

ния медицинской помощи с помощью одноименных показателей (табл. 3).

Обсуждение. Для оценки качества оказания медицинской помощи определяющим является такой показатель, как процент выполнения стандарта [5], поэтому этот показатель в ходе исследования был принят за основной (базовый). В ходе исследовательской работы возник вопрос: какой процент выполнения стандарта считать выполнением стандарта, а какой неисполнением его? Стандарты разделились на три типа: стандарт лечения, диагностики и стандарт консультаций. Специфика данных стандартов предопределила для каждого собственные числовые характеристики.

Чтобы получить из показателя оценки качества оказания медицинской помощи критерий, надо было определить, в каких пределах (интервале) возможны его изменения при исполнении соответствующего стандарта. Показатели, которые связаны со стандартом лечения, таковы: интенсивность лечебных мероприятий (лечения) и удельный вес медикаментозного лечения.

При формировании критерия оценки качества оказания медицинской помощи на основе показателя «удельный вес медикаментозного лечения» решается вопрос: можно ли считать качественной медицинской помощью терапию (лечение), состоящую только из применяемых медикаментозных средств, учитывая положение о том, что современное лечение — комплексное? Полученный критерий удельного веса медикаментозного лечения и интервал значений его показателя, при котором он удовлетворяет требованиям качества оказания медицинской помощи, свидетельствуют о том, что исключительно немедикаментозное лечение не может удовлетворять современным требованиям терапии.

Рассматриваемый показатель «интенсивность диагностики» удовлетворяет требованиям критерия оценки оказания медицинской помощи в различных условиях, как при дневном, так и круглосуточном пребывании. Поэтому его можно использовать для оценки того, отвечает ли данная медицинская помощь принципам качества (показатель укладывается в интервал значений) или нет. Кроме того, удается определить случаи недостаточной и избыточной интенсивности диагностики, выявить оптимальную характеристику для данного показателя.

При формировании критерия качества оказания медицинской помощи на основе показателя «удельный вес аппаратных и инструментальных исследований» при исполнении стандарта диагностики было установлено, исходя из интервала значений, что любой случай диагностики в той или иной мере должен использовать возможности аппаратного и инструментального исследования, ориентировочно составляя 20% всех диагностических исследований. В ином случае нельзя говорить о требуемом качестве оказания медицинской помощи.

Исполнение стандарта консультаций имело место только в нефрологическом отделении; в гастроэнтерологическом отделении нет ограничений в минимуме консультаций. Результативность медицинской

помощи — один из важнейших показателей, так как он демонстрирует, для чего проводятся консультации (для диагностики сопутствующих заболеваний). Высокая результативность консультаций определяет такие параметры оказания медицинской помощи, как продолжительность госпитализации, тяжесть состояния, назначение дополнительного лечения, а также высокую интенсивность лечения и диагностики.

Заключение. Таким образом, на базе предложенных показателей оценки качества оказания медицинской помощи разработана классификация показателей качества оказания медицинской помощи применительно к педиатрическому стационару [10], даны характеристики (интервалы значений) соответствующих критериев. Данная система показателей и критериев дополняет общепринятые параметры, характеризующие качество оказания медицинской помощи. Особенно важно, что эти показатели и критерии могут применяться как для оценки качества оказания медицинской помощи в отдельном структурном подразделении медицинского учреждения, так и для сравнения качества и эффективности оказания медицинской помощи круглосуточного и дневного пребывания (стационарозамещающих форм) в гастроэнтерологическом и нефрологическом отделениях.

Разработанные процедуры и алгоритмы могут применяться и в других педиатрических специализированных отделениях многопрофильных больниц при условии сбора соответствующих статистических данных.

