

УДК 616-007-053.1-053.31-07

*Р. Ш. Сагимова, Р. К. Мусабекова, Р. К. Есжанова, Л. Ж. Умбетова,  
Ж. Ж. Сатиева*

Казахский национальный медицинский университет  
им. С. Д. Асфендиярова, ГП № 22

## ОПЫТ РАБОТЫ СТАЦИОНАРА НА ДОМУ ДЛЯ ДЕТЕЙ С ПНЕВМОНИЕЙ

### АННОТАЦИЯ

В статье анализируется опыт использования стационар-замещающих технологий в организации медицинской помощи детям в условиях амбулаторно-поликлинического учреждения. Дается сравнительная характеристика эффективности лечения детей с пневмонией в стационаре на дому и амбулаторно с посещением поликлиники в условиях ПМСП. Морфофункциональная незрелость и иммунная недостаточность детского организма определяют тяжесть течения пневмонии у детей. Наблюдались в основной группе 36 детей в возрасте от 3 до 15 лет с подтвержденной рентгенологически, в контрольной группе 34 детей. Анализированы результаты работы стационара на дому для детей с пневмонией.

**Ключевые слова:** стационар-замещающая технология, дети, пневмония, стационар на дому.

**Введение.** Для системы здравоохранения остро стоит проблема эффективного распределения ограниченных ресурсов для повышения доступности и качества медицинской помощи.

Совершенствование организации медицинской помощи детям предусматривает оптимизацию деятельности первичной медико-профилактической помощи и в настоящее время не вызывает дискуссий. Социально-экономические преобразования, проводимые в нашей стране, повлияли на широкое внедрение стационар-замещающих и ресурсосберегающих технологий в педиатрической практике [1].

**Актуальность.** Актуальность проблемы острого неспецифического воспаления легочной ткани объясняется не только высоким уровнем заболеваемости, но и показателями летальности от пневмонии среди детей раннего возраста, а также высокой стоимостью лечения.

ТОО «МедИнформ» в Республике Казахстан в 2014 г. зарегистрировано 43054 случая заболевания пневмонией у детей в возрасте до 5 лет. Общая численность случаев смерти детей до 5 лет в 2014 г. составила 4830 детей, от пневмонии умерло 208 детей, хотя имеет место снижение [<http://www.medinfo.kz/medstat.jsp>]. Такое положение дел заставляет постоянно оптимизировать тактику ведения внебольничной пневмонии и повысить эффективность диагностики и лечения. На современном этапе актуальна орга-

низация в поликлиниках стационаров на дому для детей с внебольничной пневмонией. Отмечается увеличение наиболее оправдавших себя форм оказания медицинской помощи – дневных стационаров в амбулаторно-поликлинических и больничных организациях, а также открытие хозрасчетных отделений в больничных организациях [2-4].

Средняя длительность госпитализации в Казахстане по-прежнему высока по сравнению со многими странами. В 2012 г. этот показатель составлял 12,3 сут. по сравнению с 8,2 сут. в странах Европейского союза. Материалы отчетных данных Medinfo показывают, что средняя продолжительность пребывания больных в стационарах в целом по стране за последние годы имеет тенденцию к снижению: в 2012 г. – 11,2 дня по сравнению в 16,0 в 1990 г. Обычно величина этого показателя зависит от типа и профиля больницы, организации работы стационара, тяжести заболевания и качества лечебно-диагностического процесса [[www.medinfo.kz](http://www.medinfo.kz)]

Следует отметить, что стационарная помощь в Республике Казахстан оказывается по 71 профильному отделению для взрослых и по 30 профильным отделениям для детей [3].

Стационар на дому предназначен для проведения диагностических и лечебных мероприятий больным, не требующим круглосуточного

медицинского наблюдения и нуждающимся в домашнем уходе, с применением современных медицинских технологий в соответствии со стандартами и протоколами ведения больных.

По данным литературы, госпитализация в круглосуточный стационар не всегда бывает оправданной, около 25 % больных поступают в стационар только потому, что им невозможно обеспечить медико-социальный уход в домашних условиях [1].

