



# ОПЫТ РАБОТЫ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА В ВЕРТЕБРОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

Н.В. Гапиенко<sup>1</sup>, Е.А. Головкин<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Новосибирский государственный медицинский университет

<sup>2</sup>Новосибирский НИИ травматологии и ортопедии

Цель исследования — изучение эффективности оказания амбулаторной специализированной медицинской помощи в условиях вертебрологической клиники. На базе Новосибирского НИИ травматологии и ортопедии, оказывающего специализированную и высокотехнологичную вертебрологическую медицинскую помощь, разработаны организационные основы деятельности дневного стационара. Проанализированы показатели деятельности дневного стационара за 2000–2008 гг. Проведены экспертная оценка целесообразности развития дневного стационара, анализ удовлетворенности пациентов оказанием специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях по данным анкетирования. Разработаны основные направления дальнейшего развития дневного стационара в вертебрологической клинике.

**Ключевые слова:** стационарозамещающие виды медицинской помощи, дневные стационары, оказание специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях.

## EXPERIENCE OF THE DAY HOSPITAL ACTIVITY WITHIN THE CLINIC FOR SPINE PATHOLOGY

N.V. Gapienko, E.A. Golovko

The study objective was to determine the efficacy of out-patient specialized medical care delivery within the clinic for spine pathology. Organizational principles of the day hospital activity were developed on the basis of Novosibirsk Research Institute of Traumatology and Orthopaedics which delivers specialized and high-tech medical care for spine pathologies. Performance indicators of the day hospital activity for the period of 2000–2008 were analyzed. Expert feasibility study of day hospital development and the analysis of patient satisfaction with specialized out-patient medical care based on questionnaire data were performed. Principal directions of further development of day hospital within the clinic for spine pathology were formulated.

**Key Words:** inpatient-substituting types of medical care, day hospital, delivery of specialized medical care in out-patient setting.

Hir. Pozvonoc. 2010;(2):66–70.

Социально-экономический кризис в стране отразился и на сфере здравоохранения. Кризисное состояние усугубляется крайне низкой эффективностью использования ресурсной базы. Недостаточное финансирование отрасли обуславливает оптимизацию использования ресурсов здравоохранения и емкости коечного фонда [6, 9, 17].

В Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 05.11.1997 № 1387 «О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской

науки в Российской Федерации», в разделе «Совершенствование организации медицинской помощи» записано: «Основным направлением в совершенствовании организации оказания медицинской помощи является перераспределение части объектов помощи из стационарного сектора в амбулаторный» [5, 7, 12, 14, 15, 21]. Однако за прошедшие годы реформирования здравоохранения существенных сдвигов по переориентации деятельности с госпитального на амбулаторный этап не произошло [23].

По нашему мнению, перенос усилий с госпитального на амбулаторный этап оказания медицинской помощи

может быть реализован следующим образом. Основная задача — снять с госпитального звена пациентов, помощь которым может быть оказана на амбулаторном этапе, и таким образом расширить возможности по оказанию медицинской помощи в амбулаторных условиях.

При очевидной эффективности дневных стационаров (ДС) в качестве структурного подразделения лечебного учреждения, обеспечивающих большую доступность медицинской помощи, долгое время оставались сомнения в возможности их использования для оказания специализированной медицинской помощи (СМП),

Н.В. Гапиенко, аспирант кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья ФПК и ППВ; Е.А. Головкин, канд. мед. наук, зам. директора по реабилитации и поликлинической работе.

поскольку такой вид помощи традиционно проводится в условиях стационара круглосуточного пребывания [10, 11, 13, 16, 18, 19, 20, 22]. В то же время оказание СМП в амбулаторных условиях рассматривается как одно из важных направлений в решении указанной задачи [1–4].

Немаловажное значение имеет интеграция внутри учреждения путем объединения применяемых технологий организации лечебного процесса в одной территориальной системе, то есть в рамках одного учреждения. Остановимся подробнее на двух проблемах: подготовка пациентов к плановой госпитализации и проведение реабилитационных мероприятий с использованием имеющейся диагностической базы специализированного стационарного лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ).

С целью исследования указанных направлений проведено изучение эффективности оказания амбулаторной СМП в условиях Новосибирского НИИТО.