Библиографический список

1. Ключникова И. В., Панков Д. Д., Бородулина Т. А. Дневной стационар как форма внедрения стационарозамещающих технологий в педиатрической практике // Российский педиатрический журнал. 2006. № 2. С. 40–43.
2. Калининская А. А., Стукалов А. Ф., Аликова Т. Т. Стационарозамещающие формы медицинской помощи: организация и эффективность деятельности // Здоровоохранение РФ. 2008. № 6. С. 5–8.
3. Милосердов В. П., Гроздова Т. Ю., Китавина Н. В. Развитие единой информационной системы управления качеством оказания медицинской помощи на территории Саратовской области // Главврач. 2010. № 8. С. 65–70.
4. Белов Л. А. Пути повышения качества медицинской помощи // Здоровоохранение. 2009. № 1. С. 62–63.
5. Стандарты организации работы в системе здравоохранения / Е. В. Деркач, В. В. Бальчевский, М. В. Авксентьева [и др.] // Главврач. 2005. № 4. С. 41–45.
6. Карташов В. Т. Качество медицинской помощи: ожидание и действительность // Здоровоохранение. 2008. № 5. С. 29–30.
7. Комаров Ю. М. Качество медицинской помощи как одно из приоритетных направлений развития здравоохранения // Здоровоохранение. 2009. № 10. С. 35–36.
8. Голубева Л. П., Боброва И. П. Экспертная оценка качества лечебно-диагностического процесса // Здоровоохранение. 2004. № 7. С. 38–42.
9. Кудрин В. С. Принципиальные основы организации оценивания медицинской деятельности // Здоровоохранение. 2001. № 1. С. 43–48.
10. Шигаев Н. Н. Системный подход к оценке качества медицинской помощи в дневном стационаре в педиатрии // Саратовский научно-медицинский журнал. 2008. № 2 (20) С. 34–39.

УДК 616-082-092.11:616.24-002-085.851.859. (470.44) (045)

Оригинальная статья

ПУТИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ В СТАЦИОНАРАХ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

М. В. Еругина — ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздравсоцразвития России, заведующая кафедрой организации здравоохранения, общественного здоровья и медицинского права, доцент, доктор медицинских наук; **Т. Ю. Гроздова** — ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздравсоцразвития России, профессор кафедры организации здравоохранения, общественного здоровья и медицинского права, доктор медицинских наук, заместитель

исполнительного директора ТФОМС Саратовской области по защите прав застрахованных граждан; **В. А. Савинов** — профессор кафедры терапии Саратовского военно-медицинского института, внештатный эксперт ТФОМС, доктор медицинских наук; **Г. Ю. Сазанова** — ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздравсоцразвития России, доцент кафедры организации здравоохранения, общественного здоровья и медицинского права, кандидат медицинских наук; **Е. М. Долгова** — ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздравсоцразвития России, доцент кафедры организации здравоохранения, общественного здоровья и медицинского права, кандидат медицинских наук; **Ю. Ф. Лоцманов** — ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздравсоцразвития России, студент 6 курса лечебного факультета; **Ю. В. Ушаков** — ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздравсоцразвития России, аспирант кафедры организации здравоохранения, общественного здоровья и медицинского права.

PROBLEMS AND SOLUTIONS ON ISSUES OF MEDICAL CARE QUALITY IN COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA IN HOSPITALS OF SARATOV REGION

M. V. Erugina — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Head of Department of Public Health Care Organization and Medical Law, Assistant Professor, Doctor of Medical Science; **T. Yu. Grozdova** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Public Health Care Organization and Medical Law, Professor, Doctor of Medical Science; **V. A. Savinov** — Ministry of Defense of the RF, Saratov Military Medical Institute, Department of Therapy, Professor, Doctor of Medical Science; **G. Yu. Sazanova** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Public Health Care Organization and Medical Law, Assistant Professor, Candidate of Medical Science; **E. M. Dolgova** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Public Health Care Organization and Medical Law, Assistant Professor, Candidate of Medical Science; **Yu. F. Lotsmanov** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Faculty of Medicine, Student; **Yu. V. Ushakov** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Public Health Care Organization and Medical Law, Post-graduate.

Дата поступления — 08.02.2011 г.

Дата принятия в печать — 20.05.2011 г.

Еругина М. В., Гроздова Т. Ю., Савинов В. А., Сазанова Г. Ю., Долгова Е. М., Лоцманов Ю. Ф., Ушаков Ю. В. Пути решения проблем качества медицинской помощи больным внебольничной пневмонией в стационарах Саратовской области // Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. Т. 7, № 2. С. 368–372.