Между тем среди детей, необоснованно госпитализированных в круглосуточные детские стационары, преобладают пациенты с заболеваниями органов дыхания – до 74,2 %. Этому во многом способствует боязнь врачей лечить детей в амбулаторных условиях [2]. Однако в период эпидемических вспышек острых респираторных заболеваний (ОРЗ) с целью предупреждения возникновения внутрибольничных инфекций детей, не требующих круглосуточного наблюдения, более безопасно лечить на дому [3]. Большая потребность в стационарах на дому актуальна для семей, имеющих 2 и более детей. В связи с чем родители отказываются от госпитализации, мотивируя свое решение отсутствием возможности оставлять других детей без попечения.

Цель организации стационара на дому для детей – повышение качества оказания медицинской помощи больным в условиях пребывания на дому, профилактика внутрибольничного инфицирования.

Курс лечения в стационаре на дому рассчитан индивидуально по каждому случаю отдельно и основному диагнозу (7-10 дней).

Медицинская помощь в стационаре на дому оказывается пациентам, которые по разным причинам не могут сами посещать поликлинику и при этом не нуждаются в круглосуточном пребывании в больнице.

Условиями для организации стационара на дому является наличие удовлетворительных бытовых условий и возможности ухода за пациентом членами семьи и согласие родителей.

**Показания для госпитализации детей в стационар на дому.** Больные старше 3-х лет средней тяжести при отсутствии показаний или возможности для госпитализации в стационар круглосуточного пребывания. В перечень заболеваний, подлежащих лечению на дому, входят:

— болезни органов дыхания (внебольничная пневмония не осложненная средней тяжести;

— острый бронхит, обструктивный бронхит, острый ларинготрахеит, без стеноза гортани);  
— инфекционные заболевания (ОРВИ у детей старше 3-х лет, ОРВИ, затяжное течение;  
— ангины не осложненные, ОКИ не осложненные (без токсикоза).

При организации стационара на дому врач ставит диагноз пациенту, оценивает – можно ли ребенку лечиться в стационаре на дому или все-таки необходима госпитализация. С родителями обговаривается план обследования и лечения: анализы и процедуры, которые необходимы ребенку. Лечащий врач ежедневно осматривает больного ребенка, при необходимости проводит дополнительные исследования, контролирует ход лечения и вносит коррективы, медицинская сестра выполняет процедуры.

На каждого больного стационара на дому ведется «Карта больного стационара на дому», в которой лечащий врач записывает назначения, диагностические исследования, процедуры, лечебно-оздоровительные мероприятия. Лечащий врач, врачи-специалисты, консультирующие больного, средние медицинские работники, выполняющие назначения врачей, ставят дату осмотра (выполнения назначений) и свою подпись. Карта выдается больному на руки на время пребывания в стационаре на дому. Когда ребенок выздоравливает, он получает медицинскую выписку, где указываются диагноз, результаты лабораторного и рентгенологического исследования, проведенные процедуры, а также рекомендации по профилактике.

Учитываются затраты времени врача и медицинской сестры на дорогу. Лечебное учреждение, структурным подразделением которого является стационар на дому, обеспечивает медицинский персонал транспортом.

**Цель исследования:** анализ опыта работы стационара на дому для детей с пневмонией.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось за период с декабря 2013 г. по декабрь 2014 г. в педиатрических участках ГП № 22. Стационар-замещающая терапия проводилась детям 3-15 лет с внебольничной пневмонией средней тяжести без осложнения. В работе использованы материалы официальной статистики, отчетной документация лечебно-профилактического учреждения, педиатрических участков ГП № 22 г. Алматы, первичные медицинские документы.

**Предмет исследования** – детское население, получившее педиатрическую помощь.

**Объект исследования** – система организации оказания педиатрической помощи в ГП № 22. За единицу наблюдения брались зафиксированный случай оказания медицинской помощи в стационаре на дому.

