

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

*На правах рукописи*

**Данилова Виктория Валерьевна**

**НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ УЛУЧШЕНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ  
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ  
ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ**

**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,  
доцент Моисеева К.Е.

Санкт-Петербург – 2024

**ОГЛАВЛЕНИЕ**

ВВЕДЕНИЕ .....	4
Глава 1 МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПРОБЛЕМЫ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В ВОЗРАСТЕ ДО ГОДА В РОССИИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) .....	17
1.1. История развития педиатрической службы в России .....	17
1.2. Организация трехуровневой системы оказания педиатрической помощи .....	22
1.3. Телемедицинские технологии в педиатрии, как важнейший инструмент оказания специализированной помощи .....	27
1.4. Основные проблемы организации специализированной педиатрической помощи .....	28
Глава 2 МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ .....	32
2.1. База исследования.....	32
2.2. Программа исследования.....	36
Глава 3 СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ И ДОСТУПНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ .....	46
3.1. Мониторинг показателей здоровья детей первого года жизни.....	46
3.2. Оценка доступности специализированной помощи детскому населению Санкт-Петербурга .....	57
Глава 4 ОРГАНИЗАЦИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ. ПРИМЕНЕНИЕ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПЕДИАТРИИ .....	63
4.1. Объективная оценка организации первичной специализированной медицинской помощи детям первого года жизни в детских поликлиниках и КДЦ мегаполиса .....	63
4.2. Субъективная оценка организации первичной специализированной медицинской помощи детям первого года жизни .....	69
4.3. Организационные основы оказания специализированной медицинской помощи детям первого года жизни в условиях центра телемедицинских технологий .....	75

Глава 5 ОРГАНИЗАЦИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ.	82
5.1. Характеристика госпитализаций детей первого года жизни .....	82
5.2. Характеристика госпитализаций детей первого месяца жизни .....	91
5.3. Оценка организации специализированной медицинской помощи детям первого года жизни в стационарах мегаполиса.....	100
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	109
ВЫВОДЫ .....	118
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ .....	122
ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ.....	124
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ .....	125
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ .....	127
ПРИЛОЖЕНИЯ .....	157
Приложение 1 Анкета матери ребенка первого года жизни .....	157
Приложение 2 Анкета матери ребенка, получавшего медицинскую помощь в условиях стационара на первом году жизни.....	159
Приложение 3 Анкета матери КДЦ.....	162
Приложение 4 Карта выкопировки из «Истории развития ребенка» ф. 112у» .....	164

**Актуальность темы исследования**

Важным направлением в демографической политике Российской Федерации на этапе реализации Национальных проектов остается снижение показателей младенческой смертности, которая напрямую коррелирует с уровнем организации педиатрической помощи [68, 85, 166, 168, 211]. Младенческая смертность является социальным индикатором, отражающим эффективность процесса оказания медицинской помощи детям, поэтому проблема сохранения жизни каждого родившегося ребенка становится главной задачей любого государства [10, 23, 24, 26, 36, 63]. В современных условиях приоритетными направлениями эффективного развития отечественного здравоохранения, как в ближайшей, так и в среднесрочной перспективе, являются развитие специализированной педиатрической медицинской помощи [3, 7, 16, 19, 28, 48]. Это в первую очередь обусловлено социально-экономическими и политическими условиями для развития медицинской науки и внедрения технологий, которые позволяют обеспечить доступность и качество оказания медицинской помощи, особенно детям на первом году жизни [73, 118, 119].

В последние годы в значительной части регионов нашей страны увеличилась частота рождения недоношенных детей [107]. Причины этого явления разнообразны и объясняются влиянием целого ряда факторов. С одной стороны, это обусловлено существенным удельным весом преждевременных родов, где среди эндогенных факторов можно выделить такие, как рост экстрагенитальной и акушерской патологии. С другой стороны - с выхаживанием детей, в том числе родившихся с очень низкой и экстремально низкой массой тела, что в значительной степени связано с внедрением высоких технологий в акушерство, перинатологию, неонатологию и педиатрию [106, 121, 136, 175]. Рост показателя недоношенности и в целом улучшение диагностических возможностей медицинских организаций системы охраны материнства и детства оказали существенное влияние на увеличение частоты развития и выявляемости различных функциональных

отклонений у детей первого года жизни, в период, когда происходят наиболее выраженные негативные сдвиги в состоянии здоровья и ребенок наиболее уязвим. Внедрение в деятельность педиатрической службы алгоритмов и федеральных стандартов оказания медицинской помощи позволило совершенствовать медицинскую помощь младенцам на самых ранних этапах заболевания, что дало возможность предотвратить формирование хронических заболеваний и инвалидизации, увеличить потенциал для медико-профилактических и реабилитационных мероприятий, позволяющих сохранить и укрепить здоровье детской популяции [6, 9, 32, 64]. Внедрение прогрессивных технологий в детское здравоохранение качественно изменило тенденции в организации специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи детям первого года жизни, что стало возможным в условиях сформированной трехуровневой системы ее оказания [185, 191, 192, 195].

Несмотря на достижение значительных успехов в снижении младенческой смертности, уровень заболеваемости детей на первом году остается довольно высоким, что обуславливает необходимость дальнейшего совершенствования специализированной медицинской помощи, как на амбулаторном, так и на стационарных этапах, что и определило актуальность выбранной темы исследования.

### **Степень разработанности темы исследования**

Поиск направлений оптимизации в оказании специализированной медицинской помощи детям на амбулаторном этапе в субъекте Российской Федерации осуществлял Шутов Д.В. [196]. Разработкой мер по оптимизации стационарной помощи детям первого года как резерва снижения младенческой смертности и детской инвалидности в своей работе занимался Кораблев А.В. [84]. Состояние и пути оптимизации специализированной лечебно-профилактической помощи детям в условиях поликлиники стало темой исследования Зеленовой Е.В. [64]. Выбор направлений в совершенствовании организации и качества специализированной стационарной помощи детям раннего возраста в условиях крупного города легли в основу работы Магомедова Р.И. [93]. Совершенствование

организации и управления медицинской помощью детям изучила Грибина Н.Н. [48]. Пути совершенствования организации профилактической работы детской поликлиники с детьми первого года определила в своём исследовании Алексеева А.В. [5]. Оценкой состояния и определением путей совершенствования организации медицинской помощи новорожденным в организациях родовспоможения занималась в своей работе Моисеева К.Е. [107]. Вопросам оказания специализированной медицинской помощи детям посвящены и ряд других научных исследований, выполненных в различных регионах Российской Федерации. Однако работ, посвященных улучшению специализированной медицинской помощи детям первого года жизни в условиях трехуровневой системы организации педиатрической помощи, как на амбулаторном, так и на стационарных этапах, ранее не проводилось.

### **Цель исследования**

На основании оценки состояния организации специализированной медицинской помощи детям первого года жизни в условиях трехуровневой системы ее оказания, разработать и научно обосновать комплекс мероприятий, направленных на ее улучшение.

### **Основные задачи исследования**

1. Оценить состояние здоровья и доступность специализированной медицинской помощи детям первого года жизни в мегаполисе.
2. Оценить организацию специализированной медицинской помощи детям до года на амбулаторном этапе.
3. Оценить использование телемедицинских технологий как важную составляющую в лечении и диагностике заболеваний у детей первого года жизни.
4. Изучить организацию специализированной медицинской помощи в стационарных условиях детям до года в зависимости от уровня педиатрического стационара.
5. Оценить влияние новой коронавирусной инфекции на организацию специализированной помощи детям первого года жизни.

6. Разработать мероприятия медико-организационного характера, направленные на улучшение организации специализированной медицинской помощи детям первого года жизни на амбулаторном и стационарном этапах.

#### **Объект исследования**

Дети первого года жизни, получающие специализированную медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях, проживающие в мегаполисе.

#### **Предмет исследования**

Оценка организации специализированной медицинской помощи детям первого года жизни.

#### **Научная новизна диссертационного исследования**

Проведена оценка тенденции показателей здоровья детей на первом году жизни и показателей обеспеченности врачами педиатрами, врачами специалистами по основным профилям оказания специализированной помощи, а также педиатрическими койками (включая специализированные) в 2018-2022 гг. Кроме того, получены следующие данные:

- об организации специализированной медицинской помощи детям до года, в том числе в первый месяц жизни, на амбулаторном этапе и проведена оценка ее качества и доступности детям этой возрастной группы;

- проанализирована преемственность в работе медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях;

- получены данные о госпитализированной заболеваемости детей первого года жизни, об организации специализированной медицинской помощи в стационарных условиях детям данного возраста в зависимости от уровня педиатрического стационара и проведена оценка ее качества и доступности;

- установлены основные проблемы организации специализированной медицинской помощи на амбулаторном и стационарном этапах в современных условиях;

- определены основные проблемы использования телемедицинских технологий как важной составляющей в лечении и диагностике заболеваний у детей первого года жизни;

- разработаны, научно обоснованы мероприятия медико-организационного характера, направленные на улучшение организации специализированной медицинской помощи детям первого года жизни на амбулаторном и стационарном этапах.

### **Теоретическая и практическая значимость работы**

Теоретическая значимость проведенного исследования заключается в применении комплекса базовых методов оценки здоровья детей первого года жизни и организации им специализированной медицинской помощи. Проведенная оценка организации специализированной медицинской помощи детям до года, дала возможность выявить основные проблемы ее оказания на амбулаторном и стационарном этапах в медицинских организациях мегаполиса в условия трехуровневой системы организации педиатрической помощи.

Проведенная оценка деятельности центра телемедицинских технологий выявила, что дистанционный контакт лечащего врача с консультантом с использованием современных телекоммуникационных средств расширил возможности оказания специализированной помощи детям. Важным аспектом видеоконсультации является обсуждение всех неясных вопросов диагностики, лечения, реабилитации лечащим врачом непосредственно с консультантом. Экономическая эффективность одной телеконсультации в результате последующего лечения ребенка по месту жительства определяется исключением транспортных расходов, стоимости проживания родителей и более низкой стоимостью койко-дня по сравнению с таковыми в специализированных медицинских центрах.

Доказаны положения, позволяющие на основании проведенной оценки организации специализированной медицинской помощи детям первого года жизни, разработать и научно обосновать рекомендации медико-организационного характера, способствующие совершенствованию организации медицинской помощи данной категории детей в амбулаторных и стационарных условиях.

Практическая значимость работы подтверждается тем, что полученные результаты исследования позволили разработать комплекс практических

рекомендаций, позволяющих улучшить организацию специализированной медицинской помощи детям первого года жизни в условиях трехуровневой системы организации педиатрической помощи.

Результаты исследования использованы при разработке патента: «База данных «Регистр госпитализаций детей первого года жизни» (Свидетельство о регистрации базы данных 2023622333, 11.07.2023 г.).

Разработанные по результатам настоящего исследования практические рекомендации были внедрены в деятельность и используются в работе следующих учреждений здравоохранения: СПбГБУЗ «Городская поликлиника №11. Детское поликлиническое отделение №23» (акт о внедрении от 16.09.2023г); СПбГБУЗ «Городская поликлиника №3. Детское поликлиническое отделение №24» (акт о внедрении от 28.09.2023г); СПб ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 49» (акт о внедрении от 30.10.2023г); СПб ГБУЗ «Городская поликлиника №78. Детское поликлиническое отделение №32 (акт о внедрении от 17.10.2023г); Детская клиническая больница ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России (акт о внедрении от 25.11.2023г), Консультативно-диагностический центр ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России (акт о внедрении от 30.11.2023г), СПб ГБУЗ «Детская городская больница № 17 Святителя Николая Чудотворца» (акт о внедрении от 06.12.2023г.), СПб ГБУЗ «Детская городская больница № 2 Святой Марии Магдалины» (акт о внедрении от 18.12.2023г.).

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 05.09.2023г.), неонатологии с курсами неврологии и акушерства-гинекологии ФП и ДПО ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России (акт внедрения от 08.09.2023г.).

### **Методология и методы исследования**

В проведенном исследовании был использован комплекс методов и методик: The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions, выкопировки данных из медицинской

документации, социологический (анкетирование, интервьюирование и web-опрос), графико-аналитический и квалиметрия. При формировании статистической совокупности использовались сплошной и выборочный методы. Данные описательной статистики отражены в виде количественных и качественных, экстенсивных и интенсивных показателей, средней арифметической взвешенной со стандартной ошибкой. Выбор критерия проверки значимости различий между анализируемыми статистическими показателями основывался на характере распределения данных. Степень соответствия эмпирического распределения нормальному распределению исследуемых выборок проводилась с использованием критерия Колмогорова-Смирнова (K-S): нормальное распределение, если  $p < 0,05$ ; распределение не считаем нормальным, если  $p > 0,05$ . При сравнении двух групп независимых выборок пользовался t-критерий Стьюдента или его непараметрический аналог ранговый U-критерий Манна-Уитни, в связанных выборках применялся W-критерий Уилкоксона (Wilcoxon signed-rank test). Создание базы данных, обработка, анализ и визуализация результатов проводилось с использованием Microsoft Office Excel 2019 (Word, Excel). Статистический анализ осуществлялся с помощью StatSoft-Statistica 10.0.

#### **Основные положения, выносимые на защиту:**

1. Значительные отклонения в показателях здоровья детского населения мегаполиса, имеющиеся при рождении, ведут к росту заболеваемости детей на первом году жизни. Высокая доступность и качество оказания медицинской помощи детям в Санкт-Петербурге обусловлены высокой обеспеченностью врачами и койками педиатрического профиля, что ведет к снижению уровня младенческой смертности.
2. Несмотря на наличие отдельных недостатков, трехуровневая система оказания специализированной медицинской помощи детям показала высокий уровень ее организации, как на амбулаторном, так и на стационарном этапах.
3. Применение телемедицинских технологий позволяет улучшить лечебно-диагностические возможности медицинских организаций при оказании специализированной помощи детям первого года жизни.

4. Пандемия новой коронавирусной инфекции оказала существенное влияние на здоровье детей первого года жизни и организацию им медицинской помощи.

5. На защиту выносятся разработанные медико-организационные мероприятия, направленные на улучшение организации специализированной медицинской помощи детям первого года жизни на амбулаторном и стационарном этапах.

### **Основные научные результаты**

Научное исследование выполнено на основании показательной выборки с применением эпидемиологического, статистического, ретроспективного, аналитического и социологического методов в период с 2018 по 2022 гг. При формировании статистической совокупности использовались сплошной и выборочный методы. Выкопировка данных из «Историй развития ребенка» (форма 112/у) послужила базой для формирования регистра госпитализаций детей первого года жизни, проживающих в мегаполисе. Результаты анкетирования родителей позволили выявить основные недостатки оказания первичкой специализированной и специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи для последующей выработки управленческих решений с целью повышения качества медицинской помощи в организациях здравоохранения мегаполиса.

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 [70, 71, 74, 79, 104, 105, 110, 111].

Предложенные по результатам работы рекомендации, направленные на совершенствование организации специализированной медицинской помощи детям первого года жизни, были внедрены в практическую деятельность медицинских организаций трехуровневой системы педиатрического здравоохранения г. Санкт-Петербург.

Основные результаты и положения научной работы представлены:

1. Алексеева А.В., Моисеева К.Е., Данилова В.В., Харбедия Ш.Д., Глущенко В.А. Некоторые аспекты улучшения организации первичной специализированной помощи детям первого года жизни. / В сборнике: Проблемы городского здравоохранения. Сборник научных трудов. Под редакцией Н.И. Вишнякова. Санкт-Петербург, 2023. С. 247-253.
2. Алексеева А.В., Моисеева К.Е., Юрьев В.К., Глущенко В.А., Данилова В.В. Некоторые результаты оценки качества первичной специализированной помощи детям первого года жизни. Forcipe. 2023. Т. 6. № S1. С. 39-40.
3. Данилова В.В. Некоторые аспекты организации стационарной медицинской помощи детям первого года жизни. /В книге: VI неделя образования в Елизаветинской больнице. сборник тезисов многопрофильного медицинского форума. Москва, 2022. С. 9-10.
4. Данилова В.В. Некоторые результаты оценки показателей, характеризующих оказание специализированной медицинской помощи детям первого месяца жизни, в детской многопрофильной больнице. Forcipe. 2023. Т. 6. № S1. С. 204-205.
5. Данилова В.В. Нормативные и организационные аспекты перехода медицинских организаций на электронный документооборот. / В сборнике: Проблемы городского здравоохранения. Сборник научных трудов. Санкт-Петербург, 2022. С. 188-190.
6. Данилова В.В. Основные направления внедрения цифровых технологий в современном здравоохранении. Forcipe. 2022. Т. 5. № S2. С. 172-173.
7. Данилова В.В. Проблемы внедрения цифровых технологий в современном здравоохранении. / В сборнике: Проблемы городского здравоохранения. Сборник научных трудов. Санкт-Петербург, 2022. С. 196-199.
8. Данилова В.В., Моисеева К.Е., Алексеева А.В. Исторические аспекты развития телемедицинских технологий. / В сборнике: Современные достижения и перспективы развития охраны здоровья населения. Материалы V международной научно-практической конференции. Ташкент, 2023. С. 41-50.

9. Иванов Д.О., Моисеева К.Е., Виноградова И.В., Алексеева А.В., Юрьев В.К., Комиссарова М.Ю., Данилова В.В. Оценка влияния места жительства и пандемии covid-19 на госпитализации детей первого года жизни. Социальные аспекты здоровья населения. 2023. Т. 69. № 4.

10. Иванов Д.О., Моисеева К.Е., Комиссарова М.Ю., Данилова В.В., Алексеева А.В., Пузырев В.Г. Оценка динамики госпитализированной заболеваемости детей первого года жизни. Медицина и организация здравоохранения. 2023. Т. 8. № 3. С. 4-12.

11. Иванов Д.О., Моисеева К.Е., Юрьев В.К., Карайланов М.Г., Данилова В.В. База данных "Регистр госпитализаций детей первого года жизни". Свидетельство о регистрации базы данных RU 2023622333, 11.07.2023. Заявка № 2023621941 от 26.06.2023.

12. Иванов Д.О., Моисеева К.Е., Юрьев В.К., Комиссарова М.Ю., Данилова В.В., Алексеева А.В., Пузырев В.Г. Характеристика госпитализаций детей первого месяца жизни в многопрофильном детском стационаре. Медицина и организация здравоохранения. 2023. Т. 8. № 2. С. 4-14.

13. 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.

14. Моисеева К.Е., Алексеева А.В., Данилова В.В. Некоторые результаты изучения здоровья детей на первом году жизни. / В книге: Воронцовские чтения. Санкт-Петербург - 2023. Сборник материалов XVI Всероссийской научно-практической конференции. Посвящается памяти профессора Игоря Михайловича Воронцова. Санкт-Петербург, 2023. С. 44-46.

15. 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.

16. Моисеева К.Е., Иванов Д.О., Юрьев В.К., Алексеева А.В., Шевцова К.Г., Харбедия Ш.Д., Заступова А.А., Данилова В.В. Отклонение массы тела при рождении как фактор риска для здоровья ребенка. Социальные аспекты здоровья населения. 2023. Т. 69. № 2.

17. Моисеева К.Е., Шевцова К.Г., Межидов К.С., Данилова В.В. Некоторые аспекты оценки здоровья детей в возрасте до года. / В книге: Тезисы IX Общероссийского конференц-марафона «Перинатальная медицина: от прегравидарной подготовки к здоровому материнству и детству» и II Научно-практической конференции «Педиатрия XXI века: новые парадигмы в современных реалиях». Москва, 2023. С. 74-75.

18. Моисеева К.Е., Юрьев В.К., Алексеева А.В., Шевцова К.Г., Соколова В.В., Харбедия Ш.Д., Данилова В.В., Заступова А.А. Влияние осложненных родов на здоровье новорожденных. Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2023. № 2. С. 845-869.

### **Степень достоверности и апробация результатов исследования**

Степень достоверности результатов, полученных в ходе исследования, подтверждается использованием достаточного по объему и репрезентативности массива данных. Всего были проанализированы: 20 форм отчетной медицинской документации; 3128 форм учетной медицинской документации; 15 статистических материалов Федеральной службы государственной статистики; 10 статистических материалов ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава Российской Федерации; 10967 единиц наблюдений из медицинской информационной системы «Ариадна»; 2157 форм социологического опроса «Анкета матери ребенка, получавшего медицинскую помощь в условиях стационара на первом году жизни», «Анкета матери ребенка, получавшего первичную специализированную помощь на первом году жизни в ДПО» и «Анкета матери ребенка, получавшего первичную специализированную помощь на первом году жизни в КДЦ». Для обработки массива данных применялись современные параметрические и непараметрические методы

статистического анализа. Суммарное число единиц информации в исследовании было 16297.

Апробация результатов исследования: материалы диссертации были представлены и обсуждены на: конгрессе с международным участием «Здоровые дети - будущее страны» (Санкт-Петербург, 2022), II Научно-практической конференции «Педиатрия XXI века: новые парадигмы в современных реалиях» (Санкт-Петербург, 2023), XVI Всероссийской научно-практической конференции «Воронцовские чтения» (Санкт-Петербург, 2023), XV Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Здоровье человека в XXI веке. Качество жизни» (Казань, 2023), XI Общероссийской конференции «FLORES VITAE. Педиатрия и неонатология» (Москва, 2023), V Международной научно-практической конференции «Современные достижения и перспективы развития охраны здоровья населения» (Ташкент, 2023), XVII Всероссийском форуме «Здоровье детей. Современная стратегия профилактики и терапии ведущих заболеваний» Первый Всероссийский конгресс «Наследие профессора Н.П. Шабалова: Константы и переменные педиатрии» (Санкт-Петербург, 2023), V Всероссийском медицинском конгрессе «Прибалтийская весна – 2023» (Калининград, 2023), XIII Балтийском конгрессе по детской неврологии с международным участием (Санкт-Петербург, 2023), Конгрессе с международным участием «Здоровые дети - будущее страны» (Санкт-Петербург, 2023), Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные проблемы охраны материнства и детства: приоритет на профилактику» (Москва, 2023), VIII Всероссийском Форуме «Современная педиатрия. Санкт-Петербург - Белые ночи – 2023» (Санкт-Петербург, 2023), XIII Общероссийская конференция «FLORES VITAE. Контраверсии в неонатальной медицине и педиатрии» (Сочи, 2023).

### **Личный вклад автора**

Автором самостоятельно проведен 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 анкетный 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 18 научных работ, в том числе 7 в рецензируемых научных изданиях, рекомендованных ВАК Минобрнауки России.

### **Структура и объём диссертации**

Содержание диссертации изложено на 164 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 4 приложений. Список литературы включает 238 источников, в том числе 223 работы отечественных и 15– зарубежных авторов. Работа иллюстрирована 32 рисунком и 29 таблицами.

## **Глава 1 МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПРОБЛЕМЫ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В ВОЗРАСТЕ ДО ГОДА В РОССИИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

### **1.1 История развития педиатрической службы в России**

С первых этапов развития русской педиатрии наблюдалась выраженная общественная педиатрическая деятельность эпохи дворянской империи (XVIII-XIX века). Детское здравоохранение на ранних этапах этого периода характеризуется различными организационными формами, ограничиваясь оказанием медицинской помощи армии и флоту (1715-1717 гг.). Медицинское обслуживание гражданского, в том числе и детского населения, было возложено на монастыри и церкви, пожертвования которых шли на строительство приютов и богаделен. Под влиянием идей просвещенного царизма, наряду с другими воспитательными учреждениями, И.И. Бецкой учреждает Воспитательный дом (1771 г.) с родильным домом при нем. Возникновение отделений для больных детей в воспитательных домах, было обусловлено высокой заболеваемостью и смертностью детей. Все эти учреждения, в последствии, объединяются в особое ведомство (1797 г.), в состав которого входит Повивальный институт для подготовки повивальных бабок и Мариинская больница (1803 г.) для бедных. Стоит отметить, что детских больниц и отделений не было, а медицинская помощь детям оказывалась в амбулаториях для взрослых. Госпитальные школы и медико-хирургические училища впоследствии преобразовались в Медико-хирургическую академию (1798 г.), в которой в 1806 году открыли детское отделение, имеющее одну палату и закрытую спустя три года президентом академии Виллие, считавшим оказание акушерской и педиатрической помощи излишней [8, 80, 82].

В конце 20-х годов, под Петербургом, была осуществлена попытка организации специализированного лечебно-профилактического учреждения для детей больных рахитом. Первая больница для детей (на 100 коек) была открыта на благотворительные средства в Петербурге (1834 г.), а в 1842 году в Москве.

Следует отметить, что медицинскую помощь оказывали только детям старше трех лет, основываясь на зарубежном опыте избегания госпитализации младенцев и новорожденных вследствие высокой смертности таких пациентов. Связано это было в первую очередь с недостатком знаний по физиологии и патологии детей данной возрастной группы, а также с непониманием организации им стационарной помощи. Решением данной проблемы явилось открытие в Петербурге Клинической больницы для малолетних детей (1843 г.) куда принимались дети в возрасте от рождения до четырех лет. С 1848 года в больницу ежегодно госпитализировали порядка 300-400 детей, а среднее количество амбулаторных посещения составило 7 тысяч в год. С 1847 года, детская больница Московского Воспитательного дома, также начала госпитализировать детей грудного возраста. Стоит отметить, что в организации стационарной помощи Россия опередила зарубежные страны, однако неблагоприятно обстояли дела с содержанием вновь открытых больниц. К концу пятидесятых годов коечный фонд Москвы и Петербурга составил 240 коек, но вопрос оказания стационарной помощи в других городах и уездах оставался открытым. В связи с введением на медицинском факультете в терапевтической клинике профессора Захарьина курса детских болезней, были выделены две палаты для детей (Москва, 1866 г.). Детей с инфекционными заболеваниями размещали в проходные комнаты общепольничного здания, что бесспорно приводило к масштабному распространению внутрибольничной инфекции и тем самым увеличивало время пребывания детей на койках. Такая же проблема существовала и в амбулаториях при больницах, находящихся в очень тесных помещениях. При таком несовершенстве планировки в амбулаториях, занос и распространение инфекционных заболеваний в больницах был неизбежен [130, 164].

В 1869 году, в Петербурге, по разработанной программе К.А. Раухфуса, открылась новая детская больница. Впервые в отечественной практике больничного строительства был организован отдельный изоляционный корпус с четырьмя обособленными отделениями и обсервационным отделением. Пример такого проекта больницы, в полной форме Раухфус применил при строительстве Владимирской детской больницы в Москве. Вскоре, во всех детских больницах

городов были организованы изоляционные корпуса. Спустя десять лет, в Москве, была открыта Владимирская детская больница. 80-е годы охарактеризовались расширением Софийской детской больницы, организацией Ольгинской больницы в Москве (детская туберкулезная больница) и постройкой Хлудовской больницы для детской клиники медицинского факультета Московского университета.

В период с 1901 по 1905 гг. в Москве организуют крупную детскую Морозовскую больницу, а в 1910 году по инициативе Г.Н. Сперанского открыта больница для детей раннего возраста. В этом же году, при строительстве больниц вводят в эксплуатацию мельцеровские боксы для инфекционных больных и инфекционные отделения.

Вследствие того, что практически все больницы содержались из средств благотворительности, то они часто находились под угрозой закрытия. Лечение детей в больницах было платным, за исключением тех детей, чьи родители подтверждали свою бедность документально и освобождались от платы за лечение своего ребенка в больнице. Единственная больница, которая оказывала бесплатную медицинскую помощь детям, была Елизаветинская больница. В сентябре 1884 года состоялась передача больничного фонда того времени от Попечительного совета к городскому общественному управлению. Первые годы после передачи больниц в ведение Городского общественного управления ознаменовались значительным улучшением материально-технического оснащения больниц и, как следствие, повышением качества оказания педиатрической помощи. По мнению главного врача Елизаветинской больницы профессора В.Н. Рейтца, смертность среди госпитализированных детей была очень высокой. Рейтц объяснял высокую летальность крайне тяжелым состоянием здоровья поступающих детей (истощение, голодание, наличие хронических заболеваний). Недостаточность знаний об особенностях развития детского организма, нерациональная организация отделений для новорожденных детей и младенцев, низкая материальная обеспеченность, всё это обуславливало высокую заболеваемость и смертность среди детей. В начале XIX века вопросы охраны здоровья детей практически исчезают из практики общественной деятельности. Важный прорыв в развитии

педиатрии в этот период связан с деятельностью талантливого детского врача С.Ф. Хотовицкого. Хотовицкий был не только врачом практиком, преподавателем и известным ученым, но и ярким пропагандистом охраны здоровья детей. Конец своей жизни он посвятил важному и ценному труду по педиатрии - «Педиятрика», ставшим основой для существования педиатрии, как самостоятельной дисциплины, со своими целями и задачами.

Особенностью практической и научной деятельности С.Ф. Хотовицкого была неразрывная связь педиатрии, акушерства, гинекологии с вопросами общественного здравоохранения и «медицинской полицией» (гигиены).

В первой половине XIX века опубликовано огромное количество научных трудов, так А.И. Данилевский занимался вопросами дородовой охраны детства, новорожденными и недоношенными детьми; вопросами организации детского здравоохранения занимался Г. Тихомиров; вопросами профилактики заболеваний у детей занималась А. Соболева; крупными работами на педиатрические темы занимались А.И. Клементовский, А.Н. Никитин, В.А. Голицинский и многие другие педиатры Московской и Петербургской школ.

Важные преобразования, происходящие в политическом, экономическом и историческом развитии России, затронули организацию педиатрии и охраны материнства и детства, заложенные еще до 1917 года.

После окончания Октябрьской революции вопросы охраны материнства и детства стали предметом пристального внимания со стороны правительства, впервые забота о здоровье матерей и детей стала государственной задачей. В январе 1918 года В.И. Ленин подписал декрет об организации отдела, занимающегося проблемами охраны материнства и детства, а 17 мая 1919 года подписал декрет, согласно которому дети до 14 лет получали продукты питания за счет государства. Активное участие в деятельности этого отдела приняли участие ученые и известные врачи педиатры (В.И. Молчанов, А.А. Колтыпин, Г.М. Сперанский, А.Ф. Тур и многие другие). С 1920 года началась педагогическая работа по повышению квалификации врачей педиатров и подготовка сестер по уходу за новорожденными (здоровыми и больными детьми).

Первые годы становления Советской власти были особо напряженными и трудными для нашей страны. Основные усилия были направлены на борьбу с материнской и детской смертностью. В этой связи, большое развитие получили дома ребенка, детские ясли, родильные дома, детские и женские консультации, дома матери и ребенка.

В период с 1932 по 1933 гг. детские амбулатории, занимающиеся профилактической работой, были реорганизованы в лечебно-профилактические учреждения, а спустя два года сформированы в детские поликлиники. Реорганизованные медицинские учреждения не только меняли структуру оказания медицинской помощи, но и расширяли свои функциональные возможности.

В результате социально-экономического роста страны и развития лечебно-профилактических учреждений для женщин и детей, существенно улучшились показатели здоровья населения, а многие особо опасные инфекционные заболевания были ликвидированы полностью. Вместе с экономическим ростом страны развивалась и совершенствовалась система охраны материнства и детства, включая структуру педиатрической службы, основанных на принципах единства профилактической и лечебной работы (диспансерное наблюдение, санпросвет работа среди беременных, матерей и детей).

Великая Отечественная война (ВОВ) (1941-1945 гг.) внесла существенные коррективы в жизнь и судьбу советского народа, который отстаивал свою Родину в этой тяжелой борьбе. Война повлекла за собой не только снижение рождаемости, но и увеличение детской и младенческой смертности. Несмотря на предпосылки к росту и распространению инфекционных заболеваний, педиатрическая служба смогла не допустить масштабных эпидемических катастроф.

После окончания ВОВ произошли существенные изменения структуры и деятельности педиатрических учреждений. Ведущим методом работы таких учреждений стала диспансеризация детей, с целью выявления и профилактики ранних форм заболеваний. По сравнению с началом ВОВ практически в 2,5 раза была расширена сеть медицинских учреждений для детей. Врачи и средний медицинский персонал в послевоенный период работали по принципу

участковости, это значит, что район обслуживания поликлиники или консультации, согласно численности населения, делился на территориальные участки. Участковый педиатр не только оказывал медицинскую помощь, но и осуществлял противоэпидемические и профилактические мероприятия.

В короткий срок была укреплена материально-техническая база и организована работа медицинских учреждений, основанная на научных достижениях в области педиатрии.

Совсем не простой была ситуация в постсоветской России, в этот период главной задачей являлось сохранение традиций и научных достижений отечественной педиатрии, приоритетным направлением которой было обеспечение детей высококвалифицированной медицинской помощью [179, 180].

В современных условиях, значительный вклад в формирование ресурса здоровья детского населения в реалиях современного общества вносит система оказания педиатрической помощи [199, 202, 204, 205, 210].

## **1.2 Организация трехуровневой системы оказания педиатрической помощи**

Здоровье детей является важным фундаментом экономического, стратегического и эффективного развития общества [13, 20, 25, 30, 52, 65, 72, 77]. Демографическая ситуация и трансформация в области политического уклада России, повлиявшие на уровень здоровья детского и взрослого населения, а также негативные сдвиги в состоянии системы здравоохранения, потребовали совершенно новых преобразований и реформ в этой области [159, 182, 183, 208, 209]. Сохраняя большинство актуальных и заложенных еще советских традиций оказания медицинской помощи, российская система здравоохранения все же претерпевает ряд существенных финансовых, организационных и управленческих изменений. Одним из этапов реализации этих изменений является разработка трехуровневой системы оказания педиатрической помощи, которая предполагает расширение и внедрение специализированной помощи на амбулаторно-поликлиническом этапе, стационарном этапе, а также применение

высокотехнологичной помощи и цифровых технологий. Использование такой системы позволяет применять существующий арсенал здравоохранения на каждом из этапов медицинской, профилактической и реабилитационно-восстановительной помощи детям [73, 165, 170, 176, 198, 199].

Для совершенствования доступности, эффективной маршрутизации и преемственности оказания медицинской помощи детям, включая детей первого года жизни, ведется совершенствование трехуровневой системы организации педиатрической помощи, позволяющей правильно распределить кадровые и материально-технические ресурсы, использовать единые алгоритмы лечения и современные медицинские технологии [31, 151, 152, 202, 204, 205, 210]. Трехуровневая система оказания педиатрической помощи представлена на рисунке 1.1.



Рисунок 1.1 - Трехуровневая система оказания педиатрической помощи

I уровень педиатрической помощи включает оказание первичной медико-санитарной (доврачебной, врачебной, специализированной) и стационарной помощи в медицинских организациях с учетом потребности в ней детей, а также с учетом трендов социально-демографических показателей, характеризующих

ресурс здоровья детского населения (амбулаторный и стационарный этапы). Стоит отметить, что оказание медицинских услуг, включая специализированную педиатрическую помощь, упорядочивается приказом Минздрава (МЗ) Российской Федерации (РФ) от 22.01.2001 №12 «О введении в действие отраслевого стандарта «Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении» [114, 115, 116, 137]. Современное реформирование системы здравоохранения неразрывно связано с активным внедрением в медицинскую практику электронного документооборота, что подтверждено приказом Минздрава России от 07.09.2020 № 947н «Порядок организации системы документооборота в сфере охраны здоровья в части ведения медицинской документации в форме электронных документов» [117, 122, 127, 148, 181]. Вне зависимости от вида медицинской деятельности оформление медицинской документации осуществляется согласно требованиям соответствующих положений или порядков организации педиатрической помощи [49, 50, 51].

Так, например, организация оказания первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) упорядочивается приказом МЗ РФ от 07.03.2018 № 92н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям» [73, 147, 165, 170, 176, 198]. Оказание ПМСП осуществляется в соответствии с местом проживания ребенка, принимая во внимание принцип участковости и доступности, заложенные в послевоенный период. Распределение детей по участкам возложено на руководителей подразделений, учитывая численность обслуживаемого населения, штата медицинских работников и материально-технического оснащения медицинского учреждения. В случае отсутствия специализированных учреждений в малонаселенных регионах РФ, организация оказания ПМСП для детского населения осуществляется врачами общей практики или семейным врачом, а при невозможности оказать педиатрическую помощь по месту проживания, организация ПМСП возлагается на мобильные бригады, согласно приказу МЗ РФ от 15 мая 2012 г. N 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» [2, 3, 22, 44, 91, 129, 138].

В ходе реализации и в соответствии с Федеральным законом (ФЗ) от 21 ноября 2011 г. N323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» местные органы самоуправления обеспечивают доступность оказания педиатрической помощи [177]. Принцип доступности оказания медицинской помощи детям в необходимом объеме и без начисления платы за медицинскую услугу подтвержден Программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи [84, 95, 112, 113, 177].

Для рациональной маршрутизации, планирования, размещения и кадрового обеспечения, все медицинские организации (МО) распределены по трем уровням. МО I уровня – оказывают ПСМП, паллиативную, скорую и специализированную медицинскую помощь детскому населению преимущественно своего муниципального округа [39, 45, 57].

Как правило, на первом году жизни, оказание ПМСП детям, осуществляется на базе районной поликлиники, а при необходимости получения специализированной помощи маршрутизируются к врачу специалисту. Специализированная педиатрическая помощь (при заболеваниях или патологических процессах, требующих специальных методов диагностики и лечения) оказывается педиатрами узких специальностей трехуровневой системы здравоохранения [58, 62, 79, 155, 156, 174, 184].

На этом же уровне оказания педиатрической помощи, дети данной возрастной группы посещают врачей узких специальностей при диспансеризации или диспансерном учете. Алгоритм диспансерного наблюдения детей первого года жизни регламентирован Приказом МЗ России от 10.08.2017 № 514Н «О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетним» [143]. Специализированная педиатрическая помощь на стационарном этапе, оказывается на базах муниципальных детских больниц (ДБ), центральных районных больниц (ЦРБ), районных детских больниц, педиатрических отделений районных больниц и ЦРБ [37, 55, 59, 78, 190, 213].

II уровень педиатрической медицинской помощи включает оказание специализированной амбулаторной и стационарной медицинской помощи детям в

межмуниципальных лечебно-диагностических отделениях и центрах (амбулаторный и стационарный этапы) и устанавливается приказом Минздрава России от 02.12.2014 № 796н (ред. от 27.08.2015) «Об утверждении Положения об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи» [141]. Медицинскими учреждениями амбулаторного этапа являются консультативно-диагностические центры (КДЦ) или консультативно-диагностические отделения, где оказание медицинской помощи осуществляется, как в рамках обязательного медицинского страхования (ОМС), так и из личных средств родителей [114, 115, 116, 117, 122, 127, 181]. Медицинские учреждения данного типа оснащены высокотехнологичным оборудованием для эффективной диагностики, лечения, а также восстановительной медицины. В случае оказания детям экстренной медицинской помощи, а также при госпитализации ребенка в стационар, вне зависимости от уровня, скорая/неотложная медицинская помощь упорядочивается приказами МЗ России от 20.06.2013 №388н (ред. от 21.02.2020) «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи» и приказом Минздравсоцразвития РФ от 02.12.2009 №942 с редакцией от 15.09.2020 «Об утверждении статистического инструментария станции (отделения), больницы скорой медицинской помощи» [139, 144].

МО II уровня – оказывают преимущественно специализированную педиатрическую помощь (КДЦ - амбулаторный этап; стационар II уровня-стационарный этап), повышая доступность медицинской помощи детскому населению [83, 98].

Пациенты, нуждающиеся в оказании паллиативной помощи, маршрутизируются в специализированные стационары или хосписы, работа которых координируется приказом МЗ России №345н, Минтруда России №372н от 31.05.2019 «Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных

объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья» [142].

III уровень педиатрической медицинской помощи организуется в специализированных МО (центрах) с применением высоких медицинских технологий (амбулаторный и стационарный этапы) и регулируется приказом МЗ РФ от 2 декабря 2014 г. №796н «Об утверждении Положения об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи» (с изменениями и дополнениями) [60, 66, 67, 69, 74, 141]. МО III уровня – оказывают специализированную педиатрическую помощь с использованием высоких медицинских технологий (ВМТ): КДЦ, диспансеры - амбулаторный этап; детские областные (краевые, республиканские) больницы, научно-клинические центры РАМН, НИИ МЗ, перинатальные центры, клиники ВУЗов и др.- стационарный этап) [149, 157, 197, 206, 207].