Цель. Провести медико-статистическое исследование оказания медицинской помощи пациентам с внебольничной пневмонией в городских и районных больницах Саратовской области, оценить качество обследования и лечения. **Материалы и методы.** Проведена экспертиза качества диагностики и лечения больных внебольничной пневмонией (ВП) в десяти терапевтических отделениях городских и районных больниц Саратовской области с использованием индикаторов качества (ИК). Для каждого случая ВП в экспертной карте качества медицинской помощи (КМП) оформлялась оценка соответствия качества диагностики и лечения ВП федеральным стандартам обследования и лечения и основным индикаторам качества. **Результаты.** Использование ИК у больных ВП позволило выявить низкую высеваемость возбудителей ВП, позднюю госпитализацию больных; низкую частоту выполнения бактериологического и бактериоскопического исследования мокроты до назначения антибиотиков; недостаточную частоту ступенчатого введения антибиотиков, предусмотренных ИК. Не в полном объеме оформлялись рекомендации по проведению диспансеризации реконвалесцентов, и отсутствовали рекомендации по вакцинации пневмовакциной. **Заключение.** Основными мероприятиями по улучшению КМП являются: организация в терапевтических стационарах активного внутриведомственного контроля за качеством диагностики и лечения каждого пролеченного больного ВП согласно разработанным индикаторам качества; своевременное проведение врачебной комиссии больницы по выработке управленческих решений; использование очной экспертизы КМП в первые 2–3 суток лечения больного с целью своевременной коррекции обследования и лечения; осуществление оптимизации использования ресурсов диагностики (лабораторной и инструментальной) и рациональной фармакотерапии.

Ключевые слова: внебольничная пневмония, качество медицинской помощи, индикаторы качества.

Erugina M. V., Grozdova T. Yu., Savinov V. A., Sazanova G. Yu., Dolgova E. M., Lotsmanov Yu. F., Ushakov Yu. V. Problems and solutions on issues of medical care quality in community-acquired pneumonia in hospitals of Saratov region // Saratov Journal of Medical Scientific Research. 2011. Vol. 7, № 2. P. 368–372.

Qualitative assessment of diagnostics and treatment of patients with community-acquired pneumonia (CAP) was carried out in ten therapeutic departments of urban and district hospitals of Saratov region, using quality indicators (QIs). Each case of CAP was assessed in expert health care quality (HCQ) card according to the diagnostic and treatment quality federal standards and the basic QI. The application of QI in CAP patients allowed revealing the following: low CAP agent isolation rate; late hospitalization of CAP patients; low frequency of sputum bacteriological and bacterioscopic investigations prior to antibiotic therapy; insufficient frequency of step-by-step introduction of antibiotics. Recommendations on CAP patients dispenserization were not properly prescribed; recommendations on vaccination were absent. The basic measures of HCQ improvement are as follows: organizing for each CAP patient therapeutic and diagnostic quality control according to QI; quick administrative decisions; using of HCQ expertise during the first 2–3 days of treatment to correct diagnosis and treatment; optimizing hospital diagnostic resources (laboratory and instrumental) and rational pharmacotherapy.

Key words: community-acquired pneumonia, health care quality, quality indicators.

Введение. Внебольничная пневмония (ВП) — распространенная инфекционная патология респираторных отделов дыхательных путей с высоким уровнем заболеваемости в Российской Федерации от 4,14 до 15% [1–3]. ВП относится к заболеваниям, представляющим серьезную медицинскую и социально-экономическую проблему [4, 5].

Приказом МЗ и СР РФ от 9 октября 1998 г. № 300 утверждены стандарты (протоколы) диагности-

ки и лечения больных с неспецифическими заболеваниями легких (бронхиальная астма, хронический бронхит и внебольничная пневмония) (взрослое население); приказом МЗ и СР РФ от 8 июня 2007 г. № 411. [6] утверждены объемы обследования, диагностики, лечения ВП тяжелого течения в условиях специализированных стационаров России. Однако реальная практика обследования и лечения больных ВП нетяжелого и тяжелого течения в лечебно-профилактических учреждениях России существенно отличается от указанных стандартов обследования и лечения [7–9].

Ответственный автор — Лоцманов Юрий Фиделевич.
Адрес: 410012, г. Саратов, ул. Б. Казачья, 112.
Тел.: 262737.
E-mail: Lotsmanovdoc@rambler.ru

Цель: провести медико-статистическое исследование оказания медицинской помощи пациентам с внебольничной пневмонией в городских и районных больницах Саратовской области с оценкой качества обследования и лечения и использованием индикаторов качества, а также разработать мероприятия по совершенствованию оказания квалифицированной помощи больным ВП в условиях стационара.