**Дизайн исследования:** описательный, проспективный. Вид выборки сплошной.

**Критерии включения:** дети 3-15 лет с внебольничной пневмонией средней тяжести, с подтвержденным рентгенологическим исследованием.

**Критерии исключения:** дети с пневмонией до 3-х лет, с тяжелыми формами и с осложнениями, врожденными пороками развития и наследственными заболеваниями.

Для исследования применялись следующие методы: информационно-аналитический, статистический. Информационно-аналитический метод исследования использовался для поиска внутренних резервов и выбора приоритетных направлений развития стационар-замещающих технологий в организации оказания медицинской помощи детям. В работе использовались следующие виды аналитического метода: внешний анализ – для характеристики структуры стационар-замещающей помощи детскому населению; внутренний анализ – характеристика каждого случая внебольничной пневмонии и эффективности стационар-замещающей технологии оказания медицинской помощи детскому населению ГП № 22.

**Результаты исследования и обсуждения.** За период с декабря 2013 г. по декабрь 2014 г. Стационар-замещающая помощь в ГП № 22 оказана на дому 483 пациентам, из них 184 детей. Имеется тенденция к увеличению на 12 % числа пациентов, пролеченных в амбулаторных условиях, по сравнению с 2013 г.

Отбор пациентов для лечения в стационаре на дому проводился заведующим педиатрическим отделением по представлению участковых врачей-педиатров, врачей общей практики с учетом показаний для госпитализации в стационар на дому, оформили в ф. 112-у и заполнялась «Карта стационарного больного на дому». В основной группе с диагнозом внебольничная пневмония наблюдались 36 больных, пролеченных в стационаре на дому. В контрольной группе были 34 ребенка, получившие амбулаторное лечение на дому с посещением поликлиники с диагно-

зом: «Внебольничная пневмония средней тяжести», с подтвержденной рентгенологическим исследованием. Распределение детей по возрасту представлено в табл. 1.

Таблица 1

Распределение детей по возрасту

Возраст, лет	Численность больных, пролеченных:			
	амбулаторно на дому с посещением поликлиники (контрольная группа) n=34		в стационаре на дому (основная группа) n=36	
	абс.	%	абс.	%
3-6	19	55,8	24	66
7-10	11	32,3	9	25
11-15	4	11,7	3	9

По половому составу пациенты в основной группе различий не имели, мальчиков – 19 (52,7 %), девочек – 17 (47 %). В контрольной группе мальчиков – 18 (52,9 %), девочек – 16 (47,1 %).

При изучении анамнеза заболевания у подавляющего большинства детей отмечалось как острое 19 (52,7 %), так и постепенное 17 (47,2 %) начало пневмонии. Типичным для обеих групп было начало процесса с острой респираторной вирусной инфекцией с присоединением бронхита на 5-8-е сут. заболевания и повторным подъемом температуры тела через 2-3 дня, развитием интоксикации. У большинства детей интоксикация проявлялась такими симптомами, как: ухудшение самочувствия, слабость, снижение аппетита, нарушение сна, недомогание и головная боль.

В основной группе 25 детей (69,4 %) обратились за медицинской помощью на 5-6-й день заболевания, 8 детей (22,2 %) обратились на 7-й день заболевания, остальные 3 детей до 9-11 дня занимались самолечением, обратились в связи с учащением кашля, ухудшением состояния. В контрольной группе пациенты в амбулаторных условиях с диагнозом ОРВИ пролечено 3-4 дня получили 8 детей (23,5 %) противовирусную и симптоматическую терапию, 23 детей (68,3 %) обратились на 5-6-й день заболевания, 3 пациента (8,8 %) обратились на 7-8-й день заболевания.

При поступлении в стационар на дому в основной группе не лихорадили 17 (47,2 %) детей, субфебрильную температуру тела имели – 8

(22,2 %), фебрильная температура тела была отмечена у 7 (19,4 %) и высокая температура тела – у 4 (11,1 %) больных. Среди детей контрольной группы повышение температуры тела до 39 °С наблюдалось у 18 (52,9 %) больных, с нормальной температурой – у 7 (20,5 %). Субфебрильную температуру тела имели 5 (14,7 %) детей.

