

ние течения заболевания обусловлено сочетанным влиянием обеих групп антител; оно более выражено у детей с высоким уровнем тех и других в первые 3 дня заболевания (табл.3). Отмечено приоритетное влияние специфических секреторных антител в защите от возбудителя. При высоком содержании специфических секреторных антител значительно реже развивались или отсутствовали тяжелые формы заболевания, менее выраженными и более кратковременными были лихорадка и интоксикация, сокращалась общая продолжительность заболевания.

Напротив, наибольший процент тяжелых форм с затяжным течением наблюдался у детей с низкими титрами специфических секреторных антител независимо от фона ( $\leq 1:4$ ).

### Выводы

1. Выявлен более высокий удельный вес острой МИ у больных с наличием БА, составляющий 64,2%, по сравнению с группой детей без отягощенного фона, госпитализированных с острыми поражениями бронхов.
2. МИ у лиц с БА отличалась более тяжелым, продолжительным течением.
3. Определено отягощающее влияние одновременно участия микоплазменной и аденовирусной инфекций в этиологии ОРВИ у детей, более выраженное у лиц с БА.
4. Выявлена коррелятивная связь между содержанием SIgA, а также специфических антител, как сывороточных, так и секреторных, и характером течения МИ, с приоритетным влиянием последних.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Горина Л.Г., Романова Р.Ю., Гончарова С.А. Микробные ассоциации при хронических заболеваниях респираторного тракта. Журн. микробиол. 1986; 4: 18–21.
2. Кирпичникова Г.И., Неверов В.А., Ремезов А.П. Иммунитет, иммунодефициты, иммуноориентированная терапия. СПб; 1997.
3. Климанская Е.В., Выренкова Н.Ю., Андрющенко Е.В., Капур Р.Н. Мукоцилиарный транспорт при хронической пневмонии у детей. Педиатрия 1994; 2: 21–25.
4. Николаевский В.В., Навроцкий В.В., Лебедева Т.Г. Этиологическая роль вирусов и микоплазмы пневмонии в развитии неспецифических заболеваний легких. В кн.: Этиология и патогенез инфекционного процесса при острых и хронических воспалительных заболеваниях легких: Сборник науч. трудов НИИ пульмонологии. Л.; 1982. 84–85.
5. Чеботкевич В.Н. Иммунологические механизмы патогенеза микоплазмы пневмонии инфекции: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Л.; 1989.
6. Яковлева Н.В., Стельмах Л.В. О вирусных антигенах небных миндалин у детей с поражением лимфоидного кольца глотки. В кн.: Сборник материалов 8-го Национального конгресса по болезням органов дыхания. М.; 1998. 302.
7. Chernov V.M., Chernova O.A. The phenomenon of Mycoplasma infections and anthropogenic overloads. Biomed. Lett. 1994; 50: 275–277.
8. Daian C.M., Wolff A.N., Bielori L. The role of atypical organisms in asthma. Allergy Asthma Proc. 2000; 21 (2): 107–111.
9. Gerald W., Feruaid M.D. Immunologic mechanisms suggested in the association of M. pneumoniae infections and extrapulmonary disease. A review. Yale J. Biol. Med. 1983; 56: 447–479.
10. Grant C.C., Ingram R. Outpatient treatment of pneumonia. N. Z. Med. J. 2000; 113 (1104): 58–62.
11. Kawamoto M., Oshita Y., Yoshida H. et al. Two cases of hypoxemic acute bronchiolitis due to Mycoplasma pneumoniae. Kansenshogaku Zasshi 2000; 74 (3): 259–263.

Поступила 03.12.01

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2002

УДК 616.233–002.2–07

*П.К.Яблонский, Т.А.Степаненко, Н.И.Вишняков*

## ВОЗМОЖНОСТИ ОПТИМИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В УСЛОВИЯХ МЕГАПОЛИСА

НИИ пульмонологии при СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова;  
кафедра социальной медицины, экономики и управления здравоохранением СПбГМУ  
им. акад. И.П.Павлова; Городская многопрофильная больница № 2, Санкт-Петербург;  
Центр интенсивной пульмонологии и торакальной хирургии

OPPORTUNITIES FOR MEDICAL AID OPTIMIZATION FOR PULMONARY PATIENTS IN MEGALOPOLIS

*P.K.Yablonsky, T.A.Stepanenko, N.I.Vishnyakov*

### Summary

The experience of the Sankt-Petersburg scientific and clinical Center of intensive pulmonology and thoracic surgery in 1995–1998 is presented in the article. The Center's structure merges the outpatient department, the pulmonology department, the thoracic surgery department and the cardiorespiratory intensive care unit in a

single technological chain. Results of examination and treatment of 17 845 patients demonstrate advantages of such a form of specialized medical care.