При оказании специализированной и высокотехнологичной вертебрологической медицинской помощи большое значение имеет процесс правильной организации предоперационной подготовки до проведения оперативного вмешательства и реабилитационных мероприятий после него, которые в ряде случаев невозможно выполнить в условиях территориальных поликлиник по месту жительства пациента из-за отсутствия необходимого оборудования и соответствующей подготовки персонала.

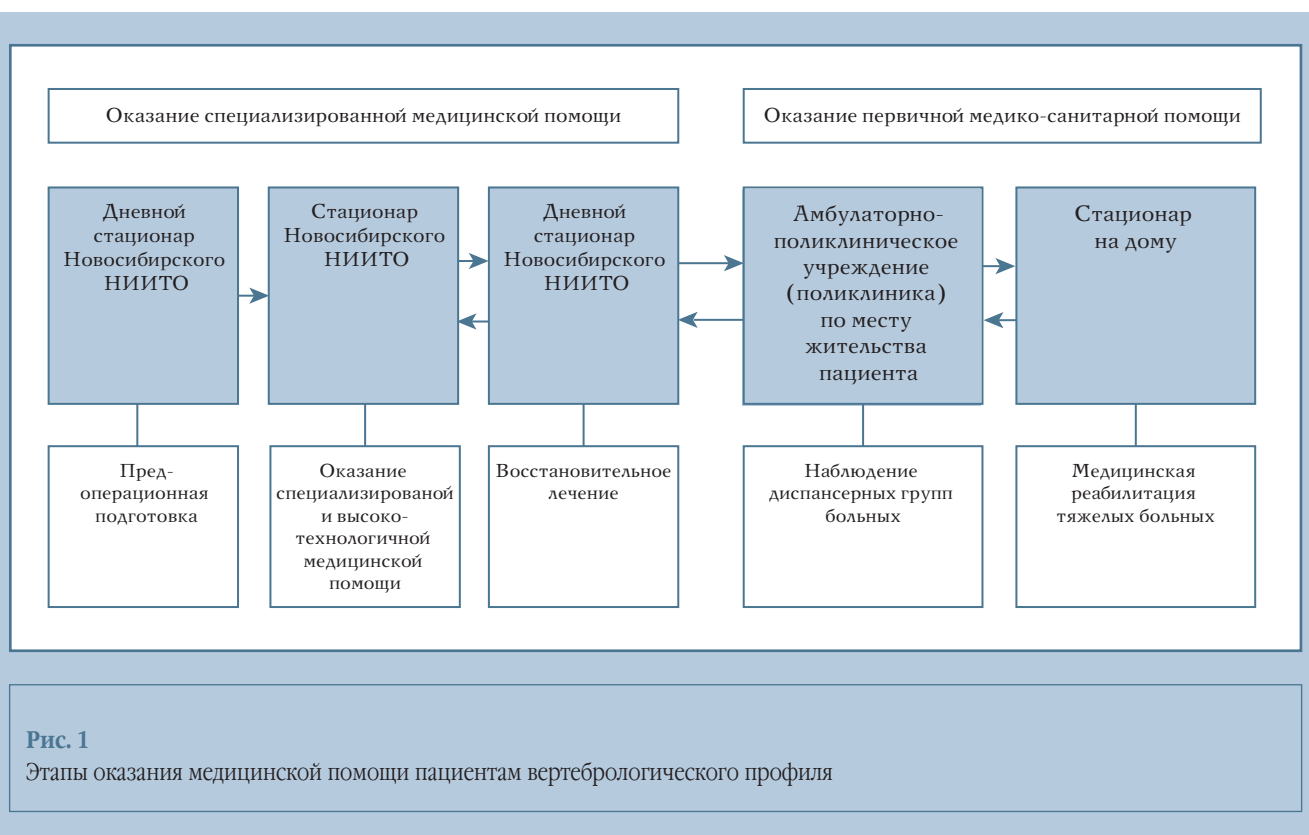
С целью оптимизации технологий обследования и подготовки к оперативному вмешательству, а также консервативного и восстановительного лечения пациентов, не нуждающихся по характеру патологии в круглосуточном стационарном наблюдении, в 2000 г. на базе клиники с учетом профиля работы Новосибирского НИИТО и использованием возможностей лабораторно-диагностической базы института создан ДС как самостоятельное структурное подразделение (рис. 1).