Большинство из пациентов основной группы имели плохие жилищно-бытовые условия проживания, низкий социально-экономический уровень, наличие старшего ребенка в семье, посещающего детское учреждение. В контрольной группе были дети с благоприятными социально-бытовыми условиями. Распределение детей по клиническим признакам пневмонии представлено в табл. 2.

Таблица 2

**Распределение детей по клиническим признакам пневмонии, чел./%**

Клинический признак		Основная группа	Контрольная группа
Кашель	Сухой	12 (33,3%)	9 (26,4%)
	Влажный	14(38,8%)	11(32,3%)
	Приступообразный	4(11,1%)	3(8,8%)
	Малопродуктивный	10(27,7%)	9 (26,4%)
Перкуторный звук	Укорочение	30 (83,3%)	29 (85,2%)
	Коробочный	5(13,8%)	4 ( 11,7%)
	Легочный	1(2,7%)	1(2,9%)
Дыхание	Ослабленное	32 (88,9%)	31 (91,2%)
	Жесткое	4 (11,1%)	3 (8,8%)
Хрипы	Влажные	23 (63,8%)	24 (70,5%)
	Сухие	11 (30,5%)	7 (20,5%)
	Диффузные	-	-
	Нет хрипов	2 (5,5%)	3 (8,8%)

Характер поражения легких по результатам рентгенологического исследования показал, что в основной группе локализация инфильтративных теней у большинства 23 (63,8 %) детей двусторонняя, у 9 (25 %) – правосторонняя, у 4 (11,1 %) – левосторонняя. При односторонних 10 (27,7 %) очаговых и 3 (8,3 %) очагово-сливных пневмониях, инфильтративный процесс чаще

развивался в правом легком (25 %) случаев, чем в левом (11,1 %).

Всем пациентам назначена антибиотикотерапия. Стартовая антибиотикотерапия осуществлялась следующими препаратами: полусинтетические пенициллины (оксациллин, ампициллин per os из расчета 80 мг/кг веса в сутки), ингибиторозащищенные пенициллины (амоксциллин/клавуланат per os из расчета 80 мг/кг веса) и цефалоспорины 1-го поколения (цефазолин, цефалексин внутримышечно из расчета 80 мг/кг веса). При подозрении на атипичную пневмонию назначался макролид ровамицин из расчета 100 мг/кг веса. У недавно леченых антибиотиками – цефалоспорины 1-го или 2-го поколения назначались 3-го поколения (цефтриаксон, цефалеразон сульбактам внутримышечно из расчета 70 мг/кг веса в сутки). Необходимо отметить, что согласно проведенному исследованию в основной группе антибиотикотерапия в среднем проводилась 9,5 сут., в контрольной группе – в среднем 12 сут.

В основной группе 33 пациента (91,1 %) получали в виде монотерапии, 3 пациента (8,9 %) в связи с наличием очагово-сливного характера инфильтрации легких – 2 антимикробных препарата. В контрольной группе все пациенты получали антибиотикотерапию в виде монотерапии. Для улучшения дренажной функции бронхов назначены муколитическая, небулайзерная терапия с бронхолитиком. У всех больных контрольный анализ крови проводилось на 7-8-й день госпитализации. В основной группе пациентов средний койко-день равен 9,5 дней, в контрольной группе 12,6 дней. По улучшению состояния все пациенты выписаны с рекомендациями. Переводов на стационарное лечение не было.

### Выводы

Таким образом, характер и качество лечения детей в стационаре на дому не только соизмеримы с таковыми в госпитальном учреждении, но и экономически более выгодны по сравнению с круглосуточным стационаром. Пациенты с острыми и с рецидивирующими респираторными заболеваниями, внебольничными пневмониями средней степени тяжести, не требующие интенсивной терапии, могут получать лечение в стационарах на дому.

