

---

---

## Редакционная статья

---

---

УДК 614.2

### НОВЫЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОПТИМИЗАЦИИ РАБОТЫ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Л. А. Жданова<sup>1</sup>, доктор медицинских наук,  
И. Е. Бобошко<sup>1\*</sup>, доктор медицинских наук,  
О. С. Рунова, кандидат медицинских наук

<sup>1</sup> ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России,  
153012, г. Иваново, Шереметевский просп., д. 8

<sup>2</sup> ОБУЗ «Детская поликлиника № 6 г. Иваново», 153000, Россия, г. Иваново, ул. Театральная, д. 25

**РЕЗЮМЕ** Основным направлением совершенствования педиатрической службы на современном этапе развития здравоохранения является укрепление первичной медико-санитарной помощи с приоритетом первичной профилактики. Реализованный проект объединения ряда детских поликлиник позволил создать новую организационную структуру с дифференцированными функциями и повысить эффективность первичной профилактики.

**Ключевые слова:** детская поликлиника, первичная профилактика, качество оказания медицинской помощи.

\* Ответственный за переписку (*corresponding author*): [i.boboshko@mail.ru](mailto:i.boboshko@mail.ru).

Современная национальная стратегия реформирования здравоохранения ориентирована на значительное укрепление первичной медико-санитарной помощи за счет улучшения диагностики и лечения заболеваний, а также выявления и устранения факторов риска. Реформа предполагает укрепление материально-технической базы ЛПУ, для чего проводится их укрупнение.

Укрупнение детских поликлиник происходило в двух вариантах: чаще – через присоединение к стационару, что, безусловно, обеспечивает расширение диагностических и реабилитационных возможностей, но при этом не гарантирует равенства стационарного и поликлинического отделений. Второй вариант – это соединение небольших поликлиник в крупное самостоятельно функционирующее учреждение. При этом должно происходить не простое механическое объединение и сокращение административного аппарата, а такое объединение, которое ведет к повышению качества и доступности медицинских услуг.

Для совершенствования системы диспансеризации детского населения, подчеркнем особо, необходимо научно обосновать использование тех или иных здоровьесберегающих технологий. Очень важным является переход от использования популяционных и групповых мер профилактики к их индивидуализации.

Резолюцией XVII Съезда педиатров России в 2013 г. были обозначены направления реформирования детского здравоохранения:

- увеличение объема профилактической работы начиная с антенатального этапа,
- реализация расширенных программ диспансеризации детей,
- обеспечение оказания на амбулаторном этапе медико-социальной помощи детям,
- расширение сети отделений медико-социальной помощи в детской поликлинике и учреждениях, оказывающих комплексную реабилитационную помощь детям.

---

CURRENT MANAGEMENT TECHNOLOGIES IN THE OPTIMIZATION OF PEDIATRIC POLYCLINIC WORK

Zhdanova L. A., Boboshko I. E., Runova O. S.

Обеспечение этого процесса определяется созданной в последние годы нормативной базой деятельности педиатрической службы: приказом Минздрава РФ № 366Н от 16.04.2012 «Об утверждении порядка оказания педиатрической помощи»; приказом Минздрава РФ № 1346Н от 21.12.2012 «О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров».

Этими приказами регламентировано увеличение кадрового ресурса, как за счет появления новых специалистов (врач кабинета здорового ребенка и врач отделения медико-социальной помощи), так и за счет уменьшения нагрузки на врача образовательного учреждения. При этом значительно расширены программы профилактических осмотров детей, проведение реабилитационных мероприятий в амбулаторных условиях.

В рамках реализации региональной Концепции развития детского здравоохранения Ивановской области были объединены три городские детские поликлиники, одна из которых расположена в центре города, а две другие – в радиусе 5 километров от нее. В результате на базе ОБУЗ «Детская поликлиника № 6» была не просто реализована идея соединения под одним руководством ряда детских поликлиник, а создана новая организационная структура. Образовалось крупное учреждение, обслуживающее 20 000 детей и характеризующееся территориальной разобщенностью контингента и рабочих мест медицинского персонала.

Решение задачи повышения эффективности работы в этих условиях потребовало новых организационных форм. Так, была выделена базовая поликлиника в центре города и два филиала с организацией дополнительных выездных форм работы. По всем трем адресам развернуты отделения оказания медицинской помощи детям в образовательных учреждениях и педиатрические отделения. Создание такой модели позволило приблизить к обслуживаемому населению прежде всего участковых педиатров и врачей, работающих на базе дошкольных учреждений и школ.

На наш взгляд, существенно повысить эффективность первичной профилактики, в том числе и профилактических осмотров, может правильно организованная работа врача-педиатра кабинета здорового ребенка, должность которого недавно введена в это структурное подразделение. Крайне актуальна проблема прогнозирования состояния здоровья на самых ранних этапах развития ребенка с целью проведения своевременной профилактики его нарушений начиная с антенатального этапа. В детской поликлинике традиционно существовала централизованная картотека бе-

ременных, в которой регистрировались все сведения о вставших на учет по беременности женщинах, поступающие еженедельно из женских консультаций. На основании данных этой картотеки участковый педиатр и медицинская сестра проводили дородовой патронаж беременной, во время которого проходило первое прогнозирование вероятных нарушений здоровья будущего ребенка, назначались профилактические мероприятия, направленные на предупреждение возможных патологических изменений у ребенка и гипогалактии у матери.