Цель исследования — изучение эффективности оказания амбулаторной СМП в условиях вертебрологической клиники.

На первом этапе исследования разработаны организационные основы работы ДС, положение о ДС, функциональные обязанности медицинского персонала, определен перечень показаний и противопоказаний для лечения больных в ДС.

При определении показаний в основу положили следующие принципы:

- 1) основная задача ДС — сокращение сроков лечения и временной нетрудоспособности больных;
- 2) основное преимущество ДС — возможность проведения комплексного лечения в амбулаторных условиях без неоправданной загрузки отделений стационара и отрыва пациента от привычной домашней обстановки;
- 3) направление больного в ДС оправдано, если в комплексе лечения предусмотрены манипуляции, которые не выполняет участковый терапевт или другой специалист



поликлиники по месту жительства пациента.

В настоящее время в ДС проводится реабилитация после хирургического и консервативного лечения пациентов с неврологической и ортопедической патологией: с заболеваниями центральной нервной системы (вегетососудистой дистонией, хроническим нарушением мозгового кровообращения), периферической нервной системы (остеохондрозом, невритом), опорно-двигательного аппарата (артрозом, эпикондилитом, тендовагинитом, пяточной шпорой).

ДС работает в две смены: с 8.00 до 12.00 и с 12.00 до 16.00 ч. Отделение рассчитано на 20 коек (2 палаты по 5 мест с учетом работы в две смены). Имеются ординаторская, процедурный кабинет, сестринский пост, кабинет мануальной терапии, вспомогательные помещения. В штате 5 врачей (в том числе 0,5 ставки заведующего ДС), 5 средних медицинских работников, 1 младший медицинский работник.

Лечебный процесс в условиях ДС заключается в создании охранного палатного режима и комплекса лече-

ния, определяемого особенностями патологии, сопутствующими заболеваниями и противопоказаниями, и включает в себя медикаментозное лечение, в том числе внутривенную терапию, лечебные медикаментозные блокады, физиотерапию (дифференцированный ручной массаж, аппаратный массаж, лечебную гимнастику, иглорефлексотерапию, мануальную терапию, мобилизацию суставов на вибрационном аппарате биомеханической стимуляции, термолитокинезиотерапию, ударно-волновую терапию).

В 2000 г. в ДС пролечено 189 пациентов, в 2007 г. — 620, в 2008 г. — 732 (303 мужчины и 429 женщин), в том числе двое детей (рис. 2). Возраст пациентов — от 10 до 76 лет (средний возраст —  $43,5 \pm 0,9$  лет); 80,7% пациентов — жители Новосибирска и Новосибирской области, 19,2% — жители других регионов, 0,1% — иностранные граждане.

Из пролеченных в 2008 г. 722 (98,6%) пациента с дегенеративными поражениями позвоночника, 10 (1,4%) — с прочей вертебрологической патологией (посттравматическая и дисциркуляторная энцефа-

лопатия, нейропатия малоберцового нерва, миелопатия спинного мозга и др.). Из пациентов с дегенеративными поражениями позвоночника 389 (54,0%) — с патологией поясничного отдела, 180 (24,9%) — с шейным остеохондрозом, 36 (4,9%) — с грудным остеохондрозом, 96 (13,3%) — с распространенными дегенеративными поражениями позвоночника, 14 (1,9%) — с артрозами, 7 (1,0%) — с хондропатиями.

Средняя длительность лечения пациентов в ДС за период 2000–2008 гг. — 9,9 дней (наибольшая длительность в 2001 г. — 12,6 дней, наименьшая в 2006 г. — 9,4 дня).

Второй этап исследования включал изучение эффективности деятельности ДС.

Опыт работы диагностического направления указывает на конструктивность использования ДС для сокращения сроков обследования, уточнения диагноза и наличия показаний к оперативному лечению пациентам с клиникой компрессии поясничных корешков (в условиях ДС проводили миелографию). Работа койки ДС в 2008 г. — 469 (при двухсменном режиме работы), что превышает работу койки круглосуточного стационара. При этом повышается эффективность использования коечного фонда, экономия времени от момента постановки диагноза и начала специализированного лечения в условиях круглосуточного стационара.

В 702 (96,0%) случаях консервативной послеоперационной терапии получена положительная динамика, пациенты выписаны из ДС с улучшением.

