

3. Использование изделия позволяет снизить трудопотери при травмах плечевого сустава до 2,5–3 мес. (в отличие от 4 и более месяцев при лечении гипсовыми повязками).

4. Удобство и легкость изделия способствуют уменьшению дискомфорта при его применении. В шине нет препятствий для осуществления гигиенических мероприятий по уходу за телом в подмышечной области и в зоне контакта изделия с туловищем.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Зеeman, М. Техника наложения повязок / М. Зеeman; пер. с чешского. — СПб: Питер, 1994. — 208 с.
2. Лядов, К. В. Возможности восстановления подвижности плечевого сустава при его тугоподвижности с применением новых технологий / К. В. Лядов, М. Р. Макарова, Н. И. Шишкин (Нац. мед.-хир. центр им. Н. И. Пирогова, Москва) // Восстановительная медицина и реабилитация: II Междунар. конгресс, Москва, 20–21 сент. 2005 г. — [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://expodata.ru/>. — Дата доступа: 18.09.2009.
3. Böhler, L. Technik der Knochenbruchbehandlung: в 2 т. / L. Böhler // Verlag von Wilhelm Maudrich. — 1938. — 6-е изд. — Т. 1, 2.
4. Манак, Н. В. Практические аспекты применения методики мануальной разработки постиммобилизационных контрактур плечевого сустава у пациентов, находящихся на стационарном этапе ре-

билитации (Бел. ун-т физич. культ.) / Н. В. Манак. — [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://lib.sportedu.ru/index.htm>. — Дата доступа: 18.09.2009.

5. Миленин, О. Н. Нестабильность и привычный вывих плечевого сустава / О. Н. Миленин. — [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.mountain.ru/>. — Дата доступа: 18.09.2009.

6. ОПТЛЕНД-ортопедические товары оптом и в розницу [электронный ресурс] / Раздел: Изделия для суставов Плечо MEDI® ГЕРМАНИЯ 0.15 MEDI (Меди) Шина отводящая подкачиваемая SAK-(угол 10-75) арт.867-2-UNI. — Режим доступа: <http://ortopedsalon.ru/products/926>. — Дата доступа: 09.11.2010.

7. ©"Орто-С" (усиленный ортопедический центр Орто-С) ортопедические пособия для суставов — лечебно-профилактическая линия [электронный ресурс] / Раздел: плечевой сустав. — Режим доступа: <http://www.orto-s.ru/catalogue/?id=0>. — Дата доступа: 18.09.2009.

8. ©Ortos2005-2008 [электронный ресурс] / Фиксаторы и ограничители суставов ORLETT (Германия), ОРТЮ (Литва). — Режим доступа: <http://www.ortos.by/>. — Дата доступа: 22.09.2009.

9. Патент RU 2108075 Шина для верхних конечностей, МПК 6 А61F5/04. опубл. 10.04.1998.

10. Попов, С. Н. Физическая реабилитация (1,62 Мб) / С. Н. Попов. — [Электронный ресурс]. — 2005. — С. 608. — Режим доступа: <http://www.medbook.net.ru/49.shtml>. — Дата доступа: 18.09.2009.

11. ©TECH2U, 2007-2009. Ортопедические средства: корсеты, бандажи, пояса [электронный ресурс] / Раздел: плечевой сустав (medmagazin.ru, ortomed.ru). — Режим доступа: http://tech2u.ru/catalog/?categories_ID=437. — Дата доступа: 18.09.2009.

Поступила 07.06.2011

УДК 614.21:617.7-08-039

СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОФТАЛЬМОЛОГИИ

А. Н. Куриленко^{1,2}, Т. В. Бобр³

¹Гомельская областная специализированная клиническая больница

²Гомельский государственный медицинский университет

³Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека, г. Гомель

Проведен анализ деятельности дневного стационара (ДС) консультативно-диагностического офтальмологического поликлинического отделения Гомельской областной специализированной клинической больницы. Выявлено, что внедрение в практику лечения больных ДС позволяет: повысить экономическую эффективность за счет уменьшения стоимости одного койко-дня; улучшить качество оказания медицинской помощи; уменьшить необходимое число повторных госпитализаций в стационар; расширить возможность активного оздоровления и оптимизации лечения диспансерных групп больных; улучшить преемственность лечения между различными лечебно-профилактическими учреждениями; исключить стрессовый фактор пребывания в больничных условиях; исключить контакт с внутрибольничной инфекцией.

Ключевые слова: дневной стационар, стационарозамещающие технологии.

