ОЦЕНКА СТРУКТУРЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПЕДИАТРИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ ДЕТСКОЙ БОЛЬНИЦЫ – ВОЗМОЖНОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ МЕТОДОВ РЕАЛИЗАЦИИ ЭФФЕКТИВНЫХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ

© Нагнойная Ирина Геннадьевна[1], Гранкина Наталья Олеговна[1], Лучанинова Валентина Николаевна[2], Бондаловская Евгения Олеговна[1], Рябых Ольга Викторовна[2], Кисилёва Анна Константиновна[1]

[1]СПб ГБУЗ «Детская городская больница №2 св. Марии Магдалины»,199053, Санкт-Петербург, Васильевский остров, 2-линия, дом 47

[2]ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, 195196, Заневский пр., 1/82. E-mail: lvaln@mail.ru

Ключевые слова: детская больница; педиатрическое отделение; структура заболеваний

Педиатрическое (соматическое) отделение — это структурное подразделение городской многопрофильной больницы, осуществляющее плановую и экстренную госпитализацию больных соматического профиля (из положения о детской больнице). Отделение является своего рода фильтром или диагностическим блоком, где осуществляется дифференциально-диагностический поиск [2, 3]. Работа в отделении, которое находится на передовых позициях многопрофильного стационара, закономерно требует высокого профессионализма медицинского персонала.

Цель исследования — изучить структуру заболеваний детей, находившихся в последние три года на обследовании и лечении в педиатрическом отделении одной из многопрофильных детских больниц г. Санкт-Петербурга.

Материалы и методы. Материалом для анализа послужили годовые отчёты заведующего отделением. Проводилась оценка известных в здравоохранении статистических показателей и частоты нозологических групп среди пролеченных пациентов, в том числе, в зависимости от возраста. При обработке полученных результатов применялись методы описательной статистики.

Результаты. Определено, что отделение работало интенсивно, о чём говорят показатель работы койки в году (в среднем от 463,19 в 2016 году до 503,6 в 2018 году) и заполнение отделения (от 119,2 в 2016 году до 138,0% в 2018 году). Основная масса больных поступала из приёмного отделения в экстренном порядке. Среди них больные с кардиологической, ревматологической, аллергологической, пульмонологической, гастроэнтерологической, неврологической и острой нефрологической патологией. В отделение также переводились пациенты из отделения экстренной хирургии после исключения острой хирургической патологии. Часто эти больные до госпитализации длительно (до 2 недель) наблюдались в амбулаторных условиях. После дифференциально-диагностического обследования и назначения лечения в соматическом отделении (длительность пребывания на койке от 8,5 дней в 2016 году до 6,2 в 2018) пациенты при необходимости переводились в профильные отделения. Из нозологических групп болезней обращает на себя внимание рост количества больных с бронхолёгочными заболеваниями, в частности, с пневмониями. Так в 2017 году имело место значительное увеличение среднетяжёлых микоплазменных пневмоний у детей младшего и старшего школьного возраста. Постановка диагноза этим детям уже в первые дни пребывания в стационаре не представляла трудностей (болезнь протекала типично для так называемой атипичной пневмонии) и персонифицированная терапия была эффективна. Однако, в соответствии с клиническими рекомендациями школьники со среднетяжёлой пневмонией могли лечиться также эффективно в дневном стационаре поликлиники. Одновременно, в последние годы значительно уменьшилось количество больных с тяжёлой бронхиальной астмой. Это можно объяснить улучшением контроля над бронхиальной астмой в амбулаторных условиях с помощью адекватной базисной терапии [1]. Стабильно высоким остаётся число больных с гастроэнтерологической патологией (в среднем 7,2±0,4 на одну койку, $P>0,05$). Наряду с этим отмечается рост числа

