

## ПЛАНОВАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП КАК ОСНОВА ЭФФЕКТИВНОЙ РАБОТЫ СТАЦИОНАРА

Краевой С. А.<sup>1</sup>, Фесенко В. В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Департамента здравоохранения ОАО «РЖД» (107174, г. Москва, ул. Каланчёвская, д.35., [kraevoysa@center.rzd.ru](mailto:kraevoysa@center.rzd.ru))

<sup>2</sup>Белгородский государственный университет (308015, г. Белгород, ул. Победы, 85, [fesenko@bsu.edu.ru](mailto:fesenko@bsu.edu.ru))

---

В настоящее время в системе здравоохранения ОАО «РЖД» сделан крен на оказание медицинской помощи работающим железнодорожникам, имеющим, как правило, устойчивый уровень здоровья, позволяющей им работать в условиях профвредностей, повышенной опасности и напряженности. Это обуславливает повышенные требования к сохранности их здоровья, профессиональной пригодности, продления их трудоспособности. В этой связи возникла объективная необходимость более тщательного отбора на госпитализацию пациентов, включая и реабилитацию хронических больных и диспансерной группы работающих железнодорожников. Учет прежде всего проблемы пациентов (работающих железнодорожников) и организация совместной работы всех диагностических служб и врачей-специалистов, устранение дублирования диагностических и лабораторных исследований, обоснование длительности госпитального этапа, повышение его клинической эффективности – вот те задачи, которые ставятся перед руководителями лечебных учреждений (включая и заведующих стационарными отделениями).

---

Ключевые слова: железнодорожники, госпитализация, реабилитация, эффективность работы, стационар.

## PLANNED HOSPITALIZATION OF PATIENTS DIFFERENT AGES, AS A BASE FOR EFFECTIVE HOSPITAL WORK

Kraevoj S. A.<sup>1</sup>, Fesenko V. V.<sup>2</sup>

*Health Department of JSCo "RZD" (35, Kalanchevskaya st., Moscow, 107174)*

*Belgorod State University, (85, Victory st., Belgorod, 308015), e-mail: [fesenko@bsu.edu.ru](mailto:fesenko@bsu.edu.ru)*

---

Currently, the health care system of Public Company "Russian Railways" have made slant for medical help for railroad workers, with stable level of health that allow them to work in a conditions of occupational hazard, high danger and tension. This leads to increased demands on the safety of their health, professional suitability and the extension of their ability to work. In this regard, there was an objective need for more careful selection of patients for hospitalization, including the rehabilitation of chronic patients and dispensary groups for workers of railroad. Primarily, accounting of the patients problems (railway workers) and the organization of teamwork of all diagnostic services and medical specialists, elimination of duplication of diagnostic and laboratory tests, the rationale for the duration of hospital period, and increasing its clinical efficacy, these are the tasks that are putting before the heads of medical institutions (including heads of departments and stationary).

---

Keywords: railroad, hospitalization, rehabilitation, operational efficiency, hospital.

**ВВЕДЕНИЕ.** Одной из наиболее острых медико-социальных проблем экономического развития отечественной промышленности и транспорта является низкий уровень общественного здоровья в популяции в целом и среди трудящихся [1,2].

На железнодорожном транспорте преимущественно занята наиболее активная часть трудоспособного населения – мужского, уровень здоровья которого – «сверхсмертность», высокие цифры заболеваемости и инвалидности, особенно в связи с травмами и сердечно-сосудистой патологией, являются постоянным предметом исследований организаторов ведомственного здравоохранения [4,5].

На показатели здоровья оказывает влияние уровень лечебно-профилактического обслуживания, особенно стационарного. Надо учитывать и то, что значительное количество пенсионеров железнодорожников также нуждается в оздоровлении в условиях стационара, включая и стацобследования для медико-социальной экспертизы [3].

Несмотря на продолжающуюся реорганизацию сети негосударственных учреждений здравоохранения (НУЗ) ОАО «РЖД», включающей значительное сокращение коечного фонда отдельных профилей (хирургические, урологические, онкологические, офтальмологические, оториноларингологические, гастроэнтерологические и др.) и уменьшение излишних затрат на организацию стационарной помощи, емкость его остается излишней, а фактическая занятость койки на сети ОАО «РЖД» составила в 2006 г. 90 % от плановой.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.** В больницах ОАО «РЖД» госпитализация по экстренным показаниям в прежние годы в условиях экстенсивного развития коечной сети и ее ведомственной принадлежности составляла незначительный процент. А проведение плановой госпитализации в условиях избытка коечного фонда в больницах осуществлялось не всегда по показаниям, значительный процент (до 15 %) составляли практически здоровые лица.

Сейчас жизнь заставила проводить реорганизацию стационаров с увеличением доли коек дневного пребывания пациентов до 1/3 всей мощности коечного фонда. В настоящее время имеются все предпосылки и необходимость проводить плановую госпитализацию, прежде всего, для реабилитации хронических больных в условиях дневного пребывания, когда не требуется круглосуточного врачебного наблюдения за пациентом. В связи с развитием ресурсосберегающих технологий и дифференциации стационаров по основным специальностям это очень актуально. Как известно, диспансеризация работающих железнодорожников должна выходить на реабилитацию пациентов, поэтому плановую госпитализацию необходимо строить на основе комплекса диспансерной работы, определяющей деятельность отраслевого здравоохранения.