TECHNOLOGIES SUBSTITUTING IN-PATIENT DEPARTMENT IN OPHTHALMOLOGY

A. N. Kurilenko^{1,2}, T. V. Bobr³

¹Gomel Regional Specialized Clinical Hospital

²Gomel State Medical University

³Republican Research Centre for Radiation Medicine and Human Ecology, Gomel

The activities of the in-patient department of the diagnostic ophthalmological unit in Gomel Regional Specialized Clinical Hospital have been analyzed. It has been found out, that the implementation of the treatment of the patients in the in-patient department makes it possible to increase economic efficacy at the expense of the decrease of the payment for a bed-day; to improve the quality of medical assistance; to decrease the necessary number of repeated hospitalizations; to extend the possibility of active health improvement and treatment optimization for dispensary patient groups. It also enables to improve the continuity of the treatment among different medical and prophylactic institutions, to exclude the stress factor of the stay in hospital; to except the contact with infections inside the hospital.

Key words: in-patient department, technologies substituting in-patient department.

В настоящее время в Республике Беларусь проводится структурная реформа здравоохранения, которая ставит две основные задачи: выполнение государственных гарантий населению по оказанию медицинской помощи в необходимом объеме и с высоким уровнем качества и повышение эффективности использования ресурсной базы здравоохранения.

На современном этапе реформирования и развития здравоохранения при дифференцированном подходе к ресурсному обеспечению медицинской помощи по ее видам и степени интенсивности лечебно-диагностического процесса делается акцент на приоритетное развитие первичной медико-санитарной помощи. Основным направлением в совершенствовании организации медицинской помощи является оптимизация первичной медико-профилактической и специализированной помощи на всех уровнях ее оказания с увеличением объемов и повышением качества обследования. Влияние стационарозамещающих (СТЗ) технологий на доступность специализированной помощи не вызывает дискуссии. Социально-экономические преобразования, проводимые в Республике Беларусь, повлияли на широкое внедрение стационарозамещающих и ресурсосберегающих технологий. Основанием для внедрения и развития новых СТЗ технологий является потребность сокращения круглосуточных коек. Концепция развития здравоохранения Республики Беларусь на 2003–2007 гг., одобренная постановлением Совета Министров Республики Беларусь 08.10.2003 г. № 1276 [1], Программа развития здравоохранения Республики Беларусь на 2006–2010 гг., Закон Республики Беларусь «О здравоохранении», принятый 20.06.2008 г., определили основные направления совершенствования организации медицинской помощи населению. Одной из мер, направленных на повышение доступности и качества медицинской помощи, является внедрение стационарозамещающих технологий, сокращающих высоко затратную стационарную помощь. Их реализация обеспечивается путем развития сети дневных стационаров (ДС) и стационаров на дому.

Дневной стационар — подразделение, выполняющее задачи по оказанию специализированной помощи на догоспитальном этапе, позволяет проводить обследование и лечение больных, не нуждающихся в круглосуточном наблюдении в стационаре [2]. В организационном плане ДС — стационарозамещающая форма организации медицинской помощи населению в структуре амбулаторно-поликлинических организаций, в функциональном — структурное подразделение, предназначенное для проведения профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных мероприятий пациентам, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения.

Впервые дневные стационары были открыты в США в 60-х гг. прошлого века. Работа ДС в Беларуси регламентируется приказом Министерства здравоохранения № 232 от 23.04.1999 г. «О совершенствовании работы дневных стационаров лечебно-профилактических учреждений», инструкцией по применению от 01.12.2003 г. № 89-0603 «Порядок и показания к госпитализации в дневные стационары амбулаторно-поликлинических организаций здравоохранения».

Цель работы

Оценка эффективности работы дневного стационара консультативно-диагностического офтальмологического поликлинического отделения Гомельской областной специализированной клинической больницы (ГОСКБ).

Материалы и методы

В работе использована отчетная и первичная медицинская документация за 2008–2010 гг. консультативно-диагностического офтальмологического поликлинического отделения ГОСКБ. Объектом исследования была система организации медицинской помощи в ДС. В работе применялись следующие методы исследования: статистический, аналитический, экспертных оценок. Аналитический метод использовался для поиска внутренних резервов и выбора приоритетных направлений развития стационарозамещающих технологий в оказании офтальмологической помощи. В работе использовались следующие виды аналитического метода:

- внешний анализ, применялся для характеристики структуры стационарозамещающей помощи;
- внутренний анализ, использовался при расчете экономической эффективности СТЗ;
- комплексный анализ, позволял оценить положительные и отрицательные стороны оказания офтальмологической помощи.

