

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

На правах рукописи

Березкина Елена Николаевна

**НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПО
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
НОВОРОЖДЕННЫМ, РОДИВШИМСЯ БОЛЬНЫМИ И ЗАБОЛЕВШИМ**

**Научная специальность 3.2.3 Общественное здоровье, организация и
социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза**

Диссертация
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук,
профессор Иванов Д.О.

Санкт-Петербург - 2024

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)	19
1.1 Основные проблемы здоровья новорожденных	19
1.2 Факторы, оказывающие негативное влияние на состояние здоровья новорожденных	20
1.3 Организация неонатологической помощи новорожденным	25
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	31
ГЛАВА 3. СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ И ИХ ПОТРЕБНОСТЬ В МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.....	45
3.1 Физическое развитие новорожденных.....	46
3.2 Заболеваемость новорожденных	60
3.3 Потребность новорожденных в стационарной медицинской помощи	64
ГЛАВА 4. ОСОБЕННОСТИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ СЕМЕЙ НОВОРОЖДЕННЫХ, РОДИВШИХСЯ БОЛЬНЫМИ И ЗАБОЛЕВШИХ, И ИХ КАЧЕСТВО ЖИЗНИ.....	67
4.1 Сравнительная оценка медико-социальной характеристики семей и течения беременности у матерей, имеющих детей, родившихся больными и заболевших, и здоровых новорожденных.....	67
4.2 Сравнительная оценка качества жизни больных и здоровых новорожденных	75
ГЛАВА 5. ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДОСТУПНОСТИ И КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НОВОРОЖДЕННЫМ, РОДИВШИМСЯ БОЛЬНЫМИ И ЗАБОЛЕВШИМ, И ОБОСНОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ЕЕ УЛУЧШЕНИЮ.....	81
5.1 Объективная оценка организации медицинской помощи новорожденным, родившимся больными и заболевшим	81

5.2 Субъективная оценка матерями организации медицинской помощи новорожденным, родившимся больными и заболевшим	93
5.3 Финансовое обеспечение деятельности отделений патологии новорожденных и недоношенных детей	103
5.4 Оценка эффективности медицинской помощи новорожденным в отделении патологии новорожденных и недоношенных детей	107
5.5 Обоснование организационных мероприятий по совершенствованию медицинской помощи детям, родившимся больными и заболевшим ...	109
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	116
ВЫВОДЫ	125
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	129
ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ	131
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ	132
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	134
ПРИЛОЖЕНИЯ	170

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования

Достижения науки и техники, которые обеспечили научно-технический прорыв и новый виток развития общества, стимулируют повышение уровня и качества жизни населения. Однако, с другой стороны, индустриализация и глобализация как экономическое явление привели к возникновению целого ряда острых проблем [19; 184, 200, 218]. Современная экологическая обстановка, геополитические потрясения, социально-экономическая неустойчивость и демографические проблемы стали причинами значительного ухудшения состояния здоровья населения [8, 9, 12, 174, 187, 206]. В современных условиях, которые характеризуются существенным снижением показателей рождаемости в большинстве развитых и развивающихся стран мира, огромное значение приобретают здоровье и жизнь каждого родившегося ребенка [8, 70, 84, 90, 152, 170].

Период новорожденности является особо значимым периодом в жизни ребенка и характеризуется морфологической и функциональной перестройкой организма, непосредственно обеспечивающей его адаптацию к внеутробной жизни [11, 47, 54, 55, 81, 104]. Именно в нем следует искать причины значительного количества заболеваний, выявляемых в дальнейшем на протяжении всей последующей жизни человека [67, 95, 111, 207]. В настоящее время, когда к критическим особенностям течения неонатального онтогенеза добавляется действие целого ряда неблагоприятных факторов среды, неизменно увеличивается количество новорожденных с заболеваниями (патологическими состояниями) [2, 13, 17, 22, 52, 83, 97, 101, 151, 233].

В России ежегодно около трети детей рождаются больными и заболевают во младенчестве. Наиболее частой причиной заболеваемости новорожденных, как и их смертности, являются отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде, и врожденные аномалии (пороки развития), удельный вес которых варьирует в зависимости от массы тела ребенка и степени его доношенности [25,

117, 128, 173]. Заболевания и патологические состояния, возникающие в перинатальном, а также в неонатальном периодах, определяют высокую распространенность нарушений развития в структуре заболеваемости у детей, что свидетельствует о целесообразности сдвига вектора научно-практической деятельности врачей на неонатальный период жизни ребенка [50, 56, 90, 103, 129, 166]. Таким образом, одним из основных направлений деятельности современной системы охраны материнства и детства является оказание медицинской помощи новорожденным, родившимся больными и заболевшим.

Важным этапом, который потребовал значительных изменений всей системы оказания акушерской и перинатальной помощи, является переход Российской Федерации на систему учета живорождения, рекомендованную Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) [53192]. С 2013 года регистрация рождения детей с массой тела до 1000 г стала осуществляться по медицинским критериям с учетом снижения срока гестации с 28 до 22 недель, что привело к существенному повышению численности недоношенных детей [63, 71, 98, 150]. Это предопределило более активное внедрение трехуровневой системы оказания акушерской и перинатальной помощи за счет формирования сети региональных перинатальных центров, возглавляющих данную работу [16, 100]. Техническое переоснащение медицинских организаций, осуществляющих оказание медицинской помощи по профилю «Неонатология», улучшение их ресурсного, лекарственного и кадрового обеспечения, а также совершенствование маршрутизации пациентов позволили существенно снизить младенческую смертность как в целом в России, так и в большинстве регионов [9, 21, 44, 82, **Ошибка! Источник ссылки не найден.**, 188]. Однако, несмотря на главенствующую роль перинатальных центров в оказании медицинской помощи женщинам во время беременности, родов, в послеродовой период и новорожденным, в каждом регионе Российской Федерации есть своя схема маршрутизации новорожденных при возникновении заболеваний и неотложных состояний [58, 94, 167, 201]. При рождении больного ребенка в родильном доме (отделении) по показаниям с учетом его состояния он может быть

транспортирован в отделение патологии новорожденных и недоношенных детей или в педиатрическое отделение детского многопрофильного стационара по профилю заболевания.

Таким образом, в условиях сформированной трехуровневой системы оказания медицинской помощи новорожденным на фоне снижения рождаемости и роста выявляемости заболеваний, связанной с улучшением материально-технической базы для выхаживания детей, необходимо дальнейшее совершенствование медицинской помощи новорожденным, родившимся больными и заболевшим, что и определило актуальность выбранной темы для исследования.

Степень разработанности темы исследования

Аспектам улучшения состояния здоровья и совершенствования организации медицинской помощи новорожденным, родившимся больными и заболевшим, посвящено значительное количество научных исследований, которые были выполнены по материалам отдельных регионов Российской Федерации. Мониторингом здоровья глубоко недоношенных детей на первом году жизни занималась Т.Г. Демьянова (2004) [69]. Совершенствованию офтальмологической помощи новорожденным в условиях мегаполиса было посвящено исследование Э.И. Сайдашевой (2010) [177]. Поиском путей совершенствования качества медицинской помощи при врожденных пороках развития (ВПР) занималась Е.М. Хаматханова (2011) [208]. Научное обоснование организационной модели реанимационной помощи новорожденным в акушерском стационаре стало темой работы Ю.Г. Сыченкова (2013) [193]. Состояние здоровья детей, рожденных с очень низкой и экстремально низкой массой тела, в постнатальный период изучал Ю.В. Курносков (2013) [109]. Медицинская помощь новорожденным с хирургическими заболеваниями освещена в работе О.Г. Мокрушиной (2013) [126]. Психомоторное развитие и показатели здоровья детей, родившихся с очень низкой и экстремально низкой массой тела, на первом году жизни рассматривалось в исследовании Н.Н. Кривкиной (2015) [105]. Совершенствованию популяционной профилактики ВПР у новорожденных с

использованием регионального регистра родов посвящено исследование В.А. Постоева (2020) [165]. Научному обоснованию совершенствования организации медицинской помощи недоношенным детям посвящено исследование Э.Р. Низамовой (2021) [131]. Тем не менее комплексных медико-социальных исследований состояния здоровья и организации медицинской помощи детям, родившимся больными и заболевшим, включающих объективную и субъективную оценку качества медицинской помощи и исследование качества жизни больных новорожденных, проживающих в Санкт-Петербурге, в новых экономических условиях не проводилось, что определило актуальность настоящего исследования.

Цель исследования

Целью исследования стали разработка и научное обоснование медико-организационных рекомендаций по совершенствованию организации медицинской помощи новорожденным, родившимся больными и заболевшим.

Основные задачи исследования

1. Изучить состояние здоровья новорожденных и их потребность в медицинской помощи.
2. Представить медико-социальную характеристику семей, имеющих больных новорожденных детей, и оценить особенности качества жизни этих детей.
3. Оценить доступность, качество и финансовое обеспечение медицинской помощи детям, родившимся больными и заболевшим.
4. Определить медицинскую, социальную и экономическую эффективность медицинской помощи, оказываемой новорожденным в отделениях патологии новорожденных перинатальных центров и многопрофильных детских стационаров.
5. Разработать медико-организационные мероприятия, направленные на совершенствование организации медицинской помощи новорожденным, родившимся больными и заболевшим.

Объект исследования

Новорожденные, родившиеся больными и заболевшие.

Предмет исследования

Оценка организации медицинской помощи детям, родившимся больными и заболевшим, в отделениях патологии новорожденных.

Научная новизна диссертационного исследования

Впервые получены результаты оценки физического развития здоровых, больных и умерших новорожденных по массе и длине тела при рождении в зависимости от пола и срока гестации, позволившие выявить существенные отличия в изучаемых группах по отдельным показателям. Рассчитаны заболеваемость новорожденных и их потребность в госпитализации. Получены следующие новые данные:

- сведения о медико-социальной характеристике семей детей, родившихся больными и заболевших, что позволило установить факторы риска рождения больного ребенка;
- данные сравнительной оценки качества жизни новорожденных, родившихся больными и заболевших, и здоровых детей в зависимости от патологии и группы здоровья.

Определены основные проблемы доступности и качества стационарной медицинской помощи, оказываемой больным новорожденным, в медицинских организациях акушерского и педиатрического профиля в условиях мегаполиса;

Рассчитаны и проанализированы показатели финансового обеспечения и эффективности деятельности отделений патологии новорожденных и недоношенных детей в медицинских организациях;

Рассчитаны и проанализированы показатели финансового обеспечения и эффективности деятельности отделений патологии новорожденных и недоношенных детей в медицинских организациях. Проведен анализ тарифов на оказание стационарной медицинской помощи по профилю «Неонатология» в отделениях патологии новорожденных и недоношенных детей и результативности работы данного отделения до и после перехода федеральных медицинских организаций на новый вид финансирования;

Разработаны и научно обоснованы основные направления совершенствования организации медицинской помощи новорожденным, родившимся больными и заболевшим, в стационарных медицинских организациях мегаполиса.

Теоретическая и практическая значимость работы

Теоретическая значимость проведенного исследования заключается в применении комплекса базовых методов оценки здоровья и организации медицинской помощи детям. Использованный в ходе настоящего исследования комплекс методов оценки здоровья новорожденных позволил расширить представления о физическом развитии и заболеваемости детей в неонатальном периоде.

Выявление особенностей медико-социальной характеристики семей детей, родившихся больными и заболевших, позволило установить факторы риска, способствовавшие рождению больного ребенка. Использование методики исследования качества жизни позволило выявить его особенности у детей с различной патологией и по группам здоровья.

Проведенная оценка организации медицинской помощи детям, родившимся больными и заболевшим, дала возможность выявить основные проблемы ее оказания в медицинских организациях мегаполиса, имеющих в своей структуре отделения патологии новорожденных и недоношенных детей, в современных условиях.

Проведенная оценка экономической деятельности отделений патологии новорожденных и недоношенных детей выявила, что при практически равных финансовых условиях на оказание медицинской помощи эффективность работы отделений патологии новорожденных и недоношенных детей как в перинатальном центре, так и в детском стационаре имеет высокий уровень эффективности.

Доказаны положения, позволяющие на основании проведенной оценки здоровья и организации медицинской помощи детям, родившимся больными и заболевшим, разработать и научно обосновать рекомендации медико-

организационного характера, способствующие совершенствованию организации медицинской помощи данной категории новорожденных в стационарных условиях.

Практическая значимость работы подтверждается тем, что полученные результаты исследования помогли разработать комплекс практических рекомендаций, позволяющих улучшить организацию и повысить качество медицинской помощи детям в отделениях патологии новорожденных и недоношенных детей в медицинских организациях. Сформулированные рекомендации могут быть распространены и на другие регионы Российской Федерации.

Разработанные по результатам настоящего исследования практические рекомендации были внедрены в деятельность и используются в работе следующих учреждений здравоохранения: перинатальный центр ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России (акт о внедрении от 04.12.2023 г.) и СПб ГБУЗ «Детская городская больница № 17 Святителя Николая Чудотворца» (акт о внедрении от 20.12.2023 г.).

Отдельные результаты и основные положения диссертации используются в процессе обучения студентов педиатрического и лечебного факультетов, клинических ординаторов на кафедрах общественного здоровья и здравоохранения (акт внедрения от 30.08.2023 г.) и неонатологии с курсами неврологии и акушерства-гинекологии ФП и ДПО ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России (акт внедрения от 02.10.2023 г.).

Методология и методы исследования

Настоящее исследование проводилось по этапной схеме. В работе использовались контент-анализ, социологический, графико-аналитический и квалитетические методы, метод экспертных оценок, выкопировка данных из медицинской документации, сплошной и выборочный методы (случайная выборка, серийная выборка, многоступенчатый отбор, копи-пара). Данные описательной статистики представлены в виде количества наблюдений, среднего арифметического значения, среднего стандартного отклонения, стандартной

ошибки средней арифметической, экстенсивных и интенсивных показателей. Выбор критерия проверки достоверности различий между показателями основывался на характере распределения полученных данных. Проверка нормальности распределения исследуемых выборок проводилась с использованием критерия Колмогорова — Смирнова. При сравнении двух групп пользовались t -критерием Стьюдента или его непараметрическим аналогом — ранговым критерием Манна — Уитни и Вилкоксона. Частотный анализ проводился по критерию χ^2 Пирсона. Создание массива данных, их статистическая обработка, а также анализ и визуализация результатов исследования проводились с применением пакета программ Microsoft Office 2016 (MS Word, MS Excel) и программного пакета StatSoft-Statistica 10.0.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Повышение лечебно-диагностических возможностей системы охраны материнства и детства, с одной стороны, обеспечивает рост удельного веса детей, родившихся живыми с массой тела менее 2500 г, а с другой стороны, приводит к увеличению показателей заболеваемости новорожденных и их потребности в медицинской помощи.

2. Медико-социальная характеристика семей, имеющих больных детей, акушерский анамнез их матерей и качество жизни имеют достоверные различия с медико-социальной характеристикой семей, качеством жизни и акушерским анамнезом матерей здоровых новорожденных.

3. Система оказания медицинской помощи больным новорожденным, позволяет достигать высокого уровня эффективности и качества при ее оказании, но в то же время имеются значительные неиспользованные резервы для дальнейшего ее улучшения.

Основные научные результаты

Научное исследование выполнено на основании показательной выборки с применением эпидемиологического, статистического, ретроспективного, аналитического и социологического методов в период с 2015 по 2022 гг. При формировании статистической совокупности использовались сплошной и

выборочный методы. Результаты анкетирования матерей позволили выявить особенности их акушерского анамнеза [87], качества жизни [89], медико-социальной характеристики [82] и основные недостатки оказания медицинской помощи пациентам отделения патологии новорожденных [3, 119, 122, 124, 264, 278] для последующей выработки управленческих решений с целью повышения качества и доступности медицинской помощи в организациях здравоохранения мегаполиса [86, 123, 125]. Выкопировка сведений из учетной и отчетной медицинской документации дала возможность получить данные о состоянии здоровья [5, 121, 265] и физическом развитии больных новорожденных и детей, умерших в неонатальном периоде [120, 250, 251, 252], что легло в основу практических рекомендаций по результатам данной работы.

Полученные результаты исследования используются в процессе обучения студентов педиатрического и лечебного факультетов, клинических ординаторов на кафедрах общественного здоровья и здравоохранения, неонатологии с курсами неврологии и акушерства-гинекологии ФП и ДПО ФГБОУ ВО СПбГМУ Минздрава России.

Предложенные по результатам работы медико-организационные рекомендации, направленные на совершенствование организации медицинской помощи новорожденным, родившимся больными и заболевшим, были внедрены в практическую деятельность отделений патологии новорожденных г. Санкт-Петербурга.

Основные результаты и положения научной работы представлены:

1. Алексеева А.В., Березкина Е.Н., Моисеева К.Е., Харбедия Ш.Д. Влияние количества детей в семье на продолжительность грудного вскармливания и охват вакцинацией. Казанский медицинский журнал. 2020. Т. 101. № 4. С. 538-543.

2. Алексеева А.В., Моисеева К.Е., Харбедия Ш.Д., Березкина Е.Н., Симонова О.В. Профилактическая работа детских поликлиник как один из основных элементов охраны здоровья детского населения. Медицина и организация здравоохранения. 2022. Т. 7. № 3. С. 59-68.

3. Шевцова О.Г., Моисеева К.Е., Березкина Е.Н., Харбедия Ш.Д. Некоторые результаты оценки заболеваемости гестационным сахарным диабетом. Медицина и организация здравоохранения. 2019. Т. 4. № 1. С. 29-34.

4. Березкина Е.Н., Новикова В.П., Завьялова А.Н., Гостимский А.В., Сусанина А.М., Лисовский О.В., Турганова Е.А. Питание беременных женщин и кормящих матерей в перинатальном центре: субъективные и объективные оценки. Лечащий врач. 2020. № 6. С. 38-43.

5. Березкина Е.Н., Иванов Д.О., Новикова В.П., Завьялова А.Н., Гостимский А.В., Сусанина А.М., Лисовский О.В. Характер вскармливания новорожденных в перинатальном центре. Трудности первых дней. Педиатр. 2020. Т. 11. № 4. С. 5-13.

6. Березкина Е.Н. Оценка условий и отношения к профессиональной деятельности врачей-неонатологов детских многопрофильных стационаров. / В сборнике: Проблемы городского здравоохранения ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский Государственный Медицинский Университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава РФ. Санкт-Петербург, 2020. С. 131-133.

7. Березкина Е.Н. Оценка матерями отношения медицинского персонала детских многопрофильных стационаров к новорожденным. / В сборнике: Проблемы городского здравоохранения ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский Государственный Медицинский Университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава РФ. Санкт-Петербург, 2020. С. 125-127.

8. Заступова А.А., Березкина Е.Н., Сергиенко О.И. Некоторые особенности медико-социальной характеристики и течения беременности у матерей здоровых и больных новорожденных детей. Forcipe. 2022. Т. 5. № S2. С. 213-214.

9. Иванов Д.О., Юрьев В.К., Шевцова К.Г., Моисеева К.Е., Харбедия Ш.Д., Березкина Е.Н. Заболеваемость беременных анемией и ее влияние на младенческую смертность. Педиатр. 2019. Т. 10. № 1. С. 43-48.

10. Иванов Д.О., Юрьев В.К., Петренко Ю.В., Моисеева К.Е., Могилева И.И., Межидов К.С., Алексеева А.В., Березкина Е.Н., Харбедия Ш.Д., Дайнеко М.Ю., Глущенко В.А. Сравнительная оценка показателей смертности и

летальности новорожденных на региональном уровне. Общественное здоровье. 2021. Т. 1. № 4. С. 34-48.

11. Иванов Д.О., Моисеева К.Е., Юрьев В.К., Межидов К.С., Алексеева А.В., Федорова Л.А., Леваднева М.И., Березкина Е.Н., Харбедия Ш.Д., Глущенко В.А., Могилева И.И., Дайнеко М.Ю. Результаты исследования некоторых показателей качества и доступности медицинской помощи детям на региональном уровне. Медицина и организация здравоохранения. 2021. Т. 6. № 4. С. 4-23.

12. Иванов Д.О., Моисеева К.Е., Березкина Е.Н., Сергиенко О.И., Заступова А.А. Сравнительная оценка акушерского анамнеза матерей детей, родившихся больными и заболевших, и здоровых новорожденных. Медицина и организация здравоохранения. 2022. Т. 7. № 3. С. 4-11.

13. Иванов Д.О., Моисеева К.Е., Березкина Е.Н., Чумакова О.В. Сравнительная оценка медико-социальной характеристики семей, имеющих больных и здоровых новорожденных. Медицина и организация здравоохранения. 2022. Т. 7. № 2. С. 4-12.

14. Ионова Т.И., Заступова А.А., Моисеева К.Е., Березкина Е.Н. Показатели качества жизни новорожденных. Медицина и организация здравоохранения. 2023. Т. 8. № 1. С. 21-31.

15. Кулемин Е.Н., Моисеева К.Е., Березкина Е.Н. Оценка матерями условий пребывания в отделении новорожденных. Медицина: теория и практика. 2019. Т. 4. № 5. С. 287.

16. Моисеева К.Е., Шевцова К.Г., Березкина Е.Н., Харбедия Ш.Д. Анемия беременных как медико-социальная проблема. Бюллетень науки и практики. 2019. Т. 5. № 1. С. 103-110.

17. Моисеева К.Е., Глущенко В.А., Алексеева А.В., Харбедия Ш.Д., Березкина Е.Н., Леваднева М.И., Данилова В.В., Хведелидзе М.Г., Симонова О.В. Современное состояние и основные организационные проблемы медицинской помощи новорожденным. Медицина и организация здравоохранения. 2023. Т. 8. № 1. С. 116-128.

18. Моисеева К.Е., Алексеева А.В., Березкина Е.Н. Субъективная оценка родителями отдельных показателей доступности и качества медицинской помощи новорожденным в условиях мегаполиса. Вестник Росздравнадзора. 2020. № 5-1. С. 73-78.

19. Моисеева К.Е., Алексеева А.В., Березкина Е.Н. Результаты субъективной оценки удовлетворенности родителей новорожденных отношением медицинского персонала. Российский медицинский журнал. 2020. Т. 26. № 2. С. 85-92.

20. Моисеева К.Е., Березкина Е.Н., Кириленко В.В. Результаты субъективной оценки родителями новорождённых и врачами-неонатологами организации стационарной неонатологической помощи. Казанский медицинский журнал. 2020. Т. 101. № 3. С. 412-417.

21. Моисеева К.Е., Глущенко В.А., Алексеева А.В., Харбедия Ш.Д., Березкина Е.Н., Яковлев А.В., Леваднева М.И., Сергиенко О.И., Заступова А.А., Хведелидзе М.Г., Симонова О.В., Гажева А.А. Организация медицинской помощи новорожденным в условиях перинатального центра: состояние, преимущества и проблемы. Медицина и организация здравоохранения. 2023. Т. 8. № 3. С. 112-123.

22. Моисеева К.Е., Алексеева А.В., Березкина Е.Н., Харбедия Ш.Д., Пузырев В.Г., Данилова В.В. Оценка уровня госпитализации и средней длительности пребывания детей первого года жизни в детской многопрофильной больнице в зависимости от района проживания в мегаполисе. Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2023. № 3-4. С. 49-54.

23. Моисеева К.Е., Иванов Д.О., Юрьев В.К., Березкина Е.Н., Шевцова К.Г., Алексеева А.В., Харбедия Ш.Д. Оценка антропометрических параметров детей, умерших в перинатальном периоде. Вопросы современной педиатрии. 2023. Т. 22. № 1. С. 31-43.

24. Моисеева К.Е., Березкина Е.Н., Сергиенко О.И. Динамика удельного веса организаций родовспоможения и родов в акушерских стационарах Российской Федерации и Северо-Западного федерального округа в 2013-2019 гг. В сборнике: Проблемы городского здравоохранения. Санкт-Петербург, 2022. С. 181-183.

25. Шевцова К.Г., Моисеева К.Е., Березкина Е.Н. Некоторые результаты оценки работы отделений патологии новорожденных в Северо-Западном федеральном округе. Бюллетень науки и практики. 2018. Т. 4. № 12. С. 153-160.

26. Шевцова К.Г., Березкина Е.Н., Заступова А.А. Оценка качества жизни, связанного со здоровьем у детей периода новорожденности. / В книге: Тезисы XVI Общероссийского семинара «Репродуктивный потенциал России: версии и контраргументы» и IX Общероссийской конференции «FLORES VITAE. Контраргументы неонатальной медицины и педиатрии». Москва, 2022. С. 138-140.

27. Ivanov D.O., Moiseeva K.E., Shevtsova K.G., Kharbediya S.D., Berezkina E.N. Descriptive and analytical statistics of particular predictors of infant mortality. International Journal of Pharmaceutical Research. 2019. Т. 11. № 1. С. 873-878.

28. Ivanov D.O., Yuriev V.K., Moiseeva K.E., Alekseeva A.V., Berezkina E.N., Kharbediya Sh.D. Assessment of newborn health dynamics after the Russian Federation transition to international criteria for live births and stillbirths. Archivos Venezolanos de Farmacologia y Terapeutica. 2022. Т. 41. № 2. С. 105-109.

29. Ivanov D.O., Iurev V.K., Shevtsova K.G., Berezkina E.N., Moiseeva K.E. Fetoinfantile losses in the north-west region of Russia. Electronic Journal of General Medicine. 2019. Т. 16. № 2. С. em135.

30. Moiseeva K.E., Ivanov D.O., Aleksandrovich Yu.S., Fedorova L.A., Berezkina E.N., Alekseeva A.V. Professional competence, attitude to the profession and the main problems of a neonatologist of Russian megalopolis. International Journal of Pharmaceutical Research. 2020. Т. 12. № 3. С. 488-494.

31. Moiseeva Karina E., Ivanov Dimitry O., Alekseeva Anna V., Kharbediya Shalva D., Berezkina Elena N. Influence of mother's age on infant child's nutrition. Archivos Venezolanos de Farmacologia y Terapeutica. 2020. Т. 39. № 2. С. 215-220.

32. Yurev V.K., Moiseeva K.E., Kharbediya Sh.D., Alekseeva A.V., Berezkina E.N., Orel V.I. Some aspects of the evaluation of the breast feeding organization in obstetric hospitals and children's clinics. Revista Latinoamericana de Hipertension. 2019. Т. 14. № 3. С. 246-250.

Степень достоверности и апробация результатов

Степень достоверности результатов, полученных в ходе исследования, подтверждается использованием достаточного по объему и репрезентативности массива данных. Всего были проанализированы 328 форм отчетной и учетной медицинской документации, 16 статистических материалов Федеральной службы государственной статистики, 12 статистических материалов ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава Российской Федерации, 973 «Анкеты матери новорожденного ребенка» и 379 «Анкет оценки качества жизни новорожденного», 8 годовых отчетов отделения патологии новорожденных и недоношенных детей, 3 Приложения к тарифному соглашению Программы госгарантий и Территориальной программы госгарантий (ТПГГ). Для обработки массива данных использовались современные параметрические и непараметрические методы статистического анализа. Общее число единиц информации в исследовании составило 1716.

Апробация результатов исследования. Материалы диссертации были представлены и обсуждены на конгрессе с международным участием «Здоровые дети — будущее страны» (Санкт-Петербург, 2018), Третьем национальном конгрессе с международным участием «Здоровые дети — будущее страны» (Санкт-Петербург, 2019), Межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные проблемы общественного здоровья и истории медицины» (Тверь, 2020), конгрессе с международным участием «Здоровые дети — будущее страны» (Санкт-Петербург, 2020), конгрессе с международным участием «Здоровые дети — будущее страны» (Санкт-Петербург, 2022), XVI Общероссийском научно-практическом семинаре «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии» (Сочи, 2022), конгрессе с международным участием «Здоровые дети — будущее страны» (Санкт-Петербург, 2023).

Личный вклад автора

Автором самостоятельно выполнен анализ источников литературы по изучаемой тематике, проведен подготовительный этап для разработки дизайна исследования, осуществлена статистическая обработка полученных результатов,

проведен анализ данных, сформулированы выводы и разработаны практические рекомендации. Диссертантом проведен социологический опрос матерей в отделениях патологии новорожденных и недоношенных детей перинатального центра и многопрофильного детского стационара, а также в детских поликлинических отделениях.

Публикации

По теме диссертационной работы опубликованы 32 научные работы, в том числе 12 в рецензируемых научных изданиях, рекомендованных ВАК Минобрнауки России, и 7 в изданиях, входящих в международную базу данных Scopus.

Структура и объем диссертации

Содержание диссертации изложено на 175 страницах машинописного текста и состоит из введения, обзора литературы по теме исследования, трех глав результатов собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, перспектив дальнейшей разработки темы, списка литературы и 2 приложений. Список литературы включает 277 источников, в том числе 233 работы отечественных и 44 зарубежных авторов. Работа иллюстрирована 18 рисунком и 54 таблицами.

ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

1.1 Основные проблемы здоровья новорожденных

В Российской Федерации пристальное внимание уделяется здоровью детского населения. Как отмечено в Указе Президента РФ от 02.07.2021 № 400 «О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации», решение задач по повышению рождаемости, формированию мотивации к многодетности, увеличению ожидаемой продолжительности жизни, снижению смертности и уровня инвалидизации населения обеспечивают достижение государственной политики в сфере сбережения народа России и развития человеческого потенциала. Текущее состояние здоровья детского населения, особенно после рождения, предопределяет показатели здоровья в будущем, а следовательно, и потенциальный уровень демографических, социальных, трудовых, оборонных и экономических ресурсов государства в целом и свидетельствует об уровне стабильности демографической и медико-социальной обстановки [14, 27, 115, 185, 1877, 207, 220, 263].

Политика государства направлена на рост показателей народонаселения; тем не менее последние семь лет XXI века в России характеризуются снижением рождаемости, почти треть новорожденных имеют те или иные отклонения здоровья, а каждый шестнадцатый рождается недоношенным. Значителен регистрируемый в неонатальном периоде жизни уровень перинатальной патологии, что оказывает существенное влияние на показатель младенческой смертности [8, 22, 28, 56, 71, 74, 127, 175, 186, 188, 192, 193, 196, 197, 212, 222, 231, 236, 262].

В Российской Федерации активно реализуются мероприятия по защите здоровья детей как на федеральном, так и на региональных уровнях [20, 23, 40, 43, 57, 73, 81, 93, 110, 112, 113, 128, 142, 151, 162, 164, 179, 190, 228]. Однако на фоне снижения уровня младенческой смертности отмечается постоянный рост удельного веса детей, родившихся раньше положенного срока, что не только

требует значительных финансовых затрат на их лечение в специализированных медицинских организациях и длительного восстановления, но и негативно отражается на внутрисемейных отношениях [159, 236, 267].

В структуре заболеваемости и смертности недоношенных новорожденных, особенно родившихся с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ), преобладают неврологические нарушения, респираторная патология и внутриутробное инфицирование. Правильно организованное пренатальное и постнатальное наблюдение с применением современных методов оказания медицинской помощи позволяет уменьшить количество осложнений и смертность этих детей [51, 217, 232]. Растет уровень респираторной патологии у новорожденных. Основными факторами риска ее развития являются недоношенность и перинатальная гипоксия. Рост частоты рождения недоношенных детей, особенно с ЭНМТ, приводит к увеличению доли детей с респираторными нарушениями [54, 64, 209, 221].

Перинатальная гипоксия часто приводит к поражению центральной нервной системы с возможным формированием в последующем детского церебрального паралича, поражению дыхательной и сердечно-сосудистой систем, органов зрения и слуха (слепоты, глухоты), гидроцефалии, симптоматической эпилепсии, задержке умственного развития и зачастую влечет младенческую смертность и инвалидизацию [41, 67, 72, 106, 129, 130]. Ряд авторов отмечают, что и постнатальная гипоксия является одним из факторов риска развития бронхолегочной дисплазии [64, 183, 224].

Несмотря на успехи в борьбе с данными патологиями, эта проблема в России еще не разрешена и риск инвалидизации новорожденных от них крайне высок [54, 90, 104, 217, 241, 244].

1.2 Факторы, оказывающие негативное влияние на состояние здоровья новорожденных

Авторы многих научных работ отмечают, что на внутриутробное и раннее неонатальное развитие детей большое влияние оказывают здоровье матери и отца,

условия и образ их жизни, экологические факторы и состояние организации здравоохранения на территории проживания семей. Забота о репродуктивном здоровье населения и сохранение здоровья детей (особенно в период новорожденности) являются одним из основных направлений внутренней политики Российской Федерации [10, 14, 21, 22, 28, 39, 59, 79, 92, 174, 182, 186, 222, 230].

В многочисленных научных работах отмечается непосредственное влияние экстрагенитальных заболеваний матерей (анемии, болезни органов кровообращения, болезни почек) и акушерских осложнений у беременных (отеки, протеинурия, гипертензивные расстройства, преэклампсия) на здоровье новорожденных (задержка внутриутробного развития, гипоксические повреждения центральной нервной системы, психоневрологические расстройства) [7, 9, 12, 17, 18, 55, 80, 91, 112, 116, 127, 191, 201, 205, 238, 243, 249, 252].

С внедрением массового проведения неонатального скрининга и улучшением диагностических возможностей учреждений системы охраны материнства и детства увеличилась выявляемость врожденных и наследственных заболеваний у новорожденных. Доля данных заболеваний колеблется в пределах от 3 до 7%, возрастая у мертворожденных до 11–18%. ВПР, деформации и хромосомные аномалии являются одними из основных причин младенческой смертности и детской инвалидности [24, 26, 45, 60, 65, 66, 107, 132, 199, 229, 237, 266].

Многие авторы указывают, что наличие родовой травмы у новорожденного ухудшает состояние его здоровья. К родовым травмам приводят тазовое предлежание плода (наиболее частая причина), аномалии родовой деятельности, использование родового пособия в виде акушерских щипцов, применение утеротонических средств для уменьшения длительности родов. Фактор акушерской агрессии влечет осложнение родов и снижение качества родовспоможения, а также развитие перинатальной патологии [49, 102, 103, 169, 171, 210, 256, 271].

Применение в ходе родов лекарственных средств, в первую очередь анестетиков с кардиодепрессивным эффектом, отрицательно влияет на дыхательную функцию новорожденного и осложняет его постнатальную адаптацию [63, 215, 216, 219, 247].

Особого внимания требуют результаты многочисленных научных работ, посвященных исследованию влияния социальных факторов риска на здоровье детского населения, к которым в первую очередь относятся бытовые и материальные условия семьи, недостаточное образование, безработица, неполная семья, возраст родителей, злоупотребление алкоголем, курение, плохая морально-психологическая семейная атмосфера, нежелаемая беременность [6, 9, 61, 168, 195, 202].

Британские медики отмечают, что возраст матерей играет существенную роль в смертности новорожденных. Так, уровень неонатальной смертности детей, матери которых имели возраст более 40 лет, был в 1,3 раза выше, чем у детей, матери которых относились к возрастной группе 25–29 лет. Такая же тенденция прослеживается относительно и юных матерей [245, 247].

Многие авторы отмечают, что у женщин с ожирением (особенно при индексе массы тела более 30 кг/м^2) уровень показателей мертворождаемости и неонатальной смертности возрастает в 2 раза [154, 201, 239, 246].

Табакокурение, особенно во время беременности, признан фактором риска преждевременных родов, при этом у трети детей, родившихся доношенными, отмечается задержка внутриутробного развития [95, 146, 248].

Уровни перинатальной и младенческой смертности — наиболее информативные показатели заботы государства о материнстве и детстве в стране [42, 55, 99, 240]. ВОЗ отмечает, что первые двое суток жизни являются самыми критическими для выживания [53]. Уменьшить уровень младенческой смертности позволит снижение потерь от заболеваний органов дыхания, инфекционных заболеваний и других состояний, которые преимущественно должны находиться под контролем врачей [15, 234, 242].

Наибольший вклад в уровень перинатальной смертности вносят рождение ребенка с ЭНМТ, внутриутробное инфицирование и декомпенсированная хроническая плацентарная недостаточность, приводящая к крайне выраженной задержке внутриутробного развития плода [254, 261, 272, 276].

В настоящее время органами здравоохранения всего мира решается одна из основных проблем, связанная со снижением количества предотвратимой перинатальной смерти. Улучшение ante- и интранатальной диагностики состояния плода и внедрение стратегии риска могут существенно помочь в решении данной проблемы [1, 148, 255, 257, 258].

Частота преждевременных родов оказывает существенное влияние на заболеваемость и смертность новорожденных. Многие авторы отмечают, что преждевременные роды являются самым значимым фактором риска неонатальной смертности. Родившийся ребенок часто имеет респираторные нарушения, поражения центральной нервной системы и внутрижелудочковые кровоизлияния. У таких детей значительно чаще отмечаются врожденные аномалии развития и перинатальные инфекции [157, 176, 253, 259, 268].

Большое количество научных исследований посвящено изучению респираторного дистресс-синдрома новорожденного (синдрома дыхательных расстройств), который выделяется как одна из главных причин неонатальной смертности. Данный синдром дыхательных расстройств наиболее часто встречается у недоношенных детей (особенно у детей, родившихся с ЭНМТ) [69, 101, 131, 237, 273, 275]. Авторы отмечают, что синдром дыхательных расстройств и асфиксия недоношенных детей, особенно при наличии внутриутробной инфекции, приводят к ранней неонатальной смертности [62, 102, 260].

Необходимо отметить, что одной из ведущих причин перинатальной заболеваемости и смертности в Российской Федерации является внутриутробная гипоксия плода. К снижению негативного влияния гипоксии на здоровье и жизнь новорожденных приводит качественная медицинская помощь, оказанная непосредственно в родильном зале [11].

Угрозой для здоровья женщины, а также негативным фактором риска для здоровья новорожденного является не оказанная на должном уровне квалифицированная медицинская помощь женщинам во время беременности в женской консультации и в родильном доме в период родоразрешения [48, 170, 204, 205, 269].

Однако не только снижение уровня репродуктивного здоровья населения оказало негативное влияние на снижение рождаемости. Как мы уже отмечали, переход Российской Федерации в 2012 году на международные критерии живорожденности повлиял на увеличение числа детей, родившихся с ЭНМТ, что негативно отразилось на медико-демографических показателях в стране [16, 98, 189].

У детей, родившихся с ЭНМТ, чаще, чем у детей с нормальной массой тела при рождении, отмечаются врожденные аномалии развития, асфиксии, внутриутробные инфекции, респираторный дистресс-синдром. Выживание данного контингента детей крайне сложно и, кроме реанимационных мероприятий и медикаментозного лечения, требует длительной реабилитации и постоянного тщательного наблюдения [98, 19]. При этом сохранение жизни и укрепление здоровья таких детей является глобальной задачей, стоящей перед всей системой охраны материнства и детства. Для решения этой задачи была внедрена трехуровневая система оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и новорожденным [32, 198].

В диссертационном исследовании Ю.В. Курносова [109], посвященном изучению состояния здоровья детей, рожденных с очень низкой массой тела (ОНМТ) и ЭНМТ, в постнатальный период, отмечается, что среди отдаленных результатов состояния здоровья этих детей наблюдаются морфофункциональные изменения у 64,2% детей. Особенное значение для выбора дальнейшей тактики лечения и наблюдения за данной категорией детей имеет ранняя диагностика детского церебрального паралича, которая позволяет снизить негативный прогноз для здоровья детей и вовремя начинать реабилитационные мероприятия.

Полученные данные в целом совпадают с данными зарубежных авторов. Так, в Японии при большой выживаемости недоношенных детей с массой тела от 1500 г у 19% из них имеются неврологические нарушения [256, 265]. Шведские авторы отмечают, что больше половины выживших новорожденных, родившихся на 22–26-й неделе беременности, имели существенные неврологические нарушения и соматические патологии [250]. У выживших детей Великобритании, родившихся на 22–25-й неделе беременности, в возрасте 6 лет отмечались умеренные или грубые неврологические нарушения [15].

По данным зарубежных авторов, несмотря на то что в результате оказания детям, родившимся с низкой массой тела (НМТ), квалифицированной медицинской помощи в перинатальных центрах, около 85% из них остаются живыми и выписываются домой, данный показатель существенно варьирует в зависимости от массы тела ребенка при рождении и срока гестации. Срок гестации до 22 недель при массе тела новорожденного до 500 г является предельной зоной жизнеспособности, и такие дети крайне сложны для выхаживания [270]. В США у выживших младенцев, родившихся при данном сроке гестации, в последующем имела тяжелая неврологическая патология (до 70%) [97, 96, 178, 265]. Выживаемость новорожденных с ЭНМТ со сроком гестации 22 недели и более и массой тела 500 г и более представляется наиболее перспективной. Однако наличие у них грубых соматических отклонений и патологии нервной системы не может считаться благоприятным исходом и критерием эффективности оказанной медицинской помощи. В связи с этим перед учеными и практическими медиками стоят сложные вопросы по разработке эффективных методов, которые позволят таким детям, по мере их взросления, иметь хорошее здоровье и качество жизни [100, 111].

1.3 Организация неонатологической помощи новорожденным

В семидесятые годы XX века в России при детских больницах появились специальные отделения патологии новорожденных (ОПН), число которых

постоянно увеличивалось. Возросшее внимание к сохранению детского здоровья привело к открытию в 1981 году Всесоюзного научно-исследовательского центра по охране здоровья матери и ребенка, в последующем получившего название Российский научно-исследовательский центр перинатологии, акушерства и гинекологии РАМН. В 1985 году на кафедре педиатрии факультета усовершенствования врачей Ленинградского педиатрического медицинского института (ЛПМИ) был впервые прочитан курс перинатологии. Уже в условиях нового времени в 1993 году профессор В.В. Гаврюшов создал Ассоциацию специалистов перинатальной медицины. Данную Ассоциацию возглавляет академик Российской академии медицинских наук, профессор Н.Н. Володин [181, 220, 223].

В настоящее время порядок оказания медицинской помощи новорожденным регламентирован приказом Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. № 921н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю „неонатология“» [236]. Приказом Министерства здравоохранения и социального развития № 808н «Об утверждении порядка оказания акушерско-гинекологической помощи» в 2009 году в Российской Федерации была введена трехуровневая модель оказания акушерской и перинатальной помощи [148].

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» № 572н от 2012 года [149] для улучшения качества и доступности медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовый период медицинская помощь стала оказываться на основе листов маршрутизации. Исходя из этого все организации родовспоможения, действующие на территории Российской Федерации, были разделены на три группы. Родильные дома (родильные отделения) и межрайонные перинатальные центры, относящиеся ко 2-й группе, имеют в своей структуре палаты (отделения) реанимации и интенсивной терапии для новорожденных (ОРИТН). В медицинских организациях,

относящихся к 3-й группе, которая подразделяется на подгруппы «А» и «Б», в структуре предусмотрены отделение ОРИТН, отделение патологии новорожденных и недоношенных детей (II этап выхаживания) (ОПН), а в подгруппе «Б» еще оказывается специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь (ВМП) новорожденным [149]. Это позволило усовершенствовать не только систему акушерской помощи, но и улучшило оказание неонатологической медицинской помощи новорожденным, что привело к уменьшению перинатальной смертности и неонатальной заболеваемости [136].

К организациям родовспоможения третьего уровня относятся перинатальные центры, которые предназначены в основном для оказания медицинской помощи беременным с высокой степенью акушерского риска и детям, рожденным у этих матерей. Данные медицинские организации обладают современным оборудованием и укомплектованы высококвалифицированными медицинскими кадрами. Создание таких центров в России началось с 1989 года [46, 133, 143, 149, 203]. В структуре перинатального центра предусмотрены: амбулаторное отделение (кабинет) для детей раннего возраста, нуждающихся в динамическом наблюдении и реабилитации в составе консультативно-диагностического отделения; педиатрический стационар с отделениями новорожденных акушерского физиологического и акушерского наблюдательного отделений; ОРИТН с экспресс-лабораторией; дистанционный консультативный центр с выездными анестезиолого-реанимационными неонатальными бригадами скорой медицинской помощи; ОПН (II этап выхаживания) [133]. Результатами деятельности перинатальных центров стали существенные положительные сдвиги в борьбе с перинатальной, младенческой смертностью и заболеваемостью новорожденных. Повысились доступность акушерско-гинекологической помощи женщинам и ее качество, что положительно отразилось на показателях материнской и перинатальной смертности. Увеличилась выживаемость детей, родившихся с ЭНМТ [94, 152, 167, 62, 209].

Наряду с перинатальными центрами, в борьбу с неонатальной смертностью серьезный вклад вносит работа отделений патологии новорожденных с отделениями реанимации и интенсивной терапии, являющихся структурными подразделениями многопрофильных детских стационаров и специализированных больниц [223].

Современная система неотложной помощи новорожденным Санкт-Петербурга была организована в 1978 году в детской городской больнице № 1. Там впервые было открыто ОРИТН. Там же была открыта первая специализированная детская подстанция скорой медицинской помощи, в составе которой работали врачи-педиатры, оказывающие реанимационно-консультативную помощь новорожденным. Данная подстанция осуществляла свою деятельность в непосредственном контакте с ОРИТН этой больницы. В дальнейшем (через 7 лет) на ее базе был сформирован реанимационно-консультативный центр для новорожденных, работа которого заключалась в мониторинговании новорожденных с угрожаемыми состояниями не только в городе, но и в регионе, так как данный центр одновременно выполняет функции регионального бюро госпитализации этих пациентов. В современных условиях задачами данного Центра, наряду с анализом работы по оказанию неотложной помощи новорожденным, являются: получение сведений о новорожденном и заполнение формализованной истории болезни; непосредственная оценка самого пациента (тяжести его состояния, транспортабельности, профиля патологии и срочности прибытия выездной бригады); оказание консультативной помощи неонатологам медицинских организаций родовспоможения по ведению новорожденного до приезда специализированной скорой помощи; управление выездными бригадами; определение режима госпитализации; составление списка новорожденных в угрожаемом состоянии; дистанционный контроль за младенцами, находящимися в пограничных состояниях. Машины специализированной скорой помощи данного Центра снабжены всем необходимым для оказания квалифицированной медицинской помощи и транспортировки новорожденных.