The interaction between the outpatient and inpatient departments contributed to a reduction in the mean bed-day for therapeutic patients and a preoperative bed-day for thoracic surgery patients. The outpatient department allowed solving diagnostic and therapeutic problems in 92% of the patients without their hospitalization. While using this technique we managed to reduce a preoperative bed-day in the thoracic surgery department up to 2.3 days and to increase the operative activity up to 89%. The method offered is based on the idea of a closed cycle of the diagnostics and treatment starting from the primary consultation via the inpatient stage, if necessary, up to the outpatient rehabilitation period. The advantages and reserve of this method are discussed in the article.

#### Резюме

В статье представлен опыт работы Санкт-Петербургского научно-практического центра интенсивной пульмонологии и торакальной хирургии за 1995–1998 гг., структура которого увязывала в единую технологическую цепочку амбулаторно-поликлиническое звено, пульмонологическое отделение, отделение торакальной хирургии и отделение кардиореспираторной реанимации. На материале обследования и лечения 17 845 пациентов показаны преимущества подобной формы оказания медицинской помощи профильным больным.

Взаимодействие амбулаторных и стационарных подразделений способствовало сокращению среднего койко-дня у терапевтических больных, предоперационного койко-дня у торакальных больных. Возможности амбулаторной службы позволили у 92% больных решить диагностические и лечебные вопросы, не прибегая к госпитализации. Предоперационный койко-день в отделении торакальной хирургии удалось сократить до 2,3 дня, а оперативная активность при использовании предложенной технологии достигла 89%. Обсуждаются преимущества апробированной формы работы и резервы предлагаемой технологии оказания пульмонологической помощи населению, в основе которой лежит идея замкнутого цикла комплексной диагностики и лечения от первичного обращения, при необходимости через стационарный этап, до восстановительного лечения в условиях поликлиники.

Болезни органов дыхания занимают одно из ведущих мест в структуре заболеваемости, инвалидизации и смертности населения [5,9,12]. Результаты репрезентативных исследований свидетельствуют об истинном росте распространенности хронических неспецифических заболеваний легких в России [6]. В то же время сложившаяся система оказания медицинской помощи больным с заболеваниями органов дыхания не в полной мере соответствует значительно изменившимся в последние годы социально-экономическим условиям в стране и не всегда способна оперативно реагировать на появление новых технологий в обследовании и лечении больных. Так, несмотря на широкое внедрение в практику новейших методов лучевой и эндоскопической диагностики, различных способов получения биопсийного материала (с целью гистологической верификации диагноза), стереотипы рутинной диагностики по-прежнему преобладают [10].

В Санкт-Петербурге первым шагом на пути реформирования системы пульмонологической помощи стало создание в 1994 году по приказу Комитета по здравоохранению научно-практического центра интенсивной пульмонологии и торакальной хирургии. Структура центра увязывала в единую технологическую цепочку усилия специалистов амбулаторно-поликлинического звена с работой многопрофильного пульмонологического стационара. К настоящему времени опыт работы Центра интенсивной пульмонологии и торакальной хирургии насчитывает уже пять лет. Анали-

зу этой работы и поиску резервов совершенствования специализированной помощи при болезнях органов дыхания посвящено настоящее исследование.

Задачи исследования предполагали анализ материалов статистической отчетности лечебных учреждений Санкт-Петербурга по болезням органов дыхания населения старше 14 лет и опыта работы Санкт-Петербургского научно-практического центра интенсивной пульмонологии и торакальной хирургии за 1995–1998 гг.

В структуре центра (рис.1) было создано четыре ключевых звена: амбулаторная поликлиническая служба, отделение интенсивной пульмонологии (30 коек), отделение торакальной хирургии (25 коек), отделение кардиореспираторной реанимации (12 коек). Учитывая, что с 1994 г. и до выхода приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации № 307 от 20.10.97 "О мерах по совершенствованию организации пульмонологической помощи населению Российской Федерации" созданный центр не располагал собственным амбулаторно-поликлиническим кабинетом, его роль выполнял пульмонологический кабинет ГДКЦ № 1 (Городской диагностический консультативный центр № 1 — главный врач *Г.В.Рюмина*), впоследствии преобразованный в амбулаторное пульмонологическое отделение (зав. отделением *Т.В.Рубаник*). Создание подобной структуры предполагало изучение и внедрение в практическую работу Центра интенсивных методов диагностики и лечения больных пульмонологического

профиля; оказание высококвалифицированной помощи больным с патологией органов дыхания; обеспечение замкнутого цикла лечения пульмонологического больного от первичного обращения, при необходимости через стационарный этап, до восстановительного лечения с последующей диспансеризацией.