Результаты и обсуждение

В ДС госпитализируются пациенты с острой и хронической офтальмологической патологией, состояние которых не требует круглосуточного наблюдения. Направление на консультацию с возможной госпитализацией в ДС осуществляют офтальмологи территориальных поликлиник. Отбор для лечения проводится врачами отделения по согласованию с заведующей отделением. Медикаменты приобретаются за счет средств больных. Пациентам, имеющим право на льготное обеспечение лекарственными препаратами, медикаменты выписываются в соответствии с их льготами. Лечение и реабилитация больных проводятся в объеме, установленном утвержденными протоколами лечения и обследования больных. Объем помощи включает ежедневный осмотр врачом, проведение диагностических и необходимых лечебных процедур. Лечение и реабилитация больных проводятся в объеме, установленном утвержденными протоколами лечения и обследования больных. Пациенты, стра-

дающие глаукомой, во время лечения проходят обучение в школе глаукомных больных. Нуждающиеся в электростимуляции зрительных нервов проходят курсы процедур на базе хирургического отделения консультативной поликлиники ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека» (ГУ «РНПЦРМ и ЭЧ»). Все диагностические и лечебные мероприятия отражаются в амбулаторной карте, при выписке на руки больному выдается выписной эпикриз с рекомендациями по дальнейшей тактике лечения. Противо-

казаниями для лечения в дневном стационаре являются заболевания, требующие круглосуточного медицинского наблюдения. За 2008–2010 гг. в дневном стационаре консультативно-диагностического офтальмологического поликлинического отделения пролечено 2026 больных, из них в трудоспособном возрасте было 62,2 %, старше трудоспособного — 37,8 %. Инвалидов по зрению пролечено 16,2 %, инвалидов по общему заболеванию — 6,12 %, участников Великой Отечественной войны — 0,9 %. Анализ деятельности ДС отражен в таблице 1.

Таблица 1 — Анализ деятельности дневного стационара офтальмологического профиля за 2008–2010 гг.

Заболевания	Пролечено больных		Койко-день		Средняя длительность лечения		Исходы	
	всего	в т.ч. с ВН*	всего	в т.ч. с ВН	всего	в т.ч. с ВН	улучшение	выздоровление
Болезни век	1		7			7,0	1	
Болезни конъюнктивы	3	3	15	18	5,0	6,0		3
Кератопатии	8	5	71	46	8,9	9,2	6	2
Кератит	7	4	20	15	2,8	3,7		7
Иридоциклит	1	—	7	—	7,0	—	1	
Увеит	5	3	34	24	6,8	8,0		5
Дистрофия сетчатки	1350	696	9659	5795	7,2	8,3	1350	
Хориоретиниты	57	34	533	365	9,3	10,7	57	
Эндокринная офтальмопатия	11	6	85	48	7,7	8,0	11	
Глаукома	153	41	1127	331	7,4	8,1	153	
Болезни зрительного нерва	146	64	1165	602	8,0	9,4	146	
Диабетическая ретинопатия	49	19	455	221	9,3	11,6	49	
Тромбоз центральной вены сетчатки	9	4	85	40	9,4	10,0	9	
Гемофтальм	10	4	77	31	7,7	7,7	10	
Дегенеративная миопия	198	118	1526	1042	7,7	8,8	198	
Др. болезни глаза	18	8	169	87	9,4	10,9	18	
ИТОГО	2026	1010	15040	8678	7,4	8,6	2013	13

Примечание. *ВН — временная нетрудоспособность

Эффективность лечения достигается качеством и интенсивностью проводимой терапии и является, по сути, главным «оценочным» критерием диагностической и лечебной работы. Используя современные методы комплексной восстановительной терапии, не уступающие по эффективности стационарным, соблюдается главный принцип медицинской помощи: ежедневный контроль за состоянием здоровья пациента, течением патологического процесса. Это повышает дисциплинированность больных в выполнении врачебных назначений, а также в отличие от обычного амбулаторного режима позволяет врачу ДС своевременно принять конкретное тактическое решение: быстро ввести коррективы и дополнения в диагностические и лечебные назначения, уточнить клинический диагноз, решить вопросы медико-социальной экспертизы. Анализируя работу ДС, можно отметить, что 99,3 % пациентов выписаны с улучшением. Таким образом, ДС позволяет более четко осуществлять отбор пациентов на госпитализацию в офтальмологические отделения стационара, способствует рациональному исполь-

зованию коечного фонда, так как заметно снижает потребность в госпитализации больных в круглосуточные стационары.

Опыт работы нашего дневного стационара дает основание говорить о возможности использования койки в случае необходимости в три смены, так как часть больных не нуждается в медицинском наблюдении и пребывании на койке дневного стационара более 3 часов. Это позволяет пролечить большее количество больных и повысить среднюю занятость койки. Средняя занятость койки составила 417,7, оборот койки — 56,3.