Деятельность этого подразделения была расширена как в оценке развития ребенка, так и в проведении оздоровительных мероприятий. В базовой поликлинике была развернута служба раннего стимулирования развития ребенка (с антенатального этапа), для чего создан «институт образования семьи». В него входит школа дородовой педагогики для беременных, в которой информирование будущих родителей позволяет, с одной стороны, усилить действие позитивных факторов, увеличивающих резервы здоровья, а с другой стороны – ослабить отрицательное влияние неуправляемых факторов риска на здоровье будущего ребенка. Также в его составе существуют специальные факультеты для детей раннего и дошкольного возраста. Школа для беременных направлена на создание стабильно позитивного эмоционального состояния будущей мамы, приобретение ею навыков общения с ребенком и ухода за ним. Школа для детей раннего возраста ориентирована на подбор оптимальных условий для гармоничного физического и нервно-психического развития, а также повышение резистентности организма ребенка путем подбора тренирующих и стимулирующих воздействий.

Сегодня можно говорить о высокой эффективности этих школ для формирования мотивации и навыков ЗОЖ у родителей, что способствовало снижению частоты реализации перинатальных факторов риска. Такой подход к санитарно-гигиеническому обучению будущих родителей повышает их ответственность за рождение здорового ребенка, позитивно влияет на оптимизацию его физического и нервно-психического развития, способствует профилактике нарушений здоровья у детей за счет устранения факторов риска. За последние два года школу посещали 45 семей, у 33% женщин снизилось проявления токсикоза беременности, у 89% установилась хорошая лактация и сформировалась устойчивая мотивация к грудному вскармливанию, у всех детей при рождении была высокая оценка по шкале Апгар и хорошая адаптация в периоде новорожденности, в 3 раза снизился риск реализации перинатальных

факторов, у 90% регистрировались высокие показатели физического, нервно-психического развития и резистентности на первом году жизни.

В базовой поликлинике был организован прием специалистами консультативно-диагностического отделения, чья нагрузка рассчитана на большой контингент населения (уролог-андролог, травматолог-ортопед, эндокринолог). Здесь же была сконцентрирована работа отделений медико-социальной помощи, восстановительного лечения и неотложной помощи, работа этих подразделений в филиалах осуществлялась за счет выездных форм. При этом врачи, наиболее часто задействованные в профилактических осмотрах, были разделены на три бригады, две из которых вели прием в поликлинике ежедневно в утреннюю и вечернюю смену, а третья по графику выезжала в филиалы и в образовательные учреждения.

Централизованное расположение кабинетов функциональной, лабораторной диагностики позволило использовать материальный ресурс учреждения максимально эффективно и реализовать весь объем диагностических обследований за 1–2 посещения. В результате был обеспечен стопроцентный охват детей профилактическими и предварительными медицинскими осмотрами.

Для повышения качества профилактических осмотров детей раннего возраста мы обеспечили педиатра методической базой проведения осмотра – нормативами основных показателей развития ребенка, эталонами записи оценки развития, заключений, рекомендаций по стимуляции развития для каждого эпикризного срока. Для снижения временных затрат педиатра внедрены электронные версии стандартов.

Кроме того, проведена работа по расширению спектра скринингов, повышающих эффективность работы специализированной помощи. Так, скрининг, разработанный совместно с неврологами, в 5 раз повысил выявляемость патологии со стороны ЦНС. Проведение анкетирования родителей 200 первоклассников позволило выявить у 80% из них жалобы, но лишь 15% из них имели ранее установленный диагноз и получали плановую реабилитацию; дети, у которых имелись жалобы, но не был ранее верифицирован диагноз, составили 60%, после анкетирования они прошли диагностику на специализированном приеме невролога и получили рекомендации по дальнейшему наблюдению и лечению.

Говоря об актуальности оздоровления учащихся, следует подчеркнуть, что оно должно не только быть групповым, но и обязательно иметь элемент индивидуализации, поскольку дети характеризуются неравномерностью физического и

нервно-психического развития, особенностями социальной адаптации и индивидуальными конституциональными свойствами. Для решения этих задач были сформированы модули рекомендаций, учитывающих наиболее частые отклонения развития. Выбирая из банка модулей разные комбинации с учетом особенностей ребенка, врач может составлять индивидуальный блок рекомендаций как по оздоровлению, так и реабилитации. Банк модулей продолжает пополняться, а для упрощения моделирования индивидуальных программ оздоровления создан автоматизированный мониторинг здоровья учащихся.

Для индивидуализации мероприятий первичной профилактики мы внедрили в лечебно-профилактические учреждения дифференцированную программу медико-социального сопровождения формирования здоровья детей в зависимости от типа их психосоматической конституции. Эта программа включает рекомендации, касающиеся режима дня, питания, физического воспитания, мероприятий, направленных на повышение резистентности, профилактику соматических и неврологических заболеваний, коррекцию поведенческих и эмоциональных расстройств. Ее автоматизированный вариант позволяет формировать из модулей-рекомендаций индивидуальные программы оздоровления, направленные на тренировку слабых сторон системной организации каждого конституционального типа детей интро-, экстра- и центровертов.

