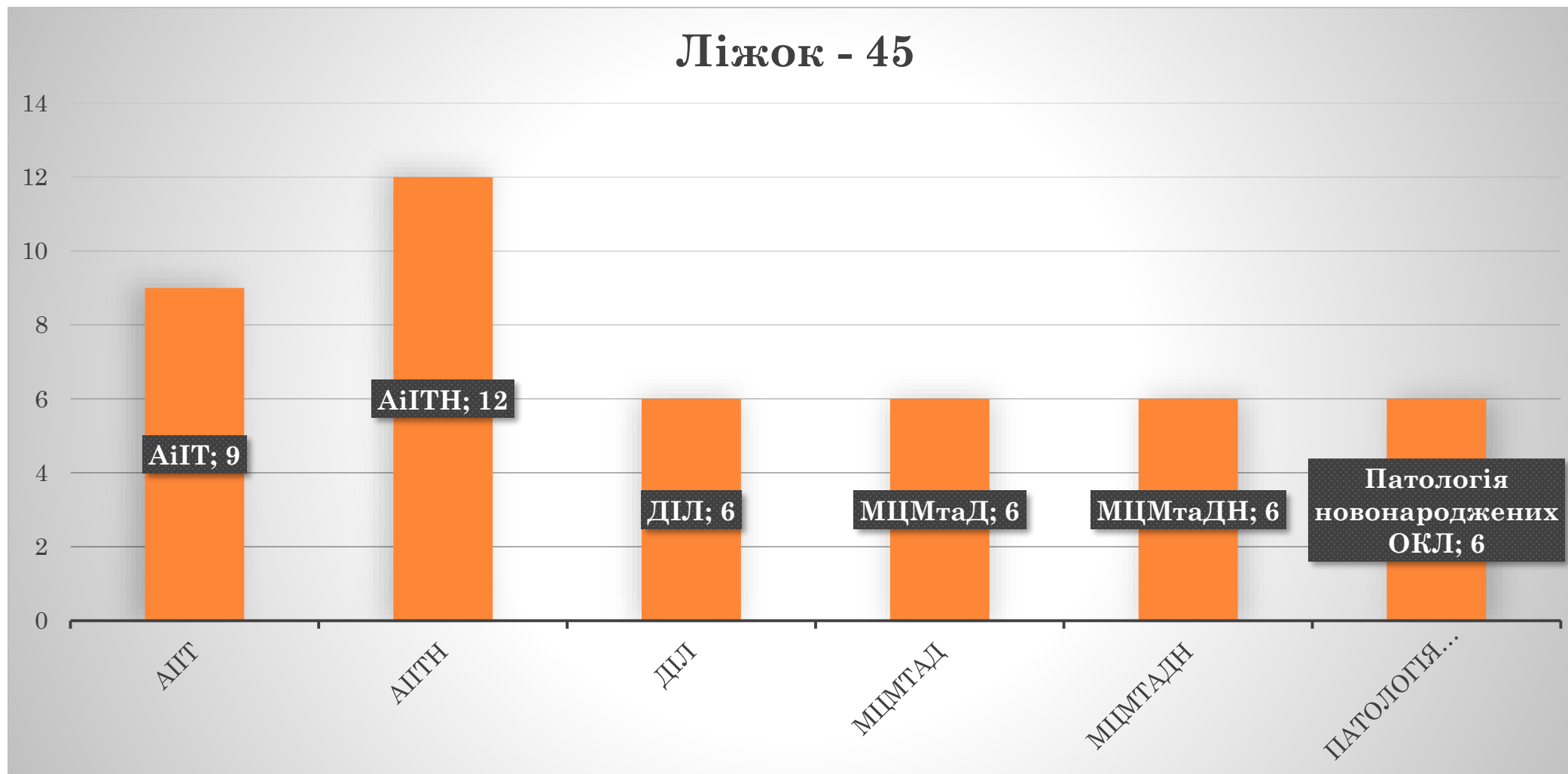


**ДИТЯЧА АНЕСТЕЗІОЛОГІЯ ОБЛАСТІ:
СТАН, ПРОБЛЕМИ, ПЕРСПЕКТИВИ
(АНАЛІЗ 2017 РОКУ)**

Стародуб А.І.