Амбулаторное пульмонологическое подразделение центра, располагающее современными неинвазивными диагностическими технологиями, позволяло уточнить наличие и характер обструктивного синдрома, оценить динамику течения воспалительных процессов, исключить опухоль как причину затяжной пневмонии, кровохарканья или верифицировать диагноз центрального рака, определить наличие, а иногда и характер диссеминированного процесса в легких (рис.2).

За 1995–1998 гг. сотрудниками Центра интенсивной пульмонологии и торакальной хирургии обследовано 17 845 пациентов (табл.1).

Консультативную, диагностическую и лечебную помощь амбулаторно получили 13 452 больных. Из них только 985 (7,3%) были направлены на госпитализацию.

В структуре госпитализированных больных они составили только 22,4%, тогда как 64% больных госпитализированы в плановом порядке по направлениям поликлиник, 13,6% — по неотложным показаниям. Показано, что из года в год соотношение госпитализированных больных от общего числа консультированных в амбулаторном кабинете оставалось стабильным (от 6,4% в 1995 г. до 8,8% — в 1996 г.).

Сравнение некоторых показателей работы центра и больничных учреждений Санкт-Петербурга представлено в табл.2.

На 30 пульмонологических койках Центра интенсивной пульмонологии и торакальной хирургии (5,5% всех пульмонологических коек) получали лечение 8–9,5% больных. При этом также было отмечено снижение среднего пребывания больного в стационаре (на 4,6 дня по сравнению с общегородскими), низкая летальность, большая интенсивность эксплуатации койки.

Анализ данных работы торакального отделения центра и других отделений города (табл.3) показал, что на 8% коечного фонда торакального профиля Санкт-Петербурга проводится лечение 14,5–17,5% больных, что подтверждалось хорошими показателями эксплуатации коек.

Торакальные операции в Санкт-Петербурге выполняются в стационарах, имеющих разные профили хирургических коек: онкологический, фтизиатрический и торакальный. Среди отделений торакальной хирургии так называемые “большие” операции выполнялись крайне редко, несмотря на большое количество “малых” вмешательств. В этой связи вряд ли корректно сравнение результатов работы отделений центра с этими стационарами, ограничившими поле своих интересов малой хирургией. С другой стороны, работа остальных отделений, занимающихся проблемами торакальной хирургии, характеризовалась преобладанием одного вида патологии (туберкулез,

