

8. Здоровое старение и охрана ветеранов Великой Отечественной войны в регионе / Т.П. Денисова, Т.Е. Липатова, В.А. Шульдяков [и др.] // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2018. – Т. 14, № 2. – С. 330 – 334.
9. Система активного ведения пациентов пожилого возраста и старческого возраста в условиях госпиталя для ветеранов войн / Т.П. Денисова, С.В. Жук, М.И. Назаров [и др.] // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2020. – Т. 16, № 1. – С. 145 – 150.

### Сведения об авторах

А.Р. Сабирьянова – ординатор

Н.В. Ножкина – профессор, доктор медицинских наук

### Information about the authors

A.R. Sabiryanova – Postgraduate Student

N.V. Nozhkina – Doctor of Sciences (Medicine), Professor

\*Автор ответственный за переписку (Corresponding author):

safargalieva1801@rambler.ru

УДК: 614.2

## МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ В УСЛОВИЯХ КРУПНОГО ПРОМЫШЛЕННОГО ГОРОДА

Складчук Кристина Михайловна, Зызарова София Дмитриевна, Кучин Никита Евгеньевич

Кафедра Общественного здоровья и здравоохранения

ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

Челябинск, Россия

### Аннотация

**Введение.** Внебольничная пневмония (ВП) является актуальной проблемой здравоохранения, особенно в промышленных городах с высокой антропогенной нагрузкой. Несмотря на относительную доступность медицинской помощи, сохраняются проблемы поздней обращаемости, диагностики и терапии на догоспитальном этапе, низкой приверженности пациентов профилактике. **Цель исследования** - представить обобщенную медико-организационную характеристику догоспитального и госпитального этапов оказания медицинской помощи пациентам с ВП бактериальной этиологии. **Материал и методы.** На базе 2 пульмонологических отделений обследованы пациенты с диагнозом ВП бактериальной этиологии (n=91). Проведено анкетирование пациентов, анализ и сопоставление результатов с данными медицинской документации (форма №003/у). **Результаты.** Среди госпитализированных с ВП пациентов преобладали женщины (55,1%), трудоспособного возраста (45,7 лет), некурящие (21,3%), у которых наблюдалась высокая частота самолечения в начале заболевания (58,2%), отсроченное обращение за медицинской помощью (59,1%), низкий охват вакцинацией от пневмококковой инфекции (4,5%) что, возможно, привело к более тяжелым формам заболевания и необходимости стационарного лечения. **Выводы.** 1) Пациенты женского пола, трудоспособного возраста, работающие, некурящие, имеющие сопутствующие хронические заболевания являются группой риска развития ВП с последующей необходимостью госпитализации в стационар. 2) Самолечение, позднее обращение за медицинской помощью, низкий охват вакцинацией от пневмококковой инфекции (4,5%), свидетельствуют о недостаточной настороженности в отношении ВП. 3) Результаты исследования свидетельствуют о необходимости дополнительного информирования населения о рисках ВП.

**Ключевые слова:** внебольничная пневмония, стационарное лечение, амбулаторное лечение, медико-социальная характеристика, медико-организационная характеристика.

## MEDICAL AND SOCIAL CHARACTERISTICS AND ORGANIZATION OF MEDICAL CARE FOR PATIENTS WITH COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA IN A LARGE INDUSTRIAL CITY

Skladchuk Kristina Mikhailovna, Zyzyarova Sofia Dmitrievna, Kuchin Nikita Evgenievich

