

.....

**СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ СТАЦИОНАРЗАМЕЩАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ
ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ
В УСЛОВИЯХ КРУПНОГО ПРОМЫШЛЕННОГО ЦЕНТРА**

УДК 616-053.2

Е.М. Чернова², В.Л. Зеленцова¹

¹Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Российская Федерация
²Детская городская клиническая больница № 9, г. Екатеринбург, Российская Федерация

В настоящее время экономически обоснованной и эффективной системой использования ресурсов здравоохранения признана стационар замещающая форма оказания медицинской помощи детскому населению. В работе первичной медико-санитарной помощи дневной стационар, как промежуточное звено между амбулаторной службой и круглосуточным стационаром, в полной мере может обеспечить преемственность, этапность, доступность и социальную ориентированность медицинской помощи.

Ключевые слова: первичная медико-санитарная помощь, стационар замещающие технологии, дневной стационар.

**MODERN POSSIBILITIES OF ORGANIZING A HOSPITAL FOR SUBSTITUTE TECHNOLOGIES
IN THE PROVISION OF MEDICAL CARE TO THE CHILDREN IN A LARGE INDUSTRIAL CENTER**

E.M. Chernova², V.L. Zelentsova¹

¹Urals State Medical University, Yekaterinburg, Russian Federation

²Children's city clinical hospital № 9, Yekaterinburg, Russian Federation

Currently, a hospital is recognized as an economically sound and effective system of using health care resources as a substitute form of medical care for children. In primary health care, a day hospital, as an intermediate between an outpatient service and a 24-hour hospital, can fully ensure the continuity, staging, accessibility and social orientation of medical care.

Keywords: primary health care, hospital replacement technologies, day hospital.

Введение

В структуре детской заболеваемости (0-14 лет) в течение последних десяти лет определяется четкая тенденция к увеличению общей заболеваемости: с 1853,3 до 2204,9 на 1000 детей соответствующего возраста (что составляет 19,0%). Наибольший прирост отмечен по следующим классам: новообразования — в 2,3 раза, врожденные аномалии и пороки развития — в 1,8 раза, болезни нервной системы — в 1,5 раза, а также костно-мышечной системы и соединительной ткани — в 1,4 раза. Несмотря на внедрение в последние годы многих программ по совершенствованию медицинской помощи детям, показатель хронизации (отношение зарегистрированной общей заболеваемости к впервые в жизни зарегистрированной заболеваемости) остается практически на одном уровне: 2010 год — 1,262 и 2019 год — 1,259 (убыль на 0,2%) [1].

При этом в структуре заболеваний, обусловивших первичную детскую инвалидность, за период 2010-2018 гг. первые три места неизменно остаются за психическими расстройствами и расстройствами поведения (14 409-19 428 чел. соответственно), болезнями нервной системы (13 143-14 197 чел. соответственно) и врожденными аномалиями (16 974-12 216 чел. соответственно). Общая численность детей инвалидов, к сожалению, интенсивно растет: 2010 год — 495 330 чел., 2018 год — 651 043 чел. (прирост 31%), на 1 октября 2019 года — 679 900 чел. (прирост 37%). Если детально рассмотреть возрастную структуру детской инвалидности, то в 2019 г. наибольший удельный вес приходится на детей в возрасте 8-14 лет (49,7%) и почти четверть составляют дети от 4-7 лет (23,9%) [1].

Принимая во внимание все вышесказанное, нам представляется, что использование стационарзамещающих технологий с учетом минимальной затраты времени и сил пациента на лечение, экономических ресурсов учреждения позволит не только снизить показатель хронизации заболеваний по основным группам нозологий, но и успешно профилактировать в системе первичной медико-санитарной помощи первичную инвалидность по отдельным категориям.

Цель

Оценить работу дневного стационара общепедиатрического профиля при поликлинике № 1 МАУ ДГКБ № 9 в плане возможности реабилитационной и восстановительной помощи детям.

Материалы и методы

В условиях дневного стационара при поликлинике № 1 МАУ ДГКБ № 9 медицинскую помощь в рамках ОМС за период 2015-2019 гг. получили 4 995 пациента от 1 месяца до 17 лет, проживающие в г. Екатеринбурге и Свердловской области.

При оценке возрастной структуры наблюдаемых нами пациентов отмечается рост удельного веса детей раннего возраста, что составляет на 2019 год 47% от общего числа пролеченных; стабильно высокий показатель детей 8-14 лет,

что составляет на 2019 год 28% от общего числа пролеченных.

