

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ

УДК: 616.24-002-085:614.212:005.311.11:303.62(477.52):006.07(043.3)

Дрига Наталія Олександрівна

*Покращення якості медичної допомоги хворим на
негоспітальну пневмонію.*

14.01.38 – загальна практика – сімейна медицина

Робота на здобуття кваліфікаційного ступеня магістра

Науковий керівник: Сміянов Владислав Анатолійович,

доктор медичних наук,

доцент, завідувач секції соціальної

медицини,

лікар вищої категорії

Суми 2016

ЗМІСТ

Перелік скорочень.....	3
Вступ.....	4
Розділ 1. Огляд літератури	
1.1. Статистичні дані у світі, по Україні, Сумській області та м.Суми.....	8
1.2. Затяжний перебіг НП.....	11
Розділ 2. Стандарти надання медичної допомоги хворим на пневмонію	
2.1 Показники якості медичної допомоги хворим на не госпітальну пневмонію.....	13
2.2. Стандарти діагностики та лікування негоспітальної пневмонії.....	14
Розділ 3. Матеріали та методи дослідження.....	20
Розділ 4. Отримані результати та їх обговорення.....	24
Розділ 5. Висновки та пропозиції.....	43
Список використаної літератури.....	47

Перелік скорочень

НП – негоспітальна пневмонія

ЯНМД – якість надання медичної допомоги

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

МОЗ – Міністерство охорони здоров'я

л/д – ліжко – дні

МД – медична допомога

ВСТУП

Актуальність та обґрунтування теми

Пневмонія в наш час залишається важливою медико-соціальною проблемою. Це зумовлено, в першу чергу, її значною поширеністю, досить високими показниками інвалідизації та смертності, а також значними економічними витратами внаслідок цього захворювання (Ю. І. Фещенко, 2013; О. Я. Дзюблик, 2013; Т. О. Перцева, 2013; Ю. М. Мостовий, 2012) .

Упродовж останнього десятиріччя у національних системах охорони здоров'я країн світу відбулися характерні зміни у системі забезпечення якості медичної допомоги, а саме перехід від ідеології контролю до стимулювання виявлення, оцінювання і вирішення існуючих проблем, тобто застосування комплексного, інтегрованого та динамічного підходу до покращання якості, спрямованого на постійну модифікацію, вдосконалення та поліпшення результатів роботи системи в цілому (Ю. В. Вороненко, 2012; В. Ф. Москаленко, 2012; А. Л. Лінденбрaten, 2012; Н. В. Семенова, 2012; Г. О. Слабкий, 2012; О. П. Щепін, 2012; S. Chuang, PeterP. Howley, 2013; L. Fitzharris, T. Crimes, 2010; A. Jackson, 2012).

В Україні побудова ефективної системи охорони здоров'я та забезпечення якості медичної допомоги залишаються одними з найактуальніших проблем та гуманітарних цілей суспільства. Підвищення якості медичної допомоги передбачає виконання складної загальносистемної роботи, що включає удосконалення безпосередньої системи надання медичної допомоги, що в ринкових умовах набуває пріоритетного характеру (Б. П. Криштопа, 2008; В. М. Лехан, 2010; А. В. Степаненко, 2011; Ю. В. Вороненко, 2012; О.М. Голяченко, 2011).

До цього часу більшість наукових публікацій щодо якості в системі охорони здоров'я були пов'язані з дослідженням контролю, оцінюванням та вдосконаленням якості медичної допомоги переважно на державному та регіональному рівнях (З. О. Надюк, 2006; Р. А. Васишин, 2010; О. Л. Зюков, 2009; В.В. Горачук, 2012).

На рівні закладу охорони здоров'я спорадично вивчалися лише окремі питання управління якістю медичної допомоги (Т. П. Іванова, 2011; Д. Д. Дячук, 2013).

Необхідно констатувати той науковий факт, що на сьогодні в загальносвітових тенденціях стосовно покращання якості медичної допомоги превалює залучення механізмів безпосереднього впливу у самому закладі охорони здоров'я через систематичне оцінювання / самооцінювання згідно визначених критеріїв, де основним інструментом слугує внутрішній аудит, що робить такий підхід ефективним у процесі надання медичної допомоги на рівні закладу охорони здоров'я (В. М. Богомаз, 2010; О. М. Посненкова, 2009; А. В. Степаненко, 2011; Гр. Росс, 2009; С. Bullough, W. Graham, 2002; М. С. Peterson, 2009; J. Qvretveit, 2005).

Враховуючи все сказане та інші чинники, про які буде йти мова нижче, пошук механізмів вирішення проблеми якості медичної допомоги населенню України і, зокрема, на рівні закладу охорони здоров'я, в умовах процесу реформування діючої системи медичного забезпечення варто вважати однією з найбільш важливих у спектрі усіх проблем зміцнення та збереження здоров'я нації.

Розробка та впровадження пропозицій щодо покращення організації надання медичної допомоги хворим на пневмонію дасть змогу на більш ранніх етапах попереджувати пролонгацію перебігу, виникнення ускладнень та застосовувати адекватні програми її лікування.

Мета дослідження. Покращення якості медичної допомоги дорослим хворим на негоспітальну пневмонію у м.Суми.

Задачі роботи:

- Проведення аналізу наукових джерел щодо організації надання медичної допомоги хворим на пневмонію;

- Аналіз захворюваності пневмоніями, поширеності, смертності серед дорослого населення в м.Суми;
- Проведення соціологічного дослідження серед стаціонарних хворих на пневмонію щодо якості надання медичної допомоги;
- Дослідження якості медичної допомоги хворим на негоспітальну пневмонію за даними історій хвороб;
- Розробка та впровадження пропозицій щодо покращення організації надання медичної допомоги хворим на пневмонію;
- Аналіз ефективності впроваджень.

Об'єкт дослідження:

Хворі на негоспітальну пневмонію III гр. віком ≥ 18 років.

Предмет дослідження:

Оцінка якості медичної допомоги хворим на негоспітальну пневмонію: аналіз архівних документів (медичні картки амбулаторних та стаціонарних хворих) – 164 історій хвороб, соціологічне опитування хворих пульмонологічного відділення Сумської міської клінічної лікарні № 1 – 44 анкети.

Методи дослідження:

- *системного аналізу і системного підходу* - при визначенні основних наукових категорій управління якістю медичної допомоги;
- *медико-статистичного аналізу* – при вивченні стану здоров'я дорослого населення м. Суми на пульмонологічну патологію;
- *соціологічного опитування* – під час дослідження якості надання медичної допомоги в Сумській області та шляхів її підвищення;

- *метод аналізу і представлення даних* – при формуванні системи факторів забезпечення якості медичної допомоги на рівні закладу охорони здоров'я;
- *клінічний* (суб'єктивне обстеження: збір анамнезу захворювання, анамнезу життя, скарги; об'єктивне обстеження);

Практичне значення отриманих результатів полягає в тому, що вони стали підставою для:

- розроблення та впровадження постійно діючої системи моніторингу потреб пацієнтів і стимулів у медичних працівників щодо покращання якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я;
- створення алгоритму впровадження моделі управління якістю та послідовності етапів проведення циклу внутрішнього аудиту для підвищення якості медичної допомоги на прикладі надання медичної допомоги пацієнтам з пневмонією;

РОЗДІЛ 1

ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

1.1 Статистичні дані у світі, по Україні, Сумській області та м.Суми.

Згідно з результатами зарубіжних епідеміологічних досліджень захворюваність дорослих (18 років та старше) на негоспітальну пневмонію коливається в широкому діапазоні: від 1-11,6 випадку на 1 000 осіб молодого та середнього віку і до 25-44 – на 1 000 осіб старших вікових груп (65 років та старше) [1, 3, 37].

У США щорічно реєструють 3-4 млн. хворих на негоспітальну пневмонію, з яких близько 900 тис. госпіталізують. З числа останніх безпосередньо від НП щорічно помирають більше 60 тис. осіб. В США пневмонія призводить до щорічної втрати більше 150 млн. робочих днів, а загальні витрати на лікування хворих становлять понад 10 млрд. доларів [42, 48, 50].

В Україні у 2010 році, за даними офіційної статистики, захворюваність дорослих на пневмонію становила 519,7 випадки на 100 тис. населення, у 2012р. – 414,4 випадки на 100 тис. населення. У Сумській області у 2012 році цей показник також був досить високим і становив 391,9 випадки на 100 тис. населення. Це приводить до значного економічного і соціального збитку: тимчасової втрати працездатності, інвалідизації пацієнтів, великих матеріальних витрат на лікування, психологічного дискомфорту пацієнтів [2, 24, 31, 39].

Серед хворих на гострі пневмонії переважають чоловіки - 55%. Захворюваність збільшується з віком, 55% хворих відноситься до вікової групи 40-59 років, 34% хворих - особи старше 60 років [41, 50].

Тривалість тимчасової непрацездатності внаслідок пневмонії становив 13,1 дні на 100 працюючих, в середньому – 19,5 дні на 1 працюючого [3, 37].

В амбулаторіях та поліклініках (I–II рівень) медична допомога надається хворим на негоспітальну пневмонію I групи (з нетяжким перебігом, які не

потребують госпіталізації, без супутньої патології та «модифікуючих» факторів ризику появи окремих збудників) або II групи (з нетяжким перебігом, які не потребують госпіталізації, з наявністю супутньої патології та/або інших «модифікуючих» факторів). В стаціонарі (II–III рівень) — хворим на негоспітальну пневмонію III групи (хворі на НП з нетяжким перебігом, які потребують госпіталізації у терапевтичне або пульмонологічне відділення за медичними (наявність несприятливих прогностичних факторів або соціальними показаннями) та IV групи (з тяжким перебігом, які потребують госпіталізації у ВРІТ [10, 11, 25].

В терапевтичних стаціонарах м.Суми проліковано у 2014р. 728 пневмоній, у 2013р. – 965 пневмоній, летальність у 2014р. – 0,08% проти 0,28% у 2013р., обласний показник за 2014р. – 0,44%. Середні терміни перебування на ліжку знизилися: 2014р. – 12,3 л/д, 2013р. – 12,6л/д, обласний показник – 12,3л/д, в Україні – 13,1л/д. Але важкі дольові пневмонії у 2014р. – 15,4л/д проти 14,4 л/д у 2013. Висока питома вага пролікованих важких пневмоній – склала у 2014р. – 3,2% проти 3,9% в 2013р. [2]

При цьому, НП привертає до себе увагу не тільки постійним ростом захворюваності, але й рівнем летальності, що продовжує збільшуватись як у нас в країні, так і в усьому світі [5, 14, 46]. Не дивлячись на наявність сучасних антибактеріальних препаратів, міжнародних рекомендацій (в тому числі рекомендації Британського торакального товариства (BTS), 2004, 2009 рр.), Європейського респіраторного товариства (ERS), 2005 р.), погоджувальні рекомендації IDSP/ATS, 2007 р.), українських протоколів, сучасної дихальної та кисневої апаратури, НП досі займає 4–6-е місце в структурі причин смерті від усіх захворювань [12, 13, 49].

Смертність від пневмоній в Україні у 2013р. – 11,9 випадки на 100 тис. населення, у 2014р. – 10,6 випадки на 100 тис. населення, тобто померли майже 2% осіб, які захворіли на пневмонію [24, 37, 38]. В Сумській області у 2013р. – 6,0 випадки на 100 тис. населення, 2014р. – 5,0 випадки на 100 тис. населення. Серед померлих від пневмонії у 2014р. в м.Суми – 11 чоловіків

(84,6%) та 2 жінки (15,4%). У працездатному віці померло 6 (46,2%). При аналізі причин смерті шляхом розгляду протоколів випадків смерті та амбулаторних карт виявлено, що: 8 пацієнтів (61,5%) зловживали алкоголем, вели асоціальний спосіб життя, 1 пацієнт хворів СНІДом, наркоман, 2 мали важку супутню патологію: онкологічна та важка серцево-судинна. За медичною допомогою звернулись лише 2 пацієнта, які померли в реанімаційному відділенні [2, 24].

Отримані дані збігаються з літературними, за якими загальна летальність при НП варіює від 1 % (у осіб молодого і середнього віку без супутніх захворювань) до 15–40 % (при тяжкій негоспітальній пневмонії, у старших вікових групах та у пацієнтів з супутніми захворюваннями) [1]. Однак ці показники не повною мірою відображають дійсні рівні захворюваності і смертності. Крім того, в Україні досі відсутні статистичні дані щодо окремих видів пневмонії, що не дає можливості проводити відповідний аналіз і порівнювати наші дані з міжнародними [15, 36, 37].

Таким чином, сьогодні відбувається зростання летальності від НП за рахунок тяжкої. Серед причин летальності від НП вагоме місце займають пізні звертання за медичною допомогою, похилий вік, тяжка супутня патологія, алкоголізм, імунодефіцитний стан, невірна оцінка тяжкості хворого, несвоєчасний початок антибактеріальної терапії тощо. Проте найбільш фатальними стають діагностичні помилки, які, незважаючи на успіхи сучасної діагностики, складають близько 20–30 %. Основними проблемами ведення хворих на НП в наш час є верифікація діагнозу і диференціальна діагностика, швидка ідентифікація етіологічного агента, правильний вибір та схема призначення антибактеріального препарату [1, 2, 3, 52].

1.2 Затяжний перебіг НП.

Клініка пневмоній за останні роки помітно змінилася, і, в першу чергу, це пов'язано зі збільшенням випадків (до 30-40%) їх затяжного перебігу, що пов'язують із порушенням загальних і локальних адаптаційно-захисних механізмів людини та виникненням антибіотикорезистентних штамів мікроорганізмів [8, 22, 38]. Розвиток затяжного перебігу негоспітальної пневмонії погіршує прогноз захворювання та значно збільшує витрати на лікування. У зв'язку з цим зрозумілою є зацікавленість особливостями негоспітальної пневмонії із затяжним перебігом. На заваді вирішення проблеми її діагностики і лікування стоять недосконалість уявлень щодо патогенетичних ланок виникнення та перебігу даного захворювання, а також причин, що сприяють прогресуванню резистентності збудників до антибіотикотерапії [7, 35, 46].

У більшості хворих на НП після 3–5 днів потенційно ефективної антибактеріальної терапії нормалізується температура тіла та регресують інші клінічні ознаки захворювання. При цьому одужання за даними рентгенологічного дослідження, як правило, відзначають пізніше клінічного. У тих випадках, коли на фоні покращення клінічної картини до кінця 4-го тижня від початку захворювання не вдається досягти повного рентгенологічного розсмоктування вогнищево-інфільтративних змін у легенях, необхідно думати про пневмонію, яка не розсмоктується (повільно розсмоктується), або про пневмонію з затяжним перебігом [7, 16].