Методы. Для достижения цели исследование проводилось в четырех пульмонологических и шести терапевтических отделениях городских и районных больниц. На каждого больного ВП составлялся акт экспертизы качества стационарной медицинской помощи, заполнялась разработанная нами карта экспертизы качества медицинской помощи (КМП) больному с ВП на этапе стационарного и амбулаторного лечения с последующей оценкой выполнения стандартов обследования и лечения.

Карта экспертной оценки качества оказания медицинской помощи больному ВП, разработанная нами, содержала: вероятные возбудители ВП и возможные факторы риска, участвующие в формировании ВП; характеристику пневмонии по степени тяжести течения; сопутствующие и фоновые заболевания; особенности клинического течения, в том числе физикальные исследования дыхательной и сердечно-сосудистой системы и осложнения; результаты клинических лабораторных исследований крови и мокроты; биохимические показатели крови, предусмотренные стандартами обследования и лечения; коагулограмму; результаты исследования плевральной жидкости и др. при тяжелом течении ВП.

Инструментальные исследования содержали рентгенографию органов грудной полости в 2–3 проекциях, рентгеномтографию легких, компьютерную томографию легких (по показаниям), фибробронхоскопию с цитологией и гистологией и микроскопией биоптата, УЗИ органов брюшной и плевральной полости; по показаниям — рентгенографию придаточных пазух носа.

В карте экспертной оценки КМП отражено выполнение стандартов лечения при нетяжелом и тяжелом течении ВП: в первую очередь антибактериальной терапии с использованием амоксицилина с клавулановой кислотой в/в; респираторных фторхинолонов — левофлоксацина в/в; макролидов в/в; цефалоспоринов III–IV поколения в/в; применением дезинтоксикационных средств; физиотерапевтического лечения (после консультации физиотерапевта).

В карту экспертной оценки КМП включены также длительность стационарного лечения; сроки госпитализации; объем обследования и лечения на догоспитальном этапе; результаты контроля КМП, проводимого в отделениях с заполнением экспертной карты контроля заведующим отделением; своевременность осмотра больных ВП лечащим врачом и заведующим отделением; обоснование госпитализации и клинического диагноза при поступлении; указание времени первой дозы введения антибактериальных средств; своевременный переход на ступенчатую антибактериальную терапию; соответствие назначенного обследования и лечения федеральным стандартам.

В заключение внештатным врачом-экспертом ФОМС оценивались своевременность и полнота проводимых диагностических и лечебных меро-

приятий; эффективность стартовой и ступенчатой антибактериальной терапии; исход заболевания и качество рекомендаций для участковых и семейных врачей поликлиники по реабилитации и диспансеризации лиц, перенесших ВП с факторами риска.

Экспертной оценке КМП было подвергнуто 208 медицинских карт стационарных больных ВП, находившихся на лечении в пульмонологических и терапевтических отделениях городских и районных больниц области в течение 2008–2009 гг. В каждом стационаре проводился ретроспективный анализ от 15 до 35% случайно отобранных эпизодов ВП, зарегистрированных за указанный период.

Характеристика пациентов: исследовали 208 медицинских карт и листов врачебных назначений больных ВП в возрасте от 17 до 85 лет (средний возраст $48,6 \pm 10,6$ года), из них 69% мужчин и 31% женщин. Полученный материал подвергался статистической обработке: в качестве статистического критерия достоверности различий использовался *t*-критерий Стьюдента. Все полученные данные анализировали методами вариационной статистики. Показатели с нормальным распределением приведены в их среднем значении с ошибкой среднего $M \pm m$.

Для каждого случая ВП в карте экспертизы КМП оформлялась оценка соответствия качества диагностики и лечения ВП стандартам обследования и лечения и следующим индикаторам качества (ИК):

1) рентгенографическое исследование органов грудной клетки в двух проекциях при наличии клинических признаков в течение первых суток пребывания в стационаре;

2) бактериоскопия мазка мокроты с окраской по Граму и бактериологическое исследование мокроты с определением чувствительности высеванной культуры к антибиотикам до их назначения;

3) бактериологическое исследование крови у больных тяжелой ВП до назначения антибиотиков;

4) введение первой дозы системного антибиотика стартовой терапии в течение 4–6 часов с момента госпитализации;

5) соответствие стартового режима антибактериальной терапии (АБТ) российским рекомендациям (приказам МЗ и СР РФ № 300 и № 411);

6) применение ступенчатой АБТ для пациентов среднетяжелого и тяжелого течения ВП, нуждающихся в парентеральном назначении антибиотиков;

7) рекомендации по диспансерному наблюдению за реконвалесцентами ВП, их реабилитации, проведению вторичной профилактики ВП — (вакцинацией пневмококковой вакциной и гриппозной вакциной для пациентов из группы риска).