В структуре заболеваний детей, пролеченных в условиях дневного стационара, в 2016 году преобладали заболевания органов пищеварения, на втором месте были болезни нервной системы. За указанный период времени мы видим максимальное снижение числа наблюдаемых по первой группе нозологий и стабильные цифры во второй группе (за исключением 2017 года).

Таблица 1

Год	Всего человек	Человек (%)			
		0-3 года	4-7 лет	8-14 лет	15-17 лет
2015	1261	189 (15%)	291 (23%)	593 (47%)	188 (15%)
2016	990	300 (30%)	277 (28%)	324 (33%)	89 (9%)
2017	831	111 (13%)	201 (24%)	425 (51%)	94 (11%)
2018	979	264 (27%)	155 (16%)	382 (39%)	178 (18%)
2019	934	439 (47%)	93 (10%)	258 (28%)	144 (15%)

Таблица 2

Наименование класса болезней	2015	2016	2017	2018	2019
		391 (39,5%)	88 (10%)	305 (32%)	352 (38%)
Болезни нервной системы	254 (20%)	360 (36%)	341 (41%)	169 (17%)	105 (11%)
Болезни органов пищеварения	686 (54%)	135 (14%)	147 (18%)	94 (10%)	82 (9%)
Дерматозы	125 (10%)	-	-	-	40 (4%)
Заболевания опорно-двигательного аппарата, травмы, болезни мягких тканей	-	15 (1,5%)	77 (9%)	131 (13%)	157 (17%)
Болезни и травмы позвоночника, спинного мозга, последствия внутричерепной травмы, сотрясение головного мозга	-	31 (3%)	155 (19%)	209 (21%)	172 (18%)
Системные поражения соединительной ткани, артропатии, спондилопатии	-	58 (6%)	23 (3%)	71 (7%)	26 (3%)
Прочие	196 (16%)				

В условиях дневного стационара при поликлинике № 1 МАУ ДГКБ № 9 доступен широкий спектр диагностических методик (стандартные общеклинические обследования, а также инструментальные методы: УЗИ, ЭКГ, ЭЭГ, РЭГ, КИГ, ЭНМГ, МРТ, КТ и т.д.) и медикаментозного лечения. Для максимально полной реализации реабилитационного потенциала ребенка по показаниям назначаются курсы массажа, физиотерапия, ЛФК, гидрокинезиотерапия (бассейн, жемчужные ванны) и привлекаются к консультированию медицинский психолог, ло-

гопед-дефектолог, нейропсихолог, врач лечебной физкультуры и спортивной медицины, физиотерапевт, рефлексотерапевт. Медицинская помощь оказывается согласно порядкам, стандартам и клиническим рекомендациям. Средний срок пребывания в дневном стационаре составляет 10,3 койко-дня.

Результаты и обсуждение

При планировании структуры нозологий, которые будут пролечены в условиях дневного стационара общепедиатрического профиля, учитывается, прежде всего, потребность детского населения в медицинской помощи. Например, высокий показатель госпитализации по профилю «Болезни органов пищеварения» в 2016 году и снижение его на 85% к 2019 году объясняется четкой организацией преемственности между дневным стационаром и первичной службой, повышение мотивированности врачей-педиатров в работе с данной диспансерной группой со смещением этой работы в сторону предупреждения обострения и хронизации заболеваний органов пищеварения.

Явный перевес в пользу заболеваний нервной системы к 2019 году, особенно в группе детей от 0 до 3 лет, обусловлен высокой востребованностью восстановительного лечения в сензитивные периоды развития детей, периоды максимально чувствительные к внешнему воздействию. Ведь в структуре детской инвалидности заболевания нервной системы по-прежнему занимают лидирующие позиции. А система помощи данной категории пациентов затрагивает, в основном, детей с тяжелыми клиническими проявлениями и крайне отягощенным пре- и перинатальным анамнезом. В то же время практически без внимания остаются дети с легкой неврологической симптоматикой или с замедленными темпами нервно-психического развития. Что, несмотря на значительные компенсаторные возможности организма и высокую нейропластичность головного мозга в данный период, приводит к более позднему проведению реабилитационных, лечебных и реабилитационных мероприятий и более низкой их эффективности. И может послужить причиной затруднений успешной социализации и включения ребенка в образовательную среду с последующей интеграцией в общество [2, 3, 4].

В условиях дневного стационара общепедиатрического профиля при поликлинике № 1 МАУ ДГКБ № 9 для данной категории детей мы постарались максимально создать условия для реализации реабилитационного потенциала ребенка путем, прежде всего, повышения преемственности между врачами-неврологами амбулаторной службы, круглосуточного стационара и дневным стационаром при направлении и выписке, что обеспечивает этапность и непрерывность восстановительного процесса.

