Дипломная работа

по специальности – Терапия

АНАЛИЗ РАБОТЫ

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

ДНЕВНОГО ПРЕБЫВАНИЯ

МУЗ МСЧ «ИЖМАШ»

**CОДЕРЖАНИЕ**

Введение

Раздел 1. Актуальность исследования

Раздел 2. Цель исследования

Раздел 3. Задачи исследования

Основная часть.

Глава 1. Обзор литературы

Раздел 1.1. Понятие о стационаре дневного пребывания

Раздел 1.2. Краткий обзор наиболее распространенных заболеваний

Глава 2. Исследовательская часть

Раздел 2.1. Общие сведения о гастроэнтерологическом отделении дневного пребывания МУЗ МСЧ «ИЖМАШ»

Раздел 2.2. Распределение больных по диагнозам и возрастно-половому составу

Раздел 2.3. Наиболее часто встречающиеся заболевания

Раздел 2.4. Распределение больных по диагнозам и в соответствии с продолжительностью лечения

Раздел 2.4.1. Распределение больных по диагнозам и в соответствии с продолжительностью лечения за 2006г.

Раздел 2.4.2. Распределение больных по диагнозам и в соответствии с продолжительностью лечения за 2007г.

Выводы

Заключение

Список литературы

**ВВЕДЕНИЕ**

Раздел 1. Актуальность (социальная и экономическая значимость) проблемы оценки работы гастроэнтерологического стационара дневного пребывания (на примере гастроэнтерологического стационара дневного пребывания МУЗ МСЧ «Ижмаш» за 2006-2007 г. г.).

Болезни органов пищеварения стабильно остаются одной из актуальных и трудно решаемых проблем современной медицины. В России заболеваемость органов пищеварения составляет 9978,1 случаев (на 100 тыс. населения) по всем нозологическим формам и имеет тенденцию к постоянному росту. (Ивашкин В.Т., Рапопорт С.И., 2006 г.). Распространенность болезней органов пищеварения постоянно растет. В Российской Федерации в 2003-2004 году она была на 4-5 месте, в 2005 году вышла на 3-е место в структуре общей заболеваемости (государственные доклады о состоянии здоровья населения 2003-2005 гг.). Темпы роста смертности при патологии органов пищеварения за последние годы уступают только отравлениям алкоголем. Очень большая доля больных с различными гастроэнтерологическими заболеваниями лечится стационарно, что требует высоких затрат в условиях ограничения финансовых средств. Только в 2002 году в стране было госпитализировано более 2,3 млн. больных гастроэнтерологического профиля.

По многим гастроэнтерологическим нозологиям приняты международные консенсусы, разработаны стандартизированные протоколы ведения больных с заболеваниями органов пищеварения. В частности такие протоколы существуют для диагностики и лечения таких наиболее часто встречающихся заболеваний, как язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки и синдром раздраженного кишечника. К сожалению, в повседневной российской практике далеко не всегда ведение больных гастроэнтерологического профиля соответствует принятым нормам.

В условиях, когда в России отмечается постоянный рост заболеваемости по всем нозологическим формам патологии органов пищеварения, до сих пор не сложилась развитая система специализированной помощи больным гастроэнтерологического профиля (государственные доклады о состоянии здоровья населения 2000-2004 гг.; Комаров Ф.И., Ивашкин В.Т., 1997 г., Стародубов В. И., 2002 г.). Отмечается дефицит специалистов гастроэнтерологов и их недостаточная профессиональная подготовка. Всемирная организация здравоохранения рекомендует 1 гастроэнтеролога на 50 тысяч населения, что в Российской системе здравоохранения не реализовано.

В современных условиях с учетом технологий лечебно-диагностического процесса оптимизация системы здравоохранения предусматривает сокращение коечного в связи с развитием стационарозамещающих технологий. Тенденции по развитию стационарозамещающих форм впервые были отмечены в странах Западной Европы и Скандинавии, а в дальнейшем получили свое развитие и в Российской Федерации (Saltman R., Figeiros G., 1998 г., Шейман И.М., 1998 г., Лисицын Ю.П., 2002 г.). Сокращение коечного фонда касается как общетерапевтического, так и специализированного, в том числе гастроэнтерологического. Так, например, в Московской области за последние 5 лет терапевтические койки сократились на 8%, гастроэнтерологические - вдвое. В современных экономических условиях общий дефицит финансирования отрасли здравоохранения диктует необходимость поиска новых организационных ресурсосберегающих технологий с оказанием лечебно-диагностической помощи высокого качества при меньших затратах, к числу которых относятся дневные стационары при амбулаторно-поликлинических учреждениях и стационары дневного пребывания при круглосуточных стационарах. Вместе с тем, внедрение этой формы организации лечебного процесса затрудняется из-за отсутствия методологического обеспечения данного вида помощи, экономической и социальной мотивации перемещения объёмов медицинской помощи с госпитального на стационарозамещающий уровень. В доступной литературе представлены единичные работы по оценке деятельности дневных стационаров. В этой связи перспективным и актуальным (социально и экономически значимым) является изучение работы дневных стационаров.

Раздел 2. Цель исследования.

Проанализировать работу гастроэнтерологического стационара дневного пребывания МСЧ «Ижмаш» с октября 2006 года по октябрь 2007 года.

Раздел 3. Задачи исследования.

* Проанализировать общие сведения контингента пролеченных больных гастроэнтерологического отделения дневного пребывания по МУЗ МСЧ «ИЖМАШ».
* Оценить распределение больных по диагнозам и возрастно-половому составу по отделению гастроэнтерологии дневного стационара с 01.10.2006г. по 01.11.2007г.
* Выявить наиболее часто встречающиеся заболевания в отделении гастроэнтерологии дневного пребывания по окончательному диагнозу.
* Оценить распределение больных по диагнозам и в соответствии с продолжительностью лечения, оценить соответствие их МЭС.
* Выявить недостатки и положительные стороны оказания помощи больным гастроэнтерологического профиля в условиях дневного стационара.

**ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ**

**Глава 1. Обзор литературы.**

**Раздел 1.1. Понятие о стационаре дневного пребывания.**

ПОЛОЖЕНИЕ

ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА В ЛЕЧЕБНО - ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

1. Общие положения

1.1. Дневной стационар является структурным подразделением лечебно-профилактического учреждения, в том числе амбулаторно-поликлинических, больничных учреждений, клиник медицинских научно-исследовательских и образовательных учреждений и предназначен для проведения профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения, с применением современных медицинских технологий в соответствии со стандартами и протоколами ведения больных.

1.2. В своей деятельности дневной стационар лечебно -профилактического учреждения руководствуется законодательством Российской Федерации, нормативными правовыми актами Минздрава России, органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации и настоящим Положением.

1.3. Коечная мощность и профиль дневного стационара определяются руководителем лечебно - профилактического учреждения, в составе которого он создан, по согласованию с соответствующим органом управления здравоохранением, с учетом имеющейся инфраструктуры здравоохранения, а также заболеваемости населения. В соответствии с профилем койки дневного пребывания являются структурной частью коечного фонда отделения (палаты). Мощность стационара определяется числом коек круглосуточного и дневного пребывания. Учет коек дневного пребывания в больничных учреждениях и движение больных осуществляется в установленном порядке.

1.4. Дневной стационар может являться клинической базой медицинских образовательных и научно - исследовательских учреждений.

1.5. Порядок направления и госпитализации в дневной стационар, условия выписки или перевода в лечебно - профилактическое учреждение утверждаются руководителем лечебно - профилактического учреждения.

1.6. Режим работы дневного стационара определяется руководителем лечебно - профилактического учреждения с учетом объемов проводимых медицинских мероприятий, как правило, в 2 смены.

1.7. Медицинская и лекарственная помощь населению, в условиях дневного стационара, оказывается в рамках территориальной программы государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью, а также на условиях добровольного медицинского страхования или платных медицинских услуг, в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

1.8. Вопрос по обеспечению питанием больных в дневном стационаре решается органами управления здравоохранением субъектов Российской Федерации самостоятельно.

1.9. В дневном стационаре ведется установленная учетно-отчетная медицинская документация.

1.10. Контроль за деятельностью дневного стационара осуществляет руководитель лечебно-профилактического учреждения и (или) заместитель по медицинской части и клинико-экспертная комиссия лечебно-профилактического учреждения.

1.11. Организация и ликвидация дневного стационара осуществляется по решению руководителя лечебно - профилактического учреждения по согласованию с соответствующим органом управления здравоохранением.

2. Цель и функции

2.1. Целью работы дневного стационара является совершенствование организации и повышение качества оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, а также повышение экономической эффективности деятельности лечебно - профилактических учреждений на основе внедрения и широкого использования современных ресурсосберегающих медицинских технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации.

2.2. В соответствии с этой целью дневной стационар осуществляет следующие функции:

* Проведение комплексных профилактических и оздоровительных мероприятий лицам из групп риска повышенной заболеваемости, в т.ч. профессиональной, а также длительно и часто болеющим.
* Проведение сложных и комплексных диагностических исследований и лечебных процедур, связанных с необходимостью специальной подготовки больных и краткосрочного медицинского наблюдения после проведения указанных лечебных и диагностических мероприятий.
* Подбор адекватной терапии больным с впервые установленным диагнозом заболевания или хроническим больным при изменении степени тяжести заболевания.
* Проведение комплексного курсового лечения с применением современных медицинских технологий больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения.
* Осуществление реабилитационного и оздоровительного комплексного курсового лечения больных и инвалидов, беременных женщин.
* Проведение экспертизы состояния здоровья, степени утраты трудоспособности граждан и решение вопроса о направлении на медико-социальную экспертизу.

3. Структура и штаты

3.1. В структуру дневного стационара могут включаться:

* палаты, оснащенные необходимым оборудованием и инвентарем;
* процедурный кабинет;
* хирургический кабинет с малой операционной;
* комната для пребывания медицинского персонала;
* комната для приема пищи больными;
* иные кабинеты по решению руководства лечебно-профилактического учреждения.

Для осуществления функций дневного стационара могут быть использованы диагностические, лечебные, реабилитационные и другие подразделения лечебно-профилактического учреждения, в структуре которого он создан.

3.2. В дневных стационарах ведение больных осуществляется лечащим врачом (участковым терапевтом, педиатром, акушером-гинекологом, врачом общей практики и другими врачами-специалистами). При необходимости привлекаются соответствующие врачи-консультанты. Штатная численность и нормы нагрузки медицинского персонала лечебно-профилактических учреждений устанавливаются с учетом наличия в данном учреждении дневного стационара.

3.3. В дневных стационарах вводится должность старшей медицинской сестры, должности медицинских сестер палатных из расчета 1 должность на 15 мест. Должности санитарок палатных или младших медицинских сестер по уходу за больными устанавливаются соответственно должностям медицинских сестер.

3.4. В штаты лечебно-профилактического учреждения, имеющего в своем составе дневной стационар, в связи с увеличением объема работы диагностических, лечебных, реабилитационных и других подразделений могут быть дополнительно введены должности врачей и среднего медицинского персонала.

4. Финансирование

Финансирование дневного стационара осуществляется за счет средств бюджета соответствующего уровня, выделяемых лечебно-профилактическому учреждению, а также из средств обязательного медицинского страхования и иных источников в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

**Раздел 1.2. Краткий обзор наиболее распространённых**

**заболеваний, встречающихся в гастроэнтерологическом**

**стационаре дневного пребывания МУЗ МСЧ «Ижмаш» за период с**

**октября 2006 года по октябрь 2007 года.**

Хронический панкреатит

Хронический панкреатит – это хроническое воспалительно-дистрофическое заболевание поджелудочной железы продолжительностью более 6 месяцев, обычно проявляющийся болями и диспепсическими явлениями, вызывающее при прогрессировании патологического процесса нарушение проходимости её протоков, склероз паренхимы и значительное нарушение экзокринной и эндокринной функции.

Хронический панкреатит достаточно частое заболевание: в России заболеваемость панкреатитом составляет 8-9 новых случаев на 100 000 человек населения.

