



© CC 0 И. А. Багрецова, А. В. Сухарев, И. М. Барсукова, 2018
УДК 616.972:614.881

И. А. Багрецова^{1,2}, А. В. Сухарев³, И. М. Барсукова^{1,2,4*}

¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия

² Государственное бюджетное учреждение «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И. И. Джанелидзе», Санкт-Петербург, Россия

³ Федеральное государственное бюджетное военное образовательное учреждение высшего образования «Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия

⁴ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия

СИФИЛИС В СТАЦИОНАРЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА И НЕРЕШЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ

Поступила в редакцию 02.01.18 г.; принята к печати 21.01.19 г.

Резюме

Введение. Развитие системы оказания скорой медицинской помощи в стационаре неизбежно поднимает вопросы ее доступности и качества. И если ведущий патологический синдром, являющийся поводом для госпитализации и представляющий угрозу для жизни пациента, заслуживает приоритетного внимания, то сопутствующая патология зачастую остается в тени. При этом венерические болезни, в частности, сифилис, являются эпидемиологически опасными заболеваниями как для самих пациентов, страдающих данным недугом, так и для окружающих их больных и медицинского персонала, осуществляющего лечебный процесс.

Целью исследования была оценка современного состояния проблемы оказания медицинской помощи больным с венерологической патологией в стационаре скорой медицинской помощи.

Материал и методы. Материалом для исследования послужили данные медицинских карт пациентов многопрофильного стационара скорой медицинской помощи Санкт-Петербурга за 4 года: 1088 — с выявленной положительной серологической реакцией и 4500 — без дерматовенерологической патологии.

Результаты. По результатам исследования, диагностика сифилиса была основана исключительно на пробе иммуноферментного анализа на сифилис и диагноз сифилиса оставался неуточненным; усилия по предупреждению распространения сифилиса в стационаре были недостаточны, не позволяли провести надлежащие профилактические и лечебно-диагностические мероприятия.

Выводы. Требуется разработка новых моделей и принципов организации лечебно-диагностического процесса, среди которых — внедрение методов экспресс-диагностики в стационаре скорой медицинской помощи.

Ключевые слова: стационар скорой медицинской помощи, дерматовенерологическая патология, сифилис

Багрецова И. А., Сухарев А. В., Барсукова И. М. Сифилис в стационаре скорой медицинской помощи: состояние вопроса и нерешенные проблемы. Ученые записки СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. 2018;25(4):39–47. DOI: 10.24884/1607-4181-2018-25-4-39-47.

* Автор для связи: Ирина Михайловна Барсукова, ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И. И. Джанелидзе», 192242, Россия, Санкт-Петербург, Будапештская ул., д. 3, лит. А. E-mail: bim-64@mail.ru.

© CC 0 И. А. Bagretsova^{1,2}, A. V. Sukharev³, Irina M. Barsukova, 2018
UDC 616.972:614.881

Irina A. Bagretsova^{1,2}, Alexey V. Sukharev³, Irina M. Barsukova^{1,2,4*}

¹ Pavlov University, Russia, St. Petersburg

² Saint-Petersburg I. I. Dzhanelidze Research Institute of Emergency Medicine, Russia, St. Petersburg

³ Military Medical Academy named after S. M. Kirov, Russia, St. Petersburg

⁴ North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov, Russia, St. Petersburg

SYPHILIS IN EMERGENCY DEPARTMENT: CONDITION OF THE ISSUE AND UNRESOLVED PROBLEMS

Received 02.01.18; accepted 21.01.19

Summary

Introduction. The development of the system of emergency medical care in emergency department inevitably brings up issues of its availability and quality. Moreover, if the leading pathological syndrome resulting in the hospitalization and threatening to the patient's life deserves priority attention, so the accompanying pathology often remains in the shadow. Thus, venereal diseases, in particular, syphilis is epidemiologically dangerous disease as for the patients having this illness and for the patients surrounding them and the medical personnel carrying out the medical process.

The objective of the study was to assess the current state of the problem of medical care for patients with venereal pathology in an emergency department.

Material and methods. The material for the study was the data of medical records of patients in multispecialised emergency department of St. Petersburg for 4 years: 1088 — with positive serological reaction and 4500 — without dermatovenereal pathology (DVP).

Results. By the results of the research, the diagnosis of syphilis was based only on the enzyme immunoassay test for syphilis and the diagnosis of syphilis remained unspecified; the efforts to prevent the spread of syphilis in emergency department were insufficient, did not allow carrying out appropriate preventive, therapeutic and diagnostic measures.

Conclusion. Development of new models and principles of the organization of the diagnostic and treatment process, including the introduction of methods of express diagnosis in emergency department is required.

Keywords: emergency department, dermatovenereal pathology, syphilis

Bagretsova I. A., Sukharev A. V., Barsukova I. M. Syphilis in Emergency Department: condition of the issue and unresolved problems. *The Scientific Notes of IPP-SPSMU*. 2018;25(4):39–47. (In Russ.). DOI: 10.24884/1607-4181-2018-25-4-39-47.

* **Corresponding author:** Irina M. Barsukova, Saint-Petersburg I. I. Dzhanelidze Research Institute of Emergency Medicine, 3 A Budapeshtskaya street, St. Petersburg, Russia, 192242. E-mail: bim-64@mail.ru.

