

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 615.385:

М.С. Съяр, Л.А. Уфимцева, О.П. Полсжаева,
Э.Г. Курова

РОЛЬ ОБЛАСТНОЙ ДЕТСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ В ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ ОБЛАСТИ

Министерство здравоохранения Свердловской области, Областная детская клиническая больница

Как известно, областным детским больницам принадлежит ведущая роль в оказании лечебно-профилактической помощи детям, проживающим в сельской местности [1].

В Свердловской области, являющейся крупным промышленным регионом России, численность детского населения составляет около 1 млн чел. Лишь 28% всего детского населения области проживает в ее сельских районах, остальное сконцентрировано в крупных и мелких городах, рабочих поселках. Складывающиеся в настоящее время условия, когда при дефиците финансирования снижается потенциал лечебно-профилактических учреждений, оказывающих помощь детям не только в сельской местности, но и в городах, повышают значимость областной детской больницы в оказании медицинской помощи детям всей области.

Свердловская областная детская клиническая больница (ОДКБ) представляет собой одно из крупных лечебно-профилактических учреждений педиатрического профиля, оказывает высокоспециализированную квалифицированную помощь детям, осуществляет организационно-методическую работу с ЛПУ территории области.

Основу врачебного персонала больницы, представляющего 34 врачебные специальности, составляют выпускники СГМИ (ныне УГМА). Среди сотрудников больницы 1 доктор и 16 кандидатов медицинских наук, 20% врачей имеют высшую квалификационную категорию.

Областная детская клиническая больница является клинической базой пяти кафедр УГМА: детских болезней с курсом физиотерапии (заведующая проф. Н.А. Хрущева; на протяжении многих лет кафедрой заведовала засл. деят. науки, академик О.А. Синявская), детской хирургии (заведующий - проф. В.М. Одинак), перинатологии и неонатологии (заведующий - доцент Н.Н. Кузнецов), анестезиологии и реанимации ФУВа (заведующий - проф. В.М. Егоров), лабораторной диагностики (заведующий - проф. С.В. Цвиренко). Сотрудники кафедр существенно усиливают кадровый потенциал больницы и

вносят неоценимый вклад в консультативно-диагностический и лечебный процесс учреждения.

Ежегодно в консультативной поликлинике больницы (ОДП) получают помощь 74-75 тыс. чел., число посещений составляет 104-105 тыс. Среди обращающихся в ОДП детей 50% составляют жители сельских районов области, 10% - дети из г. Екатеринбурга, 40% - дети, проживающие в других городах области. Обращаемость в ОДП составила в 1997 г. 71 на 1000 детского населения области. Обращаемость детей из сельских районов существенно выше, чем из городов, соответственно, 112 и 52‰.

Как показывает анализ, основной целью направления детей в консультативную поликлинику является установление (уточнение) диагноза заболевания. Диагностическая база ОДКБ, включающая современный лабораторный комплекс, службы функциональной и интраскопической диагностики, позволяет ежегодно примерно каждому третьему-четвертому ребенку, консультируемому в поликлинике, установить диагноз заболевания впервые. Наиболее высокая частота впервые выявленной патологии (на 100 принятых детей) у гастроэнтеролога (69,0), окулиста (63,0), ортопеда (55,0), кардиолога (42,0), т. е. по тем врачебным специальностям, по которым в области отмечается дефицит.

Выездная консультативная работа, осуществляемая ОДКБ, позволяет приблизить амбулаторную специализированную помощь к месту жительства ребенка, что имеет особую социальную значимость в современных условиях, т.к. позволяет сократить материальные затраты семей, необходимые для приезда в областной центр. Медицинская значимость этого вида деятельности определяется возможностью целенаправленного отбора детей для дообследования, госпитализации, санаторного лечения. Это направление консультативной работы областной больницы является весьма перспективным при условии усиления оснащенности выездных врачебных бригад диагностическим оборудованием.

