

В заключение следует отметить, что при возникновении неотложного состояния, потребовавшего госпитализации и связанного с проведением прививки временным фактором (первые 48 часов после вакцинации), врач СМП не имеет возможности диагностировать или исключить ПВО, поскольку требуется наблюдение за пациентом. Представляется возможным исключить из диагноза термины «реакция на прививку», «осложнение на прививку» и формулировать диагноз с указанием на течение вакцинального периода. Например, «судорожный синдром, вакцинальный период АКДС», «постинъекционный инфильтрат, вакцинальный период АКДС».

#### ЛИТЕРАТУРА:

- 1.Официальный сайт Роспотребнадзора. [www.rosпотребнадzor.ru](http://www.rosпотребнадзор.ru)
- 2.Методические указания МУ 3.3.1879-04 «Расследование поствакцинальных осложнений».
3. В.Ф.Учайкин, О.В.Шамшева // Руководство по клинической вакцинологии.- ГЭОТАР-Медиа, 2006-592 с.:
4. В.К.Таточенко, Н.А.Озерецковский, А.М.Федоров// Иммунопрофилактика 2009.- Москва. 2009- 174с.

### **ПРИЕМНЫЙ ПОКОЙ СТАЦИОНАРА – ПЕРЕДОВАЯ ГОСПИТАЛЬНОГО ЭТАПА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ**

*Клевакина И.А., Огарков И.П., Шеина О.П.  
МАУ «Детская городская клиническая больница № 9», Екатеринбург*

#### **Актуальность проблемы.**

Работу приемного отделения лечебных учреждений нередко относят к рутинной деятельности медицины, не обсуждают широко в доступной литературе. Однако, цели и задачи приемного покоя многопрофильного детского стационара настолько широки и многогранны, требующие постоянного совершенствования преемственности догоспитального этапа (СМП, районные поликлиники), готовности к выполнению экстренных мероприятий, соблюдения маршрутизации пациентов, взаимодействия со

всеми отделениями и службами больницы, что определяет актуальность глубокого анализа этой деятельности.

### **Материалы и методы исследования.**

Нами проведен анализ работы приемного покоя МАУ ДГКБ № 9 за 3-х летний период. Показатели работы отделения рассматривались в соответствии с задачами, решение которых возлагается на сотрудников стационара: прием больных и распределение потоков неотложных и плановых больных; своевременный осмотр, обследование больных, а также консультация профильными специалистами для установки предварительного диагноза; госпитализация больных в экстренном и неотложном порядке при наличии показаний в профильные отделения; оказание больным своевременной неотложной медицинской помощи, включая амбулаторную хирургическую травматологическую помощь; проведение санитарной обработки госпитализируемых больных; при госпитализации плановых больных контроль данных диагностического обследования в соответствии с перечнем; передача информации в территориальные лечебные учреждения о больных, которым отказано в госпитализации в связи с отсутствием экстренных показаний, но нуждающихся в наблюдении врача поликлиники; своевременное сообщение в СЭС об инфекционных заболеваниях, в полицию о травмах, связанных с ДТП, несчастных случаях, суицидальных попытках, а также трупах и лицах, доставленных в бессознательном состоянии без сопровождения родственников; при выявлении больных с подозрением на особо опасные инфекции – проведение мероприятий согласно инструкции; госпитализация больных в другие профильные лечебные учреждения согласно приказу о госпитализации № 400 от 22.07.93 г. и дополнениям к приказу № 523 и 591; при госпитализации больных оформление соответствующей документации, регистрация всех больных в специальном журнале.

### **Результаты и обсуждение.**

Поток пациентов ДГКБ№9 из города Екатеринбурга и Свердловской области имеет тенденцию к увеличению (таблица 1).