Можливими факторам ризику затяжного перебігу захворювання можуть бути:

- Вік старше 50 років.
- Хронічний алкоголізм.
- Наявність супутніх інвалідизуючих захворювань внутрішніх органів (хронічні обструктивні захворювання легень, застійна серцева недостатність, ниркова недостатність, злоякісні пухлини, цукровий діабет та ін.).
- Тяжкий перебіг пневмонії.

- Мультичасткова поширеність пневмонічної інфільтрації.
- Вірулентні збудники пневмонії (*Legionella pneumophila*, *Staphylococcus aureus*, грамнегативні ентеробактерії).
- Тютюнопаління.
- Клінічна неефективність призначеної терапії (зберігаються лейкоцитоз та лихоманка).
- Вторинна бактеріємія.
- Набута антибіотикорезистентність збудника захворювання. [22, 26]

Особливого значення набуває правильність вибору емпіричної антибактеріальної терапії, режиму дозування та дотримання хворим усіх лікарських рекомендацій. Необхідно бути впевненим, що у вогнищі запалення створена необхідна концентрація антибіотика, а тому необхідно виключити «секвестровані» фокуси інфекції (наприклад, емпієма плеври, абсцес легень, позаторакальні «відсіви») [26, 34, 55]. Важливе значення має диференціальна діагностика НП із затяжним перебігом та вогнищевो-інфільтративного туберкульозу легень. Також слід враховувати широке коло неінфекційних захворювань, які мають подібні до пневмонії ознаки та створюють при цьому певні диференціально-діагностичні утруднення. За наявності факторів ризику затяжного перебігу НП, але якщо при цьому спостерігається клінічне покращання, через 4 тижні доцільно провести контрольне рентгенологічне дослідження органів грудної клітки. Якщо ознаки клінічного покращання відсутні та/або у пацієнта наявні фактори ризику затяжного перебігу НП, тоді безумовно показане негайне додаткове обстеження хворого — КТ органів грудної клітки, фібробронхоскопія та ін. [7, 8, 29].

РОЗДІЛ 2

СТАНДАРТИ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ПНЕВМОНІЮ

2.1 Показники якості медичної допомоги хворим на НП.

На сьогоднішній день загальноприйняте визначення якості охорони здоров'я відсутнє, ця категорія багатоаспектна і пояснюється багатьма концепціями, що з часом змінюються та удосконалюються. За визначенням ВООЗ, «якість – це точне (відповідно до стандартів) виконання різних видів медичного втручання, які вважаються безпечними, доступні у фінансовому відношенні для даного суспільства і здатні здійснити позитивний вплив на рівень смертності, захворюваності, непрацездатності і нераціонального харчування»[33].

Показники ЯНМД

- *Доступність медичної допомоги.*
- *Економічність медичної допомоги.*
- *Ефективність медичної допомоги.*
- *Наступність медичної допомоги.*
- *Науково-технічний рівень медичної допомоги.*
- *Рівень дотримання технологічності медичної допомоги.*
- *Рівень якості диспансеризації.*
- *Рівень якості діагностики.*
- *Рівень якості лікування.*

- *Рівень якості обстеження.*
- *Рівень якості профілактики.*
- *Рівень якості реабілітації.*
- *Ступінь задоволення пацієнтів отриманою медичною допомогою*

[6, 17].

2.2. Стандарти діагностики та лікування НП.

У різних країнах ведеться розробка стандартів діагностики та лікування хворих на НП з метою покращання якості надання їм медичної допомоги. Перший крок у створенні таких стандартів зроблено у 1993 р. Американським торакальним (American Thoracic Society — ATS) та Європейським респіраторним (European Respiratory Society — ERS) товариствами. В Україні такі стандарти з'явилися у вигляді протоколів надання медичної допомоги лише у 1999 р., після чого були переглянуті у 2003 та 2007 р. (Міністерство охорони здоров'я, 2007).

На сьогодні існує багато закордонних рекомендацій щодо ведення хворих дорослого віку з НП: рекомендації Британського торакального товариства (British Thoracic Society — BTS) (2001; 2004; 2009), ERS (1998; 2005; 2011), Товариства інфекційних хвороб Америки (Infectious Disease Society of America — IDSA) (2000; 2003), ATS (2001), Канадського товариства інфекційних хвороб (Canadian Infectious Disease Society — CIDS)/Канадського торакального товариства (Canadian Thoracic Society — CTS) (2000), Центрів з контролю та профілактики захворювань США (Centers for Disease Control and Prevention — CDC) (2001), Іспанського торакального товариства (Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica — SEPAR)

(2006; 2010) та Російського респіраторного товариства спільно з Міжрегіональною асоціацією з клінічної мікробіології та антимікробної хіміотерапії (МАКМАХ) (2003; 2006; 2010) (Дворецкий Л.И., Александрова М.А., 2010; Чучалин А.Г. и соавт., 2010; Menéndez R. et al., 2010).

Згідно з чинним наказом Міністерства охорони здоров'я України від 19.03.2007 р. № 128 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія» (табл. 1), для діагностики пневмонії обов'язковими є такі методи обстеження:

- рентгенографія органів грудної клітки у двох проєкціях;
- біохімічний аналіз крові (електроліти, печінкові ферменти, креатинін, сечовина та глюкоза в крові);
- мікроскопічне дослідження мокротиння (зібраного натще та перед початком антибактеріальної терапії), пофарбованого за Грамом;
- мікробіологічне культуральне дослідження мокротиння, плеврального випоту, крові для виявлення збудника та визначення чутливості до антибіотиків;
- клінічний аналіз крові для виявлення лейкоцитозу та зсуву лейкоцитарної формули вліво.

Діагноз пневмонії вважають достовірним за наявності у хворого рентгенологічно підтвердженої вогнищевої інфільтрації легеневої тканини (її поява чи прогресування) та не менше 2 клінічних ознак із нижченаведених:

- гострий початок захворювання із підвищенням температури тіла $>38^{\circ}\text{C}$;
- кашель з виділенням мокротиння (при фарбуванні за Грамом вміст нейтрофілів >25 та епітеліальних клітин <10 у полі зору при малому збільшенні);
- фізикальні ознаки (притуплення чи тупий перкуторний звук, послаблене чи жорстке бронхіальне дихання, фокус дзвінких дрібнопухирчастих хрипів та/чи крепітації);

- лейкоцитоз ($>10 \cdot 10^9$ г/л) та/чи паличкоядерний зсув лейкоцитарної формули ($>10\%$);
- виявлення збудника при проведенні культурального дослідження мокротиння чи крові (Дворецкий Л.И., 1996; Гучев И.А., 2003; Woodhead M. et al., 2005; Чучалин А.Г. и соавт., 2010).

Відсутність або неможливість виконання рентгенологічного дослідження для підтвердження наявності вогнищевої інфільтрації легеневої тканини робить діагноз пневмонії неточним або невизначеним. У цьому разі діагноз базується на даних епідеміологічного анамнезу, скаргах та наявності відповідних фізикальних симптомів [10, 25, 18].

За наявності скарг на підвищення температури тіла, кашель із виділенням мокротиння, задишку та/чи біль у грудній клітці, але за відсутності аускультативної симптоматики та неможливості виконання рентгенологічного дослідження, діагноз пневмонії є малоімовірним [19,37].

Дослідження мокротиння також є обов'язковим методом діагностики НП. Найпростішим є окрас мокротиння за Грамом, але низька інформативність та відсутність барвника обмежують використання мікробіологічного дослідження мокротиння як «золотого стандарту» для ідентифікації збудника у хворих на НП. Крім того, відсутність в більшості випадків адекватного для посіву біологічного матеріалу, широке застосування антибіотиків на догоспітальному етапі, недотримання правил збору, зберігання і доставки мокротиння, тривалість виконання – тільки частина причин низької інформативності методу мікробіологічного дослідження експекторанта. [27, 38]

Пульсоксиметрія допомагає в діагностиці, однак є орієнтовним методом. Неправильне положення датчика, порушення мікроциркуляції периферичних тканин (шок, гіпотермія, гіповолемія, гіпотензія), анемія, порушення серцевого ритму, які часто зустрічаються у тяжких хворих, призводять до фіксування апаратом хибних результатів. Вимірювання парціального тиску кисню (P_{aO_2}) є більш точним показником гіпоксичної

гіпоксії, ніж вимірювання сатурації крові. Проте необхідність дорогого обладнання та реагентів робить цей метод діагностики майже неможливим в загальній практиці. [26, 27]

Для визначення ступеня тяжкості перебігу пневмонії рекомендовано використовувати загальноприйняті прогностичні шкали: CURB-65 (Confusion — сплутаність свідомості, Urea — рівень азоту сечовини крові >7 ммоль/л, Respiration — частота дихальних рухів (ЧДР) >30/хв, Blood pressure — артеріальний тиск (АТ): систолічний — <90 мм рт. ст., діастолічний — <60 мм рт. ст. у пацієнтів віком >65 років)/CRB-65 та PORT (Pneumonia Patient Outcomes Research Team) із підрахунком індексу тяжкості пневмонії (Pneumonia Severity Index — PSI) (Перцева Т.А. и соавт., 2008).

У 2006 р. групою фахівців з Австралії та США запропоновано нову оціночну шкалу — SMART-COP та її полегшений варіант — SMRT-CO для визначення тяжкості перебігу пневмонії, необхідності респіраторної підтримки, застосування вазопресорних препаратів, а також вирішення питання щодо госпіталізації пацієнта (табл. 2 і 3) (Руднов В.А. и соавт., 2007).

Таким чином, безперечним стає той факт, що на сьогоднішній момент цих стандартних діагностичних процедур просто недостатньо для ведення хворих на НП. Саме тому, продовжується пошук нових більш об'єктивних критеріїв цього діагнозу.

Таблиця 1.

**Нормативи надання медичної допомоги
Негоспітальна пневмонія третьої категорії (Лікування стаціонарне)**

Діагностичні дослідження і консультації	Лікувальні заходи	Диспансерний облік
---	-------------------	--------------------

Види і обсяги	Періодичність	Види і обсяги	Тривалість	Тривалість	Критерії зняття з нього
<ul style="list-style-type: none"> • 1. Клінічне обстеження (о) • 2. Рентгенографія органів грудної клітки у 2-х проекціях (о) томографія (ф) <p>3. Лабораторне обстеження (загальний аналіз крові (о), сечі (о), біохімічні дослідження крові (о), бактеріологічне дослідження мокроти та крові (о))</p> <p>4. Консультація пульмонолога (о) та лікаря за профілем супутньої патології (ф)</p>	<p>1. Постійно</p> <p>2. Перед початком та після закінчення лікування, а також при необхідності</p> <p>3. Аналіз крові перед початком та після закінчення лікування, а також при необхідності;</p> <p>– аналіз сечі та біохімічні дослідження крові одноразово перед початком лікування (при відхиленнях від норми – повторно)</p> <p>– бактеріологічне дослідження</p> <p>дворазово перед початком лікування та при необхідності</p> <p>4. 2 рази на тиждень</p>	<p>1. Антибактеріальна терапія (парентеральне застосування препаратів):</p> <p>– препарати вибору: цефалоспорини II–III покоління або β-лактами/ β-інгібітори β-лактамаз + макроліди;</p> <p>– альтернативні препарати: фторхінолони II–IV покоління</p> <p>2. Патогенетична та симптоматична терапія</p>	<p>1. 3 дні після досягнення стійкої нормалізації температури тіла (приблизно 10–14 днів)</p> <p>2. В залежності від клініко-рентгенологічних або лабораторних проявів захворювання</p>	<p>6 місяці в</p>	<p>Відсутність клініко-рентгенологічних даних за перенесену патологію</p>

Таблиця 2.

Шкала SMART-COP

Показник	Значення показників	Бали
S	Систолічний АТ <90 мм рт. ст.	2
M	Мультилобарні інфільтрати на рентгенограмі легень	1
A	Вміст альбуміну в плазмі крові <3,5 г/дл*	1
R	ЧДР у віці ≤50 років — ≥25/хв, >50 років — ≥30/хв	1
T	Частота серцевих скорочень (ЧСС) ≥125 уд./хв	1
C	Наявність ознак порушення свідомості	1
O	Оксигенація: парціальний тиск кисню в артеріальній крові (PaO ₂) <70 мм рт. ст., рівень сатурації кисню (насичення киснем артеріальної крові, SpO ₂) <94% або PaO ₂ /фракція кисню у вдихуваному повітрі (FiO ₂) <333 у віці ≤50 років; PaO ₂ <60 мм рт. ст., SpO ₂ <90% або PaO ₂ /FiO ₂ <250 у віці >50 років	2
P	pH артеріальної крові <7,35	2
Сума балів		

Таблиця 3.

Інтерпретація шкали SMART-COP

Бали	Необхідність респіраторної підтримки пацієнтів та застосування вазопресорних препаратів
0	Дуже низький ризик, не потребують госпіталізації
1	Низький ризик (1 із 20), не потребують госпіталізації
2	Середній ризик (1 із 10), госпіталізація в стаціонар
3	Високий ризик (1 із 6), госпіталізація у ВРІТ
≥4	Високий ризик (1 із 3), госпіталізація у ВРІТ

РОЗДІЛ 3

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Досягнення поставленої мети – покращення якості організації медичної допомоги дорослим хворим на негоспітальну пневмонію – потребувало послідовного вирішення цілого ряду специфічних завдань, визначення конкретних об'єктів та предметів дослідження, обґрунтування вибору зон і термінів спостереження, а також розроблення спеціальної комплексної програми дослідження з використанням системного підходу.

Виконання програми дослідження проводилося у сім етапів, кожний з яких потребував розв'язання конкретних завдань визначеними методами, що забезпечило можливість отримання достатньо повної інформації для оцінювання стану об'єкта та предметів, що вивчалися, й поетапного вирішення усіх поставлених у роботі завдань.

Перший етап програми передбачав вивчення проблеми, вибір напрямку досліджень, розроблення інструментарію дослідження, генеральної сукупності, її вибірки, формулювання мети та завдань, обґрунтування методів і обсягу дослідження. Так, на підставі структурно-логічного аналізу вітчизняних та іноземних джерел було вивчено моделі, існуючі методи та інструменти управління якістю медичної допомоги у світі. Досліджено сутність і особливості застосування механізму внутрішнього аудиту у процесах покращання якості.