Department of Public Health and Healthcare

South Ural State Medical University

Chelyabinsk, Russia

### Abstract

**Introduction.** Community-acquired pneumonia (CAP) remains a pressing healthcare issue, particularly in industrialized cities with high environmental pollution. Despite relatively accessible medical care, challenges persist, including delayed seeking of care, inadequate prehospital diagnosis and treatment, and poor patient adherence to preventive measures. **The aim of the study** is to provide a comprehensive medical and organizational characterization of prehospital and hospital care for patients with bacterial CAP. **Material and methods.** The study involved patients with bacterial CAP (n=91)

admitted to two pulmonology departments. Data were collected through patient questionnaires and medical records. **Results.** Hospitalized CAP patients were predominantly female (55.1%), of working age (mean 45,7 years), and non-smokers (21.3%). Key findings included: high rates of self-medication (58.2%), delayed healthcare-seeking behavior (59,1%), low pneumococcal vaccination coverage (4.5%). These factors likely contributed to disease severity and hospitalization needs. **Conclusions.** 1. Working-age employed women with chronic comorbidities represent a high-risk group for CAP requiring hospitalization. 2. Self-medication, delayed medical attention, and low vaccination rates (4.5%) reflect insufficient awareness about CAP prevention. 3) Indicated the need for additional information to the public about the risks of CAP.

**Keywords:** community-acquired pneumonia, inpatient treatment, outpatient treatment, medical-social characteristics, medical-organizational characteristics.

## ВВЕДЕНИЕ

Болезни органов дыхания занимают 5-е место в структуре смертности по классам болезней в Российской Федерации (2023), при этом внебольничные пневмонии определяют до 40% летальных случаев в данной категории [1]. Заболеваемость внебольничной пневмонией в последние годы остается одной из значимых проблем общественного здоровья, что обусловлено ее высокой распространенностью, тяжестью течения и риском развития осложнений, особенно у уязвимых групп населения [2].

Согласно данным государственных докладов Управления Роспотребнадзора по Челябинской области, в регионе наблюдается устойчивый рост заболеваемости внебольничной пневмонией [3-6]. Анализ отчетных данных свидетельствует, что за последние 15 лет количество выявленных случаев внебольничной пневмонии в Челябинской области увеличилось более чем в 2,4 раза: с 7,7 тыс. случаев в 2009 году до 18,5 тыс. случаев в 2023 году [6]. Наиболее резкий рост заболеваемости внебольничными пневмониями отмечался в период пандемии COVID-19 (2020–2021 гг.), когда в регионе было зафиксировано до 67,9 тыс. случаев внебольничных пневмоний, что определяло крайне неблагоприятную эпидемиологическую обстановку и требовало пересмотра подходов к организации медицинской помощи данной категории пациентов [3,4].

Отдельного внимания заслуживает заболеваемость внебольничными пневмониями в г. Челябинске, которая в 2023 году достигла 637,5 на 100 тыс. населения, что превышало не только средние значения по Челябинской области (577,0 на 100 тыс.), но и общероссийский показатель (498,03 на 100 тыс.) [6]. Данная динамика согласуется с многолетними наблюдениями, согласно которым г. Челябинск традиционно демонстрирует более высокий уровень заболеваемости по сравнению со средними значениями по Челябинской области [3-6]. Кроме того, после значительного подъема заболеваемости внебольничными пневмониями в период пандемии COVID-19 и последующего ее закономерного снижения, в 2023 году вновь определилась тенденция к росту данного показателя как в Челябинске, так и в Челябинской области (на 92%).

Важным аспектом изучения заболеваемости внебольничными пневмониями является дифференциация этиологической структуры. Несмотря на значительный вклад вирусных форм заболевания [5] (особенно в период пандемии COVID-19), именно бактериальные пневмонии представляют особый интерес для процесса организации здравоохранения, что обусловлено поздней обращаемостью пациентов, трудностью амбулаторной диагностики, тяжестью течения (бактериальные формы чаще приводят к осложнениям и требуют госпитализации), проблемами антибиотикорезистентности, наличием возможности специфической профилактики. При этом, как показывают исследования, доля бактериальных пневмоний в общей структуре внебольничных пневмоний достигает 60-70%, а ведущими возбудителями остаются *S. pneumoniae* (35-40% случаев) и *H. influenzae* (15-20%) [7].

**Цель исследования** - представить, обобщенную медико-организационную характеристику догоспитального и госпитального этапов оказания медицинской помощи пациентам с внебольничными пневмониями бактериальной этиологии, проживающим в крупном промышленном городе (на примере г. Челябинска).