Результаты. Экспертная оценка осуществлялась с установления возбудителя заболевания ВП — этиологического фактора инфекционного заболевания респираторного аппарата, каковым является ВП, так как от выявленного возбудителя зависит выбор наиболее эффективной стартовой антибактериальной терапии (этиотропное лечение). Возбудитель ВП установлен в отделениях стационаров области только у 21 больного, что составляет 10%, значительно уступая другим отечественным исследователям (30–50%) [10].

Не выявлен возбудитель ВП у 187 больных, что составляет 90% всех случаев заболеваний, значительно превышая среднестатистические данные по

Российской Федерации (50–70%) в клинических рекомендациях [3].

В нашем исследовании частота выполнения рентгенографического исследования органов грудной клетки в течение первых 24 часов с момента госпитализации в стационар составляла 76,4%, в 9,6% случаев у больных ВП проведено флюорографическое исследование легких на догоспитальном этапе. На вторые сутки после госпитализации у 29 больных ВП (14%) проведена рентгенография легких.

Бактериоскопическое исследование мазка мокроты, окрашенного по Граму, выполнено до назначения антибиотиков у 11,5 пациентов (24 из 208 больных ВП). Бактериологическое исследование мокроты с целью высеивания бактериальной флоры проводилось до назначения антибактериальной терапии в 7,2% случаев (у 15 из 208 больных ВП), что несколько выше данных аналогичного исследования в 29 ЛПУ России (6,1% больных) [7].

Бактериологическое исследование крови при тяжелом течении ВП выполнялось в 13,6% всех случаев ВП; образцы крови были взяты до начала применения антибактериальной терапии только у 8,2% больных. Наши данные превышали аналогичные результаты в 29 ЛПУ России: согласно исследованиям 8,2% против 1,1% соответственно, что статистически достоверно $p < 0,05$.

Время введения первой дозы антибактериального препарата было указано в историях болезни только у 21,6% (44 больных), в историях болезни 164 больных сроки начала антибактериальной терапии не регистрировались вообще. Наши результаты введения первой дозы антибиотика больным ВП ниже, чем в аналогичных исследованиях: 21,6% против 76,5% соответственно, что статистически достоверно ($p < 0,05$).

Выбор стартового режима антибактериальной терапии соответствовал рекомендациям отечественных пульмонологов при лечении нетяжелых и среднетяжелых форм ВП — 46,7%, при лечении больных ВП тяжелого течения — 62,4%, в среднем адекватность стартового режима соответствовала 49,3%. Наш показатель был несколько ниже, чем аналогичный показатель в существующих исследованиях: 49,3 и 55,4% соответственно, различия не являются статистически значимыми.

Ступенчатая АБТ проводилась только у 31 пациента ВП тяжелого и среднетяжелого течения, что составляло 14,8%. Практически не использовалась стратегия ступенчатой антибактериальной терапии в пульмонологических отделениях. Наши данные достоверно уступают аналогичным результатам в исследованиях: 14,8 и 18,2% соответственно, что статистически достоверно ($p < 0,05$).

В выписных эпикризах историй болезни больных ВП редко оформлялись подробные рекомендации по проведению диспансерного наблюдения за реконвалесцентами в условиях поликлинического этапа: выполнению мероприятий, направленных на устранение выявленных факторов риска — курения, алкоголя, очагов хронической инфекции, неблагоприятных профессиональных факторов, а также на реабилитацию дыхательной системы, внедрение здорового образа жизни. Не выделялись лица с факторами риска повторного возникновения ВП для проведения им мер по профилактике ВП за счет введения пневмококковой вакцины. Практически во всех историях

болезни отсутствовали рекомендации по вакцинации пневмококковой и гриппозной вакцинами.