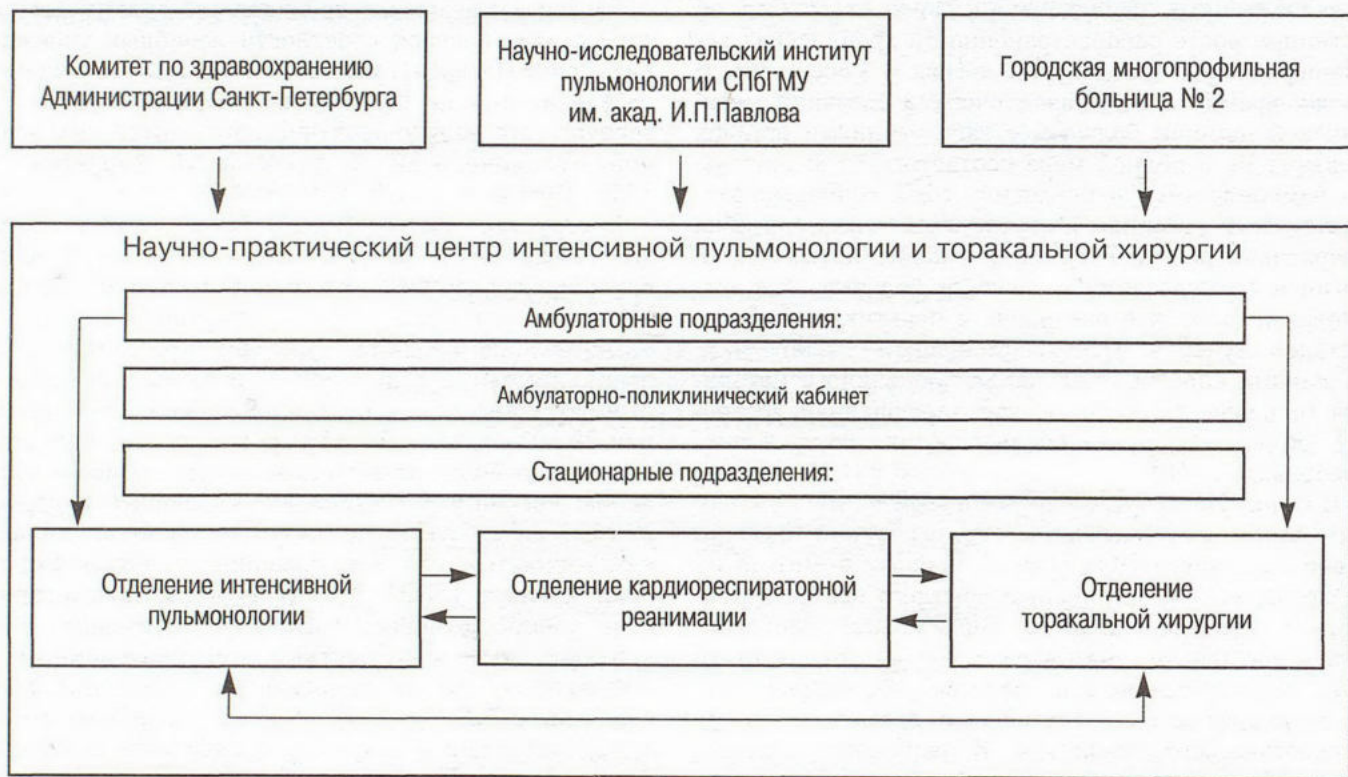


Рис.1. Структура Санкт-Петербургского центра интенсивной пульмонологии и торакальной хирургии.



Рис.2. Алгоритм обследования больных на амбулаторном этапе.

рак легкого), отсутствием видеоторакоскопических оперативных вмешательств, тогда как только за 1997 г. в центре их было выполнено 55 (что составило 14,7% от всех выполненных в Центре операций).

Характеризуя работу амбулаторно-поликлинического кабинета центра, следует отметить, что объем консультативной работы постоянно нарастал: в 1995 г. помощь была оказана 1907 больным, в 1998 г. — 4457. Значительно увеличилось и число посещений с 2351 до 7527. Около 40% пациентов консультированы повторно после дообследования в диагностических подразделениях. Консультация торакального хирурга на амбулаторном этапе потребовалась 865

(6,8% от общего числа проконсультированных) больным, при этом по годам доля пациентов торакального хирурга увеличилась с 5,5 до 7,9%.

По нашим данным, для установления окончательного диагноза у большинства больных было достаточно знакомства с медицинской документацией и осмотром больного квалифицированным пульмонологом. Необходимость в дополнительных диагностических исследованиях возникла меньше чем у половины пациентов. Наиболее востребованной диагностической процедурой явилось рентгеномографическое исследование (22–41% больных). Исследование функции внешнего дыхания выполнялось в 17,1–31% наблю-

Таблица 1

**Характеристика обследованных контингентов в Центре интенсивной пульмонологии и торакальной хирургии в 1995–1998 гг. (в абсолютных числах)**

	1995 г.	1996 г.	1997 г.	1998 г.	Всего
Обследовано амбулаторно	1907	2166	4922	4457	13452
Обследовано стационарно	578	1168	1276	1371	4393
Направлено на госпитализацию после амбулаторного этапа центра	123	191	359	312	985
Госпитализировано из поликлиник в плановом порядке	357	803	721	928	2809
Экстренная госпитализация	98	174	196	131	599

Таблица 2

**Характеристика основных показателей работы пульмонологического отделения вентра и учреждений пульмонологического профиля для взрослых Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга**

Показатели	1995 г.	1996 г.		1997 г.		1998 г.
	стац. КЗ	центр	стац. КЗ	центр	стац. КЗ	центр
Пролечено больных	9327	742	9410	785	9486	888
Летальность, %	3,2	0,5	3,5	0,1	3,5	1,8
Количество коек	661	30	541	30	541	30
Проведено всего койко-дней	175 026	11 522	177 042	11 134	174 860	12 230
Средний койко-день	19,0	15,0	18,8	14,2	18,4	13,8
Оборот койки	16,1	25,6	18,4	26,1	19,3	30,2
Работа койки	306,5	384,1	346,5	371,1	355,4	407,7

дений. Необходимость выполнения компьютерной томографии возникала в 1,8–3,6% случаев. Фибробронхоскопия оказалась более востребованной процедурой на амбулаторном этапе и выполнялась в 3,8–9,4% случаев.