### **1.3 Телемедицинские технологии в педиатрии, как важнейший инструмент оказания специализированной помощи**

Ресурс здоровья детского населения является приоритетным направлением государственной политики. Пристальное внимание государства к проблемам сохранения и укрепления потенциала детского здоровья отражено в Указе Президента РФ, согласно которому период 2018–2027 гг. объявлен: «Десятилетием детства» в России. Реализация Национальных программ по совершенствованию оказания педиатрической медицинской помощи неразрывно связана с модернизацией здравоохранения, включая активное внедрение цифровых технологий [49, 50, 51].

Лидирующее место среди современных цифровых разработок принадлежит телемедицинским технологиям (ТМТ) с применением в практике телемедицинской консультации врач-врач. ТМТ являются способом решения вопросов, связанных с уточнением диагноза и лечения пациента, а также целесообразности маршрутизации пациента в медицинские (специализированные) организации II

уровня или медицинской эвакуации согласно приказу МЗ России от 30.11.2017 №965н «Об утверждении Порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий» [42, 56, 76, 86, 109, 145]. Возможность предоставления консультации в режиме реального времени позволяет проводить не только плановые, но и экстренные телемедицинские консультации (ТМК), что особенно важно в безотлагательном случае. ТМК с участием высококвалифицированных специалистов в области педиатрии и неонатологии стремительно занимают достойное место в системе медицинского обслуживания детского населения [29, 33, 41, 167].

Новая коронавирусная инфекция (COVID-19) внесла существенные коррективы в повседневный уклад привычного образа жизни населения всей страны, в том числе существенным образом изменила организацию оказания медицинской помощи, включая предоставления медицинских услуг детям первого года жизни [29, 35, 56, 58]. Согласно научным исследованиям и данным официальной статистики, большинство детей переносили COVID-19 в легкой или бессимптомной форме и лишь у 0,2% пациентов наблюдалось тяжелое течение заболевания. Достоверно известно, что среднетяжелая и тяжелая форма течения данной инфекции наблюдалась у детей первого года жизни [67, 69, 84, 89, 110, 113, 156, 157].

Карантинные ограничения, введенные для снижения распространения COVID-19, не давали возможность получить педиатрическую помощь в плановом порядке. В этом случае, ТМК позволили эффективно реализовать связь между региональными и федеральными МО для получения высокотехнологичной и специализированной медицинской помощи без очной консультации [182, 183, 186, 187, 188, 201].

#### **1.4 Основные проблемы организации специализированной педиатрической помощи**

Младенчество - период развития ребенка, влияющий на формирования потенциала его здоровья в будущем. По мнению ряда авторов, рост заболеваемости

детей на первом году жизни формирует когорту часто болеющих детей, а также детей с хроническими заболеваниями, относящихся к III, IV и V группе здоровья [71, 94, 104, 133, 150, 158, 161, 162, 182].

По данным статистического анализа, как один из важных интегральных показателей, здоровье детской популяции зависит от медицинских, генетических, социально-политических и экономических, а также ряда поведенческих факторов [46, 75, 175].

Совершенствование специализированной помощи детям, напрямую коррелирует с эффективной организацией трехуровневой системы родовспоможения, включая медико-профилактическую работу, направленную на сохранение и укрепление репродуктивного здоровья будущих родителей [87, 110, 111, 120, 121, 136].

Отягощенный акушерский анамнез, наличие хронических заболеваний, вредных привычек, профессиональных вредностей и многие другие негативные факторы влияют на течение и исход беременности. Несовершенство профилактической и лечебной работы на амбулаторном этапе, включая прегравидарную подготовку, а также специализированной перинатальной помощи, оказывает негативное влияние на медико-демографические показатели [100, 107, 171]. Отсутствие преемственности женских консультаций и детских поликлиник, а также ДПО и стационаров, является существенной преградой для совершенствования организации педиатрической помощи. Эффективная организация медицинской помощи беременным женщинам и роженицам, позволит реализовать превентивные мероприятия, направленные на комплексный подход к контролю за состоянием здоровья детей. Один из этапов такого подхода заключается в антенатальной охране плода, реализуемый в условиях амбулаторно-поликлинического звена при проведении дородовых патронажей [14, 53, 61, 96, 108].

Стоит отметить, что усовершенствование перинатальных технологий и технологий выхаживания недоношенных детей, имеющих отклонения в физическом развитии (низкая, очень низкая и экстремально низкая масса при

рождении) положительно влияет на увеличение степени живорождаемости и выживаемости [15, 88, 92, 97, 99, 121, 136, 175, 189]. Однако, рост удельного веса детей с данными антропометрическими показателями, в динамике первого года жизни, оказывает негативное влияние на показатели, характеризующие состояния здоровья детей. Оценка показателей физического развития и заболеваемости позволяет судить об эффективности оказания специализированной педиатрической помощи. Анализ уровня здоровья детского населения в Российской Федерации позволяет проследивать неблагоприятную динамику в структуре заболеваемости детей данной возрастной группы. Высокий уровень заболеваемости и значительные отклонения в массе тела при рождении, являются предпосылкой для реализации медико-организационных программ, направленных на повышение доступности и качества специализированной медицинской помощи детям [4, 21, 27, 43, 92, 102, 103, 131].

Рассматривая проблемы оказания медицинской помощи в условиях трехуровневой системы детского здравоохранения, следует отметить несовершенство организации первичной специализированной помощи. В своем исследовании, Абдурашидова П.Б. отмечает низкую доступность медицинской помощи детям сельской местности. Учитывая негативные тенденции в состоянии здоровья детей, особенно актуальным является обеспечения детского населения специализированной помощью на догоспитальном этапе [1].

Ряд авторов указывают на разнородный уровень финансирования и управления системой здравоохранения во многих регионах России, не позволяющий нивелировать негативные тенденции в состоянии здоровья детей первого года жизни. Перед органами управления и организаторами здравоохранения стоит важная задача обеспечить такие регионы необходимой материально-технической базой, а также обеспечить медицинские организации необходимым штатом сотрудников. В своей научной работе, Неволин Ю.С. характеризует существующие проблемы медико-организационного и медико-информационного характера [114, 153, 160].

Последние годы характеризуются активным внедрением высоких медицинских технологий в систему детского здравоохранения, однако в современных экономических условиях, возможность такого материально-технического оснащения реализуема лишь в стационарах III уровня.

Недостаточное финансирование, ресурсное обеспечение и кадровый дефицит, приводит к несоответствию организации и доступности специализированной педиатрической помощи в зависимости от уровня стационара [12, 34, 163, 193, 194, 203, 212].

В современных условиях организации педиатрической помощи, следует отметить и реализацию Национальных программ. По мнению Тимофеева А.Л., следует выстраивать приоритетные области, с учетом изменений в состоянии здоровья детского населения, а также использовать методологические приемы в соответствии с целями и задачами медико-профилактического исследования [40, 47, 70, 101, 169, 178].

Младенчество, без сомнения, является периодом активного роста и развития ребенка. Любые отрицательные эндогенные и экзогенные факторы могут изменить течение этого отрезка жизни. Динамическое наблюдение педиатров за состоянием здоровья детей, профилактические медицинские осмотры и диспансерный учет, позволяют выявить негативные факторы и существенным образом повлиять на уровень заболеваемости. Однако, при состояниях, требующих оказания круглосуточной специализированной медицинской помощи, ребенок нуждается в госпитализации в стационар, где он в соответствии со своим заболеванием получает весь необходимый объем высококвалифицированной помощи [81, 89, 90, 93, 105, 128, 159, 182, 183, 208, 209].

Изученные литературные данные об организации педиатрической помощи позволили сделать заключение о необходимости совершенствования специализированной медицинской помощи детям первого года жизни, что и предопределило научный интерес нашей работы.

## Глава 2 МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Диссертационное исследование выполнено на кафедре общественного здоровья и здравоохранения федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России) в соответствии с планом комплексной научно-исследовательской работы по теме «Медико-социальные и организационные проблемы общественного здравоохранения Северо-Запада» (госрегистрация № АААА-А16-116031710019).

### 2.1 База исследования

Настоящее исследование проводилось в городе федерального значения Санкт-Петербурге (СПб), представляющем собой отдельный субъект РФ, который входит в состав Северо-Западного федерального округа (СЗФО). Административно-территориальное деление города представлено 18 муниципальными районами. Данный мегаполис является вторым по численности населения городом в стране, где численность детей до года в 2018 году составила 64023 человек, в 2019 году – 58870, в 2020 году – 55350, в 2021 году – 53347, в 2022 году – 50437. Снижение за пять лет составило 21,2%.

Стационарная помощь детскому населению СПб оказывалась в учреждениях здравоохранения в 13 городских и 12 федеральных медицинских организациях (таблицы 2.1 и 2.2). По состоянию на 01.01.2023 в мегаполисе развернуты 5169 коек для детей, из них в стационарах городского подчинения — 3327 (64,0%) коек. Городской коечный фонд включает: 2 детских многопрофильных клинических центра высоких медицинских технологий, 5 многопрофильных детских городских больниц, 1 детский хоспис, 1 детскую инфекционную больницу, 3 детских отделения в структуре многопрофильных стационаров города. Федеральный коечный фонд составляет 1842 (35,6%) коек.

Таблица 2.1 - Показатели использования коечного фонда в детских стационарах Санкт-Петербурга в 2022 году

	Название медицинской организации	Работа койки	Средняя длительность	Оборот койки	Простой койки
1	2	3	4	5	6
Комитет здравоохранения	СПб ГБУЗ «Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий» (ДГМКСЦВМТ)	406,91	5,09	79,95	-0,52
	СПб ГБУЗ «Детская городская больница №2 Святой Марии Магдалины» (ДБ)	446,61	9,86	45,3	-1,8
	СПб ГБУЗ «Детская инфекционная больница» №3 (ДИБ)	187,82	6,1	30,78	5,75
	СПб ГБУЗ «ДБ Святой Ольги» №4	280,09	7,37	38	2,23
	СПб ГБУЗ «Детская городская клиническая больница №5 им. Н.Ф. Филатова» (ДГКБ)	273,25	6,27	43,56	2,1
	СПб ГБУЗ «Детская городская больница № 17» (ДГБ)	341,55	24,92	13,7	1,71
	СПб ГБУЗ «ДГБ №19 им. К.А. Раухфуса»	331,99	5,46	60,78	0,54
	СПб ГБУЗ «ДГБ №22»	282,32	7,82	36,1	2,29
	Детское отделение СПб ГБУЗ «ГБ №36»	68,6	18,38	3,73	79,46
	Детское отделение СПб ГБУЗ «ГБ №40»	394,9	23,74	16,63	-1,79
	Детское отделение СПб ГБУЗ «Клиническая инфекционная больница им. С.П. Боткина» (КИБ)	96,85	8,22	11,78	22,76
	ГКУЗ ЛО «ДПБ» №9	297,66	42,99	6,92	9,73
	СПб ГБУЗ «Онкологический центр им. Напалкова	263,81	10,85	24,31	4,16
	СПб ГБУЗ «Городской перинатальный центр № 1» (ПЦ)	141,14	6,0	23,54	9,5
	СПб ГАУЗ «Хоспис детский»	355,85	34,46	10,33	0,88
Минздрав РФ	СПб Научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи Минздрава РФ (НИИ)	209,02	6,1	34,27	4,55
	ФГАУ «Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России (МНТК)	411,33	3,98	103,33	-0,44

Продолжение таблицы 2.1

1	2	3	4	5	6
	ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр детской травматологии и ортопедии им. Г.И. Турнера» Минздрава РФ (НМИЦ ДТиО)	232,54	11,34	20,5	6,46
	Детское отделение ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России	288,46	14,24	20,26	3,77
	ФГБУ «СПб НИИ фтизиатрии» Минздрава России	386,88	6,52	23,43	-0,93
	ФГБУ НМИЦ им. В.М. Бехтерева	281,08	28,33	9,92	8,45
	ФГБУ «НМИЦ центр им. В. А. Алмазова» Минздрава России	277,46	11,28	24,6	8,82
	ФГБНУ «НИИ акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта»	172,1	12,03	14,3	13,48
	ФГБУ «Научно-клинический центр инфекционных болезней» ФМБА России (НКЦИБ)	281,35	17,46	16,12	5,18
	Детская клиника Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова (СПбГМУ)	285,87	12,73	22,45	3,52
	ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (СПбГПМУ)	354,02	8,11	43,66	0,25

Таблица 2.2 - Работа педиатрических, в том числе специализированных, коек Санкт-Петербурга в 2022 году

	Название медицинской организации	Пользованные всего	Проведено койко-дни	Умерло всего	Летальность
1	2	3	4	5	6
Комитет здравоохранения СПб	СПб ГБУЗ «ДГМКСЦВМТ»	47729	242925	100	0,21
	СПб ГБУЗ «ДГБ №2 Святой Марии Магдалины»	16216,5	159888	5	0,03
	СПб ГБУЗ «ДИБ» №3	5694,5	34746	0	0
	СПб ГБУЗ «ДБ Святой Ольги» № 4	11286,5	83187	3	0,03
	СПб ГБУЗ «ДГКБ №5 им. Н.Ф. Филатова»	26225,5	164494	25	0,1
	СПб ГБУЗ «ДГБ № 17»	1644,5	40986	1	0,06
	СПб ГБУЗ «ДГБ №19 им. К.А. Раухфуса»	21879	119515	17	0,08
	СПб ГБУЗ «ДГБ №22»	10939,5	85543	5	0,05
	Детское отделение СПб ГБУЗ «ГБ № 36»	56	1029	0	0
	Детское отделение СПб ГБУЗ «ГБ №40»	1364	32382	0	0

Продолжение таблицы 2.2

1	2	3	4	5	6
Минздрав РФ	Детское отделение СПб ГБУЗ «КИБ им. С.П. Боткина»	542	4455	0	0
	ГКУЗ ЛО «ДПБ» №9	1938,5	83345	0	0
	СПб ГБУЗ «Онкологический центр им. Напалкова»	778	8442	1	0,13
	СПб ГБУЗ «Городской перинатальный центр № 1»	659	3952	0	0
	СПб ГАУЗ «Хоспис детский»	268,5	9252	18	6,7
	СПб НИИ уха, горла, носа и речи Минздрава РФ	2879	17558	0	0
	ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России	310	1234	0	0
	ФГБУ «НМИЦ ДТиО им. Г.И.Турнера» Минздрава России	7646,5	86737	1	0,01
	Детское отделение ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России	709	10096	4	0,56
	ФГБУ «СПб НИИФ» Минздрава России	1874	30950	1	0,05
	ФГБУ НМИЦ ПН им.В.М. Бехтерева	496	14054	0	0
	ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России	7577	85457	36	0,48
	ФГБНУ «НИИ АГиР им.Д.О.Отта»	143	1721	0	0
	ФГБУ ДНКЦИБ ФМБА России	886,5	15474	0	0
	ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова	2335	29730	3	0,13
ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России	33925,5	275076	63	0,19	

В мегаполисе, с учетом неблагоприятной эпидемиологической обстановки, связанной с новой коронавирусной инфекцией, в 2020 году в СПб ГБУЗ «Детская городская клиническая больница №5 им. Н. Ф. Филатова» и в ФГБОУ ВО «СПб ГПМУ» Минздрава России были развернуты койки для оказания круглосуточной специализированной экстренной и неотложной медицинской помощи детям с коронавирусной инфекцией. Кроме того, в 2022 году также были задействованы койки СПб ГБУЗ «Детская городская больница Святой Ольги», СПб ГБУЗ «Детская городская больница № 22», детского инфекционного отделения СПб ГБУЗ «Клиническая инфекционная больница им. С.П. Боткина».

Первичную специализированную помощь дети первого года жизни получают в 106 медицинских организациях, из которых 18 - городские детские поликлиники и 56 - детские поликлинические отделения (ДПО).

Базами настоящего исследования для оценки специализированной помощи в амбулаторных и стационарных условиях стали медицинские организации города, СПб ГБУЗ «Городская поликлиника №19» Детское поликлиническое отделение №43 (ДПО), СПб ГБУЗ «Городская поликлиника №3» Детское поликлиническое отделение №5, СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 44» Детское поликлиническое отделение № 41 (первый уровень), консультативно-диагностический центр СПбГПМУ (КДЦ) (второй уровень), детский многопрофильный стационар СПбГПМУ (третий уровень), центр телемедицинских технологий СПбГПМУ (третий уровень).

## **2.2 Программа исследования**

Предметом исследования стала оценка организации специализированной медицинской помощи детям первого года жизни.

Объект исследования – дети первого года жизни, получающие специализированную медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях, проживающие в мегаполисе.

Единица наблюдения – ребенок первого года жизни.

Исследование включало 4 этапа.

На первом этапе была сформирована цель исследования, задачи исследования, разработан дизайн исследования, выбраны инструменты исследования и определены критерии отбора детей, была проведена нормативно-правовая оценка действующей системы организации специализированной медицинской помощи детям первого года жизни. Для изучения состояния проблемы были изучены источники отечественной и зарубежной литературы по вопросам организации специализированной помощи детям данного возраста.

На втором этапе проведено интервьюирование (очный опрос) матерей, выкопировка данных из медицинской документации и данных официальной статистики.

На третьем этапе было изучено состояние здоровья детей первого года жизни; проанализирована доступность им медицинской помощи; проведена объективная и субъективная оценка организации специализированной помощи в амбулаторных и стационарных условиях; осуществлен статистический анализ полученных результатов и их визуализация.

На четвертом этапе на основании обобщения полученных сведений и результатов исследования были разработаны практические рекомендации медико-организационного характера, направленные на улучшение организации специализированной медицинской помощи детям первого года жизни на амбулаторном и стационарном этапах.

В работе использовались статистические материалы Федеральной службы государственной статистики (Росстат), статистические сборники ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России (ЦНИИОИЗ), данные медицинской информационной системы «Ариадна» (МИС «Ариадна»), формы федерального статистического наблюдения (ф. ФСН) [183, 184, 185, 186, 187, 219, 220, 221, 222]. Общее число единиц информации в проведенном исследовании составило 16297. Цель исследования: на основании оценки состояния организации специализированной медицинской помощи детям первого года жизни в условиях трехуровневой системы ее оказания, разработать и научно обосновать комплекс мероприятий, направленных на ее улучшение. Программа исследования в соответствии с целью и задачами представлена в таблице 2.3.

Таблица 2.3 - Программа исследования

№	Задачи исследования	Методы исследования	Учетные документы и объем наблюдений
1	2	3	4
1.	Оценить состояние здоровья и доступность специализированной медицинской помощи детям первого года жизни в мегаполисе	Эпидемиологический, статистический, ретроспективный анализ, аналитический	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Статистические материалы Росстата «Демография»; N=5</li> <li>- Статистические сборники «Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации» в 2018–2022 гг.; N=5</li> <li>- Статистические сборники «Ресурсы медицинских организаций. Медицинские кадры» в 2018–2022 гг.; N=5</li> <li>- ф. 12 ФСН «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации» 2018–2022 гг. сводная по России и СПб; N=10</li> <li>- ф. 32 ФСН «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам» 2018–2022 гг. сводная по России и СПб; N=10</li> </ul>
2.	Оценить организацию специализированной медицинской помощи детям до года на амбулаторном этапе	Эпидемиологический, статистический, ретроспективный анализ, социологической, аналитический	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Выкопировка из МИС «Ариадна» КДЦ за 2020-2022 гг.; N=6599</li> <li>- Выкопировка из «История развития ребенка» (ф. 112/у); N=1870</li> <li>- «Анкета матери ребенка первого года жизни (ДПО)»; N=1381</li> <li>- «Анкета матери первого года жизни (КДЦ)»; N=317</li> </ul>
3	Оценить использование телемедицинских технологий как важную составляющую в лечении и диагностике заболеваний у детей первого года жизни.	Статистический, аналитический	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Выкопировка из МИС «Ариадна» по телемедицинским консультациям за 2020-2022 гг.; N=997</li> </ul>

Продолжение таблицы 2.3

1	2	3	4
4.	Изучить организацию специализированной медицинской помощи в стационарных условиях детям до года в зависимости от уровня педиатрического стационара	Статистический, социологический, аналитический	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Выкопировка из МИС «Ариадна» стационар за 2020-2022 гг.; N=3371</li> <li>- «Анкета матери ребенка, получавшего медицинскую помощь в условиях стационара на первом году жизни»; N=459</li> <li>- Выкопировка данных из выписных эпикризов стационаров; N= 3128</li> </ul>
5.	Разработать мероприятия медико-организационного характера, направленные на улучшение организации специализированной медицинской помощи детям первого года жизни на амбулаторном и стационарном этапах	Аналитический	- Материалы и результаты проведенного исследования.

Данное исследование проводилось по специальной программе, теоретической и методологической основой которой стали работы ученых в области общественного здоровья и организации здравоохранения, неонатологии и педиатрии, а также нормативно-правовые документы. В соответствии с *первой поставленной задачей* были изучены показатели здоровья детей до года. С этой целью была проведена оценка медико-демографических показателей - рождаемости и младенческой смертности, рассчитаны и проанализированы частота рождения детей с отклонением в массе тела при рождении, заболеваемость новорождённых и детей первого года жизни. Для оценки доступности специализированной медицинской помощи были проанализированы показатели обеспеченности врачами и педиатрическими койками (включая

специализированные). Согласно Номенклатуре должностей медицинских и фармацевтических работников, представленной в Приказе МЗ РФ от 2 мая 2023 г. №205н «Об утверждении номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников» [149], большинство врачей специалистов не имеют отдельно детской специализации и обслуживают все население. Специализацию по обслуживанию только детского населения имеют: врач-детский кардиолог; врач-детский онколог; врач-детский онколог-гематолог; врач-детский уролог-андролог; врач-детский хирург; врач-детский эндокринолог; врач-неонатолог; врач-педиатр; врач-педиатр участковый; врач-психиатр детский. Исходя из данного нормативно-правового акта специализированную помощь в амбулаторных и стационарных условиях оказывают все вышеперечисленные, кроме педиатра участковой службы, что и было использовано в исследовании.

Для выполнения *второй задачи* исследования на основании выкопировки из медицинской документации 112/у и МИС «Ариадна» КДЦ, проведена объективная оценка организации специализированной медицинской помощи детям до года на амбулаторном этапе. Субъективная оценка первичной специализированной помощи в ДПО и КДЦ осуществлялась методом случайной выборки на основании анонимного анкетирования родителей детей первого года жизни. Оценка организации первичной специализированной помощи в ДПО проводилась при помощи офлайн опроса в ДПО, онлайн опроса в социальных сетях и на форумах родителей (гугл форма), в КДЦ – с помощью интервьюирования (очной социологический опрос).

В оценке первичной специализированной помощи в ДПО приняли участие 1381 респондент. По онлайн форме «Анкета матери ребенка первого года жизни (ДПО)» был проведен анонимный web-опрос 1122 матерей детей первого года жизни, получавших медицинскую помощь в ДПО мегаполиса в 2022 году. В ДПО было опрошено 259 матерей. В КДЦ по форме «Анкета матери ребенка первого года жизни (КДЦ)» осуществлено анкетирование 317 матерей. Согласием на участие в исследовании служило заполнение анкеты. Анкета включала в себя 33 закрытых и открытых вопроса и была поделена на две части (приложение 1 и 2). 1-

ая часть опросника содержала вопросы, позволяющие оценить медико-социальную характеристику семьи. Во второй части анкеты рассматривались вопросы, позволяющие оценить организацию специализированной помощи в амбулаторных исследованиях.

В комплексных медико-социальных исследованиях можно применять уже заранее рассчитанное примерное необходимое число наблюдений, в зависимости от желаемой точности в результатах исследований (Отдельнова К.А., 1980) [131]. Для проведения настоящего исследования был взят объем выборки, соответствующий исследованиям средней точности с доверительным коэффициентом, равным 2, что соответствует вероятности 0,954. Исходя из приведенных данных, при выбранной точности объем исследования должен быть не менее 100 единиц наблюдения, что соблюдено в данном исследовании. Репрезентативность выборок проверена с помощью методики проф. А.М. Меркова (формула 1):

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

где  $\Delta$  – мера точности;

$t$  – доверительный коэффициент (в настоящем исследовании мы взяли  $t = 2$ , что соответствует вероятности 0,954);  $N$  – генеральная совокупность: в ДПО - число детей первого года жизни в мегаполисе в 2022 году (50437), в КДЦ – число пациентов первого года жизни, получавших медицинскую помощь;  $n$  – выборка в ДПО составила 1381 детей, в контрольной – 317 детей;  $\sigma^2$  – дисперсия выборочной совокупности (принимая, что  $\sigma^2 = 0,25$ , мы допускаем, что вычисленная величина средней ошибки будет максимальной, и гарантируем, что ее подлинные размеры не превысят исчисленных нами). Подставляя значения в формулу 1, получаем, что ошибка в исследовании не будет превышать 2,2% для ДПО и 4,0% для КДЦ, что допускается.

Для решения *третьей задачи* проведен статистический анализ данных из МИС «Ариадна» по телемедицинским консультациям за три года, проводимым в федеральном центре ТМТ. Была проведена выкопировка данных на 294 ребенка в 2020 году, на 324 ребенка в 2021 году и 379 детей в 2022 году (всего 997 детей).

Для решения *четвертой задачи* с помощью выкопировки данных из МИС «Ариадна» и выписных эпикризов из стационаров была проведена объективная оценка организации специализированной медицинской помощи в стационарных условиях. В исследовании проводилась оценка следующих показателей: структура госпитализированных пациентов по источникам финансирования лечения, характеру госпитализации и способам доставки в стационар и профилю отделений, средняя длительность пребывания больного на койке и частота госпитализации в зависимости от класса МКБ-Х. Для исследования в стационаре 2 уровня были отобраны 3371 ребенок: 1024 ребенка в 2020 г., 1093 детей – в 2021 г., 1011 детей – в 2022 г. Из всех детей первого года жизни 196 детей составили дети первого месяца жизни: 54 детей в 2020 году, 78 ребенка – в 2021 году, 64 детей – в 2022 году. Для исследования в стационаре 3 уровня были отобраны 3371 ребенок, из них: 1124 ребенка в 2020 г., 1119 детей – в 2021 г., 1128 детей – в 2022 г. Из всех детей первого года жизни 267 детей составили дети первого месяца жизни: 69 детей в 2020 году, 103 ребенка – в 2021 году, 95 детей – в 2022 году.

Субъективная оценка осуществлялась на основании анонимного web-опроса, проведенного случайным методом по специально разработанной онлайн форме «Анкета матери ребенка, получавшего медицинскую помощь в условиях стационара» (приложение 3). В исследовании приняли участие 459 матерей, дети которых были госпитализированы в стационары города на первом году жизни. Репрезентативность выборки было проверена по формуле 1. В качестве генеральной совокупности было взято число детей первого года жизни в мегаполисе в 2022 году, так как все они могли нуждаться в медицинской помощи в стационарных условиях. Ошибка в исследовании не будет превышать 3,0%, что допускается.

На основании проведенного в ходе исследовательской работы анкетирования была составлена медико-социальная характеристика семей детей первого года, участвовавших в исследовании (таблица 2.4). Установлено, что наиболее высокий средний возраст был у матерей в КДЦ, где доля женщин в возрасте 30-39 лет составила 55,3%. Несмотря на то, что наименьший средний возраст был у матерей в ДПО, где наибольшая часть матерей относились к возрасту 25-34 года (56,8%), в детском стационаре доля матерей этой возрастной группы составила 65,0%. Среднее число детей в семье в исследуемых группах было приблизительно одинаковым, однако в ДПО и детском стационаре было больше однодетных семей, чем у матерей в КДЦ (42,9% и 45,1% против 39,1%). По социальному положению в КДЦ и детском стационаре преобладали домохозяйки, доля которых составила 35,2% и 48,3% соответственно, а в ДПО – служащие (36,4%). Оценка распределения матерей по уровню образования показала, что наибольший удельный вес матерей в ДПО и КДЦ был представлен респондентками с высшим образованием, однако в КДЦ доля таких женщин была в 1,9 раза выше (36,3% против 68,3%). В детских стационарах наибольший удельный вес составили матери со средним специальным образованием (33,3%). При оценке материального положения выявлено, что большинство матерей считали, что живут средне и им хватает денег на нормальную жизнь. Удельный вес таких матерей был самый высокий в КДЦ (63,6%), а самый низкий - в ДПО (53,3%), где к тому же больше трети матерей полагали, что они живут ниже среднего и денег им хватает только на минимальные расходы (35,6%). Исследование показало, что большинство респонденток жили в зарегистрированном браке, однако удельный вес этих матерей был наибольший в ДПО и КДЦ (79,1% и 78,3% соответственно), а наименее высокий - среди матерей в детских стационарах (66,7%). В этой же группе наблюдался наибольший удельный вес женщин в гражданском браке (14,0%) и не состоявших в браке (9,7%).

Таблица 2.4 - Распределение матерей по медико-социальной характеристике, в зависимости от медицинской организации, в которой ребенок получал специализированную медицинскую помощь (в %)

Характеристика	ДПО	КДЦ	Детский стационар
<b>Возраст</b>			
До 20 лет	2,3	0,5	1,1
20-24 года	15,9	1,2	10,6
25-29 лет	29,5	16,9	33,0
30-34 года	27,3	29,2	32,0
35-39 лет	15,9	26,1	14,8
40-44 года	6,8	21,7	5,3
45 и более	2,3	4,3	3,2
Средний возраст	30,16±1,44	35,23±1,15	30,67±1,23
<b>Количество детей в семье</b>			
1	42,9	39,1	45,1
2	35,7	37,7	37,4
3	16,7	21,7	12,0
4	4,8	1,4	4,4
5 и более	-	-	1,1
	1,86±0,8	1,82±0,9	1,80±0,7
<b>Социальное положение</b>			
рабочая	15,9	18,7	19,4
служащая	36,4	26,7	23,7
предприниматель	6,8	13,0	5,4
домохозяйка	31,8	35,2	48,3
учащаяся (студентка)	6,8	4,3	3,2
прочие	2,3	2,1	-
<b>Образование</b>			
начальное	2,6	-	5,6
среднее	17,9	4,3	21,1
среднее специальное	30,3	18,7	33,3
неоконченное высшее	12,8	13,0	12,2
высшее	36,3	68,3	27,8
<b>Материальное положение</b>			
живу бедно	4,4	4,5	5,3
живу ниже среднего	35,6	9,1	12,8
живу средне	53,3	63,6	60,7
проблем с деньгами нет	6,7	22,7	20,2
считаю себя богатым человеком	-	-	1,0
<b>Семейное положение</b>			
в зарегистрированном браке	79,1	78,3	66,7
в гражданском браке	9,3	8,7	14,0
разведена	7,0	7,5	7,5
вдова	2,3	1,2	2,1
в браке не состою, не состояла	4,7	4,3	9,7

По результатам проведенного исследования для решения *пятой задачи* были разработаны мероприятия медико-организационного характера, направленные на улучшение организации специализированной медицинской помощи детям первого года жизни на амбулаторном и стационарном этапах.

В проведенном исследовании был использован комплекс методов и методик: The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions, выкопировки данных из медицинской документации, социологический (анкетирование, интервьюирование и web-опрос), графико-аналитический и квалиметрия. При формировании статистической совокупности использовались сплошной и выборочный методы. Данные описательной статистики отражены в виде количественных и качественных, экстенсивных и интенсивных показателей, средней арифметической взвешенной со стандартной ошибкой. Выбор критерия проверки значимости различий между анализируемыми статистическими показателями основывался на характере распределения данных. Степень соответствия эмпирического распределения нормальному распределению исследуемых выборок проводилась с использованием критерия Колмогорова-Смирнова (K-S): нормальное распределение, если  $p < 0,05$ ; распределение не считаем нормальным, если  $p > 0,05$ . При сравнении двух групп независимых выборок пользовался t-критерий Стьюдента или его непараметрический аналог ранговый U-критерий Манна-Уитни, в связанных выборках применялся W-критерий Уилкоксона (Wilcoxon signed-rank test).

Создание базы данных, обработка, анализ и визуализация результатов проводилось с использованием Microsoft Office Excel 2019 (Word, Excel). Статистический анализ осуществлялся с помощью StatSoft-Statistica 10.0.

## Глава 3 СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ И ДОСТУПНОСТЬ МЕДИЦИНКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

### 3.1 Мониторинг показателей здоровья детей первого года жизни

Негативные тенденции в демографической ситуации в России, наблюдающиеся в последние годы, в значительной степени обусловлены проблемами воспроизводства населения [4, 5]. СЗФО является регионом, в котором традиционно наблюдается низкая рождаемость. Оценка динамики рождаемости СЗФО выявила, что в период с 2018 по 2022 гг. уровень показателей был ниже среднероссийских значений и снизился на 16,7%. При этом, в более благополучном в этом отношении Санкт-Петербурге, уровень рождаемости упал значительно больше и в целом снижение составило 21,7% за пять лет. Динамика рождаемости в России, СЗФО и Санкт-Петербурге в 2018-2022 годы представлена на рисунке 3.1.

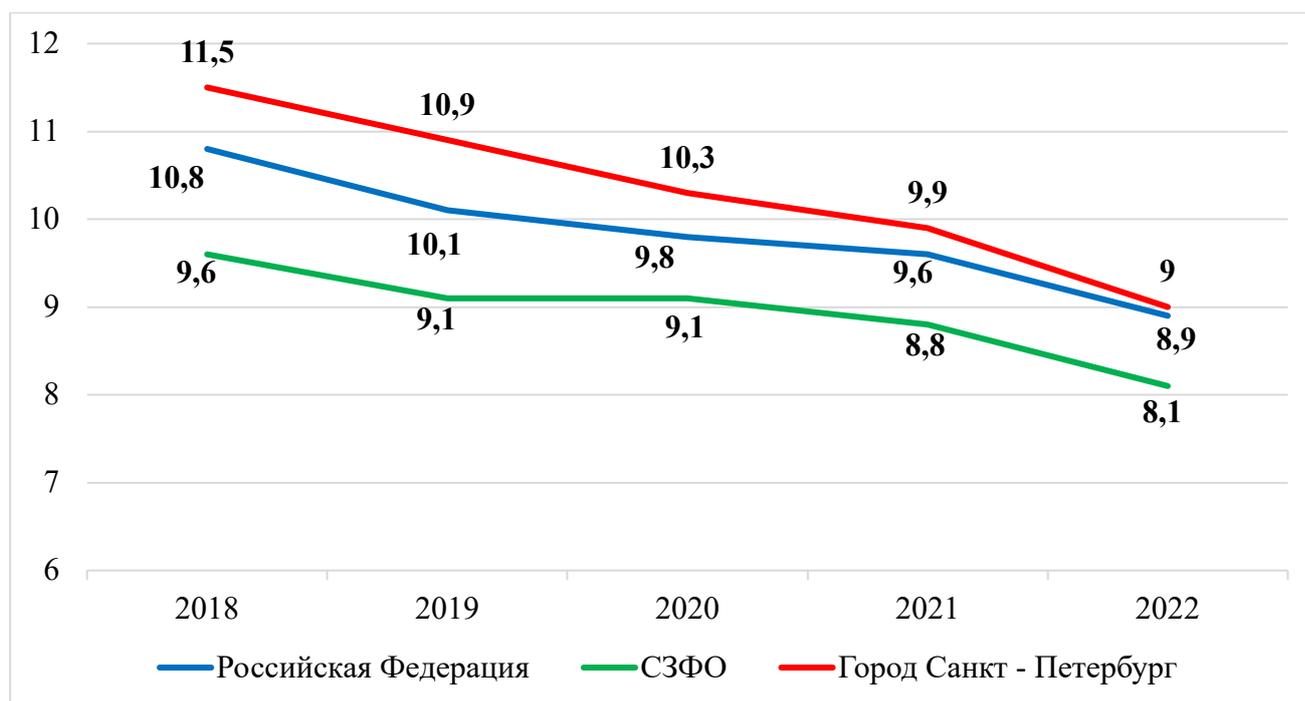


Рисунок 3.1 – Динамика рождаемости в России, СЗФО и Санкт-Петербурге в 2018-2022 годы (на 1000 населения)

Наибольший вклад в рождаемость округа вносит, входящий в его состав мегаполис. В СПб в 2022 году родилось 50437 детей [105, 111]. В условиях низкой рождаемости особенно важной становится борьба за жизнь и здоровье каждого

вновь рожденного ребенка, поэтому особое значение необходимо уделять здоровью детей первого года жизни [6]. Проведенный анализ выявил, что удельный вес детей первого года жизни мегаполиса в общем числе детей первого года жизни федерального округа составлял от 44,0% в 2018 году до 44,5% в 2022 году. Динамика удельного веса детей первого года жизни Санкт-Петербурга в общем числе детей первого года жизни СЗФО в 2018-2022 годы представлена на рисунке 3.2.

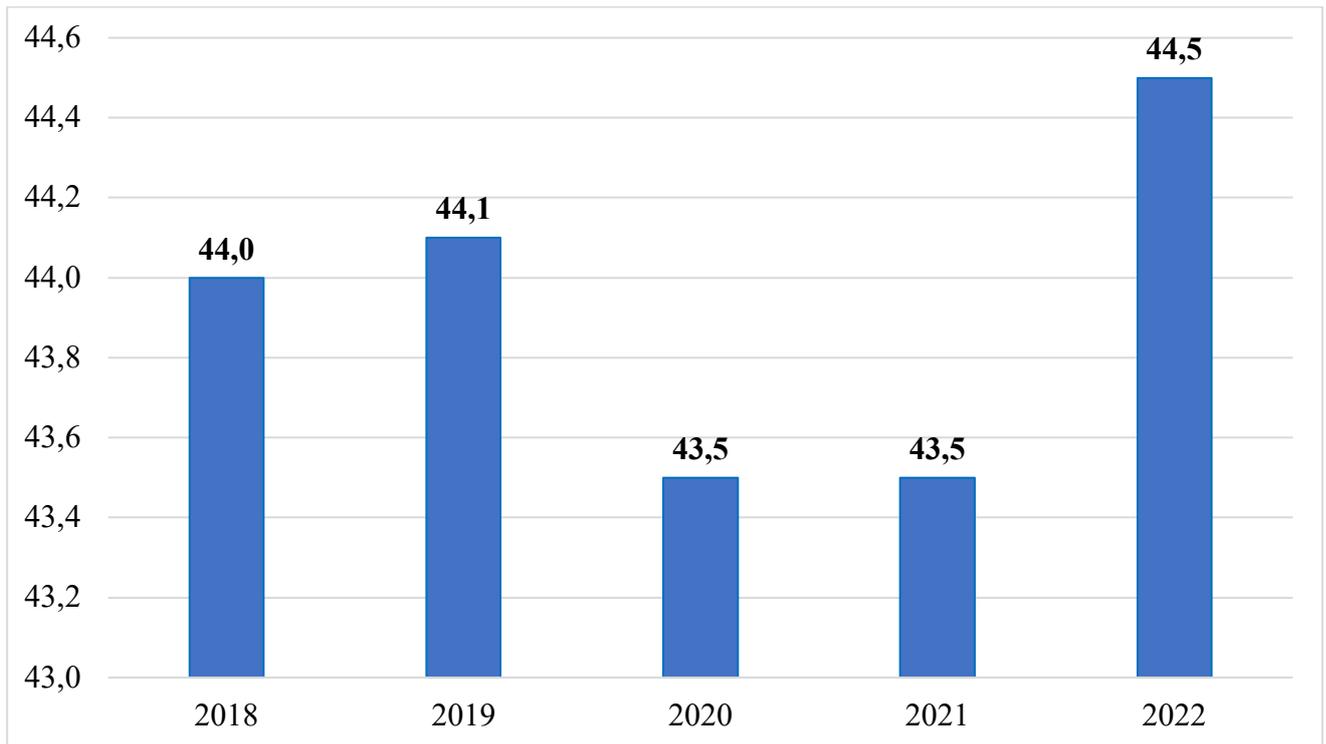


Рисунок 3.2 – Динамика удельного веса детей первого года жизни Санкт-Петербурга в общем числе детей первого года жизни СЗФО в 2018-2022 годы (в %)

Учитывая значительный вклад мегаполиса в демографическую ситуацию региона в целом, оценка здоровья детей первого года жизни мегаполиса приобретает особое значение [105, 111]. Показатели здоровья детей этого возраста напрямую коррелируют с состоянием здоровья и акушерским анамнезом матери, характером ее родоразрешения, воздействием медико-социальных факторов риска, продолжительностью естественного вскармливания ребенка, приверженностью родителей к здоровому образу жизни и к профилактике, а также в динамическом диспансерном обследовании детей с целью раннего выявления у них заболеваний [7, 8]. Особое значение для здоровья детей первого года жизни приобретает период

новорожденности, когда патологические состояния, не выявленные своевременно, в последующие годы могут оказывать существенное влияние на здоровье ребенка. Как следует из рисунка 3.3, в мегаполисе в период 2018-2022 гг. заболеваемость новорождённых в организациях родовспоможения была выше среднероссийского уровня и имела тенденцию к росту [111]. Если в России заболеваемость новорожденных в 2022 году снизилась на 6,5% к уровню 2018 года, то в мегаполисе за пять лет она выросла на 24,0%.

