

10. В.И. Белокриницкий, Е.В. Мокшина, И.В. Холкин. И.А. Николаев. Применение препарата каптоприл (капотен) при острой артериальной гипертензии в условиях скорой медицинской помощи. Там же, стр. 113-117.
11. Д.И. Родионова, А.О. Баграмян. Анализ вызовов скорой медицинской помощи к больным гипертензивной болезнью. В сб. «Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения» (на диске). Материалы 66-й научно-практической конференции молодых ученых и студентов с международным участием. «2011, с.
12. В.М. Галиуллина, В.А. Чикаловская, Применение моксонидина (физиотенза) при острой артериальной гипертензии в условиях скорой помощи. В сборнике «Материалы 67-й Всероссийской научно-практической конференции молодых ученых и студентов с международным участием». На диске, С. 436 – 437.

АНАЛИЗ ПОТОКА БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ ЛЁГКИХ, ДОСТАВЛЕННЫХ БРИГАДАМИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

*Лукиянова А.Г., Хусаинова Д.Ф.
ЦГКБ №6 приёмное отделение, ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России,
кафедра скорой медицинской помощи*

Туберкулез – распространенная хроническая инфекционная болезнь, относится к категории наиболее социально-значимых заболеваний. В Свердловской области сложилась напряженная обстановка по заболеваемости туберкулезом - 66 ранговое место по распространенности туберкулеза среди постоянного населения в субъектах РФ. Показатели общей заболеваемости туберкулезом по Свердловской области превышают общероссийские на 28,9 %. Общая заболеваемость туберкулезом в Свердловской области в 2011 году составила 110,3 на 100 тысяч населения (108,5 – в 2010 году). За девять месяцев 2012 года заболеваемость туберкулезом населения области зарегистрирована на уровне 75,9 случаев на 100 тысяч населения. Каждый пятый впервые выявленный больной

туберкулезом в Свердловской области в 2011 году был с ВИЧ-инфекцией. Причем менее 1/5 из них были лицами БОМЖ, остальные - постоянными жителями Свердловской области. Из 20 454 больных с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции состоят на учете в противотуберкулезных учреждениях Свердловской области – 2 248 чел. в 2012 году. Недостаточно качественное лечение больных туберкулезом, недофинансирование для приобретения всего спектра необходимых противотуберкулезных препаратов, возникновение лекарственно устойчивого туберкулеза и т.д. приводит к формированию большого числа бактериовыделителей – основных источников туберкулезной инфекции.

Учитывая актуальность управления потоком больных туберкулезом легких, в приемном ЦГКБ № 6 за 2008 - 2012 гг. проведено аналитическое сравнительное исследование поступивших больных туберкулезом.

Из таблицы 1 видно, что с 2010 г. по 2012 г. имеет место четкое увеличение по сравнению с предыдущими 2008 и 2009 годами обратившихся пациентов с туберкулезом легких в приемное отделение ЦГКБ № 6.

Таблица 1. Количество поступивших больных туберкулезом легких в динамике за 2008 г. – 2012 г.

Год исследования	2008	2009	2010	2011	2012
Количество больных, человек	17	14	26	24	25

В соответствии с рис. 1 госпитализация больных туберкулезом легких с 2008 г. по 2012 г. в терапевтический стационар осуществлялась с тенденцией к некоторому уменьшению (максимальная госпитализации в 2008 и 2009 гг. около 70,0%). Отмечен рост числа пациентов, получивших отказ в госпитализации, с 29,41% до 52%. Единственная причина отказа данной группе больных – обращение «не по профилю».

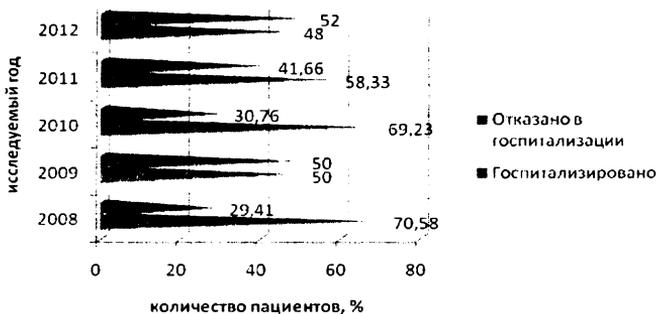


Рис. 1 Распределение потока больных туберкулезом легких в приемном отделении ЦГКБ № 6 в динамике 2008 - 2012 гг.

