

Э.Г. Пихлак

С К А Л

альтернатива
традиционному
стационару

СК

Эдуард Георгиевич Пихлак СКАЛ – альтернатива традиционному стационару

Текст предоставлен правообладателем

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=23737565

СКАЛ – альтернатива традиционному стационару / Пихлак Э.Г.:

Спорт и Культура; Москва; 2017

ISBN 978-5-901682-78-4

Аннотация

Система специализированного курсового амбулаторного лечения (СКАЛ) обеспечивает полное стационарозамещение. Она разработана автором настоящей монографии, лауреатом премии Академии медицинских наук СССР, профессором Э.Г. Пихлаком – основателем первого центра СКАЛ и его постоянным руководителем в течении 30 лет. Здесь детально изложены объективные предпосылки для создания системы СКАЛ и ее основные принципы. Подробно описаны принципиальные структурно-функциональные особенности центров СКАЛ и результаты работы первого учреждения подобного типа. Широко представлены многочисленные мнения весьма авторитетных организаторов здравоохранения, ученых и практиков здравоохранения, а также копии официальных документов о высокой медицинской и экономической

эффективности системы СКАЛ и ее универсальности. Создание соответствующих центров малозатратно и практически сразу окупается. Система объективно полностью готова к широкому внедрению в стране и рекомендована для этого Минздравом России. Подобный подход особенно актуален сейчас, в связи с его реальной антикризисной направленностью. Весьма ценно, что указанная монография заканчивается конкретными предложениями по нормативным документам о центрах СКАЛ и детальным проектом Программы внедрения СКАЛ в России на 2009–2013 гг.

Содержание

Предисловие	5
Введение	8
Раздел 1	11
1.1. Нерациональность использования стационаров	11
1.2. Поиски путей расширения масштабов и совершенствования высококачественной медицинской помощи	16
Раздел 2	20
Конец ознакомительного фрагмента.	26

Эдуард Пихлак

СКАЛ – альтернатива традиционному стационару

*Светлой памяти незабвенного друга, жены –
Ирины Максимовны Волковой посвящается.*

Предисловие

СКАЛ – это специализированное, курсовое, амбулаторное лечение.

Задействованный здесь стационарный фрагмент необходим для незначительной части больных и является очень коротким (до 5–6 дней при общей длительности курирования 45–60 дней). Поэтому для краткости терминологии можно опустить уточнение «преимущественно» перед словом «амбулаторное».

СКАЛ – это вид медицинской помощи для мобильных пациентов, осуществляющий полное стационарозамещение, т. е. способный **заменить для многих больных различного профиля проводимое им в настоящее время стационарное специализированное (а тем более – неспециализированное)**

лечение.

СКАЛ – это основа системы, которую реализуют специально приспособленные структуры – центры или больницы СКАЛ, где амбулаторный блок является основным, небольшой стационарный – вспомогательным, а единый лечебно-диагностический – оснащён на уровне специализированного госпиталя. Обычно они создаются в средних и больших городах путем **преобразования** части существующих стационаров.

СКАЛ – это новый, сугубо организационный подход к оказанию высококачественной специализированной помощи, **не требующий** сколько-нибудь существенных инвестиций и уже доказавший свою высокую медицинскую и экономическую эффективность, а также универсальность на примере 7 центров СКАЛ различного профиля, функционирующих более 12 лет. Только в Московском артрологическом центре уже получили соответствующее лечение более 250 000 пациентов.

СКАЛ – это отечественная инновация, которая успешно разрабатывалась и активно внедрялась в течение первых 16 лет (1976-91 гг.), а в последние годы фактически заморожена, в основном, вследствие некомпетентности и равнодушия.

СКАЛ – это то, что было и остается предельно актуальным для здравоохранения, полностью подготовлено к практическому использованию и требует немедленного широкого внедрения.

Особенно – в период кризиса.

Введение

До настоящего времени дорогостоящий и нередко дефицитный коечный фонд больниц используется далеко не рационально. Закономерны поэтому поиски новых организационных форм, направленных, в конечном счете, на эффективную эксплуатацию потенциала стационаров и повышение уровня внебольничной помощи.