Стационарная помощь детям в условиях ОДКБ осуществляется по всем основным педиатрическим и хирургическим специальностям. Ежегодно число детей, получающих помощь в условиях стационара, составляет 6-7 тыс. чел., а уровень госпитализации в ОДКБ 7‰, в том числе детей из сельских районов - 9‰, из городов - 6‰. Уровень госпитализации детей в ОДКБ с различных территорий области коррелирует с уровнем обращаемости их в консультативную поликлинику, что и определяет, в основном,

плановый характер госпитализации в больницу. Однако отмечается и рост удельного веса больных, госпитализируемых в ОДКБ по экстренным показаниям, с 16% в 1995 г. до 20% в 1997 г.

Состав больных в соматических отделениях стационара свидетельствует о возрастании удельного веса детей с тяжелой патологией. Так, только за последние 2 года отмечается возрастание удельного веса случаев язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки с 3 до 7% среди пролеченных в гастроэнтерологическом отделении, среди пациентов нефрологического отделения увеличился с 20 до 23% удельный вес детей с тяжелыми формами гломерулонефрита, в отделении для детей раннего возраста возрос удельный вес детей с тяжелыми заболеваниями нервной системы с 15 до 28%, а в отделениях патологии новорожденных отмечено возрастание удельного веса случаев сепсиса недоношенных с 3 до 9%.

Дети с заболеваниями хирургического профиля составляют примерно половину среди всех госпитализируемых в ОДКБ. Ежегодно в больнице проводится свыше 2 тыс. оперативных вмешательств.

Часть оперативных вмешательств, осуществляемых в ОДКБ, - вмешательства, связанные с дефектами оказания хирургической помощи детям хирургами взрослой сети, что нередко приводит к калечащим последствиям. Данные хирургической службы больницы свидетельствуют о том, что за 5 лет (1993-1997г.г.) удельный вес рубцовых форм крипторхизма от числа прооперированных с крипторхизмом в ОДКБ детей возрос в 5 раз (с 3 до 15,6%), а удельный вес рецидивирующих грыж и водянок яичка от общего числа прооперированных с этой патологией детей увеличился в 2 раза (с 1,7 до 3,2%).

Таким образом, в ОДКБ концентрируется, как это и должно быть, наиболее сложная детская соматическая и хирургическая патология. Удельный вес больных третьей - наиболее высокой категории сложности составляет по больнице 90%.

Эффективность стационарного лечения во многом определяется работой диагностической службы больницы. Динамика различных видов исследований в стационаре ОДКБ представлена в табл. 1.

Таблица 1

Динамика диагностических исследований, выполняемых в стационаре ОДКБ (на 100 больных)

Вид исследований	1995г.	1996г.	1997г.
Лабораторные	9740,0	9110,0	8750,0
Функциональные	129,7	124,0	142,4
Интраскопические	308,9	322,6	333,3

Как видно из представленных данных, объемы функциональных и интраскопических исследований возросли. При увеличивающемся объеме интраскопических исследований

сохраняется высокий удельный вес специальных рентгеновских исследований (45%), что выше, чем в среднем по России (15%). Кроме того, отмечается увеличение числа УЗИ-исследований сердца и сосудов, головного мозга у новорожденных и детей первого года жизни. Увеличилось и число эндоскопических исследований. Имеются объективные данные ожидать и дальнейшего роста последних в больнице, т.к. лишь небольшая доля этих исследований осуществляется детям в некоторых городах области.

Объем лабораторных исследований, хотя и снизился в силу ряда объективных причин (недостаток реактивов, повышение обоснованности назначения исследований), но уровень их остался очень высоким (на одного больного в стационаре ОДКБ приходится 87,5 исследований, в среднем по России - 32,7).

На наш взгляд, в сложившихся условиях при недостатке финансирования, когда обеспечить диагностическим оборудованием и расходными материалами все ЛПУ области невозможно, выходом могло бы быть создание на базе ОДКБ областного детского диагностического центра. Тем более, что исследования, выполняемые в области детям (рентгеновские, УЗИ и др.), имеют крайне низкое качество, в них, как правило, нет полноценных врачебных заключений.

Важнейшую роль в оказании медицинской помощи детям области играют областные реанимационно-консультативные центры (РКЦ), функционирующие в больнице [2]. Эти центры позволяют осуществлять консультативную помощь по любым специальностям для детей области, находящихся в стационарах территориальных ЛПУ.