Хронический холецистит

Хронический холецистит – это воспаление стенки желчного пузыря, вызванное длительным раздражением либо камнем, либо повторяющимся острыми воспалительными процессами. К хроническому холециститу ведут застой желчи, изменение ее физико-химических свойств и присоединение инфекции. Воспалительный процесс может провоцироваться камнем, аномалией развития пузыря, его дискинезией.

Хронический гастрит.

Хронический гастрит – воспаление слизистой желудка. Развивается как исход острого гастрита или как самостоятельное заболевание с хроническими воспалительными изменениями слизистой оболочки желудка, обусловленное эндогенными или экзогенными факторами.

При длительном течении может развиваться атрофический, эрозивный гастрит.

Язва двенадцати перстной кишки.

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки - хроническое рецидивирующее заболевание, основным признаком которого является образование дефекта (язвы) в стенке желудка или двенадцатиперстной кишки, склонное к прогрессированию, с вовлечением в патологический процесс наряду с желудком и двенадцатиперстной кишкой ряда других органов системы пищеварения с развитием осложнений, угрожающих жизни больного.

Язва желудка и двенадцатиперстной кишки поражает людей в наиболее активном, творческом возрасте, часто обусловливая временную, а порой и стойкую нетрудоспособность. Язвенная болезнь относится к наиболее распространенным заболеваниям пищеварительной системы.

Хронический гепатит

Хронически гепатит - полиэтилогическое восполительное заболевание печени, продолжающееся без улучшения не менее 6 месяцев. С морфологических позиции хронический гепатит рассматривается как диффузное восполительно-дистрофическое поражение печени, характеризующееся некрозами, гистиолимфоплазмоцитарной инфильтрацией. При хроническом гепатите возможно выраженное в большей или меньшей степени поражение паренхимы.

 **Глава 2. Исследовательская часть.**

**Раздел 2.1. Общее сведения о гастроэнтерологическом отделении**

**дневного пребывания МУЗ МСЧ «Ижмаш».**

Отделение работает с октября 2006 года.

* гастроэнтерологическое отделение организовано на 40 коек;
* врачебных должностей 3,25 занято 3,25;
* врачей 3 (высшей категории), зав. отделением 1;
* имеются 2 постовые медсестры, 2 процедурные, 1 старшая медсестра, 1 сестра-хозяйка, 1 санитарка;
* отделение работает в 2 смены: 1 смена – с 7 ч 30 мин до 13 ч,

 2 смена – с 12 ч до 18 ч;

* пациентов отделения при необходимости консультируют сотрудники кафедры «Внутренних болезней с курсами лучевых методов диагностики и лечения, военно-полевой терапии»;
* оснащенность лекарственными средствами приближается к 100%, а пациентам в большей мере доступны необходимые лабораторно-инструментальные методы исследования.

**Раздел 2.2. Распределение больных по диагнозам и возрастно-**

**половому составу по МУЗ МСЧ «Ижмаш» с 01.10.2006 г.**

**по01.11.2007 г. по гастроэнтерологическому отделению дневного**

**стационара**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Возрастной состав больных |
| Диагноз основной клинический | Всего больных | Дети до 18 лет | % детей  | 18-30 лет | 31-40 лет | 41-50 лет | 51–60 лет | 61-70 лет | Старше 70 лет | Взрослые  | % взрослых  |
| Хронический вирусный гепатит В |
| Муж.Жен. Всего  | 52126 | 000 | 000 | 011 | 246 | 134 | 189 | 145 | 011 | 52126 | 100100100 |
| Хронический вирусный гепатит С |
| Муж.Жен. Всего  | 314 | 000 | 000 | 000 | 101 | 011 | 101 | 000 | 101 | 314 | 100100100 |
| Злокачественное новообразование кардии |
| Муж.Жен. Всего | 437 | 000 | 000 | 000 | 000 | 202 | 134 | 101 | 000 | 437 | 100100100 |
| Злокачественное новообразование сигмовидной кишки |
| Муж.Жен. Всего | 202 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 101 | 101 | 202 | 1000100 |
| Злокачественное новообразование восходящей ободочной кишки |  |
| Муж.Жен.Всего | 101 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 101 | 000 | 000 | 101 | 1000100 |
| Злокачественное новообразование ректосигмоидного соединения |
| Муж.Жен.Всего | 101 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 101 | 000 | 101 | 1000100 |
| Злокачественное новообразование прямой кишки |
| Муж.Жен.Всего | 101 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 101 | 000 | 000 | 101 | 1000100 |

|  |
| --- |
| Злокачественное новообразование головки поджелудочной железы |
| Муж.Жен.Всего | 011 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 011 | 000 | 011 | 0100100 |
| Другие железодефицитные анемии |
| Муж.Жен.Всего | 066 | 000 | 000 | 022 | 000 | 044 | 000 | 000 | 000 | 066 | 0100100 |
| Железодефицитная анемия не уточнённая |
| Муж.Жен.Всего | 011 | 000 | 000 | 000 | 011 | 000 | 000 | 000 | 000 | 011 | 0100100 |
| Другие витамин-В12- дефицитные анемии |  |  |
| Муж.Жен.Всего | 101 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 101 | 000 | 101 | 1000100 |
| Другие мегалобластные анемии, не классифицируемые в других рубриках |
| Муж.Жен.Всего | 101 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 101 | 000 | 000 | 101 | 1000100 |
| Синдром Жильбера |
| Муж.Жен.Всего | 101 | 101 | 1000100 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 |
| Эзофагит |
| Муж.Жен.Всего | 202 | 000 | 000 | 101 | 000 | 000 | 101 | 000 | 000 | 202 | 1000100 |
| ГЭР с эзофагитом |
| Муж.Жен.Всего | 213 | 101 | 50033,33 | 000 | 000 | 011 | 101 | 000 | 000 | 112 | 5010066,67 |
| Язва пищевода |
| Муж.Жен.Всего | 123 | 000 | 000 | 011 | 000 | 112 | 000 | 000 | 000 | 123 | 100100100 |

