

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ, БОЛЬНЫМ ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ

Н.В. КУНГУРОВ, Ю.В. КЕНИКСФЕСТ, Н.В. ЗИЛЬБЕРБЕРГ, М.В. ПАЗИНА

Organization of specialized aid to children suffering from chronic dermatoses

N.V. KUNGUROV, YU.V. KENIKSFEST, N.V. ZILBERBERG

Об авторах:

Н.В. Кунгуров — директор, ФГУ «Уральский научно исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии Минздравсоцразвития РФ», г. Екатеринбург, д.м.н., профессор

Ю.В. Кениксфест — старший научный сотрудник, «ФГУ Уральский научно исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии Минздравсоцразвития РФ», г. Екатеринбург, к.м.н.

Н.В. Зильберберг — заместитель директора по научной работе, «ФГУ Уральский научно исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии Минздравсоцразвития РФ», г. Екатеринбург, д.м.н.

М.В. Пазина — аспирант «ФГУ Уральский научно исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии Минздравсоцразвития РФ», г. Екатеринбург

Начавшаяся в 2004 г. административная реформа повлекла за собой процессы модернизации системы здравоохранения, что, с одной стороны, обусловило повышение ответственности местных органов власти за состояние и развитие сети медицинских учреждений территории, способствовало увеличению объема медицинской помощи, а с другой — снизило для отдельной части населения доступность специализированных видов медицинской помощи, а также уровень качества ее оказания, преимущественно за счет отсутствия преемственности в работе врачей первичного звена и врачей-специалистов. Для повышения качества специализированной медицинской помощи детям, больным хроническими дерматозами, необходима организация эффективной системы взаимодействия первичного медицинского звена и врачей-дерматовенерологов.

Ключевые слова: хронические дерматозы, дети, подростки, специализированная помощь.

Begun in 2004 administrative reform has caused for itself processes of the modernizations of the system of the public health that, on the one hand, has conditioned increasing to responsibility local organ of power for condition and development to network of the medical institutions of the territory, promoted increase the volume medical help, but with other — has lowered for separate part of population accessibility specialized type medical aid, as well as level quality its rendering, mainly to account of the absence to receivership in work physician primary section and dermatovenerology. For increasing quality specialized medical help children, sick chronic dermatitis, necessary organization of the efficient system of the interaction between primary medical section and dermatovenerology.

Keywords: chronic dermatitis, children, teenager, specialized help.

Сотрудниками ФГУ «Уральский НИИ дерматовенерологии и иммунопатологии Минздравсоцразвития РФ» (УрНИИДВиИ) проведено изучение состояния специализированной дерматологической помощи детям и подросткам в регионах Урала, Сибири и Дальнего Востока за 2006—2008 гг. Анализ показал отсутствие единой организационной структуры специализированной помощи детям и подросткам с хроническими дерматозами, эффективной преемственности в своевременном обеспечении амбулаторной и стационарной помощью, отсутствие взаимодействия врачей-педиатров и дерматовенерологов в вопросах организации диспансеризации детей, больных хроническими дерматозами. При возрастающих финан-

совых вложениях сохраняется рост числа детей с тяжелыми, осложненными, инвалидизирующими формами заболеваний.

Несмотря на развитую сеть амбулаторно-поликлинических учреждений, существующая система первичной медико-санитарной помощи не способна удовлетворить потребности в специализированной дерматовенерологической помощи ввиду отсутствия взаимодействия и преемственности в работе отдельных подразделений первичной медицинской помощи и дерматовенерологической службы, что приводит к низкой результативности работы. Квалификационные характеристики врачей-педиатров, врачей общей практики (семейных врачей), к которым в первую очередь обращаются пациенты, не предусматривают проведение дифференциальной диагностики дерматоза и соответственно — назначение своевременного и качественного лечения.