ВВЕДЕНИЕ

Современный этап развития системы скорой медицинской помощи (СМП) характеризуется совершенствованием ее оказания в экстренной и неотложной форме, в том числе, развитием госпитального этапа оказания СМП. Этот процесс регламентирован в новом «Порядке оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи», утвержденном Приказом Минздрава России от 20 июня 2013 г. № 388н [1–3]. Высокий уровень госпитализации сопровождается увеличением интенсивности работы стационаров, работой сверх нормативного уровня загрузки, что в условиях дефицита коечного фонда и ограниченных финансовых ресурсов создает реальную угрозу доступности, оперативности и качеству оказания медицинской помощи [3]. И если ведущий патологический синдром, являющийся поводом для госпитализации и представляющий угрозу для жизни пациента, заслуживает приоритетного внимания, то сопутствующая патология зачастую остается в тени.

В условиях крупного многопрофильного стационара СМП отсутствуют проблемы с оперативной организацией консультативной и лечебной помощи при сопутствующих заболеваниях по профилям, которые представлены в стационаре. Однако в отношении ряда сопутствующих заболеваний, по профилю которых в стационаре нет соответствующих медицинских отделений и дежурящих в круглосуточном режиме специалистов, консультативная и лечебная помощь представляет определенные проблемы. К таким сопутствующим заболеваниям относятся некоторые кожные и венерические болезни. В то же время высокая распространенность среди населения инфекций, передающихся половым путем (ИППП), и тяжелых заболеваний кожи, их социальная значимость и эпидемиологическая опасность, трудности диагностики и лечения некоторых форм (бессимптомное течение, стертая клиническая картина, серонегативность) и тяжелые последствия несвоевременного лечения делают актуальным настоящее исследование [4, 5].

Цель исследования — оценка современного состояния проблемы оказания медицинской помощи больным с положительной серологической реакцией (ИФА) на сифилис в стационаре скорой медицинской помощи.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Материалом для исследования послужили данные медицинских карт пациентов многопрофильного стационара СМП Санкт-Петербурга (основная база исследования) за 4 года: 1088 — с выявленной положительной серологической реакцией (ИФА (+) на сифилис, сплошной метод) и 4500 — без дерматовенерологической патологии (ДВП) (контрольная группа, случайная выборка). В исследовании использованы историко-аналитический, нормативно-правовой, экономический и статистический (расчет относительных и средних величин, определение достоверности различия относительных и средних величин, прямой метод стандартизации, корреляционный анализ) методы [6, 7].

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В соответствии с Распоряжением Комитета по здравоохранению Администрации Санкт-Петербурга от 31 декабря 2002 г. № 500 «О мерах по предупреждению распространения инфекций, передаваемых половым путем», все пациенты, поступающие в стационар, подлежат обследованию на сифилис. При этом учреждения здравоохранения серологическое обследование взрослого населения в стационарных учреждениях проводят в соответствии с «Показаниями для проведения отборочных (скрининговых), диагностических и специфических реакций на сифилис».

Несмотря на сравнительно небольшую долю (около 4,0 %) больных, имеющих в качестве сопутствующей патологии положительную серологическую реакцию на сифилис и 0,45 % установленного и зарегистрированного в стационаре сифилиса, среди всех больных, госпитализированных по экстренным показаниям, эпидемиологическое значение венерических заболеваний вызывает

Таблица 1

Распределение больных с ИФА(+) на сифилис по возрасту и полу, %

Table 1

Proportion of patients with ELISA(+) for syphilis by age and sex, %

Пол	Возраст, лет						m
	до 25	25 – 44	45 – 59	60 и старше	всего	средний возраст	
Мужчины	39,0	42,9	37,6	34,4	40,9	39,5	0,21
Женщины	61,0	57,1	62,4	65,6	59,1	40,3	0,19
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	40,0	0,17

необходимость тщательного анализа данной группы пациентов.

Возрастно-половая характеристика таких больных имеет особенности: она заметно отличается от возрастно-половой характеристики больных без ДВП (табл. 1).

Среди больных с ИФА(+) на сифилис женщин (59,1 %) оказалось в 1,5 раза больше, чем мужчин (40,9 %) ($p < 0,05$). При этом преобладание женщин наблюдается во всех возрастных группах, а имеющиеся некоторые различия в доле женщин в разных возрастных группах статистически незначимы ($t < 2$). Возрастной состав больных с ИФА(+) на сифилис несколько отличается у мужчин и у женщин. Несмотря на то, что у мужчин доля лиц до 25 лет чуть меньше (6,7 %), чем у женщин (7,3 %), средний возраст больных мужчин (39,5 года) незначительно ниже ($p < 0,05$) среднего возраста больных женщин (40,3 года). Распределение больных по возрасту свидетельствует о том, что основную их часть (в среднем 62,1 %) составляют лица от 25 до 44 лет, в том числе 65,2 % у мужчин и 60,0 % у женщин.

Социальный статус. Более половины (52,6 %) всех выявленных больных составляют работающие лица, а еще значительную часть (30,7 %) — неработающие (табл. 2).