Другий етап дослідження передбачав аналіз механізмів забезпечення та контролю якості медичної допомоги хворим з пульмонологічною патологією в Україні та м.Суми.

На третьому етапі було проведено аналіз стану здоров'я населення м. Суми на пульмонологічну патологію за 2012–2014 рр. На цьому етапі було проаналізовано вплив існуючої системи медичної допомоги та системи контролю якості на стан здоров'я населення м. Суми.

На четвертому етапі були проведені соціологічні дослідження: анкетування (44 анкети) серед пацієнтів пульмонологічного відділення Сумської міської клінічної лікарні № 1 з негоспітальною пневмонією, група ІІІ. Дослідження проводилось впродовж червня – вересня 2015 року.

Також було обстежено та проаналізовано 164 історій хвороб пацієнтів, які знаходились на стаціонарному лікуванні пульмонологічного відділення Сумської міської клінічної лікарні № 1 за 2014 - 2015 роки з негоспітальною пневмонією, група ІІІ . Проведений аналіз загальних даних про пацієнтів, зібраний анамнез хвороби шляхом спілкування з пацієнтом та аналізом даних амбулаторної документації, історій хвороб: час від початку захворювання до звернення за медичною допомогою, час від звернення за медичною допомогою до госпіталізації, перше місце звернення, ким пацієнт був направлений на госпіталізацію.

Генеральною сукупністю, тобто частиною об'єкта дослідження, на яку із вивченою мірою точності можна поширити висновки дослідження, є дорослі пацієнти, які були проліковані в пульмонологічному відділенні Сумської міської клінічної лікарні № 1 за 2014 - 2015 роки з негоспітальною пневмонією.

Обсяг вибіркової сукупності розраховувався за відповідною формулою 2.1:

$$n = \frac{t^2 pq N}{N \Delta^2 + t^2 pq} \quad (2.1)$$

Де n – обсяг вибіркової сукупності;

t – коефіцієнт унормованого відхилення;

p – ймовірність наявності ознаки (0,5);

q – ймовірність відсутності ознаки (0,5);

N – обсяг генеральної сукупності;

Δ - припустима помилка, у дослідженнях максимальна величина припустимої помилки становить $\pm 5\%$.

У дослідженнях такого характеру коефіцієнт унормованого відхилення t дорівнює 2.

За 2014 р. в терапевтичних стаціонарах м.Суми проліковано 728 випадків НГ, в пульмонологічному відділенні Сумської міської клінічної лікарні № 1 проліковано 278 пацієнтів з НП.

Розрахунок вибіркової сукупності:

$$n = \frac{278 * 2^2 * 0,5 * 0,5}{278 * 0,05^2 + 2^2 * 0,5 * 0,5}$$

$$n = 164,01 \approx 164.$$

Для вирішення поставлених завдань застосовували соціологічний та медико-статистичний методи. Для обробки анкет було використано ліцензійний пакет програми «ОСА» (обробка соціологічних анкет), яка є комп'ютерною програмою аналізу первинної соціологічної інформації. Обробку анкет здійснювали машинним методом за спеціально розробленими програмами введення, контролю зберігання і обробки даних на мові SI. Обробка та статистичне групування інформації здійснювалися за звичайними таблицями розподілу явищ за ознаками, вираженими в абсолютних цифрах і відсотках з оцінюванням похибки репрезентативності.

Основним завданням п'ятого етапу дослідження стало обґрунтування моделі управління якістю медичної допомоги на рівні закладу охорони здоров'я, методологічним підґрунтям якої є система безперервного покращання якості медичної допомоги.

Шостий етап дослідження передбачав впровадження моделі управління якістю медичної допомоги в закладах охорони здоров'я (медико-організаційний експеримент).

Сьомий, завершальний, етап присвячений визначенню соціальної і економічної ефективності запропонованої моделі управління якістю медичної допомоги.

Таким чином, розроблена програма дослідження, обраний методичний інструментарій і обсяги досліджень забезпечили отримання достовірних результатів, що стали основою наукового обґрунтування моделі системи управління якістю медичної допомоги на рівні закладу охорони здоров'я.

Розділ 4

ОТРИМАНІ РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Було обстежено та проаналізовано історіх хвороб 164 хворих з діагнозом негоспітальна пневмонія, група ІІІ, які знаходились на стаціонарному лікуванні у пульмонологічному відділенні Сумської міської клінічної лікарні № 1 за 2014 - 2015 роки. Також проведене соціологічне дослідження протягом червня – вересня 2015 року опитано 44 пацієнта в тому ж відділенні.

З метою визначення кореляції між віком пацієнта, а відповідно і часом звернення за медичною допомогою, тривалість лікування та кількістю ліжко-днів всі пацієнти були розділені на п'ять вікових груп – 18 – 29, 30 – 39, 40 – 49, 50 – 59р., 60 р. і більше.

За даними історій хвороб у віковій структурі переважали хворі групи 60 р. і більше – 48 чол. (29%), 18 – 29 р. – 30 чол. (18%), 30 – 39 р. – 30 чол. (18%), 50 – 59р. – 30 чол. (18%), 40 – 49 р. – 26 чол. (16%) (рис. 4.1).

По гендерному відношенню серед досліджуваної групи: чоловіків - 94 (57,3 %), жінок – 70 (42,7 %) (рис. 4.2).

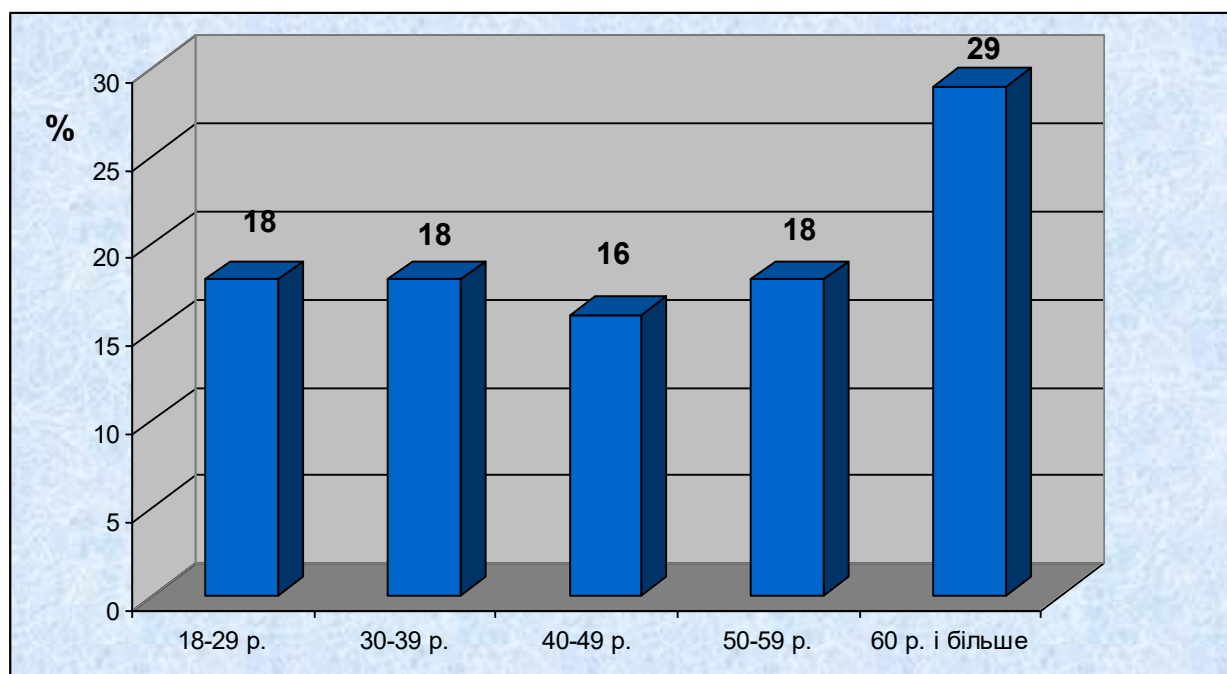


Рис. 4.1. Розподіл хворих по віковим групам за даними історій хвороб (%).

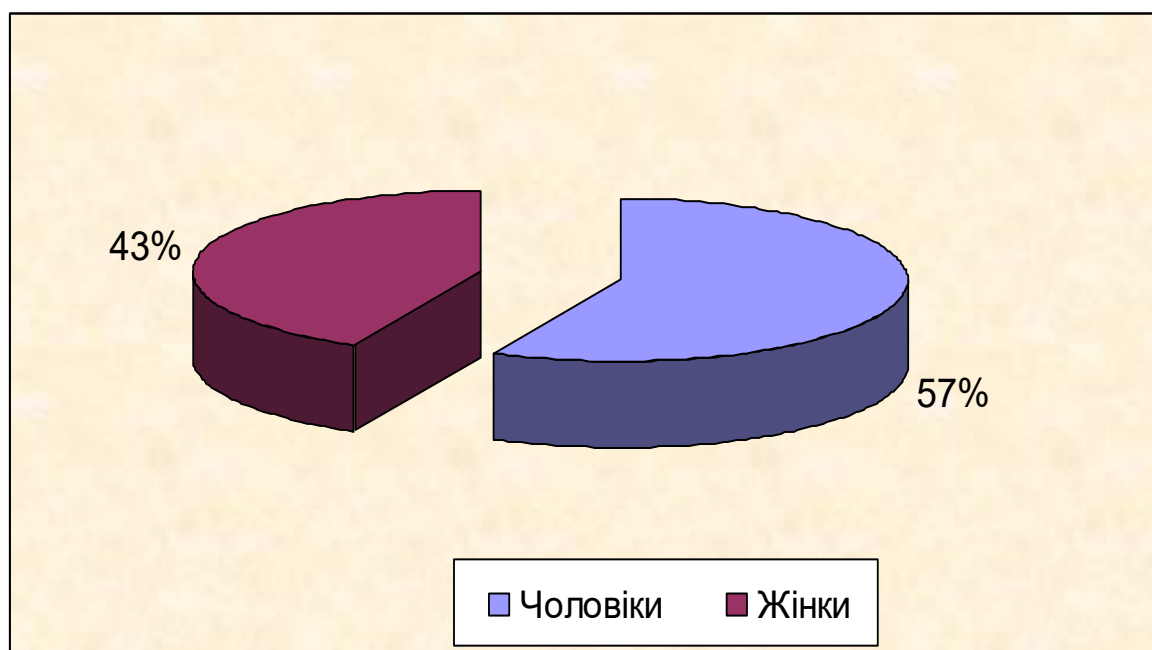


Рис. 4.2. Розподіл хворих за статтю (% , історії хвороб).

Таким чином, досліджувані групи відносно однорідні. У віковій структурі переважали хворі 60 р. і більше – 29% , а для даної вікової категорії значно збільшується ризик розвитку ускладнень НП та затяжний перебіг захворювання. По гендерному відношенню частіше хворіли чоловіки – 57,3 %.

За даними проведеного анкетування у віковій структурі переважали хворі групи 30 – 39 р. – 16 чол. (36%), 60 р. і більше – 14 чол. (32%), 40 – 49 р. – 8 чол. (18%), 18 – 29 р. – 4 чол. (9%), 50 – 59р. – 2 чол. (5%) (рис. 4.3).

По гендерному відношенню кількість чоловіків склала 14 (31,8 %), жінок – 30 (68,2 %) (рис. 4.4).

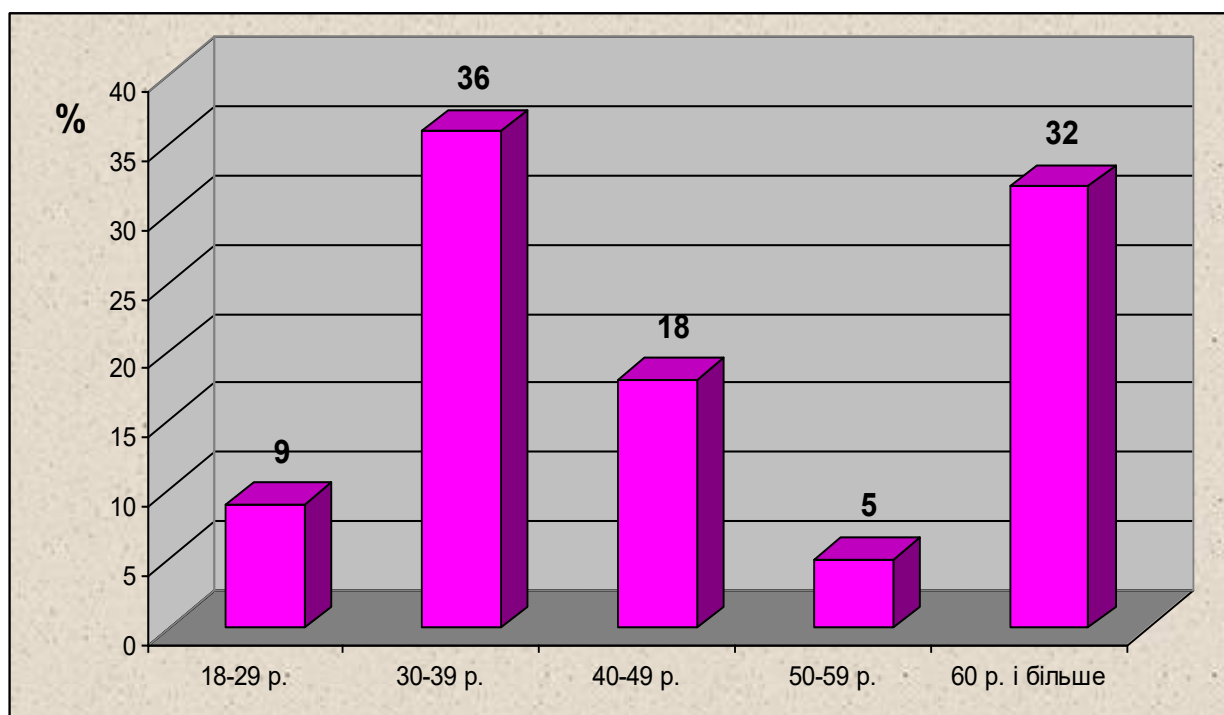


Рис. 4.3. Розподіл хворих по віковим групам за даними анкетування (%).