Ежегодно через РКЦ осуществляются консультации более 1000 больным, основную долю среди которых (75%) составляют новорожденные. Динамика основных показателей работы реанимационно-консультативных центров, представленная в табл. 2, свидетельствует о существенной доле переводов силами специализированной бригады новорожденных из роддомов области в специализированные центры и, прежде всего, в отделение реанимации новорожденных ОДКБ.

Работа территорий области с соблюдением принятой в нашем регионе технологии оказания неотложной помощи детям дает ощутимые результаты. Об этом свидетельствуют данные по уровню и динамике неонатальной смертности в различных регионах нашей области (табл. 3).

Суммарно в группе из 21 территории, находящейся в зоне деятельности реанимационно-консультативного центра для новорожденных (РКЦн) и работающей с ним с полным соблюдением технологии, уровни неонатальной и ранней неонатальной смертности ниже,

Таблица 2

Динамика основных показателей работы реанимационно-консультативных центров

Показатели	1995г.	1996г.	1997г.
Количество консультированных больных	900	1088	1071
в т.ч. новорожденных	676	758	798
%	75,1	69,7	74,5
Доля переводов силами РКБ (от числа консультированных больных), %:			
РКЦ	22,0	32,0	20,5
РКЦн	61,0	61,1	62,4

Таблица 3

Динамика неонатальной смертности в регионах области, в %

Территория	Неонатальная смертность			Ранняя неонатальная смертность		
	1995г.	1996г.	1997г.	1995г.	1996г.	1997г.
Область	10,7	11,8	9,6	8,7	8,1	6,5
Зона деятельности ОДКБ	10,8	11,3	7,9	8,1	7,0	5,3
Тагильский куст	11,2	12,5	14,3	9,8	8,8	9,4
Северный куст	13,2	16,7	16,2	10,2	11,4	11,9

Таблица 4

Младенческая смертность (МС) (без смертности на дому), %

Территория	МС	Пост-неонатальная	Неонатальная	Ранняя неонатальная	Поздняя Неонатальная
Область	12,6	3,4	9,2	6,3	2,9
Территории, работающие в системе РКЦ ОДКБ	11,5	3,2	8,3	5,9	1,8
Территории, не работающие в системе РКЦ ОДКБ	22,3	4,7	17,6	13,3	4,3

чем по области, и имеют наиболее благоприятную динамику.

Работа в системе РКЦ положительно сказывается и на уровнях постнеонатальной смертности, в также в целом младенческой смертности (без учета случаев гибели детей на дому, т.к. на этот вид младенческой смертности работа в системе РКЦ повлиять не может)- табл. 4.

Представленные в табл. 3 и 4 данные, свидетельствуя об эффективности деятельности областных РКЦ, подтверждают необходимость создания условий для функционирования в такой крупной области, какой является Свердловская, межрайонных педиатрических центров реанимации и интенсивной терапии. В настоящее время это одна из актуальных проблем, требующая своего разрешения.

Для повышения качества лечебно-диагностического процесса в больнице внедряются новые организационные и лечебные технологии. Внедрены эндоскопические методы хирургических вмешательств, продленная вентиляция легких, современные протоколы лечения онкогематологических заболеваний, лекарственный мониторинг и др.

Областная детская клиническая больница является организационно-методическим центром, осуществляя комплекс мероприятий, способствующих совершенствованию оказания помощи детям лечебно-профилактическими учреждениями территорий области.

Специалисты ОДКБ являются разработчиками стандартов оказания помощи детям, принимают активное участие в процессе лицензирования территориальных ЛПУ.

Все сказанное определяет роль и место ОДКБ в педиатрической службе Свердловской области.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гребешева И.И. Организация лечебно-профилактической помощи детям. М.: Медицина, 1987, 221 с.
2. Казаков Д.П., Девайкин Е.В., Курова Э.Г., Скляр М.С. Областной реанимационно-консультативный центр в системе неотложной помощи детям // Уральское мед. обозрение. 1997. № 2. С.18-20.