

РАЗВИТИЕ СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ОБЪЕДИНЕНИИ ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ №3 Г. ИВАНОВА

Фролов И.В., Синицына Л.В., Полятыкина Т.С., Шлакова Н.М., Груничева Л.Э., Абдуллаева Г.В.

МУЗ «Городская клиническая больница № 3», г. Иваново

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

Курс здравоохранения на развитие ресурсосберегающих, стационарозамещающих технологий отражает необходимость совершенствования первичного звена по оказанию медицинских услуг населению, что повышает доступность и качество медицинской помощи.

Большое количество пациентов нуждается в комплексном курсовом лечении, не требующем круглосуточного медицинского наблюдения.

На базе городской клинической больницы №3 в амбулаторно-поликлинических условиях развернуто стабильно функционирующее отделение дневного стационара. Оно используется для проведения комплексных профилактических и оздоровительных мероприятий лицам из групп риска и длительно, часто болеющим, а также для подбора адекватной терапии, проведения реабилитационных курсов, осуществления вторичной профилактики после перенесенных острых заболеваний.

Анализ деятельности дневного стационара наглядно демонстрирует положительную динамику его развития: если в 2004 г. было развернуто 20 койко-мест, на которых пролечено 880 больных, то в 2005 г. — 30 койко-мест, пролечено 1293 пациента, а за 2006 г. число койко-мест достигло 70, медицинскую помощь получили 1634 человека.

Из числа закончивших лечение в дневном стационаре (99,6%) все трудоспособные лица выписаны к труду, 89,2% закончили лечение с улучшением, у 9,1% состояние осталось без перемен, и 1,7% больных были переведены в круглосуточный стационар.

Использование дневного стационара способствует повышению экономической эффективности деятельности лечебного учреждения, так как стоимость одного койко-дня по тарифам ОМС в среднем в 3,5 раза меньше стоимости койко-дня круглосуточного стационара.

Если в 2004 г. стоимость койко-дня в терапевтическом отделении стационара составила 135,6 рублей, неврологическом — 125,38 рублей, то один

койко-день дневного стационара стоил 39,75 рублей; в 2005 г. стоимость одного койко-дня составила соответственно 154,74 рубля в терапевтическом и 136,65 в неврологическом отделениях, тогда как в дневном стационаре — 45,64 рубля. В 2006 г. один койко-день обошелся в терапии в 201,31 рубля, в неврологии — в 187,91, в дневном стационаре — в 57,1 рубля.

Наибольший удельный вес среди пролеченных в дневном стационаре составили больные с цереброваскулярной патологией (63,2%), страдающие вертеброгенными заболеваниями нервной системы (24,8%), сердечно-сосудистыми (32,8%), болезнями органов дыхания (12,8%). У половины пациентов (41,6%) было сочетание указанных заболеваний. В большинстве случаев лечение в дневном стационаре привело к улучшению состояния больных.

Результаты анкетирования показали, что 92% респондентов считают такую форму удобной и целесообразной. Отмечены следующие преимущества лечения в амбулаторно-поликлинических условиях:

- окончив лечение, больные пребывают в домашней обстановке с родными и близкими — 86,2%;
- сохраняются привычные социальные связи — 51,6%;
- нет тревоги за оставшихся дома членов семьи — 49,4%;
- нет общения с тяжелыми больными, имеющими грубые, выраженные нарушения функций организма — 36,5%;
- быстрее проходит период реабилитации, позитивнее эмоциональный настрой — 68,2%.

Таким образом, организация в объединении городской клинической больницы №3 стационарозамещающих, ресурсосберегающих технологий в форме дневного стационара успешно развивается и положительно оценивается пациентами.

ПЕРИКАРДИТ В ПРАКТИКЕ ФТИЗИАТРА

Цыгина Т.Ю., Облогина Л.И., Репина Э.С., Богданова Л.И., Горбачева Н.Н.

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

ОГУЗ «Ивановский областной противотуберкулезный диспансер имени М.Б. Стоюнина»

Перикардит обычно является не самостоятельной патологией, а осложнением различных заболеваний. Он может быть изолированным или сочетанным с поражением других серозных оболочек

(плевры, брюшины). Даже когда клиника перикардита очевидна этиологию его не всегда удается установить, поскольку верификация диагноза должна осуществляться либо гистологически, ли-

бо микробиологически. И если раньше общепризнанно доминировала инфекционная природа перикардита (в том числе туберкулезная), то в настоящее время отмечается тенденция к увеличению числа асептических процессов (аллергических, иммунопатологических, опухолевых, обменных и т.д.).

При туберкулезе возможны 2 формы поражения перикарда: параспецифическая с инфекционно-аллергическим механизмом развития и специфическая вследствие лимфогенного, гематогенного, контактного проникновения микобактерий туберкулеза в полость перикарда и формирования милиарных гранул или туберкуломы.