больных с экзантемами аллергического генеза. Широкое использование бытовой химии, продуктов с высоким содержанием красителей и консервантов, а также нерациональное питание детей и бесконтрольный приём лекарственных препаратов способствуют увеличению количества пациентов с указанной патологией. В последние годы выявлена более выраженная тяжесть клиники болезней костно-мышечной системы (артриты, синовиты и др.) стала более выраженная их тяжесть, а также их атипичное течение, что требует применения большего количества диагностических методик для установления окончательного диагноза и назначения адекватного лечения. Отмечается значительный рост числа больных с заболеваниями мочевой системы (3,4±0,3 на одну койку в 2015 и 5,9±0,1 в 2017 году, P>0,001), причём рост идёт за счёт детей до 3 лет. Это подтверждает увеличение частоты врождённых пороков развития почек и мочевыводящих путей среди детского населения в последнее десятилетие, являющихся главным фактором развития патологии мочевой системы у детей раннего возраста. Особенностью структуры заболеваний в отделении в последние годы является увеличение количества больных психосоматического профиля (нервная анорексия, боли в животе, головные боли, вегето-сосудистая дистония и др.). Таким пациентам проводится полное клинико-лабораторное и, по необходимости инструментальное обследование, для исключения органической патологии органов и систем. В диагностическом процессе пациентов этой группы участвуют профильные специалисты — психологи и психотерапевты. Из неврологической патологии превалируют больные с мигренью, радикулитами, остеохондрозами, миозитами, плекситами, невритами, эпилепсией. На отделении работает врач-невролог-эпилептолог, занимающийся диагностикой впервые выявленной эпилепсии и подбором базисной терапии больным детям. В возрастном аспекте, на первом месте многие годы находятся дети 7–14 и подростки 15–17 лет [4]. В обеих группах преобладает гастроэнтерологическая и психосоматическая патологии. Далее по убывающей стоят дети раннего возраста и 4–6 лет. Среди них превалируют болезни бронхолёгочной, костно-мышечной и мочевыводящей систем. Данные совпадают со статистикой органов Роспотребнадзора. Высокая распространенность патологии в возрасте 2–6 лет объясняется снижением материнского иммунитета и началом посещения дошкольных учреждений (адаптацией к социализации ребёнка) [5]. Одновременно это говорит и о низком уровне профилактической работы в амбулаторной службе, а также малой заинтересованности родителей в мероприятиях по предупреждению заболеваний.

Заключение. Таким образом, знание структуры заболеваний педиатрического (соматического) отделения многопрофильной детской больницы даёт возможность оценить инновационный потенциал бюджетной организации и базовый уровень технологий оказания высококвалифицированной медицинской помощи больницы для дальнейшего его совершенствования, а также определить приоритеты профилактики при организации обслуживания детей в других лечебно-профилактических учреждениях (приказ МЗ РФ, № 92н, 2018). Кроме того, важным остаётся повышение уровня знаний и профессионализма врачей амбулаторного звена в диагностике заболеваний и маршрутизации в зависимости от нозологической формы и тяжести состояния больного.

Список литературы:

1. Ивашихина, Т. М. Организация амбулаторной специализированной помощи детям в современных условиях мегаполиса : автореф. дис. … д-ра мед. наук. Санкт-Петербург, 2011. 56 с.
2. Киреева Г. Н. О работе государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Челябинская областная детская клиническая больница» Педиатрический вестник Южного Урала № 1–2, 2014. С.13-24
3. Лопухова В.А., Тарасенко И.В., Кайланич Г.А., Кайланич Е.А. Изучение качества внебольничной медицинской помощи в медицинских организациях города Орла Современные проблемы науки и образования. 2016. № 5. URL: http://science education.ru/ru/article/view?id
4. Ипполитова М.Ф., Симаходский А.С. Эффективность профилактических мероприятий, направленных на сохранение и укрепление репродуктивного здоровья детей Детская больница. 2014. №2. С.10-16
5. Шапошникова, Н.Ф., Давыдова, А.Н., Заячникова, Т.Е. Диагностика и лечение заболеваний детей первого года жизни. Сб. статей, LAP LAMBERT Academic Publishing, 2014.49 с.