По гендерному признаку пациенты с туберкулезом легких при поступлении распределились следующим образом: в 2008 году преобладали женщины (57,14%), а в остальных годах - мужчины от 66,66% до 91,67% (около 85% случаев ежегодно среди впервые выявленных). С 2008 г. по 2012 г. стабильно у 35-36% впервые выявленных пациентов с туберкулезом легких зафиксирован их контакт с больными туберкулезом (в пенитенциарных учреждениях - 20%, в семье - 10%, на производстве – 5%). Возраст поступивших больных данной группы колеблется от 20 до 89 лет (медиана возраста – 54,5 года). Основная доля пациентов приходится на возраст от 30 до 39 лет (29,24%), который стабильно на протяжении пяти лет сохраняется. Из вновь выявленных больных 85% в 2008 г. и 88% в 2012 г. составляют лица трудоспособного возраста.

Анализ поступления в ЦГКБ № 6 больных туберкулезом с учетом их места жительства показал различную частоту обращения в приемное отделение. Так у жителей Ленинского района г. Екатеринбурга частота обращения колебалась от 71,43% до 88,9%, у жителей других районов города и Свердловской области, а также других территорий РФ она составляла 11,1 - 28,57%. Важно отметить, что пациенты доставлялись бригадами СМП с места случая в Ленинском районе и имел значение, прежде всего факт

нахождения гражданина в данном районе, а не его регистрация по месту жительства.

Среди поступивших отмечается отчетливое преобладание неработающего населения. К тому же, в 2010 году зарегистрирован рост заболеваемости туберкулезом легких среди работающего населения (50%), что свидетельствует о качественной диагностике туберкулеза на рабочих местах (рис.2).

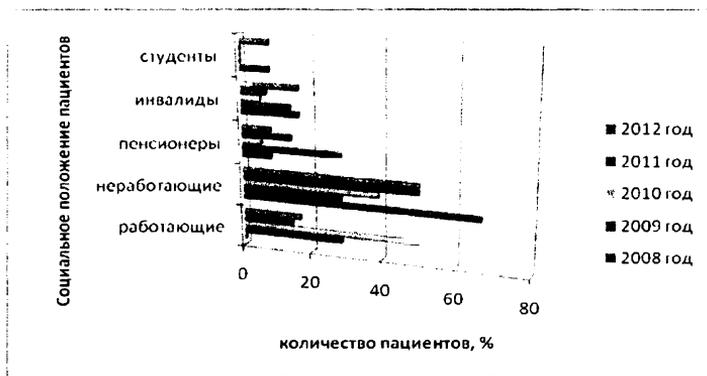


Рис. 2 Распределение больных туберкулезом легких по социальному признаку в динамике в 2008 – 2012 гг.

На рис. 3 видно, что наибольшее количество пациентов с туберкулезом легких доставлено бригадами СМП (минимально в 2009 г. - 28,57%, максимально в 2011 г. - 57,14%) и направлено врачами из поликлиники (минимально в 2009 г. и 2011 г. – по 28,57% и 27,9% соответственно, максимально в 2008 г. - 50,0%). Наибольшее количество больных данной группы, направленных из поликлиники в неотложном порядке приходится на 2010 г. (38,89%) и 2012 г. (41,66%), а обратившихся в плановом порядке в 2008 г. - 50,0%. К тому же, в Ленинском районе большое количество пациентов числилось в списке лиц с очагами туберкулезной инфекции, подготовленном районным противотуберкулезным диспансером.