Одним из направлений соответствующих исследований явилась разработка в 1974-77 гг. концептуальной модели 100 %-стационарозамещения – системы *специализированного, курсового, амбулаторного лечения (СКАЛ)*, осуществлённая Э.Г. Пихлаком в Объединении «Болезни суставов» 1-го Московского медицинского института. В 1977-81 гг. эта идея была реализована в специально созданном опытном Московском городском артрологическом центре (МГАЦ), где в последующий период, вплоть до 1985 г., шлифовались отдельные аспекты технологии СКАЛ. В результате сформировался окончательный вариант реального центра СКАЛ (на модели заболеваний суставов). Серьёзная экспертиза, осуществлённая целым рядом НИИ, в том числе в рамках специальной комиссии Минздрава СССР, отметила высокую медицинскую и экономическую эффективность работы Опытного артрологического центра, что было подтверждено Коллегией Минздрава СССР (1982 г.) и Всесоюзным ра-

бочим совещанием по системе СКАЛ в Минздраве СССР (1985 г.). Стало очевидным, что подобная структура является базисной моделью для организации сети центров СКАЛ различных мощностей и профилей.

В качестве идеального (и вместе с тем реального) образца системы СКАЛ опытный Московский артрологический центр функционировал 12 лет (1981-92 гг.). В последние годы он испытывает значительные трудности ввиду сложности периода перестройки в России (проблемы финансирования, организационно-хозяйственные аспекты и др.). В связи с необходимостью адаптации к новым условиям Центр был вынужден несколько изменить отдельные структурно-функциональные особенности своей работы. Однако все тяжёлые годы Центр продолжает активную работу в основном направлении. Это ещё раз подтвердило актуальность и востребованность системы СКАЛ в здравоохранении.

В настоящее время, в связи с определенным улучшением ситуации в России (даже с учетом нынешнего, мирового кризиса), значительным повышением внимания общества к проблемам здравоохранения, появились обоснованные надежды на активное внедрение системы СКАЛ в стране, необходимость которого была постулирована в приказе Минздрава России № 223 от 28.07.1997 года.

Этой цели посвящена и настоящая работа. Естественно, детально знакомя читателя с особенностями системы СКАЛ, мы представляем материалы, касающиеся в основном перио-

да работы Московского артрологического центра в нормальных условиях.

Раздел 1

Обоснование разработки системы СКАЛ

1.1. Нерациональность использования стационаров

Среди проблем, тормозящих дальнейшее развитие лечебного дела в стране, существенное место занимают трудности в обеспечении населения стационарной помощью и неполноценность амбулаторной. Типична в этом смысле ситуация, сложившаяся с заболеваниями суставов. Патология весьма распространена (около 32 % взрослого населения). Причем, приблизительно 11 % нуждается в стационарном лечении.

Между тем:

1) указанные контингенты далеко не в полной мере обеспечены специализированным коечным фондом; 2) пациенты нередко попадают в больницу малообследованными, в результате часть времени теряется на диагностические процедуры, которые должны были проводиться в условиях обычной поликлиники; 3) большинство других исследований выполняется в стационаре, по существу, лишь в связи с устано-

вившейся традицией (анализ синовиальной жидкости, тепловизионное обследование и т. д.). И только незначительная (в среднем) часть времени тратится на тесты, которые требуют в обязательном порядке госпитальных условий.

Подобная же ситуация имеет место и с лечебными процедурами, но положение здесь, по сравнению с организацией диагностических обследований, усугубляется дополнительными факторами. Так, хроническая патология вообще и суставная в частности требуют длительного применения многих, особенно базисных, препаратов. Однако при сравнительно непродолжительном пребывании пациента в стационаре не представляется возможным оценить в достаточной мере как эффективность, так и переносимость лекарственных средств.

Нередко уже после выписки больного становится очевидным, что препарат малоэффективен или плохо переносим. В подобных случаях соответствующую терапию отменяют, и больной – в аспекте лечения – «возвращается на круги своя». В других случаях в стационаре назначают активное лечение препаратами, доза которых (обычно уже после выписки) должна быть снижена, а этому нередко может сопутствовать значительное ухудшение состояния больного (что имеет место, в частности, при снижении дозы кортикостероидов и их отмене). Иногда создается впечатление, что больного выписали из стационара именно тогда, когда его надо было госпитализировать.

Еще одно обстоятельство, имеющее немаловажное значение при лечении больных в стационаре: пребывание здесь оказывается для многих дискомфортным в связи с целым комплексом причин (психологическая адаптация к другим пациентам, оторванность от дома и т. д.). Все это иногда существенно влияет на эффективность проводимой терапии.

В последние годы получил довольно широкое распространение негативный социальный феномен: боязнь потерять работу в связи с госпитализацией. В результате от нее либо отказываются, либо используют далеко не оптимальным образом (стрессовый фон и т. д.).