Для оценки социальной эффективности проведено анкетирование пациентов ДС, в котором участвовали 97 респондентов. Все опрошенные высказали удовлетворение этой формой работы и посчитали ее наиболее удобной для себя. Так как основная часть пациентов — люди трудоспособного возраста, имеющие семьи, важным фактором является сохранение привычного образа жизни до операции и в послеоперационный пери-

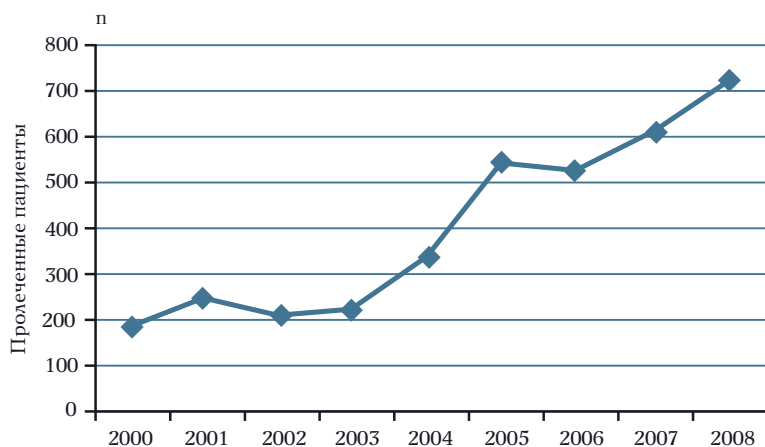


Рис. 2

Динамика численности пациентов, прошедших лечение в дневном стационаре в 2000–2008 гг.

од, что способствует более ранней реабилитации.

Более половины пациентов (51,4%) проводили в ДС ежедневно от 2 до 4 ч, 42,3% — менее 2 ч, 6,2% — от 4 до 6 ч, остальные (0,1%) — более 6 ч.

На вопрос об изменении состояния здоровья 27,3% респондентов ответили, что оно значительно улучшилось, 57,8% — улучшилось, 9,2% — незначительно улучшилось, остальные затруднились ответить.

Оценка по пятибалльной системе качества работы ДС: 72,3% респондентов — «отлично», 24,1% — «хорошо», 3,6% — «удовлетворительно».

Дополнительно в анкету была включена графа «Ваши предложения по улучшению работы ДС». Опрошенные высказали следующие пожелания и предложения: проводить процедуры в вечернее время, в выходные или с одним выходным; повысить оснащенность ДС медицинской техникой и медикаментами.

Результаты анкетирования пациентов свидетельствуют о том, что удовлетворенность пациентов работой ДС связана с преимуществами, которые дает такая организация лечения пациентов. Среди этих преимуществ можно выделить наиболее значимые: возможность ведения активного образа жизни; отсутствие особенностей и сложностей госпитальных условий; сохранение привычного для пациента режима домашнего окружения и питания (так называемая терапия средой).

В процессе исследования проведена экспертная оценка целесообразности развития ДС. Экспертами выступили организаторы здравоохранения области (главные специалисты, руководители ЛПУ). Использовали модификацию классического варианта метода Дельфи, когда используют разные группы экспертов, информированных о результатах предшествующих этапов экспертизы. На первом этапе экспертами выступили руководители ЛПУ, на втором — главные специалисты области. Всего в экспертном опросе приняли участие 109 специалистов (мужчины — 58%, женщины — 42%). Сред-

ний возраст экспертов  $48,4 \pm 0,9$  лет (мужчин  $49,9 \pm 0,9$  лет; женщин —  $47,2 \pm 0,9$  лет). Стаж по основной специальности у 33,5% опрошенных — 20–29 лет; у 29,1% — 30 лет и более; у 21,3% — 10–19 лет; менее 10 лет — 18,7%. Средний стаж по специальности у экспертов равен  $25,2 \pm 0,6$  года; уровень квалификации специалистов высок: 81,0% с высшей категорией, 15,0% — с первой, 3,0% — со второй; руководителей первого звена — 41,0%, заместителей руководителей — 36,0%, заведующих подразделениями — 23,0%. Таким образом, в число экспертов вошли квалифицированные специалисты, имеющие достаточный опыт и высокий уровень управленческой и организационной работы.