СТРУКТУРА

Ліжок - 45



СТРУКТУРА

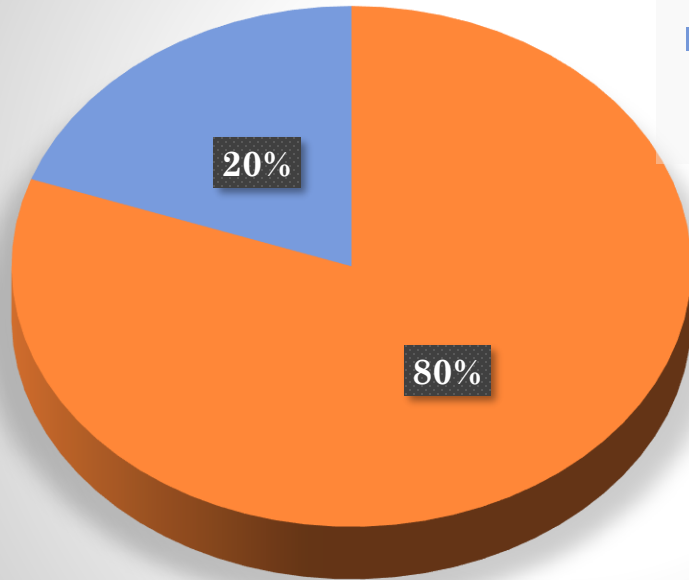
Ліжка

■ Для дорослих - 185

1 ліжко на 7042

■ Для дітей - 45

1 ліжко на 6641



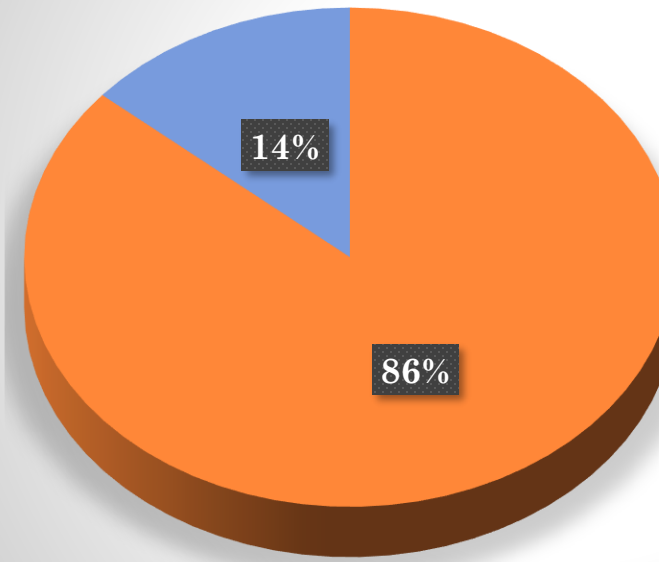
Лікарі

■ Загальні анестезіологи - 276

1 лікар на 4720

■ Дитячі анестезіологи - 44

1 лікар на 6494



СТРУКТУРА

В ВІННИЦІ: 6 ВІДДІЛЕНЬ, 37 ЛІКАРІВ І...

ВИЇЗДНА ПЕДІАТРИЧНА БРИГАДА НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ ТА ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ

ОСНАЩЕННЯ: 2 РЕАНІМОБІЛЯ (КЛАС С)

ВИКОНУЄТЬСЯ ВИЇЗДІВ В МЕЖАХ - 180 – 250 ЗА РІК

ВИЇЗДНА НЕОНАТОЛОГІЧНА БРИГАДА НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ

ОСНАЩЕННЯ: 1 РЕАНІМОБІЛЬ (КЛАС С)

ВИКОНУЄТЬСЯ ВИЇЗДІВ В МЕЖАХ – 420 – 480 ЗА РІК

ВСІ РЕАНІМОБІЛІ ПОСТІЙНО ЗНАХОДЯТЬСЯ НА ТЕРИТОРІЇ ЛІКАРНІ

В ЦРЛ: ЛІКАРІ АНЕСТЕЗІОЛОГИ ДИТЯЧІ: КАЛИНІВКА (?), ТУЛЬЧИН (?), ЖМЕРИНКА, КОЗЯТИН, ЯМПІЛЬ, МОГИЛІВ-ПОДІЛЬСЬКИЙ, ХМІЛЬНИК, ШАРГОРОД