Соотношение работающих и неработающих в разных возрастных группах трудоспособного возраста примерно одинаковое, а у лиц старше трудо-

способного возраста, естественно, растет доля лиц, являющихся пенсионерами и инвалидами. Так, если в среднем пенсионеры составляют 9,4 % всех больных, имеющих ИФА(+) на сифилис, а инвалиды — 4,3 %, то в группе лиц 45 – 59 лет пенсионеров было уже 23,4 %, а инвалидов — 7,7 %. В группе больных 60 лет и старше 31,2 % составили пенсионеры и 68,8 % — инвалиды. Обращает на себя внимание, что на долю учащих приходится в среднем только 0,2 % всех изученных больных. Естественно, среди лиц молодого возраста учащиеся занимают более заметную долю (2,6 %), чем в среднем, но эта доля относительно невелика. В целом такие группы риска, как лица без определенного места жительства (БОМЖ) (2,5 %) и трудовые мигранты из стран ближнего зарубежья (0,3 %), составили сравнительно небольшую долю больных, имеющих ИФА(+) на сифилис в качестве сопутствующей патологии при госпитализации в больницу СМП. И первые, и вторые относятся исключительно к категории лиц трудоспособного возраста — от 25 до 59 лет.

Профиль отделения связан с основным диагнозом, по поводу которого больной был направлен в стационар. Из общего числа таких больных чуть более половины (50,2 %) были выявлены в хирургическом (24,1 %) и гинекологическом (26,1 %) отделениях. В сумме во всех отделениях хирургического профиля оказалось более $\frac{3}{4}$ (77,7 %) больных с ИФА(+) на сифилис. Наиболее заметная доля

Таблица 2

Распределение больных разного возраста с ИФА(+) на сифилис по их социальному положению, %

Table 2

Proportion of patients of different ages from ELISA(+) for syphilis according to their social status, %

Социальное положение	Возраст, лет				Всего
	до 25	25 – 44	45 – 59	60 и старше	
Работают	66,2	60,4	37,3	—	52,6
Не работают	31,2	33,1	28,4	—	30,7
Учатся	2,6	—	—	—	0,2
Пенсионеры	—	3,1	23,4	31,2	9,4
Инвалиды	—	0,3	7,6	68,8	4,3
БОМЖ	—	2,7	3,0	—	2,5
Мигранты из СНГ	—	0,4	0,3	—	0,3
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Таблица 3

Распределение больных с ИФА(+) на сифилис по группам основного заболевания и срокам госпитализации, %

Table 3

Proportion of patients with ELISA(+) for syphilis by groups of the leading disease and duration of hospitalization, %

Диагноз	Порядок госпитализации			
	по экстренным показаниям			в плановом порядке
	сроки госпитализации, ч			
	1 – 6	7 – 24	позднее 24	
Новообразования	—	64,3	35,7	6,7
Психические расстройства	25,6	55,8	18,6	2,3
Болезни нервной системы	23,3	36,7	40,0	3,2
Болезни системы кровообращения	59,2	35,6	5,2	5,9
Болезни органов дыхания	28,6	71,4	—	2,8
Болезни органов пищеварения	45,8	50,5	3,7	0,5
Болезни мочеполовой системы	70,9	25,2	3,9	1,1
Беременность	86,7	13,3	—	—
Травмы	21,3	76,8	1,9	—
Прочие заболевания	13,3	60,0	26,7	11,8
Всего	48,5	45,6	5,9	2,1

таких больных была госпитализирована в травматологическое (7,1 %), нейрохирургическое (6,8 %), торакальное отделения (4,7 %). В группе отделений терапевтического профиля они были выявлены в сумме 22,3 % из общего числа больных с ИФА(+) на сифилис. Наибольшая доля таких больных оказалась в отделении для больных с острыми отравлениями (6,4 %) и в терапевтическом отделении (3,2 %). Распределение пациентов с ИФА(+) на сифилис по отделениям разного профиля определялось характером основного заболевания, различие структуры было связано как с долей больных, госпитализированных в такие отделения, так и с их возрастно-половым составом.

Одной из важных характеристик организации экстренной госпитализации являются *сроки госпитализации* экстренных больных от начала заболевания (табл. 3).

В целом из изученной группы больных с ИФА(+) на сифилис 97,9 % поступили в больницу СМП по экстренным показаниям и только 2,1 % больных — в плановом порядке. Практически половина (48,5 %) были госпитализированы в течение первых 6 ч заболевания и еще практически столько же (45,6 %) — в течение 7–24 ч от начала заболевания. Только 5,9 % больных, поступивших по экстренным показаниям, были госпитализированы позднее суток от начала заболевания. Правда, при отдельных заболеваниях и доля плановых больных, и доля госпитализированных в сроки позднее суток от начала заболевания заметно отличаются от средних показателей (табл. 3). Это касается, прежде всего, больных с новообразованиями, болезнями нервной системы, болезнями системы крово-

обращения, т. е. таких заболеваний, при которых потребность экстренной госпитализации возникает на фоне хронических длительно протекающих заболеваний. При проведении соответствующих исследований венерические заболевания могли бы быть выявлены на догоспитальном этапе в амбулаторно-поликлиническом учреждении. Однако абсолютное большинство больных, направленных в стационар бригадами скорой медицинской помощи, поступают в первые 24 ч от начала заболевания, а диагностика сифилиса в условиях скорой медицинской помощи практически невозможна.

Структура больных *по каналам госпитализации* с сопутствующим диагнозом сифилиса (выявленным уже в стационаре) незначительно отличается от таковой у больных без ДВП: основная доля больных была направлена врачами поликлиник и женских консультаций как с наличием ИФА(+) на сифилис, так и без ДВП (соответственно 41,9 и 45,7 %) ($p < 0,05$); 23,8 % пациентов с ИФА(+) на сифилис и 29,2 % без ДВП были направлены в стационар врачами скорой медицинской помощи, и еще некоторая часть (соответственно 13,1 и 3,1 %) — врачами неотложной помощи; заметная часть больных (14,5 % с ИФА(+) на сифилис и 13,4 % без ДВП) — врачами других стационаров; 6,7 и 8,6 %, соответственно, поступили в стационар без направления врачей («самотеком»).