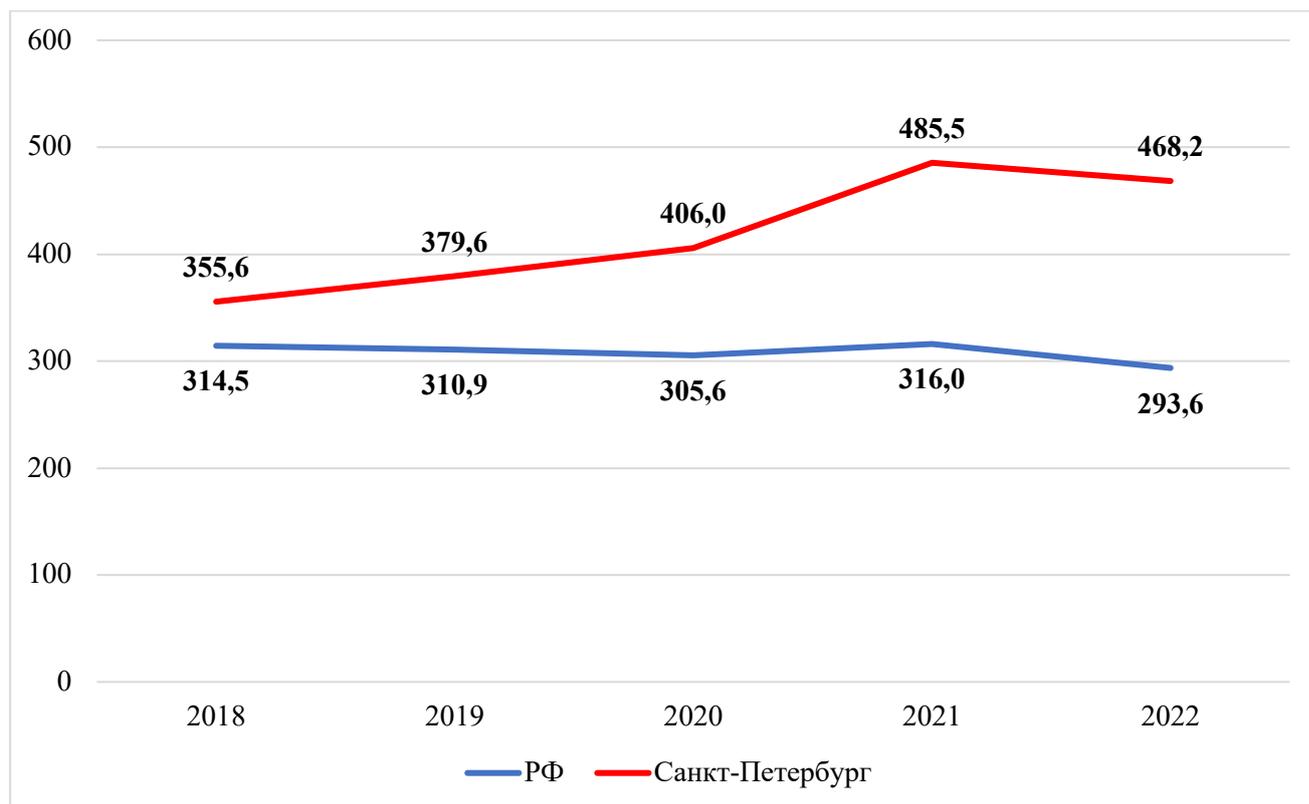


Рисунок 3.3 – Уровень и динамика показателей заболеваемости новорождённых в организациях родовспоможения в России и Санкт-Петербурге в 2018-2022 годы (на 1000 детского населения до года)

Оценка структуры заболеваемости новорожденных в организациях родовспоможения выявила, что в 2022 году в СПб 94,7% составили отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде (ПП). Удельный вес врожденных аномалий (пороков развития), деформаций и хромосомных нарушений (ВНР) составил 5,3%. Среди отдельных состояний, возникающих в ПП, наиболее распространёнными формами являются неонатальная желтуха, обусловленная чрезмерным гемолизом, другими и неуточненными причинами (11,6%), замедление роста и недостаточность питания (7,6%), а также

респираторные нарушения у новорожденных, возникшие в ПП (7,0%). Показатели заболеваемости новорожденных отдельными классами заболеваний в Санкт-Петербурге в организациях родовспоможения в 2022 году представлены в таблице 3.1.

Таблица 3.1 - Показатели заболеваемости новорожденных отдельными классами заболеваний в Санкт-Петербурге в организациях родовспоможения в 2022 году (на 1000 детского населения до года)

Наименование заболеваний	Родилось больными и заболело	Удельный вес (в %)
Всего новорожденных родилось больными и заболело	468,2	-
Отдельные состояния, возникающие в ПП - всего	588,0	94,7
Замедление роста и недостаточность питания	47,1	7,6
Родовая травма - всего	22,7	3,6
Внутриутробная гипоксия, асфиксия при родах	28,2	4,5
Респираторные нарушения у новорожденных, возникшие в перинатальном периоде – всего	43,8	7,0
в том числе дыхательное расстройство у новорожденных (дистресс)	21,1	3,4
Инфекционные болезни специфичные для ПП - всего	15,4	2,5
Перинатальные гематологические нарушения	8,4	1,3
внутрижелудочковые кровоизлияния	0,9	0,1
Гемолитическая болезнь плода и новорожденного, водянка плода, обусловленная гемолитической болезнью; ядерная желтуха	15,8	2,5
Неонатальная желтуха, обусловленная чрезмерным гемолизом, другими и неуточненными причинами	72,4	11,6
Другие нарушения церебрального статуса новорожденного	2,5	0,4
ВПП	32,4	5,3
Прочие болезни	0,3	0,05
Число случаев заболеваний - всего	620,7	100,0

Уровень заболеваемости детей первого года жизни СПб в 2018-2020 гг. был ниже, чем в среднем в России, а в 2021-2022 гг. превысил среднероссийские значения [111]. Показатель заболеваемости детей данного возраста в мегаполисе в 2022 году был выше среднего по стране на 37,5% ( $p < 0,05$ ). Оценка динамики заболеваемости детей первого года жизни в мегаполисе выявила, что в 2021 и 2022 гг. прирост заболеваемости к уровню 2020 года составил 33,0% и 36,7% соответственно. Годовой прирост в 2022 году составил 5,8%, а в целом за пять лет

заболеваемость детей первого года жизни выросла незначительно - на 1,0% (с 3762,9‰ до 2373,3‰;  $p>0,05$ ). Уровень и динамика показателей заболеваемости детей первого года жизни в России и Санкт-Петербурге в 2018-2022 годы представлены на рисунке 3.4.

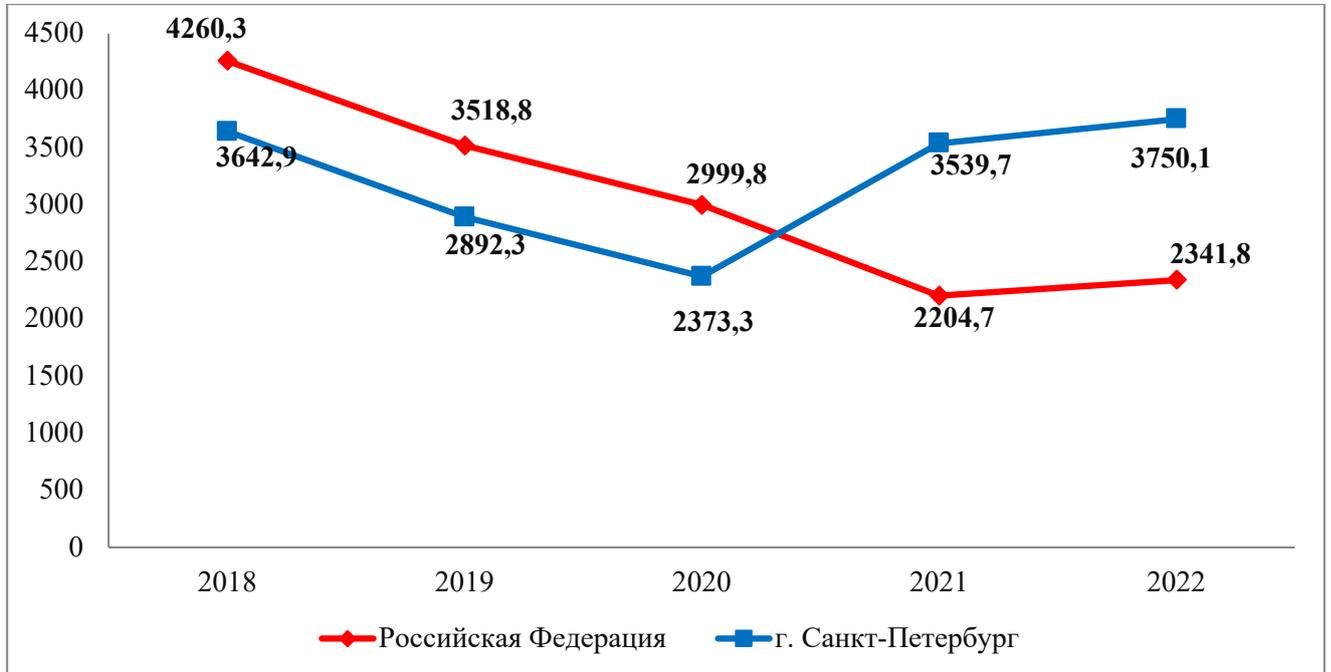


Рисунок 3.4 – Уровень и динамика показателей заболеваемости детей первого года жизни в России и Санкт-Петербурге в 2018-2022 годы (на 1000 детского населения до года)

Оценка заболеваемости детей первого года жизни СПб отдельными формами заболеваний позволила установить (таблица 3.2.), что в 2022 году к уровню 2018 года наблюдался рост показателей заболеваемости по всем классам болезней, кроме болезней крови, кроветворных органов и отдельных нарушений, вовлекающих иммунный механизм (болезни крови) ( $p>0,05$ ), болезней уха и сосцевидного отростка ( $p<0,05$ ), болезней органов дыхания ( $p>0,05$ ) и травм, отравлений и некоторых других последствий внешних причин ( $p<0,05$ ). Установлено, что в 2020 году, наблюдалось снижение по всем классам болезней МКБ-Х, как к уровню 2018 года, так и к уровню 2022 года, кроме отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде, и ВПР. Уровень заболеваемости новой коронавирусной инфекцией в 2021 году к показателю 2020 года у детей первого года жизни вырос в 5,2 раза, а в 2022 году в 11,1 раз.

Таблица 3.2 - Динамика заболеваемости детей первого года в Санкт-Петербурге отдельными классами заболеваний в 2018-2022 годы (на 1000 детей первого года жизни)

Класс заболеваний	2018	2019	2020	2021	2022	Темп прироста/снижения (в %)	p
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	78,91	59,78	51,13	69,41	79,85	+1,2	>0,05
Новообразования	49,71	43,91	47,30	67,13	57,86	+14,1	<0,05
Болезни крови	36,95	28,91	23,83	29,67	35,17	-4,8	>0,05
Болезни эндокринной системы	72,68	68,37	62,22	62,93	56,30	+22,5	<0,05
Болезни нервной системы	440,01	429,74	409,41	493,79	456,28	+3,6	<0,05
Болезни глаза и его придаточного аппарата	235,95	205,05	208,87	224,08	219,18	+7,1	<0,05
Болезни уха и сосцевидного отростка	61,36	43,91	40,74	48,74	45,44	-26,0	<0,05
Болезни органов дыхания	1495,98	1431,93	1160,89	1359,63	1486,54	-0,6	>0,05
Болезни органов пищеварения	272,28	256,90	242,30	285,90	292,98	+7,0	<0,05
Болезни кожи и подкожной клетчатки	236,74	236,44	226,90	246,29	257,09	+8,0	<0,05
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	100,00	96,76	91,00	99,14	113,01	+11,5	<0,05
Болезни мочеполовой системы	96,28	87,79	75,10	97,44	97,97	+1,7	>0,05
Отдельные состояния, возникающие в ПП	168,43	188,43	208,42	183,97	196,16	+14,1	<0,05
ВПП	114,20	123,82	123,18	148,29	142,70	+20,0	<0,05
Травмы, отравления и некоторые другие последствия внешних причин	46,86	54,19	47,18	36,68	41,02	-12,5	<0,05
COVID-19	-	-	14,91	77,81	165,96	+100,0	<0,05

Оценка структуры заболеваемости детей первого года жизни мегаполиса показала, что в ней преобладали болезни органов дыхания, удельный вес которых в 2022 году составил 39,6%. На второе место выходили болезни нервной системы (12,2%) и на третье - болезни органов пищеварения (7,8%). Установлено, что пандемия новой коронавирусной инфекции внесла коррективы в структуру заболеваемости детей данной возрастной группы. В 2020 году увеличился

удельный вес всех классов заболеваний, кроме некоторых инфекционных и паразитарных болезней и болезней органов дыхания. К 2022 году, кроме вышеперечисленных двух классов заболеваний, все остальные выросли. Однако, удельный вес болезней органов дыхания в 2022 году к уровню 2020 года вырос незначительно (+3,5%), а рост COVID-19 составил 7,3 раза. Структура заболеваемости детей первого года в Санкт-Петербурге в 2018, 2020 и 2022 гг. представлена в таблице 3.3.

Таблица 3.3 - Структура заболеваемости детей первого года в Санкт-Петербурге в 2018, 2020 и 2022 гг. (в % к итогу)

Класс заболеваний	2018	2020	2022	Темп прироста/снижения (%)	p
Болезни органов дыхания	42,6 (-)	38,2 (-10,3)	39,6 (+3,5)	-7,0	<0,05
Болезни нервной системы	12,5 (-)	13,3 (+6,0)	12,2 (-8,3)	-2,4	<0,05
Болезни органов пищеварения	7,7 (-)	8,0 (+3,8)	7,8 (-)	+1,3	>0,05
Болезни кожи и подкожной клетчатки	6,8 (-)	7,4 (+2,5)	7,0 (-5,4)	+2,8	<0,05
Болезни глаза и его придаточного аппарата	6,7 (-)	6,9 (+2,9)	5,8 (-16,0)	-13,4	<0,05
Отдельные состояния, возникающие в ПП	4,8 (-)	6,9 (+30,4)	5,2 (-24,6)	+7,7	<0,05
ВПП	3,2 (-)	4,1 (+22,0)	3,8 (-7,3)	+15,8	<0,05
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	2,3 (-)	1,7 (-26,0)	2,1 (+19,0)	-8,7	<0,05
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	2,8 (-)	3,0 (+6,7)	3,0 (-)	+6,7	<0,05
COVID-19	- (-)	0,6 (+100,0)	4,4 (+86,4)	+100,0	<0,05
Прочие	10,6 (-)	9,9 (-6,6)	9,1 (-8,0)	-14,2	<0,05
Итого	100,0	100,0	100,0	-	-

Проведенная сравнительная оценка показателей заболеваемости детей первого года жизни отдельными классами заболеваний выявила, что в мегаполисе статистически значимо была выше заболеваемость всеми классами заболеваний, кроме отдельных состояний, возникающих в ПП (в 1,1 раз). Наиболее значительная разница прослеживалась в распространённости болезней костно-мышечной

системы и соединительной ткани (в 4,4 раза), глаза и его придаточного аппарата (в 2,6 раза), органов пищеварения (в 2,6 раза), мочеполовой системы (в 2,3 раза), кожи и подкожной клетчатки (в 2,2 раза) и COVID-19 (в 2,2 раза). А в структуре заболеваемости ниже, чем в среднем по России, был удельный вес отдельных состояний, возникающих в ПП (в 1,8 раз), болезней органов дыхания (в 1,6 раз), ВПР (в 1,1 раз) и болезней эндокринной системы (в 1,1 раз). Сравнение заболеваемости и удельного веса отдельных классов заболеваний в структуре заболеваемости детей первого года в России и Санкт-Петербурге в 2022 году представлено в таблице 3.4.

Таблица 3.4 - Сравнение заболеваемости и удельного веса отдельных классов заболеваний в структуре заболеваемости детей первого года в России и Санкт-Петербурге в 2022 году (на 1000 детей первого года жизни и в %)

Класс заболеваний	Заболеваемость (‰)				Удельный вес (%)		
	РФ	СПб	Сравнение с РФ (раз)	p	РФ	СПб	Сравнение с РФ (раз)
1	2	3	4	5	6	7	8
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	46,73	79,85	>1,7	<0,05	2,0	2,1	>1,1
Болезни эндокринной системы	38,71	56,30	>1,5	<0,05	1,7	1,5	<1,1
Болезни нервной системы	215,86	456,28	>2,1	<0,05	9,2	12,2	>1,3
Болезни глаза и его придаточного аппарата	85,78	219,18	>2,6	<0,05	3,7	5,8	>1,6
Болезни уха и сосцевидного отростка	29,27	45,44	>1,6	<0,05	1,1	1,2	>1,1
Болезни органов дыхания	1118,44	1486,54	>1,3	<0,05	47,8	39,6	<1,2
Болезни органов пищеварения	111,78	292,98	>2,6	<0,05	4,8	7,8	>1,6
Болезни кожи и подкожной клетчатки	116,78	257,09	>2,2	<0,05	5,0	7,0	>1,4

Продолжение таблицы 3.4

1	2	3	4	5	6	7	8
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	25,49	113,01	>4,4	<0,05	1,1	3,0	>2,7
Болезни мочеполовой системы	42,20	97,97	>2,3	<0,05	1,8	2,6	>1,4
Отдельные состояния, возникающие в ПП	217,11	196,16	<1,1	<0,05	9,3	5,2	<1,8
ВПП	97,68	142,70	>1,5	<0,05	4,2	3,8	<1,1
COVID-19	74,71	165,96	>2,2	<0,05	3,2	4,4	>1,4

Таким образом, в мегаполисе заболеваемость детей первого года жизни значительно превышает среднероссийский уровень, как в целом, так и по отдельным классам заболеваний, и имеет особенности в структуре: более низкий, чем в среднем по России, удельный вес отдельных состояний, возникающих в ПП (в 1,8 раз), болезней органов дыхания (в 1,6 раз), ВПП (в 1,1 раз) и болезней эндокринной системы (в 1,1 раз) и более высокий по всем остальным классам заболеваний. Снижение заболеваемости детей в 2020 году было обусловлено не повышением здоровья детского населения, а недообращаемостью в медицинские организации, связанной с эпидемиологической ситуацией в городе. Соответственно, пандемия COVID-19 оказала влияние на порядок оказания плановой помощи, особенно в амбулаторных условиях [104].

Одним из важнейших индикаторов здоровья населения являются показатели физического развития [102]. Особую роль оценка физического развития приобретает на первом году жизни, когда ускоренными темпами идет формирование детского организма и каждый месяц жизни ребенка имеет значение. Соответственно, анализ отклонений в массе тела при рождении дает возможность оценить исходный ресурс здоровья детей. Проведенное исследование показало, что в мегаполисе в 2018-2022 гг. показатели частоты рождения детей с массой тела до 2500 г превышали средние значения по стране. Установлено, что в СПб в изучаемый период снижались все показатели по маловесным детям. Однако, частота рождаемости детей с массой тела до 2500 г при практически ежегодном

снижении в 2022 году фактически вернулась к уровню 2018 года, поэтому пятилетняя динамика показателя составила только -0,5% и достигла значения 59,8 случаев на 1000 детей, родившихся живыми. Частота рождения детей с отклонением в массе тела при рождении в России и Санкт-Петербурге в 2018-2022 годы представлена в таблице 3.5.

Таблица 3.5 - Частота рождения детей с отклонением в массе тела при рождении в России и Санкт-Петербурге в 2018-2022 годы (на 1000 детей, родившихся живыми)

Административно-территориальное деление	2018	2019	2020	2021	2022	Динамика (%)
ЭНМТ						
Российская Федерация	3,9	4,0	3,9	4,1	3,8	-2,6
Санкт-Петербург	4,6	4,4	4,5	4,8	3,6	-21,7
ОНМТ						
Российская Федерация	10,5	10,6	10,4	10,3	9,6	-8,6
Санкт-Петербург	11,2	10,8	10,7	11,5	9,8	-12,5
До 2500 г						
Российская Федерация	62,0	62,4	59,2	60,5	47,2	-23,9
Санкт-Петербург	60,1	57,2	57,6	55,8	59,8	-0,5
4000 г и более						
Российская Федерация	97,1	97,4	101,4	101,2	97,8	+0,7
Санкт-Петербург	116,6	88,8	119,1	118,0	116,6	0,0

Выхаживание маловесных детей является показателем качества оказания медицинской помощи в условиях применения высокотехнологичных методов лечения детей данной весовой категории. Если до 2021 года включительно частота рождения детей с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) имела тенденцию к росту, то в 2022 году показатель снизился на 21,7% (до 3,6 ‰). При оценке частоты рождения детей с очень низкой массой тела (ОНМТ) прослеживалась сходная тенденция, за исключением 2021 года, когда рост показателя составил 7,0%, а потом снизился на 14,8% (до 9,8‰).

СПб в последние пять лет в сравнении со среднероссийскими показателями имеет более высокие значения частоты рождения детей с массой тела 4000 г и более. Как и в случае с маловесными детьми, показатели частоты рождения крупных детей в 2022 году сравнялись с уровнем 2018 года и составили 116,6 случаев на 1000 детей, родившихся живыми [104].

Таким образом, оценка показателей физического развития детей по массе тела при рождении выявила снижение частоты недоношенности, что говорит о более эффективных мерах по пролонгации беременности. Однако, стабильно высокий уровень частоты рождения детей с ЭНМТ, ОНМТ, тела массой 4000 г и более является дополнительным фактором риска для здоровья детей, в том числе на первом году жизни. Учитывая, что у матерей детей, родившихся в 2021 году, беременность протекала в самый активный период пандемии COVID-19, то рост показателей частоты рождения детей с ЭНМТ и ОНМТ свидетельствует о влиянии новой коронавирусной инфекции на родоразрешение и как следствие на здоровье детей [104].

Кроме эффективности выхаживания маловесных детей, показателем качества медицинской помощи детям первого года жизни является уровень младенческой смертности. В 2018-2022 гг. данный показатель в мегаполисе был ниже среднероссийского уровня. Как в России, так и в СПб, все изучаемые годы смертность детей на первом году снижалась, за исключением 2021 года, когда наблюдался небольшой подъем младенческой смертности. В рамках Национального проекта «Здравоохранение» в качестве целевого показателя провозглашается снижение младенческой смертности до 4,5 случая на 1000 родившихся детей к 2024 году. В городе-субъекте общее снижение показателя за пять лет составило 13,7% и в 2022 году данный показатель достиг уровня в 3,5 случая на 1000 детей, родившихся живыми, что дает возможность говорить о достаточно высоком уровне оказания медицинской помощи детям. Динамика младенческой смертности в Российской Федерации и Санкт-Петербурге в 2018-2022 гг. представлена на рисунке 3.5.

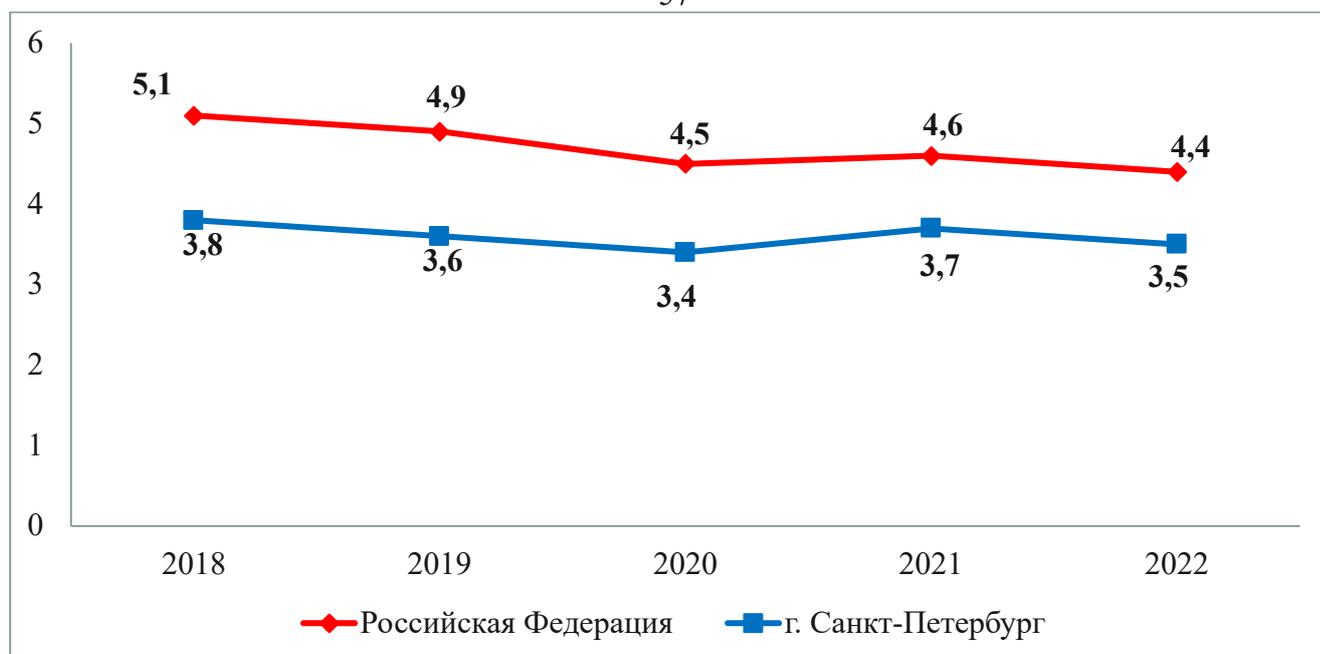


Рисунок 3.5 - Динамика младенческой смертности в Российской Федерации и Санкт-Петербурге в 2018-2022 гг. (в ‰)

Таким образом, мегаполис имеет более низкий уровень рождаемости и младенческой смертности при высокой частоте рождения детей с ЭНМТ, ОНМТ и массой тела 4000 г и более. Дети мегаполиса характеризуются достаточно высоким уровнем заболеваемости новорожденных и детей первого года жизни. Полученные данные о состоянии здоровья детей при рождении и к концу первого года жизни показали целесообразность изучения организации специализированной медицинской помощи на амбулаторном и госпитальном этапах в медицинских организациях мегаполиса [104].

### 3.2 Оценка доступности специализированной помощи детскому населению Санкт-Петербурга

Рост заболеваемости детей первого года жизни в СПб при одновременном росте детей с отклонениями в массе тела при рождении в период 2018-2022 гг., показал целесообразность проведения анализа показателей доступности медицинской помощи детскому населению, таких как обеспеченность врачами и койками педиатрического профиля.

Проведенное исследование показало, что в мегаполисе обеспеченность врачами всех изучаемых специальностей в течении всех изучаемых лет была выше, чем в среднем в РФ. Врачами неонатологами она была выше, чем в среднем по стране в 1,1 раза (+8,9%), педиатрами (всего) – в 1,8 раз (+45,7%); педиатрами (без участковых) – в 2,5 раз (+60,6%), кардиологами детскими – 2,8 раз (+64,5%), онкологами детскими – в 3,1 раза (68,2%), психиатрами детскими – 3,0 раза (66,2%), урологами-андрологами детскими – 2,4 раза (+69,4%), хирургами детскими – 2,0 раза (+51,0%) и эндокринологами детскими – 2,8 раз (64,2%). Динамика обеспеченности врачами педиатрического профиля в России и Санкт-Петербурге в 2018-2022 гг. представлена в таблице 3.6.

В мегаполисе за изучаемый период показатели обеспеченности врачами практически ежегодно росли. Наиболее ощутимо выросла обеспеченность врачами эндокринологами детскими (+36,7%; от 0,69 ‰ до 1,09 ‰), онкологами детскими (+27,3%; от 0,32 ‰ до 0,44 ‰), кардиологами детскими (+26,4%; от 0,81 ‰ до 1,10 ‰) и неонатологами (+10,0%; от 36,89 ‰ до 38,97 ‰).

Таблица 3.6 - Динамика обеспеченности врачами педиатрического профиля в России и Санкт-Петербурге в 2018-2022 гг. (в ‰)

Специальность		2018	2019	2020	2021	2022	Темп прироста/снижения (в %)	p
Неонатологи	РФ	36,89	39,18	38,64	39,94	38,97	+5,3	<0,05
	СПб	38,50	39,44	40,13	46,14	42,79	+10,0	>0,05
Педиатры (всего)	РФ	16,31	16,29	16,39	16,23	16,08	-1,4	>0,05
	СПб	27,04	27,02	28,34	29,17	29,60	+8,6	<0,05
Педиатры (без участковых)	РФ	7,11	7,02	6,93	6,86	6,66	-6,3	<0,05
	СПб	15,88	16,05	16,20	16,86	16,89	+6,0	>0,05
Кардиологи детские	РФ	0,36	0,38	0,38	0,38	0,39	+7,7	>0,05
	СПб	0,81	0,79	0,92	1,00	1,10	+26,4	>0,05
Онкологи детские	РФ	0,11	0,11	0,12	0,13	0,14	+21,4	>0,05
	СПб	0,32	0,34	0,40	0,41	0,44	+27,3	>0,05
Психиатры детские	РФ	0,53	0,53	0,51	0,52	0,50	-5,7	>0,05
	СПб	1,45	1,47	1,42	1,48	1,48	+2,0	>0,05
Урологи-андрологи детские	РФ	0,12	0,13	0,13	0,13	0,14	+14,3	>0,05
	СПб	0,28	0,29	0,32	0,33	0,33	+15,2	>0,05
Хирурги детские	РФ	1,08	1,10	1,09	1,08	1,08	0,0	0,0
	СПб	2,09	2,16	2,15	2,26	2,27	+7,9	>0,05
Эндокринологи детские	РФ	0,34	0,35	0,36	0,37	0,39	+12,8	>0,05
	СПб	0,69	0,80	0,86	0,98	1,09	+36,7	>0,05

Несмотря на то, что в целом по стране и в мегаполисе обеспеченность педиатрическими (в том числе специализированными) койками имела тенденцию к снижению, данные показатели в городе-субъекте весь анализируемый период были выше, чем в среднем по стране. В 2022 году обеспеченность койками мегаполиса превышала среднероссийский уровень на 11,2% и составила 52,0 на 10 тыс. детей в возрасте 0-17 лет (против 46,2 на 10 тыс. детского населения Российской Федерации). Соответственно, можно говорить о более высокой доступности стационарной медицинской помощи детскому населению СПб, чем в целом по стране. Динамика обеспеченности койками педиатрического профиля (включая специализированные) в России и Санкт-Петербурге в 2018-2022 гг. представлена на рисунке 3.6.

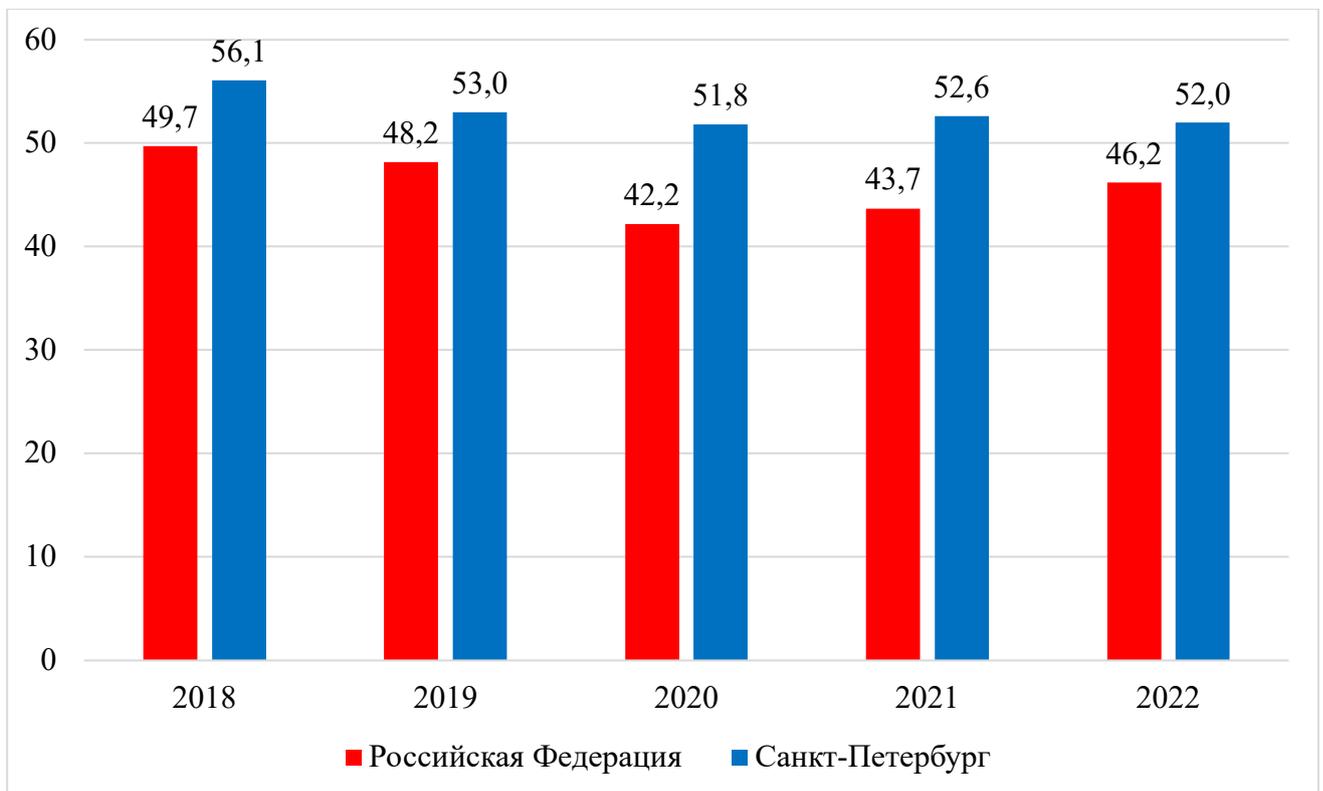


Рисунок 3.6 -Динамика обеспеченности койками педиатрического профиля (включая специализированные) в России и Санкт-Петербурге в 2018-2022 гг. (в ‰)

Проведенная оценка обеспеченности педиатрическим (общепрофильными) койками выявила, что обеспеченность города в среднем за пять изучаемых лет была в 2,6 раз ниже значений по стране (46,2 против 52,0 коек на 10 тыс. детского населения в 2022 г.). Как в РФ, так и в СПб обеспеченность данными койками имела

тенденцию к снижению (11,3% и 12,1% соответственно). Динамика обеспеченности педиатрическими койками в России и Санкт-Петербурге в 2018-2022 гг. представлена на рисунке 3.7.

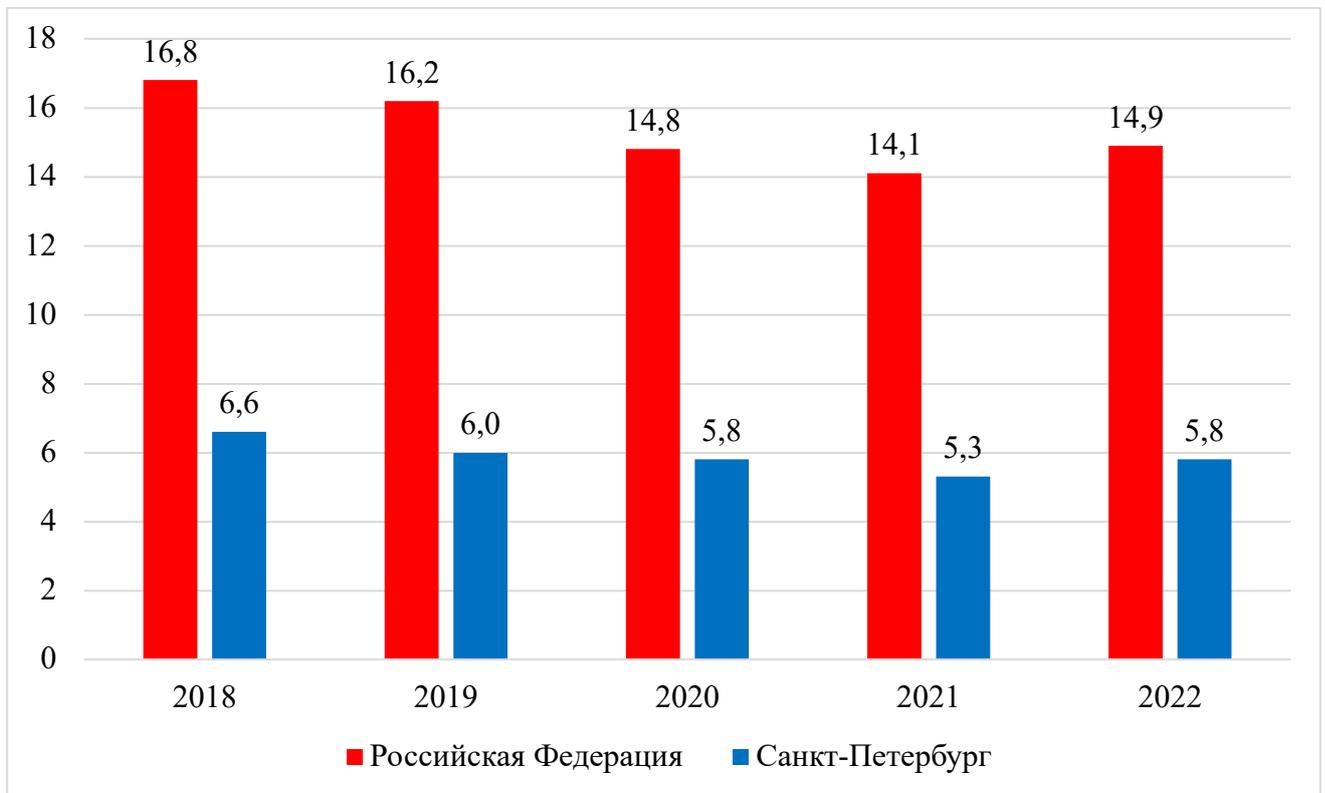


Рисунок 3.7 - Динамика обеспеченности педиатрическими койками в России и Санкт-Петербурге в 2018-2022 гг. (в ‰)

Как показало исследование в мегаполисе была существенно выше обеспеченность специализированными койками, которая превышала среднероссийские значения в среднем в 2018-2022 гг. в 1,6 раз (5,8 против 14,9 коек на 10 тыс. детского населения в 2022 г.). В СПб, как и в целом по стране, специализированные койки снижались, однако снижение было менее значительным (11,6% против 3,0%). Динамика обеспеченности специализированными койками педиатрического профиля в России и Санкт-Петербурге в 2018-2022 гг. представлена на рисунке 3.8.