Основную массу среди консультированных составили больные бронхиальной астмой, хроническим бронхитом (табл.4). Несмотря на то, что абсолютное количество больных с этими заболеваниями превалирует, направляется на госпитализацию не более

2% от обследованных. В то же время пациенты с онкопатологией, диссеминированными процессами в легких, абсцессами легких, бронхоэктазами госпитализировались в 10–14% случаев.

В общей сложности, число госпитализированных больных за все годы работы не превышало 9% от общего числа обратившихся.

Как уже упоминалось, амбулаторно-поликлинический кабинет центра был не единственным источником поступления больных на стационарное лечение.

Таблица 3

**Хирургическая деятельность стационаров в Санкт-Петербурге в 1996–1998 гг.**

	Операции на органах дыхания						"Большие операции" <sup>1</sup>					
	выполнено операций			умерло больных			выполнено операций			умерло больных		
Годы	1996	1997	1998	1996	1997	1998	1996	1997	1998	1996	1997	1998
Всего больных	3684	3487	4361	63	66	157	684	746	857	47	43	29
<b>Стационары, имеющие онкологические койки</b>												
НИИО <sup>2</sup>	116	70	97	3	—	5	76	48	76	3	—	3
ГОД <sup>3</sup>	199	217	225	13	9	3	167	206	187	12	9	3
<b>Стационары, имеющие фтизиатрические койки</b>												
ПТБ № 2	192	231	254	10	12	2	120	159	186	8	12	2
НИИФТ <sup>4</sup>	119	112	182	6	3	4	96	94	156	6	3	4
<b>Стационары, имеющие торакальные койки</b>												
ГМПБ № 2	274	346	359	12	17	12	75	111	89	6	6	6
ГБ № 26	139	88	230	13	13	13	16	34	30	5	9	6
МСЧ № 7	672	586	635	31	28	26	3	4	8	1	1	1
СПБГМУ <sup>5</sup>	109	62	74	2	1	2	57	26	27	1	1	2

1 — "Большие" операции — пневмонэктомии, лобэктомии и сегментэктомии; 2 — НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова; 3 — городской онкологический диспансер; 4 — НИИ фтизиопульмонологии; 5 — Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова

Таблица 4

## Структура основных диагнозов у обследованных и госпитализированных больных амбулаторно-поликлинического подразделения

Диагноз	1995 г.				1996 г.				1997 г.				1998 г.			
	конс.		госп.		конс.		госп.		конс.		госп.		конс.		госп.	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
БА	597	31	43	35	1020	47	55	29	2603	53	120	33	2038	46	143	46
ХБ	313	16	6	5	454	21	9	5	1284	26	23	6,4	689	15	18	6
Пневмонии	241	13	-	-	257	12	-	-	552	11	-	-	379	8,5	3	1
Другие НЗЛ	153	8	44	36	281	13	55	29	356	7	69	19	560	13	49	16
Онкопатология	134	7	20	16	317	15	57	29	419	8,5	107	30	347	8	55	18
ДПЛ*	58	3	7	6	62	3	7	4	216	4,4	22	6	259	6	44	14
Туберкулез	21	1	-	-	32	1,5	-	-	131	2,7	-	-	185	4,2	-	-
Всего ...	1907	100	123	100	2166	100	191	100	4922	100	359	100	4457	100	312	100

\* ДПЛ — диссеминированные процессы в легких.

В течение года получили стационарное лечение 1276 больных. Среди госпитализированных в плановом порядке 33,2% больных были направлены из амбулаторно-поликлинического кабинета Центра. При этом в торакальное отделение поступили 47,7% больных по направлениям амбулаторно-поликлинического кабинета, а в пульмонологическое — только 24,5%. Среди госпитализированных 61,5% больных лечились в пульмонологическом отделении, а 38,5% — в отделении торакальной хирургии. Однако дальнейший анализ пролеченных больных показал, что 25% всех пациентов нуждались в комплексном лечении с участием и терапевтов-пульмонологов, и хирургов.

Нами было предпринято детальное исследование преимуществ предлагаемой технологии обследования и лечения пульмонологических больных по сравнению с общепринятой. С этой целью было проведено сравнительное исследование некоторых показателей у 985 больных, прошедших два этапа обследования в центре — амбулаторный и стационарный. Во вторую группу (1000 пациентов) вошли больные, пролеченные в нашем стационаре и направленные на госпитализацию прямо из поликлиник.

