

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**МОСКОВСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ
ПЕДИАТРИИ И ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ**

**ДЕТСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**КРАСНОЯРСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ АДМИНИСТРАЦИИ
КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ**

ПУЛЬМОНОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА: ПРОБЛЕМЫ И РЕШЕНИЯ

*Под редакцией
Ю.Л.Мизерницкого
А.Д.Царегородцева*

Выпуск 4.

*Москва
2004 г.*

Показатели эффективности реализации антиастматической программы в г.Смоленске

Косенкова Т.В., Пунин А.А., Олейникова В.М., Маринич В.В.,

Старовойтова В.И., Ковалева С.В., Листратенков В.В.

Управление здравоохранения при администрации г. Смоленска.

*Респираторно-образовательный центр Детской клинической больницы
Смоленская государственная медицинская академия*

Внедрение в практическую медицину положений GINA открывает широкие перспективы достижения контроля над бронхиальной астмой (БА), реализация которых предполагает выполнение ряда условий: владение врачом современными технологиями лечения, строгое соблюдение пациентом назначений и рекомендаций, финансовая поддержка льготного отпуска лекарственных средств органами власти. В настоящее время накоплен достаточный опыт решения данных задач через социальные программы. Однако, что же может служить критериями контроля их эффективности? Качество жизни больного БА, финансовые издержки семьи или бюджета здравоохранения, показатели госпитализации и инвалидизации? На наш взгляд, наглядным и в тоже время социально значимым является обращаемость больных за экстренной медицинской помощью.

Нами проведен анализ экстренных выездов бригад станции скорой медицинской помощи (СМП) г.Смоленска за период реализации респираторно-образовательным центром (РОЦ) детской антиастматической программы (2000-2004 г.).

Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета Statgraphics Plus. Статистическая достоверность изменений оценивалась с использованием парного t-теста Стьюдента (paired t-test).

Реализация антиастматической программы осуществлялась по трем основным направлениям и предусматривала: образовательные программы для детей, страдающих БА и их родителей; врачей поликлиник и стационаров; льготное лекарственное обеспечение больных препаратами базисной противовоспалительной терапии с учетом оценки экстренной госпитализации (по материалам историй болезни детских стационаров города и по картам вызовов бригад СМП).

На конец 2003 года в РОЦ наблюдалось 669 детей, страдающих БА различной степени тяжести. Среди них мальчиков – 407 (66%), девочек – 262 (34%). Дети с легкой БА составили 73% (490 детей), среднетяжелой - 21% (142 ребенка) и тяжелой 6% (37 детей). За 2003 год взято вновь на учет 245 пациентов.

Средства доставки лекарственных препаратов имели 100%, средства контроля за течением заболевания - 72% детей (старше 6-7-ми летнего возраста).

Базисную терапию получали постоянно 100% детей с тяжелой и среднетяжелой БА. Дети с легкой формой заболевания получают базисную терапию только при персистирующем течении.

Внедряемые врачами РОЦ информационные технологии включают:

1. программы для пациентов и их родителей с проведением индивидуальных и групповых занятий с обеспечением образовательными пособиями (методические рекомендации, видеофильмы);
2. программы для врачей поликлиник и стационаров города с ежегодными городскими научно-практическими конференциями по актуальным вопросам диагностики и лечения БА и аллергического ринита с участием ведущих специалистов России; ежегодное обучение врачей на однодневной школе-семинаре по вопросам диагностики и лечения БА; издание методических рекомендаций и пособий;
3. выступление в средствах массовой информации (телевидение, газеты) по актуальным вопросам БА.

Снабжение лекарственными препаратами всех детей, страдающих БА, проводится бесплатно, централизованно, адресно, в соответствии со степенью тяжести заболевания.

Для подтверждения диагноза дети обследуются на базе стационаров, РОЦ, центральной научно-исследовательской лаборатории Смоленской государственной медицинской академии.

Реабилитационные мероприятия дети, страдающие БА, получают на базе дневного стационара в виде галотерапии, аэроионотерапии, ЛФК, массажа, тренинга биологической обратной связи, а также в диспансере «Здоровье», санаториях Российской Федерации.

При анализе обращаемости за экстренной медицинской помощью было установлено, что за последние 3 года количество вызовов скорой помощи к детям, страдающим БА, снизилось практически в 5 раз (с 198 в 2000 г. до 45

в 2003 г.). На протяжении всех лет наблюдения число выездов СМП к мальчикам преобладало над девочками. При этом в последние годы количество детей, госпитализированных в стационар бригадой СМП, возросло в 2 раза (с 25% в 2000 г. до 49% в 2003 г.). Это на наш взгляд, может свидетельствовать об увеличении обоснованности вызова к больному БА, о возрастании значимости амбулаторной службы в оказании помощи ребенку, а также о приобретении пациентами и их родителями навыков оказания первой помощи при развитии легких приступов.

Изучение распределения обращений больных БА на станцию СМП в течение суток показало, что количество вызовов значительно возрастало в вечернее время (с 18 до 23 ч.). Однако это не соответствует «биологическим часам» БА, но может быть связано с социальными факторами: приход родителей с работы, детей из школы и адекватная оценка тяжести состояния пациента

Анализ обращений на станцию СМП в течение года позволил выявить сезонные колебания. Максимальное число обращений пришлось на осенние месяцы. Однако в 2002 г. максимальное количество вызовов отмечалось в летние месяцы, что было связано с неблагоприятной экологической ситуацией – горели торфяники вблизи города. Преобладание доли экстренных вызовов к больным БА осенью очевидно связано с ростом вирусных и бактериальных инфекций в этот период года. В то же время (при назначении адекватной базисной противовоспалительной терапии) не отмечено роста вызовов СМП в весенне-летнее время, в период поллинизация деревьев и трав.

Индивидуальный анализ вызовов СМП позволил установить, что до 2003 г. существовал контингент детей (5-7 больных), обеспечивающий 25-50% вызовов СМП.

Проведение образовательных программ среди пациентов, родителей и врачей города, назначение адекватной степени тяжести заболевания базисной противовоспалительной терапии, бесплатное и адресное лекарственное обеспечение позволило не только снизить количество вызовов СМП, но и ликвидировать повторные необоснованные обращения за экстренной медицинской помощью. Так, ребенок Василий А., 14 лет, страдающий тяжелой БА, в 2002 году обращался за экстренной медицинской помощью 9 раз, неоднократно госпитализировался в стационар в течение года. Назначение адекватной базисной терапии, проведение индивидуальных образовательных программ привело к стабилизации состояния, наступлению медикаментозной, а в последствии и клинической ремиссии и отсутствию обращений на СМП и госпитализаций в стационар в 2003 году. Ребенок Алексей П., 16 лет, с тяжелой БА в 2002 году вызывал бригаду СМП 30 раз. Проведение аналогичных мероприятий привело к отсутствию вызовов в 2003 году и контролю над заболеванием.

Следовательно, четырехлетний опыт работы респираторно-образовательного центра города по реализации антиастматической программы в рамках основных положений GINA позволяет сказать, что широкое внедрение обра-

зовательных программ среди пациентов и их родителей, врачей стационаров и поликлиник города, назначение адекватной степени тяжести заболевания базисной противовоспалительной терапии приводит к достижению контроля над заболеванием, что сопровождается снижением числа вызовов СМП. Анализ структуры вызовов СМП может быть тонким механизмом оценки эффективности работы всех служб в рамках целевой региональной антиастматической программы.