Низкая эффективность профилактической работы первичного звена медицинской помощи, отсутствие системы диспансерного наблюдения, контроля качества специализированной медицинской помощи, а также несовершенство организации работы привели к тому, что стационарная помощь выступает в качестве основного уровня в системе охраны здоровья населения, взяв на себя часть функций амбулаторно-поликлинического звена, особенно в работе с больными хроническими заболеваниями.

На сегодняшний день отсутствует эффективная система восстановительного лечения и реабилитации больных дерматозами. Во многих случаях больной выписывается из стационара «под наблюдение педиатра», что в реальности означает «под собственное наблюдение». В итоге нивелируются положительные результаты, достигнутые на стационарном (ресурсоемком) этапе оказания специализированной помощи, утяжеляется течение дерматоза. Анализ деятельности кожно-венерологических учреждений регионов Урала, Сибири и Дальнего Востока показал полное отсутствие взаимодействия врачей-педиатров и дерматовенерологов в вопросах организации диспансеризации детей, больных хроническими дерматозами. При анализе отчетов о работе на каждом этапе (амбулаторном, стационарном) установлено, что эффективность каждого этапа заявляется как высокая, однако в целом, несмотря на возрастающие финансовые вложения, сохраняется рост числа больных с тяжелыми, осложненными, инвалидизирующими формами заболеваний среди детского населения.

В 2009 г. изменился порядок направления детей на реабилитацию в санаторно-курортные учреждения федерального уровня (приказ от 27 марта

2009 г. № 138н). Согласно приказу в санаторно-курортные учреждения федерального уровня больные направляются из учреждений, находящихся в ведении Минздравсоцразвития РФ, оказывающих специализированную помощь. Таких учреждений, оказывающих дерматовенерологическую помощь детям, в стране — единицы.

За период 2006—2008 гг. ни на федеральном, ни на региональном уровне не были внедрены комплексные программы, подкрепленные нормативными документами, направленные на повышение доступности и результативности оказания специализированной помощи детям и подросткам, страдающим хроническими дерматозами. Не было разработано ни организационных, ни лечебных технологий оказания дерматологической помощи этим пациентам на амбулаторном и госпитальном этапах. Единичные приказы по отдельным регионам носили узконаправленный характер, не предусматривали взаимосвязи и преемственности амбулаторно-поликлинического, госпитального и восстановительного этапов, диспансеризации в целом.

Заболеваемость дерматозами среди детского населения (0—14 лет) не только остается на высоком уровне, но и продолжает стабильно возрастать. Так, в 2007 г. по отношению к 2005 г. она возросла на 9,6% и составила 11715,5 на 100 000 соответствующего населения (в 2005 г. 11037,6 — на 100 000 соответствующего населения). Как видно из табл. 1, наиболее значимый (на 9,8%) рост заболеваемости дерматозами среди детей от 0 до 14 лет отмечался в Уральском федеральном округе (ФО). Приведенные выше официальные данные о заболеваемости дерматозами не могут считаться полными, так как в последние годы с введением в номенклатуру спе-

Таблица 1

Заболеваемость болезнями кожи и подкожной клетчатки, в том числе атопическим дерматитом, у детей в возрасте от 0 до 14 лет включительно на территориях Урала, Сибири и Дальнего Востока

Субъект Федерации	2005 г.		2006 г.		2007 г.		2008 г.	
	абс.	на 100 000 соответствующего населения						
Уральский ФО	222 250	11 555,5	235 849	12 485,5	246 439	13 099,1	245 730	13 038,4
Свердловская обл.	67 370	10 542,9	67 088	10 610,1	68 339	10 889,2	64 914	10 284,3
Курганская обл.	17 894	11 736,2	19 592	13 109,7	19 926	13 739,9	19 389	13 533,9
Челябинская обл.	53 999	10 097,2	56 042	10 714,3	62 670	12 071,8	64 449	12 414,0
Тюменская обл.	82 987	13 899,3	93 127	15 817,9	95 504	16 290,2	96 978	16 407,9
Ханты-Мансийский АО	33 321	12 020,1	34 754	12 652,1	31 995	11 732,5	29 411	10 681,7
Ямало- Ненецкий АО	16 746	15 535,6	17 491	16 370,6	17 939	16 965,0	18 228	17 276,1
Сибирский ФО	330 154	10 302,2	336 741	10 747,2	347 087	11 175,2	330 515	10 644,2
Дальневосточный ФО	132 101	12 177,8	131 693	12 455,3	132 727	12 682,3	137 002	13 161,2