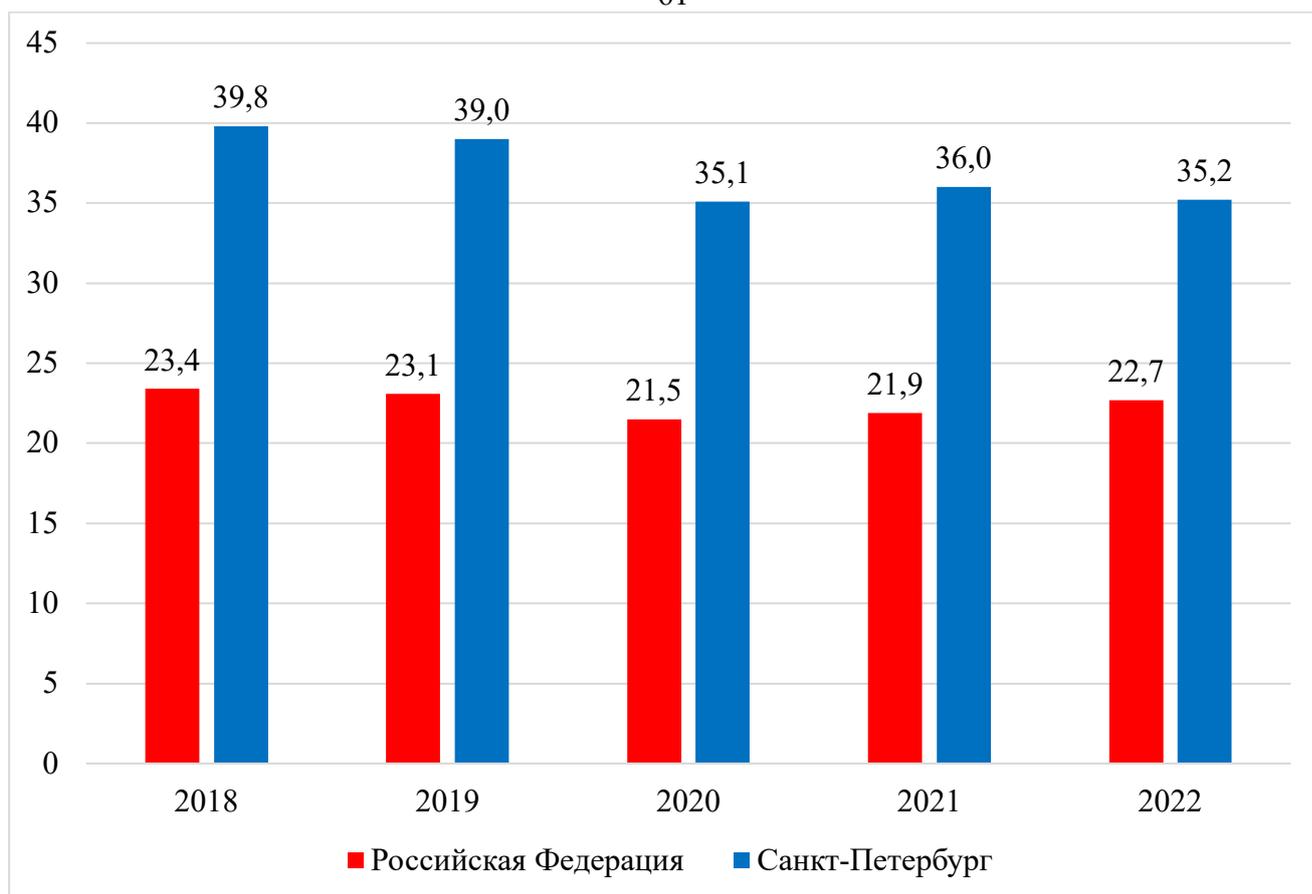


Рисунок 3.8 - Динамика обеспеченности специализированными койками педиатрического профиля в России и Санкт-Петербурге в 2018-2022 гг. (в %<sub>000</sub>)

Учитывая столь существенные различия в обеспеченности больничными койками детского здравоохранения, была проведена сравнительная оценка доли специализированных коек в общем числе коек педиатрического профиля. Установлено, что в мегаполисе показатели в среднем за пять изучаемых лет были в 1,4 раза ниже значений по РФ (49,6% против 67,0 в 2022 г.). Как в целом по стране, так и в СПб, доля специализированных коек в общем числе коек педиатрического профиля несколько снизилась (4,3% против 5,5% соответственно). Доля специализированных коек в общем числе коек педиатрического профиля представлена на рисунке 3.9.

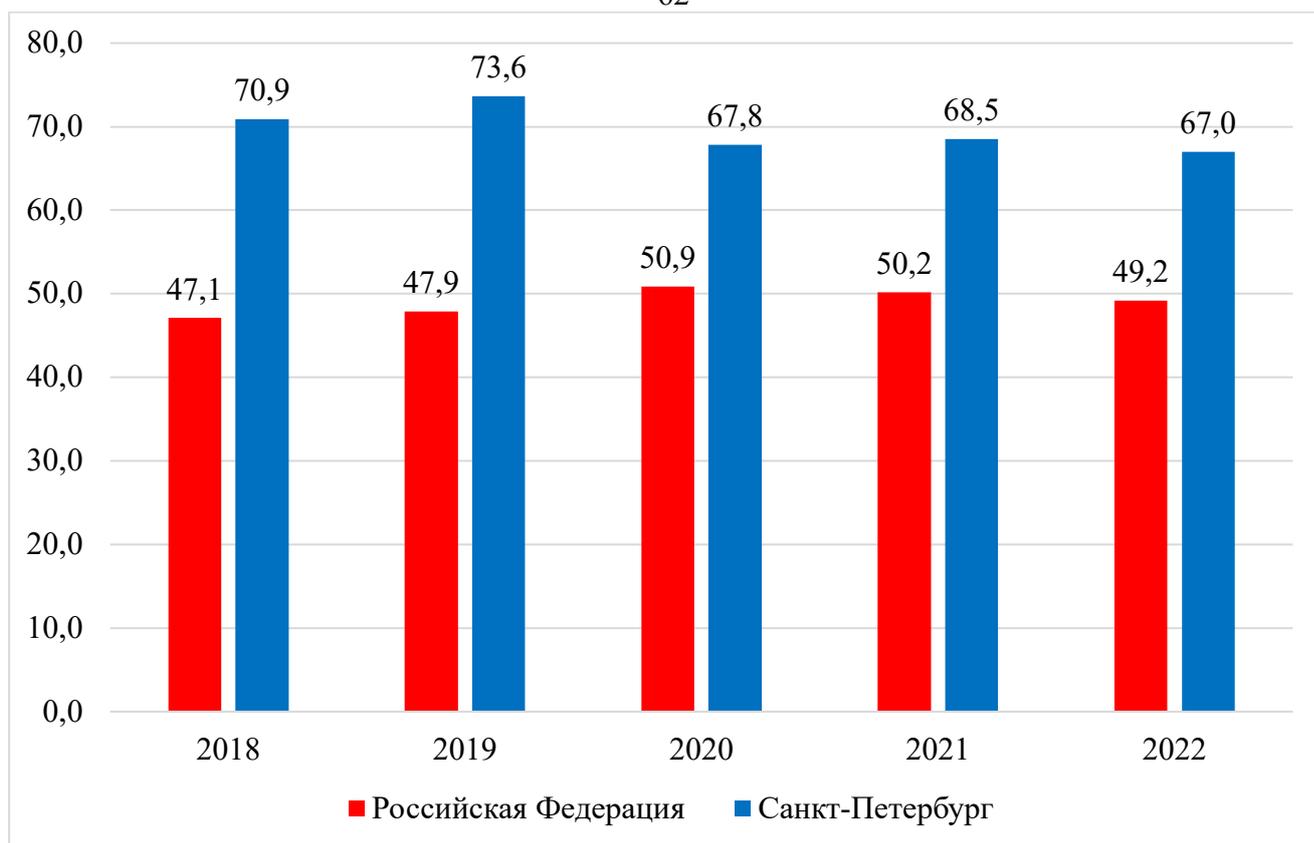


Рисунок 3.9 - Доля специализированных койек в общем числе койек педиатрического профиля (в %)

Таким образом, более высокая обеспеченность мегаполиса врачами специалистами, койками педиатрического профиля в целом и специализированными койками в частности позволяет судить о более высокой доступности в нем специализированной помощи детям первого года жизни, чем в целом в РФ. В СПб, в сравнении с Россией, более выражена ориентированность на узкоспециализированную помощь детскому населению, что объясняется наличием в городе только двух уровней специализированной помощи в условиях стационара. Снижение обеспеченности койками педиатрического профиля при росте обеспеченности врачами педиатрами и врачами специалистами указывает на переориентацию специализированной помощи в условиях стационара на специализированную помощь в амбулаторных условиях.

## **Глава 4 ОРГАНИЗАЦИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ. ПРИМЕНЕНИЕ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПЕДИАТРИИ**

### **4.1. Объективная оценка организации первичной специализированной медицинской помощи детям первого года жизни в детских поликлиниках и КДЦ мегаполиса**

Первым этапом оказания специализированной помощи детям являются детские поликлиники (ДПО). Согласно приказу Министерства здравоохранения РФ от 10 августа 2017 г. №514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних», первичную специализированную медицинскую помощь дети первого года жизни начинают получать в 1 месяц, когда родители с ребенком приглашаются в ДПО для профилактических осмотров неврологом, детским хирургом, офтальмологом, детским стоматологом и врачом ультразвуковой диагностики [146]. Далее дети профилактически осматриваются в 3 мес. (травматолог-ортопед) и в 12 мес. (невролог, детский хирург, оториноларинголог, травматолог-ортопед и офтальмолог). В случае возникновения заболеваний и патологических состояний, а также при выявлении их на медосмотрах, медицинская помощь оказывается врачами специалистами ДПО по показаниям. По результатам обращаемости детей ставят на диспансерный учет для последующего диспансерного наблюдения.

Исследование показало (таблица 4.1), что наиболее часто на диспансерном учете в детских поликлиниках города на первом году жизни состояли дети с болезнями нервной системы и органов пищеварения, а также отдельными состояниями, возникающими в перинатальном периоде. Оценка динамики показателей выявила, что 2020-2022 гг. статистически значимо выросли показатели частоты взятия детей на диспансерный учет в течение первого года жизни с болезнями нервной системы (+12,2%); болезнями глаза и его придаточного аппарата (+32,0%); болезнями органов пищеварения (+44,3%); болезнями кожи и подкожной клетчатки (+38,5%); болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани (+45,5%); болезнями мочеполовой системы (+28,6%) и

COVID-19 (+89,7%). При этом одновременно снизились доля детей с болезнями органов дыхания (-31,3%) и с отдельными состояниями, возникающими в перинатальном периоде, (-5,8%).

Таблица 4.1 - Частота взятия детей на диспансерный учет в течении первого года жизни по отдельным классам заболеваний в 2020-2022 гг. (на 100 детей первого года жизни)

Наименование классов МКБ-Х	2020	2021	2022	Динамика / уровень значимости между 2020 и 2022 гг., р
Болезни эндокринной системы	4,1	3,8	4,4	+6,8% / >0,05
Болезни нервной системы	18,7	20,9	21,3	+12,2% / <0,05
Болезни глаза и его придаточного аппарата	9,6	9,0	14,1	+32,0% / <0,05
Болезни органов дыхания	11,5	12,3	7,9	-31,3% / <0,05
Болезни органов пищеварения	11,3	12,4	20,3	+44,3% / <0,05
Болезни кожи и подкожной клетчатки	3,2	3,7	5,2	+38,5% / <0,05
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	4,2	4,8	7,7	+45,5% / <0,05
Болезни мочеполовой системы	3,0	3,6	4,2	+28,6% / <0,05
Отдельные состояния, возникающие в ПП	20,8	18,4	19,6	-5,8% / <0,05
ВПП	7,1	7,1	8,1	+12,3% / >0,05
COVID-19	0,4	1,6	3,9	+89,7% / <0,05
Прочие	6,0	7,5	6,9	+13,0% / >0,05

В 2020-2022 гг. в детских поликлиниках мегаполиса наиболее часто под дальнейшим диспансерным наблюдением оставались пациенты с болезнями нервной системы, болезнями органов пищеварения, болезнями глаза и его придаточного аппарата, а также с ВПП (таблица 4.2). Исследование показало, что в изучаемый период статистически значимо выросла частота продолжения диспансерного наблюдения после первого года жизни по отдельным классам заболеваний у детей с болезнями глаза и его придаточного аппарата (в 1,9 раз); болезнями органов пищеварения (в 1,9 раз); болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани (в 2,1) и COVID-19 (в 7,0 раз).

Таблица 4.2 - Частота продолжения диспансерного наблюдения после первого года жизни по отдельным классам заболеваний в 2020-2022 гг. (на 100 детей первого года жизни)

Наименование классов МКБ-Х	2020	2021	2022	Динамика / уровень значимости между 2020 и 2022 гг., р
Болезни эндокринной системы	1,3	1,3	2,0	+35,0% / >0,05
Болезни нервной системы	8,4	10,1	9,3	+9,7% / >0,05
Болезни глаза и его придаточного аппарата	4,3	3,5	8,3	+48,2% / <0,05
Болезни органов дыхания	0,9	0,6	0,4	-55,6% / >0,05
Болезни органов пищеварения	4,9	3,4	9,3	+47,3% / <0,05
Болезни кожи и подкожной клетчатки	1,6	1,8	2,3	+30,4% / >0,05
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	2,2	1,7	4,6	+52,2% / <0,05
Болезни мочеполовой системы	1,7	1,6	2,0	+15,0% / >0,05
Отдельные состояния, возникающие в ПП	1,6	1,5	1,6	- / >0,05
ВПП	4,9	5,0	5,8	+15,5% / >0,05
COVID-19	0,2	0,6	1,4	+85,7% / <0,05
Прочие	2,4	3,0	3,2	25,0% / >0,05

Наибольшая доля детей первого года жизни, оставшихся на диспансерном учете в ДПО от взятых на него в течении года (таблица 4.3), при росте значений показателей наблюдалась у пациентов с болезнями глаза и его придаточного аппарата (+23,3%); болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани (+21,6%); болезнями органов пищеварения (+4,6) и с ВПП (+2,1%).

Таблица 4.3 - Доля детей первого года, оставшихся под диспансерным наблюдением, от взятых на учет в течении года в 2020-2022 гг. (в %)

Наименование классов МКБ-Х	2020	2021	2022	Динамика
Болезни эндокринной системы	30,4	32,7	44,4	+31,5
Болезни нервной системы	44,9	48,1	43,8	-2,4
Болезни глаза и его придаточного аппарата	44,8	39,4	58,8	+23,3
Болезни органов дыхания	8,1	4,9	5,4	-33,3
Болезни органов пищеварения	43,8	27,6	45,9	+4,6
Болезни кожи и подкожной клетчатки	50,2	48,9	44,0	-12,3
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	46,8	36,2	59,7	+21,6
Болезни мочеполовой системы	55,2	43,7	47,9	-13,2
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	7,7	8,3	8,4	+8,3
ВПП	69,8	70,1	71,3	+2,1
COVID-19	39,6	36,1	37,3	-5,8
Прочие	40,0	40,6	42,8	+6,5

Установлено, что ощутимое снижение показателей наблюдалось у пациентов с болезнями органов дыхания (-33,3%), болезнями мочеполовой системы (-13,2%) и болезнями кожи и подкожной клетчатки (-12,3%).

В случае заболевания или патологического состояния, требующего углубленного консультирования или лечения дети первого года жизни направляются для оказания первичной специализированной помощи в детские КДЦ (КДО).

Оценка возрастного-полового состава детей первого года жизни в КДЦ показала, что большинство пациентов составили мальчики, а средний возраст детей в 2020 году был  $5,26 \pm 0,08$  мес., в 2021 году -  $5,23 \pm 0,06$  мес., в 2022 году -  $4,88 \pm 0,07$  мес. ( $p > 0,05$ ). В возрастной структуре пациентов КДЦ в исследуемый период наибольший удельный вес был у детей в возрасте 1-3 мес. и 4-6 мес., доля которых составила более 60%. При этом пациентов первого месяца жизни в течении 2020-2022 гг. было только 0,8-2,5%, что связано с особенностью обращаемости данного возрастного контингента за медицинской помощью на первом месяце жизни в амбулаторных условиях. В сложных случаях новорожденные проходят лечение в стационарных условиях согласно маршрутизации.

Таблица 4.4 - Распределение пациентов КДЦ первого года жизни по возрасту и полу (в %)

Характеристика	2020 год	2021 год	2022 год
Всего	100,0	100,0	100,0
Средний возраст	$5,26 \pm 0,08$	$5,23 \pm 0,06$	$4,88 \pm 0,07$
Возраст (мес.)			
Первый месяц	1,7	2,5	0,8
1-3 мес.	32,7	33,4	44,4
4-6 мес.	32,1	29,5	29,6
7-9 мес.	20,9	21,8	5,5
10-12 мес.	12,6	12,8	19,7
Пол			
Мальчики	56,2	54,8	55,0
Девочки	43,8	45,2	45,0

Исследование показало (таблица 4.5), что в течении первого месяца жизни в 2020-2022 гг. наиболее часто посещаемыми специалистами в КДЦ были неонатолог, хирург, невролог и врач ультразвуковой диагностики. При этом наиболее частым диагнозом по МКБ-Х были факторы, влияющие на состояние здоровья и обращения

в учреждения здравоохранения (Z00-Z99); врождённые аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения (Q00-Q99) и болезни нервной системы (G00-G99). На первом году жизни наиболее высокая обращаемость была к врачам следующих специальностей: невролог; мануальный терапевт; врач ультразвуковой диагностика (УЗД) и рентгенодиагностики; гастроэнтеролог и дерматовенеролог (табл.). Проведенный статистический анализ не показал статистически значимых различий между показателями удельного веса посещений КДЦ врачей отдельных специальностей пациентами первого года жизни в 2020-2022 гг. ( $p>0,05$ ).

Таблица 4.5 - Удельный вес посещений КДЦ врачей отдельных специальностей пациентами первого года жизни (в %)

Профиль	2020	2021	2022	Динамика (в %)
Аллерголог-иммунолог	6,5	5,9	4,9	-24,3
Врач функциональной диагностики	3,1	3,4	1,9	-41,0
Гастроэнтеролог	6,5	7,7	6,8	+4,6
Гематолог	4,9	4,8	3,4	-30,0
Дерматовенеролог	6,9	6,4	6,3	-9,6
Детский кардиолог	1,9	1,7	1,6	-17,6
Детский уролог-андролог	0,7	2,3	2,5	+72,7
Мануальный терапевт	13,7	10,2	9,7	-28,8
Невролог	13,4	11,0	12,5	-6,2
Нефролог	7,0	5,8	5,3	-24,7
Ортопед-травматолог	6,2	4,1	4,1	-33,9
Отоларинголог	1,9	4,5	6,3	+69,3
Офтальмолог	3,6	5,9	4,3	+16,3
Педиатр, неонатолог	3,4	5,4	8,5	+60,4
Пульмонолог	1,2	0,9	1,5	+21,3
Ультразвуковая диагностика, рентгенодиагностика	10,8	11,6	9,3	-20,2
Врачи хирургического профиля, в т. ч. детский хирург, сосудистый хирург, челюстно-лицевой хирург, нейрохирург	4,6	5,3	7,6	+39,0
Прочие	3,7	3,3	3,5	-4,5

Проведенное исследование показало, что наибольший удельный вес детей на первом месяце жизни в 2020 году получали медицинскую помощь в связи с ВПР (31,9%), а в 2021 и 2022 гг. самым частым диагнозом по МКБ-Х был класс XXI - факторы, влияющие на состояние здоровья и обращения в учреждения

здравоохранения (37,9% и 47,8% соответственно). Оценка распределения пациентов КДЦ первого года жизни по классам заболеваний по МКБ-Х выявила (таблица 4.6), что вне зависимости от года на первом ранговом месте были факторы, влияющие на состояние здоровья и обращения в учреждения здравоохранения (25,0-28,8%).

Таблица 4.6 - Распределение пациентов КДЦ первого года жизни по классам заболеваний по МКБ-Х (в %)

Класс МКБ-10	2020	2021	2022	Динамика (%)
Новообразования (C00-D48)	3,1	2,3	2,8	-7,8
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм (D50-D89)	2,8	3,2	2,4	-16,2
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (E00-E90)	0,7	0,8	1,6	+56,8
Болезни нервной системы (G00-G99)	20,6	17,0	15,8	-23,4
Болезни глаза его придаточного аппарата (H00-H59)	3,6	6,5	4,3	+17,0
Болезни органов дыхания (J00-J99)	1,4	2,1	2,5	+44,8
Болезни органов пищеварения (K00-K93)	7,3	8,6	8,9	+18,8
Болезни кожи и подкожной клетчатки (L00-L99)	10,6	10,5	10,1	-4,7
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (M00-M99)	6,0	3,7	5,7	-5,3
Болезни мочеполовой системы (N00-N99)	7,5	6,4	5,7	-24,2
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде (P00-P96)	0,3	0,4	0,5	+37,6
Врождённые аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения (Q00-Q99)	8,3	8,5	11,0	+24,4
Факторы, влияющие на состояние здоровья и обращения в учреждения здравоохранения (Z00-Z99)	25,1	28,8	26,9	+7,0
Прочие (A00-B99, F00-F99, H60-H95, I00-I99, S00-T98, V01-Y98)	2,8	2,1	1,7	-37,7
Всего	100,0	100,0	100,0	-

В этом классе МКБ наиболее частыми были обращения по поводу обследования ребенка или наблюдения при подозрении на расстройство, заболевание или патологическое состояние, а также лечения, включающее реабилитацию и др. Второе ранговое место было у детей с болезнями нервной системы (15,8-20,6%). Третье ранговое место в зависимости от года делили болезни

кожи и подкожной клетчатки (10,1-10,6%) и ВПР (8,3-11,0%). За изучаемый период наибольшие темпы прироста были у болезней эндокринной системы, расстройств питания и нарушений обмена веществ (+56,8%), болезней органов дыхания (44,8%), ВПР (24,4%) и болезней нервной системы (23,4 %). Наибольшие темпы снижения наблюдались у пациентов с отдельными состояниями, возникающие в перинатальном периоде (-37,6%), болезнями мочеполовой системы (-24,2%) и болезнями крови, кроветворных органов и отдельными нарушениями, вовлекающими иммунный механизм (-16,2%). Установлено, что достоверных различий между показателями в 2020-2022 гг. нет ( $p>0,05$ ).

Таким образом, чаще всего дети первого года жизни нуждались в обследовании и лечении в амбулаторных условиях по поводу болезней нервной системы. В ДПО лидирующие позиции в оказании первичной специализированной помощи занимали, кроме патологии нервной системы, болезни органов пищеварения и болезни глаза и его придаточного аппарата. В отличие от детских поликлиник, в КДЦ была высокая обращаемость детей с ВПР и болезнями кожи и подкожной клетчатки. Наиболее часто в детских поликлиниках мегаполиса продолжалось диспансерное наблюдение после первого года жизни за детьми с болезнями глаза и его придаточного аппарата; болезнями органов пищеварения; болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани; ВПР и COVID-19.

#### **4.2. Субъективная оценка организации первичной специализированной медицинской помощи детям первого года жизни**

Проведённое исследование показало, что в ДПО 100,0% опрошенных родителей указали, что их дети получали первичную специализированную помощь в рамках страхования ОМС. В КДЦ специализированную помощь в амбулаторных условиях за счет ОМС получали 65,6% детей, по ДМС - 8,2% и из личных средств – 26,2%.

Так как у опрошенных родителей в ДПО все дети получали медицинскую помощь по ОМС, то была изучен вопрос о необходимости получения платной

медицинской помощи, оказываемой врачами специалистами вне их детской поликлиники. Выявлено, что 67,4% родителей детей первого года жизни не нуждались и не обращались за платными медицинскими услугами, а 32,6% респондентов оплачивали прием врачей в других медицинских организациях.

Социологический опрос показал, что наиболее часто родители оплачивали прием врачей специалистов в частных медицинских организациях и в КДЦ (отделении) (57,1% и 35,7% случаев соответственно). Кроме того, 7,1% (98) респондентов оплачивали прием специалистов в других детских поликлиниках города. Чаще всего это были консультации оториноларинголога (ЛОР) – 42,9%, хирурга – 28,7%, аллерголога – 15,6%, невролога – 15,1%, кардиолога – 14,2%, офтальмолога – 9,6% и эндокринолога – 6,2%.

Оценка основных причин обращения за медицинскими услугами к врачам-специалистам вне поликлиники показала, что наиболее часто родители обращались за платной медицинской помощью из-за отсутствия данного специалиста в их детской поликлинике – 17,1%, а также удобного графика приема и отсутствие очередей 12,7%. Доверие к результатам обследования и лечения стало причиной для 8,7% родителей, наличие всех врачей узких специальностей и их высокая квалификация – для 3,8% и индивидуальный подход, доброжелательный медицинский персонал – 2,9%.

В Санкт-Петербурге запись детей на первичный прием к врачам специалистам осуществляется врачом специалистом поликлиники по месту прикрепления; родителями или законными представителями ребенка самостоятельно, через сайт «Здоровье петербуржца» или по номеру электронного направления [158]. Для осуществления онлайн записи по полису ОМС в КДЦ необходимо сначала получить электронное направление (форма 057/у-047), а далее записать ребенка к соответствующему специалисту на сайте [www.gorzdrav.spb.ru](http://www.gorzdrav.spb.ru).

Оценка причин посещения врачей специалистов в детских поликлиниках выявила, что чаще всего врачей дети посещали во время медицинских осмотров, проводимых на первом году жизни – 65,9% [148] или по направлению педиатра – 50,0%. Подозрение у родителей наличия заболевания у ребенка стало причиной

посещения у 13,6% детей. Прием врачей был связан с диспансерным учетом у 6,8% детей. А 4,5% родителей самостоятельно посетили врача специалиста в целях профилактики.

Установлено, что большинство детей первого года жизни попали на прием к узкому врачу-специалисту КДЦ по направлению из поликлиники - 39,1% детей или при самостоятельном обращении родителей из-за подозрения на наличие заболевания у ребенка – 34,8%. Решили пройти врача самостоятельно для профилактики 13,0% родителей. Потребовалась дополнительная консультация ребенку, состоящему на диспансерном учёте в поликлинике, в 8,7% случаев. Обратились в КДЦ из-за отсутствия нужного специалиста в своей поликлинике 4,3% респондентов.

Оценка распространённости отдельных видов записи на прием к врачам специалистам показала, что наиболее часто используемыми видами в ДПО и КДЦ была электронная запись. Однако, учитывая специфику организации деятельности в КДЦ, в нем, в сравнении с ДПО, значительно преобладала запись по телефону (15,6% против 60,6%). Кроме того, в ДПО, в отличие от КДЦ, присутствовала запись на приеме у врача, на которую указали 22,2% родителей. Удельный вес родителей, использующих отдельные формы записи на прием к врачам-специалистам представлен в таблице 4.7.

Таблица 4.7 - Удельный вес родителей, использующих отдельные формы записи на прием к врачам-специалистам (в %)

Форма записи	ДПО	КДЦ	Уровень значимости, р
Выдача талона в регистратуре	25,6	18,6	>0,05
Электронная запись	84,5	65,2	<0,05
По телефону	15,6	60,6	<0,01
На приеме врача	22,2	-	-

Оценка сложности записи на прием к врачам-специалистам показала (таблица 4.8), что большинству родителей иногда бывает трудно записать ребенка (52,9% в ДПО и 45,5% в КДЦ). Легко было осуществить запись в поликлинику практически равному удельному весу респондентов, из которых 35,6% в

поликлинике и 36,4% в КДЦ. Несколько больше родителей указали на высокую сложность записи в КДЦ, в сравнении с ДПО (13,6% против 11,1%).

Таблица 4.8 - Распределение родителей по оценке сложности записи к врачам-специалистам (в % к итогу)

Сложность записи	ДПО	КДЦ	Уровень значимости, р
Легко	35,6	36,4	>0,05
Иногда бывает трудно	52,9	45,5	>0,05
Трудно всегда	11,1	13,6	>0,05
Практически невозможно	- (0)	4,5	-
Затрудняюсь ответить (не знаю)	0,4	- (0)	-
Итого:	100,0	100,0	-

По мнению 76,7% родителей в детских поликлиниках и 95,5% респондентов в КДЦ график работы узких врачей-специалистов составлен удобно. Соответственно, в отличие от ДПО, где 23,3% родителей считали график приема неудобным, в КДЦ таких респондентов было только 4,5%.

Большинство пациентов в ДПО указали (таблица 4.9), что ждали приема врача специалиста до 15 мин. (73,3%), а в КДЦ – попадали на прием без очереди (50,0%). Несмотря на то, что, как в детских поликлиниках, так и в КДЦ, среднее время ожидания приема статистически значимо не отличалось ( $9,3 \pm 1,5$  мин. и  $9,4 \pm 1,23$  мин.;  $p > 0,05$ ), в КДЦ было существенно больше родителей, указавших на отсутствие очередей, срок ожидания от 15 до 30 мин. и от 30 мин. до 1 часа, и меньше респондентов, ожидавших приема врача до 15 мин.

Таблица 4.9 - Распределение родителей по срокам ожидания приема к врачам-специалистам (в % к итогу)

Срок ожидания приема	ДПО	КДЦ	Уровень значимости, р
Очереди нет	15,6	50,0	<0,01
До 15 мин.	73,3	27,3	<0,01
От 15 до 30 мин.	9,9	19,6	>0,05
От 30 мин. до 1 часа	1,2	3,1	>0,05
1 час и более	-	-	-
Итого:	100,0	100,0	-
В среднем	$9,3 \pm 1,5$ мин	$9,4 \pm 1,23$ мин.	>0,05

По мнению родителей, сложнее всего в детских поликлиниках и КДЦ попасть на прием к неврологу (таблица 4.10). На данную проблему указали 48,8%

родителей в ДПО и 31,3% родителей в КДЦ. Наибольшая сложность в приеме в ДПО также наблюдается у врачей следующих специальностей: ЛОР (39,0%), кардиолог (36,6%) и аллерголог (31,7%). В КДЦ, кроме невролога, только 4,7% родителей испытывали сложности с попаданием на прием к хирургу, а 6,3% к эндокринологу.

Таблица 4.10 - Удельный вес врачей специалистов, к которым труднее всего попасть на прием (в %)

Специальность	ДПО	КДЦ	Уровень значимости, р
Невролог	48,8	31,3	>0,05
Оториноларинголог	39,0	-	-
Офтальмолог	4,9	-	-
Хирург	7,3	4,7	>0,05
Кардиолог	36,6	-	-
Ортопед	0,2	-	-
Аллерголог	31,7	-	-
Эндокринолог	7,3	6,3	>0,05
Другие	- (0)	0,6	-

Проведенный опрос выявил, что только 23,3% родителей полагали, что в их детских поликлиниках были все специалисты нужного им профиля. Среди родителей, дети которых были пациентами КДЦ, таких было более половины (59,1%), при этом никто из опрошенных родителей не указал на отсутствие необходимых им специалистов в данной медицинской организации. Затруднились ответить, так как не обращались или обращались за медицинской помощью давно 30,2% респондентов в ДПО и 40,9% – в КДЦ. Полагали, что отсутствовали необходимые их ребенку специалисты в их детской поликлинике 46,5% респондентов, среди которых: аллерголог-иммунолог 51,5%, кардиолог – 44,9% и инфекционист – 9,0%.

Согласно Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в СПб удовлетворенность граждан, оказываемой медицинской помощью, занимает первое место среди всех перечисленных в ней критериев доступности медицинской помощи. Удовлетворенность населения медицинской помощью (процентов от числа опрошенных) на 2022 и 2023 гг. должна быть не ниже 80%. В нашем исследовании

данный показатель соответствовал значениям (таблица 4.11), установленным на год проведения опроса. При этом в КДЦ показатель был выше, так как полностью удовлетворенных было 87,0% против 81,2% в ДПО. Кроме того, в КДЦ не было родителей, полностью не удовлетворенных обслуживанием ребенка врачами узкими специалистами.

Таблица 4.11 - Распределение родителей по удовлетворенности обслуживанием ребенка врачами узкими специалистами (в % к итогу)

Степень удовлетворенности	ДПО	КДЦ	Уровень значимости, р
Да, вполне	81,2	87,0	<0,05
Не всегда	16,9	13,0	>0,05
Не удовлетворена	1,9	- (0)	-
Итого:	100,0	100,0	-

Таким образом, преимущественным источником финансирования оказания первичной специализированной помощи в ДПО и КДЦ являлись средства ОМС (100,0% и 65,6% соответственно), однако более четверти родителей в КДЦ оплачивали медицинскую помощь из личных средств (26,1%). Чаще всего врачей в ДПО дети посещали во время медицинских осмотров (65,9%) или по направлению педиатра (50,0%), а в КДЦ - по направлению из ДПО (39,1%) или самостоятельно при подозрении на наличие у ребенка заболевания (34,8%). Как в ДПО, так и в КДЦ, наиболее распространена электронная запись, при этом 11,1% родителей в ДПО и 13,6% в КДЦ указали на высокую сложность записи на прием. Сложнее всего в ДПО и КДЦ было попасть на прием к неврологу. В ДПО по причине отсутствия нужного врача специалиста (ЛОР, кардиолог, аллерголог-иммунолог и др.), наличия очередей и неудобного графика приема врачей, около трети родителей оплачивали медицинские услуги в частных медицинских организациях и КДЦ. Удовлетворенность родителей оказанной медицинской помощью в КДЦ была выше, чем в ДПО (87,0% против 81,2%) и в КДЦ не было родителей, полностью не удовлетворенных обслуживанием ребенка.

### 4.3. Организационные основы оказания специализированной медицинской помощи детям первого года жизни в условиях центра телемедицинских технологий

Как в рамках первичной медико-санитарной помощи, так и при оказании специализированной, в том числе ВМП, помощи в современных условиях успешно применяются ТМТ [151]. ТМК (консилиумы врачей) проводятся в экстренной (от 30 минут до 2 часов с момента поступления запроса), неотложной (от 3 до 24 часов) и плановой формах. Участниками ТМК (консилиумов врачей) при оказании специализированной медицинской помощи вне зависимости от ее формы являются лечащий врач и, либо консультант, либо врачи, являющиеся участниками консилиума. Проведения ТМК медицинскими организациями осуществляется на основании ее подключения к телемедицинской системе Минздрава РФ в защищенном режиме. Проведенная оценка деятельности Центра ТМТ выявила, что доля детей первого года жизни в общем числе детских консультаций в 2020 году составила 12,0%, в 2021 году – 10,1% и в 2022 году – 12,9%. Соответственно за три года доля ТМК детей первого года жизни выросли на 7,0%. Установлено (рисунок 4.1), что наиболее частая потребность была в консультациях по педиатрии (неонатологии) и за изучаемый период их доля выросла в 1,8 раз с 51,2% до 90,4% ( $p < 0,05$ ).

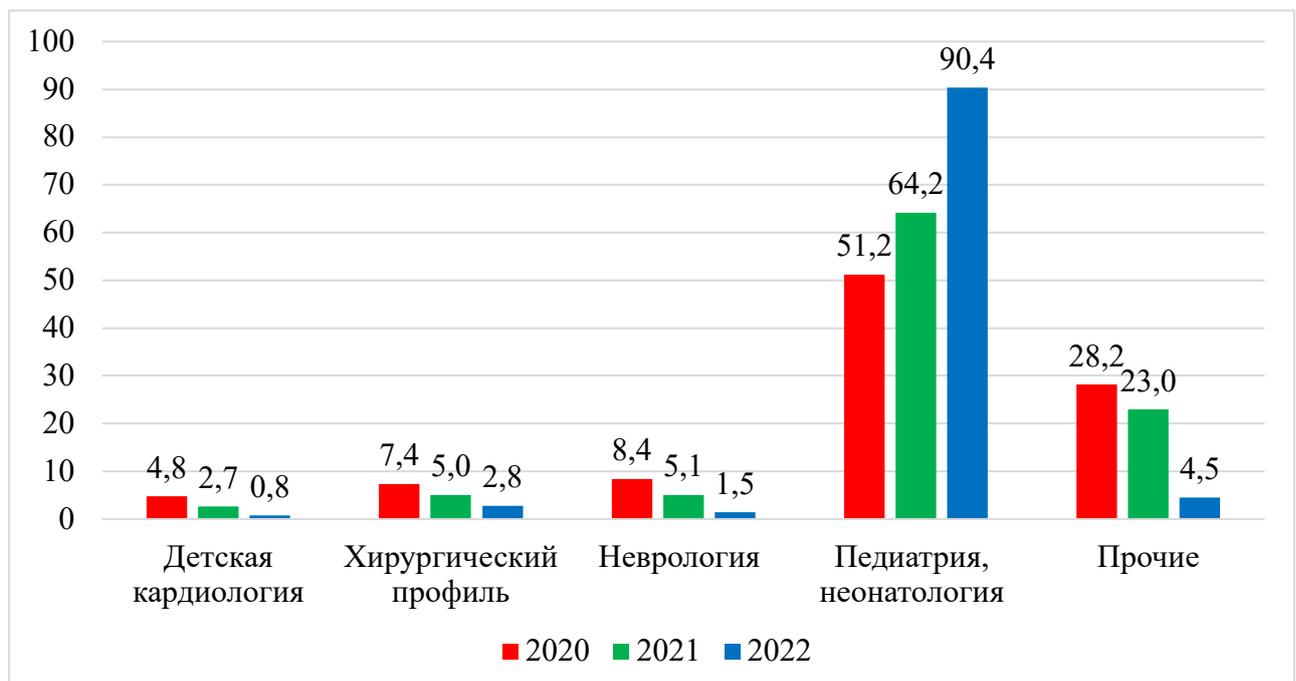


Рисунок 4.1 - Распределение телемедицинских консультаций по профилю патологии (в %)

В то же время существенно снизился удельный вес ТМК хирургического профиля (в 2,6 раза;  $p > 0,05$ ), по детской кардиологии (в 6,0 раз;  $p > 0,05$ ), неврологии (в 5,6 раз;  $p < 0,05$ ) и прочим профилям патологии (в 6,3 раза;  $p < 0,05$ ).

Оценка распределения ТМК по форме оказания медицинской помощи выявила, что наиболее частым в консультировании детей первого года жизни был плановый запрос, который в 2020-2022 гг. ежегодно рос и в целом за три года прирост составил 24,2% (в 1,3 раза,  $p < 0,05$ ). Также ежегодно увеличивался удельный вес запросов в неотложной форме, рост которых составил 30,0% (в 1,4 раза;  $p > 0,05$ ). При этом одновременно снижалась доля экстренных запросов – с 38,8% до 18,4%, что за изучаемый период составило – 52,6% (в 2,1 раз;  $p < 0,05$ ). Распределение телемедицинских консультаций лечащих врачей детей первого года жизни по форме оказания медицинской помощи представлено на рисунке 4.2.

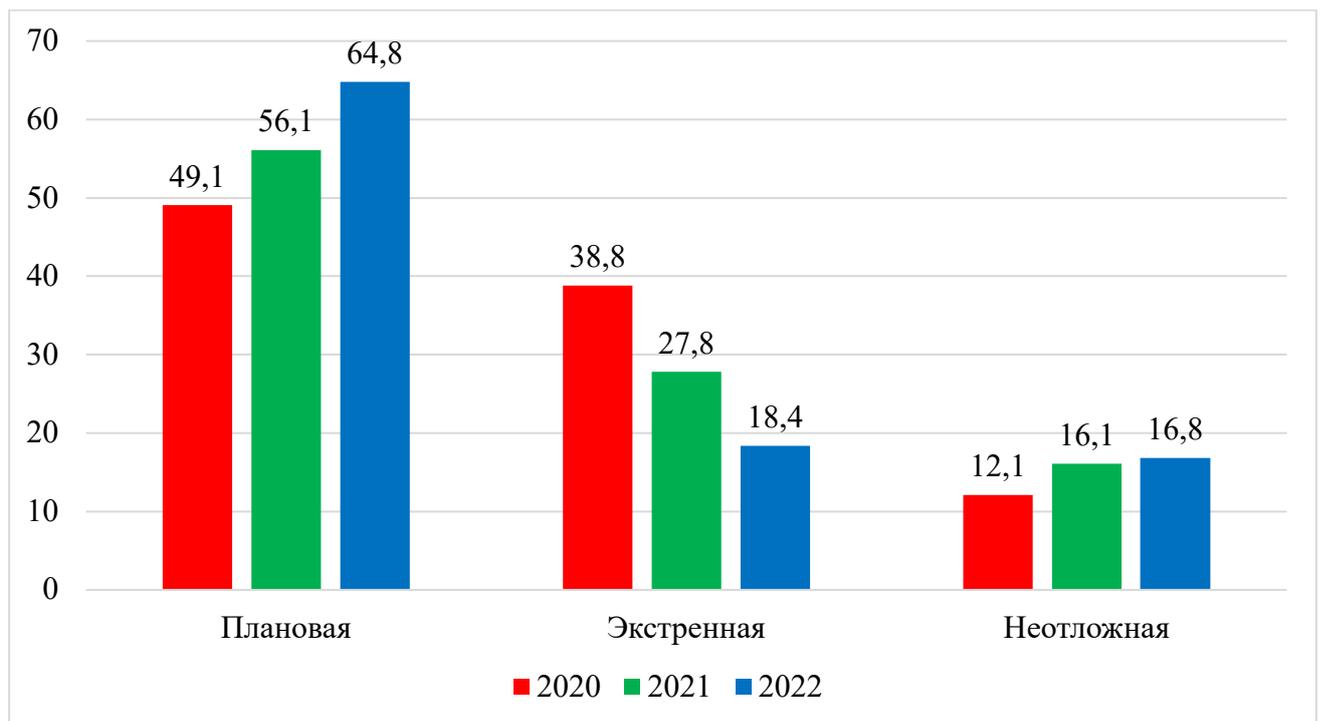


Рисунок 4.2 - Распределение телемедицинских консультаций лечащих врачей детей первого года жизни по форме оказания медицинской помощи (в %)

Анализ распределения ТМК детям первого месяца жизни по форме оказания медицинской помощи позволил установить, что сходная закономерность прослеживалась по экстренным запросам, где при ежегодном снижении за три года показатели уменьшились на 48,4%. Оценка показателей удельного веса плановых

запросов выявила снижение в 2021 году (-40,8%) и резкий рост в 2022 году (+67,4%) к уровню 2020 года, но в целом за изучаемый период рост составил 45,9%. Несмотря на то, что в целом за 2020-2022 гг. показатели удельного веса неотложных запросов выросли с 14,3% до 19,5% (+26,7%), в 2021 году показатель к уровню 2020 года вырос на 60,4%, а в 2022 году резко снизился на 46,0%. Распределение телемедицинских консультаций лечащих врачей детей первого месяца жизни по форме оказания медицинской помощи представлено на рисунке 4.3.