|  |
| --- |
| Язва желудка хроническая без кровотечения или прободения |
| Муж.Жен.Всего | 211738 | 202 | 9,505,3 | 617 | 112 | 268 | 8513 | 235 | 112 | 201737 | 90,510094,7 |
| Язва двенадцатиперстной кишки хроническая без кровотечения или прободения |
| Муж.Жен.Всего | 12144165 | 10010 | 8,306 | 67774 | 16723 | 91221 | 151025 | 448 | 044 | 11144155 | 91,710094 |
| Язва двенадцатиперстной кишки не уточненная как острая или хроническая, без кровотечения или прободения  |
| Муж.Жен.Всего | 202 | 000 | 000 | 000 | 000 | 202 | 000 | 000 | 000 | 202 | 1000100 |
| Хронический атрофический гастрит |
| Муж.Жен.Всего | 12223 | 112 | 1004,58,7 | 011 | 000 | 055 | 099 | 055 | 011 | 02121 | 095,591,3 |
| Хронический гастрит не уточненный |
| Муж.Жен.Всего | 182240 | 167 | 5,627,317,5 | 11819 | 011 | 347 | 123 | 112 | 101 | 171633 | 94,472,782,5 |
| Другие гастриты |
| Муж.Жен.Всего | 22931 | 112 | 4,511,16,5 | 17320 | 202 | 112 | 134 | 011 | 000 | 21829 | 95,588,993,5 |
| Дуоденит |
| Муж.Жен.Всего | 311041 | 303 | 9,707,3 | 20323 | 224 | 022 | 527 | 112 | 000 | 281038 | 90,310092,7 |
| Гастродуоденит не уточненный |
| Муж.Жен.Всего | 11516 | 202 | 18,2012,5 | 729 | 123 | 000 | 112 | 000 | 000 | 9514 | 81,810087,5 |
| Болезнь Крона не уточненная |
| Муж.Жен.Всего | 011 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 011 | 000 | 000 | 011 | 0100100 |

|  |
| --- |
| Язвенный (хронический) энтероколит |
| Муж.Жен.Всего | 134 | 000 | 000 | 000 | 033 | 101 | 000 | 000 | 000 | 134 | 100100100 |
| Язвенный (хронический) ректосигмоидит |
| Муж.Жен.Всего | 145 | 000 | 000 | 000 | 022 | 123 | 000 | 000 | 000 | 145 | 100100100 |
| Другие язвенные колиты |
| Муж.Жен.Всего | 123 | 000 | 000 | 011 | 011 | 000 | 000 | 101 | 000 | 123 | 100100100 |
| Радиационный гастроэнтерит и колит |
| Муж.Жен.Всего | 6915 | 101 | 16.706,7 | 022 | 101 | 134 | 213 | 123 | 011 | 5914 | 83,310093,3 |
| Токсический гастроэнтерит и колит |
| Муж.Жен.Всего | 011 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 011 | 000 | 011 | 100100100 |
| Другие уточненные неинфекционные гастроэнтериты и колиты |
| Муж.Жен.Всего | 178 | 000 | 000 | 101 | 000 | 033 | 011 | 022 | 011 | 178 | 100100100 |
| Хронические сосудистые болезни |
| Муж.Жен.Всего | 189 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 112 | 033 | 044 | 189 | 100100100 |
| Дивертикулярная болезнь толстой кишки без прободения или абсцесса |
| Муж.Жен.Всего | 022 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 011 | 000 | 011 | 022 | 0100100 |
| Синдром раздраженного кишечника  |
| Муж.Жен.Всего | 022 | 000 | 000 | 011 | 000 | 011 | 000 | 000 | 000 | 022 | 0100100 |

|  |
| --- |
| Запор |
| Муж.Жен.Всего | 022 | 000 | 000 | 000 | 011 | 011 | 000 | 000 | 000 | 022 | 0100100 |
| Другие уточненные функциональные кишечные нарушения |
| Муж.Жен.Всего | 011 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 011 | 011 | 0100100 |
| Энтероптоз |
| Муж.Жен.Всего | 101 | 000 | 000 | 101 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 101 | 1000100 |
| Токсическое поражение печени, протекающее по типу хронического персистирующего гепатита |
| Муж.Жен.Всего | 336 | 000 | 000 | 101 | 000 | 235 | 000 | 000 | 000 | 336 | 100100100 |
| Токсическое поражение печени, протекающее по типу хронического активного гепатита |
| Муж.Жен.Всего | 12416 | 000 | 000 | 101 | 112 | 527 | 516 | 000 | 000 | 12416 | 100100100 |
| Хронический персистирующий гепатит, не классифицируемый в других рубриках |
| Муж.Жен.Всего | 253762 | 000 | 000 | 415 | 6511 | 5712 | 82028 | 134 | 112 | 253762 | 100100100 |
| Хронический активный гепатит, не классифицируемый в других рубриках |
| Муж.Жен.Всего | 141024 | 011 | 0104,2 | 123 | 303 | 246 | 718 | 112 | 011 | 14923 | 1009095,8 |
| Первичный билиарный цирроз |
| Муж.Жен.Всего | 3710 | 000 | 000 | 000 | 112 | 112 | 123 | 022 | 011 | 3710 | 100100100 |
| Другой и не уточненный цирроз печени |
| Муж.Жен.Всего | 14923 | 000 | 000 | 000 | 314 | 123 | 9211 | 124 | 022 | 14923 | 100100100 |