Современный Санкт-Петербург располагает сетью детских стационаров, имеющих в своем составе и профилированные ОРИТН, и койки патологии новорожденных и недоношенных детей. Данный коечный фонд оснащен современным оборудованием, отвечающим лицензионным требованиям, штат отделений укомплектован персоналом, имеющим высокую квалификацию.

Снижение уровня показателей ранней неонатальной, неонатальной смертности в Санкт-Петербурге свидетельствует о высокой эффективности системы оказания экстренной и неотложной помощи новорожденным [220].

Необходимо отметить, что на снижение неонатальных потерь оказывает существенное влияние медицинская эвакуация новорожденных. Улучшение транспортировки новорожденных, требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, обеспечивает положительное воздействие на ее качество [126].

Для обеспечения возможности транспортировки новорожденного, требующего лечения (выхаживания) в медицинской организации более высокого уровня, врачи родовспомогательных организаций должны оказывать ему всю необходимую лечебную помощь еще до приезда неонатальной реанимационной бригады в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами) [153, 274]. Чем раньше происходит перевод новорожденных, по своему состоянию требующих более высокого уровня диагностики и лечения, который может быть обеспечен в медицинских организациях соответствующего уровня, тем выше положительный эффект лечебно-эвакуационной тактики неотложной неонатологии [114, 276].

Острой проблемой системы здравоохранения Российской Федерации является недостаточная обеспеченность медицинских организаций медицинскими кадрами. При этом обеспеченность медицинскими работниками разных территорий нашей страны неравномерна. В среднем по стране обеспеченность врачами-неонатологами составляет чуть более 60% [44, 163, 177, 213]. Во многих регионах Российской Федерации отмечается нехватка врачей-неонатологов [84, 161, 180, 211, 213, 214]. На этом фоне наблюдается высокий удельный вес врачей

пенсионного возраста и низкий удельный вес молодых специалистов, закрепляемость которых на местах крайне плохая [160, 180, 211, 213, 214]. Немаловажным представляется низкий уровень показателя удельного веса врачей, имеющих квалификационную категорию. Как показывают данные официальной статистики, 36,8% врачей вообще не имеют квалификационной категории. При этом 7,3% имеют вторую категорию, 21,5% — первую категорию и лишь 34,4% — высшую категорию [213, 214].

Одними из важных функций медицинских работников, как врачей, так и среднего медицинского персонала, являются пропаганда и стимулирование грудного вскармливания, особенно в родильных домах и перинатальных центрах. Естественное вскармливание необходимо как здоровым, так и недоношенным и больным новорожденным. При этом особого внимания требует организация естественного вскармливания недоношенных и больных детей, которые находятся в ОРИТН, а также переведены в ОПН. Для результативного выхаживания новорожденных, которые находятся в тяжелом или критическом состоянии, крайне важно их кормление грудным молоком. В связи с этим при данных отделениях организуются комнаты для сцеживания грудного молока [141, 194].

Таким образом, анализ научной отечественной и зарубежной литературы показал, что вопрос совершенствования организации и качества неонатологической помощи младенцам, которые родились больными или заболели в первые дни после рождения, крайне актуален, особенно в современных демографических, экономических и социальных условиях.

Глава 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Диссертационное исследование проводилось в городе федерального значения Санкт-Петербурге. Город входит в состав Северо-Западного федерального округа (СЗФО) и делится на восемнадцать районов, которые, в свою очередь, подразделяются на 111 муниципальных образований. По данным Росстата, в 2023 году в Санкт-Петербурге проживало 5,600 млн человек, соответственно он является вторым мегаполисом по численности населения после Москвы. Из общего числа населения количество детей и подростков (0–17 лет) составляет 1,221 млн человек, в том числе дети до года — 50 437 (мальчиков 51,4% и девочек 48,6%). Санкт-Петербург относится к субъектам РФ с высокой плотностью населения — средняя плотность составляет 3832,3 человек/км². Площадь, занимаемая городом-субъектом, равна 1439 км². Основные национальности представляют русские (86,5%), немцы (4,1%), поляки (2,9%), финны (1,7%), эстонцы (1,0%), евреи (0,9%).

Базами настоящего исследования стали 4 медицинские организации: 2 медицинские организации, содержащие в своей структуре ОПН, и 2 городские детские поликлиники г. Санкт-Петербурга.

Как этап выхаживания новорожденных и недоношенных детей, ОПН есть в двух типах медицинских организаций: перинатальных центрах и детских многопрофильных стационарах. В Санкт-Петербурге работают 2 ОПН в федеральных перинатальных центрах, 1 ОПН в городском перинатальном центре и 4 ОПН в многопрофильных детских стационарах. Поэтому для настоящего исследования были выбраны ОПН перинатального центра ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России) и ОПН СПб ГБУЗ «Детская городская больница № 17 Святителя Николая Чудотворца» (СПб ГБУЗ «ДГБ № 17 Св. Николая Чудотворца»). Для исследования здоровых новорожденных (группа сравнения) были отобраны две детские поликлиники (детские поликлинические отделения,

ДПО), находящиеся в разных районах города: СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 27» Детское поликлиническое отделение и СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 19» Детское поликлиническое отделение № 43.

Предметом исследования стала оценка организации медицинской помощи детям, родившимся больными и заболевшим, в отделениях патологии новорожденных.

Объект исследования - новорожденные, родившиеся больными и заболевшие.

Единица наблюдения - больной новорожденный ребенок, госпитализированный в отделения патологии новорожденных.

В работе использовались статистические материалы Федеральной службы государственной статистики (Росстат) и статистические сборники ФГБУ «ФГБУ Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России (ЦНИИОИЗ) [85, 75, 76, 77, 78, 154, 155, 156].

Общее число единиц информации в проведенном исследовании составило 1722.

Исследование проводилось в 4 этапа. На первом этапе были сформированы цель исследования и задачи исследования, разработан дизайн исследования, выбраны инструменты исследования и определены критерии отбора новорожденных, была проведена нормативно-правовая оценка действующей системы организации медицинской помощи детям, родившимся больными и заболевшим. Для анализа состояния проблемы были изучены источники отечественной и зарубежной литературы по вопросам организации медицинской помощи данной категории детей.

На этапе сбора информации (второй этап) проведены интервьюирование (очный опрос) матерей, выкопировка данных из медицинской документации и данных официальной статистики. На третьем этапе была проведена сравнительная оценка состояния здоровья новорожденных и медико-социальной характеристики семей, имеющих детей, родившихся больными и заболевших,

изучена потребность в госпитализации изучаемого контингента, проведено исследование качества жизни больных новорожденных в сравнении со здоровыми и оценены эффективность, доступность и качество медицинской помощи данной возрастной группы.

На третьем этапе также проводились анализ и статистическая обработка полученных результатов, их литературное и графическое оформление.

На четвертом этапе на основании обобщения полученных сведений и результатов исследования были разработаны практические рекомендации медико-организационного характера, направленные на совершенствование медицинской помощи новорожденным, родившимся больными и заболевшим.

Настоящее исследование проводилось по специально разработанной программе, теоретической и методологической основой которой стали работы отечественных и зарубежных ученых в области общественного здоровья и организации здравоохранения, акушерства, перинатологии и неонатологии, а также нормативные и правовые документы.

В соответствии с первой поставленной задачей были изучены физическое развитие и заболеваемость новорожденных. Для оценки физического развития новорожденных на популяционном уровне было изучено распределение детей по массе тела при рождении в Российской Федерации, СЗФО и Санкт-Петербурге в динамике за 2015–2022 гг. За основу было взято разделение новорожденных по весу в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 27 декабря 2011 года № 1687н «О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке ее выдачи» (с изменениями и дополнениями в 2019 г.) [134]. На основе такого разделения детей по массе тела при рождении они были объединены в три весовые группы: низкая (до 2500 г: ЭНМТ, ОНМТ, НМТ), средняя (от 2500 до 4000 г) и высокая (более 4000 г). Программа исследования представлена в таблице 2.1.

Таблица 2.1 - Программа исследования

Цель исследования: разработать и научно обосновать медико-организационные рекомендации по совершенствованию организации медицинской помощи новорожденным, родившимся больными и заболевшим			
№	Задачи исследования	Методы исследования	Учетные документы и объем наблюдений
1.	Изучить состояние здоровья новорожденных и их потребность медицинской помощи	Эпидемиологический, статистический, ретроспективный анализ, социологической, аналитический	- Статистические материалы «Демография»; N=16 - Статистические материалы ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава Российской Федерации; N= 12 - Выкопировка из «История родов» (форма 096/y); N=154 - Выкопировка из «Протокол патолого-анатомического вскрытия плода, мертворожденного или новорожденного» (форма 013-1/y); N=154 - «Анкета матери новорожденного ребенка»; N=973
2.	Представить медико-социальную характеристику семей, имеющих больных новорожденных детей, и оценить особенности качество жизни этих детей	Статистический, социологический, аналитический	- «Анкета матери новорожденного ребенка»; N=973 - «Анкета оценки качества жизни новорожденного»; N=379
3.	Оценить доступность, качество и финансовое обеспечение медицинской помощи детям, родившимся больными и заболевшим	Статистический, социологический, аналитический	- Статистические материалы ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава Российской Федерации; N=6 - «Анкета матери новорожденного ребенка»; N=973 - Выкопировка данных из отчета «Сведения о медицинской организации» форма 30 (годовая); N= 4 - Выкопировка данных из «Годовых отчетов о работе перинатального центра СПбГПМУ» в 2019-2022 гг.; N=4 - Выкопировка данных из годовых отчетов отделений патологии новорожденных и недоношенных детей СПб ГБУЗ «Детская городская больница №17 Святителя Николая Чудотворца» в 2017-2022 гг.; N=4

Продолжение таблицы 2.1

1	2	3	4
4.	Определить медицинскую, социальную и экономическую эффективность медицинской помощи, оказываемой новорожденным в отделениях патологии новорожденных перинатальных центров и многопрофильных детских стационаров	Статистический, Математический	<ul style="list-style-type: none"> - Приложения к тарифному соглашению Программы ГГ и ТПГГ СПб на 2015-2022 гг.; N=8 - Материалы и результаты проведенного исследования - Сводная ведомость учета движения больных и коечного фонда по стационару (форма 016/у-02) за 2019-2022 гг.; N=8
5.	Разработать медико-организационные мероприятия, направленные на совершенствование организации медицинской помощи новорожденным, родившимся больными и заболевшим	Аналитический	- Материалы и результаты проведенного исследования.

Сравнительная оценка физического развития больных новорожденных при сопоставлении со здоровыми детьми проводилась на основании данных, полученных путем анкетирования матерей. Основную группу составили дети, родившиеся больными и заболевшие, проходившие лечение в ОПН перинатального центра и детского стационара. В исследование были включены только дети, госпитализация которых осуществлялась в период новорожденности (0–28 дней), родители которых постоянно проживали в Санкт-Петербурге. Контрольную группу составили здоровые дети (I и II группы здоровья), родители которых также относились к постоянно проживающему населению, проходившие плановые профилактические медицинские осмотры в 1 месяц жизни в ДПО городских поликлиник в соответствии с приказом Минздрава России от 10 августа 2017 года № 514н [137].

В связи с тем, что планировалось проведение выборочного исследования, был рассчитан минимальный необходимый объем репрезентативных выборок n_p (формула (1)):

$$n_p = \frac{N \cdot t^2 \cdot \bar{p} \cdot (1 - \bar{p})}{N \cdot \Delta\bar{p}^2 + t^2 \cdot \bar{p} \cdot (1 - \bar{p})}, \quad (1)$$

где N — численность генеральной совокупности;

t — критическое значение критерия Стьюдента для заданной доверительной вероятности; задаем 95%, при данном значении t будет равно 1,96;

\bar{p} — ориентировочная частота (доля), берется из расчета 0,5;

$\Delta\bar{p}$ — максимальная ошибка частоты (5%).

Произведенный расчет выявил, что для соблюдения репрезентативности выборки минимальный порог респондентов, которых необходимо проанкетировать в ОПН, составил 296 человек, а в ДПО — 374. За генеральную совокупность взяли число выбывших пациентов ОПН перинатального центра и детского стационара (1294) и число новорожденных, поступивших под наблюдение ДПО (1513) за 2022 год.

По специально разработанным анкетным формам «Анкета матери новорожденного» было проведено анонимное анкетирование 973 матерей новорожденных, получавших медицинскую помощь в рамках обязательного медицинского страхования (ОМС), в медицинских организациях Санкт-Петербурга в 2019–2020 гг. Отбор матерей для участия в исследовании проводился случайным методом с соблюдением всех правил репрезентативности. Матери самостоятельно заполняли анкеты перед выпиской из медицинской организации или в ходе прохождения ребенком профилактических медицинских осмотров в месяц жизни. За согласие на участие в исследовании принималось заполнение анкетной формы. Анкетная форма состояла из двух частей и содержала 33 вопроса (см. приложение 1). Первая часть анкеты содержала общие вопросы, характеризующие семью, а также вопросы, позволяющие оценить акушерско-гинекологический анамнез матери и состояние здоровья ребенка (заполнялась всеми матерями). Вторая часть анкеты содержала вопросы для

оценки качества оказания медицинской помощи новорожденному в ОПН (заполнялись только матерями, дети которых проходили лечение в ОПН в период новорожденности).

В результате анкетирования было получено 495 заполненных анкетных форм из ОПН, среди которых была отобрана 481 заполненная анкетная форма (выбраковка 2,8%) и 511 форм в ДПО, из которых отобрали 492 анкеты (выбраковка 4,8%). Основная группа: в ОПН перинатального центра в исследовании участвовали 228 матерей (47,4%), в ОПН детского стационара — 253 матери (52,6%). Контрольная группа: в ДПО «Городская поликлиника № 27» в исследовании участвовали 234 матери (47,6%) и в ДПО № 43 — 258 матерей (52,4%). Формирование статистической совокупности осуществлялось выборочным методом [158]. Репрезентативность выборок была проверена по методике профессора А.М. Меркова (формула (2)):

$$\Delta = t \cdot \sqrt{\frac{\sigma^2}{n} \cdot \left(1 - \frac{n}{N}\right)}, \quad (2)$$

где Δ — мера точности;

t — доверительный коэффициент (взят $t = 2$; соответственно, вероятность равна 0,954);

σ^2 — дисперсия выборочной совокупности (принимаем $\sigma^2 = 0,25$);

n — выборка: в основной группе составила 481, в контрольной — 492;

N — генеральная совокупность (количество выбывших пациентов из ОПН (1294) и число новорожденных, поступивших по наблюдению ДПО (1513) в 2019 году).

Проводя исчисления по формуле (2), определяем, что ошибка в данном исследовании не будет превышать для основной группы 3,6% и для контрольной группы 3,7%, что допускается.

С целью оценки физического здоровья умерших новорожденных была проведена выкопировка из медицинской документации на 154 случая смертности детей первого месяца жизни в 2019–2020 гг. Было проанализировано 308 медицинских документов, среди которых: 154 «Истории родов» (форма 096/у);

154 «Протокола патолого-анатомического вскрытия плода, мертворожденного или новорожденного» (форма 013-1/у). Рассчитанный минимальный необходимый объем репрезентативной выборки показал, что число единиц в исследовании должно быть не менее 32 (формула (1)). Репрезентативность данных была проверена по методике профессора А.М. Меркова (формула (2)). Ошибка в исследовании не будет превышать 3,2%, что допустимо.

Оценку массы и длины тела умерших новорожденных в зависимости от гестационного возраста проводили сигмальным методом с использованием таблиц Г.М. Дементьевой и Е.А. Короткой [68].

Так как согласно действующей нормативной базе врачи-неонатологи акушерских стационаров в период пребывания там ребенка устанавливают новорожденным группу здоровья и она определяется только на патронажах или при медосмотрах на этапе детской поликлиники, то детям, которым не была определена группа здоровья, она была установлена в соответствии с следующей классификацией групп здоровья: I — здоровые дети, подлежащие медицинскому наблюдению; II — здоровые дети с функциональными отклонениями, требующие внимания и консультации специалистов; III — дети со стойкими нарушениями в состоянии здоровья — хронические заболевания в стадии компенсации; IV — дети, страдающие хроническими заболеваниями и ВПР с функциональной декомпенсацией; V — дети-инвалиды [50, 172].

Оценка заболеваемости новорожденных была проведена в динамике за 2015–2022 гг. с помощью анализа показателей, данные для расчета которых были взяты из официальной статистики ЦНИИОИЗ и Росстата. Структура и заболеваемость новорожденных, родившихся больными и заболевших, были рассчитаны по данным анкетирования матерей. Также на основе официальных данных была рассчитана потребность в госпитализации новорожденных.

Для решения третьей задачи по выявлению различий в медико-социальной характеристике семей, имеющих больных и здоровых детей, также были использованы данные анкетирования матерей в ОПН и ДПО. Для оценки качества жизни детей, родившихся больными и заболевших, в рамках вышеописанного

анкетирования было дополнительно к нему у тех же респонденток проведено интервьюирование (очный опрос). Критерием включения в исследование был возраст ребенка 30–35 дней жизни. Это являлось обязательным условием, так как мать оценивала качество жизни ребенка в течение последних 7 дней, предшествовавших анкетированию. При формировании выборки применялся метод копи-пара. В результате были отобраны 379 человек, из них 183 новорожденных, родившихся больными и заболевших (основная группа) и 196 здоровых детей (контрольная группа). Включение в исследование проходило на основании согласия матерей, которым служило заполнение анкетной формы. Тип исследования: обсервационное исследование (observational study) — данные для исследования собирались путем простого опроса, и воздействия, вмешательства, эксперименты в ходе исследования не проводились; описательно-аналитическое исследование (descriptive — analytical study) — изучены качество жизни больных новорожденных и здоровых детей, дана оценка качества жизни (описательный этап исследования), а также проведено сравнение показателей качества жизни больных новорожденных с тремя видами патологии (врожденные порока сердца, анемия и гидроцефалия) и здоровых детей по группам здоровья (аналитический этап исследования); поперечное исследование (cross-sectional study) — каждый респондент был опрошен только один раз, в дальнейшем его не наблюдали и не опрашивали; нерандомизированное исследование — распределение участников по группам происходило по воле исследователя в соответствии с заранее намеченным планом, а не в случайном порядке.

Оценку качества жизни проводили с использованием опросника PedsQL (см. приложение 2), который был включен в «Анкету оценки качества жизни новорожденного». Опросник содержит 8 вопросов, по результатам обработки которых формируются 5 шкал оценки: физическая активность, физические симптомы, эмоциональное состояние, социальная активность, познавательная активность. Варианты стандартных ответов на вопросы составлены для подсчета по методу суммирования рейтингов и представлены в виде шкал Ликерта. После проведения шкалирования результаты выражаются в баллах от 0 до 100: чем

выше итоговая величина, тем выше качество жизни ребенка. Шкалирование данных производилось в соответствии с защищенным авторским правом процедурам с использованием специального программного обеспечения.

Инструктаж участников интервьюирования (соцопроса). До начала исследования каждый родитель, участвующий в исследовании, был проинформирован о его цели и методах, а также о том, как будет использована полученная информация. Перед началом опроса респондентам в подробной форме были разъяснены структура предложенных анкетных форм и порядок их заполнения, устно доведены сведения о конфиденциальности информации и анонимности, а также порядок заполнения. Опрос пациентов проводился в дневное время в комфортной обстановке. Продолжительность анкетирования составляла 25–35 минут.

С целью решения третьей задачи по оценке доступности и качества медицинской помощи детям, родившимся больными и заболевшим, первоначально были проанализированы уровень и динамика показателей обеспеченности койками ОПН и больничной летальности новорожденных с ЭНМТ и 1000 г и более в возрасте 0–6 дней на территории Российской Федерации, СФЗО и Санкт-Петербурга. Далее с целью изучения качества медицинской помощи использовались данные анкетирования только матерей новорожденных, родившихся больными и заболевших, проходящих лечение в ОПН. Для оценки качества оказания стационарной медицинской помощи данной категории детей «Анкета матери новорожденного» включала 14 дополнительных вопросов (часть 2). Качество медицинской помощи оценивалось в целом, а также в сравнении с ОПН перинатального центра (228 матерей (47,4%)) и ОПН детского стационара (253 матери (52,6%)).

Произведенный расчет выявил, что для соблюдения репрезентативности выборки минимальное число респондентов, которых необходимо проанкетировать в перинатальном центре, составляет не менее 38 единиц, а в детском стационаре — не менее 40 единиц. За генеральную совокупность взяли число выбывших пациентов из ОПН перинатального центра (550) и детского

стационара (744) за 2019 год. Объем выборки соответствовал исследованиям средней точности с доверительным коэффициентом 2 и вероятностью 0,954. Проверка репрезентативности выборок выполнена по методике профессора А.М. Меркова (формула (2)). Ошибка в исследовании не превышает 4,9% в перинатальных центрах и 4% в детских стационарах, что допускается.

Исходя из того что Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (ФФОМС) [146, 147] в качестве базы проведения социологических опросов рекомендует выбирать по 2–4 медицинские организации каждого вида с учетом количества пролеченных больных, то в данном исследовании это условие соблюдается. Оценка удовлетворенности родителей качеством оказания медицинской помощи в ОПН проводилась с помощью анкеты, в которую были включены вопросы из рекомендованного ФФОМС опросника. В ходе исследования оценивались следующие характеристики работы ОПН: техническое состояние и ремонт помещений отделения; комфортность палаты и мест пребывания новорожденного; работа вспомогательных служб; обеспеченность отделения медикаментами и расходными материалами; качество оказания медицинской помощи, получаемой в отделении в целом. Для оценки удовлетворенности родителей новорожденных отношением медицинского персонала в анкетирование были включены вопросы, позволяющие изучить следующие критерии: вежливость и внимательность врачей-неонатологов и медицинских сестер; количество времени и внимания, которое они уделяли детям. Кроме того, была проведена оценка работы медицинского персонала в ОПН по пятибалльной системе.

Удовлетворенность измеряли исходя из методических рекомендаций ФФОМС [147] по соответствующим шкалам. Для оценки была взята следующая модификация шкалы: удельный вес оценок «полностью удовлетворен» (для отношения медицинского персонала «всегда с вниманием и участием» и «всегда уделяет ребенку достаточно времени и внимания») 0–25% — уровень низкий; 25–50% — удовлетворительный; 50–75% — средний; 75–100% — высокий.

Для решения четвертой задачи были проанализированы тарифы на оказание медицинской помощи новорожденным в ОНР медицинских организаций, проведена оценка финансового обеспечения деятельности ОНР. Далее были рассчитаны показатели медицинской, социальной и экономической эффективности медицинской помощи, оказываемой новорожденным, родившимся больными и заболевшим. Для расчета медицинской эффективности была использована следующая методика (формула (3)):

$$K_m = \frac{\text{число случаев достигнутых медицинских результатов}}{\text{общее число оцениваемых случаев оказания медицинской помощи}}, \quad (3)$$

где K_m — коэффициент медицинской эффективности медицинской помощи.

Для оценки социальной эффективности медицинской помощи больным новорожденным были рассчитаны коэффициенты удовлетворенности матери по отдельным критериям и далее был рассчитан интегральный коэффициент удовлетворенности K_y или коэффициент социальной эффективности (формула (4)):

$$K_y = \frac{0,25N_{0,25} + 0,5N_{0,5} + 0,75N_{0,75} + N_{1,0}}{N_b}, \quad (4)$$

где 0,25; 0,5; 0,75; 1,0 — баллы по результатам анкетирования пациентов;

$N_{0,25}$; $N_{0,5}$; $N_{0,75}$; $N_{1,0}$ — количество случаев анкетирования, получивших данный балл по результатам опроса респондентов;

N_b — общее число случаев анкетирования, включая нулевые оценки.

Шкала оценки оказанной медицинской помощи была построена следующим образом: 1,0 — удовлетворены полностью; 0,75 — больше удовлетворены, чем не удовлетворены; 0,5 — удовлетворены не в полной мере; 0,25 — затруднились ответить; 0 — не удовлетворены.

Далее рассчитывался интегральный коэффициент удовлетворенности, или коэффициент социально эффективности K_c (формула (5)):

$$K_c = (K_1 + K_2 + \dots + K_9) / 9, \quad (5)$$

где K_1, K_2, K_9 —

Для расчета экономической эффективности использовалась формула (6) — расчета коэффициента экономической эффективности K_e использования коечного

фонда [146], который определяется как интегральный показатель, отражающий степень рационального ($K_{\text{рац}}$) и целевого использования коечного фонда ($K_{\text{цел}}$):

$$K_{\text{э}} = K_{\text{рац}} \cdot K_{\text{цел}}, \quad (6)$$

где:

$$K_{\text{рац}} = O_{\text{факт}} / O_{\text{норм}}, \quad (7)$$

где $O_{\text{факт}}$ — фактический оборот койки;

$O_{\text{норм}}$ — нормативный оборот, за который был взят рассчитанный по формуле (8) плановый оборот койки (F):

$$F = 365 - t_{\text{рем}} / T + t_0, \quad (8)$$

где $t_{\text{рем}}$ — среднее время простоя койки на ремонт (примерно 10–15 дней в году), дней; для расчета этого показателя необходимо общее число койко-дней закрытия на ремонт разделить на среднегодовое число развернутых коек;

T — средние сроки лечения (рекомендуемый норматив из письма Минздрава России от 13.01.2022 № 11-7/И/2-275 «О формировании и экономическом обосновании территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022–2024 годы» по неонатологии равен 12,1 дней);

t_0 — простой койки в связи с оборотом койки (1,0 для всех профилей, кроме фтизиатрических — 3; акушерских — 2,5–3; инфекционных — 3; коек для абортот — 0,5 и т.п.), дней;

Таким образом, $F = 365 - 12,5 / 12,1 + 1 = 27$ (дней).

Соответственно, плановая работа койки составит 327 дней.

Был рассчитан коэффициент $K_{\text{цел}}$ (формула (9)):

$$K_{\text{цел}} = U_s / U_o, \quad (9)$$

где $U_{\text{цел}}$ — количество больных, госпитализированных при наличии обоснованных показаний для стационарного лечения; оценивается экспертами иных больничных учреждений, страховых медицинских организаций и территориального фонда ОМС;

U_o — общее количество госпитализированных больных.

Коэффициент целевого использования коечного фонда $K_{\text{цел}}$ отражает занятость койки для обоснованной госпитализации стационарных больных, определяется экспертным путем и не может быть более 1. Мы в своих расчетах принимаем его равным 1, допуская, что все госпитализации были обоснованы.

Далее была посчитана интегральная эффективность ($K_{\text{и}}$) оказания медицинской помощи новорожденным, родившимся больными и заболевшим (формула (10)):

$$K_{\text{и}} = K_{\text{м}} + K_{\text{с}} + K_{\text{э}}, \quad (10)$$

Для оценки показателей медицинской, социальной, экономической и в конечном итоге интегральной эффективности работы ОПН была принята следующая методика шкалирования показателей: 0–0,24 — очень низкий уровень; 0,25–0,49 — низкий уровень; 0,5–0,74 — средний уровень; 0,75–1,0 — высокий уровень; более 1,0 — очень высокий уровень.

В работе использовались контент-анализ, социологический, графико-аналитический и квалиметрические методы, метод экспертных оценок, выкопировка данных из медицинской документации, сплошной и выборочный методы (случайная выборка, серийная выборка, многоступенчатый отбор, копи-пара). Данные описательной статистики представлены в виде количества наблюдений, среднего арифметического значения, среднего стандартного отклонения, стандартной ошибки средней арифметической, экстенсивных и интенсивных показателей. Выбор критерия проверки достоверности различий между показателями основывался на характере распределения полученных данных. Проверка нормальности распределения исследуемых выборок проводилась с использованием критерия Колмогорова — Смирнова. При сравнении двух групп пользовались t -критерием Стьюдента или его непараметрическим аналогом — ранговым критерием Манна — Уитни и Вилкоксона. Частотный анализ проводился по критерию χ^2 Пирсона. Создание массива данных, их статистическая обработка, а также анализ и визуализация результатов исследования проводились с применением пакета программ Microsoft Office 2016 (MS Word, MS Excel) и программного пакета StatSoft-Statistica 10.0.

Глава 3. СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ И ИХ ПОТРЕБНОСТЬ В МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

СЗФО относится к регионам России с одним из самых низких в стране показателей рождаемости, который в 2022 году составил 8,1%. Всего в округе в 2022 году родились живыми 113 095 детей. При этом в СЗФО, как и в стране в целом, начиная с 2016 года, отмечалась четко выраженная тенденция снижения рождаемости (рисунок 3.1), что естественно привело и к уменьшению абсолютного числа родившихся. Так, в 2022 году, по сравнению с 2015 годом, показатель рождаемости снизился на 35,2%, а абсолютное число родившихся живыми сократилось на 45 930 детей [252].

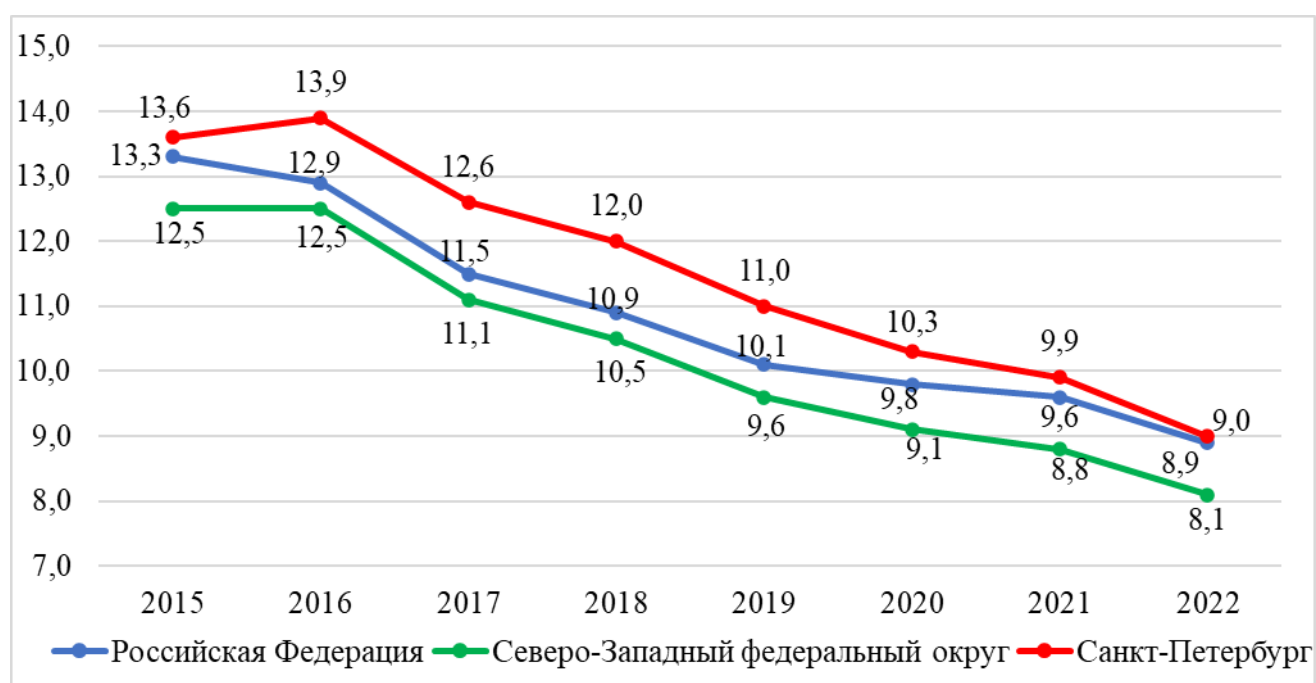


Рисунок 3.1 — Динамика показателя рождаемости в Российской Федерации, Северо-Западном федеральном округе и Санкт-Петербурге в 2015–2022 гг. (на 1000 родившихся живыми)

В ходе оценивания вклада Санкт-Петербурга в рождаемость в СЗФО установлено, что в городе в 2022 году родились живыми 50 437 детей, и это составило 44,6% всех детей, родившихся в федеральном округе. Наиболее высокие темпы снижения рождаемости за изучаемый период отмечались (таблица 3.1) в Вологодской области (–40,6%), Калининградской области (–38,3%), Новгородской области (–37,8%) и Республике Коми (–36,0%).

Таблица 3.1 — Динамика показателя рождаемости в отдельных субъектах Северо-Западного федерального округа в 2015–2022 гг. (на 1000 родившихся живыми)

Субъекты Северо-Западного федерального округа	Годы								Темп снижения, %
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
Республика Карелия	12,2	11,9	10,3	9,7	9,0	8,5	8,5	8,2	–32,8
Республика Коми	13,6	13,1	11,5	10,2	9,6	9,3	8,9	8,7	–36,0
Архангельская область	12,4	12,0	10,6	9,8	9,0	8,4	8,1	8,1	–34,7
Вологодская область	13,8	13,3	11,4	10,5	9,7	9,2	9,1	8,2	–40,6
Калининградская область	12,8	12,5	11,1	10,4	9,3	9,2	8,8	7,9	–38,3
Ленинградская область	9,1	9,2	8,4	7,8	7,3	7,1	6,8	6,0	–34,1
Мурманская область	11,9	11,2	10,3	9,8	8,9	8,8	8,3	8,5	–28,6
Новгородская область	11,9	11,8	10,2	9,7	8,7	8,2	7,8	7,4	–37,8
Псковская область	11,1	11,1	9,5	9,3	8,5	8,0	8,2	7,3	–34,2
г. Санкт-Петербург	13,6	13,9	12,6	12,0	11,0	10,3	9,9	9,0	–33,8
Округ в целом	12,5	12,5	11,1	10,5	9,6	9,1	8,8	8,1	–35,2

3.1 Физическое развитие новорожденных

ВОЗ рассматривает показатели физического развития как один из базовых критериев оценки здоровья новорожденного и ставит одной из своих целей снижение числа младенцев, родившихся с НМТ, к 2025 году на 30%.

Оценка физического развития новорожденного дается в ныне действующем приказе Минздравсоцразвития России от 27.12.2011 № 1687н (в редакции от 15.04.2021) «О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке его выдачи» [134]. Дети, родившиеся с НМТ, чаще имеют функциональные нарушения, более высокий уровень заболеваемости, часто неблагоприятный прогноз в отношении неврологических исходов, более высокий риск неонатальной смертности. Нарушения здоровья у таких детей, как правило, протекают более тяжело, комплексно и разнообразно. Особо неблагоприятными последствиями характеризуется рождение детей с ЭНМТ. В 2022 году в СЗФО 0,40% детей, родившихся живыми, имели массу тела до 1000 г, 1000–1499 г — 0,62% и 1500–2499 г — 4,95% (таблица 3.2). В Санкт-Петербурге удельный вес

детей, родившихся живыми, с ЭНМТ составил 0,37%, с массой тела 1000–1499 г — 0,62%, с 1500–2499 г — 4,78% [226, 252].

Таблица 3.2 — Распределение детей, родившихся живыми, по массе тела в Российской Федерации, Северо-Западном федеральном округе и Санкт-Петербурге в 2022 году (в % от числа родившихся живыми)

Административная единица	Масса тела, г					Итого
	до 1000	1000–1499	1500–2499	2500–3999	4000 и более	
Российская Федерация	0,38	0,58	4,94	84,32	9,78	100,0
Северо-Западный федеральный округ	0,40	0,62	4,95	83,1	10,93	100,0
Санкт-Петербург	0,37	0,62	4,78	82,57	11,66	100,0

На протяжении всего изучаемого периода (2015–2022 гг.) удельный вес новорожденных низкого весового сегмента (до 2500 г) в Санкт-Петербурге был ниже средних по стране и СЗФО значений (рисунок 3.2). Анализ динамики удельного веса новорожденных, родившихся живыми, с массой тела до 2500 г показал, что до 2019 года как в СЗФО, так и в РФ в целом отмечался рост показателей, однако в 2020 году доля детей с НМТ значительно сократилась. В Санкт-Петербурге изменение данного показателя на протяжении изучаемого периода носило разнонаправленный характер.

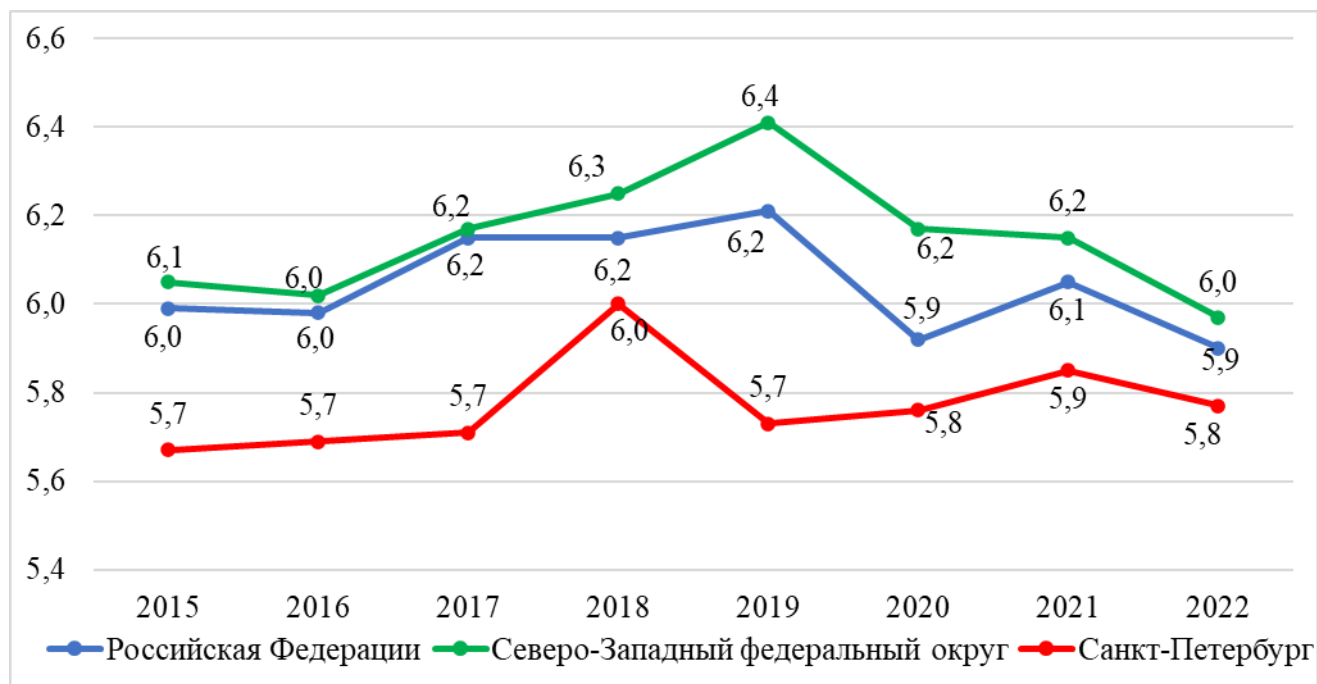


Рисунок 3.2 — Динамика удельного веса детей, родившихся живыми с низкой массой тела, в Российской Федерации, Северо-Западном федеральном округе и Санкт-Петербурге в 2015–2022 гг. (в % к числу родившихся живыми)

Как следует из рисунка 3.3, удельный вес новорожденных, родившихся с весом менее 1000 г, в Санкт-Петербурге в 2015–2021 гг. был выше среднероссийских значений, однако в 2022 году он стал ниже среднего по стране показателя. В ходе сравнения удельного веса детей, родившихся с ЭНМТ, в СЗФО и мегаполисе выявлено, что начиная с 2019 года показатель в городе стал превышать среднеокружные значения.

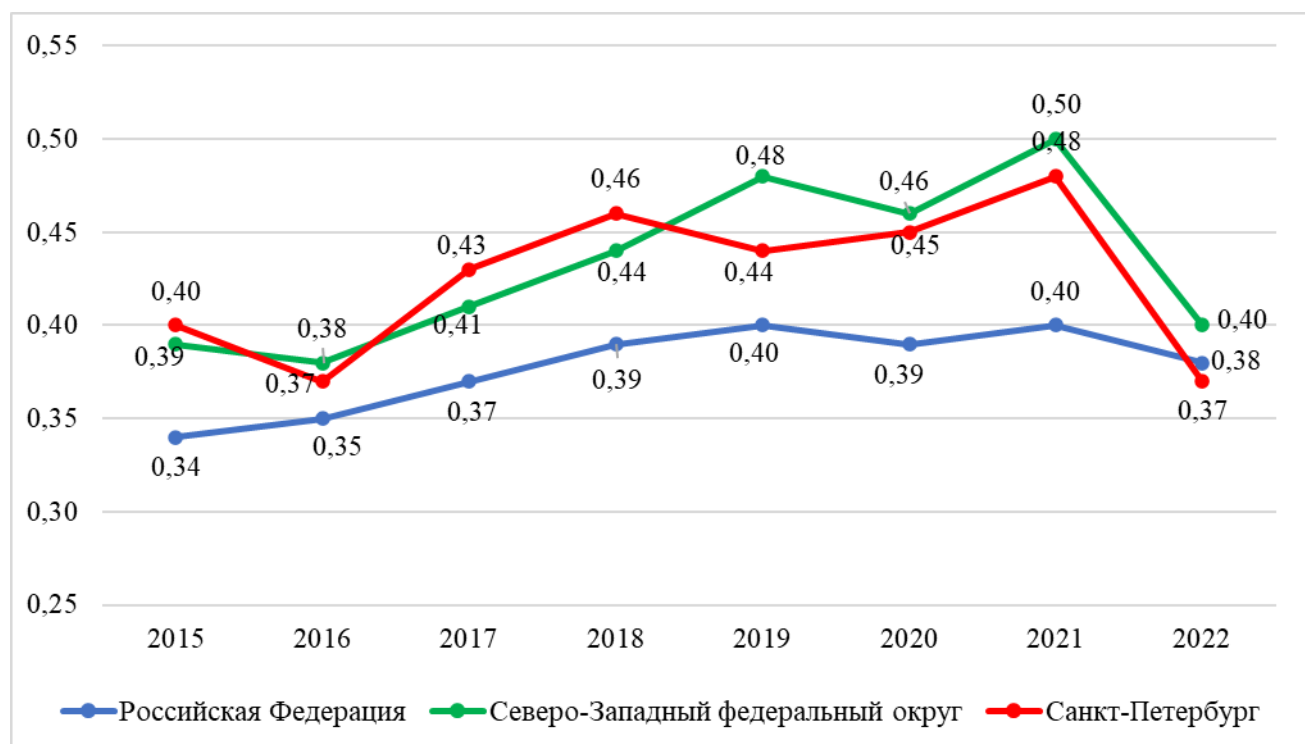


Рисунок 3.3 — Динамика удельного веса детей, родившихся живыми с экстремально низкой массой тела, в Российской Федерации, Северо-Западном федеральном округе и Санкт-Петербурге в 2015–2022 гг. (в % к числу родившихся живыми)

Рождение ребенка с большой массой тела при рождении рассматривается в рубрике P08 класса XVI «Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде» МКБ-10. Если масса тела при рождении составляет 4500 г или более, ребенка относят к чрезмерно крупному (рубрика P08.0). Другие дети, масса тела которых при рождении превышает соответствующие данному сроку беременности показатели, независимо от срока беременности, относятся к рубрике P08.1 «Другие „крупновесные“ для срока дети». В 2022 году удельный вес крупновесных детей в СЗФО составил 10,93% родившихся живыми (рисунок 3.4), что превышало средний уровень по РФ в 1,1 раза (9,78%).