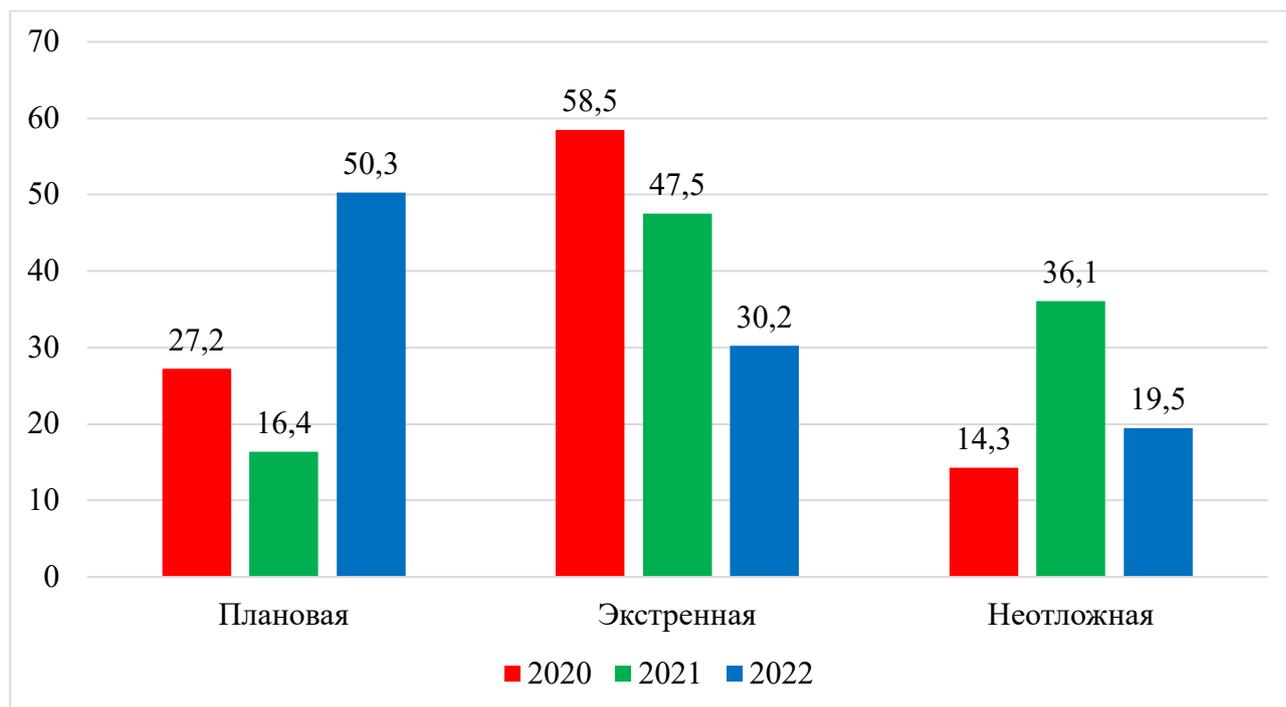


Рисунок 4.3 - Распределение телемедицинских консультаций лечащих врачей детей первого месяца жизни по форме оказания медицинской помощи (в %)

После проведения ТМК более трети ранее поставленных диагнозов детям первого года жизни были изменены или уточнены. Самая высокая частота изменения и уточнения диагноза была в 2021 год, когда были наиболее активные ковидные ограничения (12,7% и 43,5% соответственно). Наименее часто менялся или уточнялся ранее поставленный диагноз в 2020 году (5,0% и 25,7% соответственно). В постковидный период только чуть более половины диагнозов оставались без изменения, треть уточнялись, а 12,0% изменялись. В целом в 2020-2022 гг. доля измененных диагнозов выросла в 2,4 раза ( $p < 0,05$ ), уточненных – в 1,3 раза ( $p < 0,05$ ), а диагнозов, оставленных без изменения, наоборот снизился в 1,3

раза ( $p < 0,05$ ). Распределение телемедицинских консультаций лечащих врачей детей первого года жизни по характеру изменения диагноза представлено на рисунке 4.4.

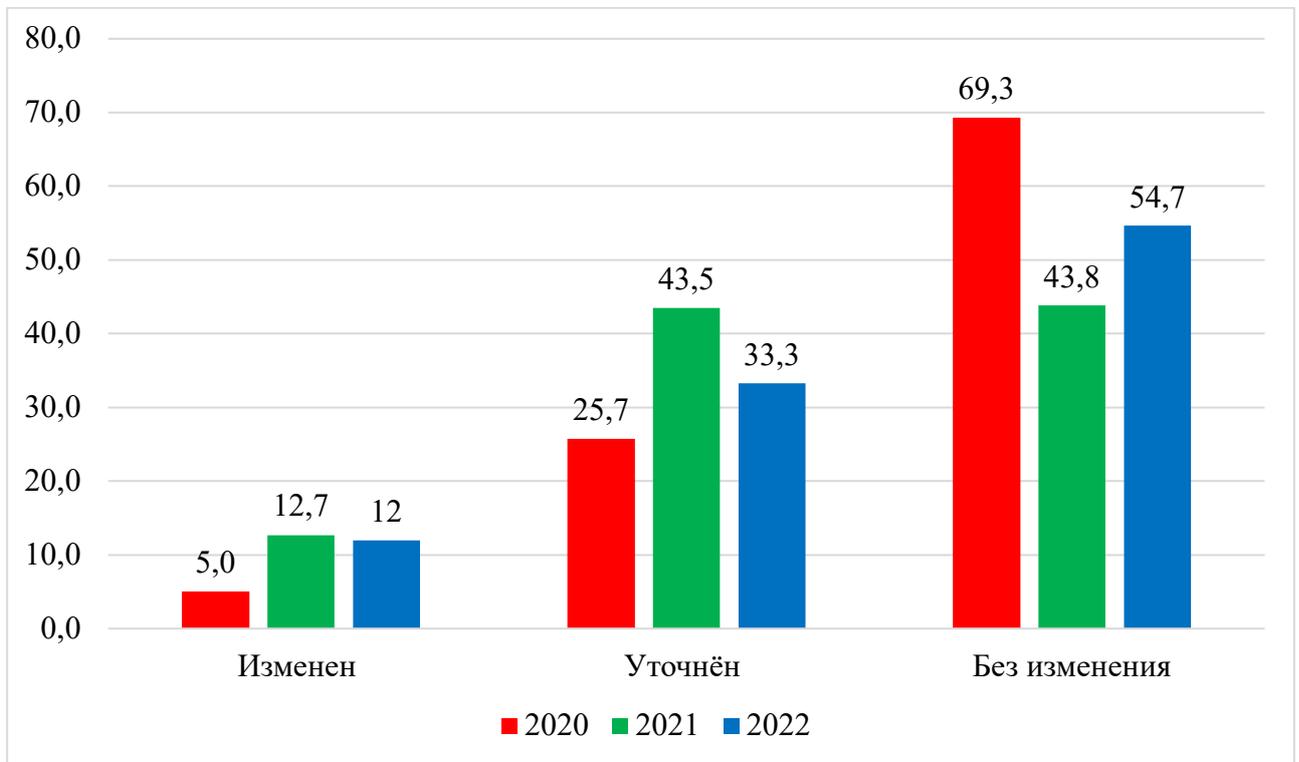


Рисунок 4.4 - Распределение телемедицинских консультаций лечащих врачей детей первого года жизни по характеру изменения диагноза (в %)

В сравнении с ТМК детей первого года, при консультировании лечащих врачей детей первого месяца жизни, чаще диагноз менялся или оставался без изменений. Наименее часто изменялся или уточнялся диагноз в 2020 году, когда после преобладающего большинства ТМК сохранялся изначально поставленный диагноз (80,3%). Оценка динамики распределения телемедицинских консультаций лечащих врачей по характеру изменения диагноза выявила, что наблюдался рост удельного веса консультаций, где менялся и уточнялся диагноз (+70,7% и +49,2% соответственно) и снижение консультаций, где диагнозы оставались без изменения (-31,1%). Распределение телемедицинских консультаций лечащих врачей детей первого месяца жизни по характеру изменения диагноза представлено на рисунке 4.5.

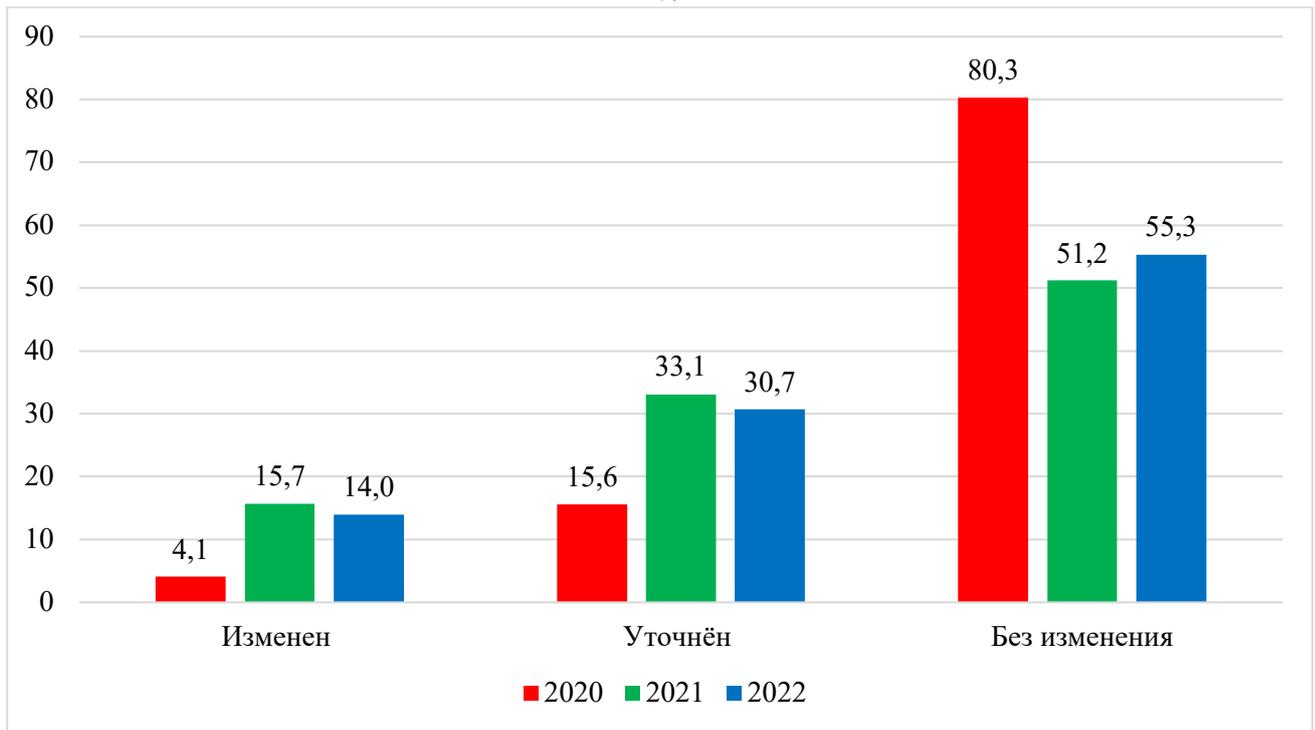


Рисунок 4.5 - Распределение телемедицинских консультаций лечащих врачей детей первого месяца жизни по характеру изменения диагноза (в %)

Оценка результатов ТМК показала, что наиболее часто детей первого года жизни после ее проведения маршрутизировали для оказания специализированной медицинской помощи на стационарный и амбулаторный этап в медицинскую организацию третьего уровня. При этом наибольшее значение удельного веса ТМК, закончившихся такой маршрутизацией, и назначением дообследования по месту жительства было в 2021 году. Самые низкие показатели удельного веса консультаций, закончившихся назначением лечения и обследования, был в 2020 году. В целом за три изучаемых года назначение маршрутизации детям первого года жизни в детский стационар 3 уровня выросло на 16,3% ( $p > 0,05$ ), на консультацию на 3 уровень - на 8,6% ( $p > 0,05$ ) и на дополнительное обследование по месту жительства – на 31,3% ( $p < 0,05$ ). Удельный вес телемедицинских консультаций детей первого года жизни по результатам оказания медицинской помощи представлен на рисунке 4.6.

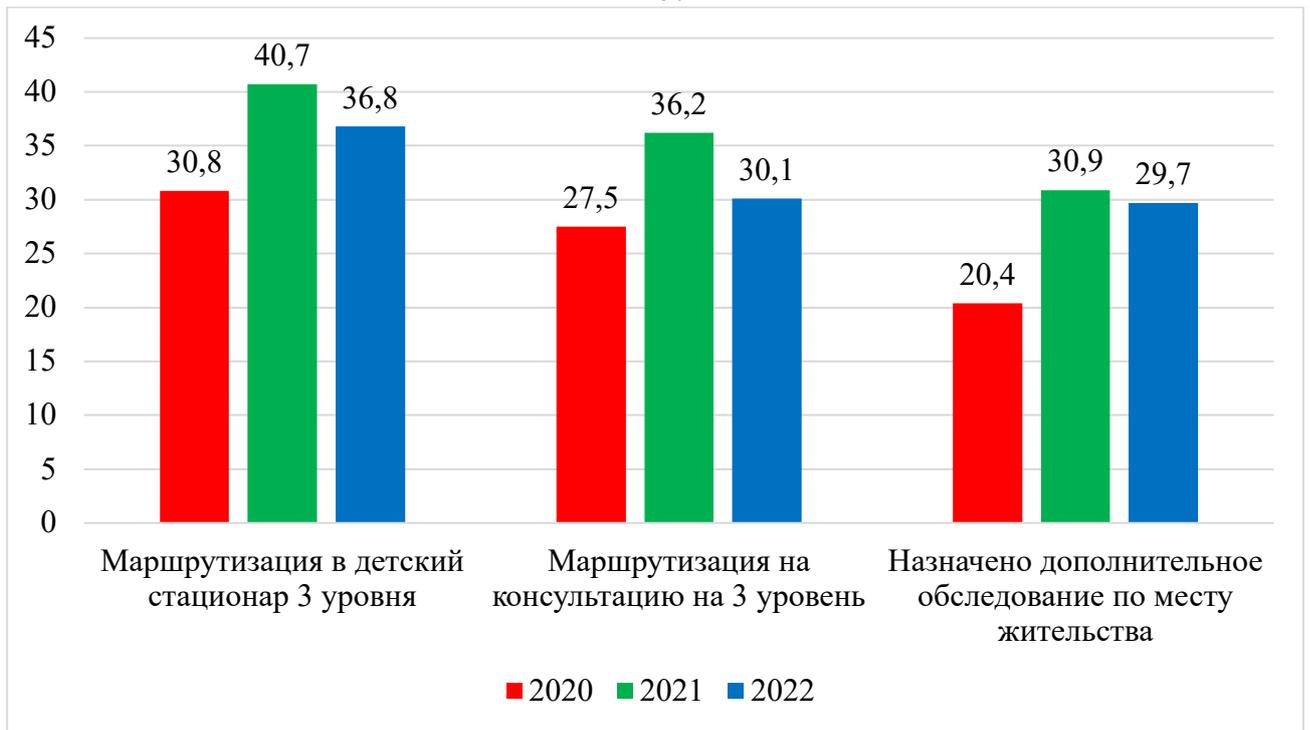


Рисунок 4.6 - Удельный вес телемедицинских консультаций детей первого года жизни по результатам оказания медицинской помощи (в %)

Проведенное исследование показало, что в 2020-2021 гг. детей первого месяца жизни по результатам оказания телемедицинской помощи чаще всего оставляли для дообследования и лечения в медицинских организациях по месту их жительства. Однако, в 2022 году удельный вес таких рекомендаций практически сравнялся с назначением маршрутизации на лечение и консультации на 3 уровень медицинских организаций (22,3% против 21,2% и 23,5% соответственно). Это было связано с ежегодным ростом направлений детей по результатам ТМК на госпитальный и амбулаторный этап в организации здравоохранения, оказывающих специализированную, в том числе ВМП, помощь. Рост маршрутизаций на 3 уровень за три года для госпитализации в детский стационар составил 57,9%, а на консультацию – 63,2%. Удельный вес телемедицинских консультаций детей первого месяца жизни по результатам оказания медицинской помощи представлен на рисунке 4.7.

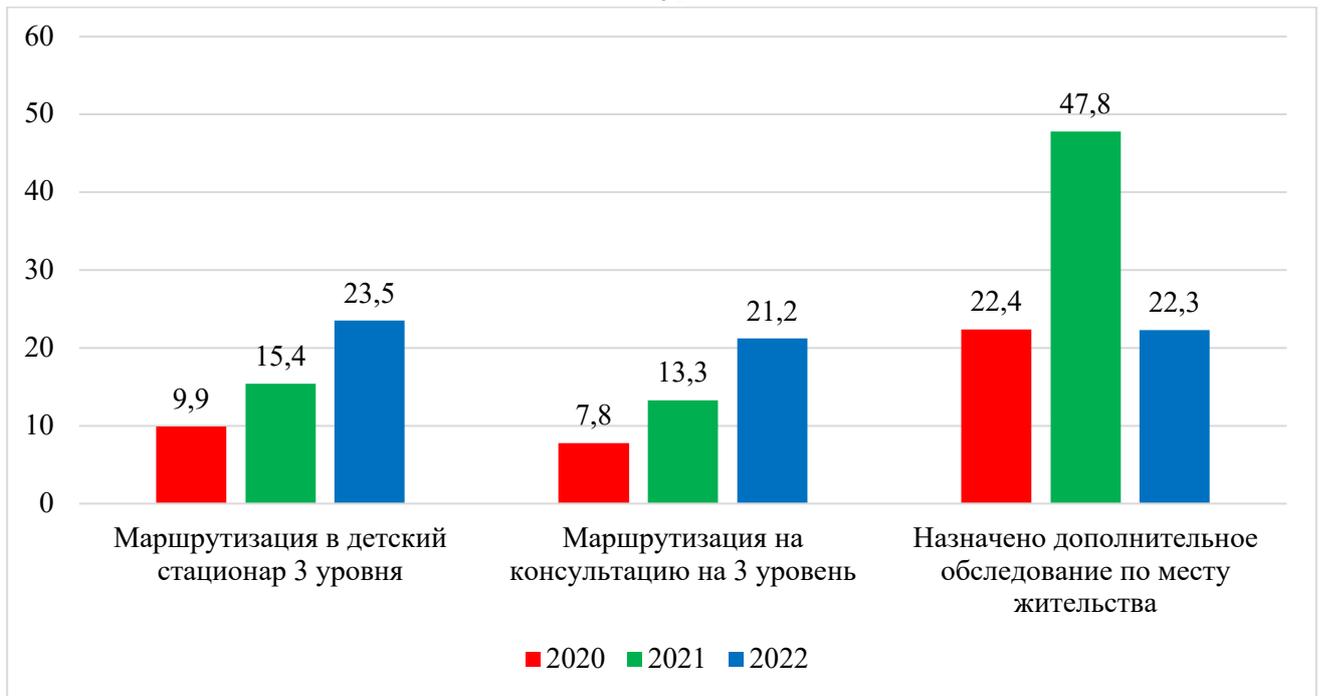


Рисунок 4.7 - Удельный вес телемедицинских консультаций детей первого месяца жизни по результатам оказания медицинской помощи (в %)

Таким образом, снижение узкоспециализированной и увеличение общепрофильной медицинской помощи детям первого года жизни с применением ТМК в 2020-2022 гг. происходило за счет снижения экстренных запросов при угрожающих жизни состояниях. Однако, у детей первого месяца жизни в год активных ковидных ограничений (2021 год) наблюдалось резкое увеличение потребности в запросах в неотложной форме за счет снижения плановых ТМК. Установлено влияние пандемии новой коронавирусной инфекции на результаты предоставления ТМК детям первого года жизни: увеличение доли измененных и уточненных диагнозов, увеличение маршрутизаций детей на обследование и лечение в организации здравоохранения 3 уровня, а также на их дообследование по месту жительства. В сравнении с результатами ТМК детей первого года, при консультировании лечащих врачей детей первого месяца жизни, наиболее часто рекомендовалось дополнительное обследование по месту жительства без маршрутизации в другие медицинские организации вышестоящего уровня.

## Глава 5 ОРГАНИЗАЦИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ

### 5.1. Характеристика госпитализаций детей первого года жизни

В случае заболевания или патологического состояния, требующего углубленного консультирования или лечения дети первого года жизни направляются для оказания специализированной помощи на стационарный этап в детские многопрофильные стационары.

Установлено, что в 2020-2022 гг. средний возраст пациентов первого года жизни, госпитализированных в детские стационары мегаполиса, вне зависимости от их уровня, был практически неизменным и составлял чуть более 5 мес. и более половины детей были мужского пола.

Среди источников финансирования пребывания детей в стационарах значительно преобладали средства ОМС, доля которых в стационарах 2 уровня была выше (в среднем за 3 года  $98,1\% \pm 1,27$ ), чем в стационарах 3 уровня (в среднем  $96,4\% \pm 1,52$ ). Удельный вес пациентов, лечение которых было оплачено из личных средств, в стационарах 2 уровня все изучаемые годы было ниже, чем в стационарах 3 уровня. Большинство детей поступали в детские стационары по направлению из детских поликлиник СПб, однако доля таких пациентов была значимо выше в стационарах 2 уровня ( $p < 0,05$ ). В детских больницах 2 уровня удельный вес таких пациентов самым высоким был в 2022 году (82,2%), а самый низкий в год пандемии (63,5%). В стационарах 3 уровня в 2020 году доля детей, поступивших по направлению из поликлиник, была 65,9%, а к 2022 году их стало чуть более половины, что произошло за счет повышения доли детей, переведённых из других детских стационаров и маршрутизации внутри больницы (+51,1% и 77,8% соответственно), а также поступивших по направлению из КДЦ (+50,0%) и госпитализированных скорой медицинской (неотложной) помощью (+6,8%). В стационарах 2 уровня в сравнении с 3 уровнем, был значительно ниже поток больных, поступивших по внешнему и внутреннему переводу.

Характеристика госпитализированных пациентов первого года жизни детских стационаров 2 и 3 уровня в 2020-2022 гг. представлена в таблице 5.1.

Таблица 5.1 - Характеристика госпитализированных пациентов первого года жизни детских стационаров 2 и 3 уровня в 2020-2022 гг. (в %)

Характеристика		Уровень стационара	2020 год	2021 год	2022 год	Динамика
Средний возраст		2 уровень	5,38±0,09	5,00±0,07	6,22±0,16	-
		3 уровень	5,78±0,10	5,08±0,11	5,19±0,10	-
Пол	мужской	2 уровень	51,4	54,5	52,0	+1,2
		3 уровень	58,9	56,56	56,6	-3,9
	женский	2 уровень	48,6	45,5	48,0	+1,2
		3 уровень	41,1	43,54	43,4	+5,3
Источник финансирования	ОМС (ВМП)	2 уровень	98,2	97,4	98,7	+0,5
		3 уровень	95,6	96,2	97,5	+2,3
	ДМС	2 уровень	1,5	2,0	1,1	-26,7
		3 уровень	1,6	0,8	0,6	-62,5
	Платно	2 уровень	0,3	0,6	0,2	-33,3
		3 уровень	2,8	3,0	2,2	-21,4
Вид направления	Поликлиника	2 уровень	79,3	63,5	82,2	+3,5
		3 уровень	65,9*	55,6	52,3*	-21,9
	Самотек	2 уровень	4,2	10,0	5,5	+23,6
		3 уровень	11,6	9,8	11,3	-2,6
	Перевод из другого стационара	2 уровень	1,7	2,4	1,3	-23,5
		3 уровень	11,2*	19,2	22,9*	+51,1
	Скорая (неотложная) помощь	2 уровень	14,2	23,5	10,2	-28,2
		3 уровень	10,9	13,6	11,7	+6,8
	Внутрибольничный перевод	2 уровень	0,6	0,6	0,8	+25,0
		3 уровень	0,4	1,8	1,8	+77,8
Тип госпитализации	Экстренный	2 уровень	93,1	100,0	95,6	+2,6
		3 уровень	65,5*	46,7	46,5*	-29,0
	Плановый	2 уровень	6,9	-	4,4	-36,2
		3 уровень	34,5*	53,3	53,5*	+35,5

\*статистически значимая разница между показателями 2020 года и 2022 года (p < 0,05)

В стационарах 2 уровня значительно преобладала экстренная госпитализация и доля пациентов, госпитализированных планово, в сравнении с 3 уровнем была гораздо ниже. В стационарах 3 уровня наиболее высокая частота экстренных госпитализаций наблюдалась в год начала пандемии COVID-19. Начиная с 2021 г., стала преобладать плановая госпитализация и целом за три года снижение потока экстренных пациентов составило 29,1% [110].

Оценка распределения пациентов по профильным отделениям в детских стационарах 2 уровня выявила, что в 2020-2022 гг. наиболее часто дети первого года жизни становились пациентами отделений педиатрического (в том числе отделения патологии новорожденных и детей грудного возраста (ОПНиДГВ)) и инфекционного профилей (рисунок 5.1). В период карантинных ограничений 2021 года, выросла доля детей, госпитализированных в хирургические, инфекционные и прочие отделения, а снизилась – в педиатрические.

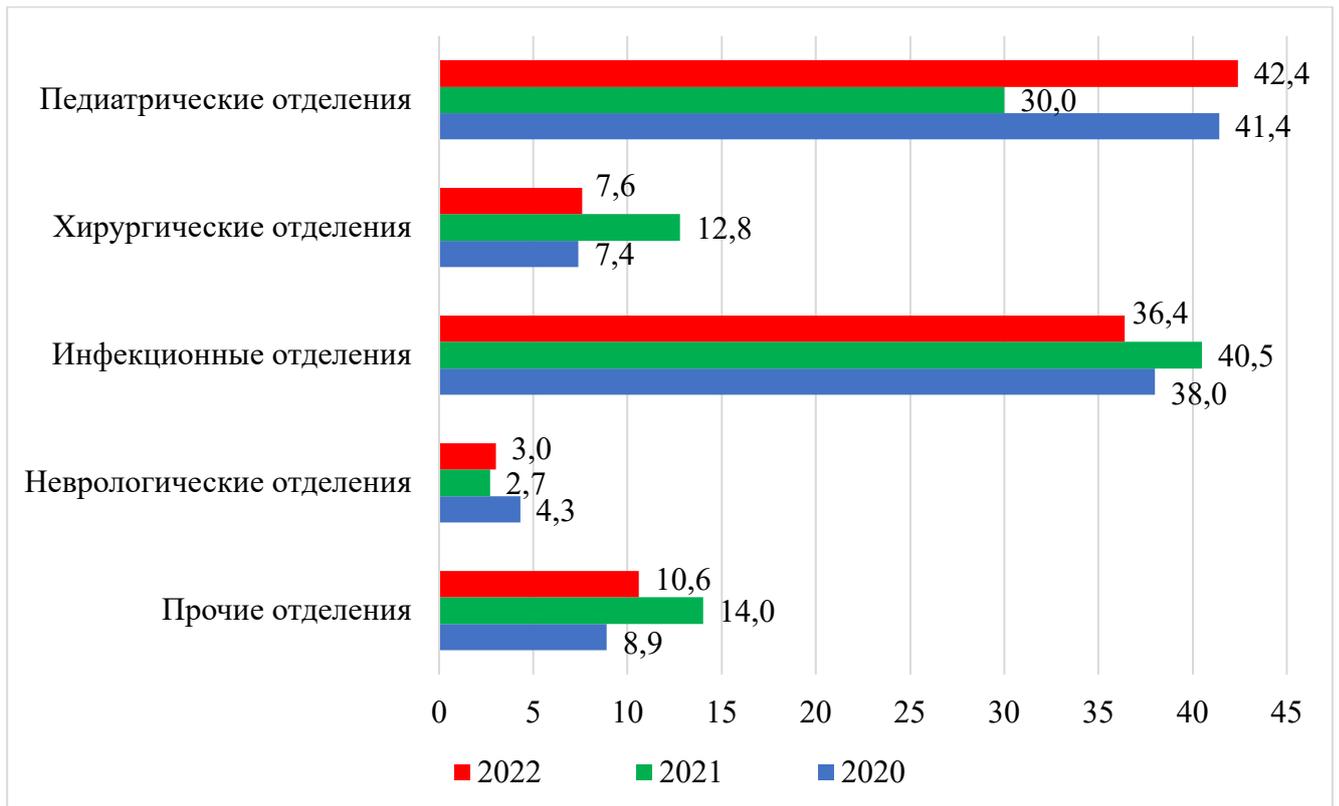


Рисунок 5.1 - Распределение госпитализированных пациентов первого года жизни по профильным отделениям в детских стационарах 2 уровня в 2020-2022 гг. (в % к итогу)

Анализ распределения больных по отделениям выявил (рисунок 5.2), что в детских стационарах 3 уровня чаще всего дети получали лечение на отделениях педиатрического и хирургического профиля, а также в офтальмологическом отделении. За три изучаемых года снизился поток пациентов в педиатрических (в том числе ОПНиДГВ) (-3,1%) и хирургических (-32,6%) отделениях, а также отделение офтальмологии (-19,1%), а вырос - в инфекционные (+42,2%), кожно-венерологическое (+39,4%) и прочие (+30,5%) отделения [110].

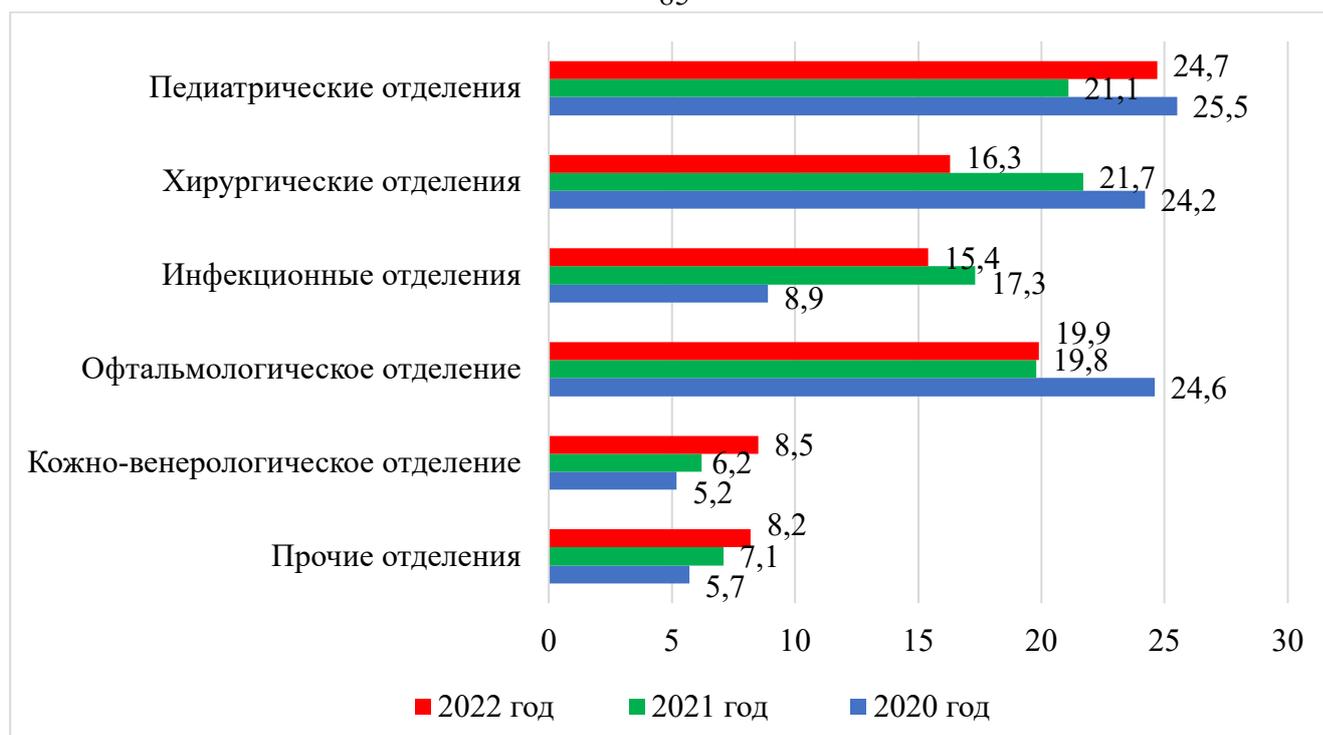


Рисунок 5.2 - Распределение госпитализированных пациентов первого года жизни по профильным отделениям в детском стационаре 3 уровня в 2020-2022 гг. (в % к итогу)

Для оценки потребности в специализированной медицинской помощи наибольшее значение имеют показатели госпитализированной заболеваемости населения, среди которых наиболее важными являются частота госпитализации и средняя длительность пребывания детей на больничной койке. Проведенная оценка частоты госпитализации детей первого года жизни в зависимости от класса болезней по МКБ-Х выявила (таблица 5.2), что наиболее часто в 2020-2022 гг. дети госпитализировались в детские больницы 2 уровня с болезнями органов дыхания; отдельными состояниями, возникающими в перинатальном периоде; некоторыми инфекционными и паразитарными болезнями и ВПР [110]. Оценка динамики частоты госпитализации пациентов позволила установить, что показатели по всем вышеперечисленным классам болезней росли, за исключением болезней органов дыхания, у которых наблюдалось незначительное снижение уровня госпитализации детей (-4,0%). Кроме того, за три года снизилась частота госпитализации детей с болезнями мочеполовой системы (-32,6%), эндокринной системы (-17,2%), органов пищеварения (-14,6%) и прочими классами болезней (-32,0%), среди которых был COVID-19. Оценка его влияния на госпитализации

детей первого года жизни выявила, что новая коронавирусная инфекция значительно повлияла на уровень госпитализации детей. В 2021 году, в сравнении с 2020 и 2022 гг., наблюдался рост госпитализаций детей с болезнями органов дыхания и снижение - с болезнями эндокринной системы, органов пищеварения, ВПР, а также с отдельными состояниями, возникающими в перинатальном периоде. Анализ частоты госпитализации детей первого года жизни в стационары 3 уровня показал, что в изучаемый период в них значительно преобладали пациенты с ВПР, с болезнями органов дыхания, а также с болезнями кожи и подкожной клетчатки, уровень госпитализации которых в течении 2020-2022 гг. вырос (+17,0%; +4,0% и +22,3% соответственно). Кроме того, наблюдался довольно высокий уровень госпитализаций детей с болезнями органов пищеварения, который за изучаемый период снизился (-24,6%). За три исследуемых года, наряду с тремя лидирующими по значению показателями, вырос уровень госпитализации пациентов с отдельными состояниями, возникающими в перинатальном периоде (+42,3%) и некоторыми инфекционными и паразитарными болезнями (+3,7%). При этом снизилась частота госпитализаций детей с болезнями глаза и его придаточного аппарата (-76,0%), эндокринной системы (-75,9%), крови, кроветворных органов и отдельными нарушениями, вовлекающими иммунный механизм (-40,7%), мочеполовой системы (-27,3%) и прочими болезнями (-43,0%). Как и при оценке госпитализаций детей в стационары 2 уровня, установлено влияние COVID-19 на уровень госпитализации пациентов первого года жизни [74, 110]. В 2021 году наблюдалось увеличение госпитализаций детей с ВПР и болезнями органов дыхания, при снижении потока пациентов с болезнями глаза и его придаточного аппарата, а также с некоторыми инфекционными и паразитарными болезнями. Частота госпитализации детей первого года жизни в зависимости от класса болезней по МКБ-Х в 2020-2022 гг. представлена в таблице 5.2.

Таблица 5.2 - Частота госпитализации детей первого года жизни в зависимости от класса болезней по МКБ-Х в 2020-2022 гг. (в ‰)

Класс болезней по МКБ-Х	2020		2021		2022		Среднее за 3 года / динамика (в ‰)	
	2 уровень	3 уровень	2 уровень	3 уровень	2 уровень	3 уровень	2 уровень	3 уровень
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни (A00-B99)	71,43	21,35	83,33	17,87	95,16	22,16	83,31 /+24,9	20,43 /+3,7
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм (D50-D89)	-	74,73	-	44,68	-	44,33	-	54,58 /- 40,7
Болезни эндокринной системы (E00-E90)	19,48	25,80	15,32	10,72	16,13	6,21	16,98 /- 17,2	14,24 /- 75,9
Болезни глаза и его придаточного аппарата (H00-H59)	-	99,64	-	17,87	-	23,94	-	47,15 /- 76,0
Болезни органов дыхания (J00-J99)	285,7 1	117,4 4	332,3 7	147,4 5	274,1 9	122,3 4	297,42 /-4,0	129,04 /+4,0
Болезни органов пищеварения (K00-K93)	72,86	105,8 7	58,56	95,62	62,24	79,79	64,55 /- 14,6	93,73 /- 24,6
Болезни кожи и подкожной клетчатки (L00-L99)	-	97,86	-	105,4 5	-	125,8 9	-	109,73 /+22,3
Болезни мочеполовой системы (N00-N99)	71,78	85,41	67,78	80,43	48,39	62,06	62,65 /- 32,6	75,97 /- 27,3
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде (P00-P96)	250,0 0	44,48	224,2 4	64,34	322,5 8	77,13	265,61 /+22,5	61,98 /+42,3
Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения (Q00-Q99)	76,41	238,4 3	55,56	292,2 3	80,65	287,2 3	70,87 /+5,3	272,63/+ 17,0
Прочие	59,29	6,23	53,34	6,26	40,33	3,55	50,99 /- 32,0	5,35 /- 43,0

\*статистически значимая разница между показателями 2020 года и 2022 года (p &lt; 0,05)

Сравнительная оценка показала, что частота госпитализации пациентов в зависимости от уровня стационара выявила, что есть существенные различия между показателями. В стационарах 2 уровня значительно больше пациентов, госпитализированных с отдельными состояниями, возникающие в перинатальном периоде (в 4,3 раза), некоторыми инфекционными и паразитарными болезнями (в 4,0 раза) и болезнями органов дыхания (в 2,3 раза). А в детских больницах 3 уровня более часто госпитализируют детей с ВПР (в 3,8 раза), болезнями органов пищеварения (в 1,5 раза) и мочеполовой системы (в 1,2 раза). Кроме того, в стационарах 2 уровня практически не было пациентов с болезнями крови, кроветворных органов и отдельными нарушениями, вовлекающими иммунный механизм; болезнями глаза и его придаточного аппарата, а также с болезнями кожи и подкожной клетчатки, так как эти пациенты на первом году жизни по основному диагнозу госпитализируются на лечение в узкоспециализированные профильные отделения детских больниц 3 уровня [70, 74]. Средняя частота госпитализации детей первого года жизни в детских стационарах 2 и 3 уровней в зависимости от класса болезней по МКБ-Х в 2020-2022 гг. представлена на рисунке 5.3.