|  |
| --- |
| Жировая дегенерация печени  |
| Муж.Жен.Всего | 033 | 000 | 000 | 000 | 000 | 011 | 022 | 000 | 000 | 033 | 0100100 |
| Камни желчного пузыря без холецистита |
| Муж.Жен.Всего | 11112 | 011 | 098,3 | 000 | 000 | 112 | 066 | 022 | 011 | 11011 | 1009191,7 |
| Хронический холецистит |
| Муж.Жен.Всего | 34114148 | 101 | 301 | 81321 | 51722 | 41620 | 113546 | 51924 | 01414 | 33114147 | 9710099 |
| Хронический панкреатит алкогольной этиологии |
| Муж.Жен.Всего | 61824 | 000 | 000 | 011 | 011 | 112 | 4711 | 178 | 011 | 61824 | 100100100 |
| Другие хронические панкреатиты |
| Муж.Жен.Всего | 44198242 | 101 | 2,200.4 | 437 | 51318 | 83947 | 156479 | 34649 | 83341 | 43198241 | 97,810099,6 |
| Синдромы оперированного желудка |
| Муж.Жен.Всего | 729 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 404 | 314 | 011 | 729 | 100100100 |
| ПХЭС |
| Муж.Жен.Всего | 03939 | 000 | 000 | 011 | 011 | 055 | 01616 | 01010 | 066 | 03939 | 0100100 |
| Ангионевротический отёк |
| Муж.Жен.Всего | 011 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 011 | 000 | 011 | 0100100 |
| ИтогоМуж.Жен. | 1090426664 | 342410 | 3,15,62 | 20415054 | 1155065 | 18654132 | 309105204 | 15331122 | 891277 | 1056402654 | 96,994,490 |



Таким образом, проведя анализ распределения больных в отделении мы видим, что в общей структуре заболеваемости в гастроэнтерологическом отделении дневного пребывания преобладают женщины (664 против 426 мужчин). Но среди отдельных нозологических форм преобладают или мужчины, или женщины. Например, у мужчин больший процент заболеваемости злокачественными новообразованиями прямой кишки, язвенной болезни, гастритами, дуодениты. У женщин большой процент занимают хронический гепатит В, холециститы, камни желчного пузыря, панкреатиты, ПХЭС среди общего числа заболеваний, т. е. среди женского населения преобладают заболевания гепатобилиарной системы. Заболеваемость подростков (до 18 лет) в основном составляют язвенная болезнь 12-п.к. и гастриты. Среди населения молодого и среднего возраста (18-50 лет) основное место занимают гепатиты, язвенная болезнь, дуодениты, холециститы, панкреатиты. В пожилом возрасте чаще встречаются злокачественные новообразования органов желудочно-кишечного тракта, ПХЭС, камни желчного пузыря, хронические гепатиты, циррозы печени. Большой процент занимают хронические панкреатиты алкогольной этиологии, причем больше у женщин.

Наибольшая частота гастроэнтерологических заболеваний отмечается в

возрасте 51-60 лет.



**Раздел 2.3. Наиболее часто встречающиеся заболевания в**

**гастроэнтерологическом отделении дневного пребывания МУЗ**

**МСЧ «ИЖМАШ» за период с 01.10.2006г. по 01.11.2007г.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Диагноз основной клинический | С 01.10.06г. по 31.12.06г. | С 01.01.07г. по 01.11.07г. | Итого |
| Другие хронические панкреатиты | 65 | 177 | 242 |
| Хронический холецистит | 37 | 111 | 148 |
| Язва 12 п.к. без прободения или кровотечения | 56 | 109 | 165 |
| Хронические гепатиты | 29 | 109 | 138 |
| Гастриты | 24 | 70 | 94 |



Таким образом, общее количество больных с наиболее часто встречающимися заболеваниями составляет 797, что составляет 73,1% , а сумма всех остальных больных составляет 293 человека, что составляет 26,9% . Наибольшее количество больных, пролеченных в гастроэнтерологическом отделении, составляют хронические панкреатиты, что может быть связано с тем, что при всех гастроэнтерологических заболеваниях неизменно страдают другие органы ЖКТ . Так очень часто поджелудочная железа поражается при хронических холециститах, гастритах, число которых по сравнению с другими и так значительно больше. Вследствие этого заболеваемость панкреатитами заметно увеличивается. Среди больных в отделении больше женщин, поэтому и заболеваемость хроническими холециститами также высокая, т.к. заболевания гепатобилиарной системы больше у женщин из общей популяции больных. Язвенная болезнь 12-п.к. занимает 3 место в структуре заболеваемости и больше засчёт лиц мужского пола, что может быть связано с их образом жизни, работой, злоупотреблением спиртными напитками, курением.

**Раздел 2.4. Распределение больных по диагнозам и в соответствии с**

**продолжительностью лечения**

**Раздел 2.4.1. Распределение больных по диагнозам и в соответствии с продолжительностью лечения по МУЗ МСЧ «Ижмаш» с 01.10.2006г. по 31.12.2006г. по гастроэнтерологическому отделению дневного пребывания**

| Диагноз клинический основной | Пролечено больных | Проведено койко-дней | Средняя длительность лечения в стационаре | Число больных с | Сроки лечения по МЭС |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Сопутству-ющим диагнозом | Осложне-нием |
| Хронически вирусный гепатит В | 3 | 66 | 22 | 0 | 0 | 16 |
| Хронический вирусный гепатит С | 4 | 96 | 24 | 0 | 0 | 16 |
| Злокачественное новообразование кардии | 1 | 23 | 23 | 0 | 0 | 15 |
| Злокачественное новообразования сигмовидной кишки | 1 | 21 | 21 | 0 | 0 | 15 |
| Другие железодефицитные анемии | 1 | 17 | 17 | 0 | 0 | 16 |
| Другие мегалобластные анемии, не классифицируемые в других рубриках | 1 | 22 | 22 | 0 | 0 | 14 |
| Эзофагит | 1 | 4 | 4 | 0 | 0 | 14 |
| Язва пищевода | 3 | 64 | 21,3 | 0 | 0 | 14 |
| Язва желудка хроническая без кровотечения или прободения | 9 | 225 | 25 | 0 | 0 | 16 |
| Язва 12-и п.к. хроническая без прободения или кровотечения | 56 | 985 | 17,6 | 1 | 1 | 16 |
| Хронически атрофический гастрит | 1 | 15 | 15 | 0 | 0 | 12 |
| Хронический гастрит не уточненный | 2 | 22 | 11 | 1 | 0 | 12 |
| Другие гастриты | 21 | 251 | 12 | 0 | 0 | 12 |
| Дуоденит | 3 | 36 | 12 | 0 | 0 | 14 |
| Гастродуоденит не уточненный | 2 | 32 | 16 | 0 | 0 | 14 |
| Болезнь Крона не уточненная | 1 | 24 | 24 | 0 | 0 | 18 |
| Другие язвенные колиты | 1 | 11 | 11 | 0 | 0 | 18 |
| Радиационный гастроэнтерит и колит | 1 | 18 | 18 | 0 | 0 | 18 |
| Другие уточненные неинфекционные гастроэнтериты и колиты | 3 | 61 | 20,3 | 0 | 0 | 12 |
| Хронические сосудистые болезни | 2 | 32 | 16 | 0 | 0 | 18 |
| Хронический активный гепатит, не классифицируемый в других рубриках | 22 | 415 | 18,9 | 0 | 2 | 14 |
| Первичный билиарный цирроз | 9 | 191 | 21.2 | 0 | 0 | 20 |
| Другой и не уточненный цирроз печени | 1 | 43 | 43 | 0 | 0 | 20 |
| Камни желчного пузыря без холецистита | 10 | 161 | 16,1 | 0 | 2 | 7 |
| Хронический холецистит | 37 | 612 | 16,5 | 1 | 5 | 12 |
| Хронически панкреатит алкогольной этиологии | 7 | 132 | 18,9 | 0 | 0 | 20 |
| Другие хронические панкреатиты | 65 | 1249 | 19,2 | 2 | 0 | 20 |
| Синдромы оперированного желудка | 4 | 67 | 16,8 | 0 | 0 | 14 |
| Постхолецистэктомический синдром | 12 | 211 | 17,6 | 0 | 0 | 12 |