Обсуждение. Для большинства изученных про-филактических учреждений характерны: крайне недостаточная высеваемость возбудителя ВП, обусловленная поздней диагностикой заболевания на догоспитальном этапе, поздней госпитализацией в стационар; низкая частота выполнения бактериоскопии мокроты по Граму [3, 7], низкий охват бактериологическим посевом мокроты на бакфлору в первые часы лечения до назначения антибиотика. Отмечается несвоевременное введение первой дозы антибиотика, без учета рекомендаций федеральных стандартов и недостаточная практика использования ступенчатой АБТ а также отсутствие рекомендаций по проведению вакцинаций пневмококковой и противогриппозной вакцинами.

Проведенная экспертиза качества обследования и лечения больных ВП достоверно установила, что выполнение таких индикаторов качества, как своевременное установление возбудителя ВП, выполнение рентгенографии легких в двух проекциях в первые сутки пребывания в стационаре, своевременное начало АБТ, а также соответствие выбора стартовой и ступенчатой АБТ существующим национальным стандартам не соблюдались в большинстве изученных отделений лечебно-профилактических учреждений.

Заключение. Основными направлениями улучшения качества обследования, лечения и профилактики ВП на стационарном этапе являются: организация зав. отделением активного внутриведомственного контроля состояния КМП каждому больному ВП в терапевтических стационарах (до 100% всех случаев ВП) по разработанным индикаторам КМП и своевременное проведение врачебных комиссий и медицинского совета больницы с анализом причин невыполнения федеральных стандартов обследования и лечения с разбором результатов в коллективах отделений. Необходимо использование при осуществлении внутриведомственного контроля КМП такой эффективной в клиническом и лечебно-диагностическом плане экспертизы, какой является очная с клиническим осмотром больного в первые дни пребывания его в стационаре, уточнением диагностики, лечения и реабилитации в строгом соответствии с федеральными стандартами. Осуществление оптимизации использования ресурсов лечебного учреждения — диагностики (лабораторной и инструментальной) и рациональной фармакотерапии, считая центральным звеном в качественном лечебно-диагностическом процессе лечащего врача и заведующего отделением.

Использование в наших исследованиях индикаторов качества, содержащих федеральные стандарты обследования, диагностики и лечения больных ВП, позволило объективизировать анализ КМП в условиях терапевтических и пульмонологических стационаров, выявить и охарактеризовать основные направления лечебно-профилактического процесса, воздействием на которые возможно разрабатывать конкретные мероприятия по повышению качества медицинской помощи этой категории больных с оформлением методических рекомендаций для практических врачей по своевременной диагностике, алгоритмам лечения и оказанию неотложной помощи при лечении ВП на этапах оказания медицинской помощи.

Библиографический список

1. Антипин А. Н. Повышение качества и эффективности лечения больных с ВП на основе инструментальных средств медицинских технологических процессов: дис. ... д-ра мед. наук. М., 2006. 211 с.
2. Антибактериальная терапия внебольничной пневмонии в военных лечебно-профилактических учреждениях/А. И. Синопальников, С. А. Рачина, А. В. Яценко, Е. П. Шаль // Военно-медицинский журнал. 2009. № 2. С. 14–20.
3. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике/А. Г. Чучалин, А. И. Синопальников, Л. С. Страчунский [и др.]. М.: ООО ИД «М-Вести», 2006. 76 с.
4. Синопальников А. И., Козлов Р. С. Внебольничные инфекции дыхательных путей: диагностика и лечение: рук-во для врачей // Приложение к СССXXIX тому «Военно-медицинского журнала». М.: ООО «Издательский дом М-Вести», 2008. 272 с.
5. Комплексное лечение внебольничной пневмонии в условиях терапевтического стационара: учеб. пособие/И. М. Борисов, Т. Г. Шаповалова, П. Е. Крайнюкова [и др.]. Саратов: Изд-во Сарат. мед. у-та, 2010. 84 с.
6. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 8 июня 2007 № 411 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с пневмонией при оказании специализированной помощи». М., 2007.
7. Оценка адекватности медицинской помощи при внебольничной пневмонии в стационарах различных регионов РФ: опыт использования индикаторов качества/С. А. Рачина, Р. С. Козлов, Е. П. Шаль [и др.] // Пульмонология. 2009. № 3. С. 5–13.
8. Савинов В. А. Внебольничные пневмонии у военнослужащих. Саратов: Изд-во СарВМИ, 2007. 182 с.
9. Чучалин А. Г. Пульмонология. Белая книга. М.: Наука, 2003. С. 42–44.
10. Этиология внебольничной пневмонии в Карелии/Т. Карапетян, Н. Доршакова, Н. Лария [и др.] // Врач. 2008. № 2. С. 39–41.