циальностей врачей-аллергологов, иммунологов дети и подростки, больные хроническими дерматозами, обращаются и наблюдаются у различных специалистов одновременно.

Среди всех больных с впервые признанной инвалидностью (ВПИ) за период 2000—2007 гг. наибольший удельный вес (54,66%) приходится на детей от 0 до 14 лет. Доля взрослых составляет 36,91%, подростков 15—17 лет — 8,43%. Интенсивные показатели ВПИ по причине заболеваний кожи представлены в табл. 2. Анализ динамики средних значений интенсивных показателей ВПИ населения Свердловской области за два трехлетних периода (2002—2004 гг., 2005—2007 гг.) выявил тенденцию к их росту на 18,2% среди взрослых (соответственно с 0,11 до 0,13), в то время как среди детской популяции (0—17 лет) отмечено снижение уровня инвалидности на 29,4% (с 0,85 до 0,60).

В структуре ВПИ по причине заболеваний кожи в Свердловской области среди детей от 0 до 14 лет наибольший удельный вес (78,56%) занимает атопический дерматит. Второе ранговое место приходится на псориаз (7,88%), доля врожденных анома-

лий (ихтиоз, эпидермолиз и др.) составляет 4,15%, гипертрофических поражений кожи (келоидные рубцы и др.) — 3,28%, гнездной алопеции — 2,63%. Суммарный удельный вес прочих дерматозов (парапсориаз, красный плоский лишай, крапивница, витилиго, гипертрихоз, красная волчанка и др.) составил 3,28%. Анализ нозологической структуры ВПИ у подростков (15—17 лет) показал, что 51,47% случаев обусловлены атопическим дерматитом. Псориаз как причина инвалидности в отличие от возрастной группы детей до 14 лет занимает значительное место и составляет 27,94% от всех случаев ВПИ. Обращает на себя внимание, что среди причин инвалидности высока доля гнездной алопеции (8,82%). Удельный вес врожденных аномалий — 5,88%, гипертрофических поражений кожи — 1,47%. На прочие дерматозы в сумме приходится 4,42% случаев (табл. 3).

Показатели инвалидности являются одним из критериев результативности диспансерного наблюдения больных и могут служить объективным обоснованием для разработки программ, направленных на повышение качества и доступности спе-

Таблица 2

Интенсивный показатель ВПИ по причине заболеваний кожи населения Свердловской области в 2001—2007 гг. (число случаев на 10 000 населения)

Год	Все население	Взрослые (старше 18 лет)	Дети от 0 до 17 лет
2001	0,03	0,10	1,04
2002	0,29	0,08	1,07
2003	0,28	0,14	0,81
2004	0,23	0,12	0,66
2005	0,18	0,10	0,52
2006	0,28	0,18	0,70
2007	0,19	0,10	0,58

Таблица 3

Нозологическая структура ВПИ по причине заболеваний кожи населения Свердловской области в 2001—2008 гг., абс. (%)