Спектр обследованных больных был достаточно разнообразным в обеих группах, но в 1-й группе средний показатель практически при всех нозологиях был короче на 1–3 койко-дня (табл.6). При увеличении доли пациентов, предварительно обследованных амбулаторно, можно достичь реального сокращения длительности пребывания больного в стационаре и в некоторых случаях избежать необходимости в госпитализации. В группе больных, проходивших обследование и лечение только в условиях стационара, показатели госпитализации были практически такими же, как общегородские. Более детальный анализ данных предоперационного обследования был проведен у оперированных больных с новообразованиями легких (табл.7).

В 1-й группе 25 радикально оперированных пациентов были полностью обследованы амбулаторно, а у 23 из них диагноз был верифицирован на амбулаторном этапе. У 13 из них выполнена пневмонэктомия на 1–4-й день после госпитализации. Остальные нуждались в предоперационной подготовке, включающей кардиотоническую терапию и лечение бронхообструктивного синдрома. Именно этот факт объясняет некоторое удлинение среднего предоперационного койко-дня.

Таблица 5

## Структура госпитализации в стационар Центра интенсивной пульмонологии и торакальной хирургии

	Поликлиники	Амбулаторный кабинет Центра	Стационары города	Скорая помощь	Итого
Торакальная хирургия	177	194	36	84	491
Пульмонология	486	165	22	112	785
Всего ...	663	359	58	196	1276

Сравнение показателей госпитализации больных при различных заболеваниях, пролеченных по разным технологическим цепочкам в центре за 1 год

Диагноз	Количество выписанных			Средний койко-день		
	всего	А	Б	общий	А	Б
ХБ	107	23	84	12,7	11,5	13,0
БА	470	120	350	13,3	12,6	13,6
Бронхоэктатическая болезнь	45	16	29	14,9	12,6	16,2
Экзогенный аллергический альвеолит	5	2	3	16,8	16,5	17
Абсцесс легкого	37	8	29	23,4	22,9	23,6
Идиопатический фиброзирующий альвеолит	6	3	3	25,7	18	33,3
Саркоидоз	21	12	9	17,8	16,4	19,7
Рак легкого	185	107	78	21,1	19,8	22,9

Примечание. А — пациенты, направленные из амбулаторно-поликлинического кабинета центра и обследованные на амбулаторном и стационарном этапах; Б — пациенты, направленные из поликлиник и обследованные только в условиях стационара.

Стандарт диагностики при периферических новообразованиях легких, принятый в нашей клинике, включал необходимость дооперационной верификации диагноза путем чрезбронхиальной или торакальной биопсии, что удлиняло предоперационный койко-день на 4–8 дней. В то же время, как можно видеть, предоперационный койко-день в группе больных, обследованных в условиях стационара, был в 2–3 раза больше.

Основные показатели работы отделения торакальной хирургии центра, в зависимости от примененной технологии обследования и лечения, представлены в табл.8.

Показано, что в целом показатели работы отделения торакальной хирургии центра значительно превосходят среднероссийские. В то же время даже в рамках одного отделения эти показатели можно значительно улучшить, используя так называемый “технологический подход”. Действительно, как видно из табл.8, дооперационный койко-день удалось снизить до 2,3 дня, а оперативная активность достигла 89%, что в первую очередь обусловлено возможностями обследования больных и подготовки к операции на амбулаторном этапе или в отделении пульмонологии. Этот факт особенно примечателен, так как оперативная активность торакальных отделений города не превышает 23%.

Таблица 7

Сведения о специальном предоперационном обследовании пациентов, прошедших амбулаторно поликлиническое отделение центра (1-я группа), и направленных на госпитализацию из районных поликлиник (2-я группа)

Диагноз	Оперировано	Из них радикально	Средний дооперационный койко-день при радикальной операции	Амбулаторное обследование		
				рентгеномографическое обследование	КТ легких	гистологическая верификация диагноза
<b>1-я группа</b>						
Центральный рак	34	25	6,2*	25	21	23
Периферические образования	31	30	6,9**	30	13	0
<b>2-я группа</b>						
Центральный рак	15	8	14,25	6	1	0
Периферические образования	10	10	10,2	10	5	0

\*  $p < 0,01$  — в сравнении со 2-й группой — центральный рак, \*\*  $p < 0,05$  — в сравнении со 2-й группой — периферические образования.