С 2017 года осуществляется междисциплинарный подход к определению тактики ведения пациента с одновременным привлечением смежных специалистов: логопеда-дефектолога, медицинского психолога и нейропсихолога, вра-

ча-физиотерапевта, врача по лечебной физкультуре и спортивной медицине, врача-рефлексотерапевта. Это позволило нам персонифицировать лечебный процесс и повысить эффективность системы восстановительного лечения без увеличения сроков госпитализации за счет определения четкой цели, продолжительности и последовательности, необходимости и достаточности лечения.

С 2018 года мы внедрили в восстановительный процесс гидрокинезиотерапию под руководством инструктора ЛФК в бассейне и жемчужных ваннах как метод активной функциональной терапии. Основная цель физических упражнений в водной среде — функциональное восстановление спонтанных движений, развитие координации и сбалансированности двигательных действий, укрепление мышц, повышение адаптивных возможностей организма [5]. Отработаны и внедрены трехэтапный подход к занятиям в жемчужных ваннах, включающий гимнастику с элементами массажа, аквагимнастику и гидромассаж в течение одного сеанса. Отдельно стоит отметить положительное влияние водных процедур на эмоциональный фон маленьких пациентов. За период 2018-2019 гг. 659 и 456 процедур проведено инструктором ЛФК в бассейне и жемчужных ваннах соответственно.

Гидрокинезиотерапия позволила расширить возможности и повысить качество оказания помощи детям с заболеваниями и последствиями травмы опорно-двигательного аппарата [6, 7]. В данной группе пациентов проведение ЛФК в водной среде обеспечивает увеличение объема мышечной активности и амплитуды, диапазона движений в суставах без увеличения общей нагрузки на организм. Определение тактики ведения (продолжительность, последовательность, этапность и достаточность лечения) таких пациентов также решается междисциплинарной командой в день поступления в дневной стационар: врач лечебной физкультуры и спортивной медицины, врач-физиотерапевт, инструктор-методист ЛФК, врач-педиатр, врач-травматолог-ортопед, врач-рефлексотерапевт. Дополнительно подключаются массаж, тепло-, электро-, магнитотерапия, лечебная физкультура в зале или водной среде, рефлексотерапия. Чаще всего план восстановительного лечения определяется либо после первой постановки диагноза, либо после выписки из круглосуточного стационара и прогнозируется на 3-6 месяцев, поэтому данной категории детей, как правило, требуются повторные госпитализации.

Выводы

1. Стационарзамещающие технологии могут и должны эффективно применяться для улучшения преемственности между различными этапами оказания медицинской помощи, повышения ее качества, доступности и реализации персонифицированного подхода с минимальными затратами ресурсов.

2. Стратегический анализ и координационная работа дневного стационара с амбулаторной

службой, круглосуточным стационаром позволяет определить наиболее востребованные нозологические единицы с высоким реабилитационным потенциалом.

3. Для повышения эффективности лечения и достижения соответствия между объемом и качеством медицинской услуги необходим междисциплинарный подход к подбору терапии и внедрению инновационных технологий.

Литература

1. Росстат. – URL: <https://www.gks.ru/>.
2. Мониторинг реабилитационного потенциала в ходе диспансеризации детей с хронической патологией / Г. С. Маскова, Н. Л. Черная, О. К. Мамонтова, И. В. Иванова // Педиатрия. – 2013. – № 6 (75). – 113-118.
3. Ахутина, Т. В. Преодоление трудностей учения: нейропсихологический подход / Т. В. Ахутина, Н. М. Пылаева. – М.: Академия, 2015. – С. 13-21.
4. Разенкова, Ю. А. Служба ранней помощи как форма оказания психолого-педагогической и медико-социальной помощи семьям с проблемными детьми младенческого и раннего возрастов // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2010. – № 2. – С. 35-44.
5. Кирьянова, В. В. Новые возможности современной физиотерапии в нейрореабилитации / Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. – 2013. – № 5. – С. 42-44.
6. Применение лечебной гимнастики в бассейне в реабилитации больных с хронической лимфопатической недостаточностью / Т. В. Апханова, Д. Б. Кульчицкая, М. А. Еремушкин, Е. М. Стяжкина // Вестник восстановительной медицины. – 2019. – № 3 (91). – С. 20-24.
7. Разумов, А. Н. Восстановительная медицина: 15 лет новейшей истории – этапы и направления развития / А. Н. Разумов, И. П. Бобровницкий // Вестник восстановительной медицины. – 2016. – № 3. – С. 7-12.

Адрес для переписки: chernovaelena1@gmail.com.