Для повышения качества диспансерного наблюдения за детьми с хронической патологией и эффективности реабилитационных мероприятий разработана модель невролого-педиатрического консилиума. Реализация комплексных программ реабилитации у 50 пациентов с сочетанием хронического заболевания и последствий перинатального поражения ЦНС позволила уменьшить выраженность неврологических расстройств у 76% детей, добиться улучшения показателей НПР у 68%. При этом стойкая ремиссия соматического заболевания была достигнута у 50% детей, а общее повышение резистентности – у 34%.

Использование нейросоматического подхода в дневном стационаре как в условиях поликлиники, так и в выездной форме (в образовательных учреждениях) привело к компенсации имеющейся соматической патологии в последующие 6 месяцев катамнестического наблюдения, снижению в 2 раза частоты острых заболеваний, уменьшению признаков гиперактивности и невнимательности у 34% школьников, а также к улучшению успеваемости у 46% из них.

Для повышения эффективности реабилитации мы также используем конституциональный подход. Нарушения здоровья детей могут приводить к неблагоприятным изменениям конституционального портрета за счет нивелирования сильных и заострения слабых сторон психосоматической организации. В связи с этим при проведении диспансерного наблюдения мы обогатили существующие программы реабилитации медико-социальными мероприятиями, разработанными с учетом не только нозологии, но и конституционального потенциала детей разных типов. Такие программы созданы для детей с патологией пищеварительного тракта, нарушениями зрения, последствиями перинатального поражения ЦНС, головными болями напряжения.

Так, у всех 48 пациентов 5–9-летнего возраста с заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта, у которых традиционные рекомендации были дополнены мероприятиями, дифференцированными в зависимости от типа конституции, отмечена нормализация аппетита, в 4 раза реже отмечалось возобновление жалоб и в 2,5 раза реже – признаки морфологических изменений. Дифференцированные программы позволили нормализовать цереброваскулярную реактивность у 37 из 100 подростков с головной болью напряжения, снизить проявления цефалгии, ее интенсивность и частоту – у 56, стабилизировать сон – у 35, эмоциональный тонус – у 70. Кроме этого, предложенная программа мероприятий позволила в 2 раза снизить уровень тревожности, нормализовать самооценку у 45% подростков, в трети случаев повысить их социальный статус среди одноклассников, в половине – гармонизировать внутрисемейные отношения.

С учетом значительного вклада социальных факторов в формирование здоровья детей уже давно осознана необходимость организации в детских поликлиниках отделений медико-социальной помощи. Однако до настоящего времени не сформулированы четкие показания для направления детей в это структурное подразделение детской поликлиники и отнесения их к группам нуждающихся в получении медико-социальной помощи.

На наш взгляд, очень важно выделять детей с нарушениями поведения, а в свете последних событий – подростков с аутоагрессией. Ее, по нашим данным (скрининг-опрос 395 школьников 10–15 лет), имеет почти половина подростков, у 34% из них это рискованное поведение (экстремальный спорт, употребление психоактивных веществ, соблюдение жестких диет), у 54% – суицидальное поведение (суицидальные мысли и намерения), а у 12% – незавершенные суицидальные попытки. Поэтому мы разработали и внедрили этапную программу медико-социального сопровождения таких подростков, включающую алгоритм выделения риска аутоагрессии, ее отдельных проявлений и создание дифференцированных программ сопровождения таких подростков.

Реформа коснулась организации работы и отделения оказания медицинской помощи детям в образовательных учреждениях. При этом врач школы стал центральной фигурой, обеспечивающей межведомственный подход как к оценке здоровья и выявлению дидактогенных факторов, так и к выдаче рекомендаций по дальнейшему обучению ребенка, профилактике и коррекции нарушений здоровья. Для этого внедрен ряд программ, прежде всего касающихся оценки течения адаптации при изменении микросоциальных условий у детей разного возраста и профилактике ее нарушений, что отчасти решает проблему отсутствия алгоритма составления заключения при проведении и периодических осмотров, целью которых является выделение и коррекция школьных факторов риска, негативно влияющих на здоровье. Кроме того, предложен алгоритм взаимодействия врача, педагога и психолога в укреплении здоровья детей.

Подводя итог, можно сказать, что созданное методическое обеспечение позволило более эффективно решать задачи, поставленные при реформировании здравоохранения и связанные с практической реализацией профилактического направления и повышением качества помощи детям на амбулаторно-поликлиническом этапе.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Социально-ориентированный педиатр: миф или реальность. Подготовка на до- и постдипломном этапах / Л. А. Жданова [и др.] // Российский педиатрический журнал. – 2014. – № 2. – С. 41–45.
2. Проблемы и перспективы в организации работы медико-социального отделения детской поликлиники / Л. А. Жданова [и др.] // Российский педиатрический журнал. – 2013. – № 6. – С. 16–22.