Заболевание	Всего	Взрослые	Дети 0—14 лет	Дети 15—17 лет
Периферические и кожные Т-клеточные лимфомы (С.84)	93 (11,08)	92 (29,30)	1 (0,22)	0
Пузырчатка (L 10)	13 (1,55)	13 (4,14)	0	0
Атопический дерматит (L 20)	415 (49,46)	21 (6,69)	359 (78,56)	35 (51,47)
Псориаз (L 40)	217 (25,86)	162 (51,59)	36 (7,88)	19 (27,94)
Гнездная алопеция (L 63)	18 (2,15)	0	12 (2,63)	6 (8,82)
Гипертрофические поражения кожи (L 91)	17 (2,03)	1 (0,32)	15 (3,28)	1 (1,47)
Врожденные аномалии (Q 82 — Q 84)	28 (3,34)	6 (1,91)	19 (4,15)	4 (5,88)
Другие нозологии	38 (4,53)	19 (6,05)	15 (3,28)	3 (4,42)
Всего	839	314 (37,43)	457 (54,47)	68 (8,10)

специализированной дерматовенерологической медицинской помощи населению.

Таким образом, отсутствие единой организационной структуры медицинской помощи детям и подросткам с хроническими дерматозами способствует повышению уровня заболеваемости, росту инвалидирующих форм и снижению качества жизни детей и подростков, больных хроническими дерматозами.

В ФГУ УрНИИДВиИ разработана модель организации специализированной помощи детям, страдающим хроническими дерматозами (см. рисунок). Модель представляет собой систему взаимодействия на этапах оказания помощи детям и подросткам, больным хроническими дерматозами, на амбулаторно-поликлиническом уровне первичного медицинского звена — врачей общей практики (семейных врачей), педиатров и врачей дерматовенерологов, а также на этапе специализированной медицинской помощи в условиях стационара (приоритетная справка по заявке на патент № 2009502787/49 от 08.10.2009 г.) [1].

Амбулаторно-поликлиническая помощь детям и подросткам с хроническими дерматозами оказывается врачами общей практики (семейными врачами) и врачами-педиатрами. В соответствии с приказом Минздравсоцразвития РФ от 17.01.2005 № 84 «О порядке осуществления деятельности врачей общей практики (семейного врача)» врач общей практики (семейный врач) — врач, прошедший специальную многопрофильную подготовку по оказанию первичной медико-санитарной помощи членам семьи независимо от их пола и возраста. Врач общей практики (семейный врач) осуществляет профилактическую работу, направленную на выявление ранних и скрытых форм заболеваний, социально значимых болезней и факторов риска путем диспансеризации прикрепившегося контингента в установленном порядке, в том числе детей и инвалидов. При необходимости врач общей практики (семейный врач) направляет больных на консультации к специалистам для стационарного и восстановительного лечения; организует и проводит лечение пациентов в амбулаторных условиях, дневном стационаре и стационаре на дому; выдает заключение о необходимости направления пациентов по медицинским показаниям на санаторно-курортное лечение; организует совместно с органами социальной защиты медико-социальную помощь социально незащищенным группам населения (одиноким, инвалидам, хроническим больным, нуждающимся в уходе).

Врач-педиатр формирует врачебный участок из прикрепившегося контингента; проводит диагностическую и лечебную работу на дому и в амбулаторных условиях; осуществляет работу по охране репродуктивного здоровья подростков; организует и принимает участие в проведении профилак-

тических осмотров детей раннего возраста, а также детей в декретированные возрастные сроки; разрабатывает комплекс лечебно-оздоровительных мероприятий, обеспечивает контроль за выполнением режима, рационального питания, своевременного проведения мероприятий по профилактике у детей алиментарных расстройств, других заболеваний; обеспечивает своевременное направление детей на консультации к врачам-специалистам, при соответствующих показаниях — на госпитализацию; проводит динамическое наблюдение за детьми с хронической патологией, состоящими на диспансерном учете, их своевременное оздоровление и анализ эффективности диспансерного наблюдения; обеспечивает работу стационара на дому, выполнение индивидуальных программ реабилитации детей-инвалидов; проводит организацию дополнительного лекарственного обеспечения детей, имеющих право на получение набора социальных услуг; выдает заключение о необходимости направления детей в санаторно-курортные учреждения; обеспечивает медицинскую помощь юношам в период подготовки к военной службе; проводит подготовку медицинской документации по переводу детей по достижении соответствующего возраста в городскую (районную) поликлинику; ведет медицинскую документацию в установленном порядке, анализируя состояние здоровья контингента, прикрепленного к врачебному педиатрическому участку, и деятельности врачебного педиатрического участка.