Естественно необходимо регламентировать порядок направления пациентов на плановую госпитализацию, алгоритм плановых диагностических исследований на догоспитальном этапе, ведение медицинской документации, определять цели и задачи плановой госпитализации – это, несомненно, повысит качество лечебно-диагностической работы.

Диспансерной группе больных очень важно обеспечить плановую диспансеризацию в удобное для пациента время (например, совместить с отпуском для проведения реабилитации или противорецидивного лечения), вопросы догоспитального обследования больных должны быть тесно связаны с показаниями для госпитализации, клиническим диагнозом, консультативной помощью и экспертизой временной (стойкой) нетрудоспособности.

В соответствии с регламентирующими документами Минздравсоцразвития РФ и Департамента здравоохранения ОАО «РЖД» врач-терапевт или врач другой специальности обязан обеспечить своевременную госпитализацию с обязательным предварительным обследованием при плановой госпитализации. Ранее к функциональным обязанностям зав. терапевтическим отделением относилось, кроме всего прочего, контроль за плановой госпитализацией с обязательным личным осмотром и контролем полноты догоспитального обследования и правильности оформления медицинских документов.

Медицинские документы – это направление с указанием полных паспортных данных, диагноза по МКБ-Х, а также выписка из амбулаторной карты, где содержатся данные о жалобах, анамнезе заболевания, образе жизни, объективного осмотра, обоснования начатого лечения и временной нетрудоспособности, если таковая имеется.

При плановой госпитализации в любой стационар общими обязательными обследованиями для пациента являются:

- клинический анализ крови;
- клинический анализ мочи;
- ЭКГ, ФГ не реже 1 раза в 1–2 года в зависимости от заболевания;
- для женщин – осмотр гинеколога.

По показаниям амбулаторно назначается консультация специалиста, профиль которого определяется основным и сопутствующими заболеваниями.

В экстренных и исключительных случаях догоспитальное обследование проводится в сокращенном объеме или практически не проводится.

В зависимости от предполагаемого заболевания врач поликлиники обязан провести как минимум следующие обследования:

- при заболеваниях органов дыхания – ФГ или рентгенографию легких в 2-х проекциях, анализ мокроты, исследование функции внешнего дыхания;
- при заболеваниях сердца – ЭКГ, ЭХОКГ, по показаниям – исследование глазного дна, мониторинг;
- при заболеваниях желудочно-кишечного тракта – эндоскопическое исследование желудка, 12-перстной кишки, УЗИ брюшной полости, копрограмма;
- при заболеваниях почек – УЗИ почек, мочевого пузыря, моча по Нечипоренко, трехстаканная проба, биохимический анализ крови;
- при заболеваниях эндокринной системы, в том числе при сахарном диабете – анализ крови и мочи на сахар, глюкозотолерантный тест;

- при заболеваниях нервной системы – рентген-исследование позвоночника, УЗИ сосудов головного мозга;

- при хирургических заболеваниях – рентген-исследования, исследования конечностей, УЗДГ и др.

Все эти исследования должны проводиться на догоспитальном этапе в амбулаторных условиях, что помогает врачу стационара в короткие сроки поставить клинический диагноз и назначить адекватное лечение.

Конечно, возможности амбулаторных и стационарных врачей не сравнимы. На прием 1-го пациента в поликлинике отпущено 15 минут, тогда как на установление клинического диагноза в стационаре – до 3-х суток.

**ВЫВОДЫ.** Таким образом, задача руководителей НУЗ (включая и заведующих стационарными отделениями) – учитывать прежде всего проблемы пациентов (работающих железнодорожников) и организовать совместную работу всех диагностических служб и врачей-специалистов, устранить дублирование диагностических и лабораторных исследований, обосновать длительность госпитального этапа, повысить его клиническую эффективность.

Это является основой обеспечения высокой организации оказания лечебно-профилактической помощи, приведения в соответствие численности коечного фонда и медперсонала, что позволит обеспечить эффективное использование коечного фонда и, в конечном итоге, повысит качество медицинской помощи железнодорожникам и их семьям.

### Список литературы

1. Иванова М. А. Проблемы и поиски решения оптимизации дерматовенерологической помощи / М. А. Иванова, О. В. Поршина, А. В. Полев, А. Э. Гайдарова, В. С. Шаповалов // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия «Медицина. Фармация. Геронтология и гериатрия». – 2012. – Вып. 17/1. – С.110-113.
2. Куницина Н. М. Гериатрическая помощь в условиях государственного и коммерческого здравоохранения / Куницина Н. М., Прощаев К. И., Ильницкий А. Н., Юдина Е. В. – Белгород: ИПК НИУ БелГУ, 2012. – 132 с.
3. Лазебник Л. Б., Дроздов В. П. Генез полиморбидности // Клиническая геронтология. – № 1–2. – 2001. – С. 3-6.
4. Стародубов В. И. Обеспеченность больничными койками и показатели объема медицинской помощи в дневных стационарах / В. И. Стародубов, А. А. Калининская, Н. А. Кравченко. – М., 2001. – 25 с.

5. Чайковский В. М. Оптимизация деятельности поликлинических отделений реабилитации в условиях постарения населения Украины: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 14.02.10 / Национальн. мед. ун-т им. А. А. Богомольца. – Киев, 1996. – 23 с.

**Рецензенты:**

Ильницкий Андрей Николаевич, д.м.н., профессор, первый зам. директора АНО "НИМЦ «Геронтология», г. Москва.

Кветной Игорь Моисеевич, д.м.н, профессор, зам директора по науке Санкт-Петербургского института биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН, г. С.-Петербург.