Наш 40-летний опыт ведения артрологических больных в стационарах и амбулаторных условиях показывает, что приблизительно 70 % их сохраняет сравнительно постоянно мобильность и может получать необходимое специализированное лечение в амбулаторных условиях¹. Лишь небольшая часть их иногда нуждается в госпитализации (обычно кратковременной) – в связи с аллергическими заболеваниями, резким обострением, лишающим мобильности, и т. д.

Вместе с тем, начальное всестороннее обследование таких больных вне стационара на практике оказывается нередко весьма затруднительным: не только в связи с отсутствием надлежащих специалистов, но в виду ограниченных лабораторно-инструментальных возможностей территориаль-

¹ По данным Н.А. Шестаковой, аналогичная ситуация имеет место у 40 % больных с различной патологией.

ных поликлиник (отсутствие тепловидения, артроскопии и, нередко, внутрисуставного пунктирования и т. д.).

Похожая ситуация складывается и с лечением больных: одни процедуры оказываются в практических условиях, как правило, неосуществимыми (внутрисуставные введения, трудотерапия и т. д.), в других случаях они хотя и не являются экстраординарными, но часто дефицитны (ЛФК, массаж и др.).

Но если больной не получает необходимой помощи в поликлинике, он направляется в стационар (рис. 1).

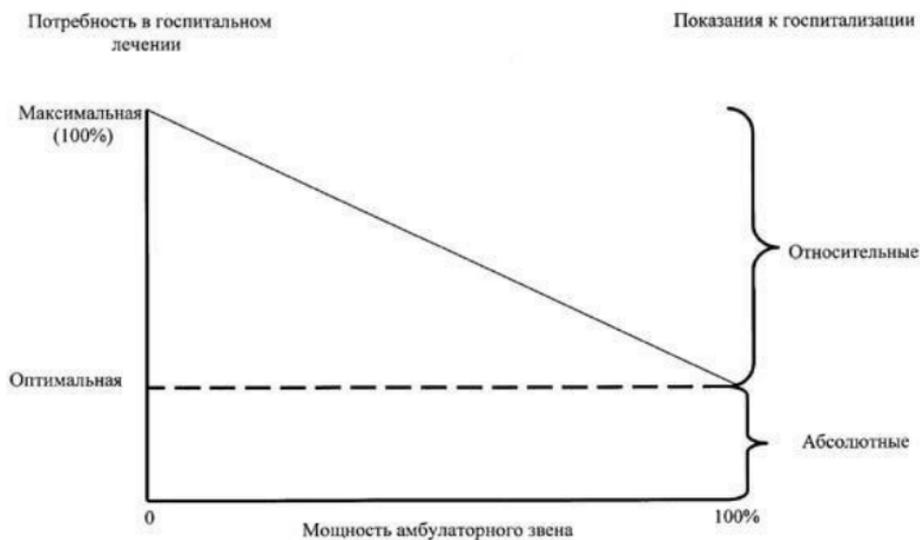


Рис. 1. Влияние мощности амбулаторного звена на потребность в коечном фонде.

И чем хуже функционирует амбулаторный уровень, тем чаще осуществляется госпитализация. Отсюда и непомерное расширение показаний к стационарному лечению, на которое постоянно сетуют организаторы здравоохранения. Аналогичное положение сложилось и со многими другими заболеваниями.

1.2. Поиски путей расширения масштабов и совершенствования высококачественной медицинской помощи

В свете изложенного представляются закономерными попытки создания новых организационных форм, направленных, в конечном счете, на эффективную эксплуатацию коечного фонда и повышение уровня внебольничной помощи.

Речь идет, в частности, об обязательном проведении и расширении объема достационарного диагностического обследования больных, подлежащих плановой госпитализации; о возможности использования при этом методик, ранее применявшихся лишь в стационарах (Н.А. Лопаткин и др.); об организации специализированных консультативно-диагностических центров при больницах; о значительном возрастании номенклатуры и сложности лечебных процедур, осуществляемых, вопреки традиционным представлениям, в амбулаторных, а не в госпитальных условиях (М.М. Краснов, Г.А. Илизаров и др.); об организации так называемых «дневных стационаров», «отделений дневного пребывания», а также «стационаров на дому», в т. ч. с использованием медицинского транспорта для доставки больных на отдельные процедуры в поликлинику (Н.А. Шестакова). Имеются пред-

ложения по расширению медицинской помощи в домах для престарелых и т. д.

Нельзя не упомянуть и о практике размещения нетяжелых пациентов в гостиницах, пансионатах и т. п. при больницах, что позволяет проводить значительную лечебно-диагностическую работу в поликлинических условиях. Все это не только сокращает сроки госпитализации, но и нередко делает ее вообще ненужной.