Рисунок 5.3 - Средняя частота госпитализации детей первого года жизни в детских стационарах 2 и 3 уровней в зависимости от класса болезней по МКБ-Х в 2020-2022 гг. (в %)

Как показало исследование, наиболее длительно в детских больницах 2 уровня находились дети первого года жизни с отдельными состояниями, возникающими в перинатальном периоде, болезням органов дыхания, эндокринной системы и мочеполовой системы. Установлено, что в 2020-2022 гг. выросла средняя длительность пребывания пациента на койке с некоторыми инфекционными и паразитарными болезнями (+44,8%), болезням эндокринной системы (+19,1%) и мочеполовой системы (+16,1%), органов дыхания (+4,7%) и прочими болезнями (+23,7%) и снизилась – у детей с болезнями органов пищеварения (-20,6%) и с ВПР (-7,6%). Наибольшая средняя длительность пребывания в детском стационаре 3 уровня была у детей с болезнями крови, кроветворных органов и отдельными нарушениями, вовлекающими иммунный механизм; болезнями мочеполовой и эндокринной системы, а также с отдельными состояниями, возникающими в перинатальном периоде [70, 71, 74]. Оценка динамики средней длительности пребывания пациента первого года жизни на койке выявила, что за три года наиболее значительно выросли сроки лечения детей с болезнями глаза и его придаточного аппарата (+67,2%), некоторыми инфекционными и паразитарными болезнями (+50,6%) и болезнями органов пищеварения (+35,6%) и снизились болезнями эндокринной системы (-44,0%), отдельными состояниями, возникающими в перинатальном периоде (-29,3%) и с ВПР (28,6%). Сравнение средней длительности пребывания детей первого года жизни в стационарах в зависимости от уровня выявило, что в детских больницах 2 уровня пациенты находились более длительно по всем классам МКБ-Х, кроме болезней мочеполовой системы (рисунок 5.4). Средняя длительность пребывания пациентов первого года жизни на койке в зависимости от класса болезней по МКБ-Х в 2020-2022 гг. представлена в таблице 5.3 и на рисунке 5.4.

Таблица 5.3 - Средняя длительность пребывания пациентов первого года жизни на койке в зависимости от класса болезней по МКБ-Х в 2020-2022 гг. (M±m дней)

Класс болезней по МКБ-Х	2020		2021		2022		Среднее за 3 года / динамика (в %)	
	2 уровень	3 уровень	2 уровень	3 уровень	2 уровень	3 уровень	2 уровень	3 уровень
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни (A00-B99)	7,11± 2,98	5,63± 1,19*	8,86± 3,28	8,25± 1,77	12,89± 2,16	11,40± 5,32*	9,62± 2,80 /+44,8	8,43± 2,76 /+50,6
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм (D50-D89)	-	13,33± 11,34	-	8,60± 1,81	-	16,33± 8,31	-	12,75± 7,15 /+18,4
Болезни эндокринной системы (E00-E90)	8,91± 1,96	6,31± 2,53*	13,12± 3,22	14,42± 2,28	11,02± 2,54	11,28± 6,65*	11,02± 2,57 /+19,1	10,67± 3,82 /- 44,0
Болезни глаза и его придаточного аппарата (H00-H59)		1,93± 0,23*		4,55± 1,03		5,89± 0,94*	-	4,12± 0,73 /+67,2
Болезни органов дыхания (J00-J99)	12,00± 3,84	6,51± 0,64	10,17± 1,94	9,05± 2,70	12,59± 5,85	6,49± 0,53	11,58± 3,88 / +4,7	7,35± 1,29 /- 4,7
Болезни органов пищеварения (K00-K93)	9,48± 1,76	4,26± 0,83	8,51± 1,57	5,07± 0,95	7,53± 2,13	6,61± 1,74	8,51± 1,81 /- 20,6	5,31± 1,16 /+35,6
Болезни кожи и подкожной клетчатки (L00-L99)	-	4,65± 0,40	-	4,37± 0,29	-	4,01± 0,31	-	5,44± 0,33 /- 13,8
Болезни мочеполовой системы (N00-N99)	12,02± 5,13	10,31± 0,83	12,78± 4,44	12,74± 1,54	14,33± 6,36	10,80± 0,82	9,71± 5,31 / +16,1	11,28± 1,06 / +4,5
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде (P00-P96)	15,43± 2,82	13,72± 3,15*	15,75± 3,40	10,06± 1,18	13,01± 3,83	9,69± 1,94*	14,73± 3,35 /- 15,7	11,16± 2,09 /- 29,3
Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения (Q00-Q99)	8,78± 3,54	6,54± 0,78*	9,01± 4,23	7,43± 0,71	8,11± 3,09	4,67± 0,35*	8,63± 3,62 /- 7,6	6,21± 0,61 /- 28,6
Прочие	8,75± 4,64	9,13± 2,96	14,32± 6,76	13,8± 5,66	11,47± 4,21	10,13± 3,00	11,51± 5,20 / +23,7	11,02± 3,87 /+9,9

\*статистически значимая разница между показателями 2020 года и 2022 года (p &lt; 0,05)

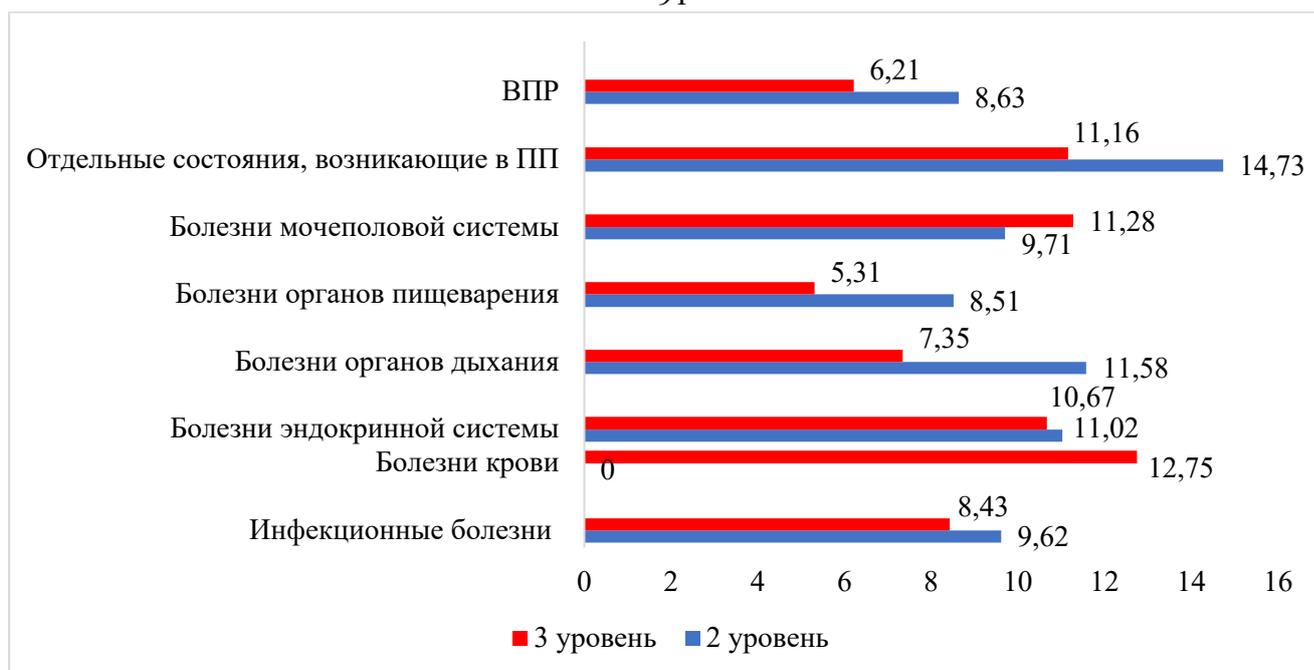


Рисунок 5.4 - Средняя длительность пребывания пациентов первого года жизни в детских стационарах 2 и 3 уровней в зависимости от класса болезней по МКБ-Х в 2020-2022 гг. (в днях)

Таким образом, есть существенные различия между показателями госпитализации пациентов в зависимости от уровня стационара. Пациенты первого года жизни в стационары 2 уровня чаще всего экстренно госпитализировались по направлению из поликлиники в отделения педиатрического и инфекционного профилей с болезнями органов дыхания; отдельными состояниями, возникающими в ПП; некоторыми инфекционными и паразитарными болезнями и ВПР. В стационарах 3 уровня более половины пациентов поступают в плановом порядке по внешнему и внутреннему переводу в отделения педиатрического и хирургического профиля с ВПР, болезнями кожи и подкожной клетчатки, болезнями органов дыхания и пищеварения. Длительность пребывания пациентов в стационарах 2 уровня была выше, чем в стационарах 3 уровня, по всем классам МКБ-Х, кроме болезней мочеполовой системы. Новая коронавирусная инфекция значительно повлияла на уровень госпитализации детей [70].

## 5.2. Характеристика госпитализаций детей первого месяца жизни

Исследование выявило, что пациенты, госпитализированные в первый месяц жизни, как в стационары 2 уровня, так и 3 уровня, по полу в 2020-2022 гг.

распределялись приблизительно поровну, а источником финансирования лечения практически у всех детей были средства ОМС. Большая часть детей в изучаемый период поступали в больницы 2 уровня по переводу из другого стационара (58,6-63,5%), а в больницы 3 уровня – по внутрибольничному переводу (79,7-85,4%). В стационарах 2 уровня было значительно больше детей, которых направила поликлиника и доставила скорая (неотложная) помощь, и меньше пациентов, доставленных родителями в больницу самостоятельно, чем на 3 уровне. Характеристика госпитализированных пациентов первого месяца жизни детских стационаров 2 и 3 уровня в 2020-2022 гг. представлена в таблице 5.4.

Таблица 5.4 - Характеристика госпитализированных пациентов первого месяца жизни детских стационаров 2 и 3 уровня в 2020-2022 гг. (в %)

Характеристика		Уровень стационара	2020 год	2021 год	2022 год	Динамика	
Пол	мужской	2 уровень	55,6	57,1	56,5	+1,6	
		3 уровень	49,3	50,5	52,6	+6,3	
	женский	2 уровень	44,4	42,9	43,5	-2,0	
		3 уровень	50,7	49,5	47,4	-6,5	
Источники финансирования	ОМС (ВМП)	2 уровень	100,0	100,0	100,0	-	
		3 уровень	100,0	99,0	100,0	-	
	ДМС	2 уровень	-	-	-	-	
		3 уровень	-	1,0	-	-	
	Платно	2 уровень	-	-	-	-	
		3 уровень	-	-	-	-	
Вид направления	Поликлиника	2 уровень	10,1	12,8	11,4	+11,4	
		3 уровень	8,7	6,8	5,3	-39,1	
	Самотек	2 уровень	-	1,3	1,6	+100,0	
		3 уровень	11,6	3,9	4,2	-63,8	
	Перевод из другого стационара	2 уровень	63,5	58,6	60,4	-4,9	
		3 уровень	-	1,9	2,1	+100,0	
	Скорая (неотложная) помощь	2 уровень	15,6	20,9	17,2	+9,3	
		3 уровень	-	1,9	4,2	+100,0	
	Внутрибольничный перевод	2 уровень	10,8	6,4	9,4	-13,0	
		3 уровень	79,7	85,4	84,2	+5,3	
	Тип госпитализации	Экстренный	2 уровень	88,9	98,5	96,3	+7,7
			3 уровень	66,7	30,1	32,6	-51,1
Плановый		2 уровень	11,1	1,5	3,7	-66,7	
		3 уровень	33,3	69,9	67,4	+50,6	

\*статистически значимая разница между показателями 2020 года и 2022 года ( $p < 0,05$ )

Оценка структуры пациентов в зависимости от типа госпитализации показала, что в стационары 2 уровня в 2020-2022 гг. преобладающее большинство

были госпитализированы экстренно (88,9-98,5%) и доля плановой госпитализации была самой низкой в 2021 год (1,5%), а самой высокой в 2020 году (11,1%). В стационары 3 уровня в 2020 году две трети пациентов поступали экстренно, но начиная с 2021 года соотношение пациентов изменилось на преобладание плановой госпитализации, а пациентов с экстренной госпитализацией стало чуть более 30%.

Оценка распределения пациентов по профильным отделениям в стационарах 2 и 3 уровней вывила (рисунок 5.5 и 5.6), что в изучаемый период наиболее часто дети первого месяца жизни были госпитализированы в ОПНиДГВ. Однако, в стационарах 2 уровня на втором месте по числу госпитализаций вышли отделения педиатрического профиля, а в стационарах 3 уровня – ОАРИТН. Кроме того, в детских больницах 3 уровня было значительно больше пациентов, госпитализированных с COVID-19 и в отделения хирургического профиля [79].

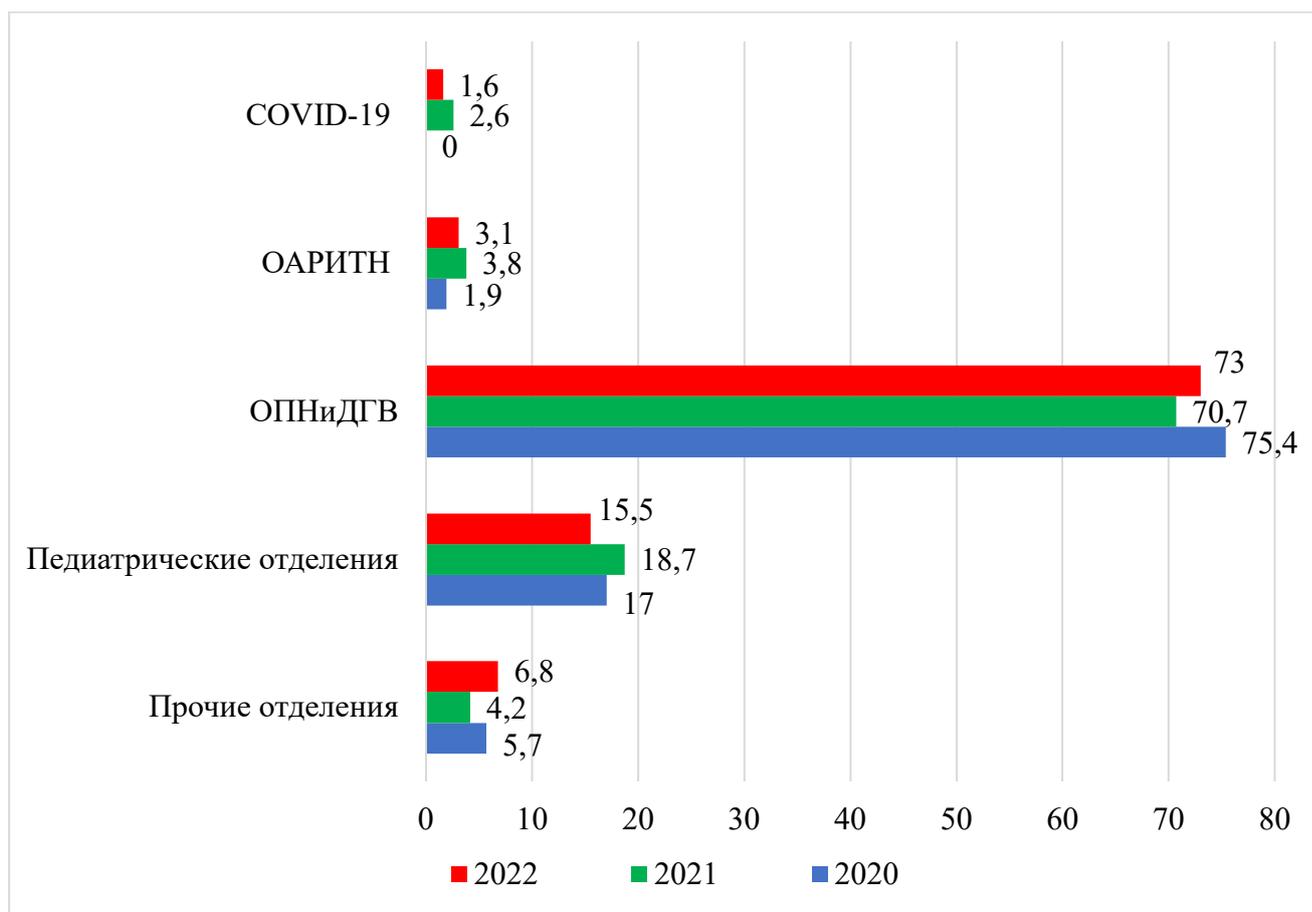


Рисунок 5.5 - Распределение госпитализированных пациентов первого года жизни по профильным отделениям в детских стационарах 2 уровня в 2020-2022 гг. (в % к итогу)

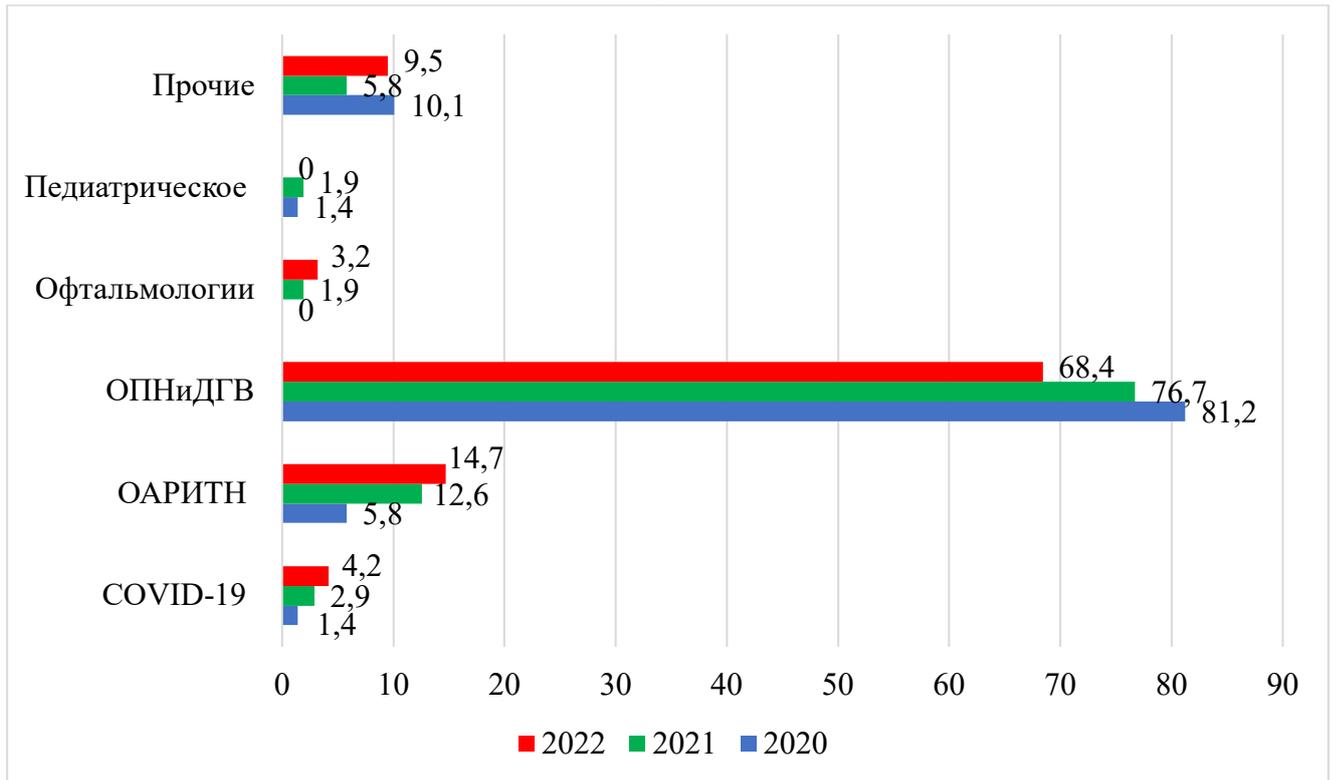


Рисунок 5.6 - Распределение госпитализированных пациентов первого месяца жизни по профильным отделениям в детских стационарах 3 уровня в 2020-2022 гг. (в % к итогу)

Оценка частоты госпитализации в зависимости от класса болезней по МКБ-10 показала, что вне зависимости от уровня стационара в 2020-2022 гг. наиболее высокий уровень госпитализаций был у пациентов с отдельными состояниями, возникающими в ПП и с ВПР. Третье ранговое место по частоте госпитализаций различались: на 2 уровне это были болезни органов дыхания, а на 3 уровне - болезни эндокринной системы. Анализ показателей частоты госпитализации за три года позволил установить наличие разнонаправленной динамики по всем классам заболеваний МКБ-Х, как в стационарах 2 уровня, так и на 3 уровне. Однако, если оценивать изменение показателей в 2022 году к уровню 2020 года, то на всех уровнях стационаров наблюдается снижение по наиболее встречаемым классам болезней: отдельным состояниям, возникающим в ПП и ВПР [79].

Кроме того, в стационарах 2 уровня снизилась частота госпитализации детей с болезнями органов дыхания, с некоторыми инфекционными и паразитарными болезнями, а также с болезнями органов пищеварения и выросли

показатели госпитализаций пациентов с болезнями эндокринной и мочеполовой систем (таблица 5.5).

Таблица 5.5 - Частота госпитализации детей первого месяца жизни в зависимости от класса болезней по МКБ-Х в 2020-2022 гг. (в ‰)

Класс болезней по МКБ-Х	2020		2021		2022		Среднее за 3 года / динамика (в ‰)	
	2 уровень	3 уровень	2 уровень	3 уровень	2 уровень	3 уровень	2 уровень	3 уровень
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни (A00-B99)	18,51	-	14,29	-	17,04	-	19,92 / -7,9	-
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм (D50-D89)	-	14,49	-	38,83	-	42,11	0,00	17,77 / +65,6
Болезни эндокринной системы (E00-E90)	-	72,46	10,10	9,71	11,48	10,52	10,01 / +100,0	27,39 / -85,5
Болезни органов дыхания (J00-J99)	75,52	-	55,7	38,83	63,88	21,10	65,03 / -15,4	12,94 / +100,0
Болезни органов пищеварения (K00-K93)	33,27	-	21,43	-	37,39	-	30,70 / -11,0	-
Болезни мочеполовой системы (N00-N99)	17,12	-	21,21	29,13	35,44	52,63	24,59 / +51,7	9,71 / +100,0
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде (P00-P96)	643,98	478,26	688,74	572,81	632,97	452,63	655,23 / -1,7	350,36 / -5,4
Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения (Q00-Q99)	88,33	333,33	71,75	233,10	63,12	242,11	74,40 / -28,5	188,81 / -27,7
Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения (Z00-Z99)	-	14,49	-	29,13	-	21,06	-	14,54 / +31,2
Прочие	122,22	86,94	116,78	58,25	138,68	158,42	125,89 / +11,9	48,40 / +45,1

\*статистически значимая разница между показателями 2020 года и 2022 года (p < 0,05)

В стационарах 3 уровня отмечался рост частоты болезней крови, болезней мочеполовой системы, а уровня госпитализации детей с факторами, влияющими на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения [71,79].

При этом в стационаре 3 уровня снизились только госпитализации детей с болезнями эндокринной системы. Частота госпитализации детей первого месяца жизни в зависимости от класса болезней по МКБ-Х в 2020-2022 гг. представлена в таблице 5.5.

Проведенная сравнительная оценка частоты госпитализации детей показала, что в стационарах 2 уровня, в сравнении со стационарами 3 уровня, частота госпитализаций пациентов с болезнями органов дыхания была выше в 5,0 раз, болезнями мочеполовой системы – в 2,5 раза и с отдельными состояниями, возникающими в ПП, в 1,9 раз (рисунок 5.7).

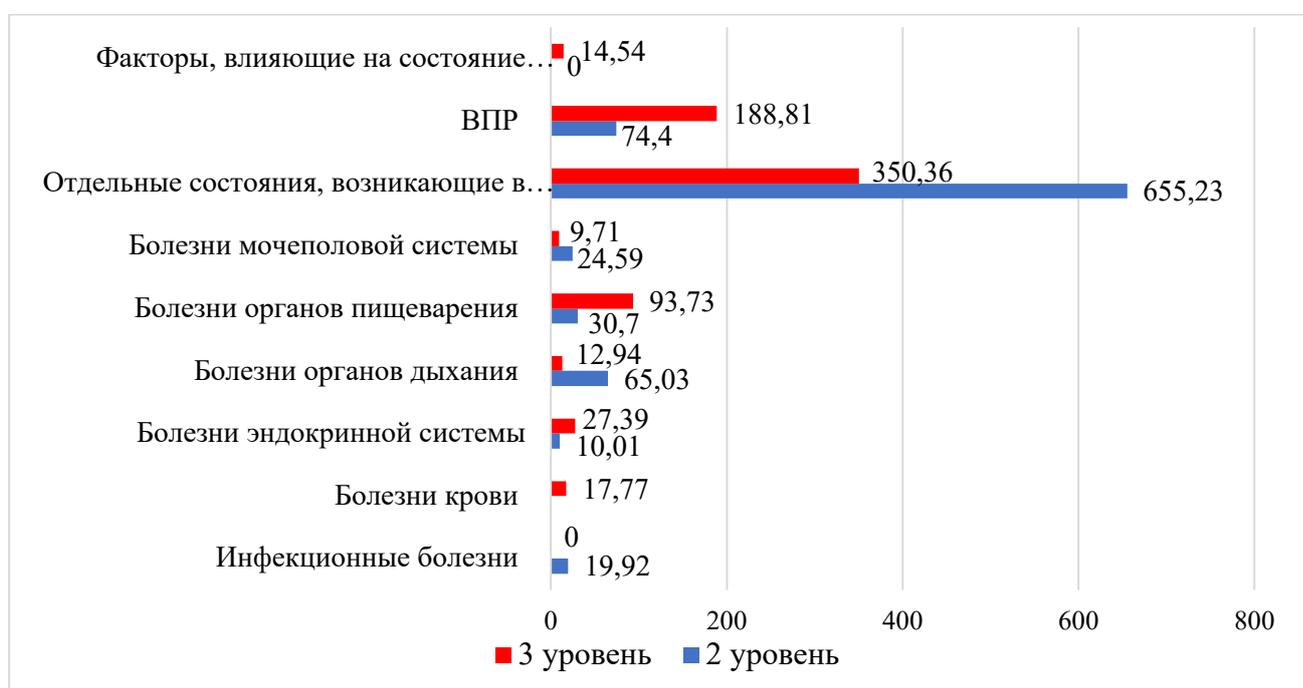


Рисунок 5.7 - Средняя частота госпитализации детей первого месяца жизни в детских стационарах 2 и 3 уровней в зависимости от класса болезней по МКБ-Х в 2020-2022 гг. (в %)

А в стационарах 3 уровня в 2,7 раза выше частота госпитализаций детей с болезнями эндокринной системы и в 2,5 раз - с ВПР. Кроме того, в стационарах 2 уровня, в отличие от 3 уровня, не было госпитализированных пациентов первого месяца жизни с болезнями крови и с факторами, влияющими на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения (с наличием колостомы или гастростомы). А в детских больницах 3 уровня не наблюдалось детей,

госпитализированных с некоторыми инфекционными и паразитарными болезнями и болезнями органов пищеварения.

Наибольшая средняя длительность пребывания на койке в стационарах 2 уровня была у пациентов, госпитализированных с ВПР, отдельными состояниями, возникающими в ПП и болезнями эндокринной системы (таблица 5.6).

Таблица 5.6 - Средняя длительность пребывания пациентов первого месяца на койке в зависимости от класса болезней по МКБ-Х в 2020-2022 гг. (M±m дней)

Класс болезней по МКБ-Х	2020		2021		2022		Среднее за 3 года / динамика (в %)	
	2 уровень	3 уровень	2 уровень	3 уровень	2 уровень	3 уровень	2 уровень	3 уровень
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни (A00-B99)	7,00± 0,00	-	9,52± 5,15	-	8,00± 0,00	-	8,17± 1,72 / +12,5	-
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм (D50-D89)	-	7,00± 0,00	-	16,3± 5,31	-	9,50± 3,70	-	10,93± 6,54 / +26,3
Болезни эндокринной системы (E00-E90)	-	14,2± 7,30	17,00± 0,00	23,0± 0,00	21,00 ± 0,00	15,0± 0,00	12,67± 2,43 / +100,0	17,40± 0,00 / +11,8
Болезни органов дыхания (J00-J99)	5,62± 2,11	-	8,34± 1,95	19,0± 4,62	12,41 ± 1,77	22,5± 21,50	8,79± 1,94 / +54,7	13,83± 8,71 / +100,0
Болезни органов пищеварения (K00-K93)	5,57± 3,35	-	4,89± 4,01	-	5,23± 3,89	-	5,23± 3,75 / -6,1	-
Болезни мочеполовой системы (N00-N99)	11,00± 0,00	-	12,52± 2,38	13,7± 4,10	11,77 ± 3,15	10,4± 1,69	11,76± 1,84 / +6,4	8,03± 1,93/ +100,0
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде (P00-P96)	14,63± 1,12	15,50± 2,96	11,75± 1,31	12,43± 1,00	24,72± 1,42	19,30 ± 3,01	17,03± 1,28 / +48,0	15,74± 2,32 / +19,7

Продолжение таблицы 5.6

1	2	3	4	5	6	7	8	
Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения (Q00-Q99)	16,88± 2,02	15,40 ± 3,83	15,11± 2,12	16,8± 3,65	19,20 ± 2,44	12,3± 1,59	17,06± 2,19 / +12,08	14,83 ± 3,02 /- 20,1
Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения (Z00-Z99)	-	79,00 ± 0,00	-	22,7± 10,33	-	24,50± 7,50	-	42,07 ± 5,94 / -69,0
Прочие	8,44± 2,72	6,7± 2,89	8,82± 1,36	7,4± 1,66	9,63± 1,58	7,2± 3,41	8,96± 1,89 / +12,4	7,10± 2,65 /+7,5

Более длительно в стационарах 3 уровня находились дети с наличием колостомы или гастростомы, болезнями органов дыхания и отдельными состояниями, возникающими в ПП. В 2022 году к уровню 2020 года в стационарах 2 уровня выросла средняя длительность пребывания на койке больных по всем классам МКБ, кроме пациентов, госпитализированных с болезнями органов пищеварения. В стационарах 3 уровня в 2022 году также прослеживался рост средней длительности пребывания пациентов по всем классам болезней, кроме детей, госпитализированных по классу - Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения и у детей с ВПР.

Сравнение средней длительности пребывания детей первого месяца жизни в стационарах в зависимости от уровня выявила (рисунок 5.8), что в детских больницах 2 уровня пациенты находились более длительно с ВПР, отдельными состояниями, возникающими в ПП и болезней мочеполовой системы и менее длительно – с болезнями органов дыхания и эндокринной системы.



Рисунок 5.8 - Средняя длительность пребывания пациентов первого месяца в детских стационарах 2 и 3 уровней в зависимости от класса болезней по МКБ-Х в 2020-2022 гг. (в днях)

Таким образом, госпитализации пациентов первого месяца жизни на разные уровни стационаров имеют, как сходные черты, так и отдельные различия. Большинство пациентов проходили лечение за счет средств ОМС. Большая часть детей в больницы 2 уровня поступали по переводу из другого стационара или доставлялись скорой (неотложной) помощью в экстренном порядке, в отличие от 3 уровня, где преобладала плановая госпитализация по внутрибольничному переводу. Наиболее часто дети госпитализировались с отдельными состояниями, возникающими в ПП, и с ВПР в ОПНиДГВ, но в стационарах 2 уровня на втором месте по числу госпитализаций были отделения педиатрического профиля, а в стационарах 3 уровня – ОАРИТН. В детских больницах 2 уровня более длительно находились пациенты с ВПР, отдельными состояниями, возникающими в ПП и болезней мочеполовой системы, а на 3 уровне – с болезнями органов дыхания и эндокринной системы [79].

### 5.3. Оценка организации специализированной медицинской помощи детям первого года жизни в стационарах мегаполиса

Исходя из того, что уровень качества медицинской помощи не должен зависеть от уровня стационара, была проведена субъективная оценка оказания специализированной медицинской помощи в условиях круглосуточных детских стационаров детям первого года жизни мегаполиса. Установлено, что для 98,9% пациентов, госпитализированных на первом году жизни, пребывание в стационаре было оплачено средствами фонда ОМС, а для - 1,1% детей - из личных средств родителей.

Используемая при расчете средняя длительность пребывания пациента в стационаре (дней) при оказании специализированной медицинской помощи составляет 11,80 дней, а по профилю «Педиатрия» - 8,60 дней [134]. Продолжительность госпитализации в среднем составляла  $8,33 \pm 1,1$  дня и более половины детей (62,3%) находились в стационаре 4-9 дней. Менее 4 дней пребывали в больнице 15,1%, а 10 дней и более – 22,6%. Распределение пациентов первого года жизни по срокам пребывания в стационаре представлено на рисунке 5.9.

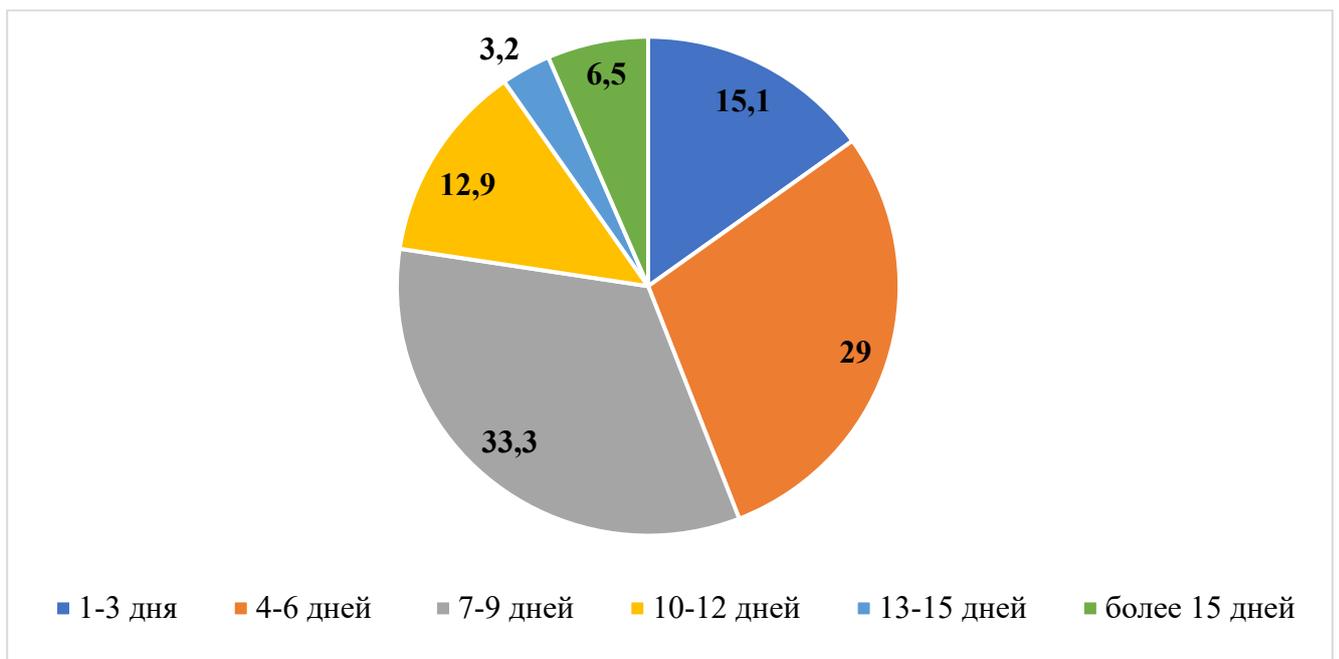


Рисунок 5.9 - Распределение пациентов первого года жизни по срокам пребывания в стационаре (в % к итогу)

Исследование показало, что госпитализация была экстренная для 85,0% детей, плановая – для 15,0%. Сроки ожидания плановой госпитализации, в соответствии с Территориальной программой Госгарантий СПб (ТТГ СПб), составляют до 14 дней со дня получения пациентом направления из поликлиники. У детей, которые были госпитализированы в плановом порядке чаще всего она была обусловлена направлением врача детской поликлиники (64,3%). Кроме того, были переведены в детскую больницу из родильного дома (перинатального центра) 21,4% детей, а 14,3% родителей выбрали для плановой госпитализации своего ребенка данную медицинскую организацию руководствуясь рекомендацией друзей. Выявлено, что срок ожидания до 7 дней был у 21,4% детей, а 60,0% пациентов ожидали госпитализацию от 1 нед. до 2 нед. Более, чем 14 дней ждали плановую госпитализацию 21,6% детей. Распределение пациентов первого года жизни по срокам ожидания плановой госпитализации в стационар представлено на рисунке 5.10.

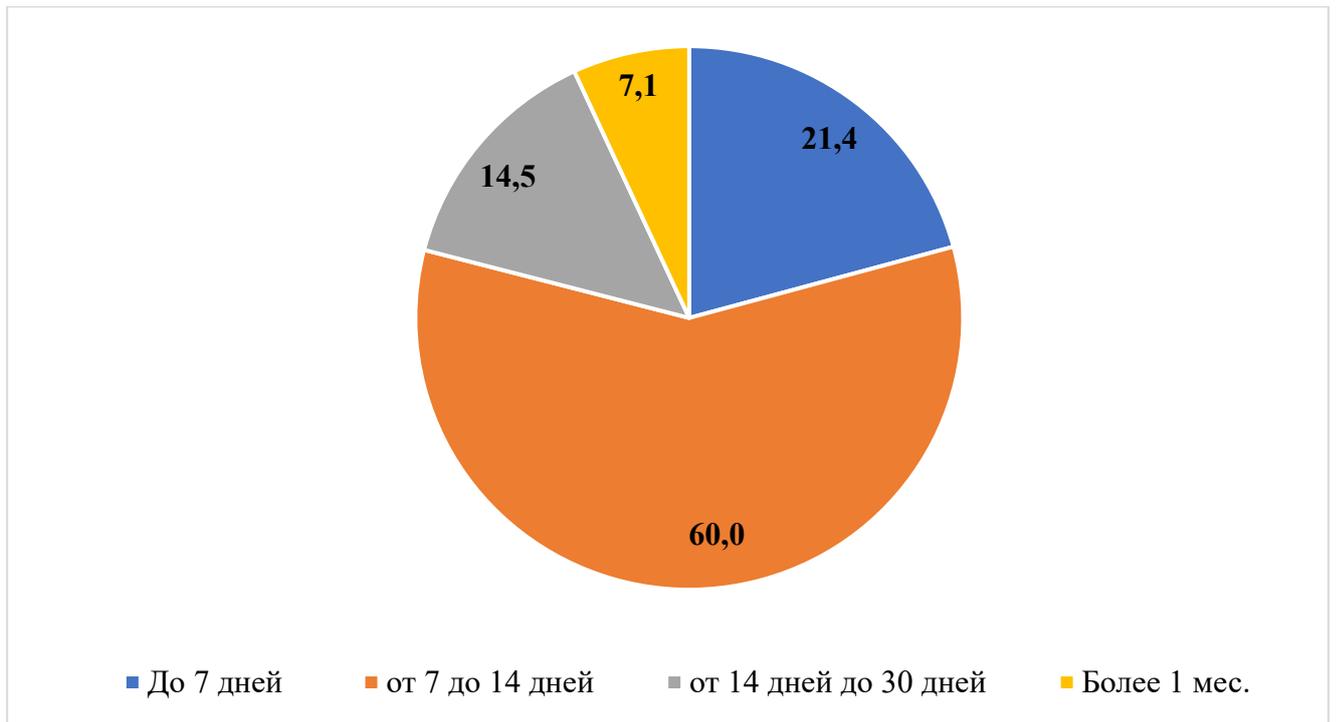


Рисунок 5.10 - Распределение пациентов первого года жизни по срокам ожидания плановой госпитализации в стационар (в % к итогу)

Проведенное исследование показало, что 46,2% детей было дублирование обследований ребенка в стационаре после его обследования в поликлинике перед госпитализацией и только у 53,8% пациентов не было. У всех 100,0% пациентов,

госпитализированных в плановом порядке, которые указали на наличие дублирования, это были исследования крови и мочи, у 33,3%– исследования кала и у 16,7%– УЗИ.