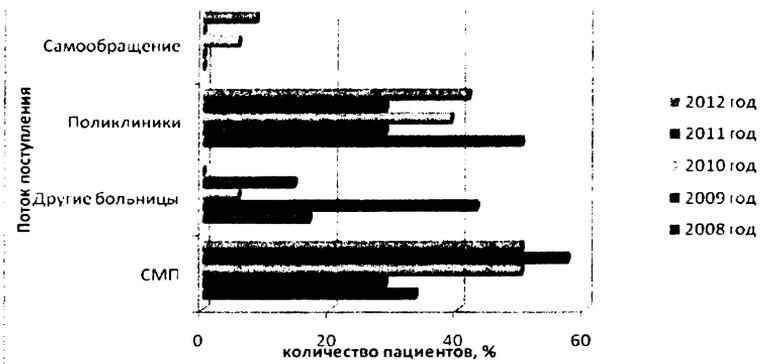


Рис. 3 Анализ потока поступления больных туберкулезом легких в приемное отделение в динамике с 2008 г. - по 2012 г.

Средний койко-день больных туберкулезом легких составляет от 10 до 31 в исследуемый период. Несвоевременный перевод туберкулезного больного из терапевтического стационара ЦГКБ № 6 в противотуберкулезный диспансер происходит по следующим причинам: отсутствия экстренного проведения необходимых лабораторно-инструментальных исследований на уровне приемного отделения (бактериоскопия мазка мокроты на МТ по Цилю-Нильсену, томография органов грудной клетки; отсутствия фтизиатра в штате ЦГКБ № 6 и неотработанность алгоритма консультативной помощи со стороны фтизиатров ПТД; длительное, до 1-2 недели, дообследование больных с выявленной туберкулезной инфекцией (посев мокроты у лиц из «группы риска», контроль рентгеноскопии грудной клетки). Таким образом, на сегодняшний день в ЦГКБ № 6 нет условий для нахождения в ней больных туберкулезом: в приемном и лечебных отделениях отсутствуют боксы, стационар не лицензирован по лечению больных данной группы. К тому же, по сути статьи 42 ФЗ РФ «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан», нахождение в одной палате терапевтического больного с больным, у которого в стационаре выявлен туберкулез, нарушает право первого на безопасность.

Повышение квалификации врачей СМП и поликлиник может способствовать снижению процента расхождения диагнозов между направительным сформулированным врачом СМП или поликлиники и поставленным врачом приемного отделения, так как правильная постановка диагноза возможна, даже без подтверждения его лабораторно-инструментальными методами диагностики. Имеют место случаи, когда врачи приемного отделения не могли отказать больному туберкулёзом легких (например, из-за тяжести состояния или настоятельного требования родственников) и госпитализировали по социальным показаниям или этическим соображениям. В данной ситуации, предварительный диагноз врача приемного отделения ставился аналогично направительному (около 10% от числа госпитализированных больных). В 2010 году расхождения диагнозов были зафиксированы в 92,3% случаев от общего числа поступивших больных (рис. 4).

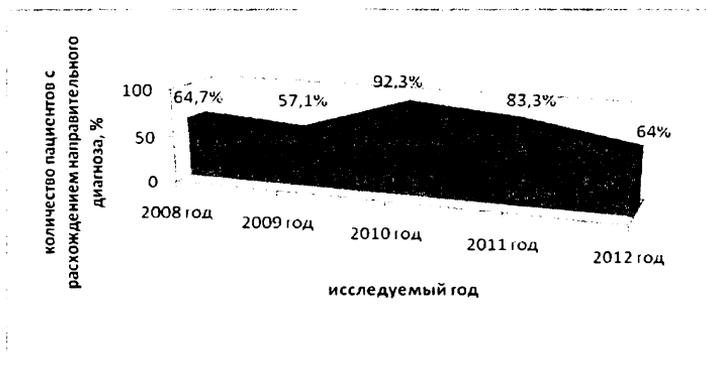


Рис. 4 Частота расхождения направительных диагнозов с предварительными врачами приемного отделения с 2008 г. по 2012 г.