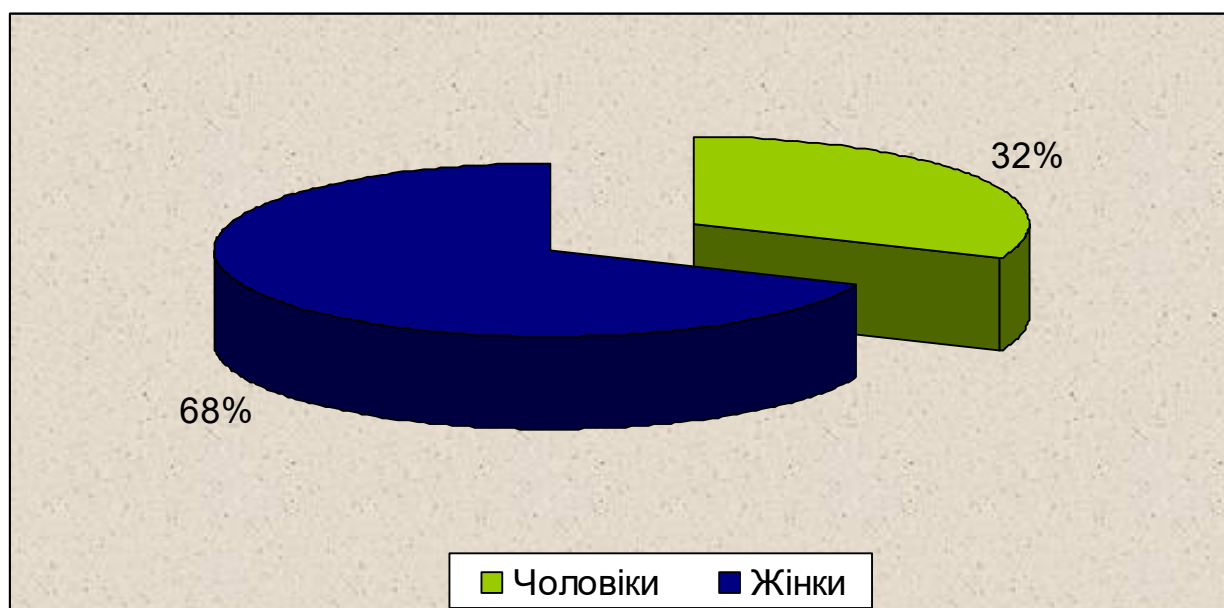


Рис. 4.4. Розподіл хворих за статтю (%), анкетування).

Результати проведеного анкетування показали, що у віковій структурі переважали хворі 30 – 39 р. – 36%, частіше хворіли жінки – 68,2 %.

Серед всієї кількості опитуваних більшість мали повну вищу освіту – 24 чоловіки (55%), середню освіту – 18 чоловік (41%), неповну вищу – 2 чоловіки (4%), (рис. 4.5).

Пацієнти з рівнем доходів до 2000 грн. становили 50% (22 чол.), із рівнем доходів 2000 – 3000 грн. – 18% (8 чол.), 3000 – 4000 грн. – 14% (6 чол.), більше 5000 грн. – 18% (8 чол.) (рис. 4.6).

Опитування показало, що витрати на лікування становили більше 1500 грн. у 77 % пацієнтів (34 чол.), 1000 – 1500 грн. – у 18 % пацієнтів (8 чол.), 700 – 1000 грн. -5 % пацієнтів (2 чол.) (рис.4.7.).



Рис. 4.5. Розподіл пацієнтів за освітою (%).

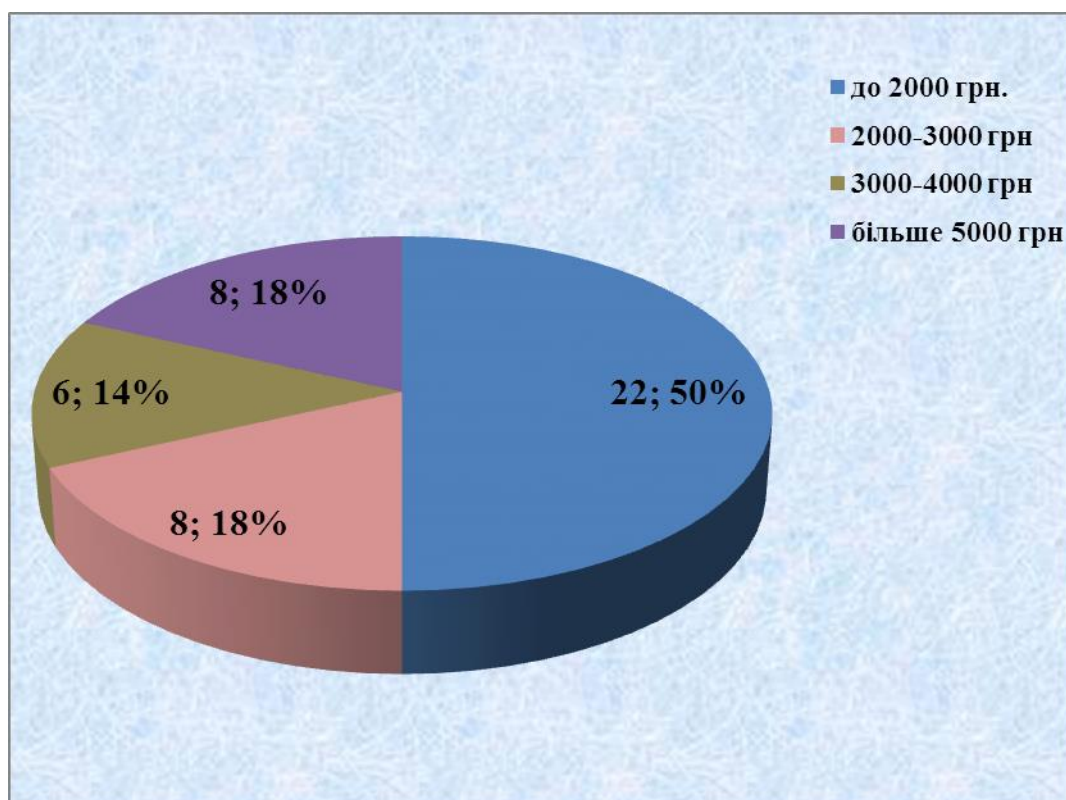


Рис. 4.6. Розподіл пацієнтів за рівнем доходів (абс.чис., %).

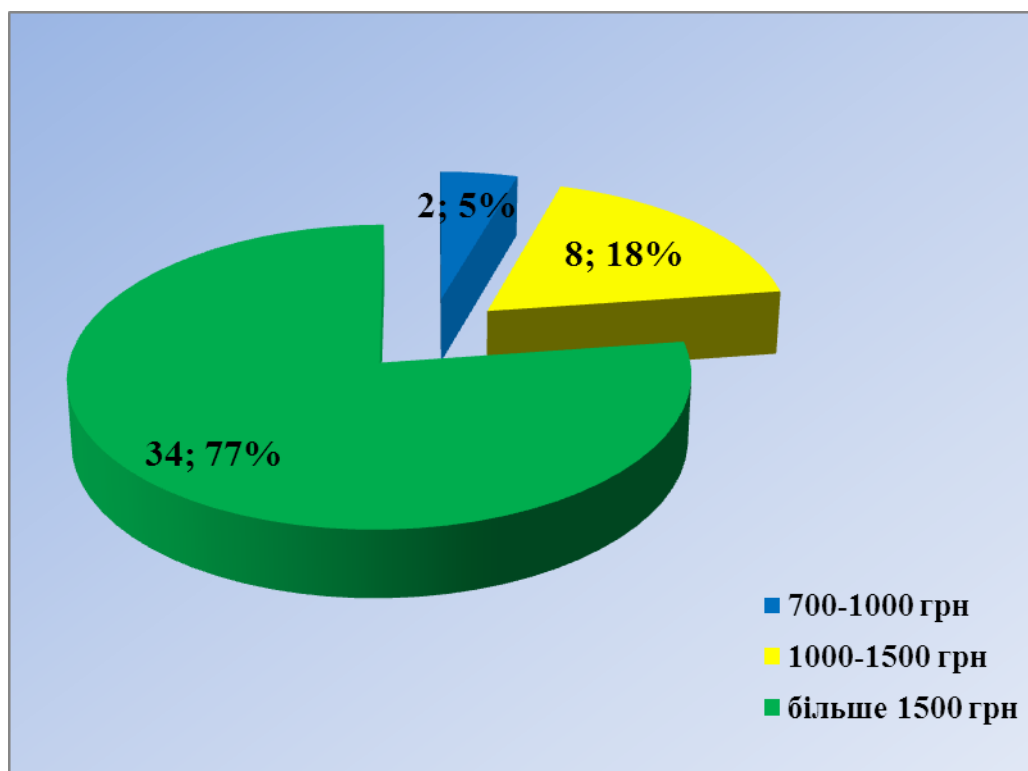


Рис. 4.7. Розподіл пацієнтів за кількістю витрат на лікування (абс.чис., %).

Термін госпіталізації

Одними з основних чинників, які забезпечують якість медичної допомоги на рівні закладу охорони здоров'я, є термін та своєчасність госпіталізації пацієнта.

При дослідженні терміну госпіталізації нами були враховані такі показники:

- 1) час від початку захворювання до першого звернення за медичною допомогою.

При аналізі історій хвороб встановлено, що через 1 – 5 днів від початку хвороби за медичною допомогою звернулись лише 20 чол.(12%), через 6 – 9 днів – 132 чол. (81%), через 10 – 15 днів – 8 чол.(5%) та 4 чол. (2%) вперше звернулись за медичною допомогою на 16 день хвороби та пізніше (рис. 4.8).

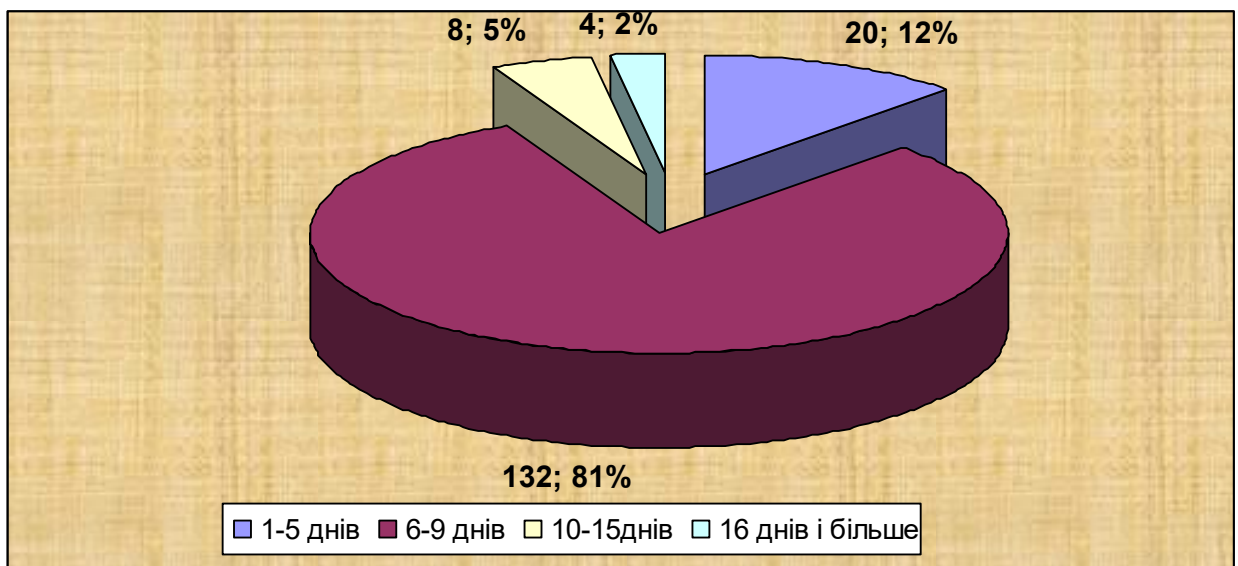


Рис. 4.8. Час від початку захворювання до першого звернення за медичною допомогою (історії хвороб, чол. %).

При проведенні анонімного анкетування встановлено, що на 1 – 5 день від початку хвороби вперше за медичною допомогою звернулись 26 чол.(59%), на 6 – 9 день – 12 чол. (27%), на 10 – 15 день – 4 чол.(9%), на 16 день і пізніше від початку хвороби серед опитаних звернулись 2 чол. (5%) (рис. 4.9.).

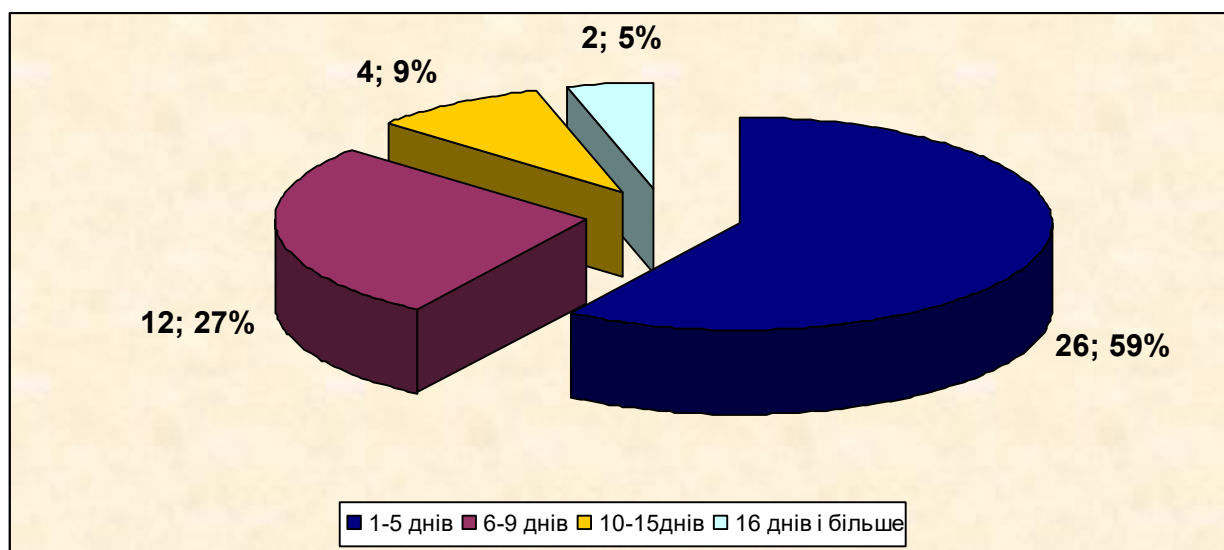


Рис. 4.9. Час від початку захворювання до першого звернення за медичною допомогою (анкетування, чол. %).

2) час від звернення за медичною допомогою до госпіталізації.