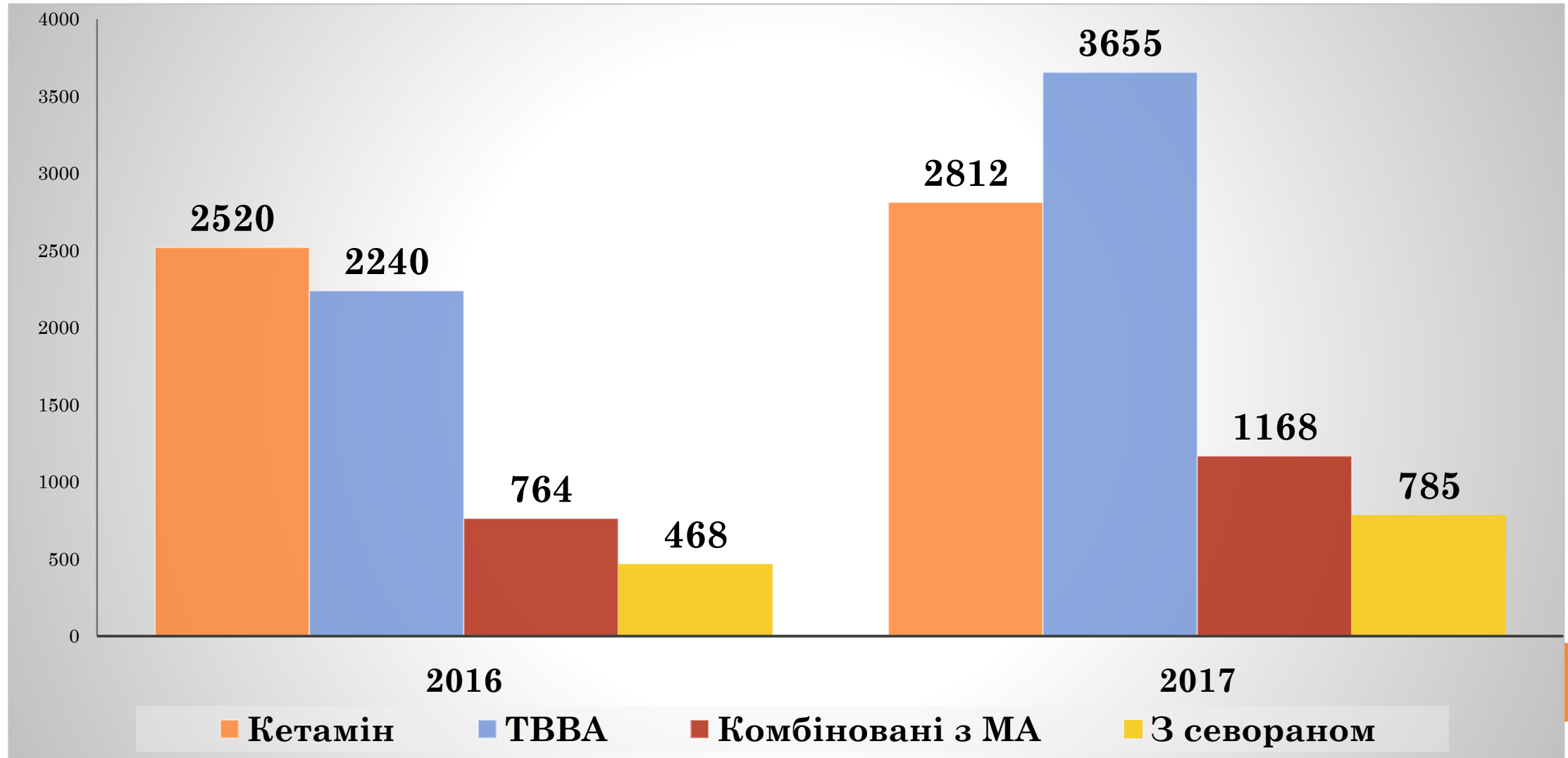
ОСНАЩЕННЯ АПАРАТУРОЮ

| | Фактично | Потребує ремонту | Неремонтопридатна | Потреба |
|--|-----------------|------------------|-------------------|----------------|
| Апарати ШВЛ для всіх вікових груп хворих | 168 | 14 | 5 | 77 |
| З них апаратів для проведення ШВЛ новонародженим | 47 | 3 | 1 | 20 |
| Пульсоксиметри | 114 | 10 | 4 | 61 |
| Монітори пацієнта (позначити знаком + якщо в комплектації є манжети для вимірювання АТ дітям різного віку) | 88 | 6 | 1 | 82 |
| Шприцеві насоси | 111 | 13 | 4 | 103 |
| Дефібрілятори (позначити значком +, якщо в наявності автоматичний дефібрілятор) | 43 | 2 | - | 37 |

ПОКАЗНИКИ РОБОТИ ЗНЕБОЛЕННЯ

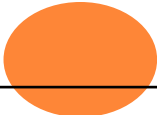


ПОКАЗНИКИ РОБОТИ ВИДИ ЗНЕБОЛЕННЯ



ПОКАЗНИКИ РОБОТИ ОХОПЛЕННЯ ЗАГАЛЬНИМИ ЗНЕБОЛЕННЯМИ

| Проведення загальних знеболень дітям | Загалом | При забезпеченні оперативних втручань | Кількість оперативних втручань у дітей | Відсоток охоплення загальними знеболеннями |
|--------------------------------------|-----------------------------------|---|--|--|
| | 8078 ОДКЛ-5354; райони-2725 | 6652 4392-ОДКЛ; 2260-райони 1462 знеболень без оперативних втручань | 6789 4761-ОДКЛ, 2028-райони | 97,9% |