Табели оснащения кабинетов врачей общей практики (семейных врачей) и участковых педиатров не предусматривают оборудования, необходимого для оказания специализированной помощи больным дерматовенерологического профиля и, как следствие, проведения дифференциальной диагностики и назначения адекватного и своевременного лечения.

На должность врача-дерматовенеролога назначается специалист, имеющий высшее медицинское образование и прошедший послевузовскую подготовку в интернатуре и клинической ординатуре по специальности «дерматовенерология» (в том числе прошедший профессиональную переподготовку по дерматовенерологии до 2000 г. в объеме более 500 ч.).

Амбулаторно-поликлиническое подразделение кожно-венерологического учреждения в своей структуре предусматривает наличие кабинета для оказания помощи детскому населению. При первом самостоятельном обращении к дерматовенерологу на прием либо по направлению смежных специалистов необходимо провести уточнение клинического диагноза, оценить тяжесть течения заболевания в целом и конкретного обострения процесса. При необходимости дерматовенерологом назначается определенный в Стандарте объем обследования и лечения. При отсутствии эффекта возможно

проведение лечения в условиях дневного стационара при диспансере.

Стационарное отделение организуется для лечения детей, больных хроническими дерматозами, нуждающихся в квалифицированном круглосуточном медицинском наблюдении. Структура стационарного отделения формируется с учетом потребностей детского населения субъекта Федерации в специализированной стационарной дерматовенерологической помощи. В структуре стационарного отделения может функционировать стационар дневного пребывания. Стационарное отделение должно осуществлять свою деятельность в соответствии с утвержденными стандартами и медицинскими технологиями. Прием, перевод в другие лечебно-профилактические учреждения, выписка пациентов, в том числе иногородних, осуществляются в соответствии с установленным порядком. На больного, находящегося в стационарном отделении, заводится история болезни и оформляется информированное добровольное согласие законного представителя ребенка на обследование и лечение. При выписке из стационарного отделения на больного заполняется лечащим врачом эпикриз, подписываемый заведующим отделением, и информированное согласие законного представителя ребенка относительно исхода заболевания. При наличии медицинских показаний и отсутствии противопоказаний для санаторно-курортного лечения проводится медицинский отбор в соответствии с Порядком медицинского отбора и направления больных на санаторно-курортное лечение.

Участковый врач-педиатр и врач общей практики (семейный врач) имеют следующую степень компетентности и ответственности при организации медицинской помощи детям и подросткам с хроническими дерматозами:

- осуществляют первичный прием и направление детей на консультацию к дерматовенерологу и другим специалистам при соответствующих показаниях;
- проводят рекомендованную дерматовенерологом диагностическую и профилактическую работу;
- участвуют в реализации комплекса лечебно-оздоровительных мероприятий, контролируют выполнение антигенного и оздоровительного режима и других рекомендаций;
- обеспечивают своевременное направление детей, больных хроническими дерматозами, на повторную консультацию к дерматовенерологу и другим специалистам при отсутствии эффекта от проводимого лечения или при развитии побочных реакций;
- обеспечивают строгое соблюдение рекомендаций дерматовенеролога по организации лечения в условиях стационара на дому для детей, больных хроническими дерматозами;
- обеспечивают выполнение индивидуальных программ реабилитации детей-инвалидов, страдающих хроническими дерматозами;
- осуществляют проведение дополнительного лекарственного обеспечения детей, имеющих право на получение набора социальных услуг;
- выдают заключение, по рекомендации дерматовенеролога, о необходимости направления детей в санаторно-курортное учреждение;
- проводят обучение родителей по вопросам ухода, реабилитации детей с хроническими дерматозами, а также обеспечивают врачебное консультирование детей по проблемам профессиональной ориентации.