Экспертам предложили оценить направления деятельности ЛПУ на современном этапе, перспективные тенденции и организационные технологии в госпитальном и амбулаторно-поликлиническом секторе здравоохранения, а именно: факторы, определяющие успех развития отечественного здравоохранения; статус пациента в системе организации оказания медицинской помощи и тенденции его изменения на современном этапе; медико-организационные технологии, реализующие взаимодействие амбулаторно-поликлинического и стационарного этапов в оказании медицинской помощи населению; перспективные формы и направления развития стационарозамещающих форм медицинской помощи.

Анализ результатов экспертной оценки показал, что среди факторов, способных изменить кризисную ситуацию в отечественном здравоохранении, ведущую роль играют техническая модернизация лечебных учреждений ( $4,2 \pm 0,9$  балла), изменение законодательства в сфере здравоохранения ( $4,0 \pm 0,9$  балла), устранение структурных диспропорций финансирования и обеспечения между амбулаторным и стационарным секторами ( $4,0 \pm 0,9$  балла).

Деятельность первичного медико-санитарного звена по выполнению задач, определенных Концеп-

цией развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации, признали неудовлетворительной  $85,0 \pm 0,9$  на 100 опрошенных. Госпитальное звено, по мнению экспертов, оказалось более подготовлено к восприятию перемен. С этими утверждениями согласились  $87,5 \pm 0,9$  на 100 опрошенных. За долгий период существующего распределения ролей в системе оказания медицинской помощи стационар стал средоточием квалифицированных кадров, материально-технических ресурсов, передовых идей, пошел по пути организации амбулаторного приема, активной консультативно-диагностической деятельности и ресурсосберегающих технологий, что признали целесообразным  $63,5 \pm 0,9$  на 100 опрошенных.

По мнению экспертов, наиболее целесообразно в условиях ДС проведение реабилитации и вторичной профилактики в фазе ремиссии —  $4,2 \pm 0,9$  балла; оптимальной организационной технологией рационального сочетания диагностики, лечения и реабилитации пациентов является сочетание стационарного лечения с долечиванием в условиях ДС —  $3,985 \pm 0,9$  балла.

Полученный опыт работы ДС свидетельствует о результативности оказания медицинской помощи вертебрологическим больным, не нуждающимся в круглосуточном наблюдении, на койках пониженной ресурсоемкости путем проведения предоперационной подготовки и восстановительного лечения.

С использованием данных, полученных в ходе исследования, разработаны основные направления дальнейшего развития ДС в клинике Новосибирского НИИТО:

- 1) переориентация большинства пациентов, нуждающихся в консервативном лечении и обследовании, получивших оперативное лечение в других отделениях клиники, на ДС для достижения максимально возможного клинического эффекта, а также для проведения предоперационной подготовки;



- 2) формирование ДС как начального и заключительного этапов в едином комплексе специализированного центра для лечения пациентов с заболеваниями и повреждениями позвоночника (в первую очередь, с дегенеративными поражениями позвоночника);
- 3) организация потоков пациентов, соответствующих профилю института, позволяющая значительно повысить конкурентоспособность ДС;

- 4) внедрение инновационных специализированных методик ударно-волновой терапии с целью улучшения качества оказания квалифицированной медицинской помощи;
- 5) получение дополнительного эффекта работы ДС путем освобождения дорогостоящих коек в стационаре для лечения более тяжелых больных, сокращения очередности для выполнения оперативного лечения.

## Заключение

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о высокой оценке и востребованности среди пациентов лечения в условиях ДС и медико-организационной целесообразности дальнейшего развития и совершенствования этого вида медицинской помощи в условиях вертебологической клиники.

