лечения по бригадному методу, отбор больных для лечения в ДС проводят врачи больницы, работающие по утвержденному графику на поликлиническом консультативном приеме. Они же оформляют необходимую медицинскую документацию, назначают и контролируют лечение, решают вопрос о переводе больных в хирургический стационар для проведения операции или иного лечения, проводят эти виды лечения, при необходимости назначают срок обратного перевода в ДС для проведения послеоперационного лечения и реабилитационных мероприятий. При этом на всех этапах лечение больного проводится одним врачом.

11. На больного, находящегося в ДС, заводится история болезни. При выписке из стационара больному дается выписка с необходимыми рекомендациями. Работающим (учащимся) больным, находящимся на лечении в ДС, выдаются больничные листы (справки) на общих основаниях.

12. ДС пользуется в своей работе лечебно-диагностическими службами, имеющимися в больнице. Одноразовое бесплатное питание больных (обед) организуется в пищеблоке больницы.

13. Штатное расписание ДС формируется из расчета 25 нормативных условных коек и с учетом непрерывности его работы, включая выходные и праздничные дни.

14. Отчеты о деятельности ДС представляются в установленные сроки и установленном порядке.