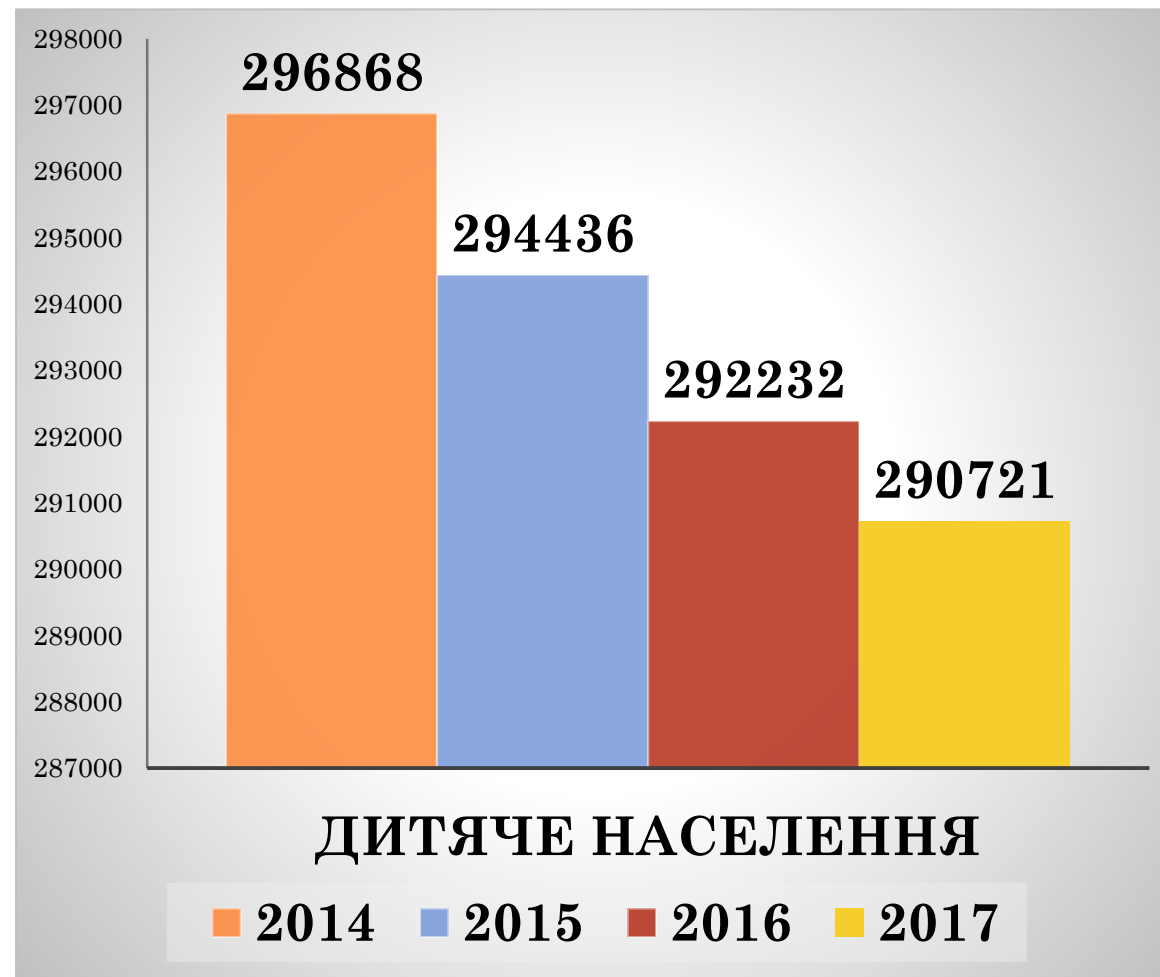
