

з переходом у цироз печінки у фазі субкомпенсації і декомпенсації, з ознаками печінково-клітинної недостатності II), у т. ч. 2 направлені із районів (Кролевець, Путивль), а 1 – з м. Сум (ОДРЗН).

Н.В. Дем'яненко

НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ІНФЕКЦІЙНИМ ХВОРИМ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ: ПОМИЛКИ ТА ЗАХОДИ ЩОДО ЇХ УСУНЕННЯ

Сумська обласна клінічна інфекційна лікарня ім. З.Й. Красовицького

Основними заходами в системі ефективної профілактики інфекційної захворюваності в області є рання їх діагностика і лікування. Нами проаналізовані помилки на догоспітальному етапі в осіб, які лікувалися в обласній клінічній інфекційній лікарні ім. З.Й. Красовицького.

З усіх госпіталізованих протягом 9 місяців 2005 року помилки на догоспітальному етапі встановлено у 46 % осіб, при цьому основними помилками були розходження діагнозів (2,1 %), надання медичної допомоги на догоспітальному етапі без відповідності до стандартів (25 %), неякісне оформлення документації (40 %). Як свідчить аналіз розходження діагнозів між ЛПЗ, що направляють хворих, та діагнозом стаціонару СОКІЛ, мало місце при диференціації гарячок різного походження, жовтяниць паренхіматозної та підпечінкової етіології, захворювань шлунково-кишкового тракту інфекційної та хірургічної природи. При цьому відмічалось зменшення показника розходження діагнозів з 2,5 % у першому кварталі 2005 року до 2,1 % у третьому кварталі 2005 року. Найвищий відсоток розходжень спостерігався при направленні хворих з Сумської ЦРЛ (3,8 %), станції швидкої допомоги (3,2 %), поліклінік міста Сум (1,9 %). Найменший відсоток розходжень при направленні хворих з обласних ЛПЗ – 1,6 %. Виявлено недостатність обґрунтування діагнозів грипу та ГРВІ. У ряді

випадків була відсутня симптоматика інфекційного захворювання.

У першому кварталі 2005 року до СОКІЛ було направлено 162 хворих з діагнозом грип або ГРВІ і у 52 з них не було характерних симптомів грипу, що дало можливість лікарю приймального відділення виключити вищезазначений діагноз.

Аналіз історій хвороб госпіталізованих хворих дозволив дійти висновку, що головною причиною помилок у поставленні діагнозів інфекційних хвороб на догоспітальному етапі була переоцінка симптомів захворювання (частіше гарячки) за відсутності та недооцінки інших. Інформація про діагностичні помилки протягом 2005 року направлялася головним лікарям ЛПЗ.

Серед інших помилок слід звернути увагу на пізні терміни направлення хворих до стаціонару. 22 % хворих направлені на стаціонарне лікування після 4-го дня хвороби, а поодинокі з 10-ї до 20-ї доби від початку захворювання.

Стосовно надання обсягів медичної допомоги на догоспітальному етапі слід зазначити наявність помилок у 10 % випадків від усіх направлених хворих. Зокрема, медичними працівниками первинної ланки не проводилось промивання шлунка при отруєннях, харчових токсикоінфекціях та гострих кишкових інфекціях. У 47 % випадків мало місце неякісне оформлення медичної документації, а саме: відсутні дані про епідоточення хворого, щеплювальний анамнез, дані лабораторних та інструментальних методів обстеження, дані про отримане на догоспітальному етапі лікування, відомості про перебування на лікарняному листку в поточному році.

Усе це створює додаткові труднощі в роботі стаціонару лікарні і може бути підставою для скарг громадян на діяльність медичних працівників первинної ланки.

Таким чином, проведений аналіз свідчить про недостатню настороженість, а в деяких випадках відсутність лікарями знань про клінічний перебіг інфекційних захворювань, недостатній рівень якості надання медичної допомоги хворим на догоспітальному етапі. При встановленні діагнозу інфекційного

захворювання необхідно враховувати епідеміологічні дані, клінічний перебіг та дані лабораторного та інструментального обстежень. Обсяг первинної медичної допомоги на догоспітальному етапі повинен відповідати сучасним стандартам якості у відповідності до встановленого діагнозу. При направленні хворих в інфекційні стаціонари необхідно оформляти медичну документацію згідно з встановленими вимогами.

Г.Ф. Завзята, Н.О. Зарічанська, З.О. Антоненко
ОСОБЛИВОСТІ, ТЕНДЕНЦІЯ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА
ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ/СНІД У М. КОНОТОПІ ТА
КОНОТОПСЬКОМУ РАЙОНІ

Центральна районна лікарня, м. Конотоп

Перший випадок ВІЛ-інфікування у м. Конотопі зареєстрований у 1997 році. За період з 1997 року було виявлено 137 ВІЛ-інфікованих (показник 104,3 на 100 тис., обласний – 52,3 на 100 тис.), за цей же період захворіло на СНІД 22 особи (21,9 на 100 тис.), померло від СНІДу 12 хворих (9,1 на 100 тис.), 8 ВІЛ-інфікованих померло від інших причин.

Динаміка захворюваності відображена в нижченаведеній таблиці:

Рік	Виявлено ВІЛ-інфікованих	У т. ч. діти	Захворіло на СНІД	Померло від СНІДу	Померло від інших причин	Обстежено на ВІЛ контингентів ризику	Виявлено від обстежених, %
1997	1					2879	0,03
1998	2					5295	0,04
2000	1					2681	0,04
2001	54	2	10	3		3243	1,7
2002	36		6	4	3	3315	1,1
2003	16	2	2	1	3	3406	0,5
2004	17	-	4	3	1	3276	0,5
10 міс. 2005	10	1	-	1	1	2762	0,4
Усього	137	5	22	12	8		