

ОПЫТ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Р.Р. Гатунов

Городская многопрофильная больница № 3 (главрач — Г.Г. Исмаилов), г. Нижнекамск

Аллергологическая служба в г. Нижнекамске существует с 1982 г. Город находится в зоне воздействия большого нефтехимического производства, что ведет к росту аллергологической и бронхолегочной патологии, в том числе бронхиальной астмы экзо- и эндогенного происхождения.

Согласно инструкции, практические врачи-аллергологи обязаны ставить на диспансерный учет лиц, страдающих atopической бронхиальной астмой, инфекционно-зависимой астмой I—II степени, астмой физического усилия и астмой, связанной с непереносимостью ацетилсалициловой кислоты. Больные с астмой неатопического генеза могут находиться под диспансерным наблюдением терапевтов по месту жительства, особенно при наличии легочно-сердечных осложнений и гормонально зависимом течении.

Для госпитализации больных с острой и хронической аллергологической патологией в составе терапевтического отделения нашей больницы в 1990 г. было выделено 15 профильных аллергологических коек.

С 1990 по 1997 г., согласно современной классификации бронхиальной астмы по тяжести течения и Международного консенсуса по диагностике и лечению, на диспансерном учете в аллергологическом отделении поликлиники № 2 УП НГМБ № 3 находились 1205 больных бронхиальной астмой, из них определенная часть получила

стационарное лечение в течение года (см. табл.).

Мировая статистика свидетельствует о том, что в структуре астмы до 20% приходится на тяжелую ее степень, 20% — на среднюю и 60% — на легкую. Больные бронхиальной астмой легкой степени обычно не нуждаются в стационарном лечении, им необходимы лишь обследование и динамическое наблюдение.

Эндогенная астма, которая включает в себя ранее выделявшуюся инфекционно-аллергическую астму и “аспириновую” астму, чаще протекает в средней и тяжелой формах.

Из приведенной таблицы видно, что госпитализации чаще подвергаются лица с эндогенной астмой в стадии обострения, II—IV степени тяжести, преимущественно с гормонально зависимым течением, которые получали неадекватную амбулаторную терапию β_2 -агонистами, ингаляционными гормонами и негормональными противовоспалительными препаратами. У них чаще наблюдалась передозировка симпатомиметиков в виде развития астматического статуса или длительно не купирующегося обострения после перенесенной острой вирусной инфекции, стрессов и воздействия химических соединениями.

Больные эндогенной астмой III—IV степени большей частью выявляются терапевтами по месту жительства, однако последние не имеют в достаточной мере возможнос-

Динамика числа больных бронхиальной астмой

Больные	Годы							
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Поставлены на учет								
всего	44	58	98	108	137	203	253	304
с экзогенной астмой	27	33	66	64	79	128	162	202
с эндогенной астмой	17	25	32	44	58	75	91	102
Госпитализированы по поводу								
экзогенной астмы	2	14	11	18	15	15	37	39
эндогенной астмы	22	55	46	64	65	61	81	89
АБА I степени	2	14	11	18	15	15	34	36
АБА II степени							3	3
эндогенной БА								
I степени			3	14	16	5	9	6
II степени	15	21	18	28	10	17	16	14
III степени			4	5	23	29	33	46
IV степени	7	34	21	17	16	10	23	23

тей, чтобы научить больных контролировать у себя течение бронхиальной астмы. Кроме того, из-за отсутствия необходимого ассортимента лекарственных препаратов сложно регулировать этапностью лечения, согласно рекомендациям Международного консенсуса. Экзогенная же астма лучше поддается контролю над симптомами, но больные обращаются за медицинской помощью в аллергологический кабинет в основном при обострении заболевания или в целях диагностики. Если контакт с аллергенами устраняется, то течение болезни становится благоприятным. При астме с пыльцевой или бытовой сенсибилизацией часто проводится амбулаторно

специфическая иммунотерапия, что также способствует уменьшению частоты госпитализации.

Таким образом, наши данные подтверждают, что тяжелое течение чаще развивается при эндогенной астме. По нашим наблюдениям, в 30% случаев она выявляется при обращении больных к аллергологам. Однако последних направляют в стационар аллерго-пульмонологического профиля, где они занимают 2/3 коечного фонда, отвлекая на себя силы и средства из-за неадекватной амбулаторной противоастматической терапии.

УДК 362.121 : 616 — 053.2

АВТОМАТИЗАЦИЯ УЧЕТА И ОТЧЕТНОСТИ В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ

А.П.Пигалов, А.З.Аюпова, Р.Х.Гафарова, Ц.М.Шерман.

Кафедра поликлинической педиатрии (зав. — проф. А.П.Пигалов)

*Казанского государственного медицинского университета, 9-я детская поликлиника
(главврач — А.З.Аюпова), г. Казань*

Учет и отчетность — важные разделы работы любого учреждения. Независимо от вида деятельности к ним предъявляются единые требования: своевременность, достоверность и полнота исходных данных, оперативное получение статистических результатов, возможность их сопоставления, регистрация денежных затрат и оценка эффективности работы.

Известно, какой объем учетно-отчетной документации ведут врачи детских поликлиник, и все это входит в те 12 минут, которые отводятся врачу для опроса и осмотра пациента, причем чаще через “переводчиков” — родителей и родственников. В течение этого же времени врач должен назначить лечение, разъяснить его суть и внести соответствующие записи в историю развития ребенка. Во многих поликлиниках нет ординаторских, где врач может поработать с документацией. Нет возможности задержаться в кабинете после своего приема, так как наступает время приема следующего врача. Многое предлагалось для составления отчета участкового врача-педиатра поликлиники: талонная система приема в поликлинике, централизованное заполнение статистических талонов, компьютеризация учетного дела, но, как правило, это не освобождало врача от оперативной отчетности. Наконец появился приказ Минздрава РФ № 46 от 14.02.1997 г. о введении талона амбулаторного пациента и автоматизированной его обработки. Мы уже продолжительное время работаем в соответствии с этим приказом в условиях детской поликлиники и хотим поделиться опытом работы.

Поликлиника обслуживает 20 тысяч детского населения одного из районов г.Казани. Десять лет назад на ее базе была органи-

зована кафедра поликлинической педиатрии Казанского государственного медицинского университета. Сотрудники кафедры и поликлиники совместно с программистами продумали и реформировали систему учета и отчетности. Было решено, что история развития ребенка должна являться не только врачебным, но и справочно-инструктивным документом для родителей о выполнении назначений врача при воспитании, уходе, лечении, реабилитации ребенка. Врачу-педиатру нет необходимости что-то утаивать от родителей — они союзники в охране здоровья и воспитании ребенка. Поэтому все данные из истории развития ребенка занесены в сетевой программный комплекс (ПК) “Детская поликлиника”, а истории развития детей старше 3 лет выданы родителям, для того чтобы они с этими документами могли привести своих детей в поликлинику и в другие учреждения.

ПК предназначен для автоматизации учета и получения оперативной и статистической отчетности, используемой в поликлинике и предоставляемой в вышестоящие органы здравоохранения и больницу кассу. Он обеспечивает автоматизацию следующих функций: регистрацию и учет детей, оперативную регистрацию и учет обслуживания пациентов, ежедневный учет посещений конкретными пациентами участковых педиатров и врачей узких специальностей, учет оказанных услуг по табельным номерам врачей, учет заболеваемости, диспансерный учет, учет инвалидов, картотеку прививок, создание и ведение архива заболеваемости пациентов.

В основу ПК положен принцип ежедневного сбора и ввода всей необходимой информации в единую базу данных поли-