Экономический эффект складывается из сокращения затрат на лечение и реабилитацию, прироста внутреннего валового продукта, сокращения выплат по временной и стойкой нетрудоспособности и т. д. Данный показатель анализировался на основе коэффициента экономической эффективности [3]. При его расчете учитывались только прямые затраты, включающие в себя расходы, связанные с оказанием медицинской помощи:

$K_{эф} = (K_{к.д.к} - K_{к.д.д.}) / K_{к.д.д.} = (90841 - 2875) / 12875 = 6,06$,

где $K_{эф}$ — коэффициент эффективности; $K_{к.д.к.}$ — средняя стоимость одного койко-дня в круглосуточном стационаре; $K_{к.д.д.}$ — средняя стоимость одного койко-дня в дневном стационаре.

Величина коэффициента эффективности для офтальмологического дневного стационара составила 6,06. Однако на практике этот показатель будет выше за счет так называемых косвенных затрат, в том числе и характеризующих качество жизни пациентов, которые не учитывались из-за сложности получения сопоставимых данных.

Дневной стационар открывает перед нами возможности преемственности и взаимодействия с офтальмологами амбулаторно-поликлинических учреждений. Деловой и профессиональный контакт является основными звеньями системы преемственного и динамического наблюдения больных и лежат в основе диспансеризации как одного из методов научного обоснования вторичной профилактики, проводимой на амбулаторно-поликлиническом этапе. В Гомельском регионе существует трехзвеньевая система диспансеризации офтальмологических больных: глазной кабинет в территориальной поликлинике, консультативный прием офтальмологов поликлинического отделения ГОСКБ и хирургического отделения консультативной поликлиники ГУ «РНПЦРМ и ЭЧ» и стационары. Основная текущая работа выполняется офтальмологами поликлиник. В задачи консультативных кабинетов входят диагностическая и консультативная помощь поликлиникам, вопросы учета и отчетности, работа, направленная на улучшение качества жизни пациентов с офтальмопатологией. Роль стационаров в системе диспансерного обслуживания заключается в оказании высококвалифицированной хирургической помощи офтальмологическим больным.

Перспективы развития ДС и его функции определены задачами медицинского, социального, экономического характера, включающими следующие положения:

1. Диагностические — уточнение клинического диагноза.
2. Лечебные — квалифицированное и эффективное лечение на этапах интенсивной,

восстановительной и профилактической терапии. Ежедневный врачебный контроль.

3. Профилактические — участие в диспансеризации.

4. Этапность амбулаторно-поликлинической помощи. Дневной стационар является связующим звеном между офтальмологической службой территориальных поликлиник и консультативным звеном, обеспечивая их преемственность и взаимодействие.

5. Медико-экономические — способствуют заметному снижению потребности в госпитализации и рациональному использованию коечного фонда.

6. Медико-социальная экспертиза больных — коллегиальное решение наиболее сложных вопросов, участие в работе клинико-экспертной комиссии, определение длительности временной нетрудоспособности.

7. Дневной стационар — удобная и приемлемая форма внебольничной помощи, удовлетворяющая все социальные слои трудоспособного и нетрудоспособного населения.

Выводы

Дневной стационар — перспективная форма оказания квалифицированной офтальмологической помощи, которая:

- 1) повышает объемы оказания помощи;
- 2) значительно уменьшает нагрузку на стационарное отделение без ухудшения качества оказываемой помощи;
- 3) позволяет экономить средства, используемые на содержание стационарной койки;
- 4) высвобождает площади и квалифицированные кадры стационара для оказания специализированной хирургической помощи.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Концепция развития здравоохранения Республики Беларусь на 2003–2007 гг., одобренная постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 08.10.2003 г. № 1276 // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. — 2003. — № 4. — С. 44–53.
2. Елмакова, Т. В. Организация первичной медико-санитарной помощи на муниципальном уровне / Т. В. Елмакова, В. Н. Кичко // Главврач. — 2006. — № 7. — С. 14–17.
3. Плиш, А. В. Медико-организационные резервы совершенствования стационарозамещающих технологий / А. В. Плиш // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. — 2005. — № 1. — С. 22–29.

Поступила 13.06.2011

УДК [616.379-008.64-06:616.89-008.454]-071

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА РАЗВИТИЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ И ДЕПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

Я. Л. Навменова¹, И. Г. Савастеева², Т. В. Мохорт³

¹Гомельский государственный медицинский университет

²Республиканский научно-практический центр

радиационной медицины и экологии человека, г. Гомель

³Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Частота встречаемости депрессии среди пациентов с сахарным диабетом составила 33 %. Уровень гомоцистеина у больных сахарным диабетом имел тенденцию к повышению среди пациентов с депрессией, прямые значимые корреляции со стажем сахарного диабета, креатинином крови и суточной протеинурией.

Ключевые слова: сахарный диабет, депрессия, гомоцистеин, холестерин, диабетическая нефропатия.