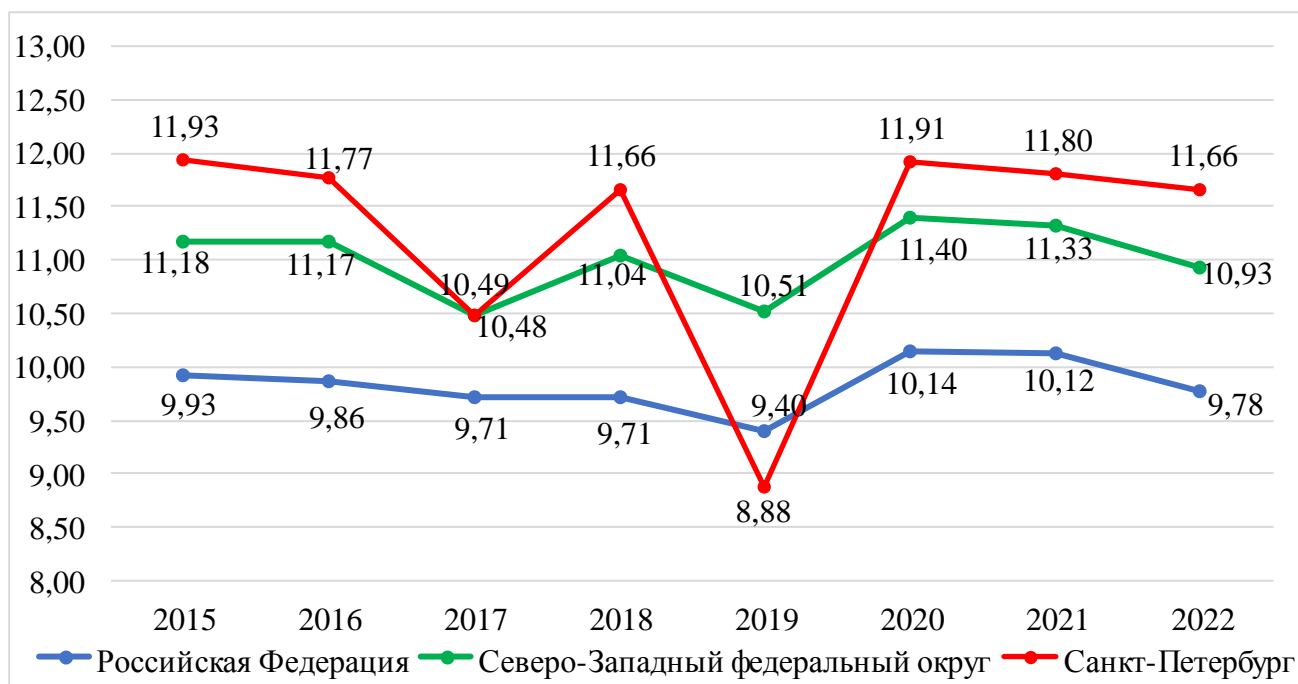


Рисунок 3.4 — Динамика удельного веса детей, родившихся живыми с массой тела 4000 г и более, в Российской Федерации, Северо-Западном федеральном округе и Санкт-Петербурге в 2015–2022 гг. (в % к числу родившихся живыми)

Анализ динамики удельного веса детей, родившихся живыми с массой тела при рождении 4000 г и более, за период 2015–2022 гг. показал, что с 2015 по 2019 год в СЗФО этот показатель имел четко выраженную тенденцию к снижению (см. рисунок 4), однако в 2020 году был отмечен подъем с 9,4 до 10,14%, а после показатель снова начал снижаться. При этом удельный вес крупновесных новорожденных в СЗФО в течение всего анализируемого периода превышал средние цифры по стране. В Санкт-Петербурге удельный вес детей, родившихся живыми с высокой массой тела, практически весь изучаемый период превышал не только средние значения в СЗФО, но и в Российской Федерации в целом. Уровень показателя в 2022 году составил 11,66%, что было выше среднеокружных и среднероссийских значений на 6,3 и 16,2% соответственно.

В 2022 году в федеральном округе только 83,10% детей, родившихся живыми, имели среднюю массу тела при рождении (рисунок 3.5), что на 1,22% меньше, чем в среднем по РФ (84,32%).

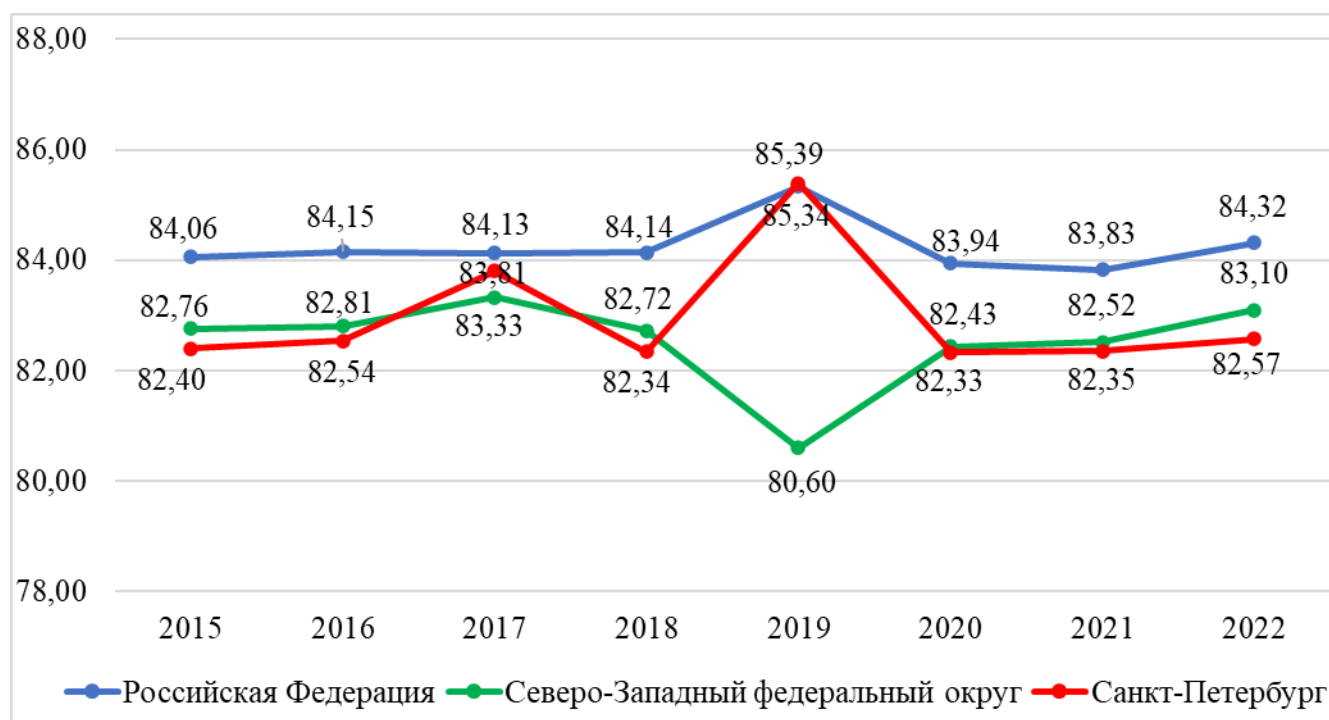


Рисунок 3.5 — Динамика удельного веса детей, родившихся живыми со средней массой тела, в Российской Федерации, Северо-Западном федеральном округе и Санкт-Петербурге в 2015–2022 гг. (в % к числу родившихся живыми)

В течение 2015–2018 гг. удельный вес детей, родившихся со средней массой тела, существенно не менялся как в стране в целом, так и в СЗФО, и в мегаполисе, находясь в пределах 84,06–84,15% в РФ, в пределах 82,72–83,33% в СЗФО и в пределах 82,34–83,81% в Санкт-Петербурге. Удельный вес новорожденных, родившихся с массой тела, относившейся к среднему весу, в округе и в городе показывал рост в 2017 году (83,33 и 83,81% соответственно). В 2019 году доля детей, родившихся со средней массой тела, в РФ в целом и в Санкт-Петербурге возросла на 1,20 и 3,05% соответственно, а в СЗФО, наоборот, сократилась на 2,12%. Это привело к тому, что разница в показателях между РФ в целом и СЗФО увеличилась до 4,74%, а разница с мегаполисом — до 4,79%. Тем не менее в 2020 году величина показателей в федеральном округе и в городе практически вернулась к прежним значениям, а в 2021–2022 гг. доля таких детей в них повысилась.

При этом по сравнению со средними значениями по РФ наименьший удельный вес родившихся со средней массой тела в течение всего периода наблюдения был в СЗФО в 2019 году (80,60%). Также стоит отметить, что в целом

показатели удельного веса детей, родившихся живыми со средней массой тела при рождении в Санкт-Петербурге, практически соответствовали тенденции, наблюдаемой в СЗФО, кроме значения в 2019 году, когда за счет уменьшения доли крупновесных детей отмечался подъем показателя. Кроме того, в 2020–2022 гг. показатели удельного веса детей, родившихся живыми со средней массой тела, стали ниже среднероссийских и среднеокружных значений [119].

В ходе настоящего исследования была проведена оценка физического развития новорожденных по результатам анкетирования их матерей. Как среди больных, так и среди здоровых новорожденных большинство составили мальчики (59,6 и 56,4% соответственно). Достоверной разницы при сравнении двух групп по половому признаку не установлено ($t = 0,77$; $p > 0,1$) [5].

Важным аспектом будущего здоровья ребенка является своевременное прикладывание к груди после рождения. С целью продолжительной и полноценной лактации рекомендуется прикладывать новорожденного к груди в родильном зале сразу после рождения. Как показало исследование, в среднем матери больных детей достоверно позже начинали грудное вскармливание в акушерском стационаре, чем матери здоровых новорожденных: $1,74 \pm 4,84$ дней против $1,10 \pm 4,88$ дней ($t = 115,87$; $p < 0,01$). Оценивая распределение матерей по срокам начала грудного вскармливания, установлено, что 82,8% матерей здоровых детей прикладывали их сразу после рождения (таблица 3.3) [3, 34, 38].

Таблица 3.3 — Распределение детей, родившихся живыми, по срокам начала грудного вскармливания в акушерском стационаре в основной и контрольной группах (в % к итогу)

Срок	Основная группа %	Контрольная группа %	t (p)
Сразу приложен к груди	40,9	82,8	10,22 (<0,01)
В течение первых суток	8,7	9,2	0,16 (>0,1)
На вторые сутки	38,7	2,9	3,57 (<0,01)
Не прикладывали к груди	11,6	5,1	1,23 (>0,1)
Итого	100,0	100,0	–

Матери новорожденных, родившихся больными и заболевших, в 2 раза реже начинали грудное вскармливание сразу после рождения ребенка ($t = 10,22$;

$p < 0,01$) и в 13,3 раза чаще впервые прикладывали ребенка к груди на вторые сутки его жизни ($t = 3,57$; $p < 0,01$).

Установлено, что средний вес детей при рождении в основной группе составил $2543,14 \pm 11,06$ г, в контрольной — $3485,26 \pm 30,59$ г имел достоверные различия ($t = 85,79$; $p < 0,01$). Оценка распределения детей по массе выявила, что 42,6% новорожденных детей основной группы относились к низкому весовому сегменту (до 2500 г). А в контрольной группе, которую составили здоровые дети, новорожденных этой весовой категории было только 2,0%, при этом это были дети с массой тела 2000–2499 г. Кроме того, статистически достоверная разница имела между удельным весом детей с массой 3000–3499 и 3500–3999 г в основной и контрольной группах. Распределение больных и здоровых детей, родившихся живыми, по массе тела при рождении представлено в таблице 3.4.

Таблица 3.4 — Распределение детей, родившихся живыми, по массе тела при рождении в основной и контрольной группах (в % к итогу)

Масса тела, г	Основная группа %	Контрольная группа %	t (p)
500–1000	11,4	–	–
1000–1499	8,1	–	–
1500–1999	9,4	–	–
2000–2499	13,7	2,0	1,85 ($>0,05$)
2500–2999	15,8	6,1	1,59 ($>0,1$)
3000–3499	25,8	45,5	3,81 ($<0,01$)
3500–3999	12,1	34,2	2,52 ($<0,01$)
4000 и более	3,7	12,2	1,80 ($>0,05$)
Итого	100,0	100,0	–

Анализ веса при рождении больных и здоровых детей с учетом их гестационного возраста показал статистически значимые различия в каждой возрастной группе (уровень значимости различий $p = 0,0001$). Среди больных детей, рожденных в возрасте до 28 недель гестации, средняя масса тела составила $873,67 \pm 81,50$ г (доверительный интервал 694,29–1053,04 г). Среди здоровых детей, рожденные в возрасте до 28 недель отсутствовали (таблица 3.5 рисунок 3.6).

Таблица 3.5 — Сравнительная характеристика показателей массы тела при рождении в зависимости от гестационного возраста новорожденных в основной и контрольной группах

Группа	Гестационный возраст, недель	N	Среднее значение (Mean)	Стандартная ошибка (Std. err.)	Доверительный интервал (-95,00%; +95,00%)	
Основная	до 28	37	873,67	81,50	694,29	1053,04
	28–31	112	1550,24	91,55	1365,35	1735,13
	32–36	83	2528,79	128,14	2268,09	2789,50
	36–40	245	3182,19	61,22	3060,61	3303,77
	более 40	4	3235,00	25,00	2917,34	3552,66
Контрольная	28–31	6	4000,00	нет данных	нет данных	нет данных
	32–36	77	3166,07	72,15	3017,78	3314,37
	36–40	391	3452,58	35,11	3383,24	3521,93
	более 40	17	3795,56	166,40	3411,83	4179,28

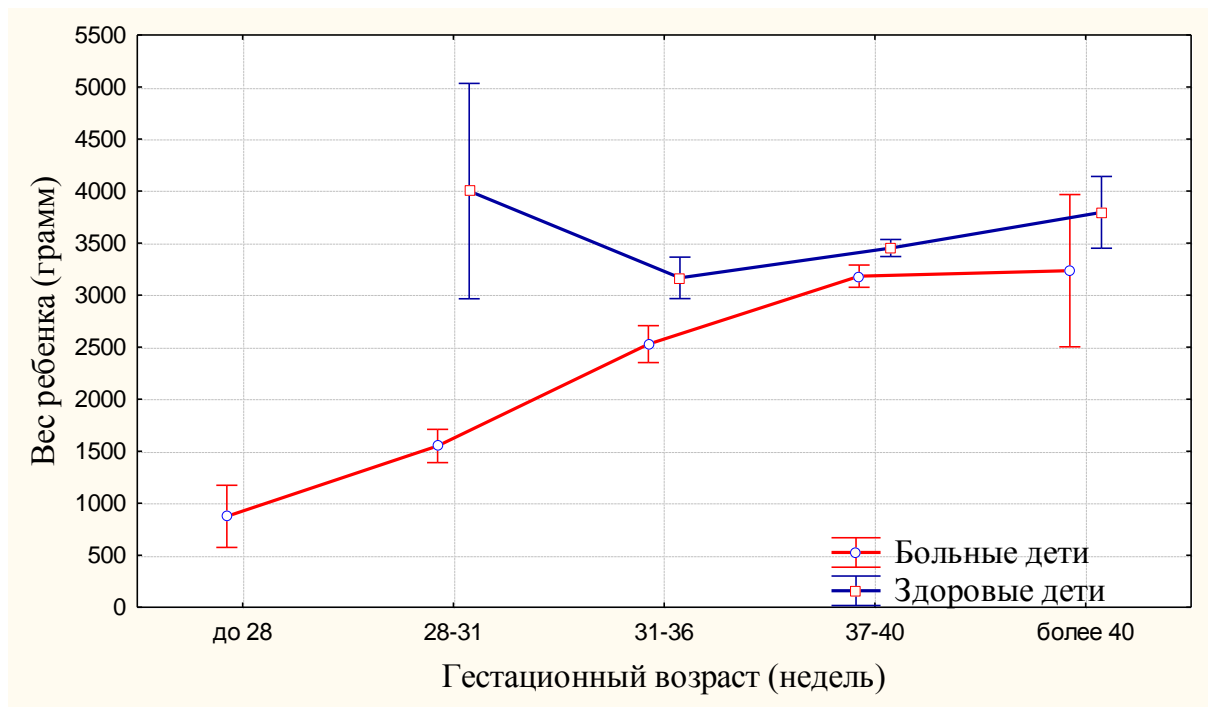


Рисунок 3.6 — Зависимость массы тела при рождении от гестационного возраста новорожденных в основной и контрольной группах

В группе детей, рожденных в возрасте 32–36 недель гестации, средняя масса тела при рождении здоровых детей превышала среднюю массу тела больных и заболевших детей того же срока гестации на 25,2% (здоровые дети $\text{Mean} \pm m$ — $3166,07 \pm 72,15$ г; больные и заболевшие дети $2528,79 \pm 128,14$ г).

Анализ веса детей с учетом пола не выявил статистической значимой разницы в весе как в группе здоровых, так и в группе больных и заболевших детей. Средний вес в группе больных детей был достоверно ниже среднего веса в

группе здоровых детей как у мальчиков, так и у девочек ($p = 0,07$). Средний вес в группе больных детей составил у мальчиков $2492,12 \pm 94,45$ г, у девочек $2593,80 \pm 115,18$ г (таблица 3.6, рисунок 3.7).

Таблица 3.6 — Сравнительная характеристика показателей массы тела при рождении в зависимости от пола ребенка в основной и контрольной группах

Группа	Пол ребенка	N	Среднее значение (Mean)	Стандартная ошибка (Std. err)	Доверительный интервал (-95,00%; +95,00%)	
Основная	мальчики	287	2492,11	95,43	2302,87	2681,34
	девочки	194	2593,80	115,18	2364,44	2823,15
Контрольная	мальчики	277	3499,56	41,95	3416,49	3582,63
	девочки	215	3315,44	48,55	3218,71	3412,17

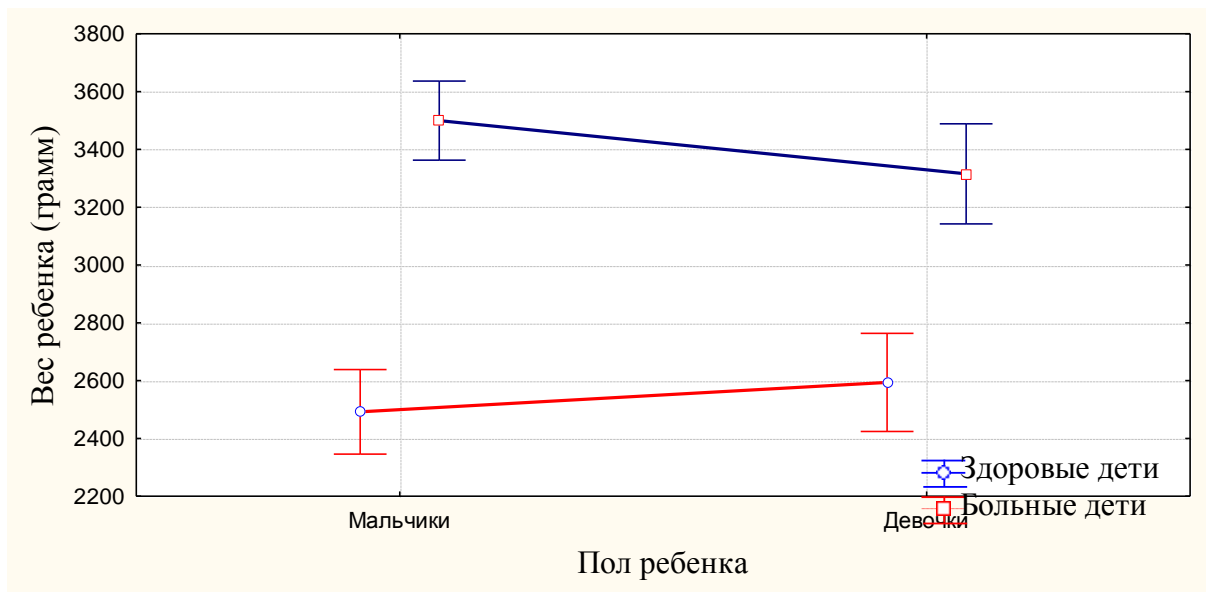


Рисунок 3.7 — Зависимость массы тела при рождении от пола ребенка в основной и контрольной группах

Физическое развитие детей целесообразно оценивать не только по массе новорожденных, но и по росту. Оптимальным значением считается рост ребенка при рождении в интервале 46–56 см. Оценка ростовых показателей у новорожденных позволила установить, что средний рост ребенка при рождении в основной группе составил $45,97 \pm 28,35$ см, а в контрольной — $51,45 \pm 73,60$ см, что показывает наличие достоверных различий между группами ($t = 61,13$; $p < 0,01$). Анализ распределения детей по росту выявил (таблица 3.7), что 33,0% новорожденных основной группы относились к категории с низкими показателями по росту (до 46 см).

Таблица 3.7 — Распределение детей, родившихся живыми, по длине тела при рождении в основной и контрольной группах (в % к итогу)

Длина тела, см	Основная группа %	Контрольная группа %	t (p)
26–30	1,3	–	–
31–35	7,6	–	–
36–40	8,7	0,5	1,24 (>0,1)
41–45	15,4	1,0	2,21 (<0,05)
46–50	26,7	7,2	3,92 (<0,01)
51 и более	40,3	91,3	13,51 (<0,01)
Итого	100,0	100,0	–

В контрольной группе к категории детей с низким ростом при рождении относились только 1,5% новорожденных, в отличие от детей, родившихся больными и заболевших, рост этих детей был не ниже 36 см. Статистически достоверная разница имелась между удельным весом детей в низком ростовом диапазоне в основной и контрольной группах ($t = 5,32$; $p < 0,01$).

Анализ длины тела при рождении больных и здоровых детей с учетом их гестационного возраста показал статистически значимые различия в каждой возрастной группе ($p = 0,0007$). Среди больных детей, рожденных в возрасте до 28 недель гестации, средняя длина тела составила $34,50 \pm 1,31$ см (доверительный интервал 31,61–37,39 см) (таблица 3.8).

Таблица 3.8 — Сравнительная характеристика показателей длины тела при рождении в зависимости от гестационного возраста новорожденных в основной и контрольной группах

Группа	Гестационный возраст, недель	N	Среднее значение (Mean)	Стандартная ошибка (Std. err)	Доверительный интервал (–95,00%; +95,00%)	
Основная	до 28	37	34,50	1,31	31,61	37,39
	28–31	112	40,00	0,87	38,23	41,77
	32–36	83	46,68	0,80	45,05	48,31
	36–40	245	50,31	0,34	49,63	50,99
	более 40	4	50,50	0,50	44,15	56,85
Контрольная	28–31	6	55,00	нет данных	нет данных	нет данных
	32–36	77	50,22	0,49	49,21	51,23
	36–40	391	51,91	0,19	51,53	52,29
	более 40	17	53,56	1,04	51,15	55,96

В группе детей рожденных в возрасте 32–36 недель гестации (рисунок 3.8) средняя длина тела при рождении здоровых детей достоверно превышала

среднюю длину тела больных и заболевших детей того же срока гестации на 7,6% (здоровые дети Mean±m: 50,22±0,49 см; больные и заболевшие дети 46,68±0,08 г).

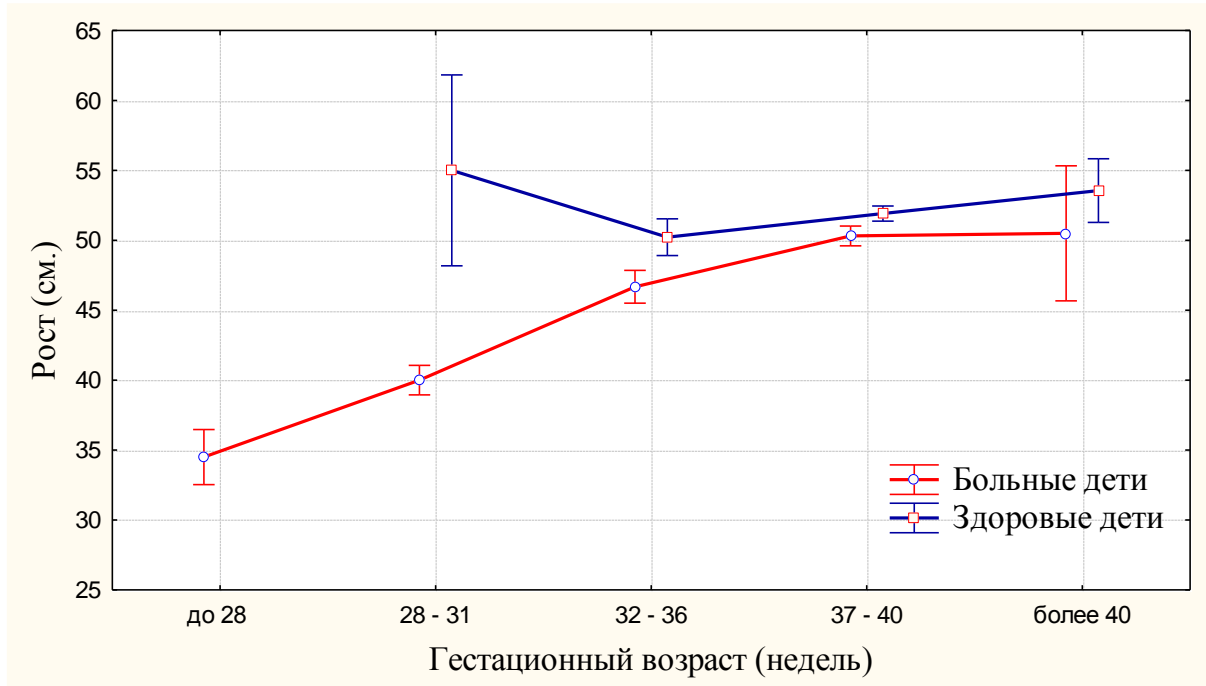


Рисунок 3.8 — Зависимость длины тела при рождении от гестационного возраста новорожденных в основной и контрольной группах

Анализ роста детей с учетом пола показал: средний рост в группе больных детей был достоверно ниже среднего роста в группе здоровых детей ($p = 0,0007$) как у мальчиков, так и у девочек ($p = 0,6$). Средний рост в группе больных детей составил у мальчиков $46,30 \pm 0,63$ см (доверительный интервал 45,05–47,56 см), у девочек $46,14 \pm 0,79$ см ($p = 44,56$ –47,72 см) (таблица 3.9, рисунок 3.9).

Таблица 3.9 — Сравнительная характеристика показателей длины тела при рождении в зависимости от пола ребенка в основной и контрольной группах

Группа	Пол ребенка	N	Среднее значение (Mean)	Стандартная ошибка (Std.Err)	Доверительный интервал (-95,00%; +95,00%)	
Основная	мальчики	287	46,30	0,63	45,05	47,56
	девочки	194	46,14	0,79	44,56	47,72
Контрольная	мальчики	277	52,03	0,27	51,49	52,57
	девочки	215	51,35	0,20	50,95	51,74

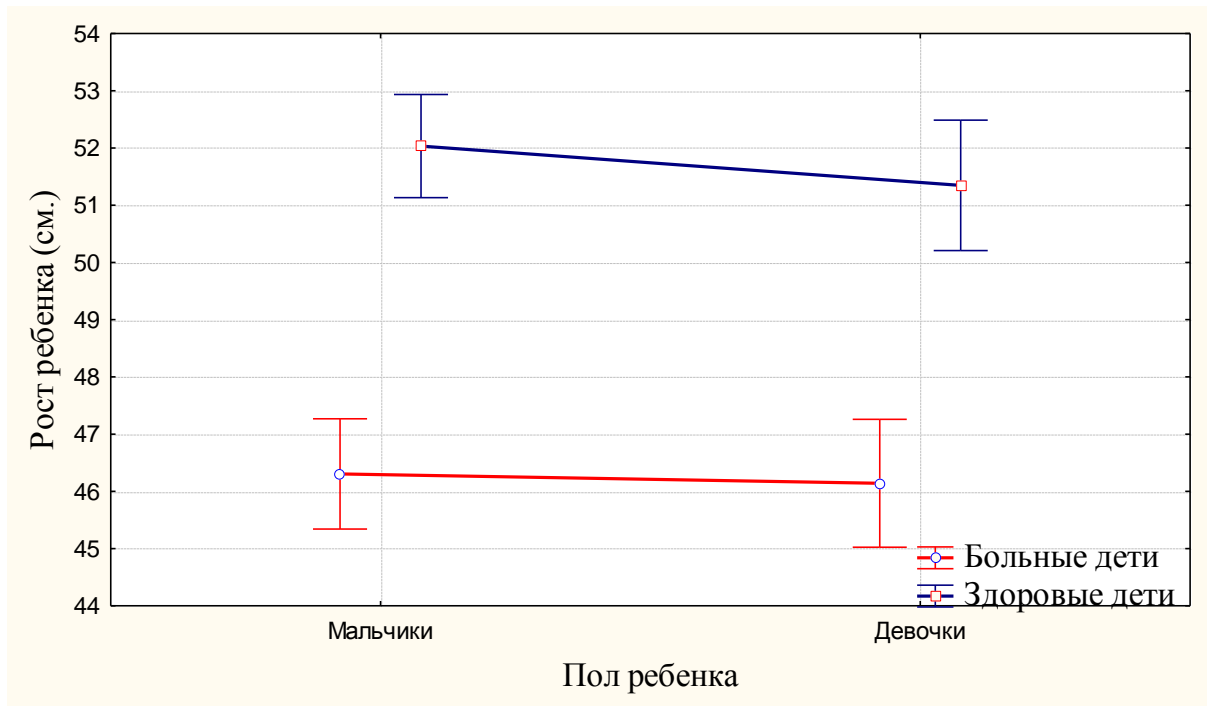


Рисунок 3.9 — Зависимость длины тела при рождении от пола ребенка в основной и контрольной группах

Изучение гестационного возраста у детей, умерших в ранний неонатальный период, показало, что в группе умерших новорожденных статистически значимо преобладали дети гестационного возраста более 28 недель ($78,02\% \pm 4,95\%$) [120, 250, 251].

Выявлено, что у умерших новорожденных гестационного возраста старше 28 недель масса тела достоверно превышала массу тела детей, рожденных до 28 недель беременности ($p=0,001$). Среди умерших новорожденных, гестационный возраст которых превысил 28 недель, достоверно преобладали дети с весом более 1499 г ($85,51\% \pm 4,62\%$). Из них наибольшая доля приходилась на умерших новорожденных с массой тела более 2499 г — 63,8%. Среднее значение массы тела детей гестационного возраста более 28 недель среди умерших новорожденных — 2659 ± 119 г (таблица 3.10).

Таблица 3.10 — Оценка антропометрических данных умерших новорожденных

Показатели	Умершие новорожденные; $M \pm m$ (min–max)	
	<28 недель	>28 недель
Масса тела, г	$794,60 \pm 49,10$ (400–1200)	$2659,70 \pm 119,00^*$ (790–6240)
Длина тела, см	$32,20 \pm 0,90$ (31–56)	$47,00 \pm 0,74^*$ (31–56)

Примечание — * Различия достоверны, $p = 0,04–0,000$.

Анализ длины тела умерших новорожденных показал, что средние значения длины тела детей, гестационный возраст которых был более 28 недель, составил $47,00 \pm 0,74$ см.

В структуре смертности детей с гестационным возрастом более 28 недель преобладали недоношенные (гестационный возраст менее 37 недель) — 62,3%. В ходе исследования сигмальным методом были изучены масса и длина тела недоношенных детей гестационного возраста более 28 недель. Выявлено, что данные показатели имели особенности. Развитие соответствовало гестационному сроку при отнесении параметров ребенка в пределах 2 сигм от соответствующих сроку показателей физического развития ($M \pm 2\sigma$), то есть от 10-го до 90-го перцентиля ($P_{10}-P_{90}$). Оценка массы тела умерших новорожденных представлена в таблице 3.11.

Таблица 3.11 — Оценка массы тела умерших новорожденных

Гестационный возраст, недель	Нормативные показатели массы тела, г			Показатели массы тела умерших новорожденных, г	
	$M \pm \sigma$	$M - 2\sigma$	$M + 2\sigma$	$M \pm m$	
28	1124±183	758	1490	1038,50±42,00	988,17±67,00
29	1381±172	1037	1725	931,75±196,00	1363,33±183,00
30	1531±177	1177	1885	1311,38±213,00	1093,33±203,00
31	1696±212	1272	2120	1512,25±395,00	1500,00±100,00
32	1827±267	1293	2361	1547,00±113,00	нет данных
33	2018±241	1536	2500	1420,00±210,00	2010,00±55,00
34	2235±263	1709	2761	2244,67±210,00	2229,86±39,00
35	2324±206	1912	2736	2290,75±140,00	2180,00±500,00
36	2572±235	2102	3042	2672,00±469,00	2635,00±155,00

Оценка массы тела показала, что у умерших новорожденных, гестационный возраст которых был более 28 недель, масса тела в 80–90% случаев соответствовала нормативным показателям.

Оценка длины тела умерших детей, гестационный возраст которых был более 28 недель, выявила, что она соответствовала нормативным показателям длины тела детей данного гестационного возраста в 85–95% случаев (таблица 3.12).

Таблица 3.12 — Оценка длины тела умерших новорожденных

Гестационный возраст, недель	Нормативные показатели длины тела, см			Длина тела по данным исследования, см	
	M±σ	M - 2σ	M + 2σ	M±m	
28	35,90±1,80	32,30	39,50	35,33±0,80	36,13±2,18
29	37,90±2,00	33,90	41,90	37,67±1,79	37,50±1,17
30	38,90±1,70	35,50	42,30	35,33±3,38	39,00±2,24
31	40,40±1,60	37,20	43,60	43,00±0,10	37,75±3,78
32	41,30±1,90	37,50	45,10	нет данных	40,15±1,82
33	42,70±1,80	39,10	46,30	44,50±1,04	42,00±2,80
34	43,60±1,70	40,20	47,00	46,43±0,95	45,00±1,15
35	44,40±1,50	41,40	47,40	47,00±2,00	46,50±0,87
36	45,3±1,70	41,90	48,70	46,00±1,00	48,50±2,72

Анализ распределения умерших новорожденных по массе тела с учетом срока смерти новорожденных показал, что удельный вес детей со сроком гестации 28–31 недели и ОНМТ составил 10,5% (mean 1200±95 г), со сроком гестации 32–36 недель и НМТ — 13,1% (mean 2257±180 г), со сроком гестации 37 недель и более и весом более 2500 г — 27,7% (mean 3512±149 г) (таблицы 3.13, 3.14).

Таблица 3.13 — Распределение умерших новорожденных по массе тела с учетом срока смерти (в %)

Срок смерти, сутки	Масса тела, г				
	До 999	999–1499	1499–2499	Более 2499	Итого
Первые	14,5	6,6	10,5	22,4	54,0
Вторые	6,6	2,6	1,3	4,0	14,5
Третьи	6,6	1,3	1,3	1,3	10,5
Четвертые — седьмые	9,2	2,6	4,0	5,3	21,0
Итого:	36,8	13,2	17,1	32,9	100,00

Таблица 3.14 — Оценка показателей массы тела новорожденных, умерших в ранний неонатальный период, с учетом гестационного возраста (г)

Гестационный возраст, недель	M±m	Min	Max	Median
22–27	795,68±36,00*	480,00	1466,00	800,00
28–31	1200,00±95,00*	790,00	1700,00	1185,00
32–36	2256,62±180,00*	1100,00	3756,00	2200,00
37 и более	3512,32±149,00*	1160,00	5140,00	3680,00

Примечание — * Различия достоверны, p = 0,04–0,000.

Таким образом, установлено, что больные дети имели более низкую массу и рост при рождении и более поздние сроки начала грудного вскармливания. Анализ веса и роста при рождении у больных и здоровых детей с учетом их

гестационного возраста показал статистически значимые различия в каждой возрастной группе. Анализ веса детей с учетом пола не выявил статистической значимой разницы в весе как в группе здоровых, так и в группе больных и заболевших детей. Средний вес в группе больных детей был достоверно ниже среднего веса в группе здоровых детей как у мальчиков, так и у девочек. Анализ роста детей с учетом пола показал: средний рост в группе больных детей был достоверно ниже среднего роста в группе здоровых детей как у мальчиков, так и у девочек.

Оценка параметров физического развития недоношенных новорожденных, умерших в течение первых 7 суток, продемонстрировала, что в 90–94% случаев оно соответствует физическому развитию для данного гестационного возраста. Среди новорожденных, умерших в первые 72 часа, наибольший удельный вес (по 27,7%) был у детей со сроком гестации 22–27 недель и ЭНМТ (mean 795±37 г), а также сроком гестации более 37 недель и весом более 2500 г (mean 3512±149 г).

3.2 Заболеваемость новорожденных

Наряду с показателями физического развития важными показателями, характеризующими состояние здоровья новорожденных, являются показатели заболеваемости [4, 252]. В 2022 году в СЗФО 45 656, или 40,4%, новорожденных родились больными или заболели. Среди родившихся больными и заболевших впоследствии новорожденных 11,6% составляли дети, родившиеся с массой тела 500–999 г.

Анализ динамики удельного веса детей, родившихся больными и заболевших (рисунок 3.10), показал, что в течение всего изучаемого периода (2015–2022 гг.) в СЗФО этот показатель имел четко прослеживающуюся тенденцию к росту и за 8 лет вырос в 1,4 раза (с 28,8 до 40,4%), в то время как средний по стране показатель, наоборот, хотя и незначительно, но постоянно снижался. Если в 2015 году удельный вес детей, родившихся больными и заболевших, в СЗФО был ниже среднего по РФ (28,8% против 31,6%), то, начиная

с 2017 года, этот показатель стал превышать среднероссийские значения и в 2022 году превысил их в 1,4 раза (40,4% против 29,4%). Оценка удельного веса детей, родившихся больными и заболевших, в Санкт-Петербурге выявила ежегодный рост показателей. При этом в 2015 году показатель был ниже, чем в целом в стране и округе, а в 2022 году превысил среднероссийский и среднеокружной уровни (в 1,6 и 1,2 раза соответственно).

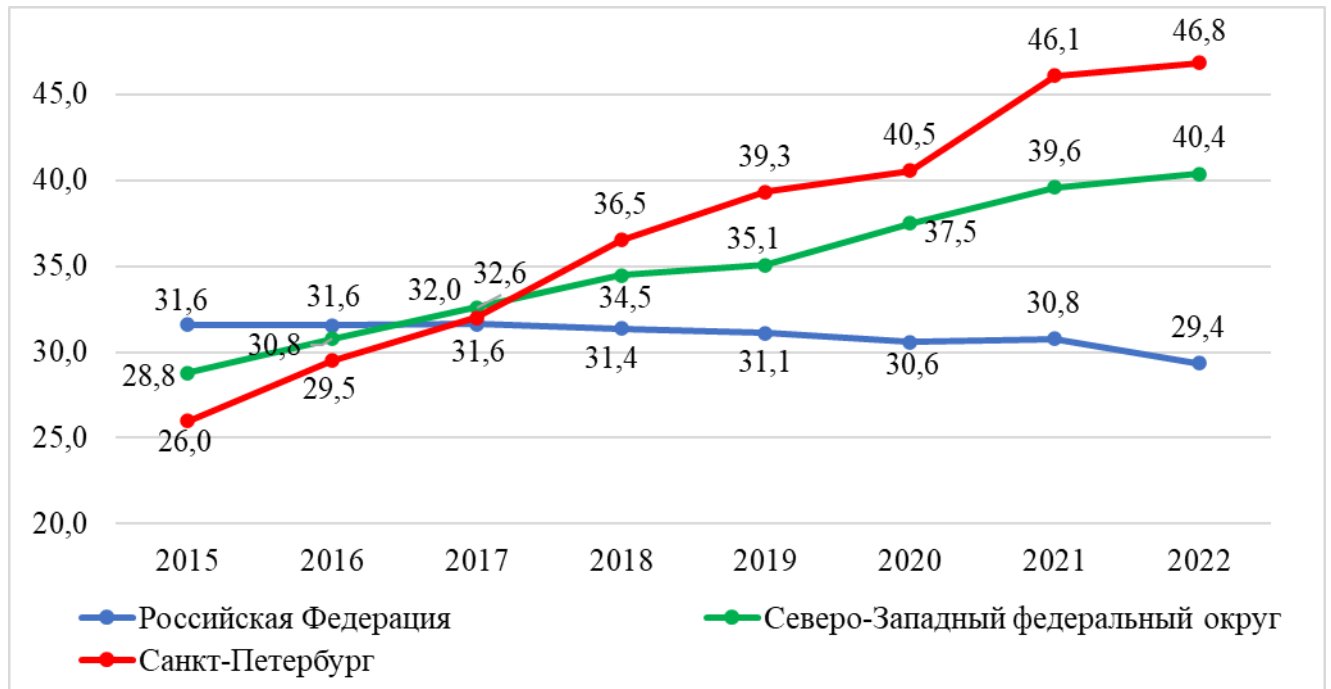


Рисунок 3.10 — Динамика удельного веса детей, родившихся больными и заболевших, в Российской Федерации, Северо-Западном федеральном округе и Санкт-Петербурге в 2015–2022 гг. (в % к числу родившихся живыми)

Вполне естественно, что в структуре заболеваемости новорожденных преобладал XVI класс МКБ-10 — «Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде», на долю которого в среднем за изучаемый период в СЗФО приходилось 76,0%, что значительно ниже, чем в среднем по стране (83,6%). В мегаполисе средняя за восемь изучаемых лет доля заболеваний XVI класса МКБ-10 была значимо ниже, чем в целом по стране и округу (53,8% против 83,6% и 76,0%; $p < 0,05$).

Анализ динамики показателя позволил установить, что как в РФ в целом, так и в СЗФО в течение всего изучаемого периода удельный вес отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде, снижался (рисунок 3.11) в среднем по стране с 89,5 до 78,8%, а в СЗФО с 91,8 до 69,2%.

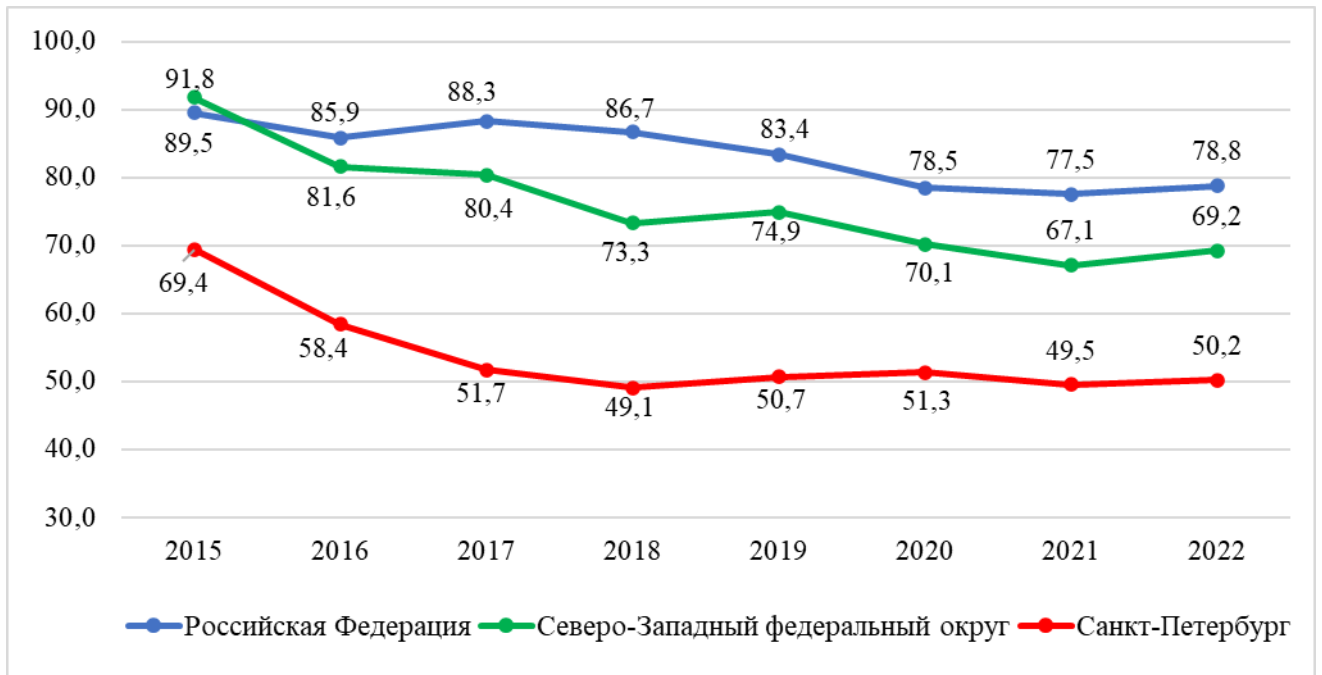


Рисунок 3.11 — Динамика удельного веса отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде (XVI класс МКБ-10), в структуре заболеваемости новорожденных в Российской Федерации, Северо-Западном федеральном округе и Санкт-Петербурге в 2015–2022 гг. (в %)

При этом, если в 2015 году удельный вес отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде, в среднем по РФ и СЗФО различался весьма незначительно и в СЗФО был даже несколько выше, то с каждым годом это разница возрастала и в 2022 году достигла 8,9% (78,8% против 69,2%). В ходе оценивания уровня показателей удельного веса отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде, в структуре заболеваемости новорожденных в Санкт-Петербурге установлено, что значение показателей было ниже, чем в среднем в России и СЗФО. Динамика данных показателей в Санкт-Петербурге в изучаемый период имела тенденцию к снижению, и в 2022 году удельный вес отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде, снизился на 27,6% к уровню 2015 года (69,4% против 50,2%; $p < 0,05$).

Однако у одного ребенка может быть зарегистрировано несколько заболеваний, входящих в XVI класс болезней, поэтому большее значение имеет анализ заболеваемости.

Всего за период 2015–2022 гг. в России родились живыми 12 754 472 детей и было зарегистрировано 33 353 340 заболеваний, входящих в XVI класс МКБ-10;

таким образом, средний показатель заболеваемости составил 261,51 на 1000 родившихся живыми. В СЗФО родились живыми 1 144 060 детей, было зарегистрировано 244 175 заболеваний отдельными состояниями, возникающими в перинатальном периоде; следовательно, заболеваемость в округе составила 262,20 на 1000 родившихся живыми, что практически полностью соответствует среднему показателю по РФ. В Санкт-Петербурге в 2015–2022 гг. родились живыми 491 959 детей, было зарегистрировано 90 209 отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде; следовательно, средняя за восемь лет заболеваемость детей мегаполиса составила 183,37 на 1000 родившихся живыми. Таким образом, средний показатель заболеваемости XVI класс МКБ-10 в Санкт-Петербурге ниже, чем в России и СЗФО на 29,9 и 30,1% соответственно.

Анализ динамики заболеваемости новорожденных отдельными состояниями, возникающими в перинатальном периоде (XVI класс МКБ-10) в России в целом и в СЗФО показал (рисунок 3.12), что в РФ показатель заболеваемости в период 2015–2018 гг. превышал средний показатель по СЗФО.