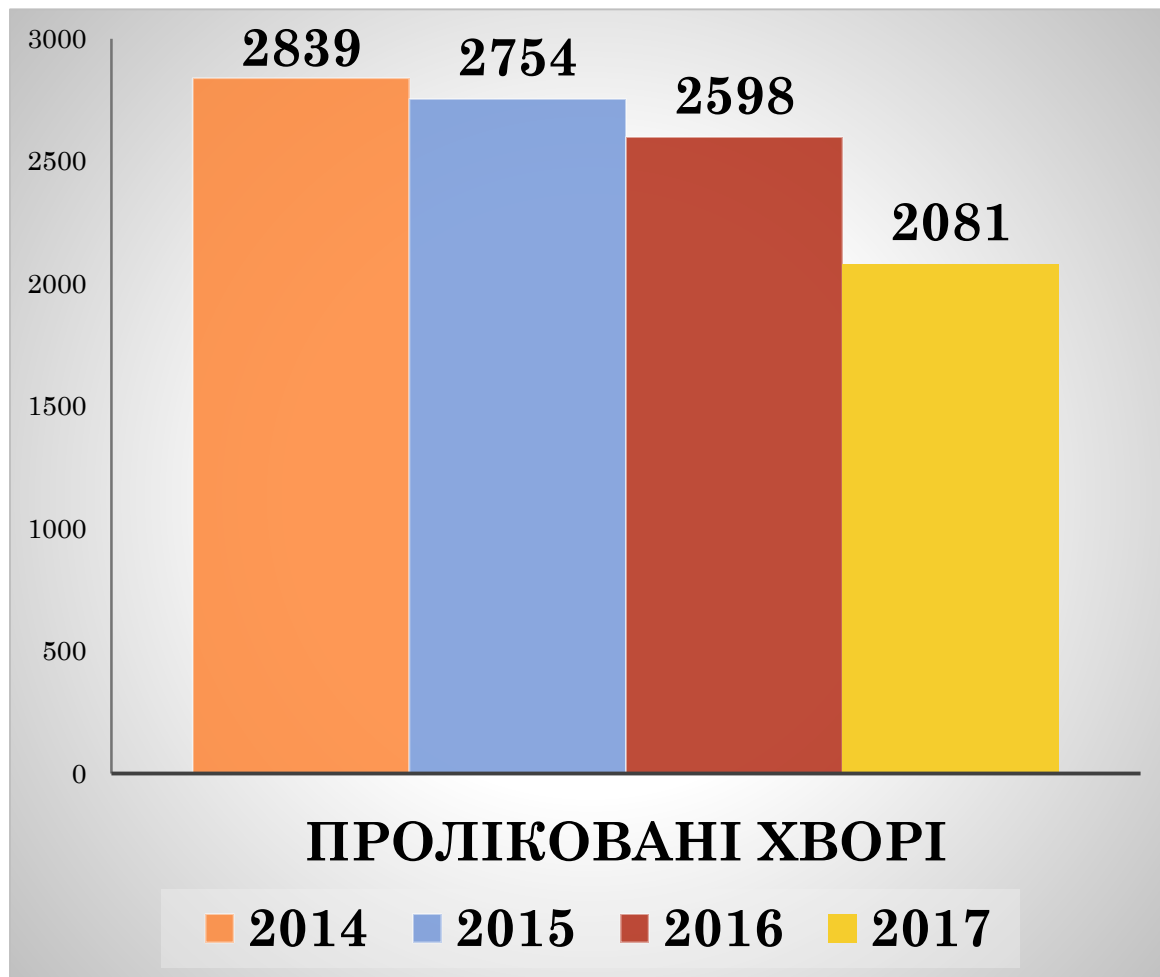


