

возраста с сочетанной сопутствующей патологией в онкологической клинике. Индивидуальный подход в анестезиологии и реаниматологии позволяет уменьшить продолжительность лечения больных в

отделении интенсивной терапии, предупредить развитие осложнений и сократить длительность лечения в хирургическом стационаре.

## ОПЫТ РАБОТЫ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

Уткина М.Н., Рупасова Т.И., Бурсиков А.В., Тентелова И.В., Швагер О.В., Рожкова С.М.

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

МУЗ «Городская клиническая больница № 7», г. Иваново

Необходимость создания дневных стационаров в лечебно-профилактических учреждениях связана с совершенствованием организации и повышением качества оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, а также повышением экономической эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений на основе внедрения и широкого использования современных ресурсосберегающих медицинских технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации.

В стационарах круглосуточного пребывания находятся больные, требующие интенсивной терапии, круглосуточного медицинского наблюдения, изоляции по эпидемическим показаниям. Определенный процент пациентов не требует постоянного медицинского наблюдения, их направление на госпитализацию не обосновано. Лечение этих больных может быть проведено в условиях дневных стационаров, поликлиник, больничных учреждений и стационаров на дому. Дневной стационар является структурным подразделением лечебного учреждения и предназначен для проведения больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения, профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий с применением современных медицинских технологий в соответствии со стандартами и протоколами ведения больных. В 7 городской клинической больнице дневной стационар развернут на базах поликлиники и терапевтического стационара.

В 2006 г. впервые одно из терапевтических отделений полностью перешло на дневной режим работы. Было развернуто 60 коек. Работа осуществлялась в одну смену. В начале года возникали опасения в неостребованности коек. Что же показала практика? Всего за 2006 г. было пролечено и выписано 1440 больных, которые провели всего 13927 дней лечения. Средний койко день составил 9,6. Среди пролеченных пациентов было 609 пенсионеров (41,4%), 560 человек (38%) — работающие. Инвалиды составили 13,5% (199 человек). В оставшуюся группу вошли безработные (24 человека) и учащиеся (45 человек). По нозологическим формам пролеченные больные распределились следующим образом. 61% всех больных (892 человека) имели болезни системы кровотока, где преобладали гипертоническая болезнь и ишемическая болезнь сердца. На втором месте находились болезни органов пищеварения — 14,5% (197 человек). Среди них преобладали язвенная болезнь, хронический гастрит,

цирроз. Болезни органов дыхания оказались на третьем месте — 10,2% (147 человек). Подобная структура нозологических форм в дневном стационаре отличалась от стационара с круглосуточным пребыванием больных, где на второе место выходила патология органов дыхания, а болезни пищеварительной системы были на третьем месте. Это можно объяснить частым наличием у этих больных лихорадки, необходимостью выхода на улицу. Реже встречались болезни костно-мышечной системы (68 человек) и нервной системы (47 человек). Эти пациенты поступали по направлению невролога для планового лечения. Редко наблюдались больные и с патологией эндокринной, мочевыделительной систем и крови. Следует заметить, что часть больных была направлена в дневной стационар на обследование перед освидетельствованием во МСЭК (инвалиды) и по линии РВК (учащиеся).

Состояние всех больных, находящихся на лечении в дневном стационаре расценивалось как удовлетворительное. Основная масса (при лечении) выписана с улучшением или без изменений (при обследовании). Было 19 случаев перевода больных в другие отделения. Из них 8 человек — в стационар круглосуточного пребывания больных. Поводом для этого послужила дестабилизация стенокардии (3 случая), пневмония при сохранении фебрильной или субфебрильной температуры (4 случая), проявления симптомов сердечной недостаточности, ограничивающих физическую активность больного (1 случай). 5 пациентов были переведены в хирургическое отделение в связи с возникновением симптомов острой хирургической патологии (острый холецистит, аппендицит, острый панкреатит). 6 человек были направлены для углубленного обследования и продолжения лечения в специализированные отделения (пульмонологическое, гастроэнтерологическое). 15 человек, напротив, были переведены на дневной стационар из стационара круглосуточного пребывания, так как по тяжести состояния они уже не нуждались в круглосуточном врачебном наблюдении. В основном это были пациенты с пневмонией и ишемической болезнью сердца.

Опыт работы дневного стационара 7-й городской клинической больницы показывает оправданность его создания. Было отмечено, что для эффективной работы отделения необходим тщательный отбор больных на уровне поликлинического звена согласно Положению об организации деятельности дневного стационара.