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

На базе пульмонологических отделений ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина г. Челябинск» (частная медицинская организация) и ГАУЗ ОКБ №3 (государственная медицинская организация), включенных в городскую схему маршрутизацию пациентов с внебольничной пневмонией и оказывающих медицинскую помощь за счет средств ОМС, проведено социально-гигиеническое исследование. В период с 01.11.2024 по 01.03.2025 обследован 91 пациент с диагнозом внебольничной пневмонии бактериальной этиологии. Обследование включало анкетирование пациентов с применением разработанной авторами анкеты и анализ данных медицинской документации (форма №003/у). Для обработки данных использован пакет Microsoft Excel. Полученные данные сгруппированы в сводные таблицы, на основании которых рассчитаны средние значения, интенсивные и экстенсивные показатели. Исследование одобрено этическим комитетом ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, получены информированные добровольные согласия пациентов.

## РЕЗУЛЬТАТЫ

Проведенное исследование позволило получить комплексную характеристику пациентов с внебольничной пневмонией, нуждающиеся в оказании специализированной медицинской помощи в условиях стационара. Проведенный анализ показал, что среди госпитализированных пациентов с внебольничной пневмонией преобладали лица женского пола - 49 (55,1%) со средним возрастом 45,7 лет. Социальный статус пациентов распределился следующим образом: 64 пациента (71,9%) - трудоустроены, 17 человек (19,1%) - пенсионеры, 7 опрошенных (5,6%) - безработные.

Большинство обследованных – 89 (96,6%) человек столкнулись в текущем году с пневмонией впервые. Анализ проведенных профилактических мероприятий показал, что против пневмококковой инфекции были привиты только 4 респондента (4,5%). Исследование распространенности факторов риска показало, что меньшая часть 19 (21,3%) пациентов были потребителями табака (курильщиками), причем 14 (73,7%) из них выкуривали менее одной пачки сигарет в день. Сопутствующая патология у пациентов из обследованной группы распределилась следующим образом: заболевания сердечно-сосудистой системы имели 18 (23,1%) человек, о патологии дыхательной системы сообщили 15 (20,8%) опрошенных, об эндокринных нарушениях – 7 (9,7%), о наличии онкологических заболеваний - 2 (2,8%).

Анализ этапов оказания медицинской помощи показал, что 62 (72,8%) пациентов перед госпитализацией проходили амбулаторное лечение в поликлинике. Клиническая картина при обращении за медицинской помощью характеризовалась выраженными симптомами интоксикации и респираторными проявлениями. Наиболее частыми симптомами были: подъем температуры тела до 40°C у 77 (86,5%) опрошенных, острый кашель - у 69 (77,5%) пациентов, общая слабость у 54 (60,7%) респондентов, повышенная утомляемость у 52 (53,9%) опрошенных. Респираторные симптомы включали: одышку - 28 (31,5%), отделение мокроты - 30 (33,7%), плевральные боли при дыхании - у 26 респондентов (29,2%). Средняя продолжительность периода от возникновения первых симптомов до обращения за амбулаторной медицинской помощью составила – 2-4 дня. В качестве основного симптома, побудившего обратиться за медицинской помощью выступал подъем температуры тела. Средняя продолжительность амбулаторного лечения перед госпитализацией составила 7,1 дней. На амбулаторном этапе - 36 (80,0%) пациентов получали антибактериальную терапию, 21 (46,7%) - противокашлевые препараты, 23 (51,1%) - жаропонижающие средства. Необходимо отметить, что значительная часть пациентов – 63 (58,2%), начинали прием лекарственных препаратов самостоятельно до обращения в медицинскую организацию и без назначения врача, ориентируясь на имеющиеся у них симптомы.