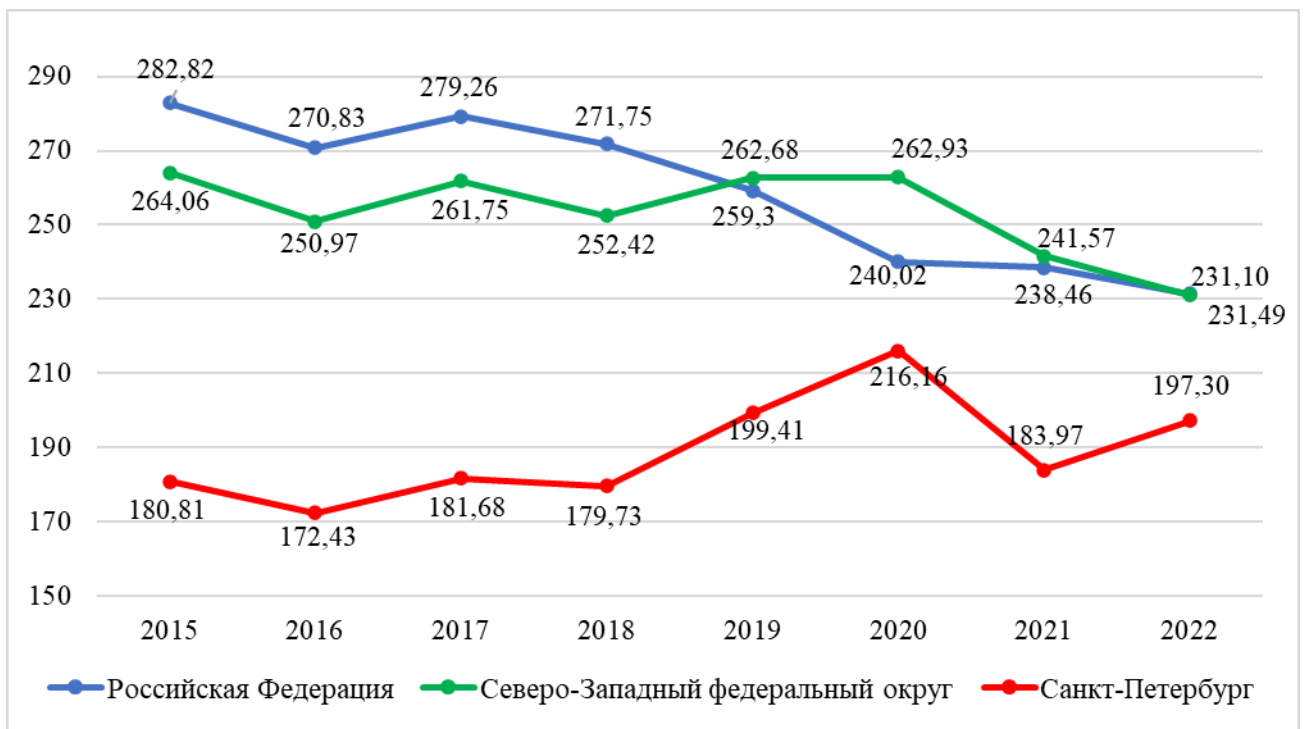


Рисунок 3.12 — Динамика заболеваемости новорожденных отдельными состояниями, возникающими в перинатальном периоде (XVI класс МКБ-10), в Российской Федерации, Северо-Западном федеральном округе и Санкт-Петербурге в 2015–2022 гг. (на 1000 родившихся живыми)

В 2019 году эти показатели практически сравнялись, и в 2020 году уровень заболеваемости XVI классом в округе превысил средний показатель по стране в 1,1 раза. Однако к 2022 году показатель заболеваемости по СЗФО практически снова стал соответствовать среднероссийскому уровню (231,10 против 231,46 на 1000 родившихся живыми). В РФ снижение показателя заболеваемости отдельными состояниями, возникающими в перинатальном периоде, в 2015–2022 гг. составило 18,4%, а в СЗФО — 12,5%. Уровень заболеваемости новорожденных отдельными состояниями, возникающими в перинатальном периоде, в Санкт-Петербурге весь изучаемый период был существенно ниже, чем в среднем в России и СЗФО. До 2020 года включительно заболеваемость этим классом болезней в мегаполисе ежегодно росла, достигнув 216,16%. После этого в 2021 году снизилась до 183,97%. А в 2022 году показатель снова вырос и составил 197,30%, что было ниже среднероссийского и среднеокружного показателей на 14,8 и 14,6% соответственно. Динамика заболеваемости отдельными состояниями, возникающими в перинатальном периоде, в Санкт-Петербурге за период 2015–2022 гг. составила +8,3%.

3.3 Потребность новорожденных в стационарной медицинской помощи

Организация лечения родившихся больными и заболевших новорожденных зависит от диагноза, состояния новорожденного, возможностей медицинской организации. Дети при угрожающих жизни состояниях поступают в ОРИТН. Если в медицинской организации родовспоможения отсутствует такое отделение, то дети переводятся в медицинскую организацию неонатологического или педиатрического профиля. Значительная часть нуждающихся в лечении родившихся больными и заболевших новорожденных проходят лечение в ОПН, которое осуществляет круглосуточное специализированное обследование и лечение новорожденных с различными заболеваниями перинатального периода, выхаживание недоношенных детей [119, 121].

В 2022 году в ОПН федерального округа в возрасте 0–6 дней поступили 6148 родившихся больными и заболевших новорожденных, что составило 5,44% всего числа детей, родившихся живыми. Анализ динамики удельного веса госпитализированных в ОПН детей из числа родившихся живыми в СЗФО показал, что, начиная с 2016 года, этот показатель имел четко выраженную тенденцию к снижению, однако в 2022 году он вырос к уровню 2021 года. Тем не менее по сравнению с 2016 годом показатель снизился в 1,5 раза. При этом в течение всех восьми лет наблюдения удельный вес госпитализированных в ОПН из числа родившихся живыми в СЗФО был ниже среднего показателя по стране (рисунок 3.13).

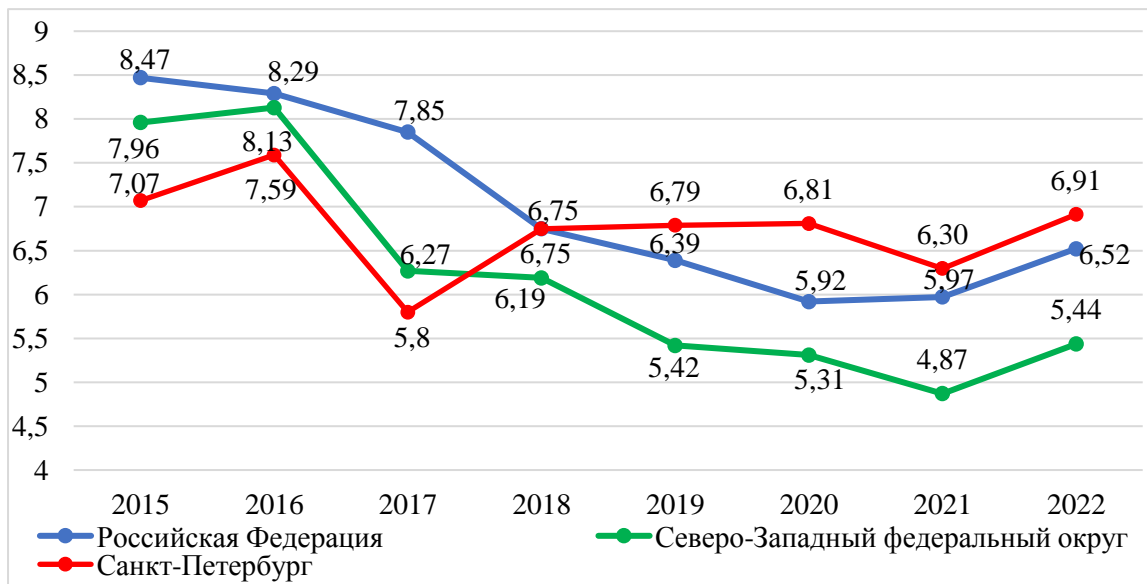


Рисунок 3.13 — Динамика удельного веса госпитализированных в отделение патологии новорожденных и недоношенных детей от числа родившихся живыми в Российской Федерации, Северо-Западном федеральном округе и Санкт-Петербурге (в %)

Удельный вес госпитализированных в ОПН Санкт-Петербурга в 2022 году составил 6,91%, что выше, чем в среднем в стране и в федеральном округе в 1,1 и 1,3 раза соответственно. Анализ динамики показателей выявил, что до 2018 года в Санкт-Петербурге удельный вес госпитализированных в ОПН был ниже, чем в среднем в Российской Федерации и СЗФО, а с 2019 года — выше.

Всего за период 2015–2022 гг. в СЗФО прошли лечение в ОПН 72 726 новорожденных, или 6,20% числа родившихся живыми, а в Санкт-Петербурге —

32 660 детей, или 6,75%. Соответственно, удельный вес детей Санкт-Петербурга, прошедших лечение в ОПН от общего числа новорожденных, госпитализированных в ОПН федерального округа, составил 44,9%.

Таким образом, в Санкт-Петербурге в условиях снижения рождаемости и повышения уровня заболеваемости новорожденных наблюдается рост потребности детей в госпитализации в ОПН медицинских организаций.

Глава 4. ОСОБЕННОСТИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ СЕМЕЙ НОВОРОЖДЕННЫХ, РОДИВШИХСЯ БОЛЬНЫМИ И ЗАБОЛЕВШИХ, И ИХ КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

4.1 Сравнительная оценка медико-социальной характеристики семей и течения беременности у матерей, имеющих детей, родившихся больными и заболевших, и здоровых новорожденных

Для изучения особенностей медико-социальной характеристики семей, имеющих детей, родившихся больными и заболевших, было проведено сравнение данного контингента (основная группа) с семьями здоровых новорожденных (контрольная группа) (см. приложение 1). Полученные данные позволили установить, что средний возраст матерей в основной группе составил $30,55 \pm 0,46$ года и в контрольной группе — $27,12 \pm 0,32$ года ($t = 34,29$; $p < 0,01$). Средний возраст отцов в основной группе — $33,14 \pm 0,54$ года, в контрольной группе — $29,76 \pm 0,45$ года ($t = 25,44$; $p < 0,01$) [82]. Распределение родителей по возрасту в основной и контрольной группах представлено в таблице 4.1.

Таблица 4.1— Распределение родителей по возрасту в основной и контрольной группах (в % к итогу)

Возраст, лет	Матери			Отцы		
	Основная группа	Контрольная группа	t (p)	Основная группа	Контрольная группа	t (p)
До 20	0,5	2,6	0,31 (>0,1)	0,6	2,1	0,21 (>0,1)
20–24	12,1	31,1	3,32 (<0,01)	6,6	19,0	2,05(<0,05)
25–29	28,1	40,8	2,43 (<0,05)	20,4	35,4	2,74(<0,01)
30–34	26,9	18,9	3,80 (<0,01)	32,0	28,7	0,61 (>0,1)
35–39	21,4	5,1	2,69 (<0,01)	18,2	8,2	1,66 (>0,1)
40–44	8,8	1,0	1,17 (>0,1)	11,3	3,5	1,32 (>0,1)
45 и старше	2,2	0,5	0,25 (>0,1)	10,9	3,1	1,25 (>0,1)
Итого	100,0	100,0	–	100,0	100,0	–

Проведенное исследование показало, что в семьях, имеющих больного ребенка, статистически значимо меньше матерей до 30 лет ($p < 0,05$) и больше матерей возрастных групп 30–34 года ($p < 0,01$) и 35–39 лет ($p < 0,01$). А у отцов достоверно меньше в возрасте 20–29 лет ($p < 0,05$) в обеих возрастных группах:

20–24 года ($p < 0,05$) и 25–29 лет ($p < 0,01$). Соответственно, есть достоверная разница между возрастом матерей и отцов у здоровых новорожденных и детей, родившихся больными и заболевших.

Оценка распределения матерей по семейному положению не показала статистически значимой разницы между показателями в основной и контрольной группах (таблица 4.2). Однако удельный вес матерей, не состоящих в зарегистрированном браке, среди женщин, имеющих здорового ребенка, ниже, чем среди матерей больных детей (32,3% против 38,5%). При сравнении полученных в ходе исследования показателей и сведений по брачному состоянию матерей в Санкт-Петербурге в 2019–2020 гг. (18,0 и 18,7% соответственно) выявлено, что удельный вес матерей вне брака в исследовании в 2 раза превышал данные официальной статистики.

Таблица 4.2 — Распределение матерей по семейному положению в основной и контрольной группах (в % к итогу)

Семейное положение	Основная группа	Контрольная группа	t (p)
Живу в зарегистрированном браке	61,5	67,7	1,62 (>0,1)
Живу в гражданском браке	19,3	16,9	0,41 (>0,1)
Разведена	4,4	8,5	0,64 (>0,1)
Вдова	6,9	0,4	0,77 (>0,1)
В браке не состою и не состояла	7,9	6,5	0,64 (>0,1)
Итого	100,0	100,0	–

Изучение влияния уровня образования выявило, что в основной группе исследуемых семей было больше родителей со средним и средним специальным образованием, чем в контрольной. Среди родителей, имеющих неоконченное высшее и высшее образование, прослеживалась противоположная тенденция. В группе матерей и отцов здоровых детей было больше родителей с высшим и неоконченным высшим образованием (таблица 4.3), чем в группе матерей и отцов, имевших детей, родившихся больными и заболевших (62,0% против 74,8% у матерей и 60,5% против 73,3% у отцов). Уровень значимости в группах определялся показателями t (p) равными 3,54 и 3,46 соответственно ($p < 0,01$).

Таблица 4.3 — Распределение родителей по уровню образованию в основной и контрольной группах (в % к итогу)

Образование	Матери			Отцы		
	Основная группа	Контрольная группа	<i>t</i> (р)	Основная группа	Контрольная группа	<i>t</i> (р)
Начальное	2,9	1,6	0,19 (>0,1)	1,7	2,0	0,04 (>0,1)
Среднее	9,4	6,1	0,52 (>0,1)	13,1	5,2	1,29 (>0,1)
Среднее специальное	25,7	17,5	1,45 (>0,1)	24,7	19,5	0,92 (>0,1)
Неоконченное высшее	7,7	21,5	2,31 (<0,05)	10,6	15,0	0,73 (>0,1)
Высшее	54,3	53,3	0,22 (>0,1)	49,9	58,3	2,59 (<0,05)
Итого	100,0	100,0	–	100,0	100,0	–

Анализ распределения по социальному положению родителей в основной и контрольной группах позволил установить, что, как среди матерей, так и среди отцов, выше удельный вес служащих и неработающих лиц (домохозяек) и ниже удельный вес рабочих, предпринимателей и обучающихся (таблица 4.4). Однако статистически значимая разница между основной и контрольной группами определялась только при сравнении матерей, имеющих социальный статус служащих ($t = 2,12$; $p < 0,05$).

Таблица 4.4 — Распределение родителей по социальному положению в основной и контрольной группах (в % к итогу)

Социальное положение	Матери			Отцы		
	Основная группа	Контрольная группа	<i>t</i> (р)	Основная группа	Контрольная группа	<i>t</i> (р)
Рабочая(ий)	43,2	50,5	1,54 (>0,1)	48,9	53,6	1,05 (>0,1)
Служащая(ий)	26,0	13,8	2,12 (<0,05)	24,1	16,7	1,63 (>0,1)
Предприниматель	5,0	7,9	0,46 (>0,1)	12,5	20,8	1,41 (>0,1)
Не работает (домохозяйка)	25,2	15,2	1,74 (>0,1)	8,9	2,6	0,84 (>0,1)
Обучающихся (студент)	0,6	12,6	1,73 (>0,1)	5,0	6,3	0,20 (>0,1)
Пенсионер	0,0	0,0	–	0,6	0,0	0,11 (>0,1)
Итого	100,0	100,0	–	100,0	100,0	–

Значительное число авторов полагают [15, 31, 81, 71, 90, 97, 165, 168, 182], что имеется зависимость между здоровьем детей и их количеством в семье. С целью подтверждения или опровержения данного утверждения была проведена оценка этой взаимосвязи. Установлено, что среднее число детей в семьях, имеющих детей, родившихся больными и заболевших, составило $1,87 \pm 0,12$, а в семьях со здоровыми новорожденными — $1,51 \pm 0,07$ ($t = 32,08$; $p < 0,05$). Распределение семей по количеству детей в семье представлено в таблице 4.5.

Таблица 4.5 — Распределение семей по количеству детей в семье в основной и контрольной группах (в % к итогу)

Количество детей	Основная группа	Контрольная группа	t (p)
1	43,6	59,4	3,50 (<0,01)
2	33,9	30,1	0,72 (>0,1)
3	15,0	9,1	0,91 (>0,1)
4	6,0	1,0	0,75 (>0,1)
5	1,5	0,4	0,21 (>0,1)
Итого	100,0	100,0	—

Таким образом, в многодетных семьях достоверно чаще были дети, родившихся больными и заболевшие ($t = 2,01$; $p < 0,05$).

Ранняя постановка на учет по беременности согласно нормативно-правовой базе осуществляется на сроке до 12 недель. Среднее количество недель постановки на учет по беременности в основной группе было $9,94 \pm 0,04$ недели, а в контрольной — $8,62 \pm 0,04$ недели. Соответственно матери больных новорожденных достоверно позже вставали на учет по беременности в женской консультации, чем матери здоровых детей ($t = 23,40$; $p > 0,01$). Несмотря на то что 95,0% матерей основной группы и 96,5% матерей контрольной группы встали на учет в женской консультации в установленные сроки, достоверно чаще до 6 недель вставали на учет матери здоровых новорожденных ($t = 3,44$; $p > 0,01$) [87]. Распределение матерей по времени постановки на учет по беременности в основной и контрольной группах представлено в таблице 4.6.

Таблица 4.6 — Распределение матерей по времени постановки на учет по беременности в основной и контрольной группах (в % к итогу)

Количество недель	Основная группа	Контрольная группа	<i>t</i> (p)
До 6	3,7	24,5	3,44 (<0,01)
С 6 до 10	51,4	49,5	0,42 (>0,1)
С 10 до 14	39,9	22,5	3,26 (<0,01)
С 14 до 18	3,1	2,0	0,17 (>0,1)
С 18 до 22	1,5	1,0	0,07 (>0,1)
С 22 и позднее	0,4	0,5	0,01 (>0,1)
Итого	100,0	100,0	–

Среднее время продолжительности беременности в основной группе составило $34,48 \pm 1,21$ недель, в контрольной группе оно было достоверно выше — $37,34 \pm 0,94$ недель ($t = 65,57$; $p < 0,05$). Исследование показало, что здоровые дети значительно чаще рождались позднее 28 недель беременности ($t = 4,69$; $p < 0,01$). Кроме того, родоразрешение в срок имели 79,5% матерей контрольной группы против 50,9% матерей основной группы ($t = 7,53$; $p > 0,01$), что является достоверным фактором рождения здорового ребенка. Распределение матерей по продолжительности беременности в основной и контрольной группах представлено в таблице 4.7.

Таблица 4.7 — Распределение матерей по продолжительности беременности в основной и контрольной группах (в % к итогу)

Продолжительность беременности, недель	Основная группа	Контрольная группа	<i>t</i> (p)
До 28	7,7	0	1,73 (>0,1)
28–31	23,3	1,2	3,40 (<0,01)
32–36	17,3	15,8	0,10 (>0,1)
37–40	50,9	79,5	7,53 (<0,01)
С 41 и более	0,8	3,5	0,39 (>0,1)
Итого	100,0 (481)	100,0	–

Оценка наличия у матерей хронических заболеваний (патологических состояний), заболеваний, возникших во время беременности, и осложнений в родах показала (рисунок 4.1), что у матерей, имевших детей, родившихся больными и заболевших, они наблюдались статистически значимо чаще, чем у

матерей здоровых новорожденных ($t = 4,56$; $t = 4,92$ и $t = 3,04$ соответственно, при $p < 0,01$).

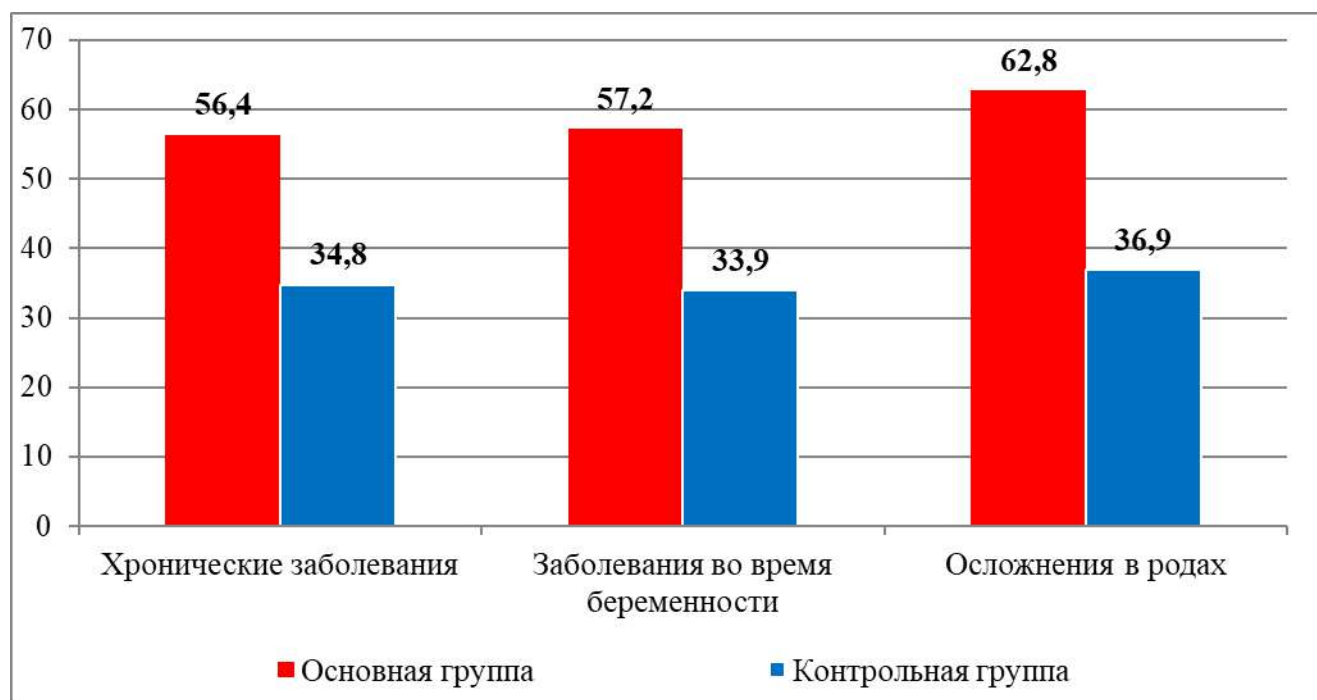


Рисунок 4.1 — Наличие у матерей хронических заболеваний, заболеваний (патологических состояний), возникших во время беременности, и осложнений в родах в основной и контрольной группах (в %)

Изучение частоты хронической патологии, имеющейся у матерей детей, родившихся больными и заболевших, показало, что наиболее часто у этих женщин встречались болезни органов дыхания, болезни мочеполовой системы и болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (10,7; 8,2 и 7,7 случаев на 100 женщин, закончивших беременность, соответственно). У матерей здоровых новорожденных наиболее часто наблюдались болезни органов дыхания, болезни органов пищеварения и болезни системы кровообращения (8,6; 5,4 и 4,9 случаев на 100 женщин, закончивших беременность, соответственно). Проведенная сравнительная оценка хронической патологии у матерей новорожденных детей показала, что у матерей основной группы чаще, чем в контрольной группе, встречались болезни органов дыхания (в 1,2 раза), болезни кожи и подкожной клетчатки (в 1,4 раза), болезни мочеполовой системы (в 2,3 раза), болезни глаза и его придаточного аппарата (в 3,4 раза), болезни системы кровообращения (в 1,5 раз), а также болезни эндокринной

системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (в 3,1 раза). Частота наиболее часто встречающихся форм хронических заболеваний у матерей в основной и контрольной группах представлена в таблице 4.8.

Таблица 4.8 — Частота наиболее часто встречающихся форм хронических заболеваний у матерей в основной и контрольной группах (в % к числу женщин, закончивших беременность)

Наименование классов болезней по МКБ-10	Основная группа	Контрольная группа	t (p)
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	7,7	2,5	0,80 (>0,1)
Болезни глаза и его придаточного аппарата	6,2	1,8	0,68 (>0,1)
Болезни системы кровообращения	7,5	4,9	0,41 (>0,1)
Болезни органов дыхания	10,7	8,6	0,34 (>0,1)
Болезни органов пищеварения	1,6	5,4	0,59 (>0,1)
Болезни кожи и подкожной клетчатки	3,1	2,2	0,14 (>0,1)
Болезни мочеполовой системы	8,2	3,6	0,73 (>0,1)

У матерей контрольной группы чаще, чем в основной группе, встречались только болезни органов пищеварения (в 3,4 раза). Однако статистически значимой разницы при сравнении частоты хронических заболеваний у матерей больных и здоровых новорожденных не установлено.

Оценка частоты заболеваний (патологических состояний), возникших у матерей во время беременности, в основной и контрольной группах выявило, что у матерей детей, родившихся больными и заболевших, наиболее часто встречающимися формами были анемия, гипертензия и угроза прерывания беременности (35,0; 15,3 и 13,6 случаев на 100 женщин, закончивших беременность, соответственно). У матерей здоровых новорожденных чаще всего наблюдались анемия, гестационный сахарный диабет и болезни системы кровообращения (21,3; 7,9 и 7,7 случаев на 100 женщин, закончивших беременность, соответственно) [85, 118, 224, 227]. Частота заболеваний (патологических состояний), возникших у матерей во время беременности в основной и контрольной группах представлена в таблице 4.9.

Таблица 4.9 — Частота заболеваний (патологических состояний), возникших у матерей во время беременности в основной и контрольной группах (в % к числу женщин, закончивших беременность)

Наименование заболевания (патологического состояния)	Основная группа	Контрольная группа	<i>t</i> (p)
Анемия	35,0	21,3	2,51 (<0,05)
Гипертензия	15,3	2,2	2,09 (<0,05)
Болезни эндокринной системы	9,8	4,1	0,90 (>0,1)
Гестационный сахарный диабет	10,8	7,9	2,08 (<0,05)
Болезни мочеполовой системы	6,2	6,5	0,05 (>0,1)
Болезни системы кровообращения	7,1	7,7	0,10 (>0,1)
Венозные осложнения	6,7	7,1	0,06 (>0,1)
Угроза прерывания беременности	13,6	2,8	1,72 (>0,1)
Угроза преждевременных родов	5,4	1,8	0,55 (>0,1)
Резус-конфликт	2,5	0,6	0,26 (>0,1)
Патология плода	5,0	0,8	0,61 (>0,1)
Болезни органов дыхания (в том числе ОРЗ, ОРВИ)	8,1	4,0	0,65 (>0,1)
Прочие	4,4	5,7	0,20 (>0,1)

Сравнительная оценка частоты заболеваний (патологических состояний), возникших у матерей во время беременности, в основной и контрольной группах показала наличие статистически значимых различий по частоте встречаемости анемии (35,0% против 21,3% ($t = 2,51$; $p < 0,05$)), гипертензии (15,3% против 2,2% ($t = 2,09$; $p < 0,05$)), гестационного сахарного диабета (10,8% против 7,9% ($t = 2,08$; $p < 0,05$)).

Несмотря на то что у матерей детей, родившихся больными и заболевших, встречались чаще болезни эндокринной системы (в 2,4 раза), угроза прерывания беременности (в 4,9 раз) и преждевременных родов (в 3,0 раза), резус-конфликт (4,2 раза), патология плода (в 6,3 раза) и болезни органов дыхания (в 2,0 раза), статистически достоверная разница между частотой в основной и контрольной группах не установлена ($p > 0,1$).

4.2 Сравнительная оценка качества жизни больных и здоровых новорожденных

Определение уровня качества жизни новорожденных можно рассматривать как дополнительный критерий, позволяющий судить о состоянии их здоровья. Его оценка позволяет выделить новорожденных с низким, средним и высоким уровнями качества жизни, что, в свою очередь, позволяет проводить мероприятия, направленные на профилактику здоровья будущих матерей и новорожденных.

Изучение показателей качества жизни новорожденных проводили в два этапа. На первом этапе изучали показатели качества жизни в группе с патологиями в целом и новорожденных, не имеющих патологий, с последующим сравнительным анализом. На втором этапе проводили сравнение показателей качества жизни у новорожденных с разной патологией. Исследование продемонстрировало, что показатели качества жизни по всем шкалам опросника PedQL ниже у детей, родившихся больными и заболевших, по сравнению со здоровыми детьми из группы сравнения [89]. Значимые различия выявлены по следующим шкалам: физическая активность, физические симптомы, эмоциональное состояние, социальная активность, познавательная активность, суммарный балл физического функционирования, суммарный балл психосоциального здоровья, общий балл (таблица 4.10).

Таблица 4.10 — Средние показатели качества жизни детей основной и контрольной групп

Шкалы PedQL	Основная группа (n = 183), M±σ	Контрольная группа (n = 196), M±σ	p
Физическая активность	60,9±23,1	81,3±15,4	<0,05
Физические симптомы	74,2±13,5	82,1±12,4	<0,05
Эмоциональное состояние	72,5±15,6	75,0±14,3	>0,05
Социальная активность	75,2±24,1	82,9±16,8	<0,05
Познавательная активность	80,2±24,5	84,2±17,2	>0,05
Суммарный балл физического функционирования	69,3±14,5	81,8±11,4	<0,05
Суммарный балл психосоциального здоровья	74,6±14,5	78,4±12,4	<0,05
Общий балл	72,3±11,6	79,9±10,6	<0,05

Получены статистически значимые различия по следующим шкалам: физическая активность, физические симптомы, социальная активность между группами (парный тест Стьюдента); $p < 0,05$ (рисунок 4.2).

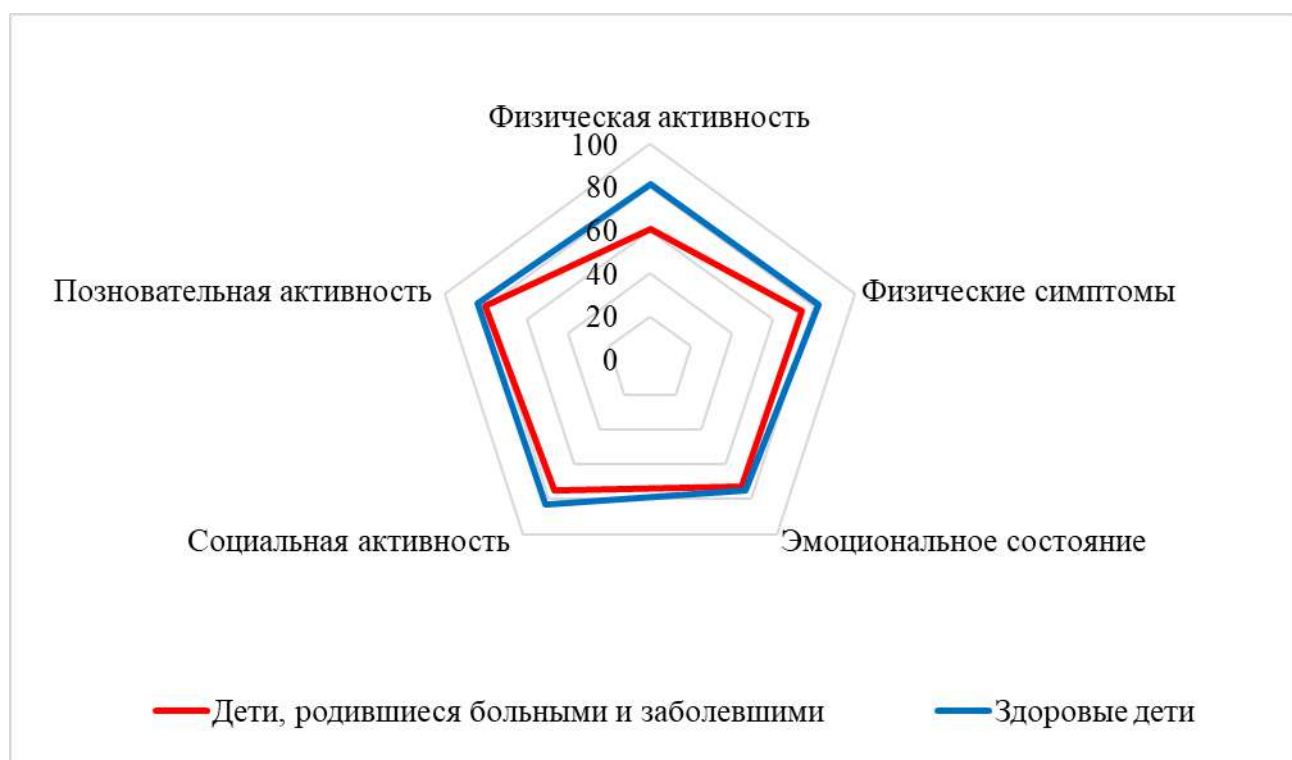


Рисунок 4.2 — Профили качества жизни новорожденных основной и контрольной групп

Также были выявлены значимые различия по суммарным баллам физического функционирования и психосоциального здоровья и по общему баллу качества жизни между группами (парный тест Стьюдента); $p < 0,05$. Таким образом, в большей степени для новорожденных, родившихся больными и заболевших, было характерно нарушение физической активности, физических симптомов, социальной активности. Указанные различия наглядно видны на профилях качества жизни новорожденных, родившихся больными и заболевших, и здоровых детей.

В таблицах 24–26 представлены показатели качества жизни у детей с разной патологией: анемия, врожденные пороки сердца (ВПС), гидроцефалия. Проведен сравнительный анализ показателей качества жизни в основной группе у новорожденных со следующими видами патологии: 1) дети с ВПС и анемией; 2) дети с ВПС и гидроцефалией; 3) дети с гидроцефалией и анемией.

Как видно из таблицы 4.11, все показатели качества жизни у детей с анемией выше, чем у новорожденных с ВПС. Однако выявленные различия в показателях качества жизни, являются статистически значимы только по шкалам физической активности, физического здоровья и по общему баллу.

Таблица 4.11 — Сравнение показателей качества жизни новорожденных в основной группе у детей с врожденными заболеваниями (пороками) сердца и анемией

Шкалы PedQL	Дети с врожденными пороками сердца (n = 38), M±σ	Дети с анемией (n = 34), M±σ	p
Физическая активность	50,5±27,0	66,2±19,4	<0,05
Физические симптомы	68,5±17,7	72,8±14,4	>0,05
Эмоциональное состояние	68,0±17,6	74,7±17,9	>0,05
Социальная активность	76,0±18,9	80,3±17,9	>0,05
Познавательная активность	82,3±20,5	88,4±13,3	>0,05
Суммарный балл физического функционирования	61,7±18,3	70,3±13,9	<0,05
Суммарный балл психосоциального здоровья	72,5±15,2	78,6±10,5	>0,05
Общий балл	67,7±11,9	74,9±9,8	<0,05

Сравнение показателей качества жизни у новорожденных с ВПС и гидроцефалией показало, что практически все показатели качества жизни, кроме эмоционального состояния, социальной активности, психосоциального здоровья, у новорожденных с ВПС выше, чем у детей с гидроцефалией. Сравнение показателей качества жизни в основной группе у новорожденных с врожденными пороками сердца и гидроцефалией представлено в таблице 4.12.

Таблица 4.12 — Сравнение показателей качества жизни в основной группе у новорожденных с врожденными пороками сердца и гидроцефалией

Шкалы PedQL	Дети с врожденными пороками сердца (n = 38), M±σ	Дети с гидроцефалией (n = 24), M±σ	p
Физическая активность	50,5±27,0	46,7±28,3	>0,05
Физические симптомы	68,5±17,7	66,8±21,1	>0,05
Эмоциональное состояние	68,0±17,6	69,0±17,4	>0,05
Социальная активность	76,0±18,9	76,3±21,5	>0,05
Познавательная активность	82,3±20,4	80,0±20,8	>0,05
Суммарный балл физического функционирования	61,7±18,2	59,2±21,0	<0,05
Суммарный балл психосоциального здоровья	72,5±15,2	72,7±15,7	>0,05
Общий балл	67,7±11,9	66,7±11,8	<0,05

Выявленные различия в показателях качества жизни у новорожденных, родившихся больными и заболевших, с данными заболеваниями являются статистически значимы по шкалам суммарного балла физического функционирования и общему баллу.

Сравнение показателей качества жизни в основной группе у детей с анемией и гидроцефалией выявило, что все показатели качества жизни детей с анемией выше, чем у новорожденных с гидроцефалией. Выявленные различия в показателях качества жизни являются статистически значимы по шкалам физической активности, физического функционирования и общему баллу. Указанные различия приведены в таблицы 4.13.

Таблица 4.13 — Сравнение показателей качества жизни новорожденных в основной группе у детей с анемией и гидроцефалией

Шкалы PedQL	Дети с гидроцефалией (n = 24), M±σ	Дети с анемией (n = 34), M±σ	p
Физическая активность	46,7±28,3	66,2±19,4	<0,05
Физические симптомы	66,8±21,1	72,8±14,4	>0,05
Эмоциональное состояние	69,0±17,5	74,7±17,9	>0,05
Социальная активность	76,3±21,5	80,3±17,9	>0,05
Познавательная активность	80,0±20,8	88,4±13,3	>0,05
Суммарный балл физического функционирования	59,2±21,0	70,3±13,9	<0,05
Суммарный балл психосоциального здоровья	72,7±15,7	78,6±10,5	>0,05
Общий балл	66,7±11,8	74, ±9,8	<0,05

Дополнительно проанализированы показатели качества жизни новорожденных, родившихся больными и заболевших, и здоровых детей в зависимости от группы здоровья. Показатели качества жизни новорожденных, родившихся больными и заболевших, различаются у детей с разной группой здоровья. Достоверные различия установлены по шкалам физической активности, социальной активности, познавательной активности, психосоциального здоровья и по общему баллу качества жизни. Сравнение показателей качества жизни новорожденных, родившихся больными и заболевших, по группам здоровья представлено в таблице 4.14.

Таблица 4.14 — Сравнение показателей качества жизни новорожденных, родившихся больными и заболевших, по группам здоровья

Шкалы PedQL	Группа здоровья II (n = 52), M±σ	Группа здоровья III (n = 87), M±σ	p
Физическая активность	67,3±20,8	58,0±24,6	<0,05
Физические симптомы	74,0±13,2	73,4±14,3	>0,05
Эмоциональное состояние	75,0±14,4	70,4±16,2	>0,05
Социальная активность	80,6±18,6	69,5±28,6	<0,05
Познавательная активность	89,4±14,2	71,2±29,6	<0,05
Суммарный балл физического функционирования	71,5±13,5	67,7±15,8	>0,05
Суммарный балл психосоциального здоровья	79,0±10,7	70,4±16,6	<0,05
Общий балл	75,7±9,5	69,2±12,5	<0,05

Сравнение показателей качества жизни у здоровых новорожденных между детьми с группой здоровья I и группой здоровья II не выявило значимых различий. Результаты сравнительного анализа показателей качества жизни представлены в таблице 4.15.

Таблица 4.15 — Сравнение показателей качества жизни у здоровых новорожденных по группам здоровья

Шкалы PedQL	Группа здоровья I (n = 138), M±σ	Группа здоровья II (n = 58), M±σ	p
Физическая активность	81,6±13,6	80,5±19,2	>0,05
Физические симптомы	82,7±12,3	80,5±12,7	>0,05
Эмоциональное состояние	75,4±14,7	74,0±13,5	>0,05
Социальная активность	82,8±17,3	83,0±15,6	>0,05
Познавательная активность	83,7±17,6	85,2±16,2	>0,05
Суммарный балл физического функционирования	82,3±10,8	80,6±12,9	>0,05
Суммарный балл психосоциального здоровья	78,6±12,6	78,0±11,9	>0,05
Общий балл	80,2±10,5	79,1±11,0	>0,05

Таким образом, качество жизни здоровых новорожденных достоверно лучше, чем у детей, родившихся больными и заболевших. Показатели качества жизни больных новорожденных существенно ниже соответствующих показателей у здоровых детей. У больных новорожденных снижены физическая активность, физические симптомы и социальная активность. При сравнении качества жизни у детей с разной патологией выявлено, что показатели качества жизни новорожденных с анемией выше, чем у детей с ВПС и гидроцефалией. Показатели качества жизни новорожденных с гидроцефалией ниже, чем у детей,

имеющих ВПС. Значимые различия по качеству жизни новорожденных детей установлены между I и III группами здоровья. Показатели качества жизни новорожденных, имеющих I и II группы здоровья, сходны. Соответственно, качество жизни новорожденного ребенка можно рассматривать как интегральную характеристику состояния здоровья детей данной возрастной группы.

ГЛАВА 5. ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДОСТУПНОСТИ И КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НОВОРОЖДЕННЫМ, РОДИВШИМСЯ БОЛЬНЫМИ И ЗАБОЛЕВШИМ, И ОБОСНОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ЕЕ УЛУЧШЕНИЮ

5.1 Объективная оценка организации медицинской помощи новорожденным, родившимся больными и заболевшим

Согласно маршрутизации, если имеются медицинские показания, то новорожденный, в случае отсутствия необходимости в реанимационных мероприятиях, из родовспомогательных организации 2-го уровня переводится в ОПН медицинской организации педиатрического профиля или в детское отделение по профилю заболевания. Если это организация родовспоможения 3-го уровня, то новорожденный переводится в ОПН, имеющейся в ее составе, исходя из внутренней маршрутизации. Установлено, что обеспеченность койками ОПН СЗФО в 2022 году была ниже среднероссийского уровня на 3,1% и составила 77,2 коек на 10 тыс. детей до 1 года. Оценка динамики показателей 2015–2022 гг. выявила, что среднеокружной показатель был в основном ниже среднероссийских значений. Положительная динамика обеспеченности, которая наблюдалась в этот период, в России составила +17,7%, а в округе +8,7%. Проведенный анализ показателей обеспеченности койками ОПН детского населения до 1 года Санкт-Петербурга показал, что в 2022 году она составила 64,7 коек на 10 тыс. детского населения, что ниже среднероссийского и среднеокружного уровней на 18,8 и 16,2% соответственно. Обеспеченность койками ОПН города имела отрицательную динамику с 2015 по 2017 год включительно, а с 2018 года практически ежегодно росла [86, 124]. В целом за изучаемый период рост составил 18,5%. Динамика обеспеченности койками ОПН Российской Федерации, СЗФО и Санкт-Петербурга представлена на рисунке 5.1.

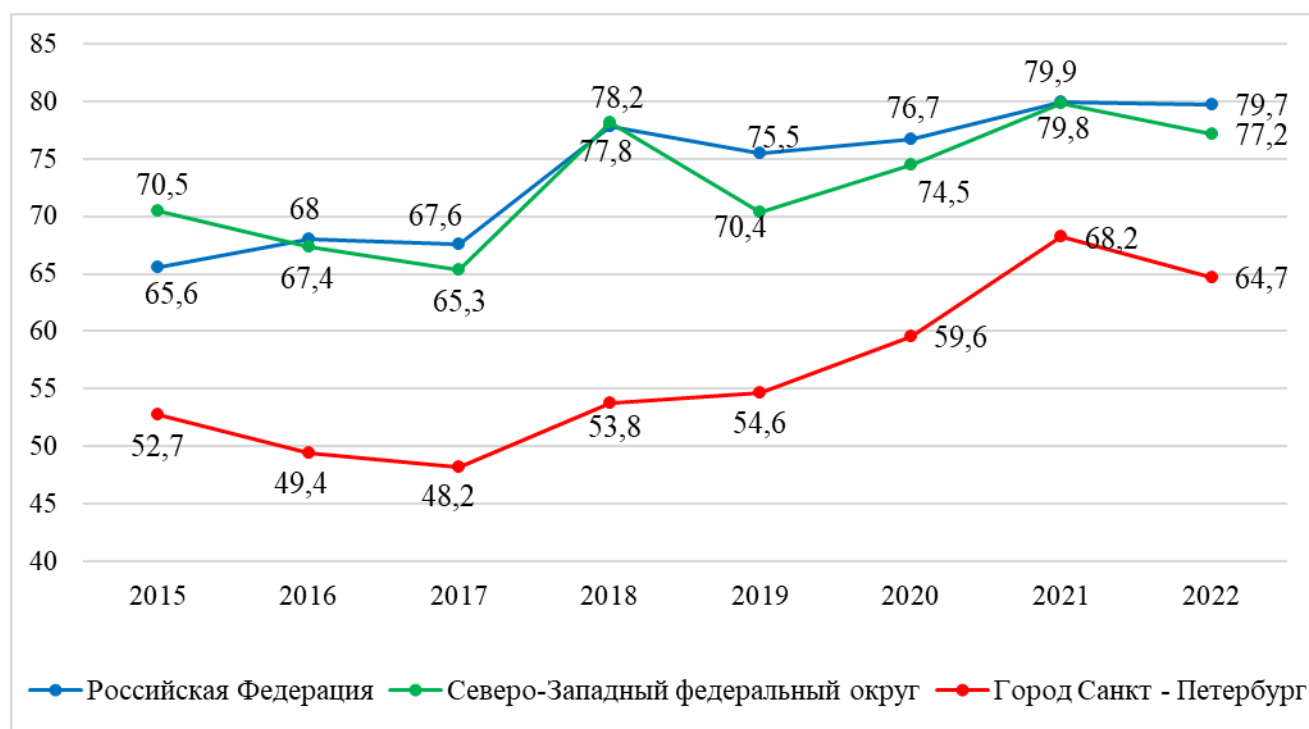


Рисунок 5.1 — Динамика обеспеченности койками патологии новорожденных и недоношенных детей Российской Федерации, Северо-Западного федерального округа и Санкт-Петербурга (на 10 тыс. детского населения до 1 года)

Наиболее значимыми объективными показателями качества медицинской помощи являются показатели больничной летальности. Соответственно, при оценке качества медицинской помощи новорожденным, родившимся больными и заболевшим, такими показателями будут больничная летальность детей с ЭНМТ и с массой тела при рождении от 1000 г и выше в возрасте 0–6 дней. Исследование показало, что, как и в целом в Российской Федерации и СЗФО, так и в Санкт-Петербурге, в период 2015–2022 гг. наблюдалось снижение больничной летальности новорожденных с ЭНМТ (таблица 5.1). Исключение составил 2021 год, когда уровень больничной летальности детей с массой тела до 1000 г резко вырос в федеральном округе до уровня 24,57%, а в мегаполисе — до 24,68%. В Российской Федерации в исследуемый восьмилетний интервал времени до 2021–2022 гг. наблюдалось ежегодное снижение летальности новорожденных с ЭНМТ. В федеральном округе было повышение уровня этого показателя в 2016–2017 и в 2020–2022 гг., а в Санкт-Петербурге — в 2016 году и в 2020–2022 гг. В Санкт-Петербурге в 2022 году уровень больничной летальности детей с ЭНМТ

был выше среднероссийского и среднеокружного показателей на 20,5 и 11,6% соответственно [88, 225].