Трудно ожидать, что венерические заболевания могли быть выявлены на догоспитальном этапе при экстренной форме госпитализации.

Распределение больных с ИФА(+) на сифилис *по основному диагнозу* приведено в табл. 4.

Каждый 4-й изученный больной с выявленным ИФА(+) на сифилис (25,8 %) был госпитализирован

в больницу СМП с болезнями мочеполовой системы, еще примерно одинаковую долю составляют госпитализированные с травмами (19,4 %), болезнями системы кровообращения (18,7 %) и болезнями органов дыхания (17,6 %). В сумме на перечисленные четыре класса болезней приходится более 80 % (81,5 %) всех больных с выявленной ИФА(+) на сифилис, госпитализированных по экстренным показаниям в больницу СМП.

Структура диагнозов основного заболевания в группе больных с ИФА(+) на сифилис и без ДВП заметно отличается. Среди больных без ДВП 1-е место занимают пациенты с болезнями системы кровообращения (21,0 %), 2-е место — госпитализированные с травмами (17,0 %) и 3-е — с болезнями нервной системы (13,0 %). Правда, различие показателей в структуре заболеваний основного диагноза у больных с венерической патологией и без ДВП статистически недостоверно (при болезнях системы кровообращения, например, $t = 1,76$, при травмах — $t = 1,84$). Исключение составляет доля больных с заболеваниями мочеполовой системы. Если среди больных с выявленным ИФА(+) на сифилис доля больных данного класса болезней составляет 45,8 %, то в группе больных без ДВП — только 11,0 %. Различие показателей имеет высокую степень достоверности ($p < 0,001$). Очевидно, что основная роль в колебаниях структуры диагнозов в двух изученных группах больных связана с различиями их возрастного-полового состава.

Естественно, что структура основных диагнозов, послуживших причиной госпитализации в больницу СМП, заметно отличается у больных разного возраста (табл. 5). Если у пациентов молодого возраста (до 25 лет) и пациентов зрелого возраста (25 — 59 лет) 1-е место в структуре диагнозов занимают болезни мочеполовой системы (соответственно 18,2 и 27,2 %), то в группе лиц 60 лет и старше на долю больных с ИФА(+) на сифилис приходится лишь 3,1 %.

Таблица 4

Распределение больных с ИФА(+) на сифилис и без ДВП по диагнозу основного заболевания, %

Table 4

Proportion of patients with ELISA(+) for syphilis and without DVP by the diagnosis of the leading disease, %

Диагноз основного заболевания	Группа пациентов	
	без ДВП	с ИФА(+) на сифилис
Новообразования	6,0	1,4
Эндокринные заболевания	0,9	—
Психические расстройства	0,7	4,0
Болезни нервной системы	13,0	2,8
Болезни системы кровообращения	21,0	18,7
Болезни органов дыхания	11,6	3,3
Болезни костно-мышечной системы	1,8	—
Болезни мочеполовой системы	11,0	25,8
Травмы	17,0	19,4
Болезни органов пищеварения	12,0	17,6
Прочие заболевания	5,0	7,0
Итого	100,0	100,0

В то же время в старшей возрастной группе заболевания органов дыхания (15,6 %) составляют заметно большую долю по сравнению с такими заболеваниями у лиц молодого (10,4 %) и зрелого (2,3 %) возраста.

Одним из важных показателей работы стационара является *показатель больничной летальности*, а в целом — *исходы лечения*. В среднем 97,0 % больных из числа госпитализированных по экстренным показаниям в больницу СМП с ИФА(+) на сифилис были выписаны из стационара. Больничная летальность у таких больных в среднем составляет 1,8 %, т. е. близка к среднему уровню

Таблица 5

Распределение больных с ИФА(+) на сифилис в группах пациентов разного возраста и диагноза, %

Table 5

Proportion of patients with ELISA(+) for syphilis in groups of patients of different age and diagnosis, %

Диагноз	Возраст, лет			Всего
	25 лет	25 — 59	60 и старше	
Новообразования	—	1,2	9,4	1,4
Болезни нервной системы	—	2,9	9,4	2,8
Болезни системы кровообращения	1,3	20,0	12,5	18,7
Болезни органов дыхания	10,4	2,3	15,6	3,3
Болезни органов пищеварения	14,3	18,3	3,1	17,6
Болезни мочеполовой системы	18,2	27,2	3,1	25,8
Травмы	11,7	20,5	3,1	19,4
Прочие болезни	44,1	7,4	43,8	11,0
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0

Таблица 6

Распределение больных с ИФА(+) на сифилис, госпитализированных в различные сроки от начала заболевания, по длительности пребывания их в стационаре, %

Table 6

Proportion of patients with ELISA(+) for syphilis, hospitalized at different times from the onset of the disease, by the duration of their stay in hospital, %

Срок госпитализации, ч	Длительность пребывания в стационаре, дни						
	до 7	7 – 13	14 – 21	22 и больше	итого	м	
1 – 6	49,9	22,2	10,3	17,6	100,0	10,6	0,2
7 – 24	49,8	21,6	10,7	17,9	100,0	10,7	0,2
Более 24	38,2	7,9	33,3	20,6	100,0	13,5	0,8
Плановая госпитализация	36,4	9,1	40,9	13,6	100,0	12,5	0,3
Всего	48,9	20,9	12,4	17,8	100,0	10,9	0,1

летальность по городу для больниц скорой медицинской помощи.