В ходе исследования было определено, что большая часть пациентов поступили в стационар по направлению от поликлинического подразделения медицинской организации, но 18 (16,4%) опрошенных были доставлены бригадой скорой медицинской помощи, а 9 (8,2%) респондентов обратились на госпитальный этап самостоятельно. Средняя продолжительность стационарного лечения составила 8,4 дня. Результаты стационарного

лечения большинством пациентов оценивались как удовлетворительные: улучшение самочувствия отмечали 84 (91,0%) пациентов, при этом положительная динамика у большинства опрошенных наблюдалась уже на 3 день госпитализации. Наиболее длительно сохраняющимися симптомами были: кашель у 79 пациентов (77,5%), одышка у 7 опрошенных (9,0%). На госпитальном этапе у всех пациентов были определены возбудитель заболевания, а именно *Streptococcus pneumoniae* 38 (37,3%) и *Mycoplasma pneumoniae* 28 (25,5%).

### **ОБСУЖДЕНИЕ**

Средний возраст пациентов (45,7 лет) указывает на значительную заболеваемость среди трудоспособного населения, что подчеркивает социально-экономическую значимость проблемы. При этом полученные данные о преобладании женщин (55,1%), а также некурящих пациентов (78,7%) среди госпитализированных пациентов несколько расходятся с традиционными представлениями о распространенности респираторных заболеваний. Выявленная высокая частота самолечения (58,2%) в начале заболевания, отсроченное обращение или, реже, не обращение за медицинской помощью на амбулаторном этапе, низкий показатель вакцинации от пневмококковой инфекции (4,5%), свидетельствуют о недостаточной настороженности населения в отношении внебольничных пневмоний, что, возможно, привело к более тяжелым формам заболевания и необходимости стационарного лечения. Необходимость госпитализации в ряде случаев также обуславливало наличие сопутствующих заболеваний (35,5%). Высокий процент удовлетворенности лечением (91%) и относительно короткие сроки госпитализации (в среднем 6 дней) свидетельствуют об адекватности применяемых в стационаре терапевтических подходов.

### **ВЫВОДЫ**

1. Группой риска развития внебольничной пневмонии с последующей необходимостью госпитализации в стационар в условиях крупного промышленного города являются пациенты преимущественно женского пола, трудоспособного возраста, работающие, некурящие, имеющие сопутствующие хронические заболевания.

2. Выявленная высокая частота самолечения (58,2%), позднее обращение за медицинской помощью, низкий показатель вакцинопрофилактики пневмококковой инфекции (4,5%), свидетельствуют о недостаточной настороженности населения в отношении внебольничных пневмоний.

3. Результаты проведенного исследования свидетельствуют о необходимости дополнительного информирования населения о незамедлительном обращении в медицинскую организацию при возникновении первых специфических симптомов заболевания, недопустимости самолечения, а также о мерах специфической профилактики, которые обусловлены риском внебольничной пневмонии.

### **СПИСОК ИСТОЧНИКОВ**

1. Синопальников Александр Игоревич. COVID-19 и внебольничная пневмония// Consilium Medicum. 2021. №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/covid-19-i-vnebolnichnaya-pnevmoniya> (дата обращения: 25.03.2025) – Текст. Электронный.
2. Савш П. А., Закиров Д. Р., Сайгов А. Р., Арямкина О. Л. Внебольничная пневмония в современных условиях // Вестник СурГУ. Медицина. 2021. №1 (47). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vnebolnichnaya-pnevmoniya-v-sovremennyh-usloviyah> (дата обращения: 25.03.2025) – Текст. Электронный.
3. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения города Челябинска в 2020 году» подготовлен Управлением Роспотребнадзора по Челябинской области (руководитель Семенов А.И.) и ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Челябинской области» (главный врач Валеуллина Н.Н.), 2021 – 154с
4. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения города Челябинска в 2021 году» подготовлен Управлением Роспотребнадзора по Челябинской области (руководитель Семенов А.И.) и ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Челябинской области» (главный врач Валеуллина Н.Н.), 2022 – 151
5. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Челябинской области в 2022 году» подготовлен Управлением Роспотребнадзора по Челябинской области (руководитель Семенов А.И.) и ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Челябинской области» (главный врач Валеуллина Н.Н.), 2023 – 239с
6. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения города Челябинска в 2023 году» подготовлен Управлением Роспотребнадзора по Челябинской области (руководитель Семенов А.И.) и ФБУЗ.
7. «Центр гигиены и эпидемиологии в Челябинской области» (главный врач Гелетюк И.В.), 2023 – 148с. Скопенко А. М. Основные возбудители внебольничных пневмоний // FORCIPE. 2019. №Приложение. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osnovnye-vozbuditeli-vnebolnichnyh-pnevmoniy> (дата обращения: 25.03.2025) - Текст. Электронный.