Таблица 5.1 — Динамика больничной летальности новорожденных с массой тела 500–999 г в возрасте 0–6 дней Российской Федерации, Северо-Западного федерального округа и Санкт-Петербурга (% от родившихся живыми)

Регион	Годы								Темп роста/ снижения, раз (%)
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
РФ	21,00	20,37	18,98	18,98	17,50	13,20	13,48	13,93	<1,5 (–33,7%)
СЗФО	20,91	24,81	25,00	20,06	12,55	14,6	24,57	17,26	<1,2 (–17,5%)
Санкт-Петербург	21,16	24,82	24,65	20,42	8,30	13,79	24,68	19,53	<1,1 (–7,7%)

В ходе оценивания больничной летальности детей, родившихся с массой тела от 1000 г и более, выявлено (таблица 5.2), что если в России и в мегаполисе показатели за восемь лет снизились (в 1,5 и 1,1 раз соответственно), то в СЗФО они выросли (в 1,2 раза).

Таблица 5.2— Динамика больничной летальности новорожденных с массой тела 1000 г и более в возрасте 0–6 дней Российской Федерации, Северо-Западного федерального округа и Санкт-Петербурга (% от родившихся живыми)

Регион	Годы								Темп роста/ снижения, раз (%)
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
РФ	1,10	0,96	0,84	0,92	0,79	0,78	0,75	0,63	<1,7 (–42,7%)
СЗФО	1,19	1,06	0,96	0,99	1,33	1,05	1,10	1,29	>1,1 (–7,7%)
Санкт-Петербург	2,36	2,21	1,45	1,54	1,90	1,55	1,50	1,59	<1,5 (–32,6%)

Так же как и в случае с показателями летальности детей с ЭНМТ, в целом по стране прослеживалось ежегодное снижение показателей. Оценка динамики показателей выявила, что больничная летальность имела общий для Российской Федерации, СЗФО и Санкт-Петербурга подъем в 2018 году. В СЗФО рост летальности детей в ОПН наблюдался в 2021–2022 гг., а в Санкт-Петербурге — в 2019 и 2022 гг. Как видно из таблицы 28, показатель больничной летальности новорожденных с массой тела 1000 г и более был выше среднероссийских и среднеокружных значений в 2,5 и 1,2 раза соответственно.

Таким образом, проведенный анализ ресурсного обеспечения койками ОПН показал, что как СФЗО в целом, так и Санкт-Петербург имели более низкую обеспеченность койками, чем в среднем Российская Федерация в 2015–2022 гг. Проведенная оценка показателей выявила, что больничная летальность новорожденных в Санкт-Петербурге была выше среднероссийского и среднеокружного уровней, что связано с маршрутизацией беременных, рожениц, родильниц и новорожденных высокого акушерского и перинатального риска в медицинские организации города из регионов СЗФО. Соответственно, койки ОПН города несут основную нагрузку по оказанию медицинской помощи детям, родившимся больными и заболевшим, в федеральном округе.

При невозможности оказания необходимой медицинской помощи в условиях организации родовспоможения новорожденный должен быть транспортирован в специализированный стационар. В настоящее время в России используется несколько моделей оказания неотложной помощи новорожденным с критическими состояниями. При первой перевод новорожденного из родильного дома в специализированную медицинскую организацию осуществляется выездной реанимационной бригадой, являющейся, как правило, структурной единицей отделения реанимации областных, краевых или республиканских детских больниц. При втором варианте транспортировка новорожденного осуществляется силами реанимационно-консультативного центра (РКЦ), задачей которого, помимо сопровождения ребенка, является консультативная помощь в диагностике и лечении неотложных состояний в родильных домах. Особенностью РКЦ является возможность координировать и интегрировать деятельность детских стационаров разного уровня в регионе. Транспортировка детей в критических состояниях является процедурой высокого риска и должна выполняться в условиях их стабильного клинического состояния. Как персоналу реанимационной бригады, осуществляющей перевозку ребенка, так и сотрудникам принимающей медицинской организации должна быть известна полная информация о состоянии новорожденного и проводимых лечебно-диагностических мероприятиях для обеспечения преемственности лечения и

планирования его дальнейшего ведения. Транспортировка должна осуществляться медицинским персоналом, прошедшим специальное обучение и в условиях наличия необходимого материально-технического обеспечения.

Третья модель — это оказание специализированной медицинской помощи новорожденному в условиях перинатального центра, основным преимуществом которой является возможность осуществления родоразрешения у беременных с различными видами патологии плода, что позволяет начать незамедлительное оказание медицинской помощи ребенку. Очевидным преимуществом этой модели является отсутствие необходимости в транспортировке новорожденного ребенка в профильный стационар. Как известно, первые 72 часа относятся к самому критическому периоду, когда любая транспортировка может создать возможность дополнительных рисков развития осложнений у ребенка. Ключевым различием перинатального центра от родильного дома является наличие ОРИТН и ОПН, что позволяет начать оказывать полноценную помощь сразу после рождения.

Исходя из нормативной базы по маршрутизации детей в Санкт-Петербурге, если ребенок не может быть выписан домой из родильного дома, то он в плановом порядке переводится в другие профильные отделения больниц города. Информация о детях, требующих срочного перевода, передается по телефону в РКЦ Санкт-Петербурга, который находится в СПб ГБУЗ «Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий» (ДГМКСЦВМТ), и в дальнейшем специализированной бригадой скорой помощи дети переводятся в отделения соответствующего профиля (реанимационные) больниц города. Это происходит в том случае, если ребенок родился не в федеральном перинатальном центре, где имеются возможности оказания ребенку специализированной помощи, в том числе ВМП, по профилю заболевания. В Санкт-Петербурге имеются два перинатальных центра федерального значения (ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России и ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова» Минздрава России («НМИЦ им. В.А.Алмазова»)) и один регионального (СПб ГБУЗ «Городской перинатальный центр № 1» (СПб ГБУЗ «ГПЦ № 1»)).

Перинатальный центр ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России (3Б уровень) в соответствии с задачами, которые он выполняет, содержит ОПН на 50 коек. По профилю койки делятся на неонатальные — 37, хирургические — 5, кардиохирургические — 5 и нейрохирургические — 3. В составе отделения имеются два поста интенсивной терапии на 26 коек (один пост на 16 коек, второй — на 10 коек) и палаты совместного пребывания матери и ребенка — 24 койки.

ОПН перинатального центра ФГБУ «НМИЦ им. В.А.Алмазова», так же как и перинатальный центр СПбГПМУ, относится к 3Б уровню. Отделение содержит 30 неонатологических коек совместного пребывания матери и ребенка. В составе перинатального центра есть отделение детской хирургии пороков развития и приобретенной патологии для новорожденных и детей грудного возраста, 3 анестезиологии-реанимации с палатами ОРИТН (в том числе одно для детей кардиохирургического профиля и одно для детей хирургического профиля).

СПБ ГБУЗ «ГПЦ № 1» относится к 3А уровню. В своей структуре содержит ОПН — 10 коек неонатологического профиля совместного пребывания. В перинатальном центре имеется ОРИТН на 12 коек. Однако, в силу своего уровня, в данном перинатальном центре новорожденным не оказывается ВМП и поэтому дети данной категории, согласно маршрутизации, переводятся в федеральные перинатальные центры или в ДГМКСЦВМТ.

Третий уровень представлен также многопрофильным детским стационаром ДГМКСЦВМТ, который содержит в своей структуре два ОПН. ОПН № 1 рассчитано на 60 коек, из которых 38 предназначены для лечения недоношенных детей, 15 коек хирургического профиля. ОПН № 2 — на 60 коек. В отделениях осуществляется лечение новорожденных, родившихся с массой тела от 500 г, и детей с различными видами соматической, хирургической, неврологической патологии, а также с ВПР центральной нервной системы, мочеполовой системы, органов пищеварения, ВПС и новорожденные перенесшие асфиксию в родах. В ОПН ДГМКСЦВМТ осуществляются нейрохирургические оперативные вмешательства у детей с тяжёлой неврологической патологией. Палат для

совместного пребывания (круглосуточного) — 26, остальные палаты работают по принципу дневного стационара или возможно нахождение в материнских палатах для обеспечения постоянного ухода за ребенком.

Для оказания специализированной медицинской помощи новорожденные по профилю заболевания, если нет необходимости в оказании хирургической помощи, из организаций родовспоможения Санкт-Петербурга переводятся в ОПН детских многопрофильных стационаров (городские детские больницы). СПб ГБУЗ «Детская городская больница Святой Ольги» имеет в своей структуре ОПН на 30 коек. Отделение имеет все возможности для выхаживания и лечения глубоконедоношенных детей.

В состав ОПН СПб ГБУЗ «Детская городская больница № 22» (СПб, Колпино) входит 6 реанимационных коек и 34 койки второго этапа выхаживания новорожденных. В отделении осуществляется выхаживание детей с недоношенностью с весом при рождении свыше 1500 г, лечение новорожденных с заболеваниями и ВПР. Кроме палат совместного пребывания с ребенком, имеются материнские палаты.

В структуре СПб ГБУЗ «ДГБ № 17 Св. Николая Чудотворца» имеются два педиатрических отделения для новорожденных детей № 1 и 2. Педиатрическое отделение № 1 рассчитано на 60 коек. Поступают в отделение два потока детей: по направлению родильных домов; по направлению детских поликлиник, станций неотложной и скорой помощи с заболеваниями периода новорожденности. В педиатрическом отделении для новорожденных детей № 2 в настоящее время развернуто 5 постов на 50 коек. В отделение дети переводятся из ОРИТН, поступают из родильных домов, а также, в летний период времени, по направлению из поликлиник. Около 70% поступающих детей являются недоношенными. Приоритетное направление деятельности врачей отделения — выхаживание детей, родившихся с ОНМ и ЭНМТ.

Проведенная оценка показателей работы ОПН перинатального центра показала (таблица 5.3), что в 2022 году выросло число как поступивших, так и выбывших из отделения детей. А в ОПН детского стационара в 2022 году к

уровню 2019 года снизилось число поступивших и выбывших при росте количества переведенных в другие больницы и дома ребенка (42,9 и 37,1% соответственно).

Таблица 5.3 — Показатели работы отделений патологии новорожденных и недоношенных детей перинатального центра и детского стационара 2019–2022 гг. (в абс. единицах)

Показатель	Перинатальный центр					Детский стационар				
	2019	2020	2021	2022	Динамика, %	2019	2020	2021	2022	Динамика, %
Поступило	420	515	741	682	+38,4	744	955	651	687	-7,7
Выбыло	550	633	747	689	+20,2	960	859	850	756	-21,3
Выписано	540	617	727	674	+19,9	930	808	804	707	-24,0
Переведено в другие больницы	10	16	20	15	+33,3	8	25	19	14	+42,9
Дома ребенка	–	–	–	–	–	22	26	27	35	+37,1
Умерло	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–

Оценка структуры госпитализации больных новорожденных в ОПН показала (таблица 5.4), что наибольший удельный вес поступивших в ОПН перинатального центра в 2019–2022 гг. был из других медицинских организаций (31,4–38,5%). Однако доля таких пациентов сократилась на 5,5% за счет увеличения плановой госпитализации из дома и новых эпизодов [121].

Таблица 5.4 — Распределение детей в зависимости от места поступления в отделение патологии новорожденных и недоношенных детей перинатального центра ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России 2019–2022 гг. (в %)

Место поступления	2019	2020	2021	2022	Динамика, %
Родильный зал, отделение физиологии новорожденных	24,0	17,0	13,9	15,1	-29,2
ОРИТН и кардиореанимация	31,0	25,0	21,2	17,6	-21,4
Другие медицинские организации	36,0	38,5	31,4	31,4	-5,5
Плановая госпитализация из дома	9,1	11,5	17,0	22,6	+20,9
ОПН (новые эпизоды) и другие отделения клиники	–	7,4	16,1	13,3	–
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	–

На протяжении 2019–2022 гг. большинство новорожденных поступили в ОПН детского стационара из родильных домов города (46,1–63,3%). Кроме того, дети поступали в ОПН детского стационара из ДПО и других медицинских

организаций. Распределение детей по месту поступления в ОПН СПб ГБУЗ «ДГБ № 17 Св. Николая Чудотворца» представлено в таблице 5.5.

Таблица 5.5 — Распределение детей по месту поступления в отделение патологии новорожденных и недоношенных детей СПб ГБУЗ «ДГБ № 17 Св. Николая Чудотворца» 2019–2022 гг. (в %)

Место поступления	2019	2020	2021	2022	Динамика, %
Родильные дома	46,2	46,1	47,9	63,4	+27,1
ОРИТН	21,3	22,5	26,3	17,9	-16,0
Другие медицинские организации	32,5	31,4	25,8	18,7	-42,5
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	–

Таким образом, если в 2019 году среди детей, госпитализированных в ОПН перинатального центра, преобладали дети, поступившие в соответствии с внутренней маршрутизацией, а в ОПН детского стационара — с внешней, то в 2022 году ситуация изменилась. Как в перинатальном центре, так и в детском стационаре стала преобладать внешняя маршрутизация.

Оценка распределения выбывших из ОПН перинатального центра в 2022 году показала (таблица 5.6), что недоношенных новорожденных было несколько меньше, чем в ОПН детского стационара (46,5% против 59,3%; $p < 0,05$) и существенно ниже был удельный вес детей с НМТ (36,8% против 41,5%; $p < 0,05$).

Таблица 5.6 — Распределение выбывших из отделений патологии новорожденных и недоношенных детей по массе тела при рождении в перинатальном центре и детском стационаре в 2019–2022 гг. (в % и абс.)

Показатель	Перинатальный центр					Детский стационар				
	2019	2020	2021	2022	Динамика, %	2019	2020	2021	2022	Динамика, %
Доношенные	54,2	58,8	51,3	53,5	-1,3	58,4	54,0	52,1	40,7	-30,3
Недоношенные	45,8	41,2	48,7	46,5	+1,5	41,6	46,0	47,9	59,3	+29,8
НМТ, в том числе	46,0	40,1	47,1	36,8	-20,0	55,5	58,7	60,4	41,5	-25,2
ОНМТ	11,5	7,9	13,5	12,3	+6,5	7,2	7,3	7,4	4,0	-44,4
ЭНМТ	11,8	11,2	10,2	5,3	-55,1	0,3	0,3	0,0	0,0	–
Средняя масса тела	48,5	55,0	50,5	60,0	+19,2	39,3	34,8	34,3	47,1	+16,7
Высокая масса тела	5,5	4,9	2,4	3,2	-41,8	5,2	6,5	5,3	7,4	+29,7
Выбыло	100,0	100,0	100,0	100,0	–	100,0	100,0	100,0	100,0	–

При этом была выше доля детей с ЭНМТ (5,3% против 0,0%) и со средней массой тела при рождении (60,0% против 47,1%; $p < 0,05$). Оценка динамики показателей выявила, что в ОПН перинатального центра снизился удельный вес доношенных детей (-1,3%), новорожденных с низкой массой тела и ЭНМТ (-20,0 и -55,1% соответственно) и детей, родившихся с высокой массой тела (-41,8%).

В ОПН детского стационара значительно выросла частота госпитализации недоношенных детей (+29,8%) при снижении доношенных (-30,3%). Кроме того, снизилась доля всех детей, родившихся в низком весовом сегменте: НМТ — на 25,2%, ОНМТ — на 44,4%, а доля детей с ЭНМТ сократилась до 0%. При этом в ОПН детского стационара вырос удельный вес детей со средней и высокой массой тела (+16,7 и 29,7% соответственно).

Таким образом, в 2019–2022 гг. ОПН детского стационара (включая период пандемии COVID-19) в рамках своей работы усиливал деятельность по выхаживанию недоношенных детей. А ОПН перинатального центра, учитывая структуру новорожденных в зависимости от места поступления в отделение во время пандемии, в течении 2019–2022 гг. увеличивал свою работу в рамках выполнения функции оказания медицинской помощи как федеральное учреждение, повышая удельный вес поступивших по внешней маршрутизации.

Анализ структуры выбывших пациентов из ОПН перинатального центра и детского стационара показал статистически значимые различия. Установлено наличие достоверных различий между удельным весом расстройств, связанных с укорочением срока беременности матери и малой массой тела при рождении ($p < 0,05$), удельным весом замедления роста и недостаточностью питания ($p < 0,05$), удельным весом дыхательных нарушений, характерных для перинатального периода ($p < 0,05$), и удельным весом ВПР ($p < 0,01$). Структура выбывших пациентов из отделений патологии новорожденных и недоношенных детей перинатального центра и детского стационара представлена на рисунке 5.2.

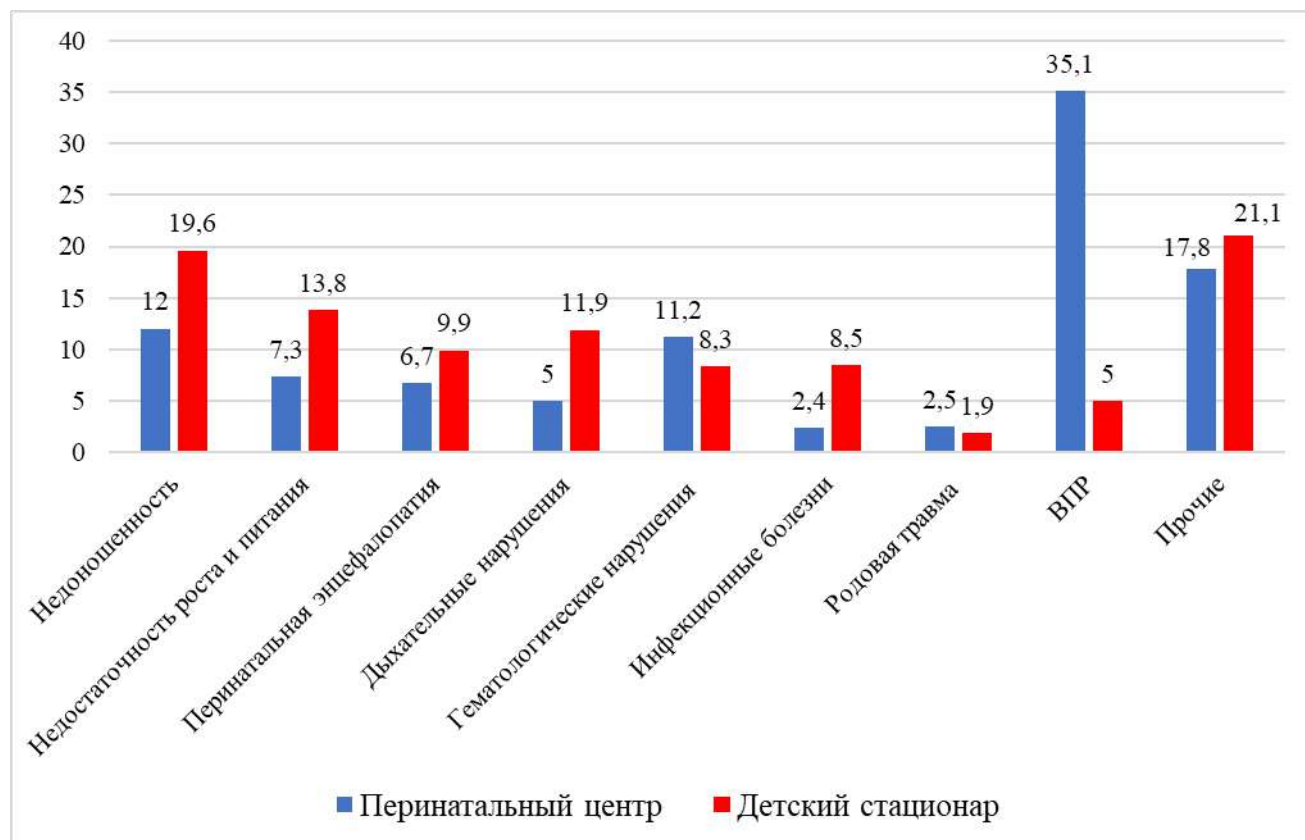


Рисунок 5.2 — Структура выбывших пациентов из отделений патологии новорожденных и недоношенных детей перинатального центра и детского стационара (в %)

Таким образом, в детском стационаре значительно больше соматической патологии, что обусловлено направленностью работы ОПН детских стационаров по выхаживанию недоношенных и больных новорожденных. В перинатальном центре в 7,0 раз выше удельный вес ВПР, что связано с наличием в нем хирургической службы для лечения данных пациентов.

Анализ использования коечного фонда ОПН позволил установить (таблица 5.7), что в 2022 году средняя занятость койки в году выросла в перинатальном центре (+2,1%) и снизилась в детском стационаре (–1,8%). Это произошло за счет повышения оборота койки в перинатальном центре на 4,0% и снижения в стационаре — на 13,1%. Установлено, что выполнение плана работы коек ОПН в перинатальном центре в 2022 году к уровню 2019 года выросло на 1,2%, а в детском стационаре — на 0,8%. Таким образом, можно говорить о более высокой нагрузке на койки ОПН перинатального центра при более рациональном его использовании в 2019–2022 гг.

Таблица 5.7 — Показатели использования коечного фонда отделений патологии новорожденных и недоношенных детей перинатального центра и детского стационара в 2019–2022 гг.

Показатель	Перинатальный центр					Детский стационар				
	2019	2020	2021	2022	Динамика, %	2019	2020	2021	2022	Динамика, %
Работа койки, дней	298,5	304,9	305,4	304,9	+2,1	295,7	282,3	294,0	290,4	-1,8
Средняя длительность пребывания на койке, дней	15,7	16,0	14,8	15,4	-1,9	17,6	17,4	15,0	19,8	+11,1
Оборот койки	19,0	19,1	20,6	19,8	+4,0	16,8	16,2	19,6	14,6	-13,1
% выполнения плана	91,3	93,3	93,6	92,4	+1,2	90,4	86,3	93,0	91,1	+0,8
Летальность	0,0	0,0	0,0	0,0	–	0,0	0,0	0,0	0,0	–

В сохранении и укреплении здоровья детей, особенно родившихся больными и заболевших, значимую роль играет полноценное грудное вскармливание ребенка [160, 166]. Это позволяет создать оптимальные условия для поддержания естественного вскармливания, крайне важного для детей с ЭНМТ (таблица 5.8).

Таблица 5.8 — Распределение новорожденных, проходящих лечение в отделениях патологии новорожденных и недоношенных детей перинатального центра и детского стационара по виду вскармливания в 2019–2022 гг. (в %)

Показатель	Перинатальный центр					Детский стационар				
	2019	2020	2021	2022	Динамика, %	2019	2020	2021	2022	Динамика, %
Грудное	35,5	36,5	37,2	38,3	+7,3	24,0	25,3	27,1	23,7	-1,3
Смешанное	25,8	31,3	32,4	32,6	+20,9	46,2	38,7	38,7	30,8	-33,3
Искусственное	38,7	32,2	30,4	29,1	-24,8	29,8	36,0	34,2	45,5	+34,5
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	–	100,0	100,0	100,0	109,0	–

Установлено, что охват грудным вскармливанием был существенно выше в ОПН перинатального центра, чем в ОПН детского стационара (38,3% против 23,7%; $p < 0,05$), что связано с большей долей совместного пребывания матери и ребенка в перинатальном центре. При этом в ОПН перинатального центра наблюдался рост показателей удельного веса детей на грудном и смешанном

вскармливания (на 7,3 и 20,9% соответственно) и снижение удельного веса детей на искусственном вскармливании (на 24,8%). А в ОПН детского стационара прослеживался рост показателей удельного веса детей на искусственном вскармливании (+34,5%) и снижение удельного веса детей на грудном и смешанном вскармливании (на 1,3 и 33,3% соответственно) [264, 278].

Таким образом, оценка деятельности ОПН перинатального центра и детского стационара показала существенную разницу в структуре пациентов как по заболеванию (патологическому состоянию), массе и доношенности детей, так и по месту поступления в отделения. Коечный фонд ОПН перинатального центра работает с большей нагрузкой и более рационально, чем в детском стационаре. В перинатальном центре за счет особенностей его деятельности и работы хирургической службы значительно больше детей, поступивших по внешней маршрутизации, и новорожденных с ВПР, а также существенно больший удельный вес новорожденных находятся на грудном вскармливании в ОПН перинатального центра, чем в детском стационаре. В ОПН детского стационара, основная функция которого — выхаживание новорожденных и недоношенных детей, преобладают соматическая патология и поступившие по внутренней маршрутизации.

5.2 Субъективная оценка матерями организации медицинской помощи новорожденным, родившимся больными и заболевшим

Согласно Федеральному закону № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в самом понятии качества медицинской помощи закладывается направленность на потребителя медицинских услуг — пациента. В современных условиях качество медицинской помощи основывается на оценке удовлетворенности населения оказания медицинской помощи, а в данном случае матерей новорожденных, родившихся больными и заболевших, самим процессом оказания медицинских услуг в ОПН.

Оценка результатов исследования выявила, что в целом были полностью удовлетворены техническим состоянием, ремонтом и площадью помещений ОПН

83,0% матерей из 100 участвовавших в анкетировании (таблица 5.9). При этом удельный вес полностью удовлетворенных был выше в ОПН перинатального центра, чем в ОПН детского стационара (86,10%±2,48% против 82,10%±2,67%). Уровень удовлетворенности матерей техническим состоянием, ремонтом и площадью помещений ОПН, согласно методическим рекомендациям ФФОМС, можно оценить как высокий, поскольку удельный вес полностью удовлетворенных респонденток соответствует диапазону 75–100% как в целом, так и в перинатальном центре и детском стационаре [123].

Таблица 5.9 — Критерий 1. Оценка удовлетворенности матерей техническим состоянием, ремонтом и площадью помещений отделения патологии новорожденных и недоношенных детей $p \pm m$ (в %)

Характеристика	Перинатальный центр	Детский стационар	t (p)	В целом
Удовлетворена	86,10±2,48	82,10±2,67	1,10 (>0,05)	84,00±1,83
Скорее удовлетворена, чем не удовлетворена	8,10±6,62	7,90±6,19	0,02 (>0,1)	8,00±4,46
Скорее не удовлетворена, чем удовлетворена	2,60±7,12	3,20±6,65	0,06 (>0,1)	2,90±4,65
Не удовлетворена	0,30±8,50	0,80±8,90	0,05 (>0,1)	0,60±5,47
Затрудняюсь ответить	2,90±6,85	3,60±6,59	0,07 (>0,1)	3,30±4,61
Итого:	100,00	100,00	–	100,00

Оценка удовлетворенности комфортностью больничной палаты и местами пребывания новорожденного показала более низкие результаты, чем оценка удовлетворенности техническим состоянием, ремонтом и площадью помещений. Были полностью удовлетворены 72,8% матерей из 100 (таблица 5.10). Сравнительная оценка удовлетворенности комфортностью была несколько выше также в перинатальном центре (75,80%±3,33% против 71,00%±3,39%). А среди матерей, дети которых находились на лечении в ОПН детского стационара, было больше частично и полностью неудовлетворенных. Как среди скорее удовлетворенных, чем не удовлетворенных (15,30%±6,17% против 17,10%±5,81%), так и среди скорее не удовлетворенных, чем удовлетворенных (5,10%±6,63% против 6,20%±6,23%), и не удовлетворенных (2,50%±6,98% против 3,90%±6,45%). Уровень удовлетворенности матерей по критерию 2, согласно методическим рекомендациям ФФОМС, можно оценить как высокий только в

перинатальном центре, а в целом и в отдельности в детском стационаре — средний уровень (50–75%).

Таблица 5.10 — Критерий 2. Оценка удовлетворенности матерей комфортностью больничной палаты и местами пребывания новорожденного в отделении патологии новорожденных и недоношенных детей (в %.)

Характеристика	Перинатальный центр	Детский стационар	<i>t</i> (p)	В целом
Удовлетворена	75,80±3,33	71,00±3,39	0,92 (>0,05)	72,80±2,32
Скорее удовлетворена, чем не удовлетворена	14,30±6,17	17,10±5,81	0,21 (>0,05)	16,20±4,20
Скорее не удовлетворена, чем удовлетворена	5,10±6,63	6,20±6,23	0,12 (>0,1)	5,70±4,55
Не удовлетворена	2,50±6,98	3,90±6,45	0,14 (>0,1)	3,20±7,87
Затрудняюсь ответить	2,30±7,50	1,80±6,64	0,05 (>0,1)	2,00±4,67
Итого:	100,00	100,00	–	100,00

Анализ распределения матерей по степени удовлетворенности работой вспомогательных служб (лаборатория, рентген-кабинет, физиотерапевтический кабинет и т.д.) продемонстрировал, что данный показатель из всех оцениваемых показателей удовлетворенности матери оценили хуже всего. Полностью были удовлетворены работой вспомогательных подразделений только 69,4% из 100 женщин (таблица 5.11). При этом оценка удовлетворенности была ниже в ОПН детского стационара — там показатель удельного веса полностью удовлетворенных был ниже целевого показателя [144]. Однако, в ходе оценивания показателей по методическим рекомендациям ФФОМС, как в целом, так и в перинатальном центре и детском стационаре установлено, что уровень удовлетворенности матерей работой вспомогательных служб соответствует среднему.

Таблица 5.11 — Критерий 3. Оценка удовлетворенности матерей работой вспомогательных служб (лаборатория, рентген-кабинет, физиотерапевтический кабинет и т.д.) (в %)

Характеристика	Перинатальный центр	Детский стационар	<i>t</i> (p)	В целом
Удовлетворена	70,30±3,62	68,50±3,65	0,35 (>0,05)	69,40±2,52
Скорее удовлетворена, чем не удовлетворена	22,70±5,86	22,20±5,60	0,06 (>0,1)	22,40±4,03
Скорее не удовлетворена, чем удовлетворена	2,60±7,12	3,80±6,37	0,15 (>0,1)	3,20±4,54
Не удовлетворена	1,10±7,37	1,30±8,01	0,02 (>0,1)	1,20±4,87
Затрудняюсь ответить	3,30±6,75	4,20±6,32	0,10 (>0,1)	3,80±4,87
Итого:	100,00	100,00	–	100,00

Обеспеченность медикаментами и расходными материалами матери, госпитализированных в ОПН новорожденных, оценили очень высоко. В целом показатель удовлетворенности составил 92,1% (таблица 5.12).

Таблица 5.12 — Критерий 4. Оценка удовлетворенности матерей обеспеченностью отделения патологии новорожденных и недоношенных детей медикаментами и расходными материалами (в %)

Характеристика	Перинатальный центр	Детский стационар	<i>t</i> (p)	В целом
Удовлетворена	92,70±1,75	91,60±1,83	0,43 (>0,05)	92,10±1,28
Скорее удовлетворена, чем не удовлетворена	4,50±6,91	4,90±6,50	0,04 (>0,1)	4,70±4,51
Скорее не удовлетворена, чем удовлетворена	0,70±8,34	0,90±9,44	0,02 (>0,1)	0,80±5,14
Не удовлетворена	0,00	0,00	–	0,00
Затрудняюсь ответить	2,10±7,17	2,60±6,50	0,05	2,40±4,84
Итого:	100,00	100,00	–	100,00

В перинатальном центре он был несколько выше. Однако полностью неудовлетворенных обеспеченностью медикаментами и расходными материалами матерей не было ни при оценке ОПН перинатального центра, ни при оценке ОПН детского стационара. Уровень удовлетворенности матерей обеспеченностью отделения расходными материалами, согласно методическим рекомендациям ФФОМС, высокий в целом и в отдельности в перинатальном центре и детском стационаре.

Проведенный анализ распределения матерей по степени удовлетворенности качеством оказания медицинской помощи, получаемой в ОПН, показал, что 86,1% респонденток из 100 оценили ее высоко и были полностью удовлетворены. Полностью удовлетворенных матерей было на 3,5% больше среди женщин, дети которых проходили лечение в ОПН перинатального центра (85,30%±2,55% против 82,00%±2,68%). Оценка удовлетворенности матерей качеством оказания медицинской помощи в отделении патологии новорождённых и недоношенных детей представлена в таблице 5.13.

Таблица 5.13 — Критерий 5. Оценка удовлетворенности матерей качеством оказания медицинской помощи в отделении патологии новорождённых и недоношенных детей (в %)

Характеристика	Перинатальный центр	Детский стационар	<i>t</i> (p)	В целом
Удовлетворена	85,30±2,55	82,00±2,68	0,16 (>0,1)	86,10±1,74
Скорее удовлетворена, чем не удовлетворена	13,90±6,21	16,70±5,82	0,33 (>0,05)	12,40±3,86
Скорее не удовлетворена, чем удовлетворена	0,30±14,02	0,50±13,58	0,28 (>0,05)	0,40±11,75
Не удовлетворена	0,00	0,00	–	0,00
Затрудняюсь ответить	0,50±10,56	0,90±9,45	0,36 (>0,05)	0,20±3,16
Итого:	100,00	100,00	–	100,00

Как и при оценке удовлетворенности обеспеченностью ОПН медикаментами и расходными материалами, полностью неудовлетворенных качеством оказания бесплатной медицинской помощи, получаемой в ОПН, не было среди пациентов перинатального центра и детского стационара. Оценка уровня удовлетворенности матерей качеством оказания медицинской помощи, получаемой в ОПН, согласно методическим рекомендациям ФФОМС показала, что показатель соответствует высокому уровню как в целом, так и в отдельности в изучаемых организациях.

Оценка работы врачей и средних медицинских работников складывается из нескольких составляющих. Сначала респонденткам предложили оценить человеческие качества врачей-неонатологов (таблица 5.14). Исследование выявило, что данный показатель матери оценили выше всего и 95,9% из 100 женщин считали, что неонатологи относились всегда с вниманием и участием. При этом врачи ОПН детского стационара получили несколько более высокие оценки, чем неонатологи перинатальных центров (96,10%±1,24% против 95,60%±1,39%) [29, 30, 31, 32]. Уровень удовлетворенности матерей внимательностью и вежливостью врача-неонатолога в отношении пациентов отделения, согласно методическим рекомендациям ФФОМС, можно оценить как высокий в целом и в отдельности в медицинских организациях.

Таблица 5.14 — Критерий 6. Оценка удовлетворенности матерей внимательностью и вежливостью врача-неонатолога с пациентами отделения патологии новорожденных и недоношенных детей (в %)

Характеристика	Перинатальный центр	Детский стационар	t (p)	В целом
С вниманием и участием	95,60±1,39	96,10±1,24	0,27 (>0,05)	95,90±9,24
Не очень внимательно	3,80±7,23	3,60±6,59	0,02 (>0,1)	3,70±4,72
С безразличием	0,30±7,85	0,20±6,58	0,02 (>0,1)	0,20±4,47
Затруднились ответить	0,0	0,00	–	0,00
С раздражением и грубостью	0,30±5,47	0,10±3,16	0,03 (>0,1)	0,20±6,35
Итого:	100,00	100,00	–	100,00

Человеческие качества среднего медицинского персонала матери оценили достоверно хуже (таблица 5.15), чем работу врачей (71,10%±2,45% против 95,90%±9,24%; $p > 0,05$). На 25,9% меньше респонденток считали, что средний медицинский персонал ОПН всегда ведет себя внимательно и вежливо. При этом человеческие качества медицинских сестер получили более высокую оценку в перинатальном центре в сравнении с детским стационаром (72,30%±3,51% против 70,10%±3,45%). Кроме того, в отличие от ОПН детского стационара, в перинатальном центре не было матерей, указавших, что медицинские сестры допускали проявление раздражительности и грубости.

Таблица 5.15 — Критерий 7. Оценка удовлетворенности матерей внимательностью и вежливостью среднего медицинского персонала с пациентами отделения патологии новорождённых и недоношенных детей (в %)

Характеристика	Перинатальный центр	Детский стационар	t (p)	В целом
С вниманием и участием	72,30±3,51	70,10±3,45	0,45 (>0,05)	71,10±2,45
Не очень внимательно	23,50±5,82	25,10±5,96	0,19 (>0,1)	24,30±3,98
С безразличием	0,30±5,96	0,50±4,58	0,32 (>0,05)	0,40±6,31
Затруднились ответить	3,90±6,76	4,10±6,61	0,03 (>0,1)	4,00±4,61
С раздражением и грубостью	0,00	0,20±2,32	0,01 (>0,1)	0,20±1,23
Итого:	100,00	100,00	–	100,00

Изучение распределения матерей по оценке количества времени и внимания, уделяемого врачами-неонатологами пациентам, показало: 85,8% респонденток из 100 считали, что неонатологи всегда уделяли ребенку достаточно времени и внимания (таблица 5.16). Несмотря на то что больший удельный вес матерей оценили данный критерий выше в ОПН детского стационара, чем в перинатальном центре (86,50%±2,31% против 85,10%±2,56%), среди матерей,

дети которых получали лечение в ОПН перинатального центра, не было респонденток, указавших на то, что врач совсем не уделяет ребенку внимания. Проведенная оценка продемонстрировала, что уровень удовлетворенности матерей, согласно методическим рекомендациям ФФОМС, можно оценить как высокий и в целом, и в отдельности в медицинских организациях.

Таблица 5.16 — Критерий 8. Оценка удовлетворенности матерей количеством времени и внимания, которое уделялось врачами-неонатологами пациентам в отделении патологии новорожденных и недоношенных детей (в %)

Характеристика	Перинатальный центр	Детский стационар	<i>t</i> (p)	В целом
Всегда достаточно	85,10±2,56	86,50±2,31	0,40 (>0,05)	85,80±1,72
Иногда недостаточно, хотелось бы больше	13,20±3,29	11,70±5,97	0,14 (>0,05)	12,40±4,29
Часто спешит, уделяет недостаточно	0,40±5,65	0,30±7,32	0,52 (>0,05)	0,40±6,31
Затруднились ответить	1,10±7,38	1,20±8,70	0,01 (>0,05)	1,20±4,87
Совсем не уделяет	0,00	0,30±5,85	0,03 (>0,05)	0,20±4,47
Итого:	100,00	100,00	–	100,00

При оценке критерия 9 только 68,8% респонденток из 100 полагали, что медицинские сестры всегда уделяли ребенку достаточно времени и внимания (таблица 5.17). Как и при оценке человеческих качеств медицинских работников, матери статистически значимо чаще полагали, что неонатолог всегда уделяет ребенку достаточно времени и внимания, чем при оценке среднего медицинского персонала ($p > 0,05$). При этом данный показатель как в перинатальном центре, так и в детском стационаре был ниже целевого показателя, установленного ТПГТ Санкт-Петербурга.

Таблица 5.17 — Критерий 9. Оценка удовлетворенности матерей количеством времени и внимания, которое уделялось средним медицинским персоналом пациентам в отделении патологии новорожденных и недоношенных детей (в %.)

Характеристика	Перинатальный центр	Детский стационар	<i>t</i> (p)	В целом
Всегда достаточно	67,70±3,78	69,80±3,46	0,41 (>0,05)	68,80±2,55
Иногда недостаточно, хотелось бы больше	22,30±5,88	21,00±5,65	0,16 (>0,05)	21,60±4,05
Часто спешит, уделяет недостаточно	5,60±6,64	4,80±5,45	0,09 (>0,05)	5,50±0,61
Затруднились ответить	3,10±7,07	3,30±6,75	0,02 (>0,05)	3,20±4,70
Совсем не уделяет	1,30±8,01	1,10±7,38	0,02 (>0,05)	1,20±4,87
Итого:	100,00	100,00	–	100,00

Оценка уровня удовлетворенности матерей количеством времени и внимания, уделяемого врачами-неонатологами пациентам, показала, что уровень, согласно методическим рекомендациям ФФОМС, респондентки оценили как средний и в целом, и в отдельности в медицинских организациях.

Уровень удовлетворенности матерей внимательностью и вежливостью среднего медицинского персонала с пациентами отделения, согласно методическим рекомендациям ФФОМС, средний в целом и в отдельности в перинатальном центре и детском стационаре.

Деятельность медицинского персонала оценивалась матерями в отношении работы врачей и среднего медицинского персонала в целом в ОПН по пятибалльной системе. Установлено, что 84,9% респонденток из 100 оценили деятельность врачей-неонатологов на отлично (таблица 5.18). Больше количество отличных оценок, в сравнении с врачами перинатальных центров, получили неонатологи детских стационаров (86,50%±2,31% против 83,10%±2,72%). Неудовлетворительные оценки работе врачей-неонатологов в целом респондентками поставлены не были [33, 35, 36, 37].

Таблица 5.18 — Оценка матерями работы врачей-неонатологов в целом в отделении патологии новорожденных и недоношенных детей по пятибалльной системе (в %)

Характеристика	Перинатальный центр	Детский стационар	<i>t</i> (p)	В целом
Отлично	83,10±2,72	86,50±2,31	0,95 (>0,05)	84,90±1,77
Хорошо	16,60±6,12	13,30±5,91	0,39 (>0,05)	14,90±4,26
Удовлетворительно	0,30±4,25	0,20±5,26	0,25 (>0,05)	0,20±4,47
Неудовлетворительно	0,00	0,00	-	0,00
Средний балл (M±m)	4,82±0,23	4,88±0,22	0,16 (>0,1)	4,84±0,16

В среднем работу врачей-неонатологов в ОПН матери оценили на 4,84±0,16 балла, в ОПН перинатального центра — на 4,82±0,23 балла, в ОПН детского стационара — на 4,88±0,22 балла (*t* = 0,16; *p* >0,1). Средние оценки, поставленные матерями работе врачей-неонатологов и среднего медицинского персонала в целом в отделении патологии новорожденных и недоношенных детей по пятибалльной системе отображены на рисунке 5.3.

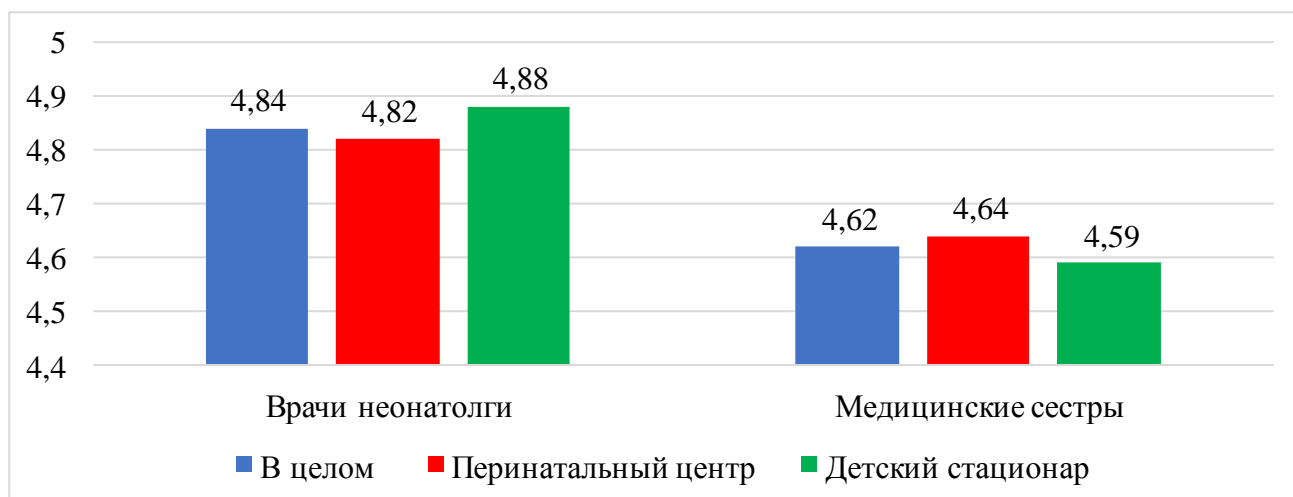


Рисунок 5.3 — Средние оценки, поставленные матерями работе врачей-неонатологов и среднего медицинского персонала в целом в отделении патологии новорожденных и недоношенных детей по пятибалльной системе (в баллах)

Как и межличностные отношения, матери оценили по пятибалльной системе работу среднего медицинского персонала с новорожденными в целом в ОПН ниже, чем деятельность врачей. Отличные оценки работе медицинских сестер поставили на 20,3% респонденток меньше, чем врачей. Есть достоверная разница между отличными оценками при оценке работы врачей и средних медицинских работников в ОПН ($p < 0,05$). Работу среднего медицинского персонала с новорожденными в ОПН детского стационара матери оценили ниже, чем в перинатальном центре, поставив на 7,1% меньше отличных оценок, но на 6,5% больше удовлетворительных. В среднем работу среднего медицинского персонала в ОПН матери оценили на $4,62 \pm 0,14$ балла (таблица 5.19), в ОПН перинатального центра — на $4,64 \pm 0,21$ балла, в ОПН детского стационара — на $4,59 \pm 0,20$ балла ($t = 0,17$; $p > 0,1$).