УСКЛАДНЕННЯ ЗНЕБОЛЕНЬ


| Ускладнення загальних знеболень | Загалом | Відсоток від проведених знеболень |
|---------------------------------|-----------|-----------------------------------|
| | 19 | 0,69% |



ПОКАЗНИКИ РОБОТИ ПРОЛІКОВАНІ ХВОРІ



ПОКАЗНИКИ РОБОТИ ПРОЛІКОВАНІ ХВОРІ

| Органи дихання (запальні і незапальні) | Нервова система в т.ч. нейрохірургія, вади, запальні | Серцево-судинна система в т.ч. вади розвитку | Органи черевної порожнини в т.ч. хірургічні хвороби | Сечостатева система в т.ч. хірургічні хвороби | Інфекційні хвороби | Нещасні випадки (травми, отруєння опіки і т.і.) | Онкологія і гематологія |
|--|--|--|---|---|--------------------|---|---|
| 587 | 355 | 126 | 534 | 72 | 313 | 581 | 64 |
| Ендокринна патологія | Алергічні хвороби | ВУІ | Важкі генетичні порушення | Інші | | | |
| 62 | 56 | 94 | 29 | 91 | | |  |

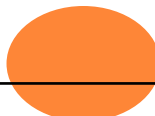
ПРОЛІКОВАНІ ХВОРІ (ДЕЯКІ ЦИФРИ)

| Вікова структура | 0 міс. - 1 рік | 1 р. – 3 р. | 3 р. – 10 р. | старші 10 р. |
|--|--|-------------|--------------|--------------|
| | 872 | 565 | 653 | 734 |
| Середня тривалість лікування (для всіх вікових груп) | 3,8 (райони-3,8, ОДКЛ: АіІТ-2,9, АіІТН-7,1) | | | |
| Робота ліжка | 226,4 | | | |



ПОКАЗНИКИ РОБОТИ ЛЕТАЛЬНІСТЬ

| | 2014 абс.цифри / % | 2015 абс.цифри / % | 2016 абс.цифри / % | 2017 абс.цифри / % |
|--|------------------------------|------------------------------|---|--|
| ЗАГАЛЬНА ЛЕТАЛЬНІСТЬ ДІТЕЙ | 143 / 0,22 | 129 / 0,2 | 117 / 0,18 | 106 / 0,26 |
| ЛЕТАЛЬНІСТЬ В ОБЛАСНИХ ЗАКЛАДАХ | 88 / 0,37 | 68 / 0,28 | 63 / 0,26 ОДКЛ (АІПТ- 4,1) | 54 / 0,26 ОДКЛ (АІПТ-3,8) |



ПРОБЛЕМИ ОРГАНІЗАЦІЙНІ ПРОБЛЕМИ

- Найголовнішим, на мою думку, є кричуща невідповідність між державними гарантіями на медичну допомогу та реальним станом справ.
- Відсутність єдиної організаційної структури служби в області.
- Відсутність клінічних протоколів (всі розмови про Європейські, Американські протоколи вщент розбиваються об юридичні норми).
- Відсутність **СТРАТЕГІЇ** забезпечення анестезіологічної служби сучасним обладнанням (відсутність обладнання, або закупівля апаратури з обмеженими можливостями стосовно дітей).
- Відсутність регламентуючого роботу служби наказу (за прикладом відмінено 303-го).