## Сведения об авторах

К.М. Складчук\* – студент

С.Д. Зызарова – студент

Н.Е. Кучин – кандидат медицинских наук, доцент

## Information about the authors

K.M. Skladchuk\* – Student

S.D. Zyzyarova – Student

N.E. Kuchin – Candidate of Sciences (Medicine), Associate Professor

\*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

gricceshenko@mail.ru

УДК 614.2

## ХАРАКТЕРИСТИКА СЕТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, ВНЕДРЯЮЩИХ НОВУЮ МОДЕЛЬ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ, НА УРОВНЕ СУБЪЕКТА РФ

Совина Валентина Алексеевна<sup>1,2</sup>, Курмангулов Альберт Ахметович<sup>2</sup>

<sup>1</sup>КГБУЗ «Красноярская межрайонная поликлиника № 5»,

Красноярск, Россия

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России

Тюмень, Россия

### Аннотация

**Введение.** В отечественной системе здравоохранения ресурсосберегающие технологии играют значимую роль в повышении доступности медицинской помощи. **Цель исследования** – изучить структуру сети медицинских организаций, внедряющих новую модель на территории Красноярского края за период с 2019 по 2024 год.

**Материал и методы.** Проведен анализ данных официального статистического наблюдения, представленных в форме № 30, № 47, Автоматизированной системы мониторинга медицинской статистики ФГБУ «Центральный НИИ организации информатизации здравоохранения» Минздрава России, нормативно-правовых актов министерства здравоохранения Красноярского края за период с 2019 по 2024 год. **Результаты.** Доля медицинских организаций, участвовавших во внедрении новой модели среди медицинских организаций, оказывающих помощь в стационарных и амбулаторных условиях, составила – 51 % (n = 44), среди медицинских организаций, оказывающих помощь в амбулаторных условиях – 34 % (n = 9). **Выводы.** Интеграция в проект неполного состава медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях, обусловлена условиями включения, которые учитывали наличие прикрепленного населения.

**Ключевые слова:** первичное звено, бережливые производство, ресурсосберегающие технологии, новая модель, национальный проект, федеральный проект, Красноярский край.

## CHARACTERISTICS OF THE NETWORK OF MEDICAL ORGANIZATIONS IMPLEMENTING A NEW MODEL IN PRIMARY CARE AT THE LEVEL OF THE SUBJECT OF THE RUSSIAN FEDERATION

Sovina Valentina Alekseevna<sup>1,2</sup>, Kurmangulov Albert Akhmetovich<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Krasnoyarsk Interdistrict Polyclinic No. 5

Krasnoyarsk, Russia

<sup>2</sup>Tyumen State Medical University

Tyumen, Russia

### Abstract

**Introduction.** In the domestic healthcare system, resource-saving technologies play a significant role in increasing the availability of medical care. **The aim of the study** is to study the structure of the network of medical organizations implementing the new model in the Krasnoyarsk Territory for the period from 2019 to 2024. **Material and methods.** The analysis of official statistical observation data presented in form No. 30, No. 47, the Automated Monitoring System for Medical Statistics of the Federal State Budgetary Institution "Central Research Institute of Healthcare Informatization Organization" of the Ministry of Health of the Russian Federation, and regulatory legal acts of the Ministry of Health of the Krasnoyarsk Territory for the period from 2019 to 2024. **Results.** The share of medical organizations involved in the implementation of the new model among medical organizations providing inpatient and outpatient care was 51% (n=44), among medical organizations providing outpatient care – 34% (n=9). **Conclusions.** The integration of an incomplete staff of medical organizations providing outpatient and inpatient medical care into the project is conditioned by the inclusion conditions that took into account the presence of an attached population.