Таблица 5.19 — Оценка матерями работы среднего медицинского персонала с новорожденными в целом в отделении патологии новорожденных и недоношенных детей по пятибалльной системе (в % и абс.)

Характеристика	Перинатальный центр	Детский стационар	t (p)	В целом
Отлично	70,30±3,62	65,30±3,72	0,96 (>0,05)	67,70±2,60
Хорошо	23,50±2,82	28,90±5,34	0,68 (>0,05)	26,30±3,92
Удовлетворительно	6,20±6,69	5,80±6,25	0,04 (>0,1)	6,00±4,56
Неудовлетворительно	0,00	0,00	–	0,00
Средний балл (M±m)	4,64±0,21	4,59±0,20	0,17 (>0,1)	4,62±0,14

На вопрос «Какие недостатки Вы видите в работе ОПН медицинской организации, где находился Ваш ребенок?» 14,9% матерей из 100 опрошенных указали, что основным недостатком является отсутствие совместного пребывания с ребенком. Причем столь высокое значение этого показателя обеспечивалось значительной долей матерей, указавших его основной причиной неудовлетворенности пребыванием в ОПН детского стационара (25,1% из 100). В перинатальном центре только 3,5% из 100 респонденток высказали данный недостаток среди причин неудовлетворенности ($p < 0,05$). В перинатальном центре 9,2% респонденток из 100 матерей новорожденных, проходящих лечение в ОПН, были неудовлетворены питанием. Второй основной причиной неудовлетворенности матерей работой ОПН как перинатального центра, так и детского стационара было отношение среднего медицинского персонала к пациентам (8,3 и 9,9% матерей из 100 опрошенных, соответственно) [108, 122, 125, 265]. Основные причины неудовлетворенности матерей пребыванием в ОПН представлены в таблице 5.20.

Таблица 5.20 — Основные причины неудовлетворенности матерей пребыванием в отделении патологии новорожденных и недоношенных детей (в %)

Причина	Перинатальный центр	Детский стационар	t (p)	В целом
Несовместное пребывание матери и ребенка	3,5	25,1	2,44 (<0,05)	14,9
Питание	9,2	6,2	0,23 (>0,05)	7,7
Нерегулярное общение с врачом-неонатологом	5,7	7,1	0,16 (<0,1)	6,4
Отношение среднего медицинского персонала	8,3	9,9	0,34 (>0,05)	9,1

Таким образом, в целом наиболее высоко матери оценили обеспеченность ОПН медикаментами и расходными материалами, а также вежливость и внимательность врачей-неонатологов. Оценка работы вспомогательных служб и количества времени и внимания, уделяемого средним медицинским персоналом пациентам, была ниже целевого показателя, установленного ТПГГ Санкт-Петербурга (ниже 70%). Несмотря на то что качество оказания медицинской помощи по всем характеристикам матери наиболее высоко оценили в ОПН

перинатального центра, при оценке количества времени и внимания, уделяемого как врачами-неонатологами, так средним медицинским персоналом, более высокие оценки получили медицинские работники детского стационара. Однако данные различия не были статистически значимы ни по одному из изучаемых показателей. Среди причин неудовлетворенности наиболее значимым являлось «несовместное пребывание матери и ребенка», на которое указали 25,1% матерей, проходивших лечение в ОПН детского стационара.

5.3 Финансовое обеспечение деятельности отделений патологии новорожденных и недоношенных детей

Финансовое обеспечение медицинской помощи новорожденным, родившимся больными и заболевшим, в ОПН осуществляется преимущественно без взимания платы в соответствии с Программой госгарантий. Имеются отличия в формировании тарифов на оплату медицинской помощи в медицинских организациях регионального уровня и федерального уровня. С 1 января 2021 года для медицинских организаций, подведомственных Правительству Российской Федерации или федеральным органам исполнительной власти, порядок оплаты специализированной помощи, в том числе ВМП, определен специальным Положением, которое содержится в Приложении 3 к постановлению Правительства РФ от 28.12.2021 № 2505 (ред. от 14.04.2022) «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов» [135].

На уровне региона для медицинских организаций формируется тарифная политика, которая отвечает требованиям, изложенным в Методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС, что отражено в Территориальных программах госгарантий на соответствующий год [138, 139, 140, 141, 144], что находит свое отражение в Территориальных программах государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на соответствующий год. Сравнительный анализ формирования тарифа на оплату медицинской помощи в круглосуточном

стационаре для федеральной и региональной медицинских организаций Санкт-Петербурга в 2021 году представлен в таблице 5.21.

Таблица 5.21 — Сравнительный анализ формирования тарифа на оплату медицинской помощи в круглосуточном стационаре для федеральной и региональной медицинских организаций Санкт-Петербурга в 2021 году

Наименование показателя	Обозначение показателя	Расчет стоимости законченного случая (КСГ) для федеральных медицинских организаций	Расчет стоимости законченного случая (КСГ) по Территориальной программе
Формула расчета тарифа: средняя стоимость клинко-статистической группы	ССКСГ	$ССКСГ = НФЗ \times КБС \times КД \times (КЗКСГ \times КСККСГ + КСЛП)$	$ССКСГ = БС \times КД \times (КЗКСГ \times КСККСГ \times КУСМО + КСЛП)$
Средний норматив финансовых затрат, руб.	НФЗ	70 119	не определен
Коэффициент приведения к базовой ставке	КБС	0,35	не определен
Базовая ставка, рублей	БС	не определена	29 757,2
Коэффициент дифференциации	КД	1,24	1,236
Коэффициент относительной затратно-емкости КСГ	КЗКСГ	от 0,15 до 56,65	от 0,27 до 29,91
Коэффициент уровня медицинской организации	КУСМО	отсутствует	1
Коэффициент специфики клинко-статистической группы	КСКСГ	от 1,4 до 1	1
Коэффициент сложности лечения пациента	КСЛП	от 0 до 3,49	от 0 до 3,49

Проведенный анализ стоимости тарифа на оплату медицинской помощи по профилю «Неонатология» для федеральных и региональных медицинских организаций Санкт-Петербурга показал отклонения показателей в пределах 15,8–17,3% по основным профилям по КСГ. В целях стоимостной оценки достаточности финансового обеспечения медицинской помощи по профилю «Неонатология» проведен выборочный расчет фактической стоимости выхаживания детей с ЭНМТ при рождении, в том числе имеющих с массу тела до 1000 г. Данный метод лечения входит в перечень видов ВМП, включенных в

базовую программу ОМС. Полученные результаты свидетельствуют о недофинансировании по методам лечения, включенным в 19-ю группу ВМП, на 118%. Основные профили заболеваний в ОПН и сравнительный анализ стоимости их тарифов представлены в таблице 5.22.

Таблица 5.22— Сравнительный анализ стоимости тарифа на оплату медицинской помощи по клинико-статистическим группам по профилю «Неонатология» для федеральной и региональной медицинских организаций Санкт-Петербурга в 2021 году

Код	Профиль (КПГ) и КСГ	Тариф для региональной медицинской организации, руб.	Тариф для федеральной медицинской организации, руб.	Отклонение, %
st17.001	Малая масса тела при рождении, недоношенность	154 843,38	179 364,12	+15,8
st17.002	Крайне малая масса тела при рождении, крайняя незрелость	574 869,82	665 905,28	+15,8
st17.003	Лечение новорожденных с тяжелой патологией с применением аппаратных методов поддержки или замещения витальных функций	272 171,25	315 271,85	+15,8
st17.004	Геморрагические и гемолитические нарушения у новорожденных	70 617,41	58 428,76	-17,3
st17.005	Другие нарушения, возникшие в перинатальном периоде (уровень 1)	51 124,06	42 299,99	-17,3
st17.006	Другие нарушения, возникшие в перинатальном периоде (уровень 2)	69 514,01	57 515,81	-17,3
st17.007	Другие нарушения, возникшие в перинатальном периоде (уровень 3)	94 156,54	109 067,02	+15,8

Медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь детям, требующим интенсивной терапии, диагностики и лечения патологии неонатального периода, вынуждены максимально оптимизировать бизнес-процессы, сокращать издержки и использовать источники дополнительной прибыли для сохранения качества медицинской помощи.

Анализ финансовой обеспеченности ОПН перинатального центра ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России за период 2019–2020 гг. показывает, что

отделение внутри медицинской организации находилось в дотационных условиях. До 2021 года при оплате оказания медицинской помощи пациентам в федеральных учреждениях регионы перечисляли финансовые средства из своих территориальных фондов и поэтому не были заинтересованы в госпитализации больных на федеральный уровень. С целью повышения доступности медицинской помощи с 2021 года финансирование медицинских помощи федеральных медицинских организациях было возложено на ФФОМС, что положительно отразилось на показателях коечного фонда и финансовом обеспечении ОПН. Показатели использования коечного фонда отделений патологии новорожденных и недоношенных детей перинатального центра в 2020–2021 гг. представлено в таблице 5.23.

Таблица 5.23 — Показатели использования коечного фонда отделений патологии новорожденных и недоношенных детей перинатального центра в 2020–2021 гг.

Показатель	2020	2021	Динамика, %
Иногородные больные	236	274	+13,9
Пролеченные больные	633	747	+15,3
Пользованные больные	956	1030,5	+7,2
Проведено койко-дней	15 295	15 270	-0,2
Средняя длительность пребывания на койке, дней	16,0	14,8	-7,5
Оборот койки	19,1	20,6	+7,3
Работа койки, дней	304,9	305,4	+0,2
% выполнения плана	93,3	93,6	+0,3

Это позволило вывести работу отделения из дотационных условий и обеспечило получение прибыли медицинской организацией.

Проведенная оценка экономической деятельности ОПН выявила, что имелась разница в тарифах на оказание медицинской помощи по отдельным профилям, и это в целом обеспечивало практически равные условия финансового обеспечения медицинских организаций. Анализ тарифов на оказание стационарной медицинской помощи по профилю «Неонатология» в ОПН показал повышение результативности работы данного отделения после перехода федеральных медицинских организаций на новый вид финансирования.

5.4 Оценка эффективности медицинской помощи новорожденным в отделении патологии новорожденных и недоношенных детей

Эффективность здравоохранения — это показатель степени достигнутых результатов работы отрасли. Оценивая эффективность работы отдельных медицинских организаций или их структурных подразделений, целесообразно рассчитывать интегральный показатель медицинской, социальной и экономической эффективности. Оценка медицинской эффективности работы ОПН в целом показала, что уровень показателя был высокий, причем в ОПН перинатального центра он был выше, чем в ОПН детского стационара (0,97 и 0,94 соответственно). Результаты расчетов по отдельным критериям социальной эффективности представлены в таблице 5.24.

Таблица 5.24 — Коэффициенты удовлетворенности по критериям

№	Критерий	Перинатальный центр	Детский стационар	В целом
1	Удовлетворенность техническим состоянием, ремонтом и площадью помещений	0,94	0,91	0,92
2	Удовлетворенность комфортностью больничной палаты и местами пребывания новорожденного	0,90	0,87	0,88
3	Удовлетворенность работой вспомогательных служб	0,89	0,88	0,89
4	Удовлетворенность обеспеченностью медикаментами и расходными материалами	1,01	0,96	0,97
5	Удовлетворенность качеством оказания медицинской помощи	0,96	0,95	0,95
6	Удовлетворенность внимательностью и вежливостью врача неонатолога с пациентами	0,98	0,99	0,99
7	Удовлетворенность внимательностью и вежливостью среднего медицинского персонала с пациентами	0,91	0,90	0,91
8	Удовлетворенность количеством времени и внимания, которое уделялось врачами неонатологами пациентам	0,96	0,96	0,96
9	Удовлетворенность количеством времени и внимания, которое уделялось средним медицинским персоналом пациентам	0,88	0,89	0,88
	Интегральный коэффициент удовлетворенности	0,94	0,92	0,93

Расчет коэффициентов удовлетворенности позволил определить коэффициент интегральной эффективности деятельности ОПН, которая в нашем случае и является социальной эффективностью работы ОПН.

По всем изучаемым критериям коэффициенты удовлетворенности имели высокий уровень (0,75–1,0), в ОПН перинатального центра обеспеченность медикаментами и расходными материалами — очень высокий (более 1,0). Расчет коэффициента социальной эффективности также показал высокий уровень вне зависимости от медицинской организации.

Оценка экономической эффективности показала, что K_3 работы ОПН детского стационара равен 0,60, а K_3 ОПН перинатального центра — 0,71. Соответственно, в ОПН детского стационара используется только 60% мощности, а в перинатальном центре — 71%. Уровень коэффициентов можно оценить как средний в детских стационарах и в перинатальных центрах.

Исходя из функции коечного фонда ОПН обеспечивать госпитализацию детей, родившихся больными и заболевших, из родильных домов и ОРИТН, особенно учитывая функции федерального перинатального центра и высокую долю пациентов госпитализированных по внутренней маршрутизации, можно говорить, что в ОПН детского стационара реализуются не все мощности при использовании коек отделения, а в перинатальном центре койки используются более рационально и работают более эффективно.

Проведенное исследование в результате которого был рассчитан коэффициент эффективности работы ОПН показало, что в детском стационаре его значение соответствовало высокому уровню и равнялось 0,82. Коэффициент эффективности работы ОПН перинатального центра был выше, чем в детском стационаре, и составил 0,87. Таким образом, по всем видам эффективности ОПН перинатального центра были несколько выше, чем в ОПН детского стационара, что и сказалось на итоговом результате оценки.

5.5 Обоснование организационных мероприятий по совершенствованию медицинской помощи детям, родившимся больными и заболевшим

Важным признаком здоровья является нормальная масса тела при рождении. Дети, родившиеся с низкой массой тела, чаще имеют функциональные нарушения, более высокий уровень заболеваемости, часто неблагоприятный прогноз в отношении неврологических исходов, более высокий риск неонатальной смертности. Перинатальные нарушения таких детей протекают более тяжело. Удельный вес детей, родившихся живыми с ЭНМТ в Санкт-Петербурге, имел тенденцию к росту, что, с одной стороны, является показателем доступности и качества медицинской помощи за счет реализации мероприятий по маршрутизации беременных, рожениц, родильниц и новорожденных при трехуровневой системе акушерской и перинатальной помощи. С другой стороны, может указывать на недостаточное выявление факторов риска неблагоприятных исходов беременности на этапе женской консультации, что не позволяет пролонгировать беременность в стационарных условиях. Данные, полученные из официальных источников, были подтверждены анкетированием матерей новорожденных, родившихся больными и заболевших, которые проходили лечение в ОПН. Матери больных детей, в сравнении с матерями здоровых детей, в среднем имели более поздний срок постановки на учет по беременности в женской консультации, реже вставали на учет до 6 недель беременности, имели значительно меньшее среднее время продолжительности беременности, и больные дети значительно чаще рождались при беременности до 28 недель. Таким образом, не в полном объеме реализованная антенатальная охрана плода является достоверным фактором рождения больного ребенка.

Однако рождение детей, имеющих большúю массу тела при рождении (более 4000 г), также можно рассматривать как негативное явление. Это может привести к осложнениям в ходе родов, таким как несвоевременное излитие околоплодных вод, аномалия родовой деятельности, родовая травма, острая гипоксия плода и другим, к увеличению частоты оперативного родоразрешения — извлечению плода с помощью акушерских щипцов, вакуум-

экстрактора, путем кесарева сечения, частоты амниотомии, родов, с использованием медикаментозных методов. Рождение крупного плода может привести к послеродовым проблемам как со стороны матери, так и со стороны новорожденного. У детей, родившихся с высокой массой тела, увеличивается риск появления сахарного диабета, ожирения, первичного иммунодефицита, повышения аллергического фона, отклонений в нервно-психическом статусе и др. Как показало исследование, удельный вес детей, родившихся с высокой массой тела, в Санкт-Петербурге был выше среднеокружного и среднероссийского уровней. Анкетирование продемонстрировало, что у матерей больных новорожденных в 2 раза чаще, чем у здоровых матерей, встречались болезни эндокринной системы и статистически значимо чаще наблюдался гестационный сахарный диабет во время беременности, что является предпосылкой для развития большевесных детей. Данная категория беременных требует особого наблюдения со стороны акушера-гинеколога с целью своевременной госпитализации женщин для родоразрешения. Кроме того, высокая частота хронической патологии у матерей больных детей свидетельствует о недостаточной проведенной подготовке к беременности, что указывает на неудовлетворительную работу женской консультации по планированию семьи.

Исследование показало, что больные дети имели более низкую массу и рост при рождении, чем здоровые новорожденные. Анализ веса и роста при рождении у больных и здоровых детей с учетом их гестационного возраста показал статистически значимые различия в каждой возрастной группе. Оценка физического развития умерших новорожденных гестационного возраста после 28 недель показала, что наибольшая доля детей приходилась на умерших новорожденных с массой тела при рождении от 2500 г и более — 63,8%. Их масса тела в 80–90% случаев соответствовала нормативным показателям детей данного гестационного возраста, а рост — в 85–95% случаев. Оценка параметров физического развития недоношенных новорожденных, умерших в течение первых 7 суток, в 90–94% случаев выявила соответствие нормативам физического

развития для данного гестационного возраста. Таким образом, обнаружен резерв снижения потерь жизнеспособных детей.

Установленные особенности медико-социальной характеристики семей (возраст родителей, их уровень образования, семейный статус, количество детей в семье и др.) новорожденных, родившихся больными и заболевших, и особенности акушерско-гинекологического анамнеза матери (наличия у матери хронических заболеваний (патологических состояний) заболеваний, возникших во время беременности, осложнений в родах и др.), позволили выявить факторы риска рождения больного ребенка, которые целесообразно учитывать при ведении беременности с целью формирования групп акушерского и перинатального риска. Кроме того, результаты оценки качества жизни новорожденного можно рассматривать как интегральную характеристику состояния здоровья детей данной возрастной группы.

Соответственно, можно выделить первое направление в совершенствовании медицинской помощи новорожденным, родившимся больными и заболевшим, которое заключается в улучшении качества антенатальной охраны плода, своевременном выявлении факторов риска здоровья матери и ребенка на этапе женской консультации.

Проведенная оценка динамики показателей заболеваемости новорожденных в Санкт-Петербурге выявила, что удельный вес детей, родившихся больными и заболевших, ежегодно повышался и в 2022 году превысил среднероссийский и среднеокружной уровни. На долю отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде, в среднем за изучаемый период приходилось 53,8% заболеваний, что существенно ниже, чем в среднем в Российской Федерации и СЗФО. В 2022 году в ОПН Санкт-Петербурга было госпитализировано 6,91% числа родившихся живыми в данном году, что выше, чем в среднем в стране, в 1,1 раза, а в федеральном округе — в 1,3 раза. При этом до 2018 года в городе удельный вес госпитализированных в ОПН был ниже, чем в среднем в Российской Федерации и СЗФО, а с 2019 года — выше. Удельный вес детей Санкт-Петербурга, прошедших лечение в ОПН, от общего числа новорожденных,

госпитализированных в ОПН федерального округа, составил 44,9%. Улучшилась также маршрутизация беременных в акушерские стационары соответствующего уровня, которая осуществлялась исходя из групп риска. Данное обстоятельство подтверждает целесообразность внедрения трехуровневой системы акушерской и перинатальной помощи и грамотную работу единой системы оказания медицинской помощи больным детям в Санкт-Петербурге.

Оценка ресурсного обеспечения оказания медицинской помощи больным новорожденным продемонстрировала достаточную обеспеченность медицинскими организациями и койками ОПН, что позволяет детям города получать специализированную помощь, в том числе ВМП, в полном объеме. Являясь главным звеном оказания медицинской помощи новорожденным в федеральном округе в условиях трехуровневой системы здравоохранения, федеральные перинатальные центры и ДГМКСЦВМТ, согласно маршрутизации, концентрируют случаи высокого акушерского и перинатального риска, что позволяет обеспечивать выхаживание новорожденных и недоношенных детей.

Таким образом, можно выделить второе направление в совершенствовании медицинской помощи новорожденным, родившимся больными и заболевшим, которое заключается в совершенствовании маршрутизации с целью повышения уровня качества и доступности специализированной помощи, в том числе ВМП.

Подводя итог вышесказанному, следует констатировать, что установлена ведущая роль ОПН в организации лечения детей, родившихся больными и заболевших. Оценка деятельности ОПН перинатального центра и детского стационара показала существенную разницу в структуре пациентов как по заболеваниям (патологическим состояниям), массе и доношенности детей, так и по месту поступления в отделения. Коечный фонд ОПН перинатального центра работает с большей нагрузкой и более рационально, чем в детском стационаре, который не использует всю возможную мощность работы коек ОПН. В перинатальном центре за счет особенностей его деятельности и работы хирургической службы значительно больше детей, поступивших на койки ОПН по внешней маршрутизации, и новорожденных с ВПР. В ОПН детского

стационара, основная функция которого — выхаживание новорожденных и недоношенных детей, преобладают соматическая патология (отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде) и поступившие согласно внешней маршрутизации из родильных домов города.

Исходя из проведенной оценки, было определено третье направление совершенствования медицинской помощи новорожденным, родившимся больными и заболевшим, которое заключается в повышение мощности ОПН детского стационара за счет рационального использования коек отделения или перепрофилирования коечного фонда с учетом структуры заболеваемости и/или возраста пациентов.

Соответствие ожиданиям пациентов является важной характеристикой качества медицинской помощи, индикатором которого служит удовлетворенность пациентов. Проведенная оценка качества оказания медицинской помощи в ОПН показала, что в целом наиболее высоко матери оценили обеспеченность ОПН медикаментами и расходными материалами, а также вежливость и внимательность врачей. Оценка работы вспомогательных служб и количества времени и внимания, уделяемого средним медицинским персоналом пациентам, была ниже целевого показателя, установленного ТПГГ Санкт-Петербурга. Несмотря на то что качество оказания медицинской помощи по всем характеристикам матери наиболее высоко оценили в ОПН перинатального центра, при оценке количества времени и внимания, уделяемого как врачами, так средним медицинским персоналом, более высокие оценки получили медицинские работники детского стационара. Однако данные различия не были статистически значимы ни по одному из изучаемых показателей. Среди причин неудовлетворенности наиболее значимыми являлись «несовместное пребывание матери и ребенка» (14,9%), отношение среднего медицинского персонала (9,1%) и питание (7,7%). При этом на неудовлетворенность по причине несовместного пребывания матери и ребенка указали 25,1% матерей, проходивших лечение в ОПН детского стационара, что оказывает негативное влияние на создание оптимальных условий для продолжительного естественного вскармливания.

Установлено, что охват грудным вскармливанием был существенно выше в ОПН перинатального центра, что связано с большей долей в нем совместного пребывания матери и ребенка. Кроме того, анкетирование матерей выявило, что матери больных детей достоверно позже начинали грудное вскармливание в акушерском стационаре, чем матери здоровых новорожденных, в 2 раза реже начинали грудное вскармливание сразу после рождения ребенка и 13,3 раза чаще впервые прикладывали ребенка к груди на вторые сутки его жизни. Данное обстоятельство показывает наличие риска для неполноценного грудного вскармливания ребенка, что крайне важно для детей с ЭНМТ.

Межличностные отношения медицинского персонала с пациентами являются также одной из основных характеристик качества медицинской помощи. Как при оценке человеческих качеств медицинских работников, так и при оценке удовлетворенности количеством времени и внимания, которое уделялось пациентам, матери достоверно выше оценили работу врачей. На отношение среднего медицинского персонала указали 8,3% матерей в ОПН перинатального центра и 9,9% — в ОПН детского стационара, что определяет необходимость принятия мер для решения данной проблемы.

Неудовлетворенность питанием находилась на первом месте по причинам неудовлетворенности матерей в работе ОПН перинатального центра. Учитывая особенности питания кормящих матерей, следует проводить разъяснительные беседы с матерями о целесообразности соблюдения соответствующей диеты.

Таким образом, четвертым направлением совершенствования медицинской помощи новорожденным, родившимся больными и заболевшим, является повышение качества оказания медицинских услуг за счет улучшения сервисной составляющей: обеспечение дополнительных возможностей для совместного пребывания матери и ребенка, соблюдение медицинским персоналом принципов этики и деонтологии, усиление контроля врачей за работой среднего медицинского персонала, повышение уровня санитарно-гигиенического просвещения и др.

Оценка финансового обеспечения и эффективности работы ОПН показала наличие различий в показателях в ОПН акушерского и перинатального профилей. Проведенный анализ финансового обеспечения деятельности ОПН не выявил существенной разницы в тарифах федеральных и городских медицинских организаций. Соответственно, при практически равнозначных финансовых условиях медицинская, социальная и экономическая эффективность работы ОПН перинатального центра выше, чем ОПН детского стационара. Все изучаемые коэффициенты эффективности имели высокий уровень, кроме коэффициента экономической эффективности работы ОПН, уровень которого оценивается как средний и в детском стационаре, и в перинатальном центре. Коэффициент эффективности работы ОПН перинатального центра был выше, чем в детском стационаре (0,87 против 0,82 — высокий уровень). При этом коэффициент экономической эффективности напрямую зависит от оборота койки, но в перинатальном центре более тяжелые новорожденные, поэтому рекомендованная длительность 12,1 дней для этих пациентов в большинстве случаев не совпадает с клиническими рекомендациями. Однако даже при заданных условиях экономическая эффективность использования коечного фонда ОПН перинатального центра выше.

Таким образом, можно выделить пятое направление в совершенствовании медицинской помощи новорожденным, родившимся больными и заболевшим, которое заключается в повышении экономической эффективности работы ОПН детских стационаров в частности и в оптимизации финансового обеспечения деятельности отделений данного профиля в целом.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Для сохранения и укрепления детского здоровья в Российской Федерации внедрена трехуровневая система оказания акушерской и перинатальной помощи, которая позволила существенно снизить показатели материнской и младенческой смертности в нашей стране. В России ежегодно рождается около трети детей, имеющих те или иные отклонения в состоянии здоровья. Учитывая неблагоприятные демографические условия последних лет, следует констатировать, что одним из основных направлений деятельности современной системы охраны материнства и детства должно стать повышение доступности и качества оказания медицинской помощи новорожденным, родившимся больными и заболевшими. Как этап выхаживания новорожденных и недоношенных детей, ОПН есть в двух типах медицинских организаций: в перинатальных центрах и детских многопрофильных стационарах. Таким образом, совершенствование организации медицинской помощи новорожденным, родившимся больными и заболевшим, за счет высокой эффективности работы медицинских организаций является актуальной темой для исследования.

Ввиду вклада Санкт-Петербурга в рождаемость в СЗФО (44,6%) и с учетом значения здравоохранения в системе оказания медицинской помощи детям федерального округа и страны настоящее исследование проводилось в именно данном субъекте Российской Федерации. Базами исследования стали 4 медицинские организации города, и оно включало 4 этапа.

Физическое развитие и заболеваемость, наряду демографическими показателями, являются основными индикаторами здоровья детей. Проведенная оценка данных официальной статистики показала, что в 2015–2022 гг. в Санкт-Петербурге удельный вес детей, родившихся живыми, с низкой массой тела, был ниже среднероссийских и среднеокружных значений. Однако удельный вес детей, родившихся с высокой массой тела, в 2022 году был выше и составил 11,66% соответственно.

Проведенная сравнительная оценка физического развития новорожденных детей по результатам анкетирования матерей показала, что как среди больных, так и среди здоровых новорожденных большинство составили мальчики (59,6 и 56,4% соответственно). В среднем матери больных детей достоверно позже начинали грудное вскармливание в акушерском стационаре, чем матери здоровых новорожденных — $1,74 \pm 4,84$ дней против $1,10 \pm 4,88$ дней ($t = 115,87$; $p < 0,01$), в 2,0 раза реже начинали грудное вскармливание сразу после рождения ребенка ($t = 10,22$; $p < 0,01$) и в 13,3 раза чаще впервые прикладывали ребенка к груди на вторые сутки ($t = 3,57$; $p < 0,01$).

Средний вес детей, родившихся больными и заболевших, при рождении имел достоверные различия со здоровыми новорожденными ($2543,14 \pm 11,06$ г против $3485,26 \pm 30,59$ г ($t = 85,79$; $p < 0,01$). При этом среди больных детей 42,6% новорожденных относились к низкому весовому сегменту, а среди здоровых в этой весовой категории было только 2,0%. Кроме того, статистически достоверно среди больных было меньше детей, родившихся со средней массой тела. Сравнительная оценка показателей роста у новорожденных позволила установить наличие достоверных различий между группами ($45,97 \pm 28,35$ см против $51,45 \pm 73,60$ см ($t = 61,13$; $p < 0,01$). Анализ веса и роста при рождении больных и здоровых детей с учетом их гестационного возраста показал статистически значимые различия в каждой возрастной группе. Анализ веса детей с учетом пола не выявил статистической значимой разницы как в группе здоровых, так и в группе больных детей. Анализ роста детей с учетом пола показал: средний рост в группе больных детей был достоверно ниже, чем в группе здоровых детей ($p = 0,0007$).

Изучение гестационного возраста у детей, умерших в ранний неонатальный период, позволило установить, что в группе умерших новорожденных статистически значимо преобладали дети гестационного возраста более 28 недель ($78,02\% \pm 4,95\%$). Оценка антропометрических данных показала, что среди умерших новорожденных гестационного возраста до 28 недель среднее значение

массы тела и роста было $794,60 \pm 49,10$ г и $32,20 \pm 0,90$ см соответственно, после 28 недель — $2659,7 \pm 119,0$ г и $47,00 \pm 0,74$ см соответственно.

Проведенная оценка динамики показателей заболеваемости новорожденных в Санкт-Петербурге по данным официальной статистики показала, что удельный вес детей, родившихся больными и заболевших, ежегодно повышался. При этом в 2015 году показатель был ниже, чем в целом в стране и округе, а к 2022 году значительно превысил среднероссийский и среднеокружной уровни. На долю отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде, в среднем за изучаемый период приходилось 53,8% заболеваний, что ниже, чем в среднем в Российской Федерации, в 1,6 раз, а в СЗФО — в 1,4 раза. Уровень заболеваемости отдельными состояниями, возникающими в перинатальном периоде, в 2022 году в мегаполисе составил 197,30‰ (+8,4% за изучаемый период), что было ниже среднероссийского и среднеокружного показателей на 14,8 и 14,6% соответственно.

Организация лечения родившихся больными и заболевших новорожденных, если нет необходимости в реанимационных мероприятиях, осуществляется ОПН медицинских организаций. Анализ потребности новорожденных в стационарной медицинской помощи показал, что удельный вес детей Санкт-Петербурга, прошедших лечение в ОПН, от общего числа новорожденных, госпитализированных в ОПН федерального округа, составил 44,9%. Удельный вес госпитализированных в ОПН в Санкт-Петербурге в 2022 году составил 6,91%, что выше, чем в среднем в стране, в 1,1 раза, а в федеральном округе — в 1,3 раза. Анализ динамики показателей выявил, что с 2019 года удельный вес госпитализированных в ОПН превысил среднероссийский уровень. Это является доказательством повышения значения города в системе здравоохранения федерального округа за счет улучшения маршрутизации новорожденных, родившихся больными и заболевших.

Для изучения особенностей медико-социальной характеристики семей, имеющих детей, родившихся больными и заболевших, было проведено сравнение данного контингента с семьями здоровых новорожденных

Полученные данные позволили установить, что есть достоверная разница между возрастом родителей новорожденных, родившихся больными и заболевших, и родителей здоровых детей: у матерей (средний возраст $30,55 \pm 0,46$ против $27,12 \pm 0,32$ года ($t = 34,29$; $p < 0,01$), у отцов (средний возраст $33,14 \pm 0,54$ против $29,76 \pm 0,45$ года ($t = 25,44$; $p < 0,01$)).

Оценка распределения матерей по семейному положению не показала статистически значимой разницы между показателями в основной и контрольной группах, но удельный вес матерей, не состоящих в зарегистрированном браке, среди женщин, имеющих больного ребенка, был выше, чем среди матерей здоровых детей (38,5% против 32,3%). Изучение уровня образования у родителей выявило, что в семьях с больным ребенком было больше матерей и отцов со средним и средним специальным образованием и достоверно меньше родителей, имеющих неоконченное высшее и высшее ($t = 3,54$ и $t = 3,46$ соответственно ($p < 0,01$)). Анкетирование показало, что, как среди матерей, так и среди отцов, выше удельный вес служащих и неработающих лиц (домохозяек) и ниже удельный вес рабочих, предпринимателей и обучающихся. Исследование показало, что в многодетных семьях достоверно чаще были дети, родившиеся больными и заболевшие ($t = 2,01$; $p < 0,05$).

Матери больных новорожденных в среднем имели более поздний срок постановки на учет по беременности в женской консультации, чем матери здоровых детей ($9,94 \pm 0,04$ недели против $8,62 \pm 0,04$ недели ($t = 23,40$; $p > 0,01$), при этом они достоверно реже вставали на учет до 6 недель беременности ($t = 3,44$; $p > 0,01$). У матерей больных детей было достоверно ниже среднее время продолжительности беременности ($34,48 \pm 1,21$ недель против $37,34 \pm 0,94$ недель ($t = 65,57$; $p < 0,05$)).

Оценка наличия у матери хронических заболеваний (патологических состояний), заболеваний, возникших во время беременности, и осложнений в родах показала, что у матерей, имевших детей, родившихся больными и заболевших, они наблюдались статистически значимо чаще, чем у матерей здоровых новорожденных ($t = 4,56$; $t = 4,92$ и $t = 3,04$ соответственно при $p < 0,01$).

Кроме того, у матерей больных новорожденных чаще в структуре хронической патологии встречались болезни глаза и его придаточного аппарата (в 3,4 раза), болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (в 3,1 раза), болезни мочеполовой системы (в 2,3 раза). Сравнительная оценка частоты заболеваний (патологических состояний), возникших у матерей во время беременности, в основной и контрольной группах показала наличие статистически значимых различий по частоте встречаемости анемии (35,0% против 21,3% ($t = 2,51$; $p < 0,05$), гипертензии (15,3% против 2,2% ($t = 2,09$; $p < 0,05$), гестационного сахарного диабета (10,8% против 7,9% ($t = 2,08$; $p < 0,05$). Статистически достоверных различий между частотой осложнений в родах у матерей больных и здоровых детей не установлено, однако в основной группе у матерей чаще встречались патология плода (в 6,3 раза), угроза прерывания беременности (в 4,9 раза), резус-конфликт (4,2 раза) и угроза преждевременных родов (в 3,0 раза).

Исследование продемонстрировало, что показатели качества жизни по всем шкалам опросника RedQL ниже у детей, родившихся больными и заболевших, по сравнению со здоровыми детьми. Значимые различия выявлены по следующим шкалам: физическая активность, физические симптомы, эмоциональное состояние, социальная активность, познавательная активность, суммарный балл физического функционирования, суммарный балл психосоциального здоровья, общий балл. При сравнении качества жизни у детей с разной патологией установлено, что показатели качества жизни новорожденных с анемией выше, чем у детей с ВПС и гидроцефалией. Показатели качества жизни новорожденных с гидроцефалией ниже, чем у детей, имеющих ВПС. Значимые различия по качеству жизни новорожденных детей установлены между I и III группами здоровья. Показатели качества жизни новорожденных, имеющих I и II группы здоровья, сходны.

В задачи настоящего исследования входила оценка доступности, качества и финансового обеспечения медицинской помощи детям, родившимся больными и заболевшим. Одним из ведущих показателей доступности стационарной помощи

является обеспеченность больничными койками. Анализ показателей обеспеченности койками ОПН детского населения Санкт-Петербурга выявил, что в 2022 году она была равной 64,7 коек на 10 тыс. детей до года, что ниже среднероссийского уровня на 17,7%, а среднеокружного — на 8,7%. Обеспеченность койками ОПН города имела отрицательную динамику с 2015 по 2017 год включительно, но с 2018 года ежегодно росла.

Наиболее значимыми объективными показателями качества медицинской помощи являются показатели больничной летальности. В Санкт-Петербурге уровень больничной летальности детей с ЭНМТ в возрасте 0–6 дней в 2022 году составил 19,53%, что было выше среднероссийского и среднеокружного показателей на 20,5 и 11,6% соответственно. Показатель больничной летальности новорожденных с массой тела 1000 г и более (1,59%) был выше среднероссийских и среднеокружных значений в 2,5 и 1,2 раза соответственно.

Проведенная оценка сведений, полученных из отчетов деятельности медицинских организаций, показала, что в 2022 году к уровню 2019 года в ОПН перинатального центра выросло число как поступивших, так и выбывших из отделения детей, а в ОПН детского стационара за четыре года существенно выросло количество переведенных в другие больницы и дома ребенка детей при существенном снижении выбывших пациентов. Оценка структуры госпитализации в ОПН выявила, что как в перинатальном центре, так и в детском стационаре наибольшим оказался удельный вес детей, поступивших по внешней маршрутизации.

Оценка распределения выбывших из ОПН перинатального центра в 2022 году показала, что недоношенных новорожденных было несколько меньше, чем в ОПН детского стационара (46,5% против 59,3%; $p < 0,05$) и существенно ниже был удельный вес детей с НМТ (36,8% против 41,5%; $p < 0,05$).

Анализ структуры выбывших пациентов из ОПН перинатального центра и детского стационара показал статистически значимые различия между удельным весом расстройств, связанных с укорочением срока беременности матери и малой массой тела при рождении ($t = 2,45$; $p < 0,05$), удельным весом замедления роста и

недостаточностью питания ($t = 3,02$; $p < 0,05$), удельным весом дыхательных нарушений, характерных для перинатального периода ($t = 2,12$; $p < 0,05$), и удельным весом ВПР ($t = 10,02$; $p < 0,01$).

Оценка использования коечного фонда ОПН показала, что в 2020 году средняя годовая занятость койки в перинатальном центре выросла с 298,5 до 304,9 дней (+2,1%), а в детском стационаре снизилась с 295,7 до 290,4 дней (-1,8%). Это произошло за счет повышения оборота койки в перинатальном центре на 4,0% и снижения в стационаре на 13,1%. Установлено, что выполнение плана работы коек ОПН выросло в перинатальном центре с 91,3 до 92,4%, а в детском стационаре — с 90,4 до 91,1%.

Особую роль в сохранении и укреплении здоровья детей имеет их полноценное грудное вскармливание. Оценка сведений, полученных из отчетов работы ОПН, показала, что охват грудным вскармливанием был существенно выше в ОПН перинатального центра, чем в ОПН детского стационара (38,3% против 23,7%; $p < 0,05$).

Проведенная оценка организации медицинской помощи новорожденным, родившимся больными и заболевшим, показала, что в ОПН перинатального центра, в сравнении с ОПН детского стационара, был выше удельный вес полностью удовлетворенных матерей техническим состоянием, ремонтом и площадью помещений (86,1%±2,48% против 82,1%±2,67%); комфортностью больничной палаты и местами пребывания новорожденного (75,8%±3,33% против 71,0%±3,39%); работой вспомогательных служб (70,3%±3,62% против 68,5%±3,65%); обеспеченностью медикаментами и расходными материалами (92,7%±1,75% против 91,6%±1,83%); качеством оказания медицинской помощи (85,3%±2,55% против 82,0%±2,68%); внимательностью и вежливостью среднего медицинского персонала с пациентами отделения (72,3%±3,51% против 70,1%±3,45%). А в ОПН детского стационара, в сравнении с ОПН перинатального центра, был выше удельный вес полностью удовлетворенных матерей внимательностью и вежливостью врача-неонатолога с пациентами отделения (96,10%±1,24% против 95,60%±1,39%); количеством времени и внимания,

которое уделялось врачами-неонатологами пациентам ($86,5\% \pm 2,31\%$ против $85,1\% \pm 2,56\%$); количеством времени и внимания, которое уделялось средним медицинским персоналом пациентам ($69,8\% \pm 3,46\%$ против $67,7\% \pm 3,78\%$).

Деятельность ОПН оценивалась матерями на основе работы врачей и среднего медицинского персонала в целом по пятибалльной системе, и показано, что работу неонатологов в ОПН детского стационара матери оценили выше, чем в ОПН перинатального центра ($4,88 \pm 0,22$ балла против $4,82 \pm 0,23$ балла ($t = 0,16$; $p > 0,1$). При оценке деятельности среднего медицинского персонала наблюдалась противоположная картина: $4,64 \pm 0,21$ балла в ОПН перинатального центра против $4,59 \pm 0,20$ балла в ОПН детского стационара ($t = 0,17$; $p > 0,1$) [29, 30, 31, 33, 34].

Результаты анкетирования матерей позволили установить основные причины неудовлетворенности, которые имели значительную разницу в ОПН медицинских организаций акушерского и педиатрического профилей. В ОПН перинатального центра в большей степени матери были неудовлетворены питанием ($9,2\%$), а в ОПН детского стационара — отсутствием совместного пребывания с ребенком ($25,1\%$); $t(p) = 2,44 (< 0,05)$.

В формировании тарифов на оплату медицинской помощи в медицинских организациях регионального уровня и федерального уровня имеются различия, которые выявил сравнительный анализ формирования тарифа и стоимости тарифа на оплату медицинской помощи по КСГ по профилю «Неонатология» для федеральных и региональных медицинских организаций Санкт-Петербурга. Разница в тарифах на оказание медицинской помощи по отдельным профилям в целом обеспечивала практически равные условия финансового обеспечения медицинских организаций. Выборочный расчет фактической стоимости выхаживания детей с ЭНМТ при рождении, который входит в перечень видов ВМП, включенных в базовую программу ОМС, показал недофинансирование на 118% . Анализ финансовой обеспеченности ОПН перинатального центра ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России за период 2019–2020 гг. доказывает, что отделение внутри медицинской организации находилось в дотационных условиях. С 2021 года финансирование медицинской помощи в федеральных медицинских

организациях было возложено на ФФОМС, что положительно отразилось на показателях коечного фонда, финансовом обеспечении ОПН и в целом на доступности медицинской помощи детям, родившимся больными и заболевшим. Прирост по пролеченным больным составил 15,3%, обороту койки — 7,3%, работе койки — 0,2%, выполнению плана — 0,3%, что обеспечило получение прибыли медицинской организацией. Анализ тарифов на оказание стационарной медицинской помощи по профилю «Неонатология» в ОПН показал повышение результативности работы данного отделения после перехода федеральных медицинских организаций на новый вид финансирования.

Оценка медицинской эффективности работы ОПН в целом продемонстрировала, что уровень показателя был высокий, причем в ОПН перинатального центра он был выше, чем в ОПН детского стационара (0,97 и 0,94 соответственно). Расчет коэффициентов социальной эффективности работы ОПН показал, что в перинатальном центре он был также выше, чем в детском стационаре (0,94 и 0,92 соответственно), и имел высокий уровень вне зависимости от медицинской организации. Оценка экономической эффективности показала, что K_3 работы ОПН детского стационара равен 0,60, а K_3 ОПН перинатального центра — 0,71. Уровень коэффициентов можно оценить как средний в детских стационарах и в перинатальных центрах. Таким образом, коэффициент эффективности работы ОПН перинатального центра был выше, чем в детском стационаре, и составил 0,87 против 0,82 (высокий уровень). В целом можно говорить о высокой эффективности деятельности ОПН в условиях мегаполиса.

На основании комплексной оценки действующей системы организации медицинской помощи новорожденным, родившимся больными и заболевшим, был разработан, научно обоснован и внедрен комплекс медико-организационных мероприятий, направленных на совершенствование организации медицинской помощи детям данной категории.

ВЫВОДЫ

1. Удельный вес детей, родившихся живыми с низкой и высокой массой тела при рождении, в Санкт-Петербурге был выше среднероссийских значений и имел тенденцию к росту. Масса и длина тела при рождении больных и здоровых детей с учетом их гестационного возраста статистически значительно различались в каждой возрастной группе. Средняя масса детей, родившихся больными и заболевших, при рождении имела достоверные различия с аналогичным показателем здоровых новорожденных ($2543,14 \pm 11,06$ г против $3485,26 \pm 30,59$ г ($t = 85,79$; $p < 0,01$)). Сравнительная оценка показателей длины тела у новорожденных позволила также установить наличие достоверных различий ($45,97 \pm 28,35$ см против $51,45 \pm 73,60$ см ($t = 61,13$; $p < 0,01$)). Оценка параметров физического развития умерших новорожденных как среди доношенных, так и среди недоношенных установила соответствие нормативам физического развития для данного гестационного возраста в 80–95% случаев, что позволило выявить резерв снижения потерь жизнеспособных детей.

2. Удельный вес детей Санкт-Петербурга, родившихся больными и заболевших, ежегодно повышался и в 2022 году превысил среднероссийский и среднеокружной уровни в 1,6 и 1,2 раза соответственно. Показатели заболеваемости новорожденных отдельными состояниями, возникающими в перинатальном периоде, в 2015–2022 гг. были ниже, чем средним в Российской Федерации и СЗФО (на 14,8 и 14,6% соответственно), и уровень показателя при практически ежегодном повышении в 2022 году составил 197,30%. Удельный вес госпитализированных в ОПН Санкт-Петербурга с 2017 года ежегодно увеличивался. В 2022 году было госпитализировано 6,91% числа родившихся живыми, что выше, чем в среднем в стране, в 1,1 раза, а в федеральном округе — в 1,3 раза. Соответственно, в Санкт-Петербурге в условиях снижения рождаемости и повышения уровня заболеваемости новорожденных наблюдался рост потребности детей в госпитализации в ОПН медицинских организаций.