Показатель больничной летальности имеет весьма существенные колебания при разных заболеваниях. Наиболее высокий уровень летальности наблюдается у больных с заболеваниями органов дыхания (16,7 %), нервной системы (9,7 %) и новообразованиями (6,7 %). Сравнительно невысокий уровень больничной летальности в группе больных с ИФА(+) на сифилис в определенной мере объясняется возрастной структурой больных. Между тем исходы лечения у больных разного возраста несколько отличаются. Так, если в группе изученных лиц молодого возраста не наблюдалось летальных исходов, то у лиц зрелого возраста (25 – 59 лет) показатель летальности составил в среднем 1,9 %, а у лиц 60 лет и старше – 3,1 %. Средний возраст выписанной из стационара изученной группы больных составил 39,9 года ($m = \pm 0,2$), а средний возраст умерших – 42,6 года ($m = \pm 2,6$). Различие между средними арифметическими имеет высокую степень достоверности: $p < 0,01$.

Одним из факторов, влияющих на различные показатели стационарной помощи (среднюю длительность пребывания в стационаре, исходы лечения в стационаре и другие), является метод лечения. Из общего числа больных с ИФА(+) на сифилис чуть больше половины (53,2 %) получили оперативное лечение, а чуть меньшая доля (46,8 %) лечились только консервативно. Из числа прооперированных больных большинство (75,1 %) за время пребывания в стационаре имели лишь по 1 оперативному вмешательству, еще 14,0 % перенесли по 2 операции, а 10,9 % имели по 3 и более оперативных вмешательств.

Именно средняя длительность пребывания больного в стационаре определяет оборот койки. При этом одним из значимых факторов является возраст госпитализированных больных. Доля больных с краткосрочным пребыванием в стационаре (до 7 дней) заметно снижается с увеличением их возраста: с 51,9 % в группе лиц до 25 лет до 49,0 % среди лиц зрелого возраста и 37,5 % – у лиц 60 лет и старше. В то же время доля больных с длительными сроками

пребывания в стационаре (более 3 недель) проявляет четкую тенденцию к росту с увеличением возраста больных. Потому показатель средней длительности пребывания больных в стационаре заметно растет с увеличением их возраста: с ($10,6 \pm 0,1$) у лиц трудоспособного возраста до ($16,1 \pm 2,4$) у пациентов старше трудоспособного возраста. Средняя длительность пребывания в стационаре для изученных больных составила ($10,9 \pm 0,1$) дня, причем около половины из них находились в стационаре менее одной недели (до 7 дней), еще 20,9 % – от 7 до 14 дней, 12,4 % – от 14 до 21 дня, а еще заметная часть (17,8 %) находились в стационаре более 3 недель. В то же время заметная доля таких пациентов (17,8 %) находились в стационаре более 3 недель, что свидетельствует о наличии среди изученного контингента больных с тяжелыми заболеваниями, которые требуют более длительного пребывания в стационаре, превышающего средние показатели.

Закономерно влияние на среднюю длительность пребывания больных в стационаре метода лечения и числа оперативных вмешательств у одного больного. Средняя длительность пребывания в стационаре у больных, получивших только консервативное лечение, заметно выше ($(16,2 \pm 0,34)$ дня), чем у больных, получивших оперативное лечение ($(7,6 \pm 0,2)$ дня).

Естественно предположить, что у больных, поступивших по экстренным показаниям в больницу СМП, длительность пребывания в стационаре зависит от своевременности госпитализации, т. е. сроков госпитализации от начала заболевания. В изученной группе больных (табл. 6) среди госпитализированных в первые 6 ч от начала заболевания средняя длительность пребывания в стационаре ($(10,6 \pm 0,2)$ дня) меньше, чем у больных, доставленных в стационар позднее суток ($(13,5 \pm 0,8)$ дня). Различие средних арифметических статистически достоверно ($t = 8,5$; $p < 0,001$).

При этом доля больных, находившихся в стационаре менее 7 дней, в группе больных, доставленных в стационар в первые 6 ч от начала заболевания, заметно больше (49,9 %) по сравнению с долей

больных, доставленных в стационар позднее суток (38,2 %), а доля больных с длительностью пребывания в стационаре более 3 недель, наоборот, у первых несколько меньше (17,6 %), чем у вторых (20,6 %). Очевидно, что существует прямая корреляционная зависимость длительности пребывания больных в стационаре от сроков госпитализации экстренных больных от начала заболевания.

Еще одним фактором, влияющим на длительность пребывания больных в стационаре, является *длительность дооперационного периода*. Естественно, что у больных, которые были прооперированы в 1-й день госпитализации, средняя длительность пребывания в стационаре заметно меньше ($6,2 \pm 0,1$ дня), чем у больных, прооперированных на 2-й ($9,9 \pm 0,3$ дня) и, тем более, 3-й день после госпитализации ($16,3 \pm 1,1$ дня).