### Анализ работы приемного отделения.

Таблица 1

№		2010г.	2011г.	2012г.
1.	Обратившихся всего	42542	48855	55338
2.	Госпитализированы в плановом порядке	9193 (22%)	10233 (21%)	10056 (18%)
3.	Госпитализированы в экстренном порядке	11787 (28%)	12151 (25%)	11971 (22%)
4.	Отказано в госпитализации в стационар	21562 (51%)	26471 (54%)	33311 (60%)
5.	Госпитализированы в другие стационары города из числа «отказных» пациентов	465 (1%)	601 (1%)	612 (1%)
6.	Отказ от госпитализации по инициативе родителей	1054 (3%)	1333 (3%)	1327 (2%)

Как видно, из представленных данных, в течение последних 3 лет (2010-2012гг) отмечается постоянный рост обращений пациентов. Объемы госпитализации как в плановом, так и в неотложном порядке остаются на одном уровне, что составляет  $20 \pm 1,2$  тыс. госпитализированных пациентов в год.

Более 70% больных, обращающихся в наш стационар - это больные с патологией требующей неотложной медицинской помощи.

При рассмотрении динамики обращений за три прошедших года, отмечается их рост за счет группы пациентов, которым отказано в госпитализации. Пациенты данной группы получают неотложную амбулаторную помощь в приемном отделении. Объем неотложной помощи зависит от профиля

патологии и варьирует от консультаций специалистов до проведения хирургических манипуляций ( ПХО раны, наложение швов, вскрытие гнойника, наложение гипсовой повязки и т.д.), что в год составляют  $6,2 \pm 1,5$  тысяч.

Догоспитальный этап сформировал основные традиционные пути обращений пациентов в многопрофильный стационар:

- больные, доставленные бригадами СМП;
- больные, направленные специалистами поликлиник или травмпунктов;
- больные, родители которых обратились самостоятельно, без направления (“самообращения”).

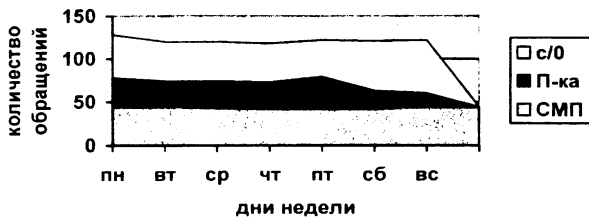
### **Распределение экстренных больных в зависимости от направления.**

Таблица 2

Подразделение	2010г.	2011г.	2012г.
догоспитального			
этапа			
СМП	13224(40%)	14628 (38%)	15992 (35%)
Поликлиника	9041 (27%)	9470 (24%)	10633 (24%)
Самообращения	10938 (33%)	14459 (38%)	18595 (41%)

Отмечается значительное увеличение «самообращений » за медицинской помощью. За 2012 год их количество увеличилось на 70% к уровню 2010 года. Число больных, доставленных бригадами СМП, увеличилось незначительно, прирост обращений составил 21% к уровню 2010 года.

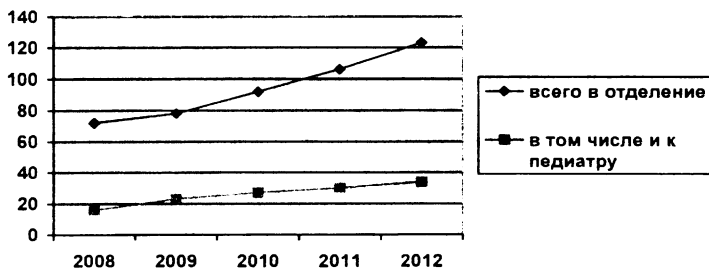
### Распределение нагрузки в течении недели



При анализе потоков в течение недели отмечается следующее:  
 поток формируемый СМП – стабилен в течение всей недели;  
 поток самообращений резко увеличивается в выходные дни;  
 поток направленных пациентов из поликлиники уменьшается к выходным дням.

Таким образом в выходные и праздничные дни происходит “подмена” работы поликлинических отделений ЛПУ города.

### Среднесуточная нагрузка на персонал по годам.



Из представленных данных видно, что среднесуточная нагрузка на персонал возросла за 5 последних лет в 1,7 раза. Соответственно время на оказание помощи больному снизилось с 20 минут до 12 минут, что чревато снижением качества работы и повышением риска диагностических и

тактических неточностей. На сегодняшний день данная проблема решена за счет расширения штатного расписания, как врачебного, так и среднего и младшего медицинского персонала.