3. Семьи новорожденных, родившихся больными и заболевших, имеют особенности как в медико-социальной характеристике семьи, так и в акушерско-гинекологическом анамнезе матери. Родители больных детей различались по возрасту, уровню образования, семейному статусу, количеству детей в семье и др. Матери больных детей в среднем имели более поздний срок постановки на учет по беременности в женской консультации ($t = 23,40$; $p > 0,01$), реже вставали на учет до 6 недель беременности ($t = 23,40$; $p > 0,01$), их средняя продолжительность беременности была ниже ($t = 65,57$; $p < 0,05$), у них чаще наблюдались хронические заболевания (патологические состояния) ($t = 4,56$; $p < 0,01$), заболевания, возникшие во время беременности ($t = 4,92$; $p < 0,01$), и осложнения в родах ($t = 3,04$; $p < 0,01$). В среднем матери больных детей позже начинали грудное вскармливание в акушерском стационаре ($t = 115,87$; $p < 0,01$).

4. Показатели качества жизни больных новорожденных существенно ниже соответствующих показателей у здоровых детей: физическая активность ($60,9 \pm 23,1$ против $81,3 \pm 15,4$; $p < 0,05$), физические симптомы ($74,2 \pm 13,5$ против $82,1 \pm 12,4$; $p < 0,05$), социальная активность ($75,2 \pm 24,1$ против $82,9 \pm 16,8$; $p < 0,05$), суммарный балл физического функционирования ($69,3 \pm 14,5$ против $81,8 \pm 11,4$; $p < 0,05$), суммарный балл психосоциального здоровья ($74,6 \pm 14,5$ против $78,4 \pm 12,4$; $p < 0,05$) и общий балл ($72,3 \pm 11,6$ против $79,9 \pm 10,6$; $p < 0,05$). Установлены достоверные различия при сравнении качества жизни у детей по отдельным патологиям ($p < 0,05$) и между I и III группами здоровья ($p < 0,05$).

5. Оценка ресурсного обеспечения оказания медицинской помощи больным новорожденным показала достаточную обеспеченность медицинскими организациями и койками ОПН, что позволяет детям города получать специализированную помощь, в том числе ВМП, в полном объеме. В Санкт-Петербурге в 2015–2022 гг. наблюдалось повышение доступности и качества медицинской помощи новорожденным, родившимся больными и заболевшим, за счет увеличения за изучаемый период обеспеченности койками ОПН на 18,5% до уровня 64,7 коек на 10 тыс. детского населения до года и снижения больничной

летальности новорожденных с ЭНМТ (в 1,1 раза) и с массой тела 1000 г и более (в 1,5 раза) до уровня 19,53 и 1,59% соответственно.

6. Оценка деятельности ОПН перинатального центра и детского стационара показала существенную разницу в структуре пациентов как по заболеваниям (патологическим состояниям), массе и доношенности детей, так и по месту поступления в отделения. В структуре выбывших пациентов из ОПН перинатального центра было достоверно больше новорожденных с ВПР ($t = 10,02$; $p < 0,01$) и меньше детей с расстройствами, связанными с укорочением срока беременности матери и малой массой тела при рождении ($t = 2,45$; $p < 0,05$), с замедлением роста и недостаточностью питания ($t = 3,02$; $p < 0,05$), дыхательными нарушениями, характерными для перинатального периода ($t = 2,12$; $p < 0,05$). Кочный фонд ОПН перинатального центра работает с большей нагрузкой и более рационально: выше показатели работы койки на 5,0% (304,9 дней против 290,4) и оборота койки — на 26,3% (19,8 против 14,6) и на 22,2% ниже средняя длительность пребывания ребенка на койке (15,4 дня против 19,8). ОПН детского стационара использует не всю возможную мощность работы коечного фонда, так как выполнение плана работы койки ОПН в нем ниже, чем в ОПН перинатального центра.

7. Несмотря на высокую оценку качества оказания медицинской помощи в ОПН (уровень удовлетворенности 86,1%), матери наиболее низко оценили работу вспомогательных служб (69,4%) и количество времени и внимания, уделяемого средним медицинским персоналом пациентам (68,8%), что ниже целевого показателя удовлетворенности, установленного ТППГ Санкт-Петербурга на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 гг. Качество оказания медицинской помощи по всем характеристикам матери наиболее высоко оценили в ОПН перинатального центра, тем не менее при оценке количества времени и внимания, уделяемого как врачами-неонатологами, так средним медицинским персоналом, более высокие оценки получили медицинские работники детского стационара. Среди причин неудовлетворенности наиболее значимыми являлись раздельное пребывание матери и ребенка (14,9%), отношение среднего медицинского

персонала (9,1%) и питание (7,7%). При этом на неудовлетворенность по причине раздельного пребывания матери и ребенка указали 25,1% матерей в ОПН детских стационаров.

8. Оценка финансового обеспечения и эффективности работы ОПН показала наличие различий в показателях ОПН акушерского и перинатального профилей. Проведенный анализ финансового обеспечения деятельности ОПН выявил разницу в оказании медицинской помощи по отдельным профилям, которая в целом обеспечивала практически равные условия их финансового обеспечения. Медицинская и социальная эффективности работы ОПН перинатального центра были выше, чем ОПН детского стационара и имели высокий уровень. Оценка экономической эффективности показала, что коэффициент эффективности работы ОПН детского стационара равен 0,60, а ОПН перинатального центра — 0,71, что соответствует среднему уровню. Таким образом, коэффициент эффективности работы ОПН перинатального центра был выше, чем в детском стационаре (0,87 против 0,82 — высокий уровень). Соответственно, при практически равнозначных финансовых условиях эффективность работы ОПН перинатального центра выше, чем ОПН детского стационара. В целом можно говорить о высокой эффективности деятельности ОПН в условиях мегаполиса.

9. Проведенное исследование позволило установить, что несмотря на высокую оценку действующей системы организации медицинской помощи новорожденным, родившимся больными и заболевшим, имеются отдельные недостатки в ее работе, что создает резервы для ее улучшения. С этой целью был разработан, научно обоснован и внедрен комплекс медико-организационных мероприятий, направленных на совершенствование организации медицинской помощи детям, родившимся больными и заболевшим.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Министерству здравоохранения Российской Федерации и Федеральному фонду обязательного медицинского страхования Российской Федерации:

1. В целях улучшения качества медицинской помощи в отделениях патологии новорожденных и недоношенных детей оптимизировать тарифы на оказание специализированной, в том числе высокотехнологической, медицинской помощи.

Органам исполнительной власти в сфере здравоохранения Санкт-Петербурга:

1. С целью повышения качества антенатальной охраны плода, своевременного выявления факторов риска здоровья матери и ребенка предусмотреть усиление контроля за деятельностью женской консультации в следующих направлениях:

- своевременность постановки женщин на учет по беременности и проведения комплекса мер для ее пролонгации;
- соблюдение регулярности наблюдения за беременными из групп акушерского и перинатального риска с целью предотвращения возникновения заболеваний во время беременности и осложнений в родах;
- планирование семьи с целью более качественной подготовки семьи к предстоящей беременности женщины.

2. Усилить контроль маршрутизации женщин в период беременности, родов, а также контроль маршрутизации новорожденных в соответствии со степенью акушерского и перинатального риска.

3. Регулярно проводить контроль качества оказания медицинской помощи в стационарах акушерского и педиатрического профиля с помощью социологических методов исследования.

4. Использовать методы изучения качества жизни новорожденных как интегральную характеристику состояния здоровья детей данной возрастной группы.

Главным врачам стационаров акушерского и педиатрического профилей:

1. Рассмотреть возможность перепрофилирования коечного фонда ОПН с учетом структуры заболеваемости и/или возраста пациентов с целью рационального использования мощности отделения.
2. Обеспечить дополнительные возможности для совместного пребывания матери и ребенка.
3. Более тщательно контролировать соблюдение медицинским персоналом принципов этики и деонтологии.

Врачам-неонатологам медицинских организаций:

1. Усилить контроль врачей за работой находящегося в подчинении среднего медицинского персонала.
2. Более активно проводить санитарно-гигиеническое просвещение.
3. Регулярно проводить мероприятия по пропаганде и поддержке грудного вскармливания среди матерей.

ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ

Перспективой дальнейшей разработки темы диссертационной работы являются изучение организации медицинской помощи новорожденным, родившимся больным и заболевшим, в других регионах, входящих в состав СЗФО, оценка организации медицинской помощи в ОРИТН, а также сравнение полученных результатов исследования с показателями деятельности системы охраны материнства и детства города Москвы.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

- БС — базовая ставка
- ВМП — высокотехнологичной медицинской помощи
- ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения
- ВПр — врожденные пороки развития (аномалии, деформации и хромосомные нарушения)
- ВПС — врожденные пороки сердца
- ДГМКСЦВМТ — Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий»
- ДПО — детское поликлиническое отделение
- КБС — коэффициент приведения к базовой ставке
- КД — коэффициент дифференциации
- КЗКСГ — коэффициент относительной затратоемкости клинико-статистические группы
- КСГ — клинико-статистические группы
- КСКСГ — коэффициент спецификации
- КСЛП — коэффициент сложности лечения пациента
- КУСМО — коэффициент уровня медицинской организации
- МКБ-10 — Международная классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра
- НМТ — низкая масса тела
- НФЗ — средний норматив финансовых затрат
- ОМС — обязательное медицинское страхование
- ОНМТ — очень низкая масса тела
- ОПН — отделение патологии новорожденных
- ОРИТН — отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных
- РКЦ — реанимационно-консультативный центр

СЗФО — Северо-Западный федеральный округ

СПБ ГБУЗ «ГПЦ № 1» — Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городской перинатальный центр № 1»

СПБ ГБУЗ «ДГБ № 17 Св. Николая Чудотворца» — Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Детская городская больница № 17 Св. Николая Чудотворца»

ССКСГ — средняя стоимость клинико-статистической группы, используемая для расчета тарифа

ТПГГ — Территориальная программа государственных гарантий

ФГБОУ ВО «СПбГПМУ» Минздрава России — Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» — Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

ФФОМС — Федеральный фонд обязательного медицинского страхования

ЦНИИИОЗ — Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации

ЭНМТ — экстремально низкая масса тела

M — среднее арифметическое

p — уровень значимости

t — критерий Стьюдента

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Айламазян, Э.К. Неотложная помощь в акушерстве : руководство для врачей / Э.К. Айламазян, И.Ю. Коган, М.С. Зайнулина, Т.У. Кузьминых. — 5 изд., перераб. и доп. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 384 с.
2. Айламазян, Э.К. Неотложная помощь в акушерстве : руководство для врачей / Э.К. Айламазян, И.Ю. Коган, М.С. Зайнулина, Т.У. Кузьминых. — 5 изд., перераб. и доп. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 384 с.
3. Алексеева, А.В. Влияние количества детей в семье на продолжительность грудного вскармливания и охват вакцинацией / А.В. Алексеева, Е.Н. Березкина, К.Е. Моисеева, Ш.Д. Харбедия // Казанский мед. журнал. — 2020. — Т. 101. — № 4. — С. 538–543.
4. Алексеева, А.В. О доступности отдельных видов медицинских услуг, оказываемых детям в амбулаторных условиях / А.В. Алексеева, Е.Н. Березкина // Территория инноваций. — 2018. — № 9 (25). — С. 67–73.
5. Алексеева, А.В. Профилактическая работа детских поликлиник как один из основных элементов охраны здоровья детского населения / А.В. Алексеева, К.Е. Моисеева, Ш.Д. Харбедия и др. // Медицина и организация здравоохранения. 2022. Т. 7. № 3. С. 59-68.
6. Альбицкий, В.Ю. Потенциально-демографическая оценка смертности детского (дотрудоспособного) населения / В.Ю. Альбицкий, Л.А. Никольская, А.И. Глушаков // Казанский мед. журнал. — 2000. — Т. 81, № 1. — С. 64–65.
7. Альбицкий, В.Ю. Репродуктивное здоровье и поведение женщин в России / В.Ю. Альбицкий, А.Н. Юсупова, Е.И. Шарапова, И.М. Волков. — Казань : Медицина, 2001. — 247 с.
8. Альбицкий, В.Ю. Современные подходы к изучению заболеваемости детского населения / В.Ю. Альбицкий, А.А. Модестов, Е.В. Антонова // Рос. педиатр. журнал. — 2009. — № 4. — С. 4–7.

9. Альбицкий, В.Ю. Фетоинфантильные потери / В.Ю. Альбицкий, Л.А. Никольская, М.Ю. Абросимова; Казанский гос. мед. ун-т, Респ. центр мед.-социал. исслед. Минздрава Респ. Татарстан. — Казань : Медицина, 1997. — 166 с.
10. Андриянычева, Н.В. Современные медико-социальные особенности младенческой смертности в условиях мегаполиса : автореф. дис. ... канд. мед. Наук : 14.02.03 / Андриянычева Наталья Владимировна. — Санкт-Петербург, 2010. — 16 с.
11. Антонов, А.Г. Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале : методическое письмо / А.Г. Антонов, А.А. Буров, Н.Н. Володин [и др.] : под общ. ред. Е.Н. Байбариной // Неонатология: новости, мнения, обучение. — 2020. — Т. 8, № 1. — С. 34–52.
12. Ахмадеева, Э.Н. Психомоторное развитие детей, перенесших неонатальную реанимацию / Э.Н. Ахмадеева, А.Я. Валиулина // Рос. педиатр. журнал. — 2007. — № 2. — С. 43–44.
13. Бабаян, В.В. Рождаемость и заболеваемость детей с хромосомной патологией / В.В. Бабаян, Е.М. Корнюшо // Медицинский альманах. — 2012. — № 2. — С. 179–182.
14. Бабина, Р.Т. Снижение младенческой смертности как итог организационной деятельности службы родовспоможения и детства / Р.Т. Бабина, С.Н. Боярский, Э.Г. Курова [и др.] // Журнал интенсивная терапия : сайт. — URL: <https://icj.ru/journal/number-2-2005/20-snizhenie-mladencheskoj-smertnosti-kak-itog-organizacionnoy-deyatelnosti-sluzhby-rodovspomozheniya-i-detstva.html>. — Дата публикации: 09.08.2012.
15. Байбарина, Е.Н. Исходы беременности в сроки 22–27 недель в медицинских учреждениях Российской Федерации / Е.Н. Байбарина, З.Х. Сорокина // Социальная педиатрия и организация здравоохранения. — 2011. — № 1 (10). — С. 17–20.
16. Байбарина, Е.Н. Переход на новые правила регистрации рождения детей в соответствие с критериями, рекомендованными Всемирной организацией

- здравоохранения: исторические, медико-экономические и организационные аспекты / Е.Н. Байбарина, Д.Н. Дегтярев // Рос. вестник перинатологии и педиатрии. — 2011. — № 6. — С. 6–9.
17. Баранов, А.А. Инвалидность детского населения России / А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий, Д.И. Зелинская, Р.Н. Терлецкая. — Москва : Центр развития межсекторальных программ, 2008. — 240 с.
 18. Баранов, А.А. Проблема недоучета перинатальных потерь / А.А. Баранов, Р.К. Игнатъева // Смертность детского населения России. Серия «Социальная педиатрия». Выпуск 1. — Москва : Литерра, 2007. — С. 45–59.
 19. Баранов, А.А. Программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации : методические рекомендации / А.А. Баранов, В.А. Тутельян, О.В. Чумакова [и др.]. — Москва : [Б. и.], 2019. — 112 с.
 20. Баранов, А.А. Региональная модель организации медико-социальной помощи детям и подросткам (опыт Республики Татарстан) : методические рекомендации / А.А. Баранов, А.З. Фаррахов, В.Ю. Альбицкий [и др.] — Казань : Медицина, 2014. — 44 с.
 21. Баранов, А.А. Смертность детского населения России (тенденции, причины и пути их снижения) / А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий. — 3-е изд. — Москва : Союз педиатров России, 2009. — 387 с.
 22. Баранов, А.А. Состояние здоровья детей как фактор национальной безопасности / А.А. Баранов, Л.А. Щеплягина, В.Р. Кучма // Рос. педиатр. журнал. — 2005. — № 2. — С. 4–8.
 23. Баранов, А.А. Формирование государственной политики в области здравоохранения в Российской Федерации: проблемы и решения / А.А. Баранов, Ю.Е. Лапин // Вопросы современной педиатрии. — 2006. — Т. 5, № 6. — С. 5–7.
 24. Барашнев, Ю.И. Перинатальная медицина и инвалидность с детства / Ю.И. Барашнев // Акушерство и гинекология. — 1991. — № 1. — С. 12–18.

25. Барашнев, Ю.И. Роль гипоксически-травматических повреждений головного мозга в формировании инвалидности с детства / Ю.И. Барашнев, А.В. Розанов, В.О. Панов, А.И. Волобуев // Росс. вестник перинатологии и педиатрии. — 2006. — Т. 51, № 4. — С. 41–46.
26. Башмакова, Н.В. Доклиническая диагностика и прогнозирование перинатальной патологии на модели популяции беременных женщин крупного промышленного центра : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.01 / Башмакова Надежда Васильевна. — Москва, 1999. — 52 с.
27. Башмакова, Н.В. Оптимизация клинических исходов преждевременных родов: опыт Уральского Федерального округа / Н.В. Башмакова // Status Praesens. Гинекология. Акушерства. Бесплодный брак. — 2014. — № 6 (23). — С. 13–19.
28. Беляков, В.А. Адаптационные возможности и здоровье детей раннего возраста / В.А. Беляков // Рос. педиатр. журнал. — 2005. — № 2. — С. 8–10.
29. Березкина, Е.Н. Влияние возраста и нагрузки на удовлетворенность врачей условиями их работы / Е.Н. Березкина // Территория инноваций. — 2018. — № 7 (23). — С. 102–109.
30. Березкина, Е.Н. Некоторые результаты оценки удовлетворенности врачей детской клинической больницы условиями и режимом труда / Е.Н. Березкина // Бюллетень науки и практики. — 2018. — Т. 4, № 8. — С. 69–76.
31. Березкина, Е.Н. Оценка кадрового обеспечения клинической больницы медицинского вуза / Е.Н. Березкина, В.В. Кириленко // Детская медицина Северо-Запада. — 2018. — Т. 7, № 1. — С. 41.
32. Березкина, Е.Н. Оценка матерями отношения медицинского персонала детских многопрофильных стационаров к новорожденным / Е.Н. Березкина // Проблемы городского здравоохранения : сб. науч. трудов ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава РФ ; ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт им. И.И. Джанелидзе». Вып. 25. —

- Санкт-Петербург : Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова, 2020. — С. 125–127.
33. Березкина, Е.Н. Оценка условий и отношения к профессиональной деятельности врачей-неонатологов детских многопрофильных стационаров / Е.Н. Березкина // Проблемы городского здравоохранения : сб. науч. трудов ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава РФ ; ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт им. И.И. Джанелидзе». Вып. 25. — Санкт-Петербург : Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова, 2020. — С. 131–133.
34. Березкина, Е.Н. Питание беременных женщин и кормящих матерей в перинатальном центре: субъективные и объективные оценки / Е.Н. Березкина, В.П. Новикова, А.Н. Завьялова и др. // Лечащий врач. 2020. № 6. С. 38-43.
35. Березкина, Е.Н. Самооценка профессиональной компетентности врачей неонатологов мегаполиса / Е.Н. Березкина, К.Е. Моисеева // Тверской медицинский журнал. — 2020. — № 2. — С. 110–114.
36. Березкина, Е.Н. Результаты анкетирования врачей детской больницы / Е.Н. Березкина // Современные научные исследования и разработки. — 2018. — № 7 (24). — С. 41–45.
37. Березкина, Е.Н. Результаты оценки кадрового обеспечения детской клинической больницы / Е.Н. Березкина, К.Е. Моисеева // Медицина и организация здравоохранения. — 2018. — Т. 3, № 4. — С. 3–8.
38. Березкина, Е.Н. Характер вскармливания новорожденных в перинатальном центре. Трудности первых дней / Е.Н. Березкина, Д.О. Иванов, В.П. Новикова и др. // Педиатр. — 2020. — Т. 11, № 4. — С. 5–13.
39. Берьесон, Б. Диалог с К. Книга о идентичности. / Б. Берьесон. — Санкт-Петербург : Санкт-Петербургский Институт раннего вмешательства, 2003. — 192 с.

40. Беседовский, С.Г. Основные результаты мероприятий, осуществляемых в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» в г. Таганроге / С.Г. Беседовский, Т.Н. Подлесная, С.И. Штанько // Актуальные проблемы педиатрии : материалы 15 Конгресса педиатров с междунар. участием. — Москва, 2011. — С. 79.
41. Блинов, Д.В. Перинатальное поражение мозга: Актуальные вопросы эпидемиологии и подходы к классификации / Д.В. Блинов // Акушерство, гинекология и репродукция. — 2016. — № 4. — С. 84–93.
42. Блохина, Л.В. Служба раннего вмешательства. Методические рекомендации для практической работы в службе ранней помощи. (Особый ребенок в семье: развитие услуг) / Л.В. Блохина, С.В. Калинина, Н.И. Морозова. — Москва : Нац. фонд защиты детей от жестокого обращения, 2007. — 200 с.
43. Боброва, И.Н. Эффективность реализации мероприятий программы «Здоровый ребенок» на территории Оренбургской области / И.Н. Боброва // Пути повышения эффективности медицинской помощи детям : сб. материалов X Съезда педиатров России, Москва, 8–10 февраля 2005 г. — Москва : Издательский дом «Династия», 2005. — С. 50.
44. Болотова, А.В. Система и проблемы кадровой обеспеченности здравоохранения РФ / А.В. Болотова // Вестник современных исследований. — 2018. — № 10.8 (25). — С. 78–81.
45. Бомбардилова, Е.П. Частота инвалидизирующих расстройств у детей с экстремально низкой массой тела при рождении в катамнезе / Е.П. Бомбардилова, М.В. Краснов, Т.А. Полякова, Т.В. Зольникова // Вопросы современной педиатрии. — 2003. — Т. 2. — Приложение № 1. — С. 42.
46. Бурмистрова, Т.И. Организация службы охраны здоровья матери и ребенка и современные технологии снижения фетоинфантильных потерь в Приморском крае : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.09, 14.00.33 / Бурмистрова Татьяна Ивановна. — Москва, 2006. — 46 с.
47. Буштырев, В.А. Стратегия снижения неонатальной заболеваемости и смертности недоношенных новорожденных детей : автореф. дис. ... д-ра

- мед. наук : 14.01.08 / Буштырев Валерий Александрович. — Санкт-Петербург, 2017. — 46 с.
48. Быковщенко, А.Н. Состояние защитно-приспособительных возможностей плода при аномалиях родовой деятельности и различных методах коррекции : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.01 / Быковщенко Анна Николаевна. — Москва, 2001. — 28 с.
49. Валиуллина, С.А. Управление качеством оказания медицинской помощи детям в Татарстане / С.А. Валиуллина // Вопросы современной педиатрии. — 2003. — Т. 2. — Приложение № 1. — С. 53.
50. Вельтищев, Ю.Е. О стратегии и приоритетных направлениях педиатрии / Ю.Е. Вельтищев // Рос. вестник перинатологии и педиатрии. — 1994. — № 1. — С. 2–8.
51. Виноградова, И.В. Заболеваемость и летальность детей с экстремально низкой массой тела / И.В. Виноградова // Вестник Чувашского ун-та. — 2012. — № 3. — С. 335–341.
52. Власюк, В.В. Родовая травма и перинатальные нарушения мозгового кровообращения / В.В. Власюк. — Санкт-Петербург : Нестор-История, 2009. — 252 с.
53. ВОЗ. Информационный бюллетень. Сокращение детской смертности. Февраль 2018 / Социальные аспекты здоровья населения. — 2018. — № 1 (59). — С. 12.
54. Володин, Н.Н. Актуальные проблемы неонатологии Москва / Н.Н. Володин. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2004. — 448 с.
55. Володин, Н.Н. Перинатальная энцефалопатия и ее последствия — дискуссионные вопросы семиотики и терапии / Н.Н. Володин, М.И. Медведев, С.О. Рогаткин // Рос. педиатр. журнал. — 2001. — № 1. — С. 4–8.
56. Володин, Н.Н. Ранняя диагностика неблагоприятных последствий перинатальных гипоксически-ишемических поражений головного мозга у недоношенных детей и оптимизация их лечения / Н.Н. Володин, М.И.

- Медведев, М.Г. Дегтярева [и др.] // Педиатрия. — 2010. — Т. 89, № 2. — С. 101–106.
57. Воронова, О.В. Бобровский район Воронежской области — территория грудного вскармливания / О.В. Воронова // Пути повышения эффективности медицинской помощи детям : сб. материалов X Съезда педиатров России, Москва, 8–10 февраля 2005 г. — Москва : Издательский дом «Династия», 2005. — С. 100.
58. Воронцова, В.В. России смертность среди недоношенных детей заметно снизилась / В. Воронцова // News.ru : сайт. — URL: <https://news.ru/russia/nedonoshennye-deti-problemy/>. — Дата публикации: 08.07.2019.
59. Гаслова, А.А. Проблемы грудного вскармливания младенцев / А.А. Гаслова, З.Ф. Логинова, Е.А. Тараканова // Проблемы здоровья семьи - 2000 : материалы II междунар. конф. — Часть I. — Пермь : Пермская государственная медицинская академия, 1998. — С. 178.
60. Гостева, Е.О. Акушерские аспекты младенческой смертности от врожденных пороков развития в Пермском крае : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.01 / Гостева Елена Олеговна. — Пермь, 2013. — 24 с.
61. Грачев, В.И. Медико-социальные аспекты формирования здоровья детей раннего и дошкольного возраста, рожденных вне брака : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.33 / Грачев Владимир Иванович. — Рязань, 2007. — 23 с.
62. Гурьев, Д.Л. Роль перинатального центра в регионализации перинатальной помощи при преждевременных родах в Ярославской области / Д.Л. Гурьев, Н.В. Олендарь, М.Б. Охупкин [и др.] // Мать и дитя в Кузбассе. — 2018. — № 3 (74). — С. 54–59.
63. Гусак, Ю.К. Антенатальная гибель плода. Анализ, перспективы / Ю.К. Гусак, В.Г. Чикин, А.В. Новикова // Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. — 2002. — Т. 1, вып. 1. — С. 27–29.

64. Давыдова, И.В. Формирование, течение и исходы бронхолегочной дисплазии у детей : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.01.08 / Давыдова Ирина Владимировна. — М.; 2010. — 48 с.
65. Даманин, Е.И. Частота пороков головного мозга у новорожденных / Е.И. Даманин, Д.К. Волосников, Н.В. Масленникова, Л.В. Богданова // Рос. вестник перинатологии и педиатрии. — 2002. — № 2. — С. 28–31.
66. Дедов, И.И. Скрининг на врожденный гипотиреоз в Российской Федерации / И.И. Дедов, О.Б. Безлепкина, Т.А. Вадина [и др.] // Проблемы эндокринологии. — 2018. — № 1. — С. 14–20.
67. Деев, И.А. Клиническая характеристика новорожденных с различной массой тела при рождении (результаты многоцентрового когортного исследования) / И.А. Деев, К.В. Куликова, О.С. Кобякова и др. // Педиатр. — 2016. — № 4. — С. 67–76.
68. Дементьева, Г.М. Дифференцированная оценка детей с низкой массой при рождении / Г.М. Дементьева, Е.А. Короткова // Вопросы охраны материнства и детства. — 1981. — № 2. — С.15–20.
69. Демьянова, Т.Г. Мониторинг здоровья глубоко недоношенных детей на первом году жизни : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.09 / Демьянова Татьяна Геннадьевна. — Москва, 2004. — 28 с.
70. Денисов, А.П. Медико-социальные аспекты формирования здоровья детей раннего возраста : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.02.03 / Денисов Александр Павлович. — Москва, 2018. — 47 с.
71. Денисов, А.П. Факторы, влияющие на состояние здоровья детей раннего возраста из различных типов семей / А.П. Денисов, И.А. Банюшевич // Омский научный вестник. — 2012. — № 2 (114). — С. 11–14.
72. Дочкина, Е.С. Особенности анамнеза детей с детским церебральным параличом / Е.С. Дочкина, А.В. Устинова, Т.Е. Таранушенко // Сибирское медицинское обозрение. — 2017. — № 5 (107). — С. 85–90.
73. Дранаева, Г.Г. Охрана здоровья детей на Крайнем севере / Г.Г. Дранаева, М.В. Ханды // Пути повышения эффективности медицинской помощи

- детям : сб. материалов X Съезда педиатров России, Москва, 8–10 февраля 2005 г. — Москва : Издательский дом «Династия», 2005. — С. 156–157.
74. Дьяченко, В.Г. Руководство по социальной педиатрии / В.Г. Дьяченко, М.Ф. Рзынкина, Л.В. Солохина ; под общ. ред. В.Г. Дьяченко. — Хабаровск: Дальневосточный гос. мед. ун-т, 2010. — 437 с.
75. Заболеваемость детского населения России (0–14 лет) в 2017 году с диагнозом, установленным впервые в жизни : статистические материалы. — Москва: ЦНИИОИЗ Минздрава России, 2018.
76. Заболеваемость детского населения России (0–14 лет) в 2018 году с диагнозом, установленным впервые в жизни : статистические материалы. — Москва: ЦНИИОИЗ Минздрава России, 2019.
77. Заболеваемость детского населения России (0–14 лет) в 2020 году с диагнозом, установленным впервые в жизни : статистические материалы. — Москва: ЦНИИОИЗ Минздрава России, 2021. — 147 с.
78. Заболеваемость детского населения России (0–14 лет) в 2022 году с диагнозом, установленным впервые в жизни : статистические материалы. — Москва: ЦНИИОИЗ Минздрава России, 2023.
79. Заступова, А.А. Некоторые особенности медико-социальной характеристики и течения беременности у матерей здоровых и больных новорожденных детей / А.А.Заступова, Е.Н. Березкина, О.И. Сергиенко // *Forcipe*. 2022. Т. 5. № S2. С. 213-214.
80. Захарова, Е.И. Особенности принятия родительской позиции у матерей младенцев / Е.И. Захарова, А.И. Строгалина // *Перинатальная психология и психология родительства*. — 2006. — № 2. — С. 28–38.
81. Зелинская, Д.И. Региональные особенности младенческой смертности от врожденных пороков развития в Российской Федерации / Д.И. Зелинская, Р.Н. Терлецкая // *Детская больница*. — 2013. — № 1. — С. 10–13.
82. Иванов Д.О. Сравнительная оценка медико-социальной характеристики семей, имеющих больных и здоровых новорожденных / Д.О. Иванов, К.Е.

- Моисеева, Е.Н. Березкина и др. // Медицина и организация здравоохранения. 2022. Т. 7. № 2. С. 4-12.
83. Иванов, А.Г. Оценка здоровья детей раннего возраста в зависимости от социальных и биологических факторов / А.Г. Иванов // Здравоохранение Российской Федерации. — 1993. — № 9. — С. 17–19.
84. Иванов, Д.О. Анализ отдельных статистических показателей Северо-Западного федерального округа в аспекте младенческой смертности и мертворождения / Д.О. Иванов, К.Г. Шевцова // Педиатр. — 2018. — Т. 2, № 9. — С. 5–15.
85. Иванов, Д.О. Заболеваемость беременных анемией и ее влияние на младенческую смертность / Д.О. Иванов, В.К. Юрьев, К.С. Шевцова [и др.] // Педиатр. — 2019. — Т. 10, № 1. — С. 43–48.
86. Иванов, Д.О. Результаты исследования некоторых показателей качества и доступности медицинской помощи детям на региональном уровне / Д.О. Иванов, К.Е. Моисеева, В.К. Юрьев [и др.] // Медицина и организация здравоохранения. — 2021. — Т. 6, № 4. — С. 4–23.
87. Иванов, Д.О. Сравнительная оценка акушерского анамнеза матерей детей, родившихся больными и заболевших, и здоровых новорожденных / Д.О. Иванов, К.Е. Моисеева, Е.Н. Березкина и др. // Медицина и организация здравоохранения. 2022. Т. 7. № 3. С. 4-11.
88. Иванов, Д.О. Сравнительная оценка показателей смертности и летальности новорожденных на региональном уровне / Д.О. Иванов, В.К. Юрьев, Ю.В. Петренко и др. // Общественное здоровье. 2021. Т. 1. № 4. С. 34-48.
89. Ионова, Т.И. Показатели качества жизни новорожденных / Т.И. Ионова, А.А. Заступова, К.Е. Моисеева и др. // Медицина и организация здравоохранения. 2023. Т. 8. № 1. С. 21-31.
90. Каган, В.Е. Преодоление. Неконтактный ребенок в семье / В.Е. Каган. — Санкт-Петербург : ООО «Издательство Фолиант», 1996. — 159 с.

91. Капитонов, В.Ф. Влияние здоровья родителей на здоровье детей в семье / В.Ф. Капитонов // *Здравоохранение Российской Федерации*. — 2002. — № 3. — С. 14–17.
92. Карелова, Г.Н. Социальная политика в интересах детей в современной России / Г.Н. Карелова. — Москва: [Б. и.], 2001. — 155 с.
93. Каткова, Л.И. Педиатрическая служба Самарской области в период реформирования здравоохранения / Л.И. Каткова, М.Ю. Антимонова, Л.Г. Матееску [и др.] // *Пути повышения эффективности медицинской помощи детям : сб. материалов X Съезда педиатров России*, Москва, 8–10 февраля 2005 г. — Москва : Издательский дом «Династия», 2005. — С. 217–218.
94. Кацова, Г.Б. Пути совершенствования оказания медицинской помощи новорожденным / Г.Б. Кацова, И.Н. Сергеев, В.А. Каменева // *Wschodnioeuropejskie Czasopismo Naukowe*. — 2019. — № 4–1 (44). — С. 23–24.
95. Киселева, Л.Г. Задержка развития плода при табакокурении матерей / Л.Г. Киселева, Г.Н. Чумакова, А.Г. Соловьев [и др.] // *Неонатология: новости, мнения, обучение*. — 2017. — № 3 (17). — С. 89–96.
96. Кобрина, Л. М. Абилитационная работа с неслышащими детьми раннего возраста: учеб. пособие для студентов факультета коррекционной педагогики и специальной психологии / Л.М. Кобрина. — Санкт-Петербург : [Б. и.], 2002. — 21 с.
97. Кобрина, Л.М. Абилитационная работа с детьми раннего возраста с нарушениями слуха : учеб. пособие для педагогов, практических работников, студентов факультета коррекционной педагогики и специальной психологии / Л.М. Кобрина. — 2-е изд., доп. — Санкт-Петербург : Наука-Питер, 2005. — 117 с.
98. Коваленко, Т.В. Результаты выхаживания детей с экстремально низкой массой тела / Т.В. Коваленко, Л.Ю. Зернова, Н.В. Бабинцева // *Медицинская*

- практика : сайт. — URL: <https://mfvt.ru/rezultaty-vykhazhivaniya-detej-s-ekstremalno-nizkoj-massoj-tela/>. — Дата публикации: 25.11.2013.
99. Колпакова, Л.М. Особенности эмоционально-личностных отношений матери и ребенка-инвалида (на примере младшего школьного возраста) / Л.М. Колпакова, Г.Н. Мухаиметзянова // «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социальнопсихологического здоровья»: социальный проект : материалы II Международного конгресса. — Минск: РИТМ, 2003. — С. 105–106.
100. Коновалов, О.Е. Современные тенденции перинатальной и неонатальной смертности в Московской области / О.Е. Коновалов, А.К. Харитонов // Вестник Рос. ун-та дружбы народов. Серия : Медицина. — 2016. — № 1. — С. 135–140.
101. Коровин, А.Е. Острый респираторный дистресс синдром. Современное состояние проблемы / А.Е. Коровин, А.А. Новицкий, Д.А. Макаров // Клиническая патофизиология. — 2018. — Т. 24, № 2. — С. 32–41.
102. Кравченко, Е.Н. Исходы и причины прерывания беременности в 22–27 недель в крупном регионе Западной Сибири / Е.Н. Кравченко // Здравоохранение Российской Федерации. — 2008. — № 5. — С. 42–43.
103. Кравченко, Е.Н. Родовая травма как причина заболеваемости и смертности новорожденных Омской области / Е.И. Кравченко // Здравоохранение Российской Федерации. — 2007. — № 5. — С. 55–56.
104. Крайг, Г. Психология развития / Г. Крайг. — Санкт-Петербург : Питер, 2000. — 992 с.
105. Кривкина, Н.Н. Психомоторное развитие и показатели здоровья детей, родившихся с очень низкой и экстремально низкой массой тела, на первом году жизни : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.08 / Кривкина Наталья Николаевна. — Самара, 2015. — 26 с.
106. Кузенкова, Л.М. Детский церебральный паралич и эпилепсия: эпидемиология и этиология / Л.М. Кузенкова, В.М. Студеникин, А.А. Букш, А.Л. Куренков // Лечащий врач. — 2016. — № 3. — С. 68.

107. Кузьмин, В.Н. Динамика перинатальных потерь в Чувашской Республике / В.Н. Кузьмин // Рос. педиатр. журнал. — 2009. — № 3. — С. 46–47.
108. Кулемин, Е.Н. Оценка матерями условий пребывания в отделении новорожденных / Е.Н. Кулемин, К.Е. Моисеева, Е.Н. Березкина // Медицина: теория и практика. — 2019. — Т. 4, № 5. — С. 287.
109. Курносов, Ю.В. Состояние здоровья детей, рожденных с очень низкой и экстремально низкой массой тела, в постнатальный период : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.08 / Курносов Юрий Владимирович. — Пермь, 2013. — 26 с.
110. Лаврентьева, В.М. Эффективность комплексной работы по поддержке грудного вскармливания в г. Рязани / В.М. Лаврентьева, Н.В. Дмитриева, Т.Г. Ткаченко [и др.] // Пути повышения эффективности медицинской помощи детям : сб. материалов X Съезда педиатров России, Москва, 8–10 февраля 2005 г. — Москва : Издательский дом «Династия», 2005. — С. 294.
111. Лебедева, О.В. Заболеваемость и смертность детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела при рождении: факторы риска и пути снижения / О.В. Лебедева // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. — 2015. — № 2. — Публикация 3-2. — URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-2/5124.pdf> (дата обращения: 16.01.2024).
112. Макарова, Л.П. Роль семьи в профилактике девиантного поведения подростка. Семья и здоровье ребенка / Л.П. Макарова, Г.А. Корчагина // Материалы XII Международной конференции «Семья и здоровье ребенка. Ребенок в современном мире. Семья и дети», Санкт-Петербург, 20–22 апреля 2005 г. — Санкт-Петербург : Рос. гос. педагогический ун-т им. А.И. Герцена, 2005. — С. 421–425.
113. Макарова, Т.Л. Результаты реализации подпрограммы «Здоровый ребенок» федеральной целевой программы «Дети России» в г. Нижневартовск / Т.Л. Макарова // Пути повышения эффективности медицинской помощи

- детям : сб. материалов X Съезда педиатров России, Москва, 8–10 февраля 2005 г. — Москва : Издательский дом «Династия», 2005. — С. 321.
114. Манищенков, С.Н. Организация медицинской эвакуации новорожденных высокого перинатального риска / С.Н. Манищенков // Авиценна. — 2018. — № 15. — С. 56–60.
115. Маюн, Л.Б. Влияние вида вскармливания на физическое и нервно-психическое развитие детей первого года жизни / Л.Б. Маюн, О.Г. Максимова, Т.И. Баранова // Актуальные проблемы педиатрии : сб. материалов X конгресса педиатров России. — Москва : [Б. и.], 2006. — С. 375.
116. Менделевич, О.В. Роль семьи в развитии детской тревожности: психосоматический аспект / О.В. Менделевич // Материалы II Всероссийской науч. конф. «Психологические проблемы современной российской семьи» : под общ. ред. В.К. Шабельникова, А.Г. Лидерса. — Ч. III. — Москва : МГУ, 2005. — С. 36–41.
117. Моисеева К.Е. Состояние и пути совершенствования организации медицинской помощи новорожденным в организациях родовспоможения : дис. ... д-ра мед. наук : 14.02.03 / Моисеева Карина Евгеньевна. — Санкт-Петербург, 2021. — 377 с
118. Моисеева, К.Е. Анемия беременных как медико-социальная проблема / К.Е. Моисеева, К.Г. Шевцова, Е.Н. Березкина, Ш.Д. Харбедия // Бюллетень науки и практики. — 2019. — Т. 5, № 1. — С. 103–110.
119. Моисеева, К.Е. Организация медицинской помощи новорожденным в условиях перинатального центра: состояние, преимущества и проблемы / К.Е. Моисеева, В.А. Глущенко, А.В. Алексеева и др. // Медицина и организация здравоохранения. 2023. Т. 8. № 3. С. 112-123.
120. Моисеева, К.Е. Оценка антропометрических параметров детей, умерших в перинатальном периоде / К.Е. Моисеева, Д.О. Иванов, В.К. Юрьев и др. // Вопросы современной педиатрии. 2023. Т. 22. № 1. С. 31-43.

121. Моисеева, К.Е. Оценка уровня госпитализации и средней длительности пребывания детей первого года жизни в детской многопрофильной больнице в зависимости от района проживания в мегаполисе / К.Е. Моисеева, А.В. Алексеева, Е.Н. Березкина и др. // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2023. № 3-4. С. 49-54.
122. Моисеева, К.Е. Результаты субъективной оценки родителями новорождённых и врачами-неонатологами организации стационарной неонатологической помощи / К.Е. Моисеева, Е.Н. Березкина, В.В. Кириленко // Казанский мед. журнал. — 2020. — Т. 101, № 3. — С. 412–417.
123. Моисеева, К.Е. Результаты субъективной оценки удовлетворенности родителей новорожденных отношением медицинского персонала / К.Е. Моисеева, А.В. Алексеева, Е.Н. Березкина // Рос. мед. журнал. — 2020. — Т. 26, № 2. — С. 85–92.
124. Моисеева, К.Е. Современное состояние и основные организационные проблемы медицинской помощи новорожденным / К.Е. Моисеева, В.А. Глущенко, А.В. Алексеева и др. // Медицина и организация здравоохранения. 2023. Т. 8. № 1. С. 116-128.
125. Моисеева, К.Е. Субъективная оценка родителями отдельных показателей доступности и качества медицинской помощи новорожденным в условиях мегаполиса / К.Е. Моисеева, А.В. Алексеева, Е.Н. Березкина // Вестник Росздравнадзора. — 2020. — № 5–1. — С. 73–78.
126. Мокрушина, О.Г. Медицинская помощь новорожденным с хирургическими заболеваниями : автореф. дис. ... д-ра. мед. наук : 14.01.19 / Мокрушина Ольга Геннадьевна. — Москва, 2013. — 47 с.
127. Мурзабаева, С.Ш. Государственная политика в сфере охраны здоровья детей: основные принципы — профилактика / С.Ш. Мурзабаева // Вестник Росздравнадзора. — 2012. — № 5. — С. 27–30.
128. Муталов, А.Г. Оценка эффективности реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» в республике Башкортостан / А.Г.

- Муталов, С.В. Шагарова, Н.А. Дружинина [и др.] // Актуальные проблемы педиатрии : сб. материалов межрегион. научно-практ. конф. — Уфа : [Б. и.], 2007. — С. 183–191.
129. Намазова-Баранова, Л.С. Особенности соматической патологии у детей с низкой, очень низкой и экстремально низкой массой тела при рождении в различные возрастные периоды жизни / Л.С. Намазова-Баранова, И.А. Деев, О.С. Кобякова [и др.] // Бюллетень сибирской медицины. — 2016. — Т. 15, № 4 — С. 140–149.
130. Нароган, М.В. Постгипоксическая дисфункция сердечно-сосудистой системы у новорожденных детей / М.В. Нароган, Л.К. Баженова, Е.И. Капранова [и др.] // Вопросы современной педиатрии. — 2007. — № 3. — С. 42–46.
131. Низамова, Э.Р. Научное обоснование совершенствования организации медицинской помощи недоношенным детям : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.02.03 / Низамова Эльвира Рустамовна. — Москва, 2021. — 24 с.
132. Новиков, П.В. Роль наследственности в патологии детского возраста: методы диагностики, терапии, профилактики : лекция для врачей / П.В. Новиков, Ю.Е. Вельтищев. — Прилож. к журн. «Рос. вестн. перинатол. пед.». — Москва : [Б. и.], 2004. — 82 с.
133. О вопросах организации деятельности перинатальных центров : приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 09.12.2004 № 308 // Гарант : сайт. — URL: <https://base.garant.ru/4180707> (дата обращения: 16.01.2024). — Режим доступа: свободный.
134. О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке ее выдачи» (с изм. и доп. в 2019 г.) : приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 27.12.2011 № 1687н // Гарант : сайт. — URL: <https://base.garant.ru/70113066> (дата обращения: 16.01.2024). — Режим доступа: свободный.