Интенсификация использования коечного фонда достигается целым рядом мер. Здесь и открытие новых специализированных отделений, где повышение качества лечения обычно сочетается с сокращением его продолжительности. Здесь и уплотнение графика диагностического обследования, и осуществление прерывистой госпитализации, и дифференцированный подход к организации лечения тяжелых и легких больных (развертывание отделений реанимации, интенсивной терапии и долечивания, стационаров «одного дня», а также больниц и отделений гостиничного типа с минимальным использованием среднего и младшего персонала). Здесь и повышение пропускной способности стационаров посредством ликвидации «узких мест» в обеспечении диагностическими, лечебными процедурами (С.Н. Федоров).

Сокращению сроков госпитализации и рациональному использованию коечного фонда способствуют меры по обеспечению более тесной преемственности между поликлини-

кой и стационаром. В этих целях проводится прикрепление территориальных поликлиник к определенным специализированным стационарам. Шире осуществляется в послегоспитальном периоде восстановительное амбулаторное лечение. Организуются объединения, куда входят больница и реабилитационная поликлиника (Н.А. Шестакова).

Под руководством проф. С.Н. Федорова была реализована система непрерывного «сквозного» наблюдения каждого больного одной и той же специализированной бригадой врачей на основных этапах лечебно-диагностического процесса: в офтальмологической поликлинике, затем в соответствующем стационаре и снова в той же поликлинике.

В целом приведенные выше данные свидетельствуют о том, что в ряде учреждений научного и практического здравоохранения накоплен опыт по использованию **отдельных** организационных форм, способствующих эффективной эксплуатации коечного фонда и повышению уровня внебольничной помощи. Значительно реже подобные организационные подходы реализуются в том или ином **ограниченном сочетании**. **И** лишь в редких учреждениях (как правило, научных, хирургического профиля) они применяются в **относительно широком наборе** (Г.А. Илизаров, Н.А. Лопаткин, М.М. Краснов, С.Н. Федоров).

Логика дальнейшего развития этого опыта требует не только его активного наращивания по ассортименту различных усовершенствований подобного рода, но и ставит в по-

вестку дня вопрос о переводе соответствующих «количественных» элементов в новое качество – создание целостной, достаточно универсальной **системы** лечебно-диагностических мероприятий, в рамках которой, преимущественно в амбулаторных условиях (в сочетании, при необходимости, с кратковременным интенсивным использованием коечного фонда), оказывалась бы медицинская помощь, по своему уровню не уступающая традиционной стационарной.

Как уже отмечалось, концептуальная модель подобной системы была разработана Э.Г. Пихлаком в 1974-77 гг. и реализована в 1977—81 гг. в опытном Московском артрологическом центре, созданном по нашей инициативе и по приказу Минздрава СССР и Главного управления здравоохранения Москвы.

Раздел 2

Основные принципы системы СКАЛ

Существо указанной **системы** заключается в том, что она обеспечивает **СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЕ, КУРСОВОЕ, преимущественно АМБУЛАТОРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ (СКАЛ)** осуществляемое на уровне современного профилированного стационара.

Другими словами, речь идет о 100 %-ном стационарозамещении. Специализированность медицинской помощи является при этом основной гарантией высокого качества лечения. Что же касается его курсового характера, то ограничение временными рамками (в отличии от диспансерного ведения) определяется тем, что СКАЛ является эквивалентом обычного стационарного лечения. Там и там медицинская помощь оказывается значительным и постоянно меняющимся контингентом больных.

При этом предусматривается соблюдение следующих основных принципов:

1. Система СКАЛ рассчитана на лечение **мобильных больных**.
2. Она более адаптирована для **средних и больших го-**

родов как в связи с их обеспеченностью развитой структурой специализированной помощи, так и ввиду наличия достаточно большого количества населения (хотя использование гостиниц позволяет оказывать помощь и приезжим больным).

3. Центр СКАЛ представляет собой **амбулаторно-стационарный** комплекс с единым лечебно-диагностическим блоком, оснащенный на уровне современной больницы. Амбулаторный сектор выступает как **ведущий** и является *эквивалентом обычного стационара*. Стационар же Центра играет в системе СКАЛ вспомогательную роль, выполняя в основном функции *отделения интенсивной терапии*. Амбулатория и стационар здесь органически связаны, и госпитализация рассматривается лишь как фрагмент проводимого курса лечения.

4. Курирование в центре СКАЛ является более **продолжительным**, чем в обычном стационаре, и равняется в среднем **1,5–2 месяцам**.