**Результативность обращений в неотложном порядке в зависимости от подразделения догоспитального этапа.**

Таблица 3

	2010	2011	2012
Доставлены СМП	13224	14628	15992
Из них госпитализировано в %	43%	38%	36%
Направлены поликлиниками	9041	9470	10633
Из них госпитализировано в %	50%	61%	40%
Обратились без направления	10938	14459	18595
Из них госпитализировано в %	21%	17%	13%

При анализе представленных данных отмечается снижение доли госпитализированных больных в группе пациентов, доставленных бригадами СМП с 43% до 36% . Это объясняется тем, что на догоспитальном этапе и этапе приемного отделения осуществляется проведение диагностических и лечебных мероприятий с определением показаний к лечению в амбулаторных условиях.

Пациенты, у которых на амбулаторном этапе нет ожидаемого эффекта от лечения, направлены из районных поликлинических отделений в стационар нашей больницы. Именно этим объясняется высокий процент госпитализации детей направленных из поликлиник.

Третья группа пациентов - это дети, родители которых обратились по собственной инициативе. Доля госпитализации таких детей низка 21-13% .так как все лечебные и диагностические мероприятия можно осуществить на базе поликлиник. Как правило, причины обращений данной группы

пациентов организационного характера (отсутствие узкого специалиста, внеурочное время, либо сложности при обращении в регистратуру).

### Распределение больных, доставленных бригадами СМП по профилю патологии.

Таблица 5

	Профиль патологии	2010		2011				2012		
		Доста влено всего но (абс)	Госпи тализ ирова но (%)	Госпи тализ ирова но (%)	Достав лено всего	Госпит ализир овано (абс)	Госпит ализир овано (%)	Доста влено всего но (абс)	Госп итали зир овано (абс)	Госп итали зир овано (%)
1.	Хирургическая	3353	1077	32	3704	1024	28	4300	933	22
2.	травматологическая	2968	816	27	3550	761	22	3778	767	20
3.	ЛОР	1173	26	22	1402	271	19	1696	262	16
4.	ЧЛХ	315	174	55	432	216	50	511	237	46
5.	ожоги	397	242	61	453	304	67	529	313	56
6.	неврологическая	376	307	82	412	341	83	490	375	77
7.	инфекционная	2893	2361	82	3120	2400	77	3366	2173	65
8.	соматическая	329	303	92	293	249	85	147	198	80
9.	офтальмологическая	28	7	25	31	1	3	47	2	4

При детальном рассмотрении госпитализации в зависимости от профиля патологии можно отметить значимо низкий процент госпитализации среди больных хирургического и травматологического профиля. Данная ситуация объясняется высоким уровнем диагностических и лечебных манипуляций, который позволяет перевести больных на амбулаторный этап лечения.

В течение 3 лет в приемном отделении функционирует кабинет приема отоларинголога с манипуляционной, оснащенной современным эндоскопическим оборудованием. Это позволило повысить уровень диагностики, проводить амбулаторные манипуляции. Нагрузка на дежурного отоларинголога возросла в 2-2,5 раза в течение указанного срока.

Взаимодействие МАУ ДГКБ№9 и СМП.

-Взаимодействие по вопросам госпитализации круглосуточно по телефону.

- Ежемесячно сопроводительные талоны с указанием клинического диагноза всех госпитализированных больных передаются на центральную подстанцию СМП.

- своевременная информация о транспортировке реанимационного больного.

- участие в совместных конференциях и медицинских советах.

#### **Выводы:**

1. Анализ работы приемного покоя крупного многопрофильного стационара позволяет оценить динамику взаимоотношения больницы и иных служб, оказывающих неотложную помощь детям Екатеринбурга и Свердловской области.
2. Необходим глубокий анализ причин возрастающего потока пациентов и принятие управленческих решений для совершенствования деятельности приемного отделения с целью повышения качества оказания медицинской помощи.

## **МЕТОДЫ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНЕЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ**

*Голобородько К.А.*

*ГБУЗ «Областная клиническая больница №1»*