При оказании медицинской помощи детям и подросткам врач-дерматовенеролог имеет следующую степень компетентности и ответственности:

- в поликлинических условиях (кабинет специалиста) проводит комплекс диагностических мероприятий;
- в случае неэффективности терапии либо для уточнения диагноза направляет больного в профильное специализированное лечебно-профилактическое учреждение;
- в профильном специализированном лечебно-профилактическом учреждении уточняется диагноз с проведением дополнительных лабораторных исследований, в том числе осуществляется забор материала для морфологического исследования;
- проводится лечение в амбулаторно-поликлинических условиях, корректировка ранее проводимой терапии;
- в случае неэффективности терапии дети и подростки, больные хроническими дерматозами, направляются на стационарное лечение, в том числе в условиях дневного стационара;
- проводит отбор больных для лечения с использованием высоких технологий;
- определяет план диспансерного наблюдения.

Для оценки результативности взаимодействия и преимущества врачей общей практики (семейных врачей), педиатров и дерматовенерологов в обеспечении медицинской помощи детям, больным хроническими дерматозами, ФГУ УрНИИДВиИ разработаны медико-социальные показатели, представленные в табл. 4.

Контроль качества медицинской помощи осуществляется в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 24.09.2008 № 513н «Об организации деятельности врачебной комиссии медицинской организации» (с изменениями и дополнениями), Методическими рекомендациями, утвержденными приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 26.05.2008 № 111 «Об организации контроля объемов и качества медицинской помощи при осуществлении обязательного медицинского страхования», приказом Минздрав-

Таблица 4

Медико-социальные показатели результативности взаимодействия и преемственности врачей общей практики (семейных врачей), педиатров и дерматовенерологов при оказании помощи детям, больным хроническими дерматозами

Показатель	Формула расчета
Удельный вес детей, обратившихся к педиатру, врачу общей практики (семейному врачу) с кожной патологией и направленных к дерматовенерологу для уточнения диагноза	Число детей, направленных педиатром, врачом общей практики (семейным врачом) к дерматовенерологу / Общее число детей, обратившихся к педиатру, врачу общей практики (семейному врачу) с патологией кожи $\times 100\%$
Удельный вес детей с установленным педиатром, врачом общей практики (семейным врачом) дерматологическим диагнозом, направленных к дерматовенерологу	Число детей, направленных педиатром, врачом общей практики (семейным врачом) дерматологическим диагнозом $\times 100\%$
Удельный вес детей, больных хроническими дерматозами, обследованных в полном объеме ¹ на каждом этапе оказания помощи	Число детей, больных хроническими дерматозами, обследованных в полном объеме ¹ / Общее число детей, больных хроническими дерматозами $\times 100\%$
Удельный вес детей, больных хроническими дерматозами, состоящих на диспансерном учете	Число детей, больных хроническими дерматозами, состоящих на диспансерном учете / Общее число детей, больных хроническими дерматозами, прикрепленных к участку $\times 100\%$
Удельный вес детей, больных хроническими дерматозами, госпитализированных в стационар	Число госпитализированных детей с заболеваниями кожи / Общее число детей, больных хроническими дерматозами, нуждавшихся в госпитализации $\times 100\%$
Удельный вес детей, состоявших на диспансерном учете, переведенных в группу с длительной клинической ремиссией	Число детей, состоявших на диспансерном учете, в группе с декомпенсированным течением дерматоза / Число детей, переведенных в группу с компенсированным течением дерматоза $\times 100\%$
Удельный вес детей, больных хроническими дерматозами, получивших санаторно-курортное лечение	Число детей, больных хроническими дерматозами, получивших санаторно-курортное лечение / Общее число детей, состоявших на диспансерном учете с хроническими дерматозами $\times 100\%$
Динамика дней временной нетрудоспособности родителей по уходу за детьми, больными хроническими дерматозами	Общее количество дней нетрудоспособности родителей по уходу за детьми за предыдущий год / Общее количество дней нетрудоспособности родителей по уходу за детьми за текущий год $\times 100\%$
Динамика числа детей, впервые и повторно признанных инвалидами по причине кожного заболевания	Общее количество детей, получивших инвалидность по причине кожного заболевания / Общее количество детей, состоявших на диспансерном учете по причине кожного заболевания $\times 100\%$
Охват детей, больных хроническими дерматозами, мероприятиями по обеспечению лекарственными средствами (имеющих право на данную льготу)	Число детей, больных хроническими дерматозами, получивших льготное лекарственное обеспечение / Общее число детей, больных хроническими дерматозами, имевших право на льготное лекарственное обеспечение $\times 100\%$
Охват родителей и подростков процессом обучения в «школах для больных хроническими дерматозами»	Число родителей и подростков, посещавших «школу для больных хроническими дерматозами» / Общее число детей, больных хроническими дерматозами, состоявших на диспансерном учете
Показатель удовлетворенности качеством медицинской помощи	Число родителей детей, больных хроническими дерматозами, удовлетворенных процессом и результатом оказания медицинской помощи / Общее число детей, больных хроническими дерматозами $\times 100\%$