ОРГАНІЗАЦІЙНІ ПРОБЛЕМИ

- Проблема паліативних (непрофільних) хворих.
- Надмірний і не завжди необхідний контроль адміністрації за роботою анестезіологів (телефонні розпорядження, наймілкіші узгодження, тривалі обходи, кількаразові доповіді; наприклад знаю випадки, коли лікар анестезіолог мав зауваження за неузгоджену з адміністрацією постановку ЦВК, люмбальну пункцію).
- Юридична незахищеність - презумпція вини лікаря: влюбі скарзі потрібно шукати виправдання саме йому, навіть при відсутності доказів вини.
- Низька заробітня платня персоналу відділень та малий градієнт заробітніх плат всередині відділення.



МОТИВАЦІЙНІ ПРОБЛЕМИ

В ЦРЛ немає мотивації займатись дитячою анестезіологією, навіть маючи з неї сертифікат і не тільки через малу зарплату – немає потрібного оснащення та постійного потоку хворих тому, практично, завжди це робота «по виклику», в будь яку пору доби і без відповідної додаткової оплати. Тому через деякий час дитячі анестезіологи, проходять спеціалізацію з загальної анестезіології і зникають.



ПЛАНИ НА 2018 РІК.

- ВІДРИТТЯ КАПІТАЛЬНО ВІДРЕМОНТОВАНОГО ТА ОСНАЩЕНОГО ВІДДІЛЕННЯ В ОДКЛ
- ВПРОВАДЖЕННЯ В РОБОТУ:
 - визначення показників КОС в відділеннях АіІТ, АіІТН, нефрології і інших (запланована купівля аналізатора);
 - перитонеальний діаліз у дітей з гострим та хронічним враженням нирок;
 - моніторинг гемодинаміки за методом esCCO (обладнання закуплено);
 - моніторинг амплітудно-інтегрованої енцефалографії у неонатальних хворих (запланована купівля апаратури).



ПЕРСПЕКТИВИ СЛУЖБИ

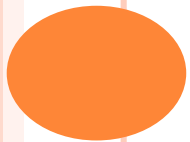
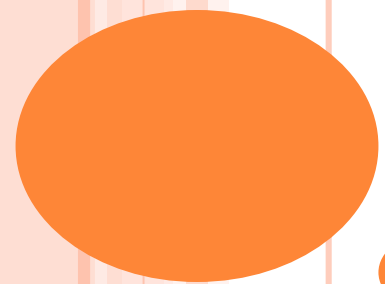
- Повністю залежать від подальшого розвитку медичної допомоги в країні, але бачаться три головних напрямки:
- 1. **Ліквідація** – є лікар анестезіолог, однаковий у всіх закладах, і він надає весь спектр допомоги дітям і не тільки. Шлях можливий, але тривалий і потребує значних змін в підготовку фахівців.
- 2. **Залишення без змін** – такий шлях призведе до подальшої централізації дитячої анестезіології навкруги закладів обласного центру, буде потребувати розширення виїзних бригад та ще більше погіршить можливості інтенсивної терапії дітей в умовах районних лікарень
- 3. **Вдосконалення** – найменш затратний та реалістичний.



ВДОСКОНАЛЕННЯ СЛУЖБИ ДИТЯЧОЇ АНЕСТЕЗІОЛОГІЇ

- В відділеннях анестезіології та інтенсивної терапії районних центрів мають бути фахівці з другим сертифікатом (загальна, або дитяча анестезіологія). Сертифікату цього він набуває повністю за рахунок закладу, постійно отримує кошти (наприклад 0,5 посади) і працює з дітьми тоді коли вони є і це їм потрібно.
- Сучасна апаратура має закуплятись **ЛИШЕ** при умові можливості її роботи з пацієнтами **ВСІХ ВІКОВИХ ГРУП**.
- Асоціація анестезіологів має бути інструментом і юридичного захисту лікарів анестезіологів і інструментом об'єктивної оцінки діяльності лікаря анестезіолога в спірних чи скандальних ситуаціях





ДЯКУЮ ЗА УВАГУ!