135. О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (вместе с "Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования") : письмо Минздрава России № 11-7/И/2-1631, 11-7/И/2-1619 от 04.02.2022, ФФОМС № 00-10-26-2-06/750 02.02.2022)]. — Москва, 2022.
136. О направлении методического письма «Совершенствование трехуровневой системы оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде» : письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.11.2014 № 15-4/10/2-8757 // Гарант : сайт. — URL: <https://base.garant.ru/71206458> (дата обращения: 16.01.2024). — Режим доступа: свободный.
137. О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних : приказ Министерства здравоохранения РФ от 10.08.2017 № 514н // Гарант : сайт. — URL: <https://base.garant.ru/71748018> (дата обращения: 16.01.2024). — Режим доступа: свободный.
138. О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов : постановление Правительства РФ от 10.12.2018 № 1506 // Гарант : сайт. — URL: <https://base.garant.ru/72123058> (дата обращения: 16.01.2024). — Режим доступа: свободный.
139. О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2022 и 2023 годов : постановление Правительства РФ от 07.12.2019 № 1610 // Гарант : сайт. — URL: <https://base.garant.ru/73187132> (дата обращения: 16.01.2024). — Режим доступа: свободный.
140. О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов : постановление Правительства РФ от 28.12.2020 № 2299 // Гарант : сайт. —

- URL: <https://base.garant.ru/400165890> (дата обращения: 16.01.2024). — Режим доступа: свободный.
141. О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов : постановление Правительства РФ от 28.12.2021 № 2505 // Гарант : сайт. — URL: <https://base.garant.ru/403335795> (дата обращения: 16.01.2024). — Режим доступа: свободный.
142. О реализации региональных программ развития детского здравоохранения / Материалы заседания Совета по региональному здравоохранению при Совете Федерации Федерального Собрания Российской Федерации от 28 апреля 2020 г. // Совет Федерации Федерального Собрания Российской Федерации : офиц. сайт. — URL: http://council.gov.ru/activity/analytics/analytical_bulletins/116923/ (дата обращения: 16.01.2024). — Режим доступа: свободный.
143. О создании перинатальных центров в нашей стране : приказ Министерства здравоохранения СССР от 15.12.1988 № 881 // Гарант : сайт. — URL: <https://base.garant.ru/4172668> (дата обращения: 16.01.2024). — Режим доступа: свободный.
144. О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Санкт-Петербурге на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов : Закон Санкт-Петербурга от 15.12.2021 // Гарант : сайт. — URL: <https://base.garant.ru/403276199> (дата обращения: 16.01.2024). — Режим доступа: свободный.
145. О формировании и экономическом обосновании территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022–2024 годы : письмо Минздрава России от 12.01.2022 № 11-7/И/2-275 // Электронный фонд правовых и нормативно-технических документов : сайт. — URL: <https://docs.cntd.ru/document/727911721?ysclid=lrjju3veh7131542411> (дата обращения: 16.01.2024). — Режим доступа: свободный.

146. Об утверждении Методических рекомендаций «Организация проведения социологического опроса (анкетирования) населения об удовлетворенности доступностью и качеством медицинской помощи при осуществлении обязательного медицинского страхования (с изменениями на 26.04.2012) : приказ ФФОМС от 29.05. 2009 № 118 // Электронный фонд правовых и нормативно-технических документов : сайт. — URL: <https://docs.cntd.ru/document/902166028?ysclid=lrgek4aya5m32565982> (дата обращения: 16.01.2024). — Режим доступа: свободный.
147. Об утверждении Методических указаний по проведению социологических опросов (анкетирования) застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования : приказ ФФОМС от 11.06.2015 № 103 // Гарант : сайт. — URL: <https://base.garant.ru/71164994> (дата обращения: 16.01.2024). — Режим доступа: свободный.
148. Об утверждении порядка оказания акушерско-гинекологической помощи : приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 02.10.2009 № 808н // Электронный фонд правовых и нормативно-технических документов : сайт. — URL: <https://docs.cntd.ru/document/902182541?ysclid=lrjx4hgjf38169875> (дата обращения: 16.01.2024). — Режим доступа: свободный.
149. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» : приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.11.2012 № 572н // Гарант : сайт. — URL: <https://base.garant.ru/70352632> (дата обращения: 16.01.2024). — Режим доступа: свободный.
150. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «неонатология» : приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 № 921н // Гарант : сайт. — URL: <https://base.garant.ru/70293290> (дата обращения: 16.01.2024). — Режим доступа: свободный.

151. Об утверждении Программы мероприятий по охране здоровья матери и ребенка : приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.06.2013 № 420 // Электронный фонд правовых и нормативно-технических документов : сайт. — URL: <https://docs.cntd.ru/document/499035890?ysclid=lrqk2lxeua120810305> (дата обращения: 16.01.2024). — Режим доступа: свободный.
152. Орел, В.И. Влияние действующего перинатального центра на показатели перинатальной, ранней неонатальной и младенческой смертности в регионе на примере Мурманской области / В.И. Орел, В.М. Середа, И.А. Прялухин // Рос. педиатр. журнал. — 2014. — Т. 17, № 5. — С. 39–42.
153. Орел, В.И. Медико-организационные технологии в работе врача дома ребенка / В.И. Орел, Л.В. Эрман, Е.Ю. Кузнецова ; под общ. ред. В.И. Орла, Л.В. Эрмана. — Санкт-Петербург : СПбГПМА, 2004. — 180 с.
154. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации в 2016 году : статистический сборник. — Москва : ЦНИИО и ИЗ, 2017.
155. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации в 2018 году : статистический сборник. — М.: ЦНИИО и ИЗ, 2019.
156. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации в 2020 году : статистический сборник. — М.: ЦНИИО и ИЗ, 2021.
157. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации в 2022 году : статистический сборник. — М.: ЦНИИО и ИЗ, 2023.
158. Отдельнова, К.А. Определение необходимого числа наблюдений в социально-гигиенических исследованиях / К.А. Отдельнова // Сб. трудов 2-го ММИ. — 1980. — Т. 150, вып. 6. — С. 18–22.
159. Павлюкова, Е.В. Особенности развития недоношенных детей с последствиями сочетанной перинатальной патологии в раннем возрасте :

- дис. ... канд. мед. наук : 14.01.08 / Павлюкова Елена Викторовна. — Москва, 2018. — 179 с.
160. Пастбина, И.М. Оценка показателей грудного вскармливания и использования детских молочных смесей в акушерских стационарах первого уровня в Архангельской области / И.М. Пастбина, Л.И. Меньшикова, Э.А. Мордовский // Социальные аспекты здоровья населения. — 2019. — № 2 (65). — С. 4.
161. Пахомова, Ж.В. Роль кадрового менеджмента в обеспечении доступности медицинской помощи населению / Ж.В. Пахомова, Е.С. Глущенко, Н.И. Андреева // Опыт и проблемы реформирования системы менеджмента на современном предприятии: тактика и стратегия : сб. статей XVII Международной научно-практической конференции, Пенза, 15–16 февраля 2017 г. — Пенза : Пензенский гос. аграрный ун-т, 2017. — С. 54–58.
162. Переслегина, И.А. Опыт реализации программы «Здоровый ребенок» в Нижнем Новгороде / И.А. Переслегина, Л.В. Коркоташвили, Н.Ю. Щельцина // Пути повышения эффективности медицинской помощи детям : сб. материалов X Съезда педиатров России, Москва, 8–10 февраля 2005 г. — Москва : Издательский дом «Династия», 2005. — С. 407.
163. Подоляк, Е.В. Анализ работы консультативно-диагностической поликлиники по программе «Реформирование амбулаторно-поликлинической помощи населению Свердловской области» / Е.В. Подоляк // Актуальные проблемы педиатрии : сб. материалов XI Конгресса педиатров России, Москва, 5–8 февраля 2007 г. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2007. — С. 539–540.
164. Покровский, В.И. Российская академия медицинских наук — детскому здравоохранению / В.И. Покровский // Здоровье и образование ребенка : материалы I Всеросс. научно-практ. конф., Пермь, 22–25 сентября 2002 г. — Пермь : ГОУ ВПО ПГМА, 2002. — С. 3.
165. Постоев В.А. Совершенствование популяционной профилактики врожденных пороков развития у новорожденных с использованием

- регионального регистра родов : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.02.03 / Постоев Виталий Александрович. — Москва, 2020. — 24 с.
166. Пренатальная диагностика наследственных и врожденных болезней / под ред. Э.К. Айламазяна, В.С. Баранова. — Москва : МЕДпресс-информ, 2007. — 416 с.
167. Прялухин, И.А. Состояние и пути оптимизации работы областного перинатального центра (на примере Кольского Севера) : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.02.03 / Прялухин Иван Александрович. — Санкт-Петербург, 2014. — 22 с.
168. Психология семьи и больной ребенок : учебное пособие : для студентов высших учебных заведений, обучающихся по направлению и по специальностям психологии : хрестоматия / авт.-сост. : И.В. Добряков, О.В. Заширинская. — Санкт-Петербург : Речь, 2007. — 400 с.
169. Пучко, Т.К. Перинатальные исходы у женщин с анатомически узким тазом / Т.К. Пучко, Е.А. Чернуха, А.И. Волобуев // Материалы VI Российского форума «Мать и дитя», Москва, 12–15 октября 2004 г. — Москва : Меди Экспо, 2004. — С. 174–176.
170. Радзинский, В. Е. Безопасное акушерство / В.Е. Радзинский, И.Н. Костин // Акушерство и гинекология. — 2007. — № 5. — С. 12–16.
171. Радзинский, В.Е. Акушерская агрессия как причина снижения качества родовспоможения / В.Е. Радзинский // Материалы VI Российского форума «Мать и дитя», Москва, 12–15 октября 2004 г. — Москва : Меди Экспо, 2004. — С. 183–184.
172. Рейтер, Ж. Руководство по оценке развития младенцев до 16 месяцев на основе русифицированной шкалы KID / Ж. Рейтер, Я.Н. Шапиро, И.А. Чистович. — Санкт-Петербург: Санкт-Петербургский институт раннего вмешательства, 1997. — 45 с.
173. Ремнева, О.В. Ранние неонатальные потери: клиничко-патоморфологические сопоставления / О.В. Ремнева // Мать и дитя в Кузбассе. — 2010. — № 3 (42). — С. 9–12.

174. Рыбкина, Н.Л. Современные тенденции состояния здоровья новорожденных / Н.Л. Рыбкина // Практическая медицина. — 2015. — № 4–2 (89). — С. 93–98.
175. Сабгайда, Т.П. Изменение заболеваемости российских детей, подростков и взрослого населения болезнями основных классов в постсоветский период / Т.П. Сабгайда, О.Б. Окунев // Социальные аспекты здоровья населения. — 2012. — Т. 23, № 1. — С. 1–20.
176. Савельева, Г.М. Преждевременные роды как важнейшая проблема современного акушерства / Г.М. Савельева, Р.И. Шалина, М.А. Курцер и др. // Акушерство и гинекология. — 2012. — № 2. — С. 4–10.
177. Сайдашева Э.И. Совершенствование офтальмологической помощи новорожденным детям в условиях мегаполиса : автореф. дис. ... д-ра. мед. наук : 14.02.03 / Сайдашева Эльвира Ирековна. — Санкт-Петербург, 2010. — 42 с.
178. Семья, Г.В. Основы психологической защищенности детей, оставшихся без попечения родителей : дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.13 / Семья Галина Владимировна. — Москва, 2004. — 350 с.
179. Сенюшкин, А.Н. Состояние здоровья и динамическая оценка факторов риска здоровью детей первого года жизни из разных типов семей : дис. ... канд. мед. наук : 14.01.08 / Сенюшкин Андрей Николаевич. — Пермь, 2016. — 135 с.
180. Слепцова, Е.В. Проблемы кадровой обеспеченности организаций здравоохранения / Е.В. Слепцова, В.О. Гапеева // Экономика и бизнес: теория и практика. — 2019. — № 3–2. — С. 104–107.
181. Служба охраны материнства и детства в Российской Федерации в 2004 году. — Москва : [Б. и.], 2006. — 118 с.
182. Смирнова, В.И. Медико-социальные и организационные проблемы реабилитации детей в условиях поликлиники : дис. ... канд. мед. наук : 14.02.03 / Смирнова Виктория Игоревна. — Санкт-Петербург, 2014. — 148 с.

183. Современные подходы к профилактике, диагностике и лечению бронхолёгочной дисплазии / под общ. ред. А.А. Баранов, Л.С. Намазова-Баранова, И.В. Давыдова. — Москва : ПедиатрЪ, 2013. — 176 с.
184. Современные тенденции в системе здравоохранения Российской Федерации. — Москва : Издание Государственной Думы, 2019. — 80 с.
185. Сорокина, З.Х. Научное обоснование приоритетных направлений совершенствования качества медицинской помощи новорожденным детям в Российской Федерации : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.02.03, 14.01.08 / Сорокина Зимфира Халиулловна. — Санкт-Петербург, 2011. — 46 с.
186. Стародубов, В. И. Охрана здоровья матери и ребенка как приоритетная проблема современной России / В.И. Стародубов, И.С. Цыбульская, Л.П. Суханова // Современные мед. технологии. — 2009. — № 2. — С. 11–16.
187. Стародубов, В.И. Итоги и перспективы развития приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения / В.И. Стародубов // Менеджер здравоохранения. — 2007. — № 1. — С. 49.
188. Стародубов, В.И. Репродуктивные потери как медико-социальная проблема демографического развития России / В.И. Стародубов, Л.П. Суханова, Ю.Г. Сыченков // Социальные аспекты здоровья населения : эл. науч. журнал. — URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/367/27/lang,ru/>. — Дата публикации: 01.02.2012.
189. Стрижаков, А.Н. Современные методы и перспективы развития пренатальной диагностики / А.Н. Стрижаков, О.Р. Баев, И.В. Игнатко // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2002. — № 2. — С. 17–22.
190. Студеникин, М.Я. Роль РАМН в охране здоровья женщины и ребенка в Российской Федерации / М.Я. Студеникин // Здоровье и образование : материалы II Всеросс. научно-практ. конф., 22–24 сентября 2004 г. — Пермь : ГОУ ВПО «ПГМА Минздрава России», 2004. — С. 272–273.

191. Суханова, Л.П. Детская и перинатальная смертность в России: тенденции, структура, факторы риска / Л.П. Суханова, М.С. Складар // Социальные аспекты здоровья населения : эл. науч. журнал. — URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/46/63>. — Дата публикации: 27.01.2008.
192. Суханова, Л.П. Исходы беременности и перинатальные потери при новых критериях рождения / Л.П. Суханова // Социальные аспекты здоровья населения : эл. науч. журнал. — URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/483/30>. — Дата публикации: 09.07.2013.
193. Сыченков, Ю.Г. Научное обоснование организационной модели реанимационной помощи новорожденным в акушерском стационаре (на примере г. Обнинска) : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.02.03 / Сыченков Юрий Гаврилович. — Москва, 2013. — 25 с.
194. Таран, Н.Н. Грудное вскармливание / Н.Н. Таран // Справочник фельдшера и акушерки. — 2012. — № 6 — С. 72–79.
195. Токовая, Е.И. Раннее нервно-психическое развитие детей; родившихся глубоко недоношенными : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.09 / Токовая Елена Ивановна. — Москва, 2002. — 24 с.
196. Тулякова, О.В. Влияние экологических и социально-биологических факторов риска на протекание беременности, родов и состояние плода / О.В. Тулякова // Гигиена и санитария. — 2013. — № 2. — С. 71–73.
197. Тулякова, О.В. Региональные особенности физического развития мальчиков и девочек г. Кирова при рождении, в 1 год и в 7 лет / О.В. Тулякова, М.С. Авдеева, Е.Н. Сизова // Новые исследования. — 2012. — № 3. — С. 74–87.
198. Тюрина, Н.Ш. Социально-педагогические условия формирования абилитационной компетентности родителей, имеющих детей с нарушениями психофизического развития младшего и раннего возраста : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 13.00.03 / Тюрина Надия Шамильевна. — Москва, 2008. — 21 с.

199. Уварова, Е.В. Состояние репродуктивного здоровья девочек-подростков и профилактические мероприятия, обеспечивающие его сохранение / Е.В. Уварова // Рос. вестник перинатологии и педиатрии. — 2002. — № 4. — С. 11–15.
200. Улумбекова, Г.Э. Здоровоохранение России. Что надо делать? Научное обоснование «Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года» / Г.Э. Улумбекова. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 592 с.
201. Усынина, А.А. Жизнеугрожающие состояния новорожденных: факторы риска и краткосрочные исходы по данным регистра родов Архангельской области / А.А. Усынина, Г.Н. Чумакова, В.А. Постоев [и др.] // Неонатология: новости, мнения, обучение. — 2018. — Т. 6, № 2 (20). — С. 105–114.
202. Усынина, А.А. Факторы риска рождения детей, маловесных для гестационного возраста: исследование на основе регистра родов Архангельской области / А.А. Усынина, Г.Н. Чумакова, В.А. Постоев [и др.] // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. — 2020. — Т. 99, № 1. — С. 32–39.
203. Фролова, О. Г. Перинатальный центр, его роль в оказании акушерской и неонатальной помощи / О.Г. Фролова, В.В. Гудимова // Акушерство и гинекология. — 2003. — № 5. — С. 48–50.
204. Фролова, О.Г. Организационные технологии повышения качества акушерской и неонатальной помощи / О.Г. Фролова, В.В. Гудимова, Г.Н. Пугачева // Вопросы современной педиатрии. — 2003. — Т. 2. — Приложение № 1. — С. 382–383.
205. Фролова, О.Г. Организация первичной акушерско-гинекологической помощи в условиях реформирования здравоохранения / О.Г. Фролова, Е.И. Николаева, И.Н. Рябинкина // Акушерство и гинекология. — 2007. — № 3. — С. 59–61.

206. Фролова, О.Г. Охрана здоровья матери в дородовой период / О.Г. Фролова, Е.И. Николаева // Права ребенка. Междисциплинарный науч.-практ. журнал. Специальный выпуск. — 2003. — № 1. — С. 29–32.
207. Фролова, О.Г. Пути совершенствования качества медицинской помощи при врожденных пороках развития / О.Г. Фролова, Е.М. Хаматханова, Ю.И. Кучеров [и др.] // Акушерство и гинекология. — 2011. — № 4. — С. 79–84.
208. Хаматханова, Е.М. Пути совершенствования качества медицинской помощи при врожденных пороках развития : автореф. дис. ... д-ра. мед. наук : 14.01.19 / Хаматханова Елизавета Мухтаевна. — Москва, 2011. — 47 с.
209. Харитонов, А.К. Медико-организационные аспекты оптимизации работы областного перинатального центра : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.02.03 / Харитонов Анатолий Константинович. — Москва, 2019. — 25 с.
210. Харитонов, Н.А. Особенности психомоторного развития детей, перенесших критические состояния в раннем неонатальном периоде / Н.А. Харитонов, Н.В. Коротаева, С.Б. Лазуренко [и др.] // Рос. педиатр. журнал. — 2009. — № 4. — С. 21–24.
211. Ходакова, О.В. Социально-гигиеническая оценка состояния системы охраны материнства и детства на региональном уровне / О.В. Ходакова, В.А. Дударева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2020. — Т. 28, № 3. — С. 423–427.
212. Цуркан, С. В. Технологии ранней профилактики детской инвалидности от врожденных пороков развития / С. В. Цуркан // Социальные аспекты здоровья населения. — 2011. — Т. 20, № 4. — С.18.
213. Чапурина, М.А. Кадровое обеспечение сферы здравоохранения в России / М.А. Чапурина // Сб. статей IV науч.-техн. конф. студентов и аспирантов МИРЭА — Российского технологического университета (секция «Современные исследования проблем управления кадровыми ресурсами») / отв. за вып. д.с.н., профессор Казакова Н.Д.; ред. кол. : Родюкова Т.Н., Суров Д.Н., Шепелева Л.С. — Москва : Эдельвейс, 2019. — С. 96–104.

214. Чвырева, Н.В. Анализ обеспеченности медицинских организаций Рязанской области квалифицированными медицинскими кадрами / Н.В. Чвырева // Вестник Ивановской мед. академии. — 2019. — Т. 24. — № 1. — С. 21–24.
215. Черданцева, Г.А. Региональный перинатальный центр как модель управляемой медицинской помощи в системе охраны здоровья матери и ребенка / Г.А. Черданцева // Материалы республиканской науч.-практ. конф. «Здоровый новорожденный: перинатальные проблемы и прогнозирование». Современные аспекты перинатальной медицины, гинекологии, анестезиологии и педиатрии, Екатеринбург, 20–22 ноября 2000 г. — Екатеринбург : ГУНИИ ОММ, 2000. — С. 10–14.
216. Чернуха, Е.А. Оправдано ли проведение кесарева сечения по желанию беременной? / Е.А. Чернуха // Акушерство и гинекология. — 2002. — № 6–7. — С. 3–6.
217. Чичерин, Л.П. Реформирование службы охраны здоровья детей в территориях Российской Федерации / Л.П. Чичерин, С.Р. Конова, С.А. Исаков, С.С. Даньшова // Рос. педиатр. журнал. — 2003. — № 6. — С. 52–54.
218. Чумакова, О.В. Совершенствование деятельности детских поликлиник в условиях реализации национального проекта «Здоровье» / О.В. Чумакова, М.М.Садыков // Российский педиатрический журнал. 2008. № 6. С. 41-42.
219. Чумакова, О.В. Организационные аспекты выхаживания детей с экстремально низкой массой тела / О.В. Чумакова, Е.Н. Байбарина, Л.М. Цымлякова и др. Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2008. Т. 53. № 5. С. 4-9.
220. Шабалов, Н.П. Неонатология : учеб. пособие : в 2 т. / Н.П. Шабалов. — 6-е изд., испр. и доп. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. — 1440 с.
221. Шабалов, Н.П. Организация неотложной помощи новорожденным в Санкт-Петербурге / Н.П. Шабалов, Ю.А. Щербук, В.А. Любименко, А.С. Симаходский // Вопросы современной педиатрии. — 2010. — Т. 9, № 2. — С. 7–10.

222. Шабров, А.В. Состояние здоровья молодого поколения России и проект реформы по его улучшению / А.В. Шабров, С.В. Рищук, В.Е. Мирский // *Здравоохранение*. — 2010. — № 9. — С 39–50.
223. Шарاپова, О.В. Состояние и перспективы развития акушерской и неонатологической помощи в стране / О.В. Шарাপова // *Педиатрия*. — 2003. — № 1. — С. 7–14.
224. Шевцова, К.Г. Изучение некоторых показателей заболеваемости беременных как возможных предикторов младенческой смертности / К.Г. Шевцова, К.Е. Моисеева, Е.Н. Березкина // *Территория инноваций*. — 2019. — № 1 (29). — С. 86–92.
225. Шевцова, К.Г. Некоторые результаты оценки работы отделений патологии новорожденных в Северо-Западном федеральном округе / К.Г. Шевцова, К.Е. Моисеева, Е.Н. Березкина // *Бюллетень науки и практики*. — 2018. — Т. 4, № 12. — С. 153–160.
226. Шевцова, К.Г. Оценка выживаемости детей с экстремально низкой массой тела при рождении / К.Г. Шевцова, Е.Н. Березкина, К.Е. Моисеева // *Территория инноваций*. — 2018. — № 11 (27). — С. 122–127.
227. Шевцова, О.Г. Некоторые результаты оценки заболеваемости гестационным сахарным диабетом / О.Г. Шевцова, К.Е. Моисеева, Е.Н. Березкина, Ш.Д. Харбедия // *Медицина и организация здравоохранения*. — 2019. — Т. 4, № 1. — С. 29–34.
228. Шуляк, Г.А. Региональные программы по охране здоровья детей в Калининградской области / Г.А. Шуляк // *Пути повышения эффективности медицинской помощи детям : сб. материалов X Съезда педиатров России, Москва, 8–10 февраля 2005 г.* — Москва : Издательский дом «Династия», 2005. — С. 613.
229. *Экологическая педиатрия* / под общ. ред. А.Д. Царегородцева, А.А. Викторова, И.М. Османов. — Москва : Триада-Х, 2011. — 328 с.
230. Яковлева, Т.В. Инвалидность и смертность детского населения России: региональные особенности и законодательное обеспечение путей снижения

- : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.089, 14.00.33 / Яковлева Татьяна Владимировна. — Москва, 2005. — 37 с.
231. Якушина, И.И. Научное обоснование совершенствования организации и качества медицинской помощи в медико-генетических консультациях : дис. ... канд. мед. наук : 14.02.03 / Якушина Ирина Ивановна. — Москва, 2016. — 171 с.
232. Яцык, Г.В. Диспансеризация новорожденных и детей грудного возраста / Г.В. Яцык, И.А. Беляева, Е.П. Бомбардирова [и др.] // Рос. педиатр. журнал. — 2012. — № 2. — С. 22–26.
233. Яцык, Г.В. Метаболическая адаптация плода и новорожденного к условиям внеутробной жизни / Г.В. Яцык, Т.Э. Боровик, С.Г. Грибакин [и др.] // Рос. педиатр. журнал. — 2009. — № 4. — С. 39–42.
234. Allanson, E. Classifying the causes of perinatal death / E. Allanson, O. Tuncalp, J. Gardosi [et al.] // Bull. World Health Organ. — 2016. — № 94 (2). — P. 79–79A.
235. Ballot, D.E. Retrospective cross-sectional review of survival rates in critically ill children admitted to a combined paediatric/neonatal intensive care unit in Johannesburg, South Africa, 2013–2015 / D.E. Ballot, V.A. Davies, P.A. Cooper [et al.] // BMJ Open. — 2016. — № 6 (6). — P. e010850.
236. Berry, R.J. Prevention of neural tube defects with folic acid in China / R.J. Berry, I. Li, F. Erickson // New England J. Med. — 1999. — Vol. 341 — P. 1485–1490.
237. Bonduelle, M. Neonatal data on a cohort of 2889 infants born after ICSI (1991–1999) and of 2995 infants born after IVF (1983–1999) / M. Bonduelle, I. Eyecares, V. Deketelaere [et al.] // Human Reproduction. — 2002. — Vol. 17, № 3. — P. 671–694.
238. Chong, E. Changing use of surfactant over 6 years and its relationship to chronic lung disease / E. Chong, J. Greenspan, S. Kirkby [et al.] // Pediatrics. — 2008. — № 4. — P. e917–e921.
239. Cresswell, J.A. Effect of maternal obesity on neonatal death in sub-Saharan Africa: multivariable analysis of 27 national datasets / J.A. Cresswell, O.M.

- Campbell, M.J. De Silva [et al.] // *Lancet*. — 2012. — Vol. 380, № 9850. — P. 1325–13230.
240. Denktas, S. An urban perinatal health programme of strategies to improve perinatal health / S. Denktas, G.J. Bonsel, E.J. Van der Weg [et al.] // *Matern. Child Health J.* — 2012. — Vol. 16, № 8. — P. 1553–1558.
241. Doyle, L.W. Victorian Infant Collaborative Study Group / L.W. Doyle, G. Roberts, P.J. Anderson // Changing long-term outcomes for infants 500–999 g birth weight in Victoria, 1979–2005 // *Arch. Dis. Child. Fetal. Neonatal. Ed.* — 2011. — № 96 (6). — P. F443–F447.
242. Duby, J. Opportunities and Challenges in Global Perinatal Research / J. Duby, R. Sharma, Z.A. Bhutta // *Neonatology*. — 2018. — № 114 (2). — P. 93–102.
243. Fazzi, E. Neurologic outcomes for infants weighting less than 1000 grams at birth / E. Fazzi, S. Orcesi, A. Spinillo [et al.] // *No To Hattatsu*. — 1998. — № 30. — P. 56–60.
244. Fellman, V. One-year survival of extremely preterm infants after active perinatal care in Sweden / EXPRESS Group; V. Fellman, L. Hellström-Westas [et al.] // *JAMA*. — 2009. — Vol. 301, № 21. — P. 2225–2233.
245. Flenady, V. Major risk factors for stillbirth in high-income countries: a systematic review and meta-analysis / V. Flenady, L. Koopmans, P. Middleton [et al.] // *Lancet*. — 2011. — Vol. 377, № 9774. — P. 1331–1340.
246. Gardosi, J. Maternal and fetal risk factors for stillbirth: population-based study / J. Gardosi, V. Madurasinghe, M. Williams [et al.] // *BMJ*. — 2013. — Vol. 346. — P. f108.
247. Gargus, R.A. Unimpaired outcomes for extremely low birth weight infants at 18 to 22 months / R.A. Gargus, B.R. Vohr, J.E. Tyson [et al.] // *Pediatrics*. — 2009. — № 124 (1). — P. 112–121.
248. Global, regional, national, and selected subnational levels of stillbirths, neonatal, infant, and under 5 mortality, 1980 2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015 // *Lancet*. — 2016. — Vol. 388, № 10053. — P. 1725–1774.

249. Hellmann, O. [Congenital malformations in children born after IVF] / O. Hellmann, Y. Bentov // Harefuah. — 2005. — Vol. 144, № 12. — P. 852–858, 910. Hebrew. — PMID: 16400786.
250. Ivanov, D.O. Descriptive and analytical statistics of particular predictors of infant mortality / D.O. Ivanov, K.E. Moiseeva, K.G. Shevtsova [et al.] // Int. J. Pharmaceutical Res. — 2019. — Vol. 11, № 1. — P. 873–878.
251. Ivanov, D.O. Fetoinfantile losses in the north-west region of Russia / D.O. Ivanov, V.K. Iurev, K.G. Shevtsova [et al.] // Electronic Journal of General Medicine. — 2019. — Vol. 16, № 2. — P. em135.
252. Komyssova, N. Family Planning in Russian Federation / N. Komyssova // Planned Parenthood in Europe. — 1992. — Vol. 21, № 2 — P. 7.
253. Kozuki, N. The associations of parity and maternal age with small-for-gestational-age, preterm, and neonatal and infant mortality: a meta-analysis / N. Kozuki, A.C. Lee, M.F. Silveira [et al.] // BMC Public Health. — 2013. — № 13, Suppl 3 (Suppl 3). — P. S2.
254. Kristensen, J. Pre-pregnancy weight and the risk of stillbirth and neonatal death / J. Kristensen, M. Vestergaard, K. Wisborg [et al.] // BJOG. — 2005. — Vol. 112, № 4. — P. 403–408.
255. Kumar, P. Characteristics of extremely low birth weight infant survivors with unimpaired outcomes at 30 months of age / P. Kumar, S. Shankaran, N. Ambalavanan [et al.] // J. Perinatol. — 2013. — Vol. 33, № 10. — P. 800–805.
256. Kusuda, S. Morbidity and mortality of infants with very low birth weight in Japan: center variation / S. Kusuda, M. Fujimura, I. Sakuma [et al.] // Pediatrics. — 2006. — Vol. 118, № 4. — P. 1130–1138.
257. Lawn, J.E. Born Too Soon: Accelerating actions for prevention and care of 15 million newborns born too soon / J.E. Lawn, M.V. Kinney, J.M. Belizan [et al.] // Reprod. Health. — 2013. — Vol. 10, Suppl. 1. — P. S6.
258. Lawn, J.E. Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030 / J.E. Lawn, H. Blencowe, P. Waiswa [et al.] // Lancet. — 2016. — Vol. 387, № 10018. — P. 587–603.

259. Lucovnik, M. Use of uterine electromyography to diagnose term and preterm labor / M. Lucovnik, R.J. Kuon, L.R. Chambliss [et al.] // *Acta. Obstet. Gynecol. Scand.* — 2011. — Vol. 90, № 2. — P. 150–157.
260. Malqvist, M. Unreported births and deaths, a severe obstacle for improved neonatal survival in low-income countries: a population-based study / M. Malqvist, L. Eriksson, N.T. Nga [et al.] // *BMC Int. Health Hum. Rights.* — 2008. — № 28. — P. 4.
261. Matsuda, Y. Impact of placental weight and fetal/placental weight ratio Z score on fetal growth and the perinatal outcome / Y. Matsuda, T. Itoh, H. Itoh [et al.] // *Int. J. Med Sci.* — 2018. — Vol. 15, № 5. — P. 484–491.
262. Meltzoff, A.N. The role of imitation in understanding persons and developing a theory of mind / A.N. Meltzoff, A. Gopnik // *Understanding other minds: Perspectives from autism* / S. Baron-Cohen, H. Tager-Fusberg, D. Cohen (Eds). — New York : Oxford University Press, 1993. — P. 333–366.
263. Moiseeva, K.E. Influence of mother's age on infant child's nutrition / K.E. Moiseeva, D.O. Ivanov, A.V. Alekseeva [et al.] // *Archivos Venezolanos de Farmacologia y Terapeutica.* — 2020. — Vol. 39, № 2. — P. 215–220.
264. Moiseeva, K.E. Professional competence, attitude to the profession and the main problems of a neonatologist of Russian megalopolis / K.E. Moiseeva, D.O. Ivanov, Yu.S. Aleksandrovich [et al.] // *Int. J. Pharmaceutical Res.* — 2020. — Vol. 12, № 3. — P. 488–494.
265. Nakhla, T. The time to death for extremely low birth weight infants in the neonatal intensive care unit / T. Nakhla, I. Sonia, J. Saslow [et al.] // *Internet J. Peds. Neon.* — 2007. — № 6.
266. Peterson, S.W. Understanding the sequence of pulmonary injury in the extremely low birth weights surfactant-deficient infant / S.W. Peterson // *Neonatal Netw.* — 2009. — № 4. — P. 221–229.
267. Petrou, S. The economic consequences of preterm birth during the first 10 years of life / S. Petrou // *BJOG.* — 2005. — № 112, Suppl 1. — P. 10–15.

268. Ray, J.G. Mortality in Infants Affected by Preterm Birth and Severe Small for Gestational Age Birth Weight / J.G. Ray, A.L. Park, D.B. Fell // *Pediatrics*. — 2017. — Vol. 140, № 6. — P. e20171881.
269. Shrimpton, R. Trends in low birthweight among the Bhutanese refugee population in Nepal / R. Shrimpton, A. Thorne-Lyman, K. Tripp, A. Tomkins // *Food Nutr. Bull.* — 2009. — № 30 (2 Suppl). — P. 197–206.
270. Singh, J. Resuscitation in the "gray zone" of viability: determining physician preferences and predicting infant outcomes / J. Singh, J. Fanaroff, B. Andrews [et al.] // *Pediatrics*. — 2007. — Vol. 120, № 3. — P. 519–526.
271. Srivastava, N.M. Neonatal Morbidity and Careseeking Behavior in Urban Lucknow / N.M. Srivastava, S. Awasthi, R. Mishra // *Indian Pediatr.* — 2008. — Vol. 45, № 3. — P. 229–232.
272. Stock, S.J. Immediate versus deferred delivery of the preterm baby with suspected fetal compromise for improving outcomes / S.J. Stock, L. Bricker, J.E. Norman // *Cochrane Database Syst Rev.* — 2012. — № 7. — P. CD008968. — DOI: 10.1002/14651858.CD008968.pub2. — Update in: *Cochrane Database Syst Rev.* — 2016. — № 7. — P. CD008968. — PM
273. Thomas, N. Acute lung injury in children-kids really aren't just «little adults» / N.J. Thomas, P. Jouvet, D. Willson // *Pediatr. Crit. Care Med.* — 2013. — № 14. — P. 429–432.
274. Towers, C.V. The effect of transport on the rate of severe intraventricular hemorrhage in very low birth weight infants / C.V. Towers, R. Bonebrake, G. Padilla, P. Rumney // *Obstet Gynecol.* — 2000. — Vol. 95, № 2. — P. 291–295.
275. Volpe, J.J. The encephalopathy of prematurity — brain injury and impaired brain development inextricably intertwined / J.J. Volpe // *Semin. Pediatr. Neurol.* — 2009. — Vol. 16, № 4. — P. 167–178.
276. Wood, A.M. Detection and prevention of perinatal infection: Cytomegalovirus and Zika Virus / A.M. Wood, B.L. Hughes // *Clin. Perinatol.* — 2018. — Vol. 45, № 2. — P. 307–323.

277. Yurev, V.K. Some aspects of the evaluation of the breast-feeding organization in obstetric hospitals and children's clinics / V.K. Yurev, K.E. Moiseeva, E.N. Berezkina [et al.] // Revista Latinoamericana de Hipertension. — 2019. — Vol. 14, № 3. — P. 246–250.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

АНКЕТА МАТЕРИ НОВОРОЖДЕННОГО

*Просьба внимательно прочитать и заполнить анкету. Правдивые ответы помогут объективно оценить организацию медицинской помощи новорожденным и своевременно устранить недостатки ее оказания.
Фамилию указывать не надо, так как анкетирование носит анонимный характер*

Часть 1. Информация о семье и ребенке

1. Возраст матери (полных лет): _____
2. Возраст отца (полных лет): _____
3. Семейное положение: *живу в зарегистрированном браке — 1; живу в гражданском браке — 2; разведена — 3; вдова — 4; в браке не состою и не состояла — 5.*
3. Образование матери: *начальное — 1; среднее — 2; среднее специальное — 3; неоконченное высшее — 4; высшее — 5.*
4. Образование отца: *начальное — 1; среднее — 2; среднее специальное — 3; неоконченное высшее — 4; высшее — 5.*
5. Социальное положение матери: *рабочая — 1; служащая — 2; предприниматель — 3; домохозяйка — 4; учащаяся (студентка) — 5; пенсионер — 6, инвалид — 7; прочее (вписать) — 8* _____
6. Социальное положение отца: *рабочая — 1; служащая — 2; предприниматель — 3; безработный — 4; учащийся (студент) — 5; пенсионер — 6, инвалид — 7; прочее (вписать) — 8* _____
7. Количество детей в семье (вместе с этим ребенком) _____
8. Какая беременность по счету _____
9. Во сколько месяцев беременности Вы встали на учет (*впишите*) _____
10. Продолжительность беременности (в месяцах) _____
11. Заболевания (патологические состояния/осложнения), которые отмечались у Вас во время беременности: *да — 1; нет — 2.*

Наименование заболевания	Да	Нет
Анемия		
Гипертензия		
Болезни эндокринной системы		
Гестационный сахарный диабет		
Болезни мочеполовой системы		
Болезни системы кровообращения		

Венозные осложнения		
Угроза прерывания беременности		
Угроза преждевременных родов		
Резус-конфликт		
Патология плода		
Другие (<i>вписать</i>) _____		

12. Были ли осложнения в родах: *да* — 1; *нет* — 2.
13. Хронические заболевания у матери до беременности: *есть* — 1; *нет* — 2.
- 13.1. Если есть, то укажите, какие (*впишите*): _____
14. Пол Вашего ребенка: *мужской* — 1; *женский* — 2.
15. Какой был вес Вашего ребёнка при рождении (в кг) _____
16. Какой был рост Вашего ребёнка при рождении (в см) _____
17. В роддоме: *ребенок сразу приложен к груди* — 1, *был приложен на ___ сут, к груди не прикладывали* — 3.
18. Есть ли заболевания у ребёнка: *нет* — 1; *да* — 2 (укажите какие) _____
- _____
19. Группа здоровья ребёнка _____

Часть 2. Оценка качества оказания медицинской помощи в стационаре

№	Характеристика	Варианты ответа
Оценка условий пребывания в медицинской организации		
20.	Удовлетворенность техническим состоянием мест пребывания новорожденных (наличие ремонта, наличие и исправность санитарно-технического оборудования, электроприборов, кроватей, пеленальных столиков и др.)	1 — Да, полностью 2 — Больше да, чем нет 3 — Больше нет, чем да 4 — Затрудняюсь ответить 5 — Не удовлетворен
21.	Удовлетворенность комфортностью мест пребывания новорожденных (оптимальная температура, освещение, санитарное состояние в местах пребывания детей, достаточная для размещения матери и ребенка площадь палаты и ее планировка, наличие в медицинской организации всей необходимой для новорожденных мебели и т.д.)	1 — Да, полностью 2 — Больше да, чем нет 3 — Больше нет, чем да 4 — Затрудняюсь ответить 5 — Не удовлетворен
22.	Удовлетворенность работой вспомогательных служб (лаборатория, рентген-кабинет,	1 — Да, полностью 2 — Больше да, чем нет

	физиотерапевтический кабинет и т.д.)	3 — Больше нет, чем да 4 — Затрудняюсь ответить 5 — Не удовлетворен
23.	Удовлетворенность обеспеченностью медикаментами и расходными материалами (медицинская организация полностью обеспечивала всем необходимым и ничего из лекарственных средств, расходных медицинских материалов и детских смесей (при необходимости) матери не предлагали и не приходилось приобретать для ребенка из личных средств)	1 — Да, полностью 2 — Больше да, чем нет 3 — Больше нет, чем да 4 — Затрудняюсь ответить 5 — Не удовлетворен
24.	Удовлетворенность качеством оказания медицинской помощи новорожденному в целом	1 — Да, полностью 2 — Больше да, чем нет 3 — Больше нет, чем да 4 — Затрудняюсь ответить 5 — Не удовлетворен
Оценка отношения медицинского персонала к новорожденным		
	Характеристика	Варианты ответа
25.	Оценка человеческих качеств врачей-неонатологов	1 — С вниманием и участием 2 — Не очень внимательно 3 — С безразличием 4 — Затруднились ответить 5 — С раздражением и грубостью
26.	Оценка человеческих качеств среднего медицинского персонала	1 — С вниманием и участием 2 — Не очень внимательно 3 — С безразличием 4 — Затруднились ответить 5 — С раздражением и грубостью
27.	Оценка количества времени и внимания, уделяемого врачами новорожденным	1 — Всегда уделяет ребенку достаточно времени и внимания 2 — Иногда уделяет недостаточно времени и внимания, хотелось бы больше 3 — Часто спешит, уделяет недостаточно времени и внимания 4 — Затруднились ответить 5 — Совсем не уделяет ребенку внимания

28.	Оценка количества времени и внимания, уделяемого средним медицинским персоналом новорожденным	1 — Всегда уделяет ребенку достаточно времени и внимания 2 — Иногда уделяет недостаточно времени и внимания, хотелось бы больше 3 — Часто спешит, уделяет недостаточно времени и внимания 4 — Затруднились ответить 5 — Совсем не уделяет ребенку внимания
29.	Оценка работы врачей с новорожденными в баллах (впишите)	_____ баллов
30.	Оценка работы среднего медицинского персонала с новорожденными в баллах (впишите)	_____ баллов

31. Какие недостатки Вы видите в работе ОПН медицинской организации, где находился Ваш ребенок (можно указать несколько): _____

***Благодарим Вас за оказанную помощь в проведении исследования
и желаем здоровья Вам и Вашему ребенку!***

АНКЕТА ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО

Пожалуйста, заполните данную анкету. В каждом разделе обведите соответствующее число.

1. Возраст ребенка на момент исследования _____ (дни)
2. Есть ли заболевания у ребёнка: *нет* — 1; *да* — 2 (укажите) _____
3. Группа здоровья ребёнка _____

Опросник PedsQL.

Опросник по качеству жизни для детей. Оценочная шкала для младенцев.

Заполняется на основании последних 7 дней.

Насколько серьезные трудности для Вашего ребенка в течение последних 7 дней представляло следующее...

Физическая активность (за последние 7 дней ваш ребенок испытывал следующие трудности...)	Никогда	Почти никогда	Иногда	Часто	Почти всегда
1. Низкий уровень энергии	0	1	2	3	4
2. Трудно участвовать в активной игре	0	1	2	3	4
3. Его/ее беспокоили боли	0	1	2	3	4
4. Чувство усталости	0	1	2	3	4
5. Вялость	0	1	2	3	4
6. Ребенок много отдыхал (спал)	0	1	2	3	4
Физические симптомы (за последние 7 дней ваш ребенок испытывал следующие трудности...)	Никогда	Почти никогда	Иногда	Часто	Почти всегда
1. Газы	0	1	2	3	4
2. Срыгивание после еды	0	1	2	3	4
3. Затруднённое дыхание	0	1	2	3	4
4. Дискомфорт в животе	0	1	2	3	4
5. Затруднённое глотание	0	1	2	3	4
6. Запор	0	1	2	3	4
7. Сыпь	0	1	2	3	4
8. Понос	0	1	2	3	4
9. Свистящее дыхание	0	1	2	3	4
10. Рвота	0	1	2	3	4
Эмоциональное состояние (за последние 7 дней ваш ребенок испытывал следующие трудности...)	Никогда	Почти никогда	Иногда	Часто	Почти всегда
1. Он(а) испытывал(а) чувство страха	0	1	2	3	4
2. Бывало так, что он(а) злился(ась)	0	1	2	3	4
3. Плакал(а) или капризничал(а), если	0	1	2	3	4

оставался(ась) один (одна)					
4. С трудом успокаивался(ась), если был(а) расстроен(а)	0	1	2	3	4
5. С трудом засыпал(а)	0	1	2	3	4
6. Плакал(а) или капризничал(а), когда брали на руки	0	1	2	3	4
7. Он(а) испытывал(а) чувство грусти	0	1	2	3	4
8. С трудом успокаивался(ась), когда поднимали или держали на руках	0	1	2	3	4
9. Плохо спал(а) большую часть ночи	0	1	2	3	4
10. Много плакал(а)	0	1	2	3	4
11. Капризничал(а)	0	1	2	3	4
12. Было трудно уложить спать днем	0	1	2	3	4
Социальная активность (за последние 7 дней ваш ребенок испытывал следующие трудности...)	Никогда	Почти никогда	Иногда	Часто	Почти всегда
1. Не улыбался(ась) другим	0	1	2	3	4
2. Не смеялся(ась) при щекотке	0	1	2	3	4
3. Не смотрел(а) в глаза тому, кто за ним (ней) ухаживает	0	1	2	3	4
4. Не смеялся(ась), когда брали на руки	0	1	2	3	4
Познавательная активность (за последние 7 дней ваш ребенок испытывал следующие трудности...)	Никогда	Почти никогда	Иногда	Часто	Почти всегда
1. Не имитировал(а) действия того, кто за ним (ней) ухаживает	0	1	2	3	4
2. Не имитировал(а) выражение лица того, кто за ним (ней) ухаживает	0	1	2	3	4
3. Не имитировал(а) звуки, произносимые тем, кто за ним (ней) ухаживает	0	1	2	3	4
4. Не мог(ла) сосредоточить внимание на предметах	0	1	2	3	4

Благодарим!