**Раздел 2.4.2. Распределение больных по диагнозам и в соответствии**

**с продолжительностью лечения по МУЗ МСЧ « Ижмаш» с**

**01.01.2007г. по 01.11.2007г. по гастроэнтерологическому отделению**

**дневного пребывания**

| Диагноз клинически основной | Пролечено больных всего | Проведено койко-дней | Средняя длительность лечения в стационаре | Число больных с  | Сроки лечения по МЭС |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Сопутству-ющим диагнозом | Осложне-нием |
| Хронически вирусный гепатит В | 23 | 415 | 18 | 0 | 0 | 16 |
| Злокачественное новообразование кардии | 6 | 117 | 19,5 | 0 | 0 | 15 |
| Злокачественное новообразование восходящей ободочной кишки | 1 | 20 | 20 | 0 | 0 | 15 |
| Злокачественное новообразование сигмовидной кишки | 1 | 23 | 23 | 0 | 1 | 15 |
| Злокачественное новообразование ректосигмоидного соединения  | 1 | 23 | 23 | 0 | 0 | 15 |
| Злокачественное новообразование прямой кишки | 1 | 28 | 28 | 1 | 0 | 15 |
| Злокачественное новообразование головки поджелудочной железы | 1 | 15 | 15 | 0 | 0 | 15 |
| Другие железодефицитные анемии | 5 | 103 | 20,6 | 0 | 0 | 16 |
| Железодефицитная анемия неуточненная | 1 | 15 | 15 | 1 | 0 | 16 |
| Другие витамин-В12-дефицитные анемии | 1 | 32 | 22 | 0 | 0 | 14 |
| Синдром Жильберта | 1 | 16 | 16 | 0 | 0 | 12 |
| Эзофагит | 1 | 16 | 16 | 0 | 0 | 14 |
| Гастроэзофагеальный рефлюкс с эзофагитом | 3 | 46 | 15,3 | 0 | 0 | 14 |
| Язва желудка хроническая без кровотечения или прободения | 29 | 502 | 17,3 | 0 | 0 | 16 |
| Язва 12 п.к. хроническая без прободения или кровотечения | 109 | 1674 | 15,4 | 4 | 0 | 16 |
| Язва 12 п.к. не уточнённая как острая или хроническая, без кровотечения или прободения | 2 | 46 | 23 | 1 | 0 | 16 |
| Хронически атрофический гастрит | 22 | 293 | 13,3 | 0 | 0 | 12 |
| Хронический гастрит не уточненный | 38 | 527 | 13,9 | 0 | 1 | 12 |
| Другие гастриты | 10 | 128 | 12,8 | 1 | 1 | 12 |
| Дуоденит | 38 | 557 | 14.7 | 0 | 0 | 14 |
| Гастродуоденит не уточненный | 14 | 176 | 12,6 | 0 | 0 | 14 |
| Язвенный (хронический) энтероколит | 4 | 78 | 19,5 | 0 | 0 | 18 |
| Язвенный (хронический) ректосигмоидит | 5 | 101 | 20,2 | 0 | 0 | 18 |
| Другие язвенные колиты | 2 | 48 | 24 | 0 | 0 | 18 |
| Радиационный гастроэнтерит и колит | 14 | 213 | 15,2 | 2 | 1 | 18 |
| Другие уточненные неинфекционные гастроэнтериты и колиты | 5 | 85 | 17 | 0 | 0 | 12 |
| Токсический гастроэнтерит и колит | 1 | 17 | 17 | 0 | 0 | 18 |
| Хронические сосудистые болезни | 7 | 118 | 16,9 | 0 | 0 | 18 |
| Дивертикулярная болезнь толстой кишки без прободения или абсцесса | 2 | 29 | 14,5 | 1 | 0 | 14 |
| Синдром раздраженного кишечника с диареей | 1 | 17 | 17 | 0 | 0 | 14 |
| Синдром раздраженного кишечника без диареи | 1 | 18 | 18 | 0 | 0 | 14 |
| Запор | 2 | 32 | 16 | 0 | 0 | 14 |
| Другие уточненные функциональные кишечные нарушения | 1 | 12 | 12 | 0 | 0 | 14 |
| Энтероптоз | 1 | 14 | 14 | 0 | 0 |  |
| Токсические поражения печени протекающие по типу хронического перстистирующего гепатита | 6 | 103 | 17,2 | 0 | 0 | 16 |
| Токсическое поражение печени, протекающее по типу хронического активного гепатита | 16 | 336 | 21 | 3 | 1 | 14 |
| Хронический персистирующий гепатит, не классифицированный в других рубриках | 62 | 1146 | 18,5 | 3 | 0 | 16 |
| Хронический активный гепатит, не классифицированный в других рубриках | 2 | 40 | 20 | 0 | 0 | 14 |
| Первичный билиарный цирроз | 1 | 22 | 22 | 0 | 0 | 20 |
| Билиарный цирроз не уточненный | 1 | 23 | 23 | 0 | 0 | 20 |
| Другой и не уточненный цирроз печени | 21 | 419 | 20 | 1 | 0 | 20 |
| Жировая дегенерация печени, не классифицированная в других рубриках | 3 | 50 | 16,7 | 0 | 0 | 16 |
| Камни желчного пузыря без холецистита | 2 | 32 | 16 | 1 | 0 | 7 |
| Хронический холецистит | 111 | 1551 | 14 | 7 | 6 | 12 |
| Хронически панкреатит алкогольной этиологии | 17 | 324 | 19,1 | 1 | 2 | 20 |
| Другие хронические панкреатиты | 177 | 3306 | 18,7 | 7 | 5 | 20 |
| Синдромы оперированного желудка | 5 | 84 | 16,8 | 1 | 1 | 14 |
| Постхолецистэктомический синдром | 27 | 422 | 15.6 | 1 | 1 | 12 |