Естественно, основным фактором, влияющим на длительность пребывания больных в стационаре, является их *диагноз* и связанный с ним *профиль отделения*, в котором находились пациенты. Средняя длительность пребывания больных на койке с выявленной в стационаре положительной серологической реакцией на сифилис имеет весьма существенные колебания в отделениях разного профиля, что связано, прежде всего, с распределением больных по диагнозу их основного заболевания в различных отделениях. Такие отделения, как гинекологии (4,6 дня), острых отравлений (5,3 дня), торакоабдоминальное (5,7 дня), имеют показатель средней длительности пребывания больных в стационаре заметно (практически в 2 раза) ниже, чем в среднем в изученной группе больных. В то же время в ряде отделений стационара (ожоговое — 25,4 дня, для больных острым инфарктом миокарда — 21,0 дня, неврологии — 19,6 дня) данный показатель существенно превышает среднюю длительность пребывания в стационаре больных с выявленным сифилисом.

Таким образом, определенное влияние на данный показатель оказывает различие возрастно-половой структуры контингента больных в разных отделениях, метода лечения, исхода заболевания (прежде всего, уровня досуточной летальности) и ряда других факторов. Однако, безусловно, основное влияние оказывает диагноз.

Особый интерес анализ длительности пребывания больных в стационаре представляет среди больных, имеющих различные сопутствующие заболевания, которые могут оказать влияние на данный показатель работы стационара. При этом *выявленный в стационаре ИФА(+) сифилис не является причиной увеличения длительности пребывания таких больных в стационаре*, так как в данной группе больных средняя длительность пребывания в стационаре достоверно ниже (10,9 дня) средней длительности пребывания в стационаре больных, не имеющих сопутствующей ДВП (12,4 дня).

В связи с тем, что абсолютное большинство изученных больных в стационаре СМП были госпитализированы по экстренным показаниям, для уточнения диагноза им потребовалось проведение различных *инструментальных и лабораторно-диагностических исследований*. Разумеется, потребность в проведении различных исследований, прежде всего, связана с диагнозами больных, структура которых в значительной степени определяется возрастно-половым составом пациентов. Потребность в различных исследованиях у изученных больных была определена в расчете на 100 пролеченных больных.

Наиболее часто больным, госпитализированным в больницу СМП с ИФА(+) на сифилис, потребовались лучевые методы диагностики и, прежде всего, рентгенография (134,0 исследования на 100 больных). Практически каждому больному (98,4 на 100 больных) было проведено УЗИ. Лучевые исследования, требующие наиболее сложной и дорогостоящей аппаратуры (КТ и МРТ), используются в диагностике данной группы больных не так часто. То же относится к эндоскопическим методам исследования. В то же время ЭКГ была проведена практически каждому больному, некоторым больным — неоднократно (110,7 исследования на 100 больных). Среди лабораторно-диагностических исследований наиболее часто проводятся клинический анализ крови (187,5 исследования на 100 больных), биохимический анализ крови (173,9 исследования), общий анализ крови (214,9 исследования). Каждому пациенту, а некоторым неоднократно (137,9 исследования) проводился общий анализ мочи. Другие лабораторно-диагностические исследования у больных с выявленным сифилисом проводятся заметно реже. Всего на 100 госпитализированных в стационар СМП больных с ИФА(+) на сифилис было проведено 396,7 различного инструментального исследования и 1231,4 — лабораторно-диагностического, т. е. на 1 больного в сумме было проведено практически 16,3 различного исследования.

В постановке точного основного диагноза, в диагностике различных сопутствующих заболеваний большую роль играет *консультативная помощь различных специалистов*. В крупном многопрофильном стационаре консультативная помощь врачей разных специальностей, профили которых представлены соответствующими отделениями стационара, не представляет проблемы. Поэтому все 100,0 % больных были проконсультированы врачами самых разных специальностей, а еще 23,3 % из общего числа больных нетерапевтического профиля были проконсультированы врачом-терапевтом. Следует отметить, что *из общего числа изученных больных с ИФА(+) на сифилис только 4,8 % были проконсультированы врачом-дерматовенерологом. Поэтому диагностика сифилиса у та-*

ких больных была основана исключительно на пробе ИФА на сифилис без дальнейшего уточнения.

Сегодня диагностика кожно-венерологической патологии — серьезная проблема непрофильных стационаров и, в первую очередь, стационаров СМП, где большой входящий поток пациентов, краткосрочность их пребывания, приоритет угрожающих жизни состояний зачастую не позволяют уделить должного внимания сопутствующей патологии. Несмотря на формальное исполнение Распоряжения Комитета по здравоохранению Администрации Санкт-Петербурга от 31 декабря 2002 г. № 500 «О мерах по предупреждению распространения инфекций, передаваемых полевым путем», отборочные и диагностические (ИФА) реакции на сифилис, согласно принятым в городе алгоритмам диагностики, проводятся на базе иных учреждений (КВД), а результаты этих исследований стационар СМП получает через 5–7 дней. Зачастую к этому времени пациента уже прооперировали, а чаще — выписали, либо он ушел самостоятельно без результатов исследования, осмотра дерматовенеролога, диагноза. Передаваемые в дальнейшем по месту жительства (в КВД) сведения в $1/3$ случаев были безрезультатны (пациент не найден, не зарегистрирован, не проживает и т. д.). Аналогичную ситуацию мы наблюдали в трех крупнейших стационарах СМП. Соответственно, *вопрос о мерах по предупреждению распространения сифилиса в стационаре СМП, несмотря на выполнение указанного Распоряжения, остается открытым.*

Венерические болезни, в частности, сифилис, являются эпидемиологически опасными заболеваниями как для самих пациентов, страдающих данным недугом, так и для окружающих их больных и медицинского персонала, осуществляющего лечебный процесс. В связи с этим требуется разработка новых моделей и принципов организации лечебно-диагностического процесса: при поступлении пациента — осуществлять диагностику с использованием экспресс-методов (отборочных и диагностических реакций), которые используются для массовых серологических обследований на сифилис, непосредственно в стационаре СМП при поступлении больных. Они технически просты, быстро выполнимы, экономически доступны. В нашей стране из отборочных реакций обычно используют микрореакцию преципитации (МРП) с кардиолипновым антигеном (с сывороткой), в последнее время все шире применяется RPR-тест (реакция быстрых плазменных реагинов), основанный на том же принципе, что и микрореакция, но выполняемый с плазмой крови. Использование подобных методик в стационаре СМП позволит осуществлять своевременную диагностику и практически перейти к предупреждению распространения инфекций, передаваемых полевым путем (сифилиса).

