

УДК: 615:312.2

**АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНОСТИ ОБЩЕТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО
ОТДЕЛЕНИЯ КБСМП**

Т.П. Денисова, Т.Г. Морозова, И.А. Литвинова, К.П. Брук

ГОУ ВПО СГМА Росздрава, кафедра госпитальной терапии

Резюме: Летальность – важный показатель работы любого отделения стационара. При исследовании выявлен высокий уровень летальности среди больных с пневмонией. Это связано с нерациональным ведением пациентов в приемном отделении, наличием факторов риска неблагоприятного исхода – безработицей, алкоголизмом, поздним поступлением в стационар.

Ключевые слова: смертность, пневмония, факторы риска.

**MORTALITY ANALYSIS OF EMERGENCY HOSPITAL'S GENERAL
THERAPEUTICS DEPARTMENT**

T.P. Denisova, T.G. Morozova, I.A. Litvinova, K.P. Bruk

Summary: Mortality is important criterion of any hospital function. The research is discovered high mortality level of patients with pneumonia. This situation depends on irrational management of patients in admitting office, presence of risk factors of unfavorable outcome such as unemployment, alcoholism, late admission.

Key words: mortality, pneumonia, risk factors.

Важным показателем работы любого врачебного стационара является уровень летальности. Летальность (лат. *letalis* смертельный) — частота смертей от какой-либо болезни среди всех лиц, болевших этой болезнью. В стационаре этот показатель используется для характеристики уровня организации и качества медпомощи больным, особенное внимание уделяется показателям досуточной летальности. Показатель летальности зависит от качества лечебно-диагностического процесса, как в стационаре, так и во внебольничных условиях, от состава больных, их возраста, нозологических форм, сроков госпитализации и др.

Материал и методы. Были ретроспективно проанализированы 135 историй больных, умерших в течение 2009 года в отделении общей терапии больницы скорой медицинской помощи. Все пациенты были разбиты на 4 группы в зависимости от основной патологии (1- пневмонии, 2 – цирроз печени (ЦП), 3 – ишемическая болезнь сердца (ИБС), 4 – сборная группа пациентов с отличной от перечисленных заболеваний патологией), отдельно проанализирована 5 группа пациентов, умерших в возрасте 80 лет и старше.

Результаты

В структуре умерших большую часть составили лица с пневмонией – 41 человек (30,4% всех скончавшихся), остальные группы были несколько меньше и примерно сравнимы по численности (по 30 чел -22,2% в группах ЦП и ИБС и 34 чел - 25,2% в группе сборной патологии, лиц старше 80 лет умерло 22 чел – 16,3%).

Среди умерших оказалось больше мужчин - 84 чел (62,2%), чем женщин – 51 чел (37,8%). Это отличается от структуры больных, поступивших и пролеченных в отделении, где преобладали женщины (57,5% по сравнению с мужчинами 42,4%), т.е. мужчины, хотя и поступали в отделение в меньшем количестве, умирали чаще, чем женщины. При анализе 1,2 и 4 групп пациентов выявлена та же закономерность увеличенной мужской летальности (80,4% ,60%, 52,9% соответственно); у больных с ИБС и старых пациентов женщины соответственно либо были сравнимы (50%), либо превалировали (68,2%) над мужчинами.

Средний возраст умерших составил 62,1 года , при этом женщины умирали в более старшем возрасте (ср. возр. 67,4 г.) – разница с мужчинами (ср. возр. 58,6 г.) составила чуть менее 9 лет. В группе ИБС и сборной патологии ожидаемо возраст больных был значительно выше среднего (74,4 г. и 68,2 г. соответственно). Следует отметить закономерное преобладание лиц нетрудоспособного возраста – старше 60 лет (73 из 135 пациентов - 54,1%), очевидно, за счет женщин, т.к. мужчины просто не доживали до 60 лет.

Только 9 умерших (6,7%) были ранее зарегистрированы как работающие, т.о. основную массу скончавшихся пациентов составляли неработающие и пенсионеры – 126 чел (93,3%), что наблюдалось при анализе всех групп.

Больных хроническим алкоголизмом оказалось чуть меньше половины – 59 чел (43,7% всех умерших). Однако число лиц, страдавших этой патологией, в разных группах было различное: наиболее часто хронический алкоголизм регистрировался у умерших с пневмонией (58,5%) и ЦП (96,7%), гораздо реже в 4 группе (17,6%) и не был обнаружен среди лиц, страдавших ИБС, и старых пациентов.

Средний койко-день скончавшихся составил 4,14 дня, досуточная летальность – 28,9%, т.е. почти треть всех летальных исходов происходит именно до истечения 1-х суток, а до 3-их суток умирает от 53,3% (в группе ЦП) до 68,2% (среди старых) больных, в среднем 62,2% всех впоследствии умерших пациентов (табл. 1).

Таблица 1.

	Общ	Пневмония	Цп	ИБС	Другие	Старые
Койко-день	4,14	3,8	5,2	3,7	3,4	3,68
до 1 сут	<u>28,9</u>	39	20	20	32,4	<u>27,3</u>
1-3 сут	33,3	24,4	33,3	46,6	32,4	<u>40,9</u>
4-7 сут	17,1	14,6	16,7	16,7	20,5	13,6
свыше 7 сут	20,7	22	30	16,7	14,7	18,2

Такой высокий процент летальности в первые несколько суток пребывания свидетельствует о несвоевременности оказания мед. помощи, что подтверждается и анализом сроков обращаемости пациентов: до истечения 1-х суток с момента появления симптомов заболевания вызвали бригаду СМП или обратились к врачу в поликлинику только 3,7% впоследствии умерших, причем в группе пневмоний и ЦП этот показатель оказался равен 0 (табл.2).

Таблица 2.

	Общ	Пневмония	ЦП	ИБС	Другие	Старые
День обращения	7,5	8,5	8,95	7,4	6,9	6,5
До 1 сут, %	<u>3,7</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	3,3	11,8	13,6
1-3 сут, %	25,9	29,3	33,3	23,3	17,6	9,1
4-6 сут, %	17,8	17,1	13,3	20	20,5	27,3
7-10 сут, %	16,3	22	6,7	16,7	17,6	27,3
Свыше 10 сут, %	23	19,5	36,7	26,7	11,8	13,6
Не известен	13,3	12,1	10	10	17,6	9,1

Более того, основная масса больных обращается за мед. помощью спустя 3(!) суток (от 49,9% в группе сборной патологии до 68,2% в группе пациентов старше 80 лет), в среднем 57,1%.

Основным каналом поступления лиц с неблагоприятным исходом остаётся СМП (75,6%), на долю направления из поликлиник приходится всего 14,8%, т.е. наиболее тяжёлый контингент больных не наблюдается на амбулаторном этапе.

Несколько настораживает тенденция перенаправления больных с таким заболеванием, как пневмония, из других ЛПУ в КБСМП – 6 чел. (14,6%), что не является оправданным, т.к. пневмония является общетерапевтической патологией и может лечиться в любом стационаре терапевтического профиля.

Большая часть впоследствии скончавшихся больных, несмотря на тяжелое состояние (зарегистрировано при поступлении в среднем у 68,2% пациентов, наиболее часто в группе больных с пневмонией – 82,9%), направляется не в АРО (только в среднем 44,4%), а в общетерапевтическое отделение – от 46,3% в группе пневмоний до 68,2% в группе старых пациентов, в среднем 65,4%).

Следует обратить внимание, что 33,7% больных, чаще из группы ИБС и старше 80 лет, с констатированным в приемном отделении тяжелым состоянием были направлены в терапевтическое отделение, откуда почти в половине случаев (41,9%) эти больные были все-таки переведены в АРО: чаще

это были пациенты с пневмонией – 6 из 11 чел. (55,5%), наиболее редко – больные старше 80 лет – только 1 из 5 чел (20%). Обращает на себя внимание тот факт, что в группе старых больных из 5 поступивших в тяжелом состоянии в терапию 4 умерло до суток (80%), в группе ИБС из 9 пациентов до суток скончались 4 (44,4%).

При анализе длительности пребывания больных в стационаре (койко-день) в зависимости от тяжести состояния койко-день ожидаемо уменьшался по мере ухудшения состояния больных во всех группах, за исключением пациентов с пневмонией, где наблюдалась обратная ситуация, что свидетельствует о недооценке тяжести состояния этих больных на начальных этапах пребывания в стационаре (рис. 1).

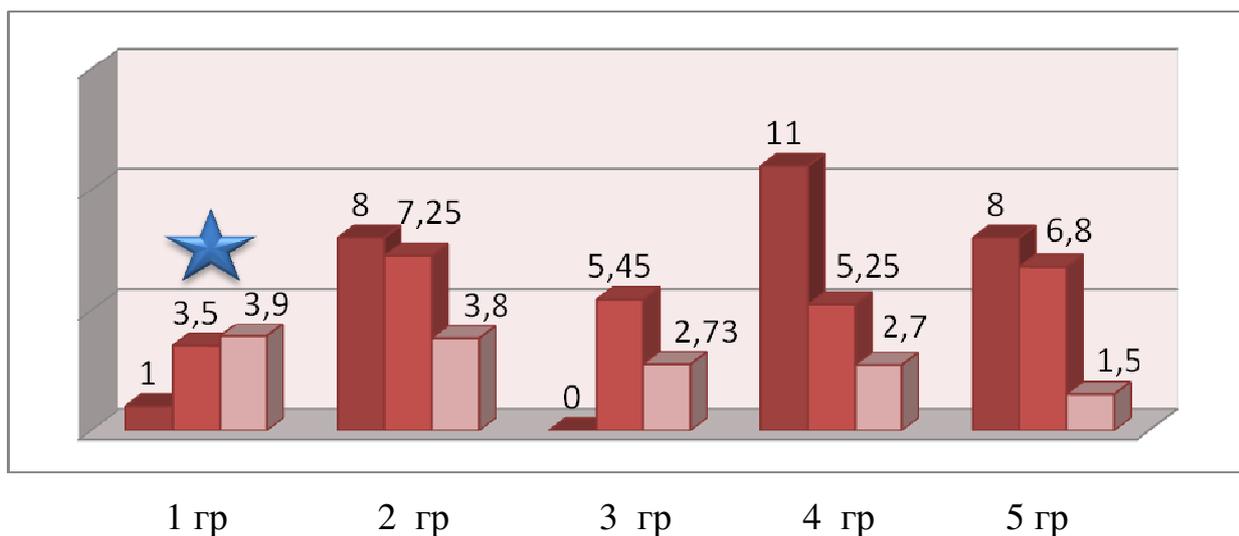


Рис.1. Анализ длительности пребывания больных в стационаре (койко-день) в зависимости от тяжести состояния

В заключение необходимо отметить, что в целом общий процент летальности общетерапевтического отделения в 2009 году не увеличился, а даже несколько снизился по сравнению с предыдущими годами. Так, в 2007 г. из поступивших в отделение 2002 больных умерло 110 человек (5,5%), в 2008 г – из 1952 пациентов скончались 119 (6,1%), в 2009 г – 141 из 3039 больных (4,6%).

Выводы. Таким образом, в общетерапевтическом отделении больницы скорой медицинской помощи достаточно высокий уровень летальности больных, особенно от пневмонии, объясняется тем, что большинство из них имели факторы риска неблагоприятного исхода заболевания: нигде не работали, страдали алкоголизмом, не обращались за амбулаторной помощью, поступали в стационар в поздние сроки. Кроме того, имеет значение и нерациональное ведение тяжелых пациентов в стационаре: перевод из приемного отделения не в реанимационное, а в общетерапевтическое отделение, что затягивает сроки оказания неотложной интенсивной помощи. Для сохранения наметившейся тенденции некоторого снижения общей летальности в терапевтическом отделении, помимо прочих условий, рекомендуется учитывать выводы проведенного анализа летальности.

УДК: 616.89:614.2.7

ТРЕВОЖНО – ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У РАБОТНИКОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Н.В. Семионенкова, И.А. Аргунова, Н.Е. Титова, Н.В. Хлопьева

ГОУ ВПО СГМА,

кафедра общей врачебной практики с курсом поликлинической терапии

Резюме: С помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS и шкалы депрессий Центра эпидемиологических исследований США CES-D проведено тестирование 110 медицинских работников. Частота клинически значимых проявлений тревоги по самоопроснику HADS составила 19,1%, сочетанных тревожно-депрессивных расстройств - 36,4%. Достоверно чаще тревожные расстройства выявлялись у женщин; лиц, не состоящих в браке; медработников с соматическими заболеваниями. Клинически значимые депрессии найдены по CES-D у 34,5%, что в 1,5 раза превышает частоту депрессий среди больных. Депрессии преобладают у людей старше 50 лет. Таким образом, тревожные расстройства встречаются в 3 раза чаще у