Ситуация 2012 г. возвращается на уровень 2008 г. (64,0% и 64,7% соответственно). По-видимому, это связано с улучшением качества диагностики врачей направительных потоков (в частности СМП и поликлинического сектора) за счет «настороженности» на особо опасные инфекции. Наиболее часто несовпадение диагноза отмечалось при патологии органов дыхания (пневмония – 49,0 %, хронический обструктивный бронхит

– 11,0%, бронхиальная астма – 4,5%, экссудативный плеврит – 12,5%); при болезнях кровообращения (ишемическая болезнь сердца – 11,0%); при заболеваниях органов желудочно-кишечного тракта (цирроз печени – 3,0%); при патологии костно-мышечной системы – 3,0%; при абстинентном синдроме – 3,0%; при общем переохлаждении – 3,0%. Расхождения диагнозов, в поставленных врачами приемного отделения ЦГКБ № 6 и врачами амбулаторно-поликлинического сектора, в среднем составляют 82% случаев (уменьшились со 100,0% 2008 г. до 60,0% 2012 г.), между приемным отделением и СМП - в среднем в 76,0% случаев (увеличились с 50,0% 2008 г до 67,0% 2012 г.), между врачами приемного отделения и специалистами других ЛПУ - в среднем в 47% случаев (увеличились с 33,0% 2009 г. до 100,0% 2011 г.).

Таким образом, анализ потока больных туберкулезом легких в 2008 - 2012 гг. позволил сделать следующее заключение. В 2010 году отмечен наибольший подъем поступления больных туберкулезом легких в ЦГКБ № 6, произошедший, во-первых, за счет большого количества больных ВИЧ/СПИД, во-вторых, отсутствия дифференциально-диагностического отделения при городском противотуберкулезном диспансере.

Трудности диагностики больных туберкулезом легких на догоспитальном этапе СМП состоят в не оповещении врача больным о своем заболевании с целью госпитализироваться по экономическим и материально-бытовым соображениям; доставка больных с общественных мест в стационар по месту случая; тяжесть состояния пациента и отсутствия мест в специализированных ЛПУ. Врач приемного покоя в свою очередь сталкивается со следующими трудностями перевода больных туберкулезом легких через бюро госпитализации СМП: противотуберкулезный диспансер принимает только плановых больных; перевод больного возможен после консультации фтизиатра, которого нет в штате стационара; в противотуберкулезном диспансере нет реанимационного отделения, поэтому нагрузка распределяется на соматические стационары, где есть

реанимационное отделение; бюро госпитализации согласуют перевод данной группы больных с принимающим ЛПУ.

Так как преемственность ЛПУ, ССМП с противотуберкулезным диспансером недостаточная и отсутствует должное взаимодействие Госсанэпиднадзора, фтизиатрической и лечебной служб, в 2009 году создана межведомственная комиссия по борьбе с туберкулезом (Распоряжение главы Администрации Ленинского района г. Екатеринбурга № 1051-р от 28.09.2009 г. о создании комиссии). Комиссия только разбирает случаи, проводит анализ и контролирует выполнение постановлений и решений по противотуберкулезным мероприятиям, принятых вышестоящими органами, а распределение потоков продолжает вести приемное отделение ЛПУ.

Считаем, что списки больных туберкулезом легких, подготовленные в ежемесячном режиме противотуберкулезным диспансером района (фамилия больного, место жительства, дата постановки на учет) и вовремя переданные на ССМП и в приемное отделение стационаров позволят избежать дальнейшего распространения туберкулезной инфекции в г.Екатеринбурге. Так как вызов бригады СМП («03») записывается на электронном носителе по телефону через оператора, то возможно предусмотреть программу по отбору больных туберкулезом легких (по фамилии, адресу) и заранее при передаче вызова бригаде СМП сообщать о контагиозном больном.

РЕАНИМАЦИОННО-ТРАНСФУЗИОЛОГИЧЕСКАЯ БРИГАДА МБУ «ССМП» г. ЕКАТЕРИНБУРГА

*Бражников А. Ю.
МБУ «ССМП» г.Екатеринбург*

В структуре ОАР-2 МУ ССМП с 2005 года работает реанимационно-трансфузиологическая бригада № 86 (РТБ), которая оказывает круглосуточную специализированную скорую медицинскую помощь взрослому и детскому населению с наследственными