За даними історій хвороб встановлено, що більшість пацієнтів були госпіталізовані в день першого звернення за медичною допомогою – 84 хворих (51,2%), 22 хворих (13,4%) госпіталізовані через 1 день від першого звернення, через 2 дні – 14 (8,5%) хворих, через 3 дні – 14 (8,5%) хворих. Але є пацієнти, які були госпіталізовані через 4 дні та пізніше від першого звернення за медичною допомогою: 4 дні – 6 хворих (3,7%), 5 днів – 6 хворих(3,7%), 6 днів – 6 хворих(3,7%), 7 днів – 6 хворих(3,7%), 9 днів – 4 (2,4%) хворих, 2 пацієнта (1,2%) були госпіталізовані через 18 днів (рис. 4.10).



Рис. 4.10. Час від звернення за медичною допомогою до госпіталізації (історії хвороб, %)

Опитування показало, що в день першого звернення за медичною допомогою були одразу госпіталізовані 18 чоловік (40,9%), через 1 день – 4 чоловіка (9,1%), через 2 дні – 4 чоловіка (9,1%), через 3 дні – 6 чоловік (13,6%), на 4 день від першого звернення – 6 чоловік (13,6%), 5 день – 2 пацієнта (4,6%), 2 пацієнта (4,6%) госпіталізовані через 8 днів, 1 пацієнт (2,3%) через 9 днів та 1 пацієнт (2,3%) через 10 днів від першого звернення (рис. 4.11.).

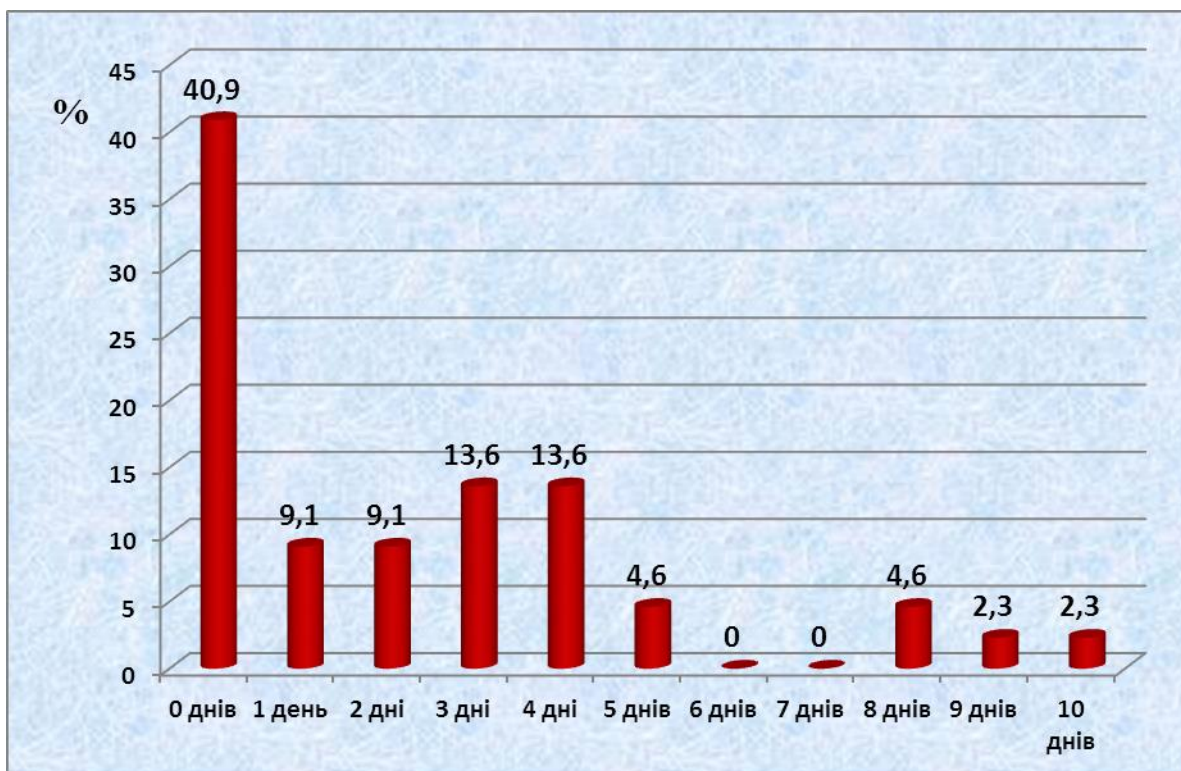


Рис. 4.11. Час від звернення за медичною допомогою до госпіталізації (опитування, %).

Місце першого звернення за медичною допомогою

- 1) За даними опрацьованих історій хвороб встановлено що 126 пацієнта (77%) звернулись за МД до дільничного терапевта/ЛЗПСМ, 14 пацієнтів (9%) – МШМД, 18 пацієнтів (11%) – до вузького спеціаліста (пульмонолог, інфекціоніст, рентгенолог), 4 пацієнта (2%) самостійно одразу звернулись в стаціонар та 2 пацієнтам (1%) було встановлено діагноз НП при проходженні проф. огляду (рис. 4.12).

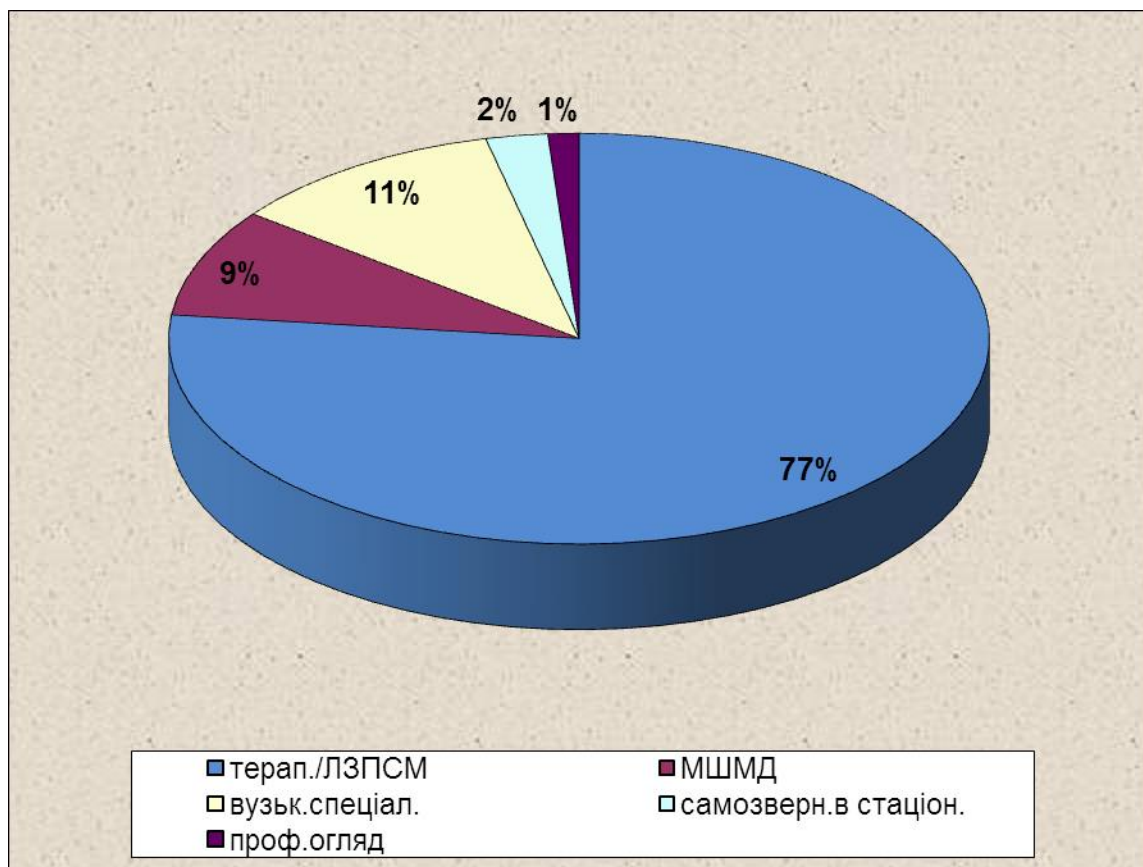


Рис. 4.12. Місце першого звернення за медичною допомогою (історії хвороб, %).

- 2) Дані проведеного анкетування показали, що 36 пацієнтів (82%) звернулись вперше за МД до дільничного терапевта/ЛЗПСМ, 4 пацієнта (9%) – лікаря ШМД, 4 пацієнта (9%) самостійно одразу звернулись в стаціонар та були госпіталізовані (рис. 4.13).

Серед пацієнтів, що звернулись до дільничного терапевта/ЛЗПСМ (36 пацієнтів), виявлено, що:

- 20 хворих були госпіталізовані у плановому порядку;
- 8 хворих – госпіталізовані в ургентному порядку;
- 8 пацієнтам спочатку було призначене амбулаторне лікування, але потім вони були теж госпіталізовані.

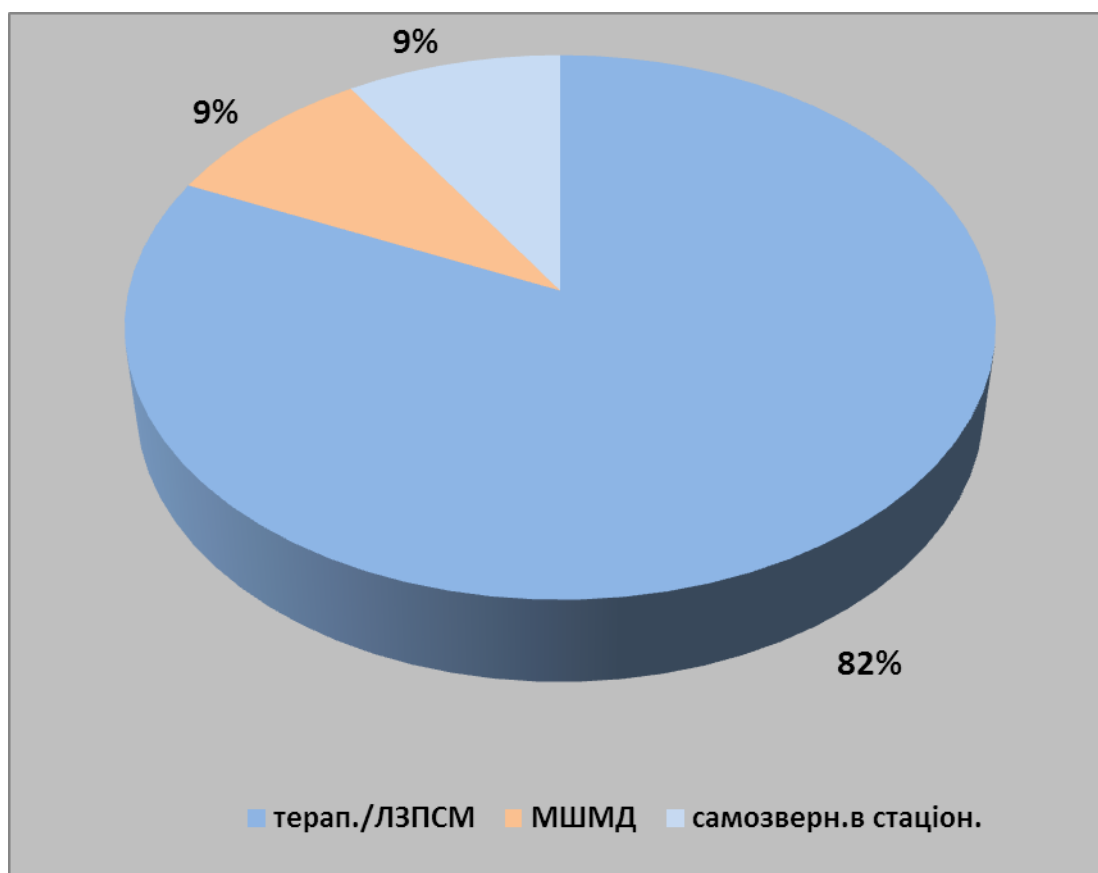


Рис. 4.13. Місце першого звернення за медичною допомогою (опитування, %).

Тривалість лікування в стаціонарі (Ліжко-дні).

При опрацюванні історій хвороб стаціонарних хворих пульмонологічного відділення Сумської міської клінічної лікарні № 1 за 2014 – 2015 роки нами були проаналізовані такі дані:

- 1) Середня кількість ліжко – днів. Цей показник становив 13,11 л/д, що відповідає середньостатистичним показникам по Україні (2014 р. - обласний показник 12,3 л/д, по Україні – 13,1л/д);
- 2) Максимальна кількість становила – 27 л/д;
- 3) **Залежність термінів госпіталізації та тривалості лікування:**

Серед пацієнтів стаціонару 14 днів і більше лікувались 74 чоловік (45,12%). При цьому 48 хворих (64,8%) були госпіталізовані на 6 – 9 день від початку хвороби, 16 хворих (21,6%) - на 10 - 15 день, 8 хворих (10,8%) - на 1 – 5 день та 2 хворих (2,8%) - на 16 день і більше (рис 4.14.).

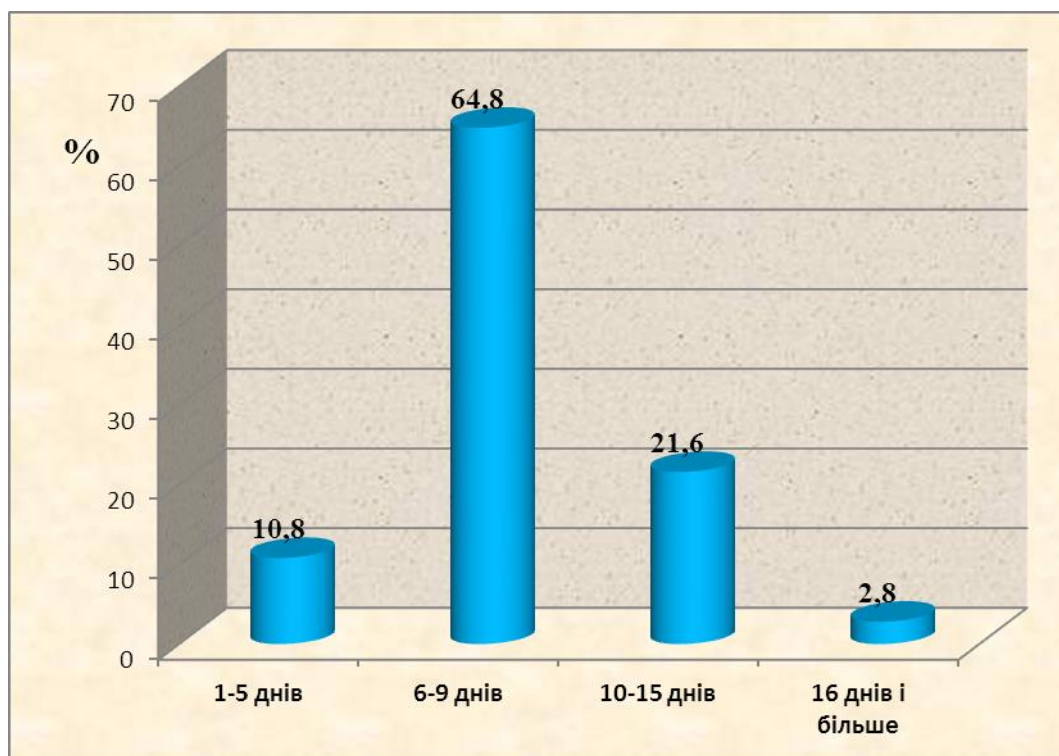


Рис. 4.14 Терміни госпіталізації пацієнтів, які знаходились на стац. лікуванні 14 днів і більше (історії хвороб,%).