Большинство детей первого года жизни, экстренно госпитализированных в стационар, были направлены поликлиникой (60,2%). Самостоятельно доставили ребенка в приемное отделение детской больницы 21,8% родителей и сами вызвали скорую помощь – 18,0%.

Экстренная госпитализация в стационар должна проводиться незамедлительно [146]. Оценка своевременности экстренной госпитализации ребенка в стационар выявила, что почти половина пациентов были госпитализированы в первые 6 часов (48,5%), а позже 24 часов – 16,7%. Распределение пациентов первого года жизни по срокам ожидания экстренной госпитализации в стационар представлено на рисунке 5.11.

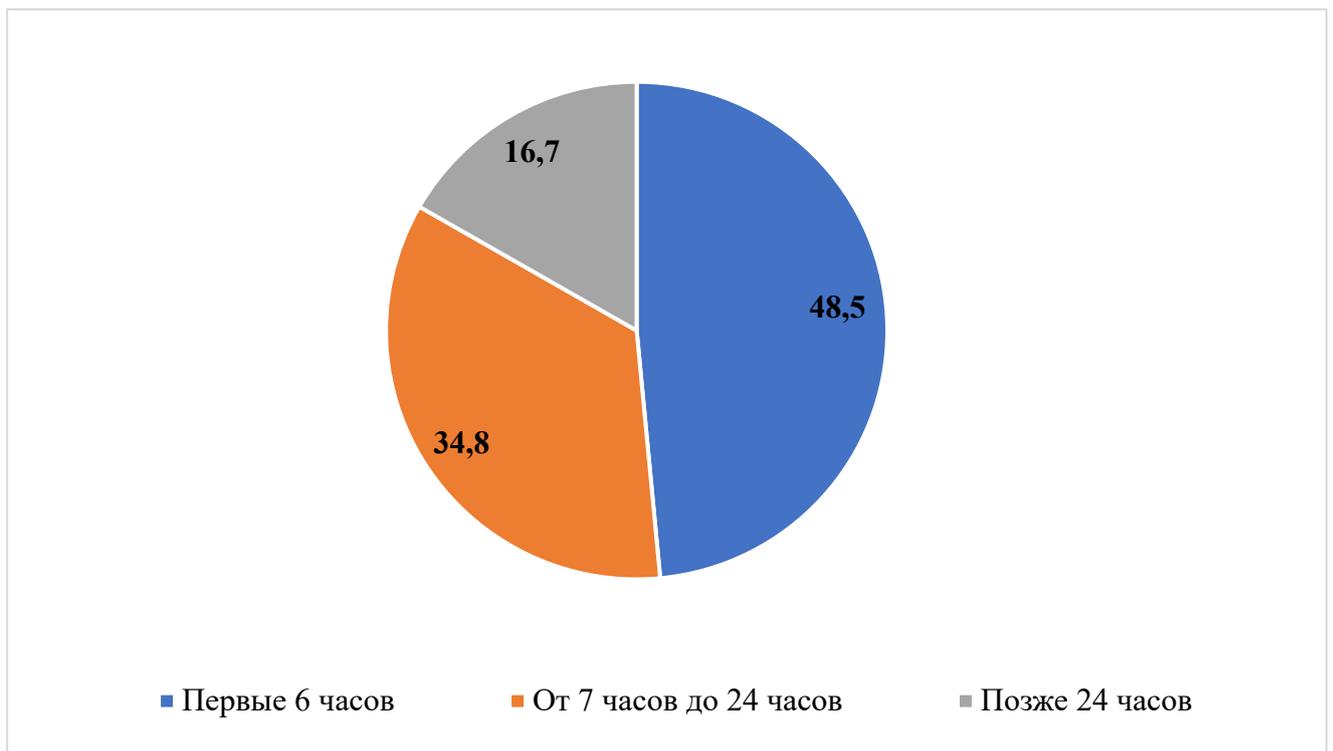


Рисунок 5.11 - Распределение пациентов первого года жизни по срокам ожидания экстренной госпитализации в стационар (в % к итогу)

Оценка частоты отказов от госпитализации выявила, что никому из всех экстренно и планово госпитализированных детей не было отказано стационаром в госпитализации и только 2,9% родителей, детей, госпитализированных экстренно,

сами отказались от лечения в стационаре. В целом 76,3% пациентов первого года жизни, госпитализированных в детские больницы, в стационар были направлены детской поликлиникой (ДПО). У 89,6% пациентов диагноз, поставленный врачами детской поликлиники, и диагноз, поставленный ребенку в стационаре, совпал. Соответственно, не совпал у 10,4% детей. Выявлено, что у 24,4% детей были ли повторные госпитализации по тем же заболеваниям в течении года, не было – у 75,6%.

Визитной карточкой любой детской больницы является приемное отделение. Поэтому очень часто пациенты судят по его работе о деятельности стационара в целом. В соответствии с Приказом Минздрава «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» и другими действующими нормативно-правовыми документами, регистрация и осмотр пациента, направленного в медицинскую организацию в плановом порядке, проводится в течение двух часов после поступления, в экстренной – в зависимости от нозологической формы и тяжести заболевания. В среднем находились в приемном отделении  $54,56 \pm 4,57$  мин. До 30 мин. ожидали госпитализацию 14,9% детей, от 30 до 60 мин. – 50,0% и более часа – 35,1%.

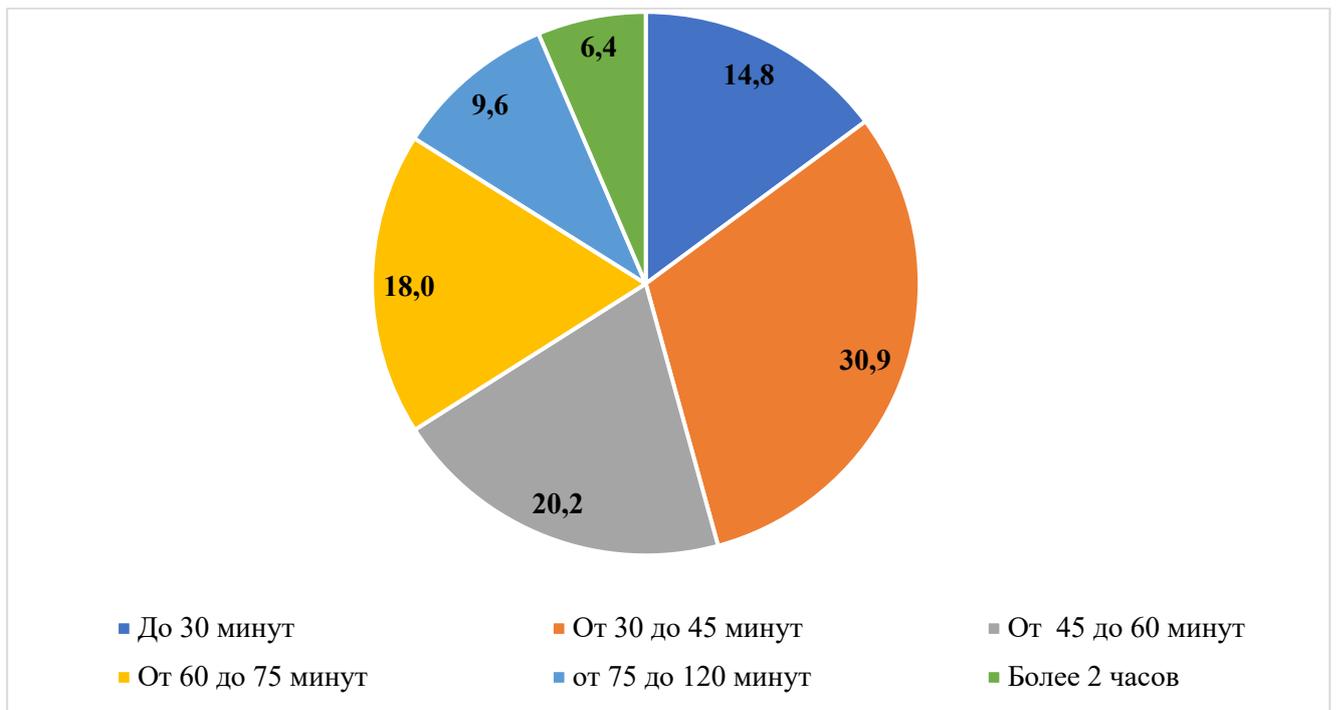


Рисунок 5.12 - Распределение пациентов первого года жизни по срокам ожидания госпитализации в приемном отделении стационара (в % к итогу)

Проведенная оценка удовлетворенности условиями пребывания ребёнка в приемном отделении показала, что 90,3% родителей были полностью удовлетворены, 7,5% – частично не удовлетворены, а 2,2% полностью не удовлетворения. Установлено, что основными причинами неудовлетворенности родителей были санитарное состояние санузла (42,9% и отсутствие свободных мест ожидания (28,6%). Кроме того, среди основных причин неудовлетворенности родителей были: отсутствие питьевой воды (25,0%); не комфортные условия пребывания в приемном отделении в целом (21,4%) и отсутствие ремонта – 7,1%. Основные причины неудовлетворенности родителей условиями пребывания ребёнка в приемном отделении представлены на рисунке 5.13.

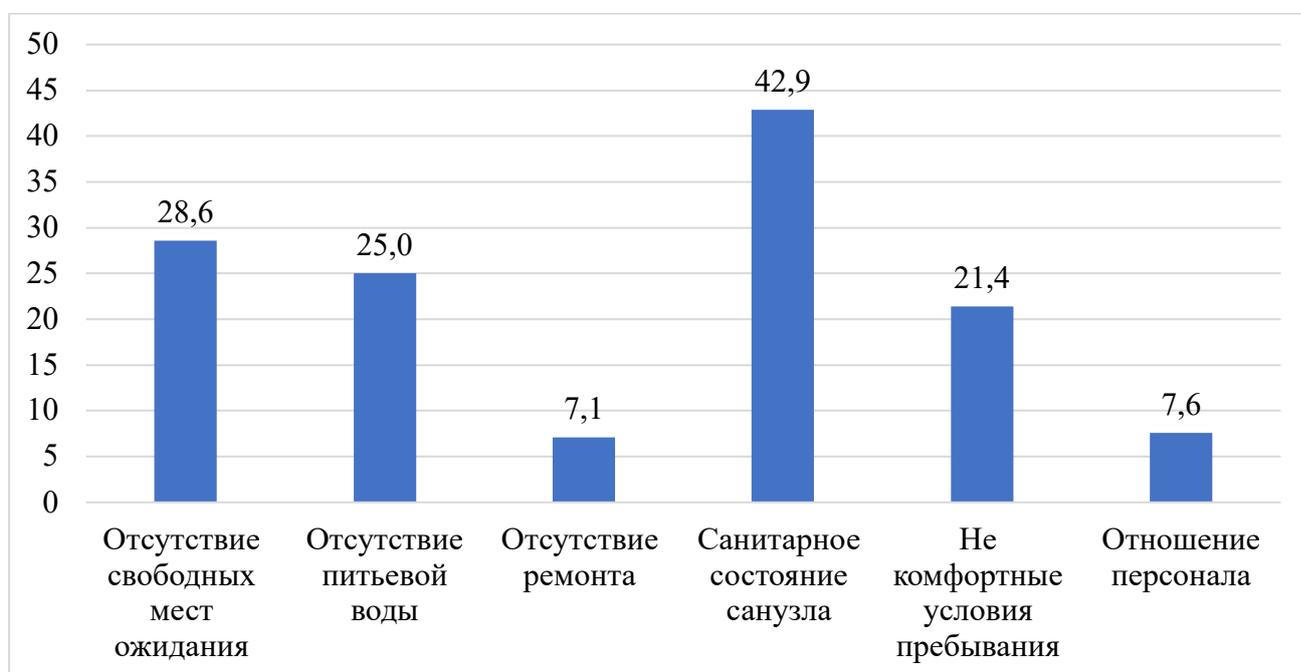


Рисунок 5.13 - Основные причины неудовлетворенности родителей условиями пребывания ребёнка в приемном отделении (в %)

Исследование показало, что 92,4% родителей удовлетворены отношением персонала (доброжелательность, вежливость) во время пребывания в приемном отделении и положительно оценивают работу приемного отделения.

Комфортность пребывания в стационаре во многом зависит от размещения пациентов в палатах. В соответствии с действующим Приказом Минздрава [Пр. МЗ 15.05.2012 года №535н], размещение пациентов при оказании специализированной помощи в стационарных условиях должно осуществляться в 2-х и более местных

палатах. Одноместное размещение предусмотрено только по медицинским и эпидемиологическим показаниям. Дети первого года жизни практически всегда находятся вместе с родителями, кроме пребывания в ОАРИТН. Как показало исследование, в среднем в палате лежало  $3,32 \pm 1,01$  пациентов. При этом наиболее частым размещением были четырехместные палаты (41,4%). В палатах с 2-3 местным размещением пребывали 49,2% респондентов, а с 5 и более местным размещением - 9,4%. Распределение пациентов первого года жизни в зависимости от размещения в палатах детских стационаров представлено на рисунке 5.14.

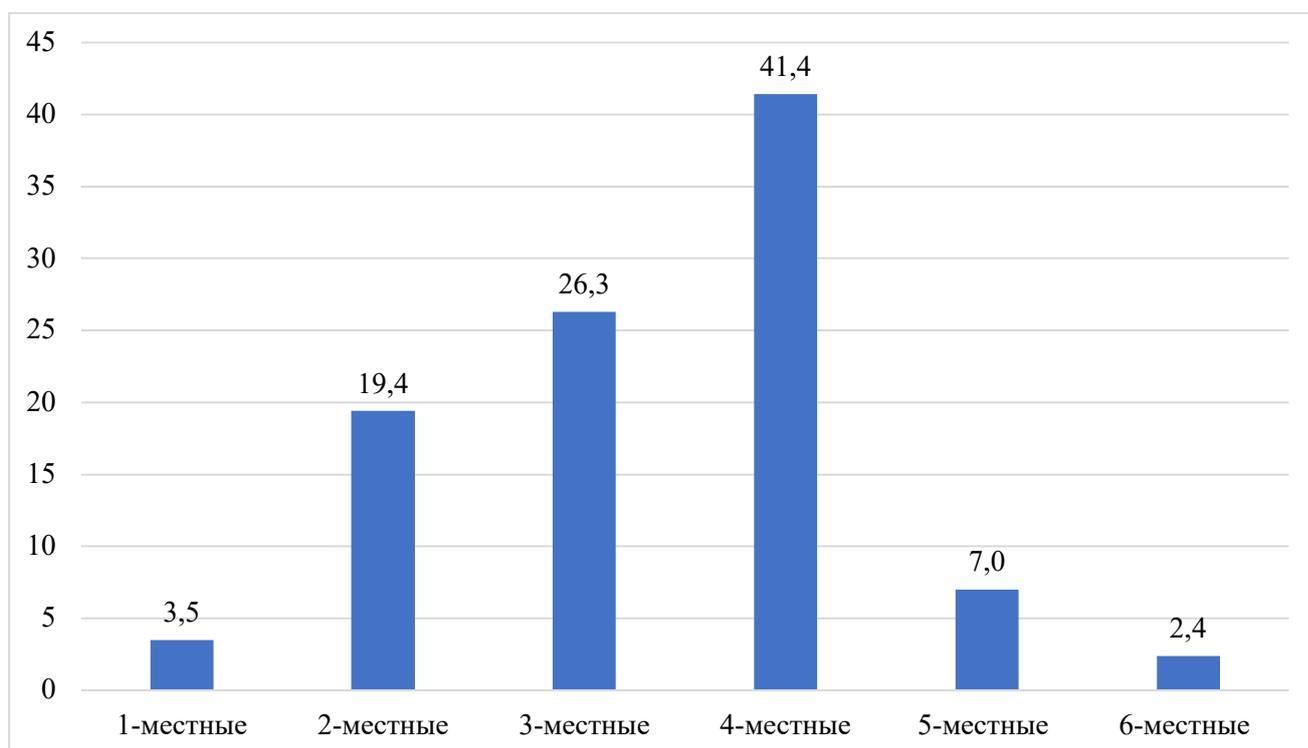


Рисунок 5.14 - Распределение пациентов первого года жизни в зависимости от размещения в палатах детских стационаров (в % к итогу)

Контакт пациента с лечащим врачом является значимым элементом процесса оказания медицинской помощи. В случае с лечением детей первого года жизни – это прежде всего контакт врача с матерью ребенка. У 75,5% респонденток общения с лечащим врачом было ежедневным. Раз в несколько дней общались 20,2% женщин и только один раз за все время пребывания на отделении – 4,3% матерей. При этом 93,5% родителей были удовлетворены доброжелательностью, тактичностью и вежливостью лечащего врача во время пребывания в отделении, а 7,5% матерей указали, что они не были удовлетворены человеческим отношением

врачебного персонала к пациентам.

Как показало исследование, отношением среднего медицинского персонала во время пребывания в отделении были удовлетворены меньшее число респонденток – 89,2%. Не удовлетворительно оценили доброжелательность, тактичность и вежливость медицинских сестер 10,8% матерей.

Вполне логично, что отношение медицинского персонала оказывает влияние на общую оценку работы отделения. В целом удовлетворены условиями пребывания ребенка в стационаре 77,8% родителей, участвовавших в социологическом опросе (рисунок 5.15.). Частично были удовлетворены 12,5% респонденток, а 9,7% высказали полную неудовлетворенность условиями пребывания ребенка в детской больнице. Учитывая, что доля полностью и частично удовлетворенных оказанием медицинской помощи в соответствии с территориальной программой Госгарантий СПб должно быть не менее 80%, то уровень удовлетворенности в 90,3% можно считать высоким.



Рисунок 5.15 - Распределение родителей пациентов первого года жизни по уровню удовлетворенности условиями пребывания ребенка в стационаре (в % к итогу)

Установлено, что матери, частично или полностью не удовлетворенные условиями пребывания ребенка в стационаре (таблица 5.7), среди основных причин неудовлетворенности указали питание (56,5%), отношение средних медицинских

работников (30,4%) и освещение, температурный режим (26,1%).

Таблица 5.7 - Основные причины неудовлетворенности родителей условиями пребывания ребёнка в стационаре (в %)

Причина неудовлетворенности	Удельный вес	Абс.
Освещение, температурный режим	26,1	30
Питание	56,5	64
Состояние постельного белья	8,7	10
Отношение врачей	17,4	25
Отношение средних медицинских работников	30,4	35
Санитарное состояние санузла	18,1	26
Санитарное состояние отделения в целом	11,1	16
Медицинской организации требуется ремонт	12,5	18
В медицинской организации старая мебель	8,3	12

Родителям было предложено дать рекомендации по улучшению организации специализированной медицинской помощи детям в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, и 20,5% матерей их дали (таблица 5.8). Из всех женщин, предложивших свои меры по улучшению, 36,8% респонденток указали, что в стационарах необходимо улучшить питание. По мнению 30,9% матерей, в медицинских организациях необходимо увеличить количество среднего медицинского персонала. 21,1% матерей считали, что в детских больницах следует организовать игровые комнаты (площадки), а 19,1% респонденток полагали, что в учреждении необходимо сделать ремонт.

Таблица 5.8 - Отдельные меры по улучшению организации медицинской помощи детям в детских больницах (в %)

Предложения	Удельный вес	Абс.
Организовать игровые комнаты (площадки)	21,1	20
Улучшить питание	36,8	35
Сделать ремонт	19,1	18
Улучшить качество уборки палат	10,5	10
Увеличить количество среднего медицинского персонала	30,9	29
Улучшить человеческие качества персонала	5,3	5

Для 98,9% пациентов, госпитализированных на первом году жизни, пребывание в стационаре было оплачено средствами ОМС, только 1,1% родителей самостоятельно оплатили лечение ребенка. В детские больницы по направлению из ДПО были госпитализированы 76,3% пациентов, у 10,4% пациентов наблюдалось

несовпадение диагнозов, поставленных врачами поликлиники, а у 24,4% детей были ли повторные госпитализации по тем же заболеваниям в течении года. Более, чем 14 дней ждали плановую госпитализацию 21,6% детей и у 46,2% пациентов было дублирование исследований в стационаре. Среди поступивших в стационар экстренно, 16,7% детей были госпитализированы позже 24 часов. Условиями пребывания ребёнка в приемном отделении не были удовлетворены 2,2% родителей, в стационаре в целом 9,7%. Среди основных причин неудовлетворенности были питание (56,5%), освещение, температурный режим (26,1%) и отношение врачей и средних медицинских работников (17,4% и 30,4% соответственно).

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Наблюдающиеся в современных условиях демографические проблемы вызывают необходимость повышении контроля за здоровьем детского населения [4, 5]. Несмотря на достижение значительных успехов в оказании медицинской помощи, уровень заболеваемости детей на первом году жизни остается довольно высоким, что обуславливает необходимость дальнейшего совершенствования специализированной медицинской помощи детям. Северо-Запад традиционно является регионом с низкой рождаемостью, которая за последние пять лет ежегодно снижалась. В округе наибольший вклад в рождаемость вносит входящий в его состав мегаполис, в котором проживает 44,5% от всех детей первого года жизни в СЗФО. Заболеваемость новорожденных в СПб в 2018-2022 гг. была выше среднероссийских значений (428,2‰ против 293,6‰) и, в отличие от снижающегося среднероссийского уровня, выросла (+6,5%). Заболеваемость детей первого года жизни также была значительно выше среднероссийского уровня (3750,1‰ против 2341,8‰) и, также в отличие от среднероссийских показателей, имела тенденцию к росту (+24,0%). Установлен рост показателей заболеваемости по всем классам болезней, кроме болезней крови, уха и сосцевидного отростка, органов дыхания, а также травм, отравлений и некоторых других последствий внешних причин. В 2020 году, наблюдалось снижение, как общего показателя, так и по всем классам болезней МКБ-X, кроме отдельных состояний, возникающих в ПП, и ВПР. Уровень заболеваемости COVID-19 в 2021 году к показателю 2020 года у детей первого года вырос в 5,2 раза, а в 2022 году в 11,1 раз.

В структуре заболеваемости детей первого года жизни мегаполиса преобладали болезни органов дыхания (39,6%), нервной системы (12,2%) и органов пищеварения (7,8%). Сравнительная оценка структуры заболеваемости детей показала, что она имеет значительные отличия от среднероссийской, так как в городе значительно ниже удельный вес болезней органов дыхания (39,6% против 47,8% в РФ) и отдельных состояний, возникающих в ПП (5,2% против 9,3% в РФ), но выше по всем остальным классам заболеваний. Пандемия COVID-19 внесла

коррективы в структуру заболеваемости детей данного возраста. В 2020 году увеличился удельный вес всех классов заболеваний, кроме инфекционных болезней и болезней органов дыхания, а в 2022 году, кроме них, все остальные выросли.

Заболеваемость новорожденных также была выше среднероссийских значений и Выживаемость маловесных детей является показателем качества оказания медицинской помощи в условиях применения высоких технологий. В мегаполисе показатели частоты рождения детей с массой тела до 2500 г и более 4000 г превышали средние значения по РФ. В изучаемый период снизились показатели частоты рождения детей с отклонениями в массе тела и росли показатели по частоте рождения детей со средней массой тела. В СПб показатель младенческой смертности был ниже среднероссийского значения в 1,3 раза и его снижение за пять лет составило 13,7% (с 3,8‰ до 3,5‰).

Обеспеченность врачами педиатрического профиля в течении всех изучаемых лет была выше, чем в среднем в РФ, и практически ежегодно росла. Наиболее ощутимо выросла обеспеченность детскими эндокринологами, онкологами и кардиологами (+36,7%; +27,3%, +26,4%), а также неонатологами (+10,0%). Несмотря на то, что в мегаполисе обеспеченность койками педиатрического профиля в целом и специализированными койками в частности имела тенденцию к снижению, данные показатели в СПб весь изучаемый период были выше среднероссийских. В СПб, в сравнении с Россией, более выражена ориентированность на узкоспециализированную помощь детскому населению, что объясняется наличием в городе только второго и третьего уровней детских стационаров.

Первым уровнем амбулаторного этапа оказания специализированной помощи детям являются ДПО. Наиболее часто в детских поликлиниках на диспансерном учете на первом году жизни состояли дети с болезнями нервной системы и органов пищеварения и отдельными состояниями, возникающими в ПП. Оценка динамики показателей выявила, что за пять лет выросли показатели частоты взятия на диспансерный учет детей со всеми заболеваниями, кроме с болезнями органов

дыхания (-31,3%) и с отдельными состояниями, возникающими в ПП (-5,8%). Из всех взятых на диспансерный учет наиболее часто под дальнейшим диспансерным наблюдением оставались пациенты с болезнями нервной системы, органов пищеварения, глаза и его придаточного аппарата, а также с ВПР. За изучаемый период выросла частота продолжения диспансерного наблюдения после первого года жизни у детей с болезнями глаза и его придаточного аппарата (в 1,9 раз), органов пищеварения (в 1,9 раз), костно-мышечной системы и соединительной ткани (в 2,1 раз) и COVID-19 (в 7,0 раз).

В случае заболевания или патологического состояния, требующего углубленного консультирования или лечения дети направляются на второй уровень амбулаторного этапа в КДЦ (КДО). В возрастной структуре пациентов КДЦ более 60% составили дети 1-6 мес. жизни (в среднем  $5,12 \pm 0,07$  мес.) Пациентов первого месяца жизни в КДЦ было только 0,8-2,5% и они наиболее часто посещали неонатологов, хирургов, неврологов и врачей УЗД. При этом наиболее распространённым у них диагнозом по МКБ-Х были факторы, влияющие на состояние здоровья и обращения в учреждения здравоохранения, ВПР и болезни нервной системы. На первом году жизни наиболее высокая обращаемость была к врачам следующих специальностей: неврологи, мануальные терапевта, врачи УЗД и рентгенодиагностики, гастроэнтерологи и дерматовенерологи. Первое ранговое место по обращаемости детей на первом году жизни также занимали факторы, влияющие на состояние здоровья и обращения в учреждения здравоохранения (25,0-28,8%), второе - болезни нервной системы (15,8-20,6%), третье - болезни кожи и подкожной клетчатки (10,1-10,6%) и ВПР (8,3-11,0%). За пять лет наибольшие темпы прироста были у болезней эндокринной системы (+56,8%), органов дыхания (44,8%), ВПР (24,4%) и нервной системы (23,4 %).

Проведенная субъективная оценка выявила, что в ДПО 100,0% детей первого года жизни получали первичную специализированную помощь в рамках ОМС, в КДЦ – только 65,6%, при этом доля личных средств родителей в КДЦ составила 26,2%. В ДПО чаще всего врачей специалистов посещали во время профилактических осмотров детей (65,9%), по направлению педиатра (50,0%), из-

за подозрения родителей на наличие у ребенка заболевания (13,6%) или в связи с диспансерным учетом (6,8%). Большинство детей попали на прием к врачам специалистам КДЦ по направлению из детских поликлиник города (39,1%), самостоятельно при подозрении на наличие заболевания у ребенка или для профилактики (34,8% и 13,0% соответственно), а 4,3% обратились в КДЦ из-за отсутствия нужного специалиста в своей поликлинике.

Наиболее часто родители использовали электронную запись к врачам. В КДЦ, в сравнении с ДПО, значительно преобладала запись по телефону (15,6% против 60,6%). Кроме того, в 22,2% родителей в ДПО записывали детей непосредственно на приеме у врача. 52,9% родителей в ДПО и 45,5% в КДЦ испытывали трудности в записи детей на прием к врачам специалистам, а 13,6% матерей в КДЦ и 11,1% - в ДПО указали на высокую сложность записи.

23,3% родителей в ДПО и 4,5% в КДЦ считали, что график приема врачей составлен неудобно. Среднее время ожидания приема в ДПО ( $9,3 \pm 1,5$  мин.) практически не отличалось от КДЦ ( $9,4 \pm 1,23$  мин.) По мнению 48,8% родителей в ДПО и 31,3% родителей в КДЦ сложнее всего попасть на прием к неврологу. Также в ДПО родители испытывали трудности с записью на прием к ЛОРу (39,0%), кардиологу (36,6%) и аллергологу (31,7%). Только 23,3% родителей полагали, что в их детских поликлиниках были все специалисты нужного им профиля, а 46,5% матерей указали на отсутствие необходимых ребенку врачей, среди которых аллерголог-иммунолог, кардиолог и инфекционист.

Выявлено, что 32,6% родителей оплачивали прием врачей специалистов в других медицинских организациях. Наиболее часто это был прием в частных медицинских организациях и КДЦ (57,1% и 35,7% соответственно). Чаще всего оплачивали прием ЛОРа (42,9%), хирурга (28,7%), аллерголога (15,6%), невролога (15,1%) и кардиолога (14,2%).

В КДЦ показатель удовлетворенности оказанной специализированной медицинской помощью был выше, чем в ДПО (87,0% против 81,2%), но в ДПО не было родителей, полностью не удовлетворенных обслуживанием ребенка.

Проведенная оценка применения ТМТ выявила, что наиболее частая потребность была в педиатрической, хирургической, кардиологической и неврологической помощи. Наиболее частым в консультировании детей был плановый запрос, который ежегодно рос наряду с запросами в неотложной форме при одномоментном снижении доли экстренных запросов (с 38,8% до 18,4%). Сходная закономерность прослеживалась в ТМК детей первого месяца жизни, однако у них было существенно больше экстренных и неотложных запросов, чем у детей первого года жизни в целом.

После проведения ТМК, более трети ранее поставленных детям первого года жизни диагнозов, были изменены или уточнены, в отличие от детей первого месяца, у которых чаще диагноз полностью менялся или оставался без изменений. Более половины детей первого года жизни после ТМК маршрутизировали для оказания специализированной медицинской помощи в медицинские организации 3 уровня и за три изучаемых года назначение госпитализации в детские стационары 3 уровня выросло на 16,3%. Детей первого месяца жизни по результатам ТМК чаще всего оставляли для дообследования и лечения в медицинских организациях по месту жительства, однако у них также прослеживался ежегодный рост направлений на 3 уровень для оказания специализированной, в том числе ВМП, помощи.

В случае заболевания или патологического состояния, требующего углубленного консультирования или лечения, дети первого года жизни направляются для оказания специализированной помощи в детские многопрофильные стационары. Средний возраст, госпитализированных пациентов, составлял чуть более 5 мес. и более половины детей были мужского пола. Среди источников финансирования лечения значительно преобладали средства ОМС, доля которых в стационарах 2 уровня была выше ( $98,1\% \pm 1,27$ ), чем в стационарах 3 уровня -  $96,4\% \pm 1,52$ . Удельный вес пациентов, лечение которых было оплачено из ДМС и личных средств родителей, в стационарах 3 уровня все изучаемые годы было выше. В стационарах 2 уровня значительно преобладала экстренная госпитализации и доля пациентов, госпитализированных планово в сравнении с 3 уровнем, была гораздо ниже. Выявлено, что COVID-19 значительно повлиял на

уровень госпитализации детей. В стационарах 3 уровня наиболее высокая частота экстренных госпитализаций наблюдалась в год начала пандемии COVID-19 (65,5%), но к 2022 году на 29,1% снизился поток экстренных пациентов (46,5%). Большинство детей поступали в детские стационары по направлению из ДПО СПб, однако доля таких пациентов была выше в стационарах 2 уровня. А в стационарах 3 уровня был значительно выше поток больных, поступивших по внешнему и внутреннему переводу.

Оценка распределения пациентов по профильным отделениям выявила, что в детских стационарах 2 уровня наиболее часто дети первого года госпитализировались на отделения педиатрического (в том числе ОПНиДГВ) и инфекционного профилей, а в детских стационарах 3 уровня – на отделения педиатрического и хирургического профиля. За три изучаемых года в стационарах 2 уровня вырос поток пациентов в педиатрические и хирургические отделения и снизился - в инфекционные. В стационарах 3 уровня наблюдалась обратная картина.

Сравнительная оценка показала, что есть существенные различия между показателями частоты госпитализации пациентов в зависимости от уровня стационара. В стационарах 2 уровня значительно больше пациентов, госпитализированных с отдельными состояниями, возникающие в ПП (в 4,3 раза), инфекционными болезнями (в 4,0 раза) и болезнями органов дыхания (в 2,3 раза). А в стационары 3 уровня значительно чаще госпитализируют детей с ВПР (в 3,8 раза), болезнями органов пищеварения (в 1,5 раза) и мочеполовой системы (в 1,2 раза). Сравнение средней длительности пребывания детей первого года жизни в стационарах в зависимости от их уровня выявило, что в детских больницах 2 уровня пациенты находились более длительно по всем классам МКБ-Х, кроме болезней мочеполовой системы.

Практически у всех пациентов, госпитализированных в первый месяц жизни, источником финансирования лечения также были средства ОМС. Большая часть детей поступали в больницы 2 уровня по переводу из другого стационара, а в больницы 3 уровня – по внутрибольничному переводу. В стационарах 2 уровня

было значительно больше детей, которых направили ДПО и доставила скорая (неотложная) помощь, и меньше пациентов, доставленных самотеком. В стационары 2 уровня преобладающее большинство пациентов были госпитализированы экстренно, 3 уровня - в плановом порядке. Вне зависимости от уровня, наиболее часто детей госпитализировали в ОПНиДГВ. В стационарах 2 уровня на втором месте были госпитализации в отделения педиатрического профиля, а на 3 уровне – ОАРИТН. Кроме того, в стационарах 3 уровня было значительно больше пациентов, госпитализированных в отделения хирургического профиля.

Вне зависимости от уровня стационара наиболее высокий уровень госпитализаций был у пациентов первого месяца жизни с отдельными состояниями, возникающими в ПП и с ВПР. Третье место по частоте госпитализаций различались: на 2 уровне – это болезни органов дыхания, а на 3 уровне - эндокринной системы. В стационарах 2 уровня, в сравнении со стационарами 3 уровня, частота госпитализаций детей с болезнями органов дыхания была выше в 5,0 раз, болезнями мочеполовой системы – в 2,5 раза и с отдельными состояниями, возникающими в ПП, – в 1,9 раз. А в стационарах 3 уровня в 2,7 раза выше частота госпитализаций детей с болезнями эндокринной системы и в 2,5 раз – с ВПР. Сравнение средней длительности лечения в зависимости от уровня стационара показало, что в детских больницах 2 уровня находились более длительно пациенты с ВПР, отдельными состояниями, возникающими в ПП и болезнями мочеполовой системы и менее длительно – с болезнями органов дыхания и эндокринной системы.

Субъективная оценка организации специализированной помощи выявила, что для 98,9% пациентов, госпитализированных на первом году жизни, пребывание в стационаре было оплачено средствами фонда ОМС, только 1,1% родителей его оплатили самостоятельно. Продолжительность госпитализации в среднем не превышала методических рекомендаций для профиля «Педиатрия» ( $8,33 \pm 1,1$  дня против 8,60 дней), однако 22,6% детей пребывали в больнице 10 дней и более.

Большинство пациентов (85,0%) поступали в рамках плановой

госпитализации по направлению из поликлиники (64,3%) или были переведены из родильного дома (21,4%) при этом более 14 дней ждали плановую госпитализацию 21,6% детей. У 46,2% детей было дублирование обследований в стационаре после обследования в поликлинике перед госпитализацией, чаще всего это были исследования крови, мочи и кала.

Большинство детей, экстренно госпитализированных в стационар, были направлены поликлиникой (60,2%) или доставлены «самотеком» (21,8%). В первые 6 часов были госпитализированы 48,5% детей, позже 24 часов – 16,7%.

У 10,4% госпитализированных по направлению ДПО пациентов, диагноз, поставленный врачами поликлиники и стационара, не совпал, а у 24,4% детей были повторные госпитализации по тем же случаям в течении года.

В среднем находились в приемном отделении  $54,56 \pm 4,57$  мин. пациентов, а 35,1% респондентов ожидали госпитализацию более часа. Не были полностью или частично удовлетворены условиями пребывания ребёнка в приемном отделении 9,7% родителей, в основном по причине санитарного состояния санузла (42,9%), отсутствия свободных мест ожидания (28,6%) и питьевой воды (25,0%). 7,6% родителей не удовлетворены отношением персонала в приемном отделении.

В среднем в палате лежало  $3,32 \pm 1,01$  пациентов и 9,4% пациентов были размещены 5 и более местных палатах. Раз в несколько дней общались с лечащим врачом общались 20,2% женщин, а 4,3% – только один раз за все время пребывания на отделении. Не были удовлетворены человеческим отношением врачей к пациентам 7,5% матерей, медицинских сестер – 10,8%.

Частично были удовлетворены условиями пребывания ребенка в детской больнице 12,5% родителей, а 9,7% высказали полную неудовлетворенность. Среди основных причин неудовлетворенности были питание (56,5%), отношение средних медицинских работников (30,4%) и освещение, температурный режим (26,1%). Уровень удовлетворенности был выше установленных программой госгарантий и составил 90,3%, однако доля полностью удовлетворенных была значительно ниже, чем в ДПО и КДЦ (77,8% против 87,0% и 81,2% соответственно). 36,8% матерей считают, что для улучшения организации специализированной медицинской

помощи детям в стационарах необходимо улучшить питание, 30,9% – увеличить количество среднего медицинского персонала, 21,1% – организовать игровые комнаты (площадки), а 19,1% – сделать ремонт.

Таким образом, проведенное исследование показало, существенные различия в организации специализированной медицинской помощи детям первого года жизни мегаполиса в амбулаторных и стационарных условиях в зависимости от уровня. Эпидемиологическая ситуация оказывает влияние, как на состояние здоровья детей, так и на организацию им специализированной медицинской помощи. Несмотря на довольно высокий уровень оказания первичной специализированной и специализированной, в том числе ВМТ, помощи, в работе медицинских организаций мегаполиса имеются отдельные недостатки, которые оказывают значительное влияние на доступность и качество медицинской помощи.

## ВЫВОДЫ

1. На фоне снижения рождаемости в мегаполисе наблюдается стабильно высокий уровень частоты рождения детей с отклонениями в массе тела при рождении, что является неблагоприятным фактором риска для здоровья детского населения. Заболеваемость детей первого года жизни, которая превышает среднероссийские значения, как в целом (с 3762,9‰ до 2373,3‰;  $p > 0,05$ ), так практически по всем классам заболеваний, имеет особенности структуры, выражающиеся в более низком удельном весе отдельных состояний, возникающих в ПП (в 1,8 раз) и болезней органов дыхания (в 1,6 раз). Высокая доступность и качество оказания медицинской помощи детям достигается за счет высокой обеспеченности детского населения врачами и койками педиатрического профиля, о чем свидетельствует стабильно низкий уровень младенческой смертности в СПб.

2. Состояние здоровья детского населения первого года жизни оказывает существенное влияние на структуру диспансерного учета и обращаемость за медицинской помощью на первом году жизни в амбулаторных условиях. Прослеживается высокая потребность в первичной специализированной помощи детям с болезнями нервной системы, глаза его придаточного аппарата, органов пищеварения и ВПР. Растет потребность и продолжительность диспансерного наблюдения в детских поликлиниках за детьми с практически всеми классами заболеваний. Наблюдается высокая обращаемость детей за лечебно-диагностической помощью к неврологам, мануальным терапевтам, врачам ультразвуковой и рентгенодиагностики, а также гастроэнтерологам.

3. По причине отсутствия нужного врача специалиста, наличия очередей и неудобного графика приема врачей специалистов в детских поликлиниках или из-за подозрения на наличие у ребенка заболевания около трети родителей оплачивают медицинские услуги в частных медицинских организациях или обращаются в КДЦ. Несмотря на высокую распространенность электронной записи при оказании первичной специализированной помощи, 11,1% родителей в ДПО и 13,6% в КДЦ испытывают сложности в записи на прием к врачам. Высокая потребность в

неврологической помощи приводит к сложности получения консультации у невролога у 48,8% пациентов в ДПО и 31,1% в КДЦ. Удовлетворенность родителей оказанной медицинской помощью в КДЦ была выше, чем в ДПО (87,0% против 81,2%).