## ЛИТЕРАТУРА

- 1 *Агаларова Ж. С.* Совершенствование взаимосвязей врачей общей практики и врачей узких специальностей // *Здравоохранение РФ.* – 2008. – № 3. – С. 18-19.
- 2 *Аканов А. А., Девятко В. Н., Ахметов У. И., Байсеркин Б. С., Тулебаев К. А.* Больничное дело в Казахстане: состояние, проблемы и подходы к новой модели. – Алматы, 2006. – 168 с.
- 3 *Аканов А. А., Мейманалиев Т. С., Кумар А. Б.* Проблемы оптимизации коечного фонда дневных стационаров в Казахстане // *Вестник КазНМУ.* – 2012. – № 4.
- 4 [www.medinfo.kz](http://www.medinfo.kz)
- 5 *Зосимов А. Н., Ходзицкая В. К., Черкасов С. А.* Детская пульмонология // *Принципы терапии,* 2008. – С. 46-65.
- 8 *Папаян А. В., Петрова С. И., Никитина М. А., Умеркулова Т. Ф., Витчак З. А.* Антибактериальная терапия острой внебольничной пневмонии у детей // *Российский вестник перинатологии и педиатрии.* – 2007. – № 2. – С. 34-37.
- 9 *Елманова Т. В.* Организация первичной медико-санитарной помощи на муниципальном уровне // *Главный врач.* – 2006. – № 7. – С. 14-17.
- 10 *Дмитриев В. Д.* Современные состояния и оценка эффективности стационарозамещающей технологии в педиатрической практике // *Саратовский науч.-мед. журн.* – 2010. – № 1. – С. 128-130. Режим доступа: <http://cyberleninka.ru/article/n/sovremennoe-sostoyanie-i-otsenka-effektivnosti-statsionarzameschayuschih-tehnologiy-v-pediatricheskoj-praktike>.
- 11 *Калининская А. А., Стукалов А. Ф.* Стационарозамещающие формы медицинской помощи: организация и эффективность деятельности // *Здравоохранение РФ.* – 2008. – № 6. – С. 5-8.
- 12 *Щепин О. П., Какорина Е. П., Флек В. О.* Эффективность использования стационар-замещающих технологий в системе здравоохранения. – М., 2006. – 408 с.

## ТҮЙІН

Бұл мақалада амбулаторлық емхана жағдайында балаларға медициналық көмектің стационарды алмастырушы технологияны қолдану тәжірибесі сарапталды. Бастапқы медициналық санитарлық көмек жағдайында балалардың өкпе қабынуы сырқатын емдеудің үйдегі стационар мен амбулаторлық емдеу тиімділігінің салыстырмалы сипаттамасы берілді. Балалар ағзасының морфофункционалдық және иммундық жүйесінің жетілмеуіне байланысты балаларда пневмонияның ағымы ауыр түрде жүреді. Үйдегі стационарда пневмонияның орта дәрежесімен, рентгенологиялық тексеруімен дәлелденген негізгі топта 3 жастан 15 жасқа дейінгі 36 бала және бақылау тобында 34 бала бақыланды. Бұл жастағы балаларда ауруханадан тыс жедел пневмонияны үйдегі стационар жағдайында кешенді емдеу жұмысының нәтижелері сарапталды.

**Түйінді сөздер:** стационар орынбасушы технологиясы, балалар, пневмония, үйдегі стационар.

## SUMMARY

In the article the use of experience for stationary substituting technologies in organization of medical aid to children in conditions of out-patient-policlinic is analysed. Comparative description of efficiency of treatment of children is given with pneumonia in stationary at home and ambulatory with the visit of policlinic. Pneumonia can have severe course. Study of the clinical effectiveness in the stationary at home treatment with pneumonia in children a comprehensive survey of 36 children aged 3 years to 15 years were carried out. As a result of treatment patients who were treated with pneumonia were allowed to reduce the duration and severity of clinical and radiological signs, marked shortened hospital stay and prevented in-patient infection. These results indicate a high efficacy and safety in the treatment of respiratory pathology in children. Accessible and informative indicators of an estimation of work productivity of stationary at home in children with pneumonia are offered.

**Key words:** stationary substituting technologies, children, pneumonia, stationary at home.