5. Пациенты посещают Центр во **внерабочее** время. Больничный лист выдается только при госпитализации в Центр, или при временной нетрудоспособности в связи с патологией суставов.

6. В течение всего курса лечения контроль за его проведением осуществляет один и тот же ведущий врач из амбулаторного сектора.

7. Средняя частота врачебных консультаций – **1 раз в 8–9**

дней, лечебно-диагностических процедур – по необходимости (небольшая часть последних может осуществляться вне Центра СКАЛ под его контролем).

8. Главной задачей стационара является интенсивное проведение мероприятий, позволяющих больному максимально быстро возобновить амбулаторное лечение в Центре.

9. При временной потере мобильности, или в ситуациях, безусловно требующих госпитализации и связанных со специализацией центра СКАЛ, курируемые больные немедленно помещаются в его стационарное отделение. Так же поступают и при затянувшейся временной нетрудоспособности (по основному профилю) – для проведения интенсивного лечения.

10. После окончания курса лечения в центре СКАЛ больной возвращается под наблюдение территориальной поликлиники (как и после обычного стационара).

Изложенные принципы нуждаются в некоторых дополнительных разъяснениях. Так, в качестве мобильного понимается больной, который в состоянии самостоятельно и регулярно (иногда – часто) посещать центр СКАЛ, пользуясь обычным городским транспортом (за исключением периода обострения). Именно поэтому система СКАЛ более приспособлена для населенных пунктов с развитой транспортной инфраструктурой (однако, следует отметить, что понятие «мобильности» больного – применительно к посещению

ям центров СКАЛ, заметно расширилось в последнее время в связи с увеличением объемов личного автотранспорта).

Возможность оказания в центре СКАЛ медицинской помощи на самом высоком («стационарном») уровне обосновывается: а) как уже указывалось, обеспечением ее специализированного характера; б) применением в амбулаторных условиях подавляющего большинства необходимых лечебно-диагностических методов (многие из которых используются сейчас лишь в больничных условиях; в) доступностью немедленного использования стационара, когда это является обязательным; г) целевым материально-техническим (прежде всего – медикаментозным) снабжением; д) более продолжительным, чем в обычном стационаре, курсом курирования, когда имеется достаточно времени для оценки эффективности и переносимости методов лечения «замедленного действия», для замены одних длительно применяемых препаратов на другие; е) наличием одного постоянного лечащего врача у больного и возможностью их контакта так часто, как это необходимо; ж) органической связью стационара и амбулатории, определяющей реальную преемственность в лечении (чему способствует и единая история болезни), и т. д.

Продолжительность курирования больного в центре СКАЛ является дифференцированной и зависит от тяжести заболевания, а также эффективности и переносимости терапии. Поскольку фактор времени не оказывает здесь столь

значительного прессинга как в обычном стационаре, завершение лечения в центре СКАЛ определяется моментом выздоровления, или (при торпидных формах хронической патологии) возникновением стойкого улучшения, которое, как максимум, должно стабилизироваться небольшими дозами хорошо переносимой и рассчитанной на длительный срок поддерживающей терапии. Такой подход означает, по существу, шаг в направлении создания «системы контроля за качеством» в лечебном деле.

Возможность посещения центра в нерабочее время обеспечивается его двухсменной работой по пяти-шестидневному графику.

В период курсового лечения временная нетрудоспособность по профилю центра СКАЛ должна определяться только им. При этом соответствующие больные подлежат интенсивному лечению в Центре: в его стационаре – при утере мобильности, или в амбулаторных условиях – при её сохранении. В последнем случае при сроке нетрудоспособности, превышающем 14 дней, больной помещается также в стационар.

Частота плановых консультаций ведущего врача зависит от тяжести заболевания и особенностей лечебно-диагностического процесса. В случае необходимости, больной имеет возможность активно обратиться к своему куратору (непосредственно или по телефону). Если проведение отдельных лечебных процедур (массаж, ЛФК, физиотерапия и др.) бо-

лее удобно для пациента вне центра СКАЛ (в территориальной поликлинике, медсанчасти и т. д.), они могут проводиться подобным образом, но их назначение осуществляется, а выполнение регистрируется сотрудниками Центра в его истории болезни.

При госпитализации больного в центре СКАЛ ведущий врач четко формулирует соответствующие показания (потеря мобильности, проведение особо сложной диагностической и лечебной процедуры; обострение патологического процесса, требующее постельного режима или интенсивной терапии; затянувшаяся временная нетрудоспособность, обуславливающая необходимость госпитального наблюдения и активизации лечения).

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.