¹ В соответствии с федеральными стандартами.

соцразвития России от 19.04.2007 № 283 «Критерии оценки эффективности работы врача-педиатра участкового» с заполнением «Карты экспертной оценки качества медицинской помощи» и «Журнала оценки качества медицинской помощи».

При оказании амбулаторно-поликлинической помощи детям, больным хроническими дерматозами, определены показатели деятельности врача общей практики (семейного врача), педиатра и дерматовенеролога [1]. ФГУ УрНИИДВиИ разработана и научно обоснована система обеспечения контроля качества дерматовенерологической помощи, разделы, принципы и механизмы практического применения которой детально освещены

в монографии «Организационно-процессуальные аспекты оказания дерматовенерологической помощи в условиях реформирования здравоохранения» и в монографии «Дерматовенерология: принципы и методология планирования ресурсного обеспечения с учетом современных задач и лицензионных требований» [2, 3].

Анализ сложившейся ситуации, основанный на оценке работы кожно-венерологических учреждений Свердловской области, экспертной работы во время выездов на другие территории Урала, Сибири и Дальнего Востока, позволил сформировать основные положения проекта приказа «О совершенствовании специализированной помощи детям и под-

росткам, больным хроническими дерматозами» и Положение о главном внештатном специалисте-дерматовенерологе по работе с детьми и подростками. Главный внештатный специалист, отвечающий за оказание специализированной дерматовенерологической помощи детям и подросткам с хроническими дерматозами, отслеживает своевременность и обоснованность направления на госпитализацию с использованием ряда индикаторов, а также обеспечивает предоставление больным своевременной адекватной специализированной помощи [1].

Внедрение разработанной ФГУ УрНИИДВиИ системы взаимодействия первичного медицинского звена и врачей-дерматовенерологов при оказании специализированной помощи детям и подросткам, больным хроническими дерматозами, позволило

повысить качество и доступность специализированной помощи детям, предотвратить рост числа осложненных форм дерматозов и случаев инвалидности по причине заболеваний кожи и подкожной клетчатки.

Литература

1. Кунгуров Н.В., Торопова Н.П., Кениксфест Ю.В. И соавт. Современные подходы к организации специализированной помощи детям, больным хроническими дерматозами. Курган: Изд. «Зауралье», 2009; 210.
2. Кунгуров Н.В., Зильберберг Н.В. Организационно-процессуальные аспекты оказания дерматовенерологической помощи в условиях реформирования здравоохранения. Екатеринбург: Изд. Уральского университета, 2007; 274.
3. Кунгуров Н.В., Зильберберг Н.В., Рогинко Н.И. и др. Дерматовенерология: принципы и методология планирования ресурсного обеспечения с учетом современных задач и лицензионных требований. Екатеринбург: Изд. «Чароид», 2008; 294.