4. Рост применения ТМК у детей первого года жизни происходит на фоне перехода от узкоспециализированной к общепрофильной педиатрической медицинской помощи со снижением экстренных запросов в сторону увеличения плановых и неотложных. После проведения ТМК более трети ранее поставленных диагнозов детям изменялись или уточнялись и большинство пациентов были маршрутизированы для оказания специализированной медицинской помощи на стационарный и амбулаторный этап в медицинские организации третьего уровня.

5. Установлены существенные различия между показателями госпитализации пациентов первого года жизни в зависимости от уровня стационара. В стационары 2 уровня дети чаще всего экстренно госпитализировались по направлению из ДПО в отделения педиатрического и инфекционного профилей с болезнями органов дыхания, отдельными состояниями, возникающими в ПП, инфекционными и паразитарными болезнями и ВПР. В стационары 3 уровня более половины пациентов поступают в плановом порядке по внешнему и внутреннему переводу в отделения педиатрического и хирургического профиля с ВПР, болезнями кожи и подкожной клетчатки, органов дыхания и пищеварения. Длительность пребывания пациентов в стационарах 2 уровня была выше, чем в стационарах 3 уровня, по всем классам МКБ-Х, кроме болезней мочеполовой системы.

6. Несмотря на высокий уровень удовлетворенности, в организации специализированной медицинской помощи в стационарных условиях прослеживаются существенные недостатки, среди которых превышение сроков ожидания плановой госпитализации более 14 дней (21,6%) и экстренной госпитализации позже 24 часов (16,7%); низкая преемственность в работе детских поликлиник и стационаров, связанная с дублированием обследований (46,2%); высокая частота повторных госпитализаций по тем же случаям в течении года (24,4%); длительное время ожидания в приемном отделении (более часа 35,1%);

размещение в 5 и более местных палатах (9,4%); не регулярное общение в лечащим врачом (24,5%). Основными причинами неудовлетворенности родителей являются: отношение медицинского персонала в приемном отделении (7,6%), отношение врачей и медицинских сестер в профильных отделениях (7,5%, и 10,8% соответственно), питание (56,5%), освещение и температурный режим (26,1%).

7. Имеются особенности организации специализированной медицинской помощи детям первого месяца жизни, как на амбулаторном, так и на стационарном этапах. Наиболее частой причиной для обращения за первичной специализированной помощью являются болезни нервной системы, ВПР и обследование или наблюдение ребенка при подозрении на расстройство, заболевание или патологическое состояние с целью лечения, включая реабилитацию. По результатам проведения ТМК в большинстве случаев им назначаются дополнительные обследования по месту жительства для исключения необоснованной маршрутизации в медицинские организации вышестоящего уровня. В больницах 2 уровня большая часть детей данного возраста поступают по переводу из другого стационара или доставляются скорой (неотложной) помощью в экстренном порядке, в отличие от 3 уровня, где преобладает плановая госпитализация по внутрибольничному переводу. Наиболее часто дети первого месяца жизни госпитализируются с отдельными состояниями, возникающими в ПП, и с ВПР в ОПНиДГВ, в отделения педиатрического профиля (2 уровень) и в ОАРИТН (3 уровень). В детских больницах 2 уровня более длительно находятся пациенты с ВПР, отдельными состояниями, возникающими в ПП и болезнями мочеполовой системы, а на 3 уровне – с болезнями органов дыхания и эндокринной системы.

8. Новая коронавирусная инфекция значительно повлияла на организацию специализированной помощи детям первого года жизни. Во время пандемии недообращаемость за медицинской помощью в амбулаторных условиях в плановом порядке привела к снижению показателя заболеваемости детей. По результатам проведения ТМК увеличилась доля измененных и уточненных диагнозов, выросло количество маршрутизации детей на обследование и лечение в организации

здравоохранения 3 уровня и повысилась потребность в запросах в неотложной форме за счет снижения плановых ТМК. При оказании стационарной помощи детям изменилось соотношение экстренных и плановых госпитализаций, наблюдался рост госпитализаций детей с болезнями органов дыхания на всех уровнях стационара, выросла средняя длительность пребывания в стационаре по большинству классов заболеваний.

Таким образом, несмотря на наличие отдельных недостатков специализированная помощь детям первого года жизни имеет высокий уровень организации. На оказание специализированной помощи детям оказывает влияние состояние здоровья детей мегаполиса, доступность и качество медицинской помощи, пандемия новой коронавирусной инфекции, возраст пациента до одного месяца жизни, этап и уровень оказания медицинской помощи и др.

## ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

### **Органам исполнительной власти в сфере здравоохранения города Санкт-Петербурга:**

1. С целью снижения частоты рождения детей с отклонениями в массе тела предусмотреть повышение контроля за качеством работы медицинских организаций, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь в амбулаторных условиях.

2. Для повышения доступности первичной специализированной помощи в детских поликлиниках решить вопросы кадрового обеспечения по наиболее востребованным специальностям.

3. С помощью социологических методов исследования регулярно осуществлять контроль качества оказания специализированной помощи в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях.

4. С целью повышения преемственности в работе детских поликлиник и стационаров предусмотреть внедрение единой медицинской электронной системы в городе.

5. Повысить контроль за сроками госпитализации и маршрутизацией пациентов в соответствие с тяжестью и профилем заболевания.

6. Предусмотреть возможность получения ТМК врачам всех стационаров города вне зависимости от уровня.

7. Предусмотреть повышение числа квот на бесплатное оказание первичной специализированной помощи в КДЦ (КДО).

### **Главным врачам стационаров педиатрического профиля:**

1. Усилить контроль за условиями и сроками пребывания пациентов в приемном отделении.

2. Предусмотреть дополнительные возможности для более комфортного размещения матери и ребенка в стационаре.

3. В должностных инструкциях более четко обозначить регулярность посещения пациентов лечащим врачом во время его пребывания в профильных отделениях стационара.

4. Усилить контроль за соблюдением медицинским персоналом принципов этики и деонтологии.

5. При необходимости дополнительных консультаций обеспечить врачебному персоналу возможность использования ТМТ.

#### **Главным врачам ДПО и КДЦ:**

1. Предусмотреть дополнительные возможности для упрощения записи к врачам специалистам.

2. Решить кадровые проблемы в медицинских организациях в соответствии с растущей потребностью детского населения в первичной специализированной помощи в соответствии с уровнем и структурой заболеваемости прикрепленного детского населения.

#### **Врачам 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 повышению профессиональных навыков и коммуникаций, в том числе с использованием цифровых технологий в медицине.

## **ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ**

Перспективой дальнейшей разработки темы диссертационной работы является изучение организации специализированной медицинской помощи детям первого года жизни и других возрастных групп в других субъектах, входящих в состав Северо-Западного региона, оценка организации медицинской помощи детям первого года в специализированных больницах, а также сравнение полученных результатов исследования с показателями организации специализированной медицинской помощи детям первого года жизни г. Москвы.

**СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ**

COVID-19 - «Corona Virus Disease 2019», или «заболевание, вызванное коронавирусом 2019 года»

ВМП - Высокотехнологичная медицинская помощь

ВПр - врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения

ДМС – добровольное медицинское страхование

ДПО – детское поликлиническое отделение

КДЦ – консультативно-диагностическое отделение

ЛОР – оториноларинголог

МЗ – министерство здравоохранения

МИС – медицинская информационная система

МКБ – международная классификация болезней

ОАРИТН - отделение анестезиологии-реанимации и интенсивной терапии

ОМС – обязательное медицинское страхование

ОНМТ – очень низкая масса тела

ОПНиДГВ - отделение патологии новорожденных и детей грудного возраста

ПП - отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде

РФ – Российская Федерация

СЗФО – Северо-западный федеральный округ

СПб - Санкт-Петербург

ТМК – телемедицинские консультации

ТМТ – телемедицинские технологии

УЗД - ультразвуковая диагностика

ФЗ – федеральный закон

ЦНИИОИЗ - «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России

ЭНМТ - экстремально низкая масса тела

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Абдурашидова, П.Б. Научное обоснование системы организации специализированной консультативно-диагностической помощи детскому населению (на примере Республики Дагестан): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33 / Абдурашидова Патимат Багандалиевна. - М., 2009. – С.20.
2. Абубакиров, А.С. Медицинская помощь в системе обязательного медицинского страхования: монография / А.С. Абубакиров, П.И. Ананченкова, Д.С. Амонова, А.Б. Зудин, Ю.Ю. // Москва - Берлин, Директ-Медиа. – 2019. – С. 168.
3. Алексеева, А.В. Некоторые аспекты улучшения организации первичной специализированной помощи детям первого года жизни / А.В. Алексеева, К.Е. Моисеева, В.В. Данилова и др. // В сборнике: Проблемы городского здравоохранения. Сборник научных трудов / под редакцией Н.И. Вишнякова – Санкт-Петербург, 2023. – С. 247-253.
4. Алексеева, А.В. Некоторые результаты оценки качества первичной специализированной помощи детям первого года жизни / А.В. Алексеева, К.Е. Моисеева, В.К. Юрьев, В.А. Глущенко, В.В. Данилова // Forcipe. - 2023. - Т. 6. - № 1.- С. 39-40.
5. Алексеева, А.В. Оценка заболеваемости детей первого года жизни, проживающих в мегаполисе / А.В. Алексеева, Г.Н. Гаврилин, К.Е. Моисеева, В.А. Глущенко // В сб. науч. трудов «Проблемы городского здравоохранения» / под общ. ред. Н.И. Вишнякова, И.М. Барсуковой. – СПб, 2020. – С. 145-149.
6. Алексеева, А.В. Пути совершенствования организации работы детской поликлиники с детьми первого года жизни: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / А.В. Алексеева. – СПб., 2020. – С. 23.
7. Аликова З. Р. Результаты профилактических медицинских осмотров как индикатор эффективности региональной политики в области охраны здоровья детей / З.Р. Аликова, Л.А. Анаева, О.В. Ремизов // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. – 2022. – № 4. – С. 148—152.

8. Аликова, З. Р. Анализ мнения врачей-педиатров об организации и перспективах развития первичной медико-социальной помощи детям / З.Р. Аликова, Л.А. Анаева, Ф.У. Козырева, З.И. Яхъяева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – Т. 29 – №4. – С. 898—903.
9. Альбицкий, В.Ю. Истоки и становление государственной системы охраны здоровья детей в советской России (1917-1930 гг.) / В.Ю. Альбицкий, С.А. Шер // ПедиатрЪ. - 2018. – С. 224.
10. Альбицкий, В.Ю. Современные вопросы детской инвалидности в условиях реализации национальных проектов "Здравоохранение" и "Демография": (обзор литературы)/ В. Ю. Альбицкий, А. И. Зиятдинов, А. В. Шулаев, Р. Н. Терлецкая // Казань, Медицина, 2018 г. – 82 с.
11. Альбицкий, В.Ю. Борьба с детской смертностью в имперской и советской России (Начало XX в. – 1940 г.) / В.Ю. Альбицкий, С.А. Шер // Смоленский медицинский альманах. – 2016. - №4. – С. 121-124.
12. Альбицкий, В.Ю. Младенческая смертность в Российской Федерации в условиях новых требований к регистрации рождения / В.Ю. Альбицкий, Р.Н. Терлецкая // ПедиатрЪ. - 2016. - №19. – С.88.
13. Анисимов, М.В. Медико-социальные аспекты доступности, удовлетворенности населения качеством медицинской помощи и пути повышения их уровня: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / М.В. Анисимов. - Воронеж, 2011. – С. 23.
14. Анкетирование как метод оценки состояния здоровья детей / В.К. Юрьев [и др.] // Российский педиатрический журнал. - 2008. - № 1. - С. 57-60.
15. Байбарина, Е.Н. Модернизация службы охраны материнства и детства в Российской Федерации: результаты и перспективы / Е.Н. Байбарина, О.С. Филиппов, Е.В. Гусева // Акушерство и гинекология. – 2013. - №12. – С. 4-9.
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 // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2011. – №6. – С. 6–9.

17. Бакрадзе, М.Д. Госпитализация и амбулаторное лечение детей: преимущества и риски / М.Д. Бакардзе // Вопросы современной педиатрии. – 2009. – Т. 8. – №4. – С. 26-31.

18. Балашова, Е. А. Качество диспансеризации детей первого года жизни в поликлинике / Е. А. Балашова // Российский педиатрический журнал. - 2017. - Т.20. - № 3. - С. 152-155.

19. Баранов А.А. Пути повышения качества и доступности медицинской помощи детям в условиях первичного звена здравоохранения / А.А. Баранов, А.Г. Ильин, С.Р. Конова, Е.В. Антонова // Вопросы современной педиатрии. – 2009. – Т. 8. – №4. – С. 5-8.

20. Баранов, А.А. Основы оптимизации стационарной помощи / А.А. Баранов, С.А. Валлиулина, Н.Н. Ваганов, Е.В. Карпухин // Вопросы современной педиатрии. – 2006. – Т. 5, – №3. - С. 7-9.

21. Баранов, А.А. Состояние здоровья детей современной России / А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий, Л.С. Намазова-Баранова, Р.Н. Терлецкая // ПедиатрЪ. - 2018 г. – Выпуск № 20. – 120 с.

22. Баранов, А.А. Некоторые факторы риска формирования инвалидности у детей / А.А. Баранов, Л.С. Намазова-Баранова, Р.Н. Терлецкая, Е.В. Антонова // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2017. – Т.20. – № 2. - С.60-64.

23. Баранов, А.А. Многоуровневая система оказания медицинской помощи детскому населению / А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий, Р.Н. Терлецкая, Д.И. Зелинская // Вопросы современной педиатрии. – 2014. – Т. 13 – № 2. – С. 5-10.

24. Баранов, А.А. Смертность детского населения в России: состояние, проблемы и задачи профилактики / А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий, Л.С. Намазова-Баранова // Вопросы современной педиатрии. - 2020. – Т. 19. - №2. - С. 96-106.

25. Баранов, А.А. Смертность детского населения России (тенденции, причины и пути их снижения). 3-е издание /А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий. - М.: Союз педиатров России, 2009. – С. 387.

26. Баранов, А.А. Состояние здоровья детей России, приоритеты его сохранения и укрепления / А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий // Казанский медицинский журнал. - 2018. – Т.99. - №4. - С. 698-705.

27. Баранов, А.А. Тенденции младенческой и детской смертности в условиях реализации современной стратегии развития здравоохранения Российской Федерации / А.А. Баранов, Л.С. Намазова-Баранова, Р.Н. Терлецкая // Вестник РАМН. – 2017. – Т.72. – №5. – С. 375–382.

28. Баранова, А.Д. Характеристика общей заболеваемости детей первого года жизни в пермском крае за период 2012-2016 гг. / А.Д. Баранова, А.В. Воловик, Т.Н. Говязина // Материалы XXII международной научно-практической конференции. Ответственный редактор Н.В. Уварина. – 2020 – С. 7-10.

29. Баранова, С.П. Организация специализированной паллиативной медицинской помощи детям в условиях стационара / С.П. Баранова, И.Э. Бербер, Н.В. Минаева // Актуальные вопросы педиатрии. Материалы межрегиональной научно-практической конференции, посвященной 100-летию пермской педиатрии. Пермь. – 2022. – С. 33-37.

30. Батышева, Т.Т. Использование дистанционных технологий в реабилитации детей с COVID-19 / Т.Т. Батышева, Е.И. Аксенова // Московская медицина. – 2021. – Т.3. – №43. – С. 56-57.

31. Беляков, В.А. Адаптационные возможности и здоровье детей раннего возраста / В А. Беляков // Российский педиатрический журнал. - 2005. - № 2. - С. 8- 10.

32. Березкина, Е.Н. Результаты оценки кадрового обеспечения детской клинической больницы / Е.Н. Березкина, К.Е. Моисеева // Медицина и организация здравоохранения. - 2018. - №4 (3). - С. 3-8.

33. Берсенева, Е.А. Типовые и комплексная модели процессов развития при реализации актуальной модели внутреннего контроля качества и

безопасности медицинской деятельности / Е.А. Береснева, С.А. Мендель - Москва, ООО «Светлица», 2021 г. – 192 с.

34. Благодарева, М.С. Положительный опыт внедрения телемедицинских технологий в работу Екатеринбургского клинического перинатального центра / М. С. Благодарева, Н. С. Брынза, С. Р. Беломестнов, О. Л. Ксенофонтова. – Текст: электронный // Уральский медицинский журнал. - 2023. – Т. 22, № 5. – С. 49-57.

35. Боброва, И.Н. Удовлетворенность населения доступностью и качеством медицинской помощи, оказанной детям первого года жизни (на примере Оренбургской области) / И.Н. Боброва, Н.Ю. Перепелкина // Медицинский альманах. - 2011. - №2. - С. 28-30.

36. Богданова. Е.Н. Влияние пандемии коронавируса COVID-19 на правовое регулирование охраны здоровья детей в российской федерации / Е.Н. Богданова // Бизнес. Образование. Право. – 2020. – Т.53. – №4. – С. 342-348.

37. Богза, О.Г. Медико-социальная оценка причин и факторов риска младенческой смертности (на примере Омской области) / О.Г. Богза, О.П. Голева // Российский педиатрический журнал. – 2017. – Т.2. – №20. – С. 94-98.

38. Бота, Е. В. Оценка роли диспансеризации в снижении уровня детской инвалидности / Е.В. Бота, В.И. Костров // Университетская медицина Урала. – 2021. – Т.7. – № 4. – С. 33-35.

39. Ваганов, Н.Н. Состояние и перспективы развития стационарной специализированной помощи детям //Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2005. – №1. – С. 4-8.

40. Валиева Б.И. Научное обоснование системы организации и обеспечения качества амбулаторно-поликлинической помощи детям раннего возраста, проживающим в сельской местности: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33 / Б. И. Валиева. - М., 2006. – С. 24.

41. Валиуллина, С. А. Управление качеством оказания медицинской помощи детям в Татарстане / С.А. Валиуллина // Вопросы современной педиатрии. - 2003. - Т. 2. - Приложение № 1. - С. 53.

42. Вершинин, Г.С. Оценка доступности и качества телемедицинских консультаций при оказании медицинской помощи детям (по результатам анкетирования врачей) / Г. С. Вершинин, И. В. Винярская, Р. Н. Терлецкая и др. // Вестник Ивановской медицинской академии. – 2021. – Т. 26, – № 3. – С. 18-21.

43. Вершинин, Г.С. Телемедицинская помощь детям: актуальные задачи / Г.С. Вершинин, И.В. Винярская // Российский педиатрический журнал. – 2022. – Т.25. – №6. – С. 391-391.

44. Виноградова, И.В. Заболеваемость и летальность детей с экстремально низкой массой тела / И.В. Виноградова // Вестник Чувашского университета. - 2012. - № 3. - С. 335–341.

45. Вишняков, Н.И. Общественное здоровье и здравоохранение. Учебник для студентов (9 изд., испр. и доп.) / Н.И. Вишняков, О.А. Гусев, Л.В. Кочорова и [др.] – М.: МЕДпресс-информ, 2018. – 880 с.

46. Гаджиев, Р.С. Совершенствование организации медицинской помощи детям раннего возраста в городских поликлиниках / Р.С. Гаджиев, Л.С. Агаларова // Вестник Ивановской медицинской академии. - 2016. - Т.21. - №4. - С. 5-10.

47. Галактионова, М.Ю. Риски в жизни детей первого года-тактика участкового педиатра /М.Ю. Галактионова, Л.А. Фёдорова, Л.В. Яковлева // Statuspraesens. Педиатрия и неонатология. – 2020. – Т.70-72. – №3-4. – С. 71-77.

48. Гасиловская, Т.А. Значение опроса родителей в экспертизе качества педиатрической амбулаторно-поликлинической помощи / Т.А. Гасиловская, М.М. Садыков // Российский педиатрический журнал. - 2009. - №6. - С. 43-47.

49. Грибина, Н.Н. Совершенствование организации и управления медицинской помощью детям: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / Грибина Наталия Николаевна. - М., 2014. – С. 24.

50. Данилова, В.В. Исторические аспекты развития телемедицинских технологий / В.В. Данилова, К.Е. Моисеева, А.В. Алексеева //В сборнике: Современные достижения и перспективы развития охраны здоровья населения. Материалы V международной научно-практической конференции. Ташкент, 2023. С. 41-50.

51. Данилова, В.В. Некоторые аспекты организации стационарной медицинской помощи детям первого года жизни / В.В. Данилова // В сборнике: VI Неделя образования Елизаветинской больницы. Сборник тезисов многопрофильного медицинского форума СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»; ГБУ Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе». М., 2022. - С. 9-10.

52. Данилова, В.В. Некоторые результаты оценки показателей, характеризующих оказание специализированной медицинской помощи детям первого месяца жизни, в детской многопрофильной больнице / В.В. Данилова // Forcipe. - 2023. - Т. 6. - № 1. - С. 204-205.

53. Данилова, В.В. Нормативные и организационные аспекты перехода медицинских организаций на электронный документооборот / В.В. Данилова // В сборнике: Проблемы городского здравоохранения. Сборник научных 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». - СПб, 2022. - С. 188-190.

54. Данилова, В.В. Основные направления внедрения цифровых технологий в современном здравоохранении / В.В. Данилова // Forcipe. – 2022. – Т. 5. – № 2. – С. 172-173.

55. Данилова, В.В. Проблемы внедрения цифровых технологий в современном здравоохранении / В.В. Данилова // В сборнике: Проблемы городского здравоохранения. Сборник научных 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». СПб., 2022. - С. 196-199.

56. Денисов, А. П. Медико-социальные аспекты формирования здоровья детей раннего возраста: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.02.03 / А.П. Денисов. – М., 2018. - 47 с.

57. Джалилова, Г.А. Охрана материнства и детства в республике Узбекистан / Г.А. Джалилова, Н.Ф. Расулова, Н.С. Мухамедова // Science and innovation. – 2023. – С. 1971-1974.

58. Дударева. В.А. Совершенствование организации оказания медицинской помощи детскому населению на региональном уровне с учетом факторной обусловленности здоровья: автореф. дис. ... кан. мед. наук: 14.02.03 / В.А. Дударева. – Чита., 2021. - 24 с.

59. Ескина, С.П. Клинические рекомендации в практике педиатра клинико-диагностического центра: анализ значимости критериев оценки качества диспансерного наблюдения / С.П. Ескина, Е.П. Исаева, В.В. Трошкина // Российский педиатрический журнал. – 2022. – Т.3. – №1. – С.118.

60. Жабурин, М.В. Роль телемедицинских консультаций в период пандемии коронавирусной инфекции / М.В. Жабурин, И.С. Султанов, Д.В. Карпов, А.Н. Варников // VII Всероссийская научная конференция студентов и молодых ученых с международным участием. – Иваново, 2021. – С. 108-109.

61. Жданова, Л.А. Новые подходы к оказанию помощи детям в детском городском консультативно-диагностическом центре / Л.А. Жданова, М.Н. Салова, И.В. Князева, А.В. Кочетова, Т.Л. Лайкова // Российский педиатрический журнал. – 2017. - № 5. - С.283-287.

62. Жданова, Л.А. Организация медицинской помощи детям, перенесшим новую коронавирусную инфекцию, в условиях поликлиники / Л. А. Жданова, М. Н. Салова, Е. В. Шеманаева // Вестник Ивановской медицинской академии. – 2022. – Т. 27. – № 2. – С. 16-21.

63. Жидкова, Г.В. Диспансеризация, как активный метод динамического наблюдения за состоянием здоровья детей раннего возраста / Г.В. Жидкова, Л.Н. Кудрешова // Сборник статей Тридцать первой международной научно-практической конференции. – 2020. – С. 326-329.

64. Жуковская, Е.В. Становление и развитие специализированной медицинской помощи детям и подросткам с заболеваниями крови и злокачественными новообразованиями в Челябинской области / Е.В. Жуковская,

Н.Н. Русанова, Е.В. Башарова и др. // Медико-социальные аспекты оказания помощи пациентам с онкогематологической патологией: сб. материалов межрегион. науч.-практ. конф. с междунар. участием. — Челябинск, 2010. — С. 3–5.

65. Замиралова, Т.А. Охрана материнства и детства как аспект социальной политики. Успехи современной науки. – 2017. – Т.7. – №3. – С.12-14.

66. Зеленова, Е.В. Состояние и пути оптимизации специализированной лечебно-профилактической помощи детям в условиях поликлиники: диссертация ... кандидата медицинских наук: 14.00.33 / Зеленова Елена Владимировна. - Санкт-Петербург, 2008. – С.131.

67. Зелинская, Д.И. Больничная летальность среди детей первого года жизни в Российской Федерации и перспективы ее снижения / Д.И. Зелинская, Р.Н. Терлецка // Социальная педиатрия и организация здравоохранения. – 2007. - С. 13-18.

68. Зудин, А.Б. Основы реформирования здравоохранения в России - М.: «Шико», 2017. – 280 с.

69. 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.

70. Иванов, Д.О. База данных «Регистр госпитализаций детей первого года жизни» / Д.О. Иванов, К.Е. Моисеева, В.К. Юрьев, М.Г. Карайланов, В.В. Данилова // Свидетельство о регистрации базы данных 2023622333, 11.07.2023. Заявка № 2023621941 от 26.06.2023.

71. Иванов, Д.О. Оценка влияния места жительства и пандемии COVID-19 на госпитализации детей первого года жизни / Д.О. Иванов, К.Е. Моисеева, И.В. Виноградова и др. // Социальные аспекты здоровья населения. – 2023. – Т. 69. – № 4. - Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1508/30/lang,ru/>.

72. 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.9. - №2. – С. 5-15.

73. Иванов, Д.О. Лечение детей, инфицированных COVID-19, в непрофильном стационаре / Д.О. Иванов, Д.В. Заболотский, В.А. Корячкин и др. // Педиатр. – 2020. – Т. 11. – № 2. – С. 5–14.

74. Иванов, Д.О. Оценка динамики госпитализированной заболеваемости детей первого года жизни / Д.О. Иванов, К.Е. Моисеева, М.Ю. Комиссарова и др. // Медицина и организация здравоохранения. – 2023. – Т. 8 – № 3. – С. 4-12.

75. 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.

76. Иванов, Д.О. Руководство по перинатологии / Д.О. Иванов. - СПб.: Информ-Навигатор, 2015. – 1216 с.

77. Иванов, Д.О. Современные особенности здоровья детей мегаполиса / Д.О. Иванов, В.И. Орел // Медицина и организация здравоохранения. - 2016. - Т.1. -№1. - С. 6-11.

78. Иванов, Д.О. Современные проблемы организации медицинской помощи детям на муниципальном уровне (на примере городского округа Балашиха) / Д.О. Иванов, В.И. Орел, М.С. Антипов // Медицина и организация здравоохранения. – 2022. – Т. 7 – № 1. – С. 4-14.

79. Иванов, Д.О. Характеристика госпитализаций детей первого месяца жизни в многопрофильном детском стационаре / Д.О. Иванов, К.Е. Моисеева, В.К. Юрьев и др. // Медицина и организация здравоохранения. – 2023. – Т. 8. – № 2. – С. 4-14.

80. Иванова, А.А. Проблемы федеральных центров, оказывающих профильную медицинскую помощь / А.А. Иванова, Д.В. Литвинов, Г.А. Новичкова // Вопросы гематологии/онкологии и иммунопатологии в педиатрии. – 2019. – Т.18. – №1. – С. 140-143.

81. Игнатъев, Е.А. Внедрение телемедицинских услуг в работу хирургического отделения детской городской поликлиники / Е.А. Игнатъев, Т.М. Васильева, Е.В. Корчагина, А.Н. Крылов // Детская хирургия. – 2020. – Т.24. – №1. (Приложение). – С. 36.

82. Каграманов, В.И. Комплексная оценка последствий болезней и причин инвалидности в детской популяции: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.09 / В.И. Каграманов. - М., 1996. – 24 с.

83. Караманян, А.В. Особенности диспансеризации в декретированные сроки детей раннего возраста после кесарева сечения / А.В. Караманян, Р.Р.Шаяхметова, Е.А. Курмаева и др. // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2020. – Т.65. – №4. – С. 197-198.

84. Козлова, Е.М. Организация оказания экстренной помощи детям на амбулаторном этапе / Е.М. Козлова, Е.Г. Новопольцева // Педиатрическая фармакология. – 2021. – Т.18. – №4. – С. 320-323.

85. Конюс, Э.М. Пути развития советской охраны материнства и младенчества (1917-1940). М., Госиздат, 1954.

86. Кораблев, А.В. Оптимизация стационарной помощи детям первого года с перинатальной патологией как резерв снижения младенческой смертности и детской инвалидности: автореф. дис. ... канд. мед. наук:14.00.33;14.00.09 / Кораблев Андрей Вадимович. Санкт-Петербург, 2006. – С.21.

87. Костина, М.Ю. Хотовицкий С.Ф. и его вклад в развитие педиатрии как самостоятельного раздела медицинской науки и практики / М.Ю. Костина // Вестник Совета молодых ученых и специалистов Челябинской области. – 2017. – Т.17. – № 2. – С. 8–12.

88. Крашенинников, С.Г. Организация детского (педиатрического) отделения экстренной и плановой консультативной медицинской помощи / С.Г. Крашенинников, Н.Н. Такшеев, О.В. Лапин и др. // Педиатрический вестник Южного Урала. – 2019. – № 1. – С. 4-7.

89. Крикова, А.В. Государственная политика в области оказания медицинской и фармацевтической помощи детям и подросткам в период

пандемии новой коронавирусной инфекции в Российской Федерации / А.В. Крикова, В.В. Соколовская, В.В. Бекезин, Р.С. Козлов // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. – 2022. – Т. 21. – № 2.

90. Крючко, Д.С. Младенческая смертность вне лечебных учреждений и пути ее снижения / Д.С. Крючко, И.И. Рюмина, В.В. Чельшева, Е.В. Соколова, Е.Н. Байбарина // Вопросы современной педиатрии. – 2018. – Т.17. – №6. – С. 434-440.

91. Лазарива, И.Э Анализ проведенных телемедицинских консультаций за период 2019 - 2021 годы в БУ «Няганская городская детская поликлиника» / И.Э. Лазарива, Н.П. Биринцева, Е.А. Дряхлова Е.А // Здоровоохранение Югры: опыт и инновации. – 2022. – №3. – С. 5-8.

92. Лашкевич, Е.Л. Состояние здоровья недоношенных детей в течение первого года жизни / Е.Л. Лашкевич, Е.И. Барановская, Е.В. Нестеренко, Ю.Ю. Счастливая // Охрана материнства и детства. – 2009. – Т.14. - № 2. – С. 95–97.

93. Лебедева, О.В. Заболеваемость и смертность детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела при рождении: факторы риска и пути снижения [Электронный ресурс] / О.В. Лебедева // Вестник новых медицинских технологий. - 2015. - № 2. – С. 30-31.

94. Ликстанов, М.И. Опыт организации работы педиатрического стационара в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции / М.И. Ликстанов, А.В. Голомидов, С.А. Кузьменко //Мать и Дитя в Кузбассе. – 2021. – Т.84. – №1. – С. 97-101.

95. Магомедов, Р.И. Совершенствование организации и качества специализированной стационарной помощи детям раннего возраста в условиях крупного города: автореф. дис. ... канд. мед. наук:14.02.03 / Магомедов Рафик Имамгусейнович. - М., 2012. – С.24.

96. Мадалиева, Н.В. Трансформация - рецепт детского здравоохранения / Н.В. Мадалиева // Узбекский научный журнал. – 2023. – №19.–С.23–26.

97. Мазур, Л.И. Мониторинг показателей физического развития и заболеваемости детей первого года жизни [Электронный ресурс] / Л.И. Мазур,

В.А. Жирнов, М.В. Дмитриева // Современные проблемы науки и образования. - 2016. - №2. - Режим доступа: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=24318>

98. Мальцева, О.С. Модель и принципы организации скорой специализированной медицинской помощи детям на этапе медицинской эвакуации [Электронный ресурс] / О.С. Мальцева, Д.А. Шелухин, К.В. Пшениснов и др. // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. - 2021. -№2. - С.52-61. - Режим доступа: <https://doi.org/10.25016/2541-7487-2021-0-2-52-6>.

99. Машина, Н.С. Состояние здоровья детей первого года жизни и определяющие его факторы / Н.С. Машина, М.Ю. Галактионова // Сибирское медицинское обозрение. - 2015. - №2. - С. 26-31.

100. Методические указания по разработке национальных проектов (программ): [утверждены Правительством Российской Федерации 4 июня 2018 г. № 4072п-П6]. – М., 2018. – 24 с.

101. Микиртичан, Г.Л. Всероссийское попечительство об охране материнства и младенчества: преемственность идей (к 100-летию со дня основания) / Г.Л. Микиртичан // Педиатр. – 2013. – Т.4. - №3. – С. 130-137.

102. Миронова, А.К. Роль центров восстановительного лечения детей от 0 до 3 лет, родившихся с очень низкой и экстремально низкой массой тела в совершенствовании медицинской помощи недоношенным детям / А.К. Миронова, И.М. Османов, Н.В. Полунина и др. // Российский медицинский журнал. – 2019. – Т. 25. – № 2. – С. 92-95.

103. Моисеева, К. Е. Состояние и пути оптимизации организации восстановительного лечения детей в условиях специализированного центра: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33 / К.Е. Моисеева. - СПб., 2009. – 24 с.

104. Моисеева, К.Е. Отклонение массы тела при рождении как фактор риска для здоровья ребенка / К.Е. Моисеева, Д.О. Иванов, В.К. Юрьев и др. // Социальные аспекты здоровья населения. – 2023. – Т. 69. – № 2.

105. Моисеева, К.Е. Влияние осложненных родов на здоровье новорожденных / К.Е. Моисеева, В.К. Юрьев, А.В. Алексеева, К.Г. Шевцова и др.

// Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2023. – № 2. – С. 845-869.

106. Моисеева, К.Е. Динамика и прогноз отдельных показателей доступности медицинской помощи новорожденным в северо-западном федеральном округе / К.Е. Моисеева // Медицина и организация здравоохранения. - 2020. – Т.5. - №1. - С. 18-28.

107. Моисеева, К.Е. Заболеваемость новорожденных в Российской Федерации / К.Е. Моисеева // Медицина: теория и практика. - 2019. – Т.4. - № 5. - С. 368-369.

108. Моисеева, К.Е. Некоторые аспекты оценки здоровья детей в возрасте до года / К.Е. Моисеева, К.Г. Шевцова, К.С. Межидов, В.В. Данилова // В книге: Тезисы IX Общероссийского конференц-марафона «Перинатальная медицина: от прегравидарной подготовки к здоровому материнству и детству» и II Научно-практической конференции «Педиатрия XXI века: новые парадигмы в современных реалиях». Москва, 2023. - С. 74-75.

109. Моисеева, К.Е. Некоторые результаты изучения здоровья детей на первом году жизни / К.Е. Моисеева, А.В. Алексеева, В.В. Данилова // В книге: Воронцовские чтения. Сборник материалов XVI Всероссийской научно-практической конференции. - Санкт-Петербург, 2023. - С. 44-46.

110. Моисеева, К.Е. Оценка уровня госпитализации и средней длительности пребывания детей первого год 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.

111. 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.

112. Моисеева, К.Е. Состояние и пути совершенствования организации медицинской помощи новорожденным в организациях родовспоможения: автореф. дис. ... док. мед. наук: 14.02.03 / К.Е. Моисеева. - СПб., 2021. – 44 с.

113. Мун, В.А. Государственно-правовая охрана материнства и детства в России в середине XIX – начале XX вв.: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.01 / В.А. Мун. – Саратов, 2020. – С. 37.

114. Набережная, И.Б. Роль регионального телемедицинского центра в оказании медицинской помощи / И.Б. Набережная, Д.А. Захаров [Электронный ресурс] // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2021. – Т.43. – №2. – С. 67–73. – Режим доступа: <https://doi.org/10.17116/medtech20214302167>.

115. Назарова, М.З. Особенности организации медицинской помощи беременным женщинам и детям в условиях COVID-19 / М.З. Назарова, Г.А. Дунгешова, Г.С. Айтбаева, М.Т. Кашкенова, Н.В. Мехмонова // Интернаука. – 2021. – Т.186. – № 10-1. – С. 23-25.

116. Неволин, Ю.С. Научное обоснование организации работы межтерриториального центра здоровья для детей: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / Неволин Юрий Сергеевич. - М., 2016. – С. 25.

117. Новикова, А.А. Деятельность государственных и общественных организаций в области охраны материнства в конце XIX - начале XX века / А.А. Новикова // Известия Пензенского государственного педагогического университета им. В.Г. Белинского. – 2012. - № 27. – С. 863-866.

118. О внесении изменений в государственную программу Российской Федерации «Развитие здравоохранения»: [Постановление Правительства Российской Федерации № 380 от 29 марта 2019 г.]. – М., 2019. – 80 с.

119. О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года: [Указ Президента Российской Федерации № 204 от 7 мая 2018 г.]. – М., 2018.

120. О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов: [Постановление Правительства РФ № 1610 от 7 декабря 2019 г.]. – М., 2019.

121. О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов: [Постановление Правительства Российской Федерации № 2299 от 28 декабря 2020 г.]. – М., 2020.

122. Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения»: [Распоряжение Правительства РФ № 1640 от 26 декабря 2017 года (с изменениями на 17 августа 2020 года)]. – М., 2017.

123. Об утверждении статистического инструментария для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере охраны здоровья: [Приказ Росстата № 866 от 27 декабря 2016 года]. – М., 2016.

124. Орел, В.И. Актуальные проблемы первичной медико-санитарной помощи детям / В.И. Орел, А.В. Ким, И.С. Катаева и др. // Материалы Всероссийской научно-практической конференции / под редакцией И.Т. Русева, А.Х. Ахминевой. – СПб., 2022. – С. 66-68.

125. Орел, В.И. Опыт внедрения технологий бережливого производства в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь детскому населению / В.И. Орел, В.И. Смирнова, О.А. Носырева и др. // Children's medicine of the North-West. – 2021. – Т. 9 – № 1. – С.270-271.

126. Орел, В.И. Служба охраны матери и ребенка Санкт-Петербурга в 2018-2019 годах / В.И. Орел, Д.О. Иванов, А.В. Ким и др. // Учебно-методическое пособие / под общ. ред. В.И. Орла. – СПб: ГПМУ, 2020. – 216 с.

127. Осипов, А. М. Опыт работы кабинета мониторинга состояния здоровья и развития детей из групп перинатального риска, родившихся недоношенными, с очень низкой и экстремально низкой массой тела / А.М. Осипов, Г.Н. Киреева, И.И. Спичак // Педиатрический вестник Южного Урала. – 2023. – №1. – С. 4-12.

128. Основные направления деятельности Правительства Российской Федерации на период до 2024 года: [утверждены Правительством Российской Федерации 29 сентября 2018 г. № 8028п-П13]. – М., 2018. – 76 с.

129. 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.

130. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации в 2019 году. Статистический сборник. – М.: ЦНИИО и ИЗ, 2020.

131. 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.

132. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации в 2021 году. Статистический сборник. – М.: ЦНИИО и ИЗ, 2022.

133. Отдельнова, К. А. Определение необходимого числа наблюдений в социально-гигиенических исследованиях / Сб. трудов 2-го ММИ. 1980; 150 (6). С.-18–22.

134. Перхов, В.И. Программа государственных гарантий как инструмент обеспечения социальных прав государства в сфере охраны здоровья граждан / В.И. Перхов // Менеджер здравоохранения. - 2018. - № 5. - С. 6-12.

135. Петряйкина, Е.Е. Возможности стационарозамещающих технологий в хирургии детского возраста / Е.Е. Петряйкина, М.В. Корочкин, Г.С. Поддубный и др. [Электронный ресурс] // Детская хирургия. – 2019. – Т.23. – №5. – С. 258-263. – Режим доступа: <http://dx.doi.org/10.18821/1560-9510-2019-23-5-258-263>.

136. Письмо Министерства здравоохранения РФ от 13 января 2022 г. N 11-7/И/2-275 "О формировании и экономическом обосновании территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022-2024 годы" [Электронный ресурс]. – Режим доступа:

<https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/403278471/?ysclid=lrjik7mgne774765864>.

137. Плотникова, Е.В. Служба катамнеза как современное направление организации медицинской помощи детям с последствиями заболеваний перинатального периода [Электