

ВЛИЯНИЕ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ НА ТЯЖЕСТЬ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ

Г.А. Пономарёва, М.А. Пискунова

Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П.Павлова, г. Рязань

Проведён анализ влияния организационных факторов риска на тяжесть острых респираторных инфекций у детей. Изучены дефекты антибактериальной терапии на догоспитальном этапе, причины несвоевременной госпитализации, зависимость тяжести заболевания от времени, прошедшего от начала заболевания до момента поступления в стационар.

Инфекции верхних дыхательных путей являются серьёзной проблемой для здравоохранения в связи с их широкой распространённостью и наносимым ими экономическим ущербом как отдельным лицам, так и обществу в целом [5, 6].

При обзоре отечественной и зарубежной литературы нами отмечено недостаточное внимание, уделяемое организационным факторам, влияющим на тяжесть течения острых респираторных заболеваний (ОРЗ). Между тем, современные условия требуют создания адекватной системы управления здравоохранением, призванной не столько реагировать на конечный результат медицинской помощи, сколько прогнозировать и устранять причины, способствующие возникновению дефектов при её оказании [4, 8].

Целью данного исследования является оценка влияния организационных факторов на тяжесть течения ОРЗ для разработки профилактических рекомендаций.

Материалы и методы

Исследование проведено на базе 60-кочного детского инфекционного ларингитного отделения МУЗ «Городская клиническая больница № 11», куда госпитализируются больные с угрожающими жизни проявлениями острых респираторных заболеваний и их бактериальными осложнениями, в том числе с острыми стенозирующими ларинготрахеитами.

Пациенты отделения составляют в среднем 2049 человек в год в период за 1996-2006гг. Основными каналами поступления являются: скорая помощь – 54,6 % пациентов; детские поликлиники города - 20,7 %.

Отмечено увеличение в 2,2 раза числа пациентов с тяжёлыми формами заболевания - от $95,2 \pm 6,9$ случаев на 1000 госпитализированных в 1996г. до $211,8 \pm 8,42$ случая в 2005г. ($p < 0,001$).

Исследуемая группа пациентов включала 482 ребёнка в возрасте от одного месяца до 14 лет. Основную группу составили дети с тяжёлым течением ОРЗ - 241 ребёнок, контрольную – 241 ребёнок со среднетяжёлым течением ОРЗ.

Контрольная группа уравновешивалась с основной по полу и возрасту.

Экспертиза качества оказания медицинской помощи проводилась по законченным случаям стационарного лечения. Изучались своевременность госпитализации,

дефекты проведения антибактериальной терапии на догоспитальном этапе при осложнённых ОРЗ, время от начала заболевания до момента поступления в стационар.

Различия между основной и контрольной группами считались достоверными при вероятности безошибочного прогноза более 0,95 ($p < 0,05$).

Результаты и обсуждение

Отечественными авторами отмечено, что ошибки в антибактериальной терапии инфекций дыхательных путей имеют наибольший удельный вес в структуре всех лечебно-тактических ошибок в пульмонологической практике и могут иметь не только чисто медицинские, но и различные социальные, деонтологические, экономические и другие аспекты [3,4].

Нами установлено, что при амбулаторном лечении при наличии признаков присоединения бактериальной инфекции антибиотики своевременно не назначены в основной группе в $9,72 \pm 1,24\%$, в контрольной – в $4,15 \pm 0,84\%$ случаев или в 2,4 раза чаще ($p < 0,001$) (табл. 1).

Основными причинами несвоевременного назначения антибиотиков при наличии клиники бактериального осложнения являлись: недооценка клинической симптоматики, ожидание результатов рентгеновского обследования или анализа крови (нередко 1-3 суток); выжидательная тактика при негативном отношении родителей к антибиотикам (боязнь дисбактериоза кишечника, аллергических проявлений) вместо того, чтобы убедить родителей в необходимости их назначения.

Таблица 1

Дефекты при проведении антибактериальной терапии на догоспитальном этапе (на 100 детей)

Дефект лечения	Основная группа	Контрольная группа	p
Неадекватный выбор	$3,24 \pm 0,72$	$8,30 \pm 1,18$	$< 0,001$
Несвоевременное назначение	$9,72 \pm 1,24$	$4,15 \pm 0,84$	$< 0,001$
Неадекватный режим дозирования	$2,83 \pm 0,68$	$5,39 \pm 0,95$	$< 0,05$
Неадекватная кратность введения	$2,43 \pm 0,63$	$4,56 \pm 0,88$	$< 0,05$

В основной группе больных выбор неадекватного состоянию антибиотика наблюдался в 2,6 раз реже, чем в группе больных со среднетяжёлой формой заболевания: в основной группе в $3,24 \pm 0,72\%$, в контрольной – в $8,30 \pm 1,18\%$ ($p < 0,001$); антибактериальный препарат назначен в недостаточной дозе в 1,9 раз реже: в основной группе в $2,83 \pm 0,68\%$, в контрольной – в $5,39 \pm 0,95\%$ ($p < 0,05$); необходимая кратность введения антибиотика не соблюдена в 1,9 раз реже: в основной группе в $2,43 \pm 0,63\%$, в контрольной в $4,56 \pm 0,88\%$ ($p < 0,05$).

При экспертной оценке выявлены следующие врачебные ошибки при выборе антибиотика:

- назначение незащищённых полусинтетических пенициллинов при вероятности формирования к ним устойчивой микрофлоры: при наличии предшествующей антибактериальной терапии; у часто длительно болеющих детей, недавно получавших эти препараты; при длительном малопродуктивном кашле (подозрение на атипичную микрофлору);
- назначение пероральных антибиотиков вместо парентеральных при прогнозировании неблагоприятного течения заболевания при среднетяжёлых формах

- болезни: детям первого года жизни; детям с тяжёлой сопутствующей патологией; при гнойно-септических заболеваниях в анамнезе;
- отсутствие своевременной смены антибиотика при неэффективности в течение 72 часов;
 - назначение высокотоксичных фторхинолонов в возрасте до 12 лет;
 - назначение местных антибиотиков (фюзафюнжин и др.) вместо системных при поражении нижних дыхательных путей.

Среди причин несвоевременной госпитализации наибольшее влияние на тяжесть ОРЗ оказывал фактор самолечения и, как его результат, запоздалое обращение родителей за медицинской помощью (табл. 2). Родители лечили ребёнка самостоятельно до момента госпитализации в основной группе в $19,03 \pm 1,70\%$ или в 1,9 раз чаще, чем в контрольной группе - в $9,96 \pm 1,28\%$ наблюдений ($p < 0,001$).

Таблица 2

Причины несвоевременной госпитализации (на 100 детей)

Фактор	Основная группа	Контрольная группа	p
Самолечение	$19,03 \pm 1,70$	$9,96 \pm 1,28$	$< 0,001$
Самовольный уход из стационара	$2,83 \pm 0,68$	$0,41 \pm 0,27\%$	$< 0,01$
Несвоевременное направление при неадекватной оценке тяжести состояния	$13,77 \pm 1,46\%$	$7,88 \pm 1,15\%$	$< 0,01$
Отказ родителей от госпитализации с последующим поступлением в стационар	$1,21 \pm 0,45\%$	$3,73 \pm 0,80\%$	$< 0,01$

По данным исследования, в основной группе родители применяли средства «народной медицины» в 3 раза чаще (в $8,50 \pm 1,16\%$ случаев), чем в контрольной (в $2,90 \pm 0,70\%$, $p < 0,001$). Использовались горчичники, перцовый пластырь, растирания жиром, бальзамом «Звёздочка» и другими пахучими мазями, мёд (с молоком, с редькой, с лимоном) внутрь, настои сборов лекарственных трав и другие.

Недооценка тяжести состояния педиатром и несвоевременное направление в стационар отмечены в основной группе в $13,77 \pm 1,46\%$ или в 1,8 раз чаще, чем в контрольной (в $7,88 \pm 1,15\%$, $p < 0,01$) (см. табл. 2).

Экспертиза показала, что госпитализацию можно считать несвоевременной, если она не была предложена при следующих состояниях:

- различных проявлениях токсикоза;
- наличии дыхательной недостаточности I-II степени;
- наличии сердечно-сосудистой недостаточности;
- признаках стенозирующего ларинготрахеита;
- подозрении на осложнения пневмонии (плеврит, пневмоторакс, абсцедирование).

Показаниями для госпитализации следует считать неблагоприятные социально-бытовые условия, тяжёлые сопутствующие хронические заболевания.

Самовольный уход из стационара с последующим возвращением имел место в основной группе в $2,83 \pm 0,68\%$ наблюдений или в 6,9 раз чаще, чем в контрольной - в $0,41 \pm 0,27\%$ ($p < 0,01$). Причинами самовольного ухода являются такие негативные факторы, как низкая степень комфортности пребывания ребёнка в больничной среде; психологическая травма, связанная с госпитализацией; однообразное пита-

ние; неудовлетворительные санитарно-гигиенические условия для совместного пребывания ребёнка с матерью [1]. Это сопровождается временным прекращением лечения, отсутствием адекватного наблюдения, своевременной коррекции лечения, часто недостаточной профессиональной подготовкой участкового врача, что не только обуславливает дальнейшее ухудшение состояния, но и повышает уровень материальных затрат на лечение ребёнка, удлиняет сроки лечения.

Отказ родителей от госпитализации ребёнка с последующим поступлением в стационар в более поздние сроки чаще наблюдался при среднетяжёлой форме заболевания, так как при отсутствии угрожающей симптоматики родители пытались лечить ребёнка амбулаторно и, только при неэффективности лечения, госпитализировали (с основной группе - $1,21 \pm 0,45\%$ случаев, в контрольной группе - $3,73 \pm 0,80\%$, $p < 0,01$).

Таким образом, несвоевременная госпитализация по разным причинам имела место в основной группе в $36,84 \pm 2,27\%$, в контрольной - в $21,99 \pm 1,86\%$ случаев ($p < 0,001$) или в 1,7 раз чаще.

Анализируя последствия несвоевременной госпитализации, мы установили, что смерть больного имела место в трёх ($1,21 \pm 0,45\%$) случаях; необходимость в хирургическом вмешательстве при гнойных осложнениях потребовалась у $2,02 \pm 0,57\%$ пациентов; удлинение сроков пребывания на койке наблюдалось в $6,88 \pm 1,05\%$ случаев; в госпитализации в отделение реанимации и интенсивной терапии нуждались $4,86 \pm 0,88\%$ больных. Таким образом, на неблагоприятное течение заболевания несвоевременная госпитализация оказала влияние в $15,35 \pm 1,57\%$ наблюдений.

При анализе времени, прошедшем от начала заболевания до момента поступления в стационар, отмечено, что при тяжёлых формах ОРЗ пик госпитализации приходился на первые 12 часов от начала заболевания - в этот промежуток времени в основной группе госпитализировано $11,74 \pm 1,35\%$ пациентов, в контрольной $0,47 \pm 0,27\%$ или в 28,6 раз больше ($p < 0,001$). Именно в этот временной период наиболее велика необходимость в неотложных мероприятиях. Дети со среднетяжёлым течением заболевания чаще поступали в стационар после третьих суток от начала заболевания в результате неэффективности амбулаторного лечения.

По результатам отечественных исследователей [7], задержка в госпитализации детей с инфекционной патологией в значительной мере обусловлена недооценкой родителями различных симптомов заболевания у ребёнка. В то же время, на сроки госпитализации оказывают влияние доступность медицинской помощи, социальный статус и психологические особенности личности матери.

Нами установлено, что чем раньше госпитализирован больной с острым стенозирующим ларинготрахеитом, тем более благоприятно в дальнейшем протекает заболевание, так как начатая с первых часов согласно территориальному стандарту терапия - введение глюкокортикоидов, ингаляции с $0,1\%$ раствором адреналина гидрохлорида, уже на этапе скорой помощи снимает угрожающую симптоматику и предотвращает прогрессирование заболевания. В основной группе в первые 12 часов от начала заболевания госпитализировано в 2,5 раз меньше больных с ларинготрахеитом, чем в контрольной - $12,15 \pm 1,38\%$ и $29,88 \pm 2,7\%$ детей соответственно ($p < 0,001$).

Уже после первых 12 часов от начала заболевания прогноз ухудшается. Особенно тяжело стенозирующий ларинготрахеит протекает, если больной стал получать адекватную терапию только после первых суток от начала заболевания - такие

пациенты в основной группе составили $8,91 \pm 1,19\%$ детей, в контрольной $3,73 \pm 0,80\%$ ($p < 0,001$).

Выводы

1. Качество медицинской помощи на догоспитальном этапе существенно влияет на тяжесть острых респираторных заболеваний у детей. При тяжёлых формах осложнённых бактериальными инфекциями ОРЗ прогрессированию патологического процесса способствует несвоевременное назначение антибиотиков. При среднетяжёлых случаях причинами неэффективности амбулаторного лечения, приводящими к госпитализации, чаще являются неадекватный выбор антибиотика, недостаточные разовая доза и кратность введения.
2. Для своевременной госпитализации больных с острыми респираторными заболеваниями необходимо проведение комплексных организационных мероприятий, направленных на повышение медицинской грамотности населения, совершенствование знаний врачей-педиатров первичного звена в области диагностики и лечения ОРЗ, особенно с признаками острого стенозирующего ларинготрахеита.
3. В связи со значительным ухудшением прогноза при позднем поступлении необходима ранняя госпитализация больных с острым стенозирующим ларинготрахеитом. Внедрение территориального стандарта медицинской помощи при данной патологии способствует снижению летальности и доли оперативных вмешательств.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов А.А. Пути оптимизации стационарной помощи детям / А.А. Баранов, С.А. Валиуллина, Н.Н. Ваганов и др. – М.: Литтерра, 2006. -208 с.
2. Дворецкий Л.И. Ошибки антибактериальной терапии инфекций дыхательных путей в амбулаторной практике / Л.И. Дворецкий, С.В. Яковлев // Инфекции и антимикробная терапия. – 2001. – том 3, № 2. – С. 49-54.
3. Коровина Н.А. Антибактериальная терапия пневмоний у детей (пособие для врачей) / Н.А. Коровина, А.Л. Заплатников, И.Н. Захарова. – М.: Медпрактика-М, 2006. – 48 с.
4. Митин Ю.В. Острый ларинготрахеит у детей / Ю.В. Митин. – М.: Медицина, 1986. – 208 с.
5. Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика: пособие для врачей / Баранов А.А. и др. – М., 2002. – 70 с.
6. Селькова Е.П. Профилактика респираторных заболеваний в период эпидемического подъёма: Метод. рекомендации / Е.П.Селькова. – М., 2003. – 36 с.
7. Цымбал Д.Е. Влияние медико-социальных факторов на сроки экстренной госпитализации детей с инфекционными заболеваниями / Д.Е.Цымбал // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2007. - № 4. – С. 31-33.
8. Чичерин Л.П. Актуальные вопросы развития медицинской помощи детям и подросткам /Л.П. Чичерин, А.Л. Линденбрaten, И.А. Лешкевич //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2001. - №5. – С.46-50.

**THE INFLUENCE OF THE QUALITY OF MEDICAL AID ON A PRE-HOSPITAL STAGE
UPON THE HEAVINESS OF ACUTE RESPIRATORY INFECTIONS WITH CHILDREN**

G.A. Ponomareva, M.A. Piskunova

In the given thesis there has been analysed the influence of principal factors of risk on the heaviness of acute respiratory diseases with children.

There have also been investigated the defects of anti-bacteriological therapy on a pre-hospital stage, the causes of belated hospitalization, the dependency of the heaviness of diseases on the time that has passed from the start of the disease up to the arrival of the patient to hospital.