Таблица 8

**Сравнение основных показателей хирургической работы отделения торакальной хирургии центра с общегородскими данными**

Основные показатели	Всего по центру	Технологический подход*	Общегородские
Операции на органах дыхания	346	81	3487
Количество "больших" операции	111	22	746
Дооперационный койко-день	8,3	2,3	10,1
Послеоперационная летальность	4,8	0	5,8
Оперативная активность, %	62,7	89	23

\* Больные полностью обследованы амбулаторно и госпитализировались сразу для оперативного лечения.

Развитие новых диагностических технологий, внедрение в широкую клиническую практику современных методов лучевой и функциональной диагностики болезней органов дыхания выдвигают в разряд первоочередных задач организационную и структурную перестройку системы оказания пульмонологической помощи населению. Исторически сложившееся в нашей стране разделение пульмонологической службы на амбулаторную и стационарную привело к приоритетности стационарной службы. Уровень госпитализации в России составил в 1997 г. 20,5 госпитализаций на 100 человек населения [2]. В Санкт-Петербурге средняя продолжительность лечения больного в стационаре в 1997 г. составила 16,9, а частота госпитализации — 16,2 на 100 человек [9].

При этом известно, что средняя продолжительность госпитализации в США в три раза меньше, чем в России, и составляет 6 дней [3]. Расчеты показали, что если бы соотношение стационарной и амбулаторной помощи в США было бы то же, что и у нас, то их затраты на медицину увеличились бы в 2,5 раза [13].

Все это свидетельствовало о необходимости реорганизации системы оказания медицинской помощи при болезнях органов дыхания. В основе приказа Минздрава Российской Федерации № 307 от 20.10.97 "О мерах по совершенствованию организации пульмонологической помощи населению Российской Федерации" лежат представления об этапности, преемственности и специализации медицинской помощи больным пульмонологического профиля [7]. В отличие от действовавшего приказа Минздрава СССР № 117 от 22.01.86, ориентированного на развитие специализированных больничных учреждений,

приоритеты отданы преемственности в оказании помощи профильным больным. Преимущества подобного подхода очевидны. Так, по нашим данным, более половины направленных на консультацию больных вообще не нуждались в дополнительных обследованиях. В то же время привлечение квалифицированного пульмонолога и укрепление диагностической базы амбулаторного консультативного кабинета позволило решить все диагностические проблемы еще у 30% консультированных пациентов. В результате на стационарное лечение было направлено только 7,3% больных от общего числа консультированных. Эти данные хорошо согласуются с результатами работы Красноярского пульмонологического центра, согласно которым в госпитализации нуждается не более 8–10% всех обследованных больных [11]. Подобный подход позволил практически исключить напрасные госпитализации, число которых, по данным Государственного доклада о состоянии здоровья населения РФ в 1997 г., составило около 30% [2].

В начале 90-х годов XX-го века в России были созданы диагностические центры, оказывающие в первую очередь диагностическую и консультативную помощь. Причинами их создания стали недостаточная оснащенность и квалификация специалистов в поликлиниках, высокий процент ошибочных и неуточненных диагнозов [8]. В диагностических центрах концентрировались лаборатории, консультативные кабинеты, отделения лучевой и эндоскопической диагностики.

Диагностические центры позволили свести к минимуму число обследований, для проведения которых ранее требовалась госпитализация [8]. Но очевидными недостатками этих центров были отрыв от стационаров использования инвазивных методов диагностики, что представляется принципиально важным в настоящее время.

Изучение маршрута больных с патологией органов дыхания выявило порочность ситуации с диагностикой заболеваний органов дыхания различной природы. Большинство из них при наличии каких-либо изменений последовательно обследовались в поликлинике, противотуберкулезном, онкологическом учреждении, в каждом из которых исключалась "своя" патология. Это привело к увеличению сроков обследования больных, поздней диагностике рака и диссеминированных процессов легких, таких как идиопатический фиброзирующий альвеолит, удлинению сроков госпитализации и нерациональному использованию пульмонологических, фтизиатрических и онкологических коек [15].

Рациональность комплексного подхода сказалась и на стационарном этапе. Прежде всего удалось исключить дублирование лабораторных и рентгенологических исследований, а процесс лечения начать с первого часа после госпитализации. В результате, как было показано выше, достигнуто значительное снижение длительности пребывания больного в стационаре и улучшение показателей работы койки.



Аналогичные данные были получены и другими исследователями [1,4,11,14].