В связи с трудностями этиологической верификации диагноза перикардита считаем небезыңтересным привести сообщение о 12 клинических наблюдениях за пациентами, находившимися в областном противотуберкулезном диспансере, среди которых было 8 мужчин и 4 женщины в возрасте от 23 до 72 лет. Туберкулез в анамнезе отмечен у 2 больных (очаговый туберкулез в S₁₋₂ правого легкого с исходом в фиброз и фиброзно-кавернозный туберкулез, по поводу которого выполнена паллиативная операция — торакопластика).

Все пациенты были выявлены при обращении в учреждения первичной медико-санитарной помощи с жалобами на симптомы интоксикации (слабость, снижение работоспособности, повышение температуры тела) и грудные проявления (непродуктивный кашель, боли за грудной или в области сердца, обычно без иррадиации, одышка при физической нагрузке). Сроки обращения за медицинской помощью варьировали от 3 недель до года, поскольку симптоматика нарастала постепенно, а некоторые больные были склонны объяснять изменения немолодым возрастом. Только один пациент в крайне тяжелом состоянии был доставлен в терапевтический стационар машиной скорой помощи, а впоследствии с подозрением на скарлатину сердца (в биоптате периферического лимфатического узла обнаружены эпителиоидноклеточные гранулемы без казеоза) переведен в диагностическое отделение диспансера. При поступлении у 9 больных состояние оценивалось как средней тяжести, обусловленного симптомами интоксикации и сердечно-легочной недостаточности.

Изолированный перикардит наблюдался в 2 случаях, полисерозит — в 4, в 6 наблюдениях полисерозит сочетался с изменениями в легочной ткани или внутригрудных лимфатических узлах. Диагноз перикардита ставился на основании клинико-рентгенологических, электрокардиографических и ЭхоКГ исследований. Количество жидкости в полости перикарда было умеренным у 5, значительным — у 5, небольшим и изначально склонным к адгезии — у 2 пациентов.

На основании комплекса проведенных исследований туберкулезная этиология процесса, для подтверждения которой применялись методы специфической диагностики (туберкулиновые пробы, микроскопический и бактериологический анализ материала, ИФА со специфическими антителами, НСТ-тест, стимулированный БЦЖ), установлена у 8 больных. В 2-х случаях перикардит явился осложнением подострого диссеминированного туберкулеза легких, по одному — очагового, цирротического и милиарного с полиорганными поражениями на фоне ВИЧ-инфекции. У всех больных, за исключением одного случая, имевшего летальный исход, наблюдался эффект от специфической химиотерапии.

У 4 наблюдаемых туберкулезная этиология была исключена. В одном случае у больного с геморрагическим перикардитом и плевритом на аутопсии диагностирован метастазирующий перстневидноклеточный рак легких, внутригрудных лимфатических узлов, плевры. В другом случае, также с летальным исходом, выявлена злокачественная мезотелиома перикарда с метастазами во внутригрудные лимфатические узлы.

Наиболее сложной для диагностики явилась пациентка 72 лет, в перикардальной жидкости у которой были обнаружены кислотоустойчивые микобактерии. Однако отсутствие эффекта от специфической химиотерапии, отрицательный результат культурального исследования, гистологические изменения при биопсии перикарда неспецифического характера, позволили исключить у нее туберкулез. В четвертом наблюдении у пациента с гиперергической кожной туберкулиновой пробой (20 мм с везикулой) и эозинофилией в периферической крови диагностирован вирусный перикардит. Эффект достигнут в результате проведения курса преднизолонотерапии.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ СИСТЕМНЫХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ, ПРОЛОНГИРОВАННЫХ ТЕОФИЛЛИНОВ И β_2 -АДРЕНОМИМЕТИКОВ ПРИ ОБОСТРЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НА ДОСТИЖЕНИЕ ЦЕЛЕВОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ

Чебыкина А.В., Зонов О.А., Зонова Ю.А.

ГОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия Росздрава»

По данным литературы, артериальная гипертензия выявляется у больных с обструктивным синдромом с различной частотой, в среднем — 34,3%, что свидетельствует об актуальности данной коморбидности. Взаимное влияние бронхиальной астмы и артериальной гипертензии прежде всего на состояние гемодинамики усложняет лечение больных бронхиальной астмой, ведет к более тя-

желому течению этого заболевания и ухудшает прогноз жизни. Известно, что основные побочные эффекты препаратов, используемых для лечения обострений бронхиальной астмы, связаны с отрицательным действием на сердечно-сосудистую систему. Так, побочным эффектом системных глюкокортикостероидов (преднизолон) является задержка натрия и воды, что влечет за собой по-