УДК 614.2

Оригинальная статья

ДОГОСПИТАЛЬНАЯ ЭКСТРЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ, ОКАЗАННАЯ ЛИЦАМ 15–24 ЛЕТ

Н. И. Болотникова — ГОУ ВПО Астраханская ГМА Минздравсоцразвития России, аспирант кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсами информатики, культурологии и истории медицины.

PREHOSPITAL MEDICAL EMERGENCY AID GIVEN TO PERSONS AGED 15–24

N. I. Bolotnikova — Astrakhan State Medical Academy, Department of Public Health and Public Health Services with Courses of Computer Science, Culture Science and History of Medicine, Post-graduate.

Дата поступления — 10.11.2010 г.

Дата принятия в печать — 20.05.2011 г.

Болотникова Н. И. Догоспитальная экстренная медицинская помощь, оказанная лицам 15–24 лет // Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. Т. 7, № 2. С. 372–376.

Целью исследования являлся качественный и количественный анализ структуры вызовов бригад интенсивной терапии СМП г. Астрахани за 2008 г. Были проанализированы методом сплошного наблюдения все случаи экстренной догоспитальной помощи лицам юного рабочего возраста г. Астрахани на основании выкопировки данных из «Карт вызовов скорой медицинской помощи», заполненных врачами бригад интенсивной терапии, выезжавших к горожанам 15–24 лет (уч. форма 110/у).

В структуре вызовов БИТ-бригад больные с внезапными заболеваниями составляли 55,5% от общего числа лиц 15–24 лет, которым была оказана экстренная догоспитальная медицинская помощь, остальные 46,5% — пострадавшие в результате несчастных случаев. В результате исследования выявлена зависимость количества и характера нозологий, с которыми пациенты обращались за экстренной медицинской помощью, от пола и возраста, что, несомненно, необходимо в планировании организации этой помощи.

Ключевые слова: экстренная догоспитальная медицинская помощь, нозология, лица юного рабочего возраста.

Bolotnikova N. I. Prehospital medical emergency aid given to persons aged 15–24 // Saratov Journal of Medical Scientific Research. 2011. Vol. 7, № 2. P. 372–376.

The research goal is a quantitative and a qualitative analysis of emergency calls in Astrakhan during 2008. The method of complete observation was used in the research work. Data from the call charts of Emergency Service were thoroughly analyzed. Cases of emergency aid to the young working population ages 15–24 were under the study. 55,5% of cases were patients with acute diseases and 46,5% of emergency cases were as a result of accidents. The correlation between the number and character of nosology, and the age and sex of patients were determined. It was proved that the results of the given research would significantly improve the Emergency Service organization.

Key words: emergency aid, nosology, young working population.

Введение. Как подчеркивала О. В. Гринина (1992) [1], возраст — это основная координата при изучении здоровья любой общественной группы населения, вне возрастного состава нельзя рассматривать ни заболеваемость, ни рождаемость, ни смертность, нельзя анализировать важнейшие социально-гигиенические показатели, в том числе эффективность оказания медицинской помощи. В настоящее время служба скорой медицинской помощи оказалась одной из самых востребованных из-за ухудшения здоровья населения, ослабления медицинской профилактики,

снижения доступности медицины в целом [2–6]. Вместе с тем в научной литературе вопросы возрастно-половой структуры обращений за экстренной медицинской помощью недостаточно освещены. В связи с этим исследование проводилось в возрастно-половом аспекте: изучалась структура обращаемости за экстренной медицинской помощью в возрастных группах, отличавшихся друг от друга на 5 лет, объединенных в группу «юный рабочий возраст» — 15–24 года по классификации Б. Ц. Урланиса [7].

Целью исследования явился качественный и количественный анализ структуры вызовов бригад интенсивной терапии СМП г. Астрахани за 2008 г.

Методы. Углубленный анализ обращаемости населения г. Астрахани возрастной группы 15–24 года

Ответственный автор — Болотникова Надежда Игоревна.
Адрес: 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, 12, 12.
Тел.: 89265691195, 8 (8512) 38-58-39.
E-mail: nbolotnikova@mail.ru.