Таким образом центр явился оптимальной формой оказания медицинской помощи больным пульмонологического и торакального профиля. Взаимодействие амбулаторных и стационарных подразделений способствовало сокращению среднего койко-дня у терапевтических больных, предоперационного койко-дня у торакальных больных. Возможности амбулаторной службы позволили у 92% больных решить диагностические и лечебные вопросы, не прибегая к госпитализации.

Позитивным оказалось и сотрудничество пульмонологов и торакальных хирургов. Прежде всего помощь торакальных хирургов оказалась необходимой при дифференциальной диагностике различных заболеваний, что составило более 25%, и благодаря которой терапевты получили возможность верифицировать диагноз во всех случаях при диссеминированных процессах в легких, пневмониях, плевритах. Профессиональная оценка резервных возможностей больных, тщательная предоперационная подготовка, послеоперационное лечение позволили выполнять операции даже больным повышенной категории анестезиологического риска. Значительно улучшились показатели работы отделения торакальной хирургии. Оперативная активность торакального отделения центра превысила городские показатели в 2 раза, а использование предложенной технологии работы подняло этот показатель до 89%. Эти данные значительно превзошли результаты работы Красноярского пульмонологического центра, оперативная активность в торакальном отделении которого не превышала 59% [11].

Полученные результаты свидетельствуют о преимуществах апробированной технологии и значительных резервах предлагаемой формы оказания пульмонологической помощи населению, в основе которой лежит идея замкнутого цикла комплексной диагностики и лечения от первичного обращения, при необходимости через стационарный этап, до восстановительного лечения в условиях поликлиники.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Блохин А.Б., Тюков Ю.А., Ползик Е.В. и др.* Управление госпитализацией — один из путей повышения эффективности использования коечного фонда. Пробл. соц. гиг., здравоохр. и история мед. 1999; 1: 43–45.
2. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 1997 году. Здравоохр. Рос. Федерации 1999; 1: 3–18, 33–44; 2: 7–26.
3. *Демидов Н.А., Архангельская Е.Ф.* Здоровье и здравоохранение. (К концепции развития здравоохранения). Там же 1997; 5: 23–25.
4. *Кириллов М.М., Савинов В.А., Косыгина А.М.* Проблемы областной пульмонологической службы. В кн.: Организация пульмонологической помощи взрослому населению и подросткам. Л.: ВНИИП; 1991. 47–50.
5. *Крылов А.А.* Основные тенденции динамики заболеваемости населения Санкт-Петербурга. Здравоохр. Рос. Федерации 1995; 6: 21–24.
6. *Леишуквич Ю.В.* Эпидемиология неспецифических заболеваний легких: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. СПб; 1996.
7. *Леишуквич Ю.В.* Организация специализированной медицинской помощи пульмонологическим больным. В кн.: Заболевания органов дыхания. СПб: Нордмед-Издат; 1998. 9–54.
8. *Манукян Л.М., Барт Б.Я., Стадченко Н.А., Акимова Л.Г.* Диагностический центр в системе практического здравоохранения. Пробл. соц. гиг. и история мед. 1995; 1: 36.
9. *Павлов Ю.В., Красильников И.А.* Здравоохранение Санкт-Петербурга в годы реформ: Статистический обзор. СПб: Человек; 1999.
10. *Павловский Ю.В.* Современные медицинские технологии, их роль и возможности внедрения. Пробл. соц. гиг., здравоохр. и история мед. 1999; 2: 31–32.
11. *Раппопорт Ж.Ж., Пучко Е.А.* Структура пульмонологической службы Красноярского края. В кн.: Основные пути совершенствования пульмонологической помощи населению. Л.: ВНИИП; 1990. 61–64.
12. *Чучалин А.Г.* Пульмонология в России и пути ее развития. Пульмонология 1998; 4: 6–22.
13. *Шевченко Ю.Л., Гуров А.Н.* Организация медицинского страхования в мире. В кн.: Экономика медицинского обеспечения. СПб; 1998. 122–135.
14. *Шулутко М.Л., Виннер М.Г., Ворошилина Е.Н. и др.* Как улучшить диагностику болезней органов дыхания? (Опыт организации диагностических служб в Свердловском пульмонологическом центре). Тер. арх. 1986; 58 (12): 9–12.
15. *Яблонский П.К., Степаненко Т.А.* Пути совершенствования помощи больным с заболеваниями органов дыхания и средостения в условиях мегаполиса. В кн.: Тезисы докл. «Туберкулез как глобальная проблема здравоохранения на рубеже XXI века». СПб; 1999. 25.

Поступила 17.05.2000