## Литература

1. **Антоненко Н.И., Могучев В.М., Беликов А.П.** О преемственности между поликлиникой и хирургическим стационаром в оказании специализированной медицинской помощи больным хроническим калькулезным холециститом // Терапевтический архив. 1992. № 1. С. 86–90.
2. **Антонов О.В.** Новые организационные формы оказания амбулаторно-поликлинической помощи // Здоровоохранение РФ. 2007. № 2. С. 10–13.
3. **Блохин Б.А.** Применение современных медицинских технологий в поликлинических условиях // Кремлевская медицина. 2000. № 3. С. 40–42.
4. **Вайгант А.Р.** Опыт использования стационарозамещающих технологий // Бюл. НИИ им. Семашко. 2003. № 5. С. 127–130.
5. **Вахитов Ш.М., Блохина М.В., Хатыпова Н.Ф. и др.** Деятельность амбулаторно-поликлинических учреждений в современных условиях // Рос. мед. журн. 2005. № 1. С. 10–11.
6. **Власов В.В.** Медицина в условиях бедности: технология и этика распределения // Экономика здравоохранения. 2001. № 7–8. С. 71–73.
7. **Власов В.В.** Рационализация и стандарты помощи // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2001. № 1. С. 9–18.
8. **Воробьев В.В., Безуглый А.В.** Перспективы совершенствования специализированной амбулаторной хирургической помощи // Амбулаторная хирургия. 2002. № 4. С. 8–9.
9. **Вялков А.И.** О необходимости внедрения новых экономических моделей в здравоохранении // Экономика здравоохранения. 2001. № 1. С. 5–11.
10. **Даненков А.С., Даненкова Н.А.** О повышении эффективности работы дневного стационара // Здоровоохранение. 2004. № 5. С. 37–39.
11. **Дмитриенко Л.В.** Рациональная организация обслуживания больных в дневном стационаре поликлиники // Высокие технологии в практике учреждений здравоохранения: Тез. докл. науч.-практ. конф. Воронеж, 1995. С. 18.
12. **Дремнина Л.А., Исакова Л.Е., Кочкина Т.В.** Усиление роли амбулаторно-поликлинического звена в повышении эффективности использования ресурсов здравоохранения // Вестн. межрегиональной ассоциации. 2003. № 4. С. 30–35.
13. **Истратова Л.М., Болтенко Н.Н.** Роль дневного стационара как основного звена консультативно-диагностического центра // Стационарозамещающие виды медицинской помощи. Опыт, проблемы, перспективы: Тез. докл. гор. семинара. Новосибирск, 2002. С. 18–20.
14. **Калининская А.А.** Научное обоснование медико-организационных основ развития стационарозамещающих форм медицинской помощи населению Российской Федерации (на примере Тверской, Самарской, Брянской областей и Ставропольского края): Дис. ... д-ра мед. наук. М., 2000.
15. **Калининская А.А., Шляфер С.И., Днепров Е.В. и др.** Развитие стационарозамещающих форм организации медицинской помощи // Глав. врач. 2003. № 2. С. 34–37.
16. **Карташов В.Т.** Опыт организации специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях и внедрения стационарозамещающих технологий // Здоровоохранение. 2002. № 5. С. 41–46.
17. **Карташов В.Т., Романовский В.В.** Стационарозамещающие технологии в контексте проблем переноса усилий здравоохранения с госпитального на амбулаторно-поликлинический этап // Вопр. экономики и управления для руководителей здравоохранения. 2003. № 4. С. 30–33.
18. **Коваленко В.Ф.** О перспективе развития стационарозамещающих медицинских технологий при больницах // Стационарозамещающие виды медицинской помощи. Опыт, проблемы, перспективы: Тез. докл. гор. семинара. Новосибирск, 2002. С. 47–52.
19. **Крюков А.И., Хамзалиева Р.Б., Захарова А.Ф.** Обязательный объем специализированной помощи, оказываемой в условиях ЛОР-кабинетов городских поликлиник крупного промышленного города // Вестн. оториноларингологии. 2005. № 4. С. 43–45.
20. **Нелаева А.А., Таскаева Н.М., Касаткина Н.М.** Опыт оказания специализированной медицинской помощи на амбулаторном этапе // Здоровоохранение. 2003. № 4. С. 23–28.
21. **Сквирская Г.П.** О развитии стационарозамещающих форм организации и оказания медицинской помощи населению // Здоровоохранение. 2000. № 1. С. 5–10.
22. **Ступаков И.Н., Самородская И.В., Мусотов Л.И. и др.** Новые организационные технологии в амбулаторно-поликлинической практике // Здоровоохранение. 2004. № 5. С. 30–35.
23. **Щепин О.П., Какорин Е.П., Флек В.О.** Эффективность использования стационарозамещающих технологий в системе здравоохранения. М., 2006.

## Адрес для переписки:

Гапиенко Надежда Владимировна  
630091, Новосибирск, ул. Фрунзе, 17,  
НИИТО,  
gapienko\_nv@mail.ru

Статья поступила в редакцию 15.11.2009