

профессоров, что позволило повысить организационно-методический уровень оказания медицинской помощи детям и квалификацию врачей. Специалисты ДГКБ №9 – активные участники региональных и международных симпозиумов, ведется научно-исследовательская работа, результатом которой являются 5 кандидатских и 1 докторская диссертация.

Высокая квалификация кадров и важность задач, стоящих перед службами, позволяет занять ДГКБ №9 достойное место в структуре специализированной помощи детям Екатеринбурга и Свердловской области.

ПЕРСПЕКТИВЫ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ДЕТЯМ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Карлов А.А., Чукреев В.И., Лобанов Ю.Я., Штукатуров А.К., Агеев В.В.,

Кожевников Е.Г., Пономарев Е.И.

Детская городская клиническая больница №9

Неотложная помощь детям является одним из приоритетных направлений в деятельности ДГКБ №9. С целью ее оптимизации на протяжении последних 10 лет укрепляются и развиваются различные формы работы со специализированными службами области. Примером такого сотрудничества является совместная деятельность коллектива больницы с Территориальным центром медицины катастроф Свердловской области. Совместно с сотрудниками ДГКБ №9 сформированы комбустиологическая, травматологическая и хирургическая бригады, большинство анестезиологов являются нынешними или бывшими работниками больницы.

За последние 3 года достоверно возросло количество консультаций по телефону и на месте, специализированная помощь приблизилась к пациентам. Не секрет, что большинство районных больниц не имеют адекватного кадрового и технического оснащения для оказания адекватной помощи и этапная система интенсивного лечения теперь сокращена во временных рамках до одних суток. Так, среднее догоспитальное время у пациентов с тяжелой термической травмой в 1995-97 г.г. составляло 36-48 часов. Реализация научных исследований по патофизиологии термической травмы в практику позволила доказать транспортабельность детей в состоянии шока. С 2000 года среднее догоспитальное время стабильно составляет около 16 часов. Это означает, что противошоковая терапия, начатая на месте, продолжается в процессе транспортировки и завершается уже в специализированном центре. Сокращение времени технологической

цепочки позволило сократить затраты на интенсивную терапию осложненных догоспитального этапа, дать шанс ранее безнадежным пациентам.

Тесные связи с больницами Свердловской области в настоящий момент поддерживаются в 4 отделениях больницы. Это ожоговое отделение, отделения неотложной и гнойной хирургии, отделение реанимации. Формы консультативной деятельности различны:

- консультация по телефону (более 120 в год)
- консультация на месте с дальнейшей транспортировкой (от 70 до 100 больных ежегодно)
- оперативные вмешательства на месте (редки, проводятся в основном в случае нетранспортабельности пациента, таковых за 2004 год выполнено 4).

Технологическая цепочка выглядит следующим образом:

1. Звонок из районной больницы и консультация по диагностике и стартовой терапии неостложного состояния.
2. Оформление вызова в ТЦМК, формирование бригады, выезд ее на место.
3. Проведение предтранспортивной подготовки, включающей стабилизацию витальных функций, обеспечение сосудистого доступа и адекватного транспорта кислорода.
4. Транспортировка больного наземным или воздушным транспортом в ДГКБ №9.
5. Проведение комплекса интенсивного лечения, перевод больного в профильное отделение.
6. Реабилитация и диспансерное наблюдение.

Большинство пациентов, прошедших данную лечебную схему, не нуждаются в проведении восстановительного лечения в сравнении с получавшими лечение на месте. Примером тому может служить система оказания помощи детям с термической травмой, которая позволила за последние 5 лет сократить количество как пластических, так и реконструктивных оперативных вмешательств, инвалидность при этом сократилась с 16% до 3,5%, а сроки лечения снизились в среднем на 6-9 суток.

Не менее значима помощь и детям с гнойно-воспалительными заболеваниями – острым гематогенным остеомиелитом, местным, разлитым и продолженным перитонитом. Своевременную и качественную помощь получают также дети с кишечными кровотечениями, инвагинацией кишечника, спасечной болезнью. Большая работа ведется и в отношении сочетанной и черепно-мозговой травмы, где технологическая модель строится по примеру ожоговой службы – консультация в первые часы, ранняя

транспортировка с надежной иммобилизацией, оперативное вмешательство в первые сутки от момента травмы, реабилитация в условиях ДГКБ №9.

Таким образом, совместная работа неотложных отделений и ТЦМК является новой, перспективной формой повышения эффективности и качества оказания помощи детям удаленных территорий и приблизить специализированную помощь непосредственно к пациенту.

ОПЫТ СОЗДАНИЯ ФОРМУЛЯРНОГО СПИСКА АНТИМИКРОБНЫХ ПРЕПАРАТОВ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

Меньшиков А.А., Липина В.Р., Насонова Н.П., Шенна О.П.

Детская городская клиническая больница №9

Современный фармацевтический рынок предлагает практикующим врачам широкий спектр антибактериальных средств. В то же время их нерациональное использование в ЛПУ нередко приводит к увеличению как финансовых затрат, так и к увеличению числа резистентных штаммов возбудителей. Различные методические рекомендации по антибактериальной терапии в педиатрической практике ставят практикующих врачей и администраторов ЛПУ перед выбором: какой именно схеме лечения следует отдать предпочтение?

Цель: оптимизации применения антибактериальных препаратов, повышения эффективности антимикробной химиотерапии, снижения финансовых затрат и предупреждения развития антибиотикорезистентности в условиях детской городской многопрофильной больницы. В исследование были включены отделения хирургического и соматического профиля, в том числе – отделение реанимации и ожоговое отделение.

Ежегодно в хирургические и соматические подразделения ДГКБ №9 госпитализируется более 17 000 больных. Расходы на антибактериальные препараты составляют до 68% финансовых затрат, выделяемых на лекарственные средства. Выявлено, что сложившиеся стереотипы назначения антибактериальных препаратов в терапии инфекционных заболеваний как хирургического, так и соматического профиля не всегда действенны. Использование устаревших, малоэффективных препаратов, нерациональный эмпирический выбор стартовой терапии, приводил как к необходимости повторных курсов антимикробных препаратов, так и к развитию устойчивой (резистентной) микрофлоры. Это приводило к удлинению сроков госпитализации и, следовательно, к увеличению финансовых затрат.