ВЫВОДЫ

Обобщая наиболее значимые данные, полученные при анализе контингента пациентов с ИФА(+) в качестве сопутствующего диагноза, можно сделать следующие выводы.

1. Особенности медико-статистической характеристики пациентов с ИФА(+) на сифилис являются преобладание женщин в 1,5 раза над мужчинами (59,1 и 40,9 % соответственно), преобладание лиц молодого возраста — 25–44 лет (62,1 %), преимущественно (52,6 %) работающих лиц.

2. В изученной группе больных с ИФА(+) на сифилис 97,9 % поступили в больницу СМП по экстренным показаниям (48,5 % — в первые 6 ч заболевания и еще практически столько же (45,6 %) — в течение 7–24 ч от начала заболевания), и только 2,1 % больных поступили в плановом порядке. Основная доля больных (41,9 %) по экстренным показаниям были направлены врачами поликлиник и женских консультаций, 23,8 % пациентов — врачами скорой медицинской помощи. Данный факт не позволил выявить сопутствующую венерологическую патологию на догоспитальном этапе.

3. Распределение этих пациентов по отделениям разного профиля определялось характером основного заболевания. В сумме во всех отделениях хирургического профиля оказалось более $3/4$ (77,7 %): чуть более половины (50,2 %) были выявлены в хирургическом (24,1 %) и гинекологическом (26,1 %) отделениях. Структура основных диагнозов, послуживших причиной госпитализации в больницу СМП, заметно отличалась у больных разного возраста. Каждый 4-й изученный больной с ИФА(+) на сифилис (25,8 %) был госпитализирован в больницу СМП с болезнями мочеполовой системы. Особый интерес представляли пациенты с заболеваниями мочеполовой системы (их доля среди больных с ИФА(+) составляла 45,8 %, а доля больных без ДВП — только 11,0 %).

4. Средняя длительность пребывания в стационаре составила $(10,9 \pm 0,1)$ дня, причем около половины из них находились в стационаре менее одной недели (до 7 дней), она определялась профилем и тяжестью основного заболевания, возрастом больных, своевременностью госпитализации, потребностью в оперативном лечении. Из общего числа больных с ИФА(+) на сифилис чуть больше половины (53,2 %) получили оперативное лечение.

5. Выявленный в стационаре сифилис не явился причиной увеличения длительности пребывания больных в стационаре, так как в данной группе больных средняя длительность пребывания в стационаре достоверно ниже (10,9 дня) средней длительности пребывания в стационаре больных, не имеющих сопутствующей ДВП (12,4 дня).

6. Невысокий уровень больничной летальности (1,8 %) в группе больных с ИФА(+) на сифилис

в определенной мере объясняется возрастной структурой таких больных.

7. Доля пациентов с ИФА(+) на сифилис, проконсультированных врачом-дерматовенерологом, составила только 4,8 %. Поэтому диагностика сифилиса была основана исключительно на пробе ИФА на сифилис, и диагноз сифилиса остался неуточненным.

8. Усилия по предупреждению распространения сифилиса в стационаре СМП, несмотря на принимаемые меры, недостаточны: результаты исследований приходят поздно, что не позволяет провести надлежащие профилактические и лечебно-диагностические мероприятия.

Таким образом, совершенствование качества и доступности специализированной венерологической помощи больным в стационаре скорой помощи является весьма актуальной проблемой. Требуется разработка новых моделей и принципов организации лечебно-диагностического процесса, среди которых — внедрение методов экспресс-диагностики в стационаре СМП. Очевидной становится и роль врача-дерматовенеролога в штате стационара, что позволит повысить доступность и качество медицинской помощи пациентам с ДВП в стационаре СМП.

Конфликт интересов

Авторы заявили об отсутствии потенциального конфликта интересов.

Conflict of interest

Authors declare no conflict of interest.

Соответствие нормам этики

Авторы подтверждают, что соблюдены права людей, принимавших участие в исследовании, включая получение информированного согласия в тех случаях, когда оно необходимо, и правила обращения с животными в случаях их использования в работе. Подробная информация содержится в Правилах для авторов.

Compliance with ethical principles

The authors confirm that they respect the rights of the people participated in the study, including obtaining informed consent when it is necessary, and the rules of treatment of animals when they are used in the study. Author Guidelines contains the detailed information.

ЛИТЕРАТУРА

1. Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И. И. Джанелидзе: основные вехи развития и вклад в совершенствование здравоохранения страны. Актовая речь в день 85-летнего юбилея Института / В. Е. Парфенов, И. М. Барсукова, И. Н. Ершова, А. О. Бумай. — СПб.: Русский ювелир, 2017. — 84 с. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=28133849> (дата обращения 11.10.2018).
2. Парфенов В. Е., Барсукова И. М. Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И. И. Джанелидзе — крупнейший научный, лечебный и образовательный центр Российской Федерации (к 85-летию юбилею) // Экстр. мед. — 2016. — № 4. — С. 595–603. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=27542060> (дата обращения 11.10.2018).
3. Барсукова И. М. Организационные и финансово-экономические механизмы совершенствования скорой медицинской помощи в новых экономических условиях:

дис. ... д-ра мед наук. — СПб., 2017. — 397 с. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=32275637> (дата обращения 11.10.2018).

4. Кубанова А. А., Кубанов А. А., Мелехина Л. Е. Заболеваемость сифилисом в Российской Федерации за период 2006–2016 гг. // Вестн. дерматол. и венерол. — 2017. — № 5. — С. 18–25. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=30792807> (дата обращения 11.10.2018).

5. Результаты деятельности медицинских организаций дерматологического профиля, достигнутые в 2016 г. / А. А. Кубанова, А. А. Кубанов, Л. Е. Мелехина, Е. В. Богданова // Вестн. дерматол. и венерол. — 2017. — № 4. — С. 17–27.

6. Распределение больных с сопутствующей дерматовенерологической патологией в стационаре скорой медицинской помощи / Н. И. Вишняков, И. А. Багрецова, Е. Н. Пенюгина, И. М. Барсукова // Скорая мед. помощь — 2017: Матер. 16-го Всеросс. конгр. (науч.-практ. конф.). — СПб.: ПСПбГМУ им. И. П. Павлова, 2017. — С. 31–32. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=29732231> (дата обращения 11.10.2018).

7. Багрецова И. А., Барсукова И. М. Медико-статистический анализ больных с венерологической патологией, пролеченных в условиях многопрофильного стационара, оказывающего экстренную медицинскую помощь // Актуальные вопр. скорой мед. помощи на соврем. этапе: Матер. II науч.-практ. конф. с международ. участием. — М.: ИНФОРМ-ПРАВО, 2014. — С. 96–97. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=29732287> (дата обращения 11.10.2018).

REFERENCES

1. Parfenov V. E., Barsukova I. M., Ershova I. N., Bumai A. O. Sankt-Peterburgskii nauchno-issledovatel'skii institut skoroj pomoshi imeni I. I. Dzhanelidze: osnovnye veki razvitiya i vklad v sovershenstvovanie zdorovoohraneniya strany. Aktovaya rech' v den' 85-letnego yubileya Instituta. Sankt-Peterburg, Izdatel'stvo «RA «Russkii yuvelir», 2017:84. (In Russ.). Available at: <https://elibrary.ru/item.asp?id=28133849> (accessed 11.10.2018).
2. Parfenov V. E., Barsukova I. M. Sankt-Peterburgskii nauchno-issledovatel'skii institut skoroj pomoshi imeni I. I. Dzhanelidze — krupneishii nauchnyi, lechebnyi i obrazovatel'nyi centr Rossiiskoi Federacii (k 85-letnemu yubileyu). Ekstrennaya medicina, 2016; 4:595–603. (In Russ.). Available at: <https://elibrary.ru/item.asp?id=27542060> (accessed 11.10.2018).
3. Barsukova I. M. Organizatsionnye i finansovo-ekonomicheskie mekhanizmy sovershenstvovaniya skoroj medicinskoi pomoshi v novykh ekonomicheskikh usloviyakh: diser. ... d-ra med nauk. Sankt-Peterburg, 2017:397. (In Russ.). Available at: <https://elibrary.ru/item.asp?id=32275637> (accessed 11.10.2018).
4. Kubanova A. A., Kubanov A. A., Melekhina L. E. Zabolevaemost' sifilisom v Rossiiskoi Federacii za period 2006–2016 gg. Vestnik dermatol. i venerol. 2017;(5):18–25. (In Russ.). Available at: <https://elibrary.ru/item.asp?id=30792807> (accessed 11.10.2018).
5. Kubanova A. A., Kubanov A. A., Melekhina L. E., Bogdanova E. V. Rezul'taty deyatel'nosti medicinskih organizatsii dermatologicheskogo profilya, dostignutye v 2016 g. Vestnik dermatol. i venerol. 2017;(4):17–27. (In Russ.).
6. Vishnyakov N. I., Bagrecova I. A., Penyugina E. N., Barsukova I. M. Raspredelenie bol'nyh s soputstvuyushei dermatovenerologicheskoi patologiei v stacionare skoroj medicinskoi pomoshi, Skoraya medicinskaya pomosh' — 2017: mater. 16-go Vseros. kongressa (nauch.-prakt. konf.), Sankt-Peterburg, 2017:31–32. (In Russ.). Available at: <https://elibrary.ru/item.asp?id=29732231> (accessed 11.10.2018).
7. Bagrecova I. A., Barsukova I. M. Mediko-statisticheskii analiz bol'nyh s venerologicheskoi patologiei, prolechennyh v usloviyakh mnogoprofil'nogo stacionara, okazvayushego ekstrennuyu medicinskuyu pomosh', Aktual'nye voprosy skoroj medicinskoi pomoshi na sovremennom etape: mater. II nauch.-prakt. konf. s mezhdun. Uchastiem, Moscow, INFORM-PRAVO, 2014:96–97. (In Russ.). Available at: <https://elibrary.ru/item.asp?id=29732287> (accessed 11.10.2018).