У віковій структурі переважали хворі групи 60 р. і більше – 22 чол. (32%) та групи 50 – 59р. – 16 чол. (22%) із супутньою патологією (серцево-судинна, ЦД, хронічний бронхіт, ЗДА), 30 – 39 років – 14 чол. (19%), 40 – 49 років – 12 чол. (16%), 18 – 29 років – 8 чол. (11%) (рис. 4.15.).

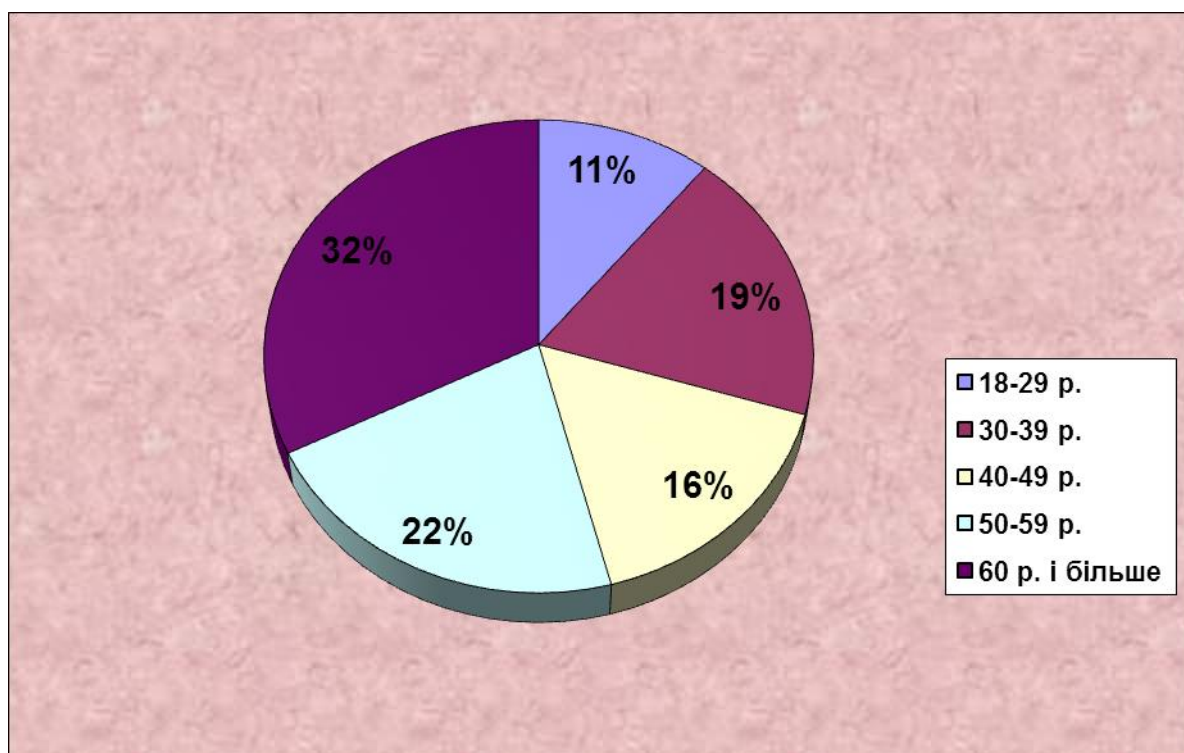


Рис. 4.15. Розподіл пацієнтів, які лікувались 14 днів і більше, по віковим групам (історії хвороб, %).

- 4) Тривалість лікування залежить від поширеності пневмонічної інфільтрації.

За даними історій хвороб із 164 пролікованих пацієнтів у 32 (19,51%) встановлено діагноз сегментарної, полісегментарної НП. Середня кількість ліжко-днів даної групи хворих склала 14,2. У 10 (6,1%) пацієнтів встановлено двобічну пневмонію, середня тривалість ліжко-днів 14,75 (рис. 4.16.).

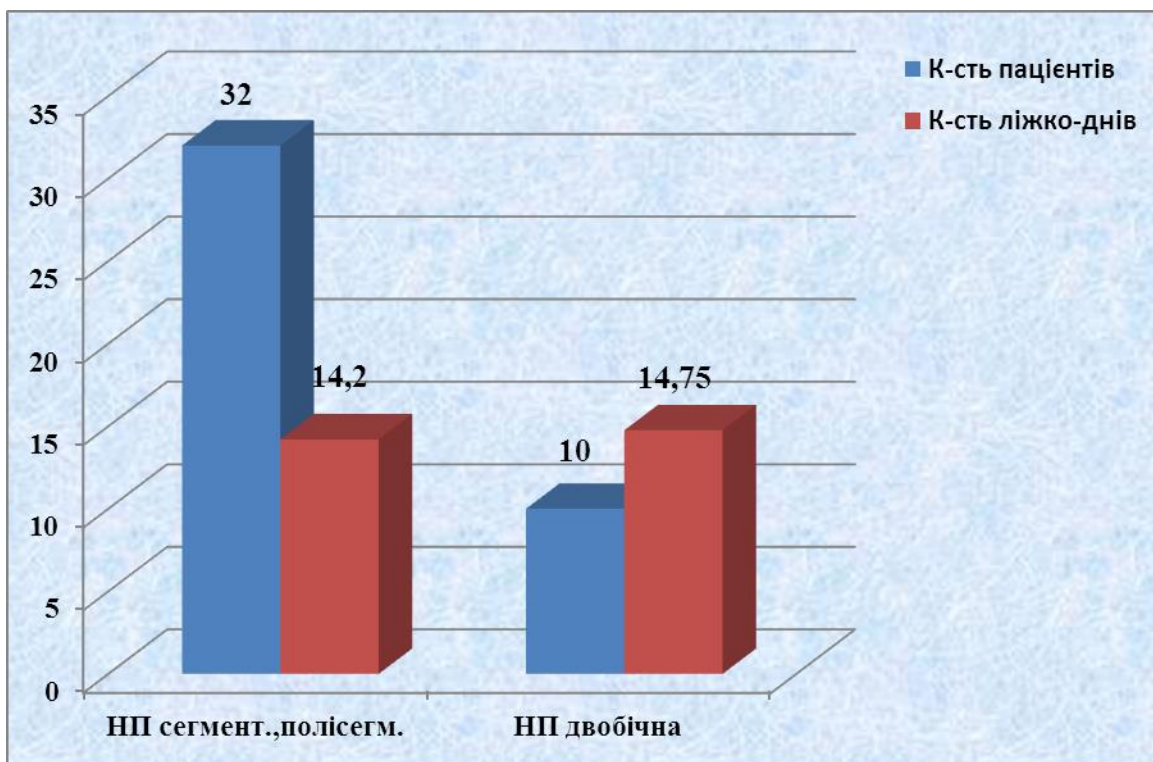


Рис. 4.16. Залежність тривалості лікування від поширеності пневмонічної інфільтрації.

При проведенні анонімного анкетування стаціонарних хворих встановлено, що:

- 1) Середня кількість ліжко – днів становить 14,14 л/д. Цей показник є більшим від середньостатистичних даних;
- 2) Максимальна кількість становила – 27 л/д;
- 3) **Залежність термінів госпіталізації та тривалості лікування:**

За даними опитування 14 днів і більше лікувались 18 (40,9%) пацієнтів, серед яких на 1-5 день від початку хвороби госпіталізовані 6 чоловік (33,3%), на 6 – 9 день – 6 чоловік (33,3%), на 10 – 15 день – 4 чоловіка (22,2%), на 16 день і пізніше – 2 чоловіка (11,1%) (4.17.).

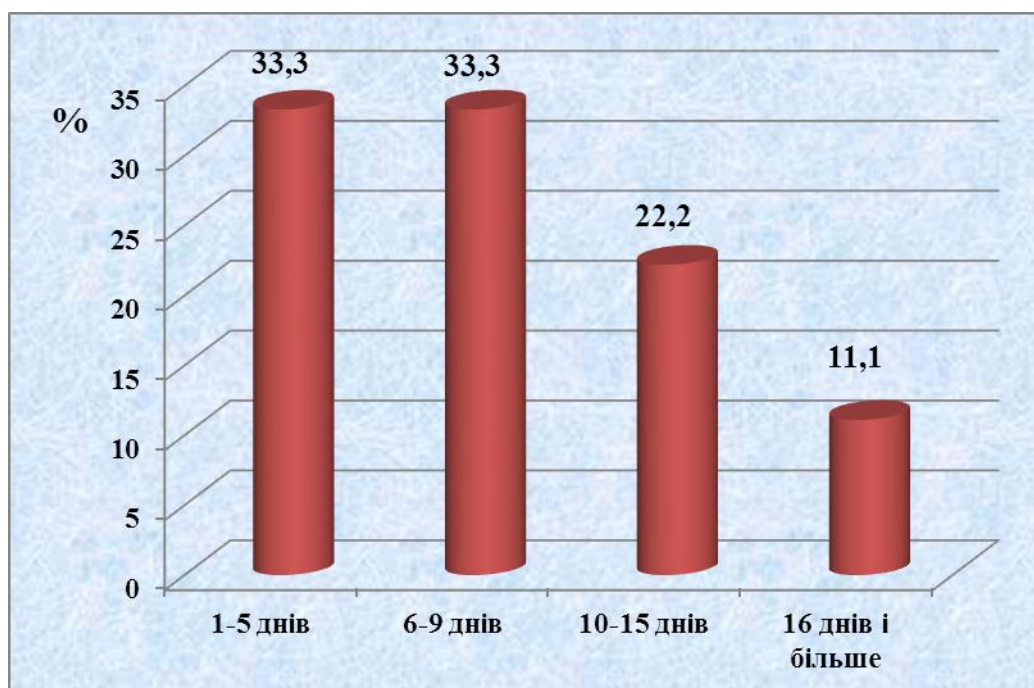


Рис. 4.17. Терміни госпіталізації пацієнтів, які знаходились на стац. лікуванні 14 днів і більше (опитування,%).

У віковій структурі переважали хворі групи 30 – 39 років – 10 пацієнтів (55,6%), групи 60 років і старше – 4 пацієнта (22,2%), 18 – 29 років – 2 пацієнта (11,1%), групи 40 – 49 років – 2 пацієнта (11,1%) (рис.4.18.).

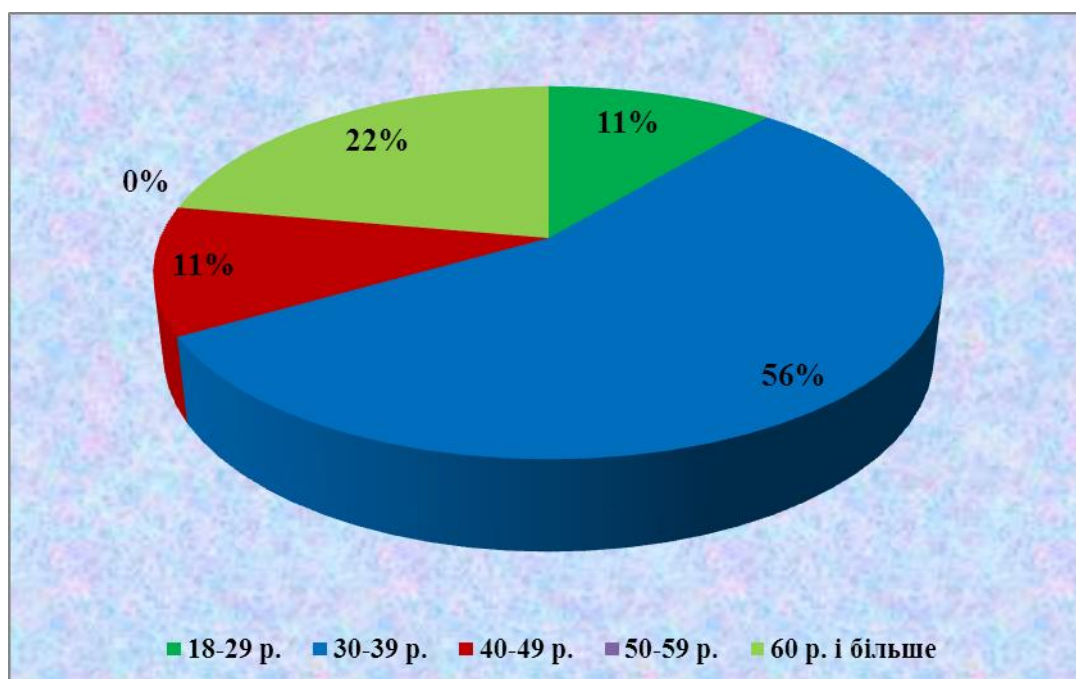


Рис. 4.18. Розподіл пацієнтів, які лікувались 14 днів і більше, по віковим групам (опитування, %).

Аналіз мокротиння на патогенну мікрофлору.

Мікробіологічне дослідження мокротиння є одним з основних методів діагностики при НП. При опрацюванні історій хвороб встановлено, що даний метод діагностики проводився 120 (73,2%) пацієнтам, не проводився 44 (26,8%) пацієнтам (рис. 4.19.).

Також встановлено, що серед пацієнтів, яким проведено аналіз мокротиння, у 22 (13,42%) виявлено патогенні гриби, не виявлено – у 98 хворих (59,78%).

Пацієнти, в яких виявлені патогенні гриби, відносяться до вікових груп 40 – 49 років – 4 чоловіка, 50 – 59 років – 6 чоловік та 60 років і більше – 12 чоловік та мали супутню хронічну патологію. Середня кількість ліжко – днів склала 14,1 л/д (рис. 4.20.).

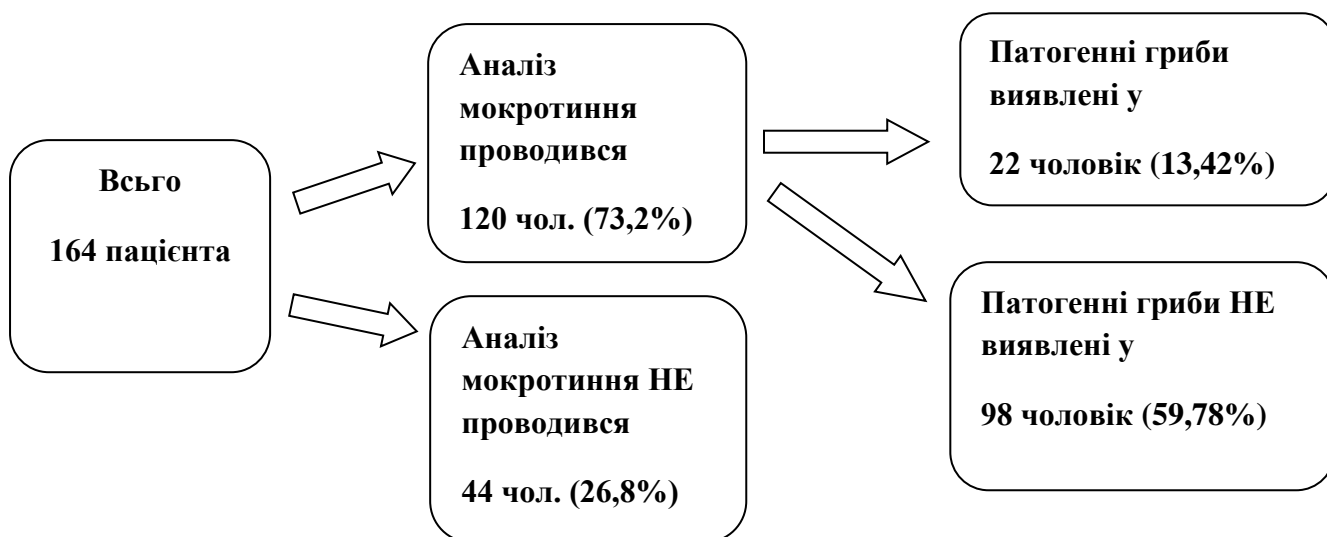


Рис.4.19. Пацієнти, яким проводилось мікробіологічне дослідження мокротиння.

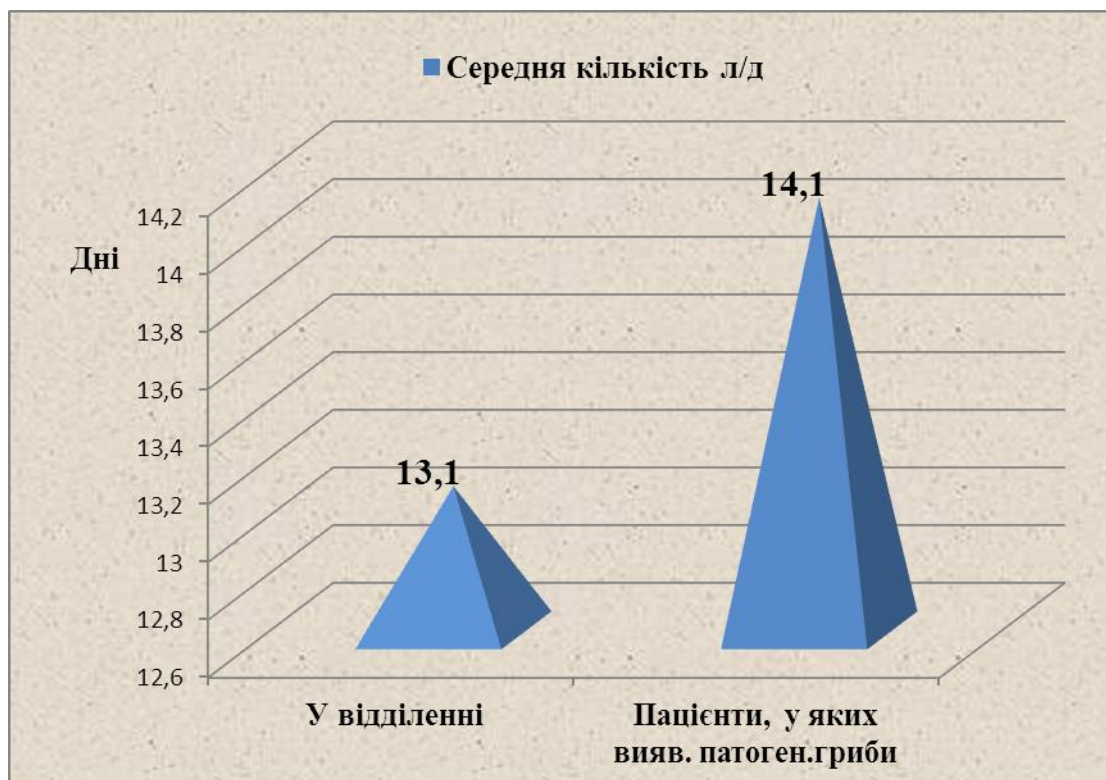


Рис 4.20. Середня кількість л/д пацієнтів, в яких виявили патогенні гриби.

Аналіз схем антибіотикотерапії.

При дослідженні схем лікування стаціонарних хворих встановлено, що 48 (29,3%) пацієнтів із пролікованих отримували один антибіотик із групи цефалоспоринів III покоління. При цьому середній ліжко-день становив 13,11 днів.

Два антибіотики із різних груп отримували при лікуванні 114 (69,5%) пацієнтів:

- а) цефалоспорины III покоління + макроліди – 26 пацієнтів (15,9%),
- б) цефалоспорины III покоління + фторхінолони – 84 пацієнтів (51,2%),

с) цефалоспорины III поколения + орнідазол – 4 пацієнта (2,4%).

Серед даної групи пацієнтів середній ліжко-день склав 13,08.

Три антибактеріальні препарати отримували 2 (1,22%) пацієнта. Середній ліжко-день склав – 19,5л/д (рис.4.21., рис. 4.22.). Один пацієнт лікувався 27 днів – цефалоспорины III покоління+карбапенеми+орнідазол. Поширеність пневмонічної інфільтрації – тотальна правобічна НП. Другий пацієнт лікувався 12 днів – цефалоспорины III покоління+фторхінолони+орнідазол. Поширеність інфільтрації – лівобічна нижньодольова НП.

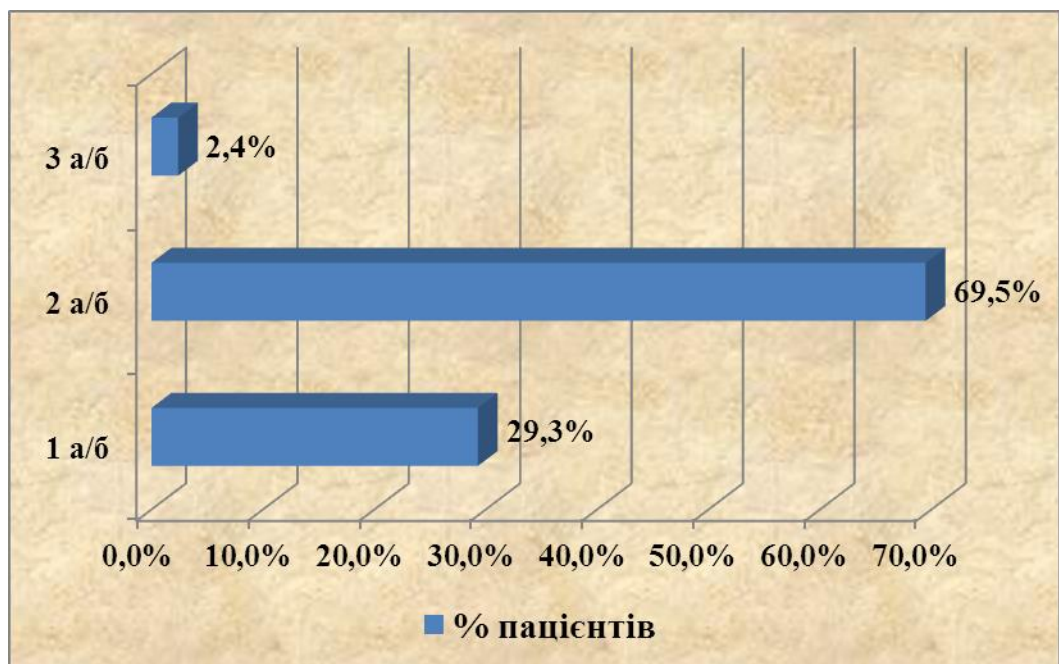


Рис.4.21. Розподіл пацієнтів за схемами антибіотикотерапії.

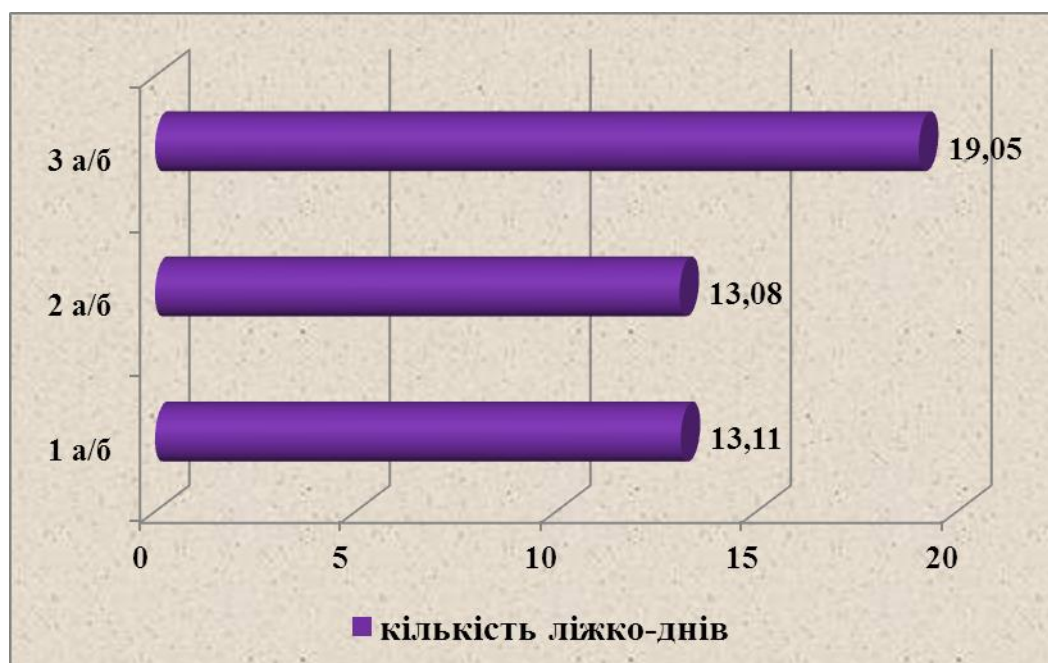


Рис. 4.22. Залежність тривалості лікування пацієнтів від схем антибіотикотерапії.

РОЗДІЛ 5

ВИСНОВКИ

I. Таким чином, проведено дослідження історій хвороб стаціонарних хворих показало, що:

1. У віковій структурі переважали хворі групи 60 р. і більше – 48 чол. (29%). По гендерному відношенню серед досліджуваної групи переважали чоловіки – 94 хворих (57,3 %).
2. Встановлено що 126 пацієнтів (77%) звернулись за медичною допомогою до дільничного терапевта/ЛЗПСМ, при цьому більшість пацієнтів були госпіталізовані в день першого звернення за медичною допомогою – 84 хворих (51,2%). Але залишається доволі високим показник госпіталізації пізніше 7-го дня від першого звернення за МД - 12 хворих (7,3%).
3. Своєчасно за медичною допомогою (через 1 – 5 днів від початку хвороби) звернулись лише 20 чол. (12%). Пізнє звернення (пізніше 6 дня від початку хвороби) відмічається у 88% випадків (144 пацієнти).
4. Середня кількість ліжко – днів у відділенні становила 13,11 л/д, проте 14 днів і більше лікувались 74 пацієнта (45,12%). При цьому лише 10,8% хворих звернулись на 1-5 день від початку хвороби, 48 хворих (64,8%) були госпіталізовані на 6 – 9 день від початку хвороби, 16 хворих (21,6%) - на 10 - 15 день, та 2 хворих (2,8%) - на 16 день і більше, що свідчить про залежність тривалості лікування від своєчасності звернення за медичною допомогою.
5. Тривалість лікування залежить від поширеності пневмонічної інфільтрації. Так у 32 хворих, в яких встановлено діагноз сегментарної, полісегментарної НП, спостерігається збільшення

тривалості лікування - середня кількість ліжко-днів склала 14,2 л/д. А серед пацієнтів з діагнозом двобічної НП (10 чоловік) середній ліжко-день збільшується до 14,75 л/д.

6. Серед 120 (73,2%) хворих, яким проводився аналіз мокротиння на патогенну мікрофлору, у 22 (13,42%) виявлено патогенні гриби. Цю групу склали пацієнти віком від 40 років і старше із супутньою хронічною патологією. Тривалість лікування цих хворих дещо вища від середнього показника у відділенні – 14,1 ліжко – дні.

7. При аналізі схем антибіотикотерапії встановлено, що більшість пацієнтів отримували два антибактеріальні препарати – 114 пацієнти (69,5%), 48 (29,3%) пацієнтів із пролікованих отримували один антибіотик із групи цефалоспоринів III покоління. Проте не виявлено залежності між схемами лікування та кількістю ліжко-днів. Але пацієнтам, в яких виявлені патогенні гриби, не призначались протигрибкові препарати.

II. Проведене соціологічне опитування виявило:

1. У віковій структурі переважали хворі групи 30 – 39 р. – 16 чоловік (36%). По гендерному відношенню переважали жінки – 30 хворих (68,2 %).

2. 50 % опитаних пацієнтів мають рівень доходів до 2000 грн. При цьому 77% пацієнтів стверджують, що на лікування витратили 1500 грн. і більше. Це свідчить про значні економічні затрати на лікування та про недостатній рівень забезпечення закладу охорони здоров'я лікарськими засобами та засобами медичного призначення.

3. Дані проведеного анкетування показали, що 36 пацієнтів (82%) звернулись вперше за медичною допомогою до дільничного

терапевта/ЛЗПСМ та більшість (20 чоловік) були направлені на госпіталізацію у плановому порядку.

4. Опитування показало, що майже 82 % хворих були госпіталізовані на 1 – 4 день від початку захворювання, тобто своєчасно. Але середній ліжко-день при цьому склав 14,14 л/д.

5. Слід зазначити, що при аналізі анкет виникають складнощі в інтерпретації суб'єктивних оцінок пацієнтами послуг охорони здоров'я, так як опитувані можуть дати не зовсім щирі відповіді, які, проте, здаються їм соціально прийнятними під час перебування у закладах охорони здоров'я. Відзначається непослідовність у відповідях, що виражається у тому, що при високих показниках своєчасності звернення за медичною допомогою та госпіталізації тривалість лікування є дещо більшою від середньостатистичних показників у стаціонарі.

ПРОПОЗИЦІЇ

Отже, своєчасне звернення хворого на НП за медичною допомогою та своєчасна госпіталізація є одними з основних чинників, що впливають на перебіг захворювання та тривалість лікування.

Для покращення якості медичної допомоги хворим на НП потрібне впровадження сучасної моделі управління на рівні закладу охорони здоров'я.

Дослідженням доведено, що на сучасному етапі реформування сфери охорони здоров'я в Україні своєчасним є питання розроблення системи управління і контролю якості медичної допомоги на рівні закладу охорони здоров'я, в основу якої покладені принципи сучасного менеджменту та впровадження механізму внутрішнього аудиту як головного інструменту системи безперервного покращання якості медичної допомоги.

Що до заходів з покращання наявної медичної практики в контексті якості медичної допомоги хворим на НП доцільно віднести:

1) заходи, що сприяють поліпшенню функціонування системи або організації послуг (надання необхідних ресурсів, встановлення оптимальних режимів роботи діагностично-консультативних кабінетів, скорочення дублювання послуг, спостереження за процесом роботи, встановлення еталонів найкращих практик і контроль за їх виконанням);

2) заходи, що сприяють покращанню задоволеності пацієнтів наданою медичною допомогою (поліпшення доступності медичної допомоги, поширення знань пацієнтів про контроль свого самопочуття);

3) заходи, що сприяють покращанню процесів праці медичних працівників (заохочення за високу якість наданої медичної допомоги).

Список використаної літератури

1. Авдеев С.Н. Тяжелая внебольничная пневмония / С.Н. Авдеев, А.Г. Чучалин // Русский медицинский журнал. – 2001. – Т. 9, № 5. – С. 1–11.
2. Аналіз роботи пульмонологічної служби міста Суми за 2014 рік
3. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике. Пособие для врачей / А.Г. Чучалин, А.И. Синопальников, Р.С. Козлов. – Москва, 2010. – 146 с.
4. Дворецкий Л.И., Александрова М.А. (2010) Клинические рекомендации по диагностике и лечению внебольничной пневмонии. РМЖ (Русский медицинский журнал), 18(9): 522–530.
5. Денисюк В.І., Денисюк О.В. (2006) Доказова внутрішня медицина: таємниці, стандарти діагностики та лікування. ДП ДКФ, Вінниця, 704 с.
6. Додаток 1.1.21 до наказу МОЗ України від 28.12.2002 №507
Нормативи надання медичної допомоги дорослому населенню в амбулаторно-поліклінічних закладах за спеціальністю “пульмонологія”
7. Ефективність терапії негоспітальної пневмонії у хворих з факторами ризику / Воронова Т.Д. // Укр. хіміотерапевт. журн.-2005 №3-4 (21). - С. 10-14
8. Затяжний перебіг пневмоній: патогенетичні аспекти розвитку, клініко-діагностичні особливості перебігу та лікування./ М.М. Островський, О.І. Варунків // Здоров'я України. Пульмонологія. Аллергологія. Риноларингологія. журн. – 2010 № 2. – С. 35 - 36
9. Интерстициальные болезни легких / Под ред. Н.А. Мухина. - Москва, «Литтера», 2007. - 416с.

10. Інструкція про негоспітальну пневмонію у дорослих: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика, антибактеріальна терапія // Наказ МОЗ України № 499 від 28.10.2003 р. – Київ, 2003. – 140 с.
11. Клінічна пульмонологія / За ред. І.І. Сахарчука. - К.: Книга плюс, 2003. - 368 с.
12. Козачок М.М., Висотюк Л.О., Селюк М.М. Клінічна пульмонологія / Посібник. - Київ, тов. «ДСГ ЛТД», 2005. - 436с.
13. Козлов Р.С., Сивая О.В., Кречикова О.И. и др. (2010) Динамика резистентности *Streptococcus pneumoniae* к антибиотикам в России за период 1999–2009 гг. (результаты многоцентрового проспективного исследования ПеГАС). Клини. микробиол. антимикроб. химиотер., 12(4): 329–341.
14. Косарев В.В. Актуальные проблемы диагностики и лечения внебольничных пневмоний / В.В.Косарев, И.И.Сиротко.- Самара, 2002. 200 с.
15. Крылов А.А. Анализ летальных исходов и пути улучшения диагностики и лечения острых пневмоний / А.А. Крылов, Е.Г. Шацкая // Клиническая медицина. – 2005. – № 2. – С. 26–9.
16. Мостовой Ю.М. (ред.) (2007) Сучасні класифікації та стандарти лікування розповсюджених захворювань внутрішніх органів. ДП МКФ, Вінниця, 480 с.
17. Наказ МОЗ України від 28.12.2002 № 507 "Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги"
18. Негоспітальна пневмонія у дорослих. Етіологія, патогенез, класифікація, антибактеріальна терапія : методичні рекомендації / Ю.І. Фещенко, О.Я. Дзюблик, Ю.М. Мостовий. – Київ, 2004. – 47 с.
19. Негоспітальна пневмонія у дорослих: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика, антибактеріальна терапія : методичні

- рекомендації / Ю.І. Фещенко, О.Я. Дзюблик, В.П. Мельник. – Київ:, 2003. – 56 с.
20. Негоспітальна пневмонія у дорослих: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика, антибактеріальна терапія : методичні рекомендації / Ю.І. Фещенко, О.Я. Дзюблик, В.П. Мельник. – Київ:, 2012. – 56 с.
21. Никонова Е.В. Пневмонии: эпидемиология, классификация, клинико-диагностические аспекты / Е.В. Никонова, А.Г. Чучалин, А.Л. Черняев // Русский Медицинский Журнал. – 1997. – № 17. – С. 33–37.
22. Особенности клинического течения негоспитальной пневмонии у больных с факторами риска / Шуба Н. М., Воронова Т.Д // Научно-практический журнал для врачей общей практики Семейная медицина - 2005 №3(13). -С.82-85.
23. Перцева Т.А., Дмитриченко В.В., Гарагуля А.А. и др. (2008) Пневмония у беременных: клиника, диагностика, лечение. Методическое пособие для врачей терапевтов, пульмонологов, акушеров-гинекологов. Ферзь, Киев, 22 с.
24. Порівняльні дані про розповсюдженість хвороб органів дихання і медичну допомогу хворим на хвороби пульмонологічного та алергологічного профілю в Україні за 2009–2012 рр. / Національна академія медичних наук України. Центр медичної статистики України МОЗ України. – Київ, 2013. – 5 с. 30.
25. Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія»: Наказ МОЗ України № 128 від 19.03.2007 р. – Київ, 2007. – 146 с.
26. Рациональный подход до эффективной та безопасной терапии негоспітальної пневмонії у хворих з факторами ризику / Шуба Н. М., Воронова Т.Д // Тези доповідей в матеріалах III Міжнародного медико-фармацевтичного конгресу “Ліки та Життя” 21-24 лютого, 2006 р., Київ, с. 59-60.

- 27.Ройтберг Г.Е., Струтынский А.В. Внутренние болезни. Болезни органов дыхания / Учебное пособие для послевузовской подготовки врачей. - Москва, Бином, 2003. - 854с.
- 28.Руднов В.А., Фесенко А.А., Дрозд А.В. (2007) Сравнительный анализ информационной значимости шкал для оценки тяжести состояния больных с внебольничной пневмонией, госпитализированных в ОРИТ. Клин. микробиол.я и антимикроб. химиотер., 9(4): 330–337.
- 29.Рыбакова М.Г. (1997) Окончательный диагноз. Мир медицины, 5: 23–24.
- 30.Сміянов В. А. Внутрішній аудит – основа управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я / В. А. Сміянов // WiadomosciLekarskie. – 2014. – tomLXVII, nr. 2, cz. II. – P. 381–383.
- 31.Сміянов В. А. Особливості захворюваності населення Сумської області / В. Д. Шищук, В. А. Сміянов // Український медичний часопис. – 2013. – 12 грудня. – С. 1 – 3.
- 32.Сміянов В. А. Оцінка якості медичної допомоги населенню Сумської області / В. А. Сміянов, А. М. Костенко // Україна. Здоров'я нації. – 2012. – № 2–3. – С. 218–32 220.
- 33.Сміянов В.А. Медико-соціальне обґрунтування моделі управління якістю медичної допомоги на основі внутрішнього аудиту на рівні закладу охорони здоров'я / Сміянов В.А.// Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук. Харків. – 2015р. – 364 с.
- 34.Страчунский Л.З. Антимікробна терапія позалікарняної пневмонії в умовах поліклініки. С. 341 - 363. У книзі: Пневмонія. Під редакцією АГ Чучаліна, АІ Сінопальнікова, НЕ Чернеховской. Москва, Економіка та інформатика, 2002.
- 35.Сучасні принципи діагностики та лікування негоспітальних пневмоній / Ю.І. Фещенко, О.Я. Дзюблик, О.О. Мухін // Мистецтво лікування. - 2003. - N4. - С. 22-30

36. Фещенко Ю.И., Дзюблик А.Я., Капитан Г.Б. (2004) Пневмонии у взрослых: антибактериальная терапия. *Doctor*, 2: 17–21.
37. Фещенко Ю.И. Негоспітальна пневмонія у дорослих осіб: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика, антибактеріальна терапія (проект клінічних настанов) / Ю.И. Фещенко, О.А. Голубовська, К.А. Гончаров, О.Я. Дзюблик // Український пульмонологічний журнал. – 2012. – № 4. – С. 5.
38. Фещенко Ю.И. Негоспітальна пневмонія у дорослих осіб: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика, антибактеріальна терапія (проект клінічних настанов) / Ю.И. Фещенко, О.А. Голубовська, К.А. Гончаров, О.Я. Дзюблик // Український пульмонологічний журнал. – 2013. – № 1. – С. 5
39. Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Страчунский Л.С. Пневмония // МИА. – 2006. – 464 с.
40. Чучалин А.Г., Цой А.Н., Архипов В.В. (2002) Диагностика и лечение пневмоний с позиций медицины доказательств. *Consilium medicum*, 4(12): 620–644.
41. Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Козлов Р.С. и др. (2010) Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике. Пособие для врачей. Москва, 106 с.
42. Чучалін АГ, Сінопальніков АІ, Яковлев СВ, та ін Позалікарняна пневмонія у дорослих: практичні рекомендації з діагностики, лікування та профілактики. Посібник для лікарів. Смоленськ 2003, 53с.
43. Шулуток Б.И., Макаренко С.В. (2004) Стандарты диагностики и лечения внутренних болезней: 2-е изд. Элби-СПб, Санкт-Петербург, 800 с.

44. Яковлев С.В. (2002) Критический анализ антибактериальных препаратов для лечения инфекций в стационаре. *Consilium medicum*, 4(1): 22–30.
45. Яковлев С.В., Яковлев В.П. (2005) Современная антимикробная терапия. *Consilium medicum*, 1: 50–70.
46. American Thoracic Society. Guidelines for the initial management of adults with community-acquired pneumonia: diagnosis, assessment of severity, and initial antimicrobial therapy. *Am Rev Respir Dis* 1993; 148: 1418 - 1426.
47. American Thoracic Society. Guidelines for the management of adults with community-acquired pneumonia. Diagnosis, assessment of severity, antimicrobial therapy, and divvention. *Am J Respir Crit Care Med* 2001; 163: 1730 - 1754.
48. Bariffi F. Epidemiology of lower respiratory tract infections [Text] / F. Bariffi, A. Spnduzzi, A. Ponticiella // *Journal of Chemotherapy*. – 2005. – Vol. 7(4). – P. 263–276.
49. Bartlett JG, Dowell SF, Mandell LA, et al. Pracice guidelines for the management of community-acquired pneumonia in adults. *Clin Infect Dis* 2000; 31: 347 - 382.
50. Bonafede M. M. Incidence and cost of CAP in a large working-age population / M.M. Bonafede, J.A. Suaya, K. L. Wilson // *The American journal of managed care*. – 2012. – Vol. 18(7). – P. 380–387.
51. Garau J., Calbo E. (2008) Community-acquired pneumonia. *Lancet*, 371(9611): 455–458.
52. García Vázquez E., Mensa J., Martínez J.A. et al. (2005) Lower mortality among patients with community-acquired pneumonia treated with a macrolide plus a beta-lactam agent versus a beta-lactam agent alone. *Eur. J. Clin. Microbiol. Infect. Dis.*, 24(3): 190–195.

53. Flanders S.A. Guidelines for community-acquired pneumonia: are they reflected in practice? / S.A. Flanders, E.A. Halm // *Treatments in Respiratory Medicine*. – 2004. – Vol. 3. – P. 67–77.
54. Menéndez R., Torres A., Aspa J. et al.; Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (2010) Community acquired pneumonia. New guidelines of the Spanish Society of Chest Diseases and Thoracic Surgery (SEPAR). *Arch. Bronconeumol.*, 46(10): 543–458.
55. Niederman M. S. Community-acquired pneumonia: management controversies, part 1; practical recommendations from the latest guidelines // *European journal of respiratory diseases*. – 2002. – Vol. 23. – P. 10–17.
56. The European Lung Foundation: [website]. URL: <http://www.european-lung-foundation.org/111-european-lung-foundation-elf-burden-in-europe.htm> (March, 20 2013).
57. Woodhead M., Blasi F., Ewig S. et al.; European Respiratory Society; European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (2005) Guidelines for the management of adult lower respiratory tract infections. *Eur. Respir. J.*, 26(6): 1138–1180.