По результатам проведённого анализа распределения больных по диагнозам в соответствии с продолжительностью их лечения мы видим, что средняя длительность лечения в стационаре по некоторым нозологическим формам превышает сроки лечения больных по МЭС. Например, средняя длительность лечения цирроза печени составила 43 дня, а по МЭС должна быть 20 дней. Это может быть связано с тем, что гастроэнтерологические больные имеют ещё сопутствующие заболевания, осложнения основного заболевания, сложность в коррекции лечения, что удлиняет сроки пребывания их в стационаре. Например, у больных с хроническими холециститами среди 37 больных 1 имел сопутствующее заболевание, 5 имели осложнения. Также сроки лечения повышаются в связи с тем, что больные в отделение поступают недообследованные. В результате затрачивается дополнительное время на диагностические исследования, не все из которых проводятся в день поступления больного в стационар, а по записи, в порядке очередности, т.к. диагностическое отделение не может полностью справиться с большим потоком больных. Средняя длительность лечения больных злокачественными заболеваниями прямой кишки составила 28 дней (по МЭС 15), т.к. требуется время на постановку диагноза с проведением диагностических манипуляций.

Сокрощение сроков лечения может быть связано как с диагностической целью госпитализации, так и с необоснованной госпитализацией или переводом больных в другое отделение.

Большее количество койко-дней проведенных больными в стационаре приходится на заболевания, встречаемость которых среди нозологических форм наибольшая. Например, количество больных хроническими панкреатитами 177 человек, а число их койко-дней составляет 3306. Такая тенденция прослеживается и за 2006г. и за 2007г.

**ВЫВОДЫ**

1. Гастроэнтерологический стационар дневного пребывания на базе МУЗ МСЧ «ИЖМАШ» обслуживает большой контингент населения. Среди них часто встречаются больные со среднетяжелыми и тяжелыми формами заболеваний органов ЖКТ, необоснованно госпитализируемые в стационар дневного пребывания. Чаще болеют люди пожилого возраста (% больных после 50 лет составляет 51). Учитывая эти данные, существует необходимость в расширении стационара засчет дополнительных коек круглосуточного пребывания, т.к. в функции дневного стационара не входит лечение тяжелых и среднетяжелых форм заболевания. Считаю необходимым иметь круглосуточный стационар на 15-20 коек.
2. Стационар оснащен лекарственными средствами на 100%, укомплектованность медицинскими штатами полная, пациентам проводятся все необходимые лабораторно-инструментальные исследования, а также, по необходимости, консультации сотрудниками кафедры «Внутренних болезней с курсами лучевых методов диагностики и лечения, ВПТ».
3. В общей структуре заболеваемости стационара преобладает женское население, чаще с патологией гепаеобилиарной системы. Мужчины чаще страдают язвенной болезнью и гастродуоденитами. Большой процент больных занимают люди пожилого возраста, у которых чаще встречаются злокачественные новообразования органов ЖКТ, ПХЭС, камни желчного пузыря, хронические гепатиты, циррозы печени.
4. Наиболее часто встречающимися заболеваниями являются хронические панкреатиты, хронические холециститы, язвенная болезнь 12 – п.к., гастриты и гепатиты. В структуре общей заболеваемости они составляют 73.1%, лидируют среди них панкреатиты, преимущественно алкогольной этиологии.
5. Средняя длительность лечения в стационаре по некоторым формам превышает сроки лечения по больных по МЭС. Это может быть связано с тем, что больные гастроэнтерологическими заболеваниями имеют сопутствующие заболевания, осложнения основного или сложность коррекции лечения, что удлиняет сроки пребывания их в стационаре. Также сроки пребывания увеличиваются в связи с тем, что больные поступают в отделение недообследованные из поликлиники. В результате этого затрачивается дополнительное время на диагностические исследования. Сокращение сроков лечения может быть связано как с диагностической целью госпитализации, так и с необоснованной госпитализацией (некоторым больным изначально требуется хирургическое лечение, а не госпитализация в дневной стационар, например при ЖКБ).

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Cтационар дневного пребывания по профилю гастроэнтерология МСЧ «Ижмаш» имеет ряд преимуществ как стационар дневного пребывания перед круглосуточным стационарами:

* наличие свободного режима, приближенного к амбулаторным условиям;
* возможность находиться в кругу семьи, с детьми;
* наличие свободного режима питания;
* возможность пользоваться домашней бытовой техникой;
* хорошие санитарно-гигиенические домашние условия;
* возможность сочетать лечение с работой.

В гастроэнтерологическом отделении МУЗ МСЧ «ИЖМАШ» работают врачи высшей категории. Отделение работает в две смены, но большая нагрузка приходится на 1 смену, т.к. большинство диагностических и лечебных процедур приходится в первую половину дня. Имеется возможность консультации пациентов сотрудниками кафедры «Внутренних болезней с курсами лучевых методов диагностики и лечения, ВПТ» по сложным и сомнительным случаям заболеваний. Летальность по отделению 0%.

Лечение пациентов в условиях дневного стационара позволяет под наблюдением врача подобрать пациенту адекватную терапию, выработать приверженность пациента подобранным медикаментам, проследить за появлением аллергических реакций или иных форм лекарственной непереносимости. Пребывание в дневном стационаре позволяет пациенту совмещать лечение с работой или учебой, а в вечернее и ночное время находиться дома, что положительно отражается на их психологическом состоянии и качестве жизни.

В условиях дневного стационара активно внедряются в практику новые фармакологические препараты. Основная задача, которую ставит перед собой врач - это улучшение качества жизни пациента. В условиях дневного стационара с пациентом постоянно проводится санитарно-просветительная работа по здоровому образу жизни, борьбе с вредными привычками, принципам рационального питания. Пациенты обеспечиваются информацией по диете, дополнительной литературой и проспектами по лекарственным препаратам, фитотерапии.

# Практические рекомендации

1. Основной структурной единицей гастроэнтерологической помощи в регионе может быть специализированный центр (окружной, межрайонный), в котором использованы технологии стационарозамещения.
2. Структура гастроэнтерологического центра должна состоять из нескольких функциональных подразделений: амбулаторное звено, дневной стационар, круглосуточный стационар, диагностическая служба (лабораторная, инструментальная и функциональная диагностика).
3. Учитывая низкую эффективность работы терапевтов в лечении больных гастроэнтерологического профиля целесообразно расширить сеть гастроэнтерологических кабинетов, подготовить специалистов для этих служб.
4. Улучшить работу поликлинического звена по вопросам гастроэнтерологии, т.к. число необоснованных госпитализаций остается на высоком уровне (несоответствие степени тяжести, недообследованность больных на предыдущем этапе).

**Список литературы.**

1. Черногорова М.В, Белоусова Е.А., Семенов В.Ю Практическая гастроэнтерология в России: становление, развитие, перспективы // Проблемы управления здравоохранением, 2006, № 3. С. 27-32.
2. Ковтун С.И., Белоусова Е.А., Семенов В.Ю Оценка качества амбулаторной помощи больным язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в Московской области// Проблемы управления здравоохранением, 2006, № 4. С.31-36.
3. Андриевская К.А., Оценка качества ведения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в поликлинике, Клиническая медицина, 2006, № 12. С. 54-57.
4. Корнейчик Р.В., Семенов В. Ю. Качество амбулаторной помощи больным язвенной болезнью желудка в Московской области, Бюллетень Нац. НИИ общ. здоровья, 2006, выпуск № 3. С. 153-154.
5. Минин Е.А., Белоусова Е.А., Клинико-экономический анализ амбулаторной помощи больным гастроэнтерологического профиля //Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии, № 5, 2006, Прилож. № 28 Материалы двенадцатой Российской гастроэнтерологической недели. С. 154.
6. Таланов С.К., Семенов В.Ю. Клинико-экономический анализ специализированной помощи больным синдромом раздраженного кишечника //Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии, № 5, 2006, Прилож. № 28 Материалы двенадцатой Российской Гастроэнтерологической недели. С. 154.
7. Фадеев М.И., Савинков М.И. Клинико-экономический анализ стационарной помощи больным синдромом раздраженного кишечника // Материалы 1-го национального конгресса терапевтов, 2006. С. 233.
8. Черногорова М.В., Белоусова Е.А., Семенов В.Ю. Клинико-экономический анализ качества стационарной помощи больным язвенной болезнью // Материалы 1-го национального конгресса терапевтов, 2006. С. 232.
9. Чрепанов Г.И. Клинико-экономический анализ качества медицинской помощи больным хроническим панкреатитом в поликлинике// Материалы 1-го национального конгресса терапевтов, 2006, С. 233.
10. Марченко Р.Б., Васильев А.А. Клинико-экономический анализ и оценка эффективности лечения больных синдромом раздраженного кишечника в поликлинике // Фарматека, 2006, № 12. С. 72-77.,
11. Никтин И.Г., Сторожаков Р.И. Хронически гепатит С актуальные вопросы диагностики и лечения.
12. Витер Н.В. Медицинская и социально-экономическая эффективность лечения больных хроническими гастритами в условиях стационара дневного пребывания 2006г.
13. Руководство по гастроэнтерологии. Под редакцией Ф.И. Комарова и А.Л. Гребеневой.
14. Труды ИГМА 2005г.
15. Труды ИГМА 2003г.
16. Галеев М.А. Желчно-каменная болезнь и холецистит. – Уфа, 1997г.
17. Я.С. Циммерман Очерки клинической гастроэнтерологии. 1992г.
18. Степанов В.В. Организация работы дневного стационара: сб. док., Москва, 2001г.
19. Приказ МЗ УР №325 от 22.12.2000г. «Об организации лечения больных в стационарозамещающих подразделениях лечебно-профилактических учереждениях».

**Рецензия**

на дипломную работу клинического интерна Даниловой Ф. М. «Анализ работы гастроэнтерологического стационара дневногопребывания МУЗ МСЧ «ИЖМАШ».

Дипломная работа Даниловой Ф. М выполнена и написана в соответствии с предъявляемыми требованиями. Обзор литературы включает в себя современные источники и нормативные документы по организации стационара дневного пребывания.

Поставленные автором задачи соответствуют поставленной автором цели работы. Работа является актуальной и имеет научную новизну. Данные собственных исследований представлены в виде текста, таблиц и диаграмм. Результаты исследования проанализированы, сравнены с литературными данными и нормативами МЭС. Обсуждение результатов лаконично изложено в заключении. Выводы соответствуют полученным результатам исследования. Автором также сформулированы практические рекомендации, отражающие собственные представления по улучшению организации оказания специализированной помощи больным гастроэнтерологического профиля.

Дипломная работа оформлена по требованиям и практическую направленность.

Работа оценена на

15.01.08.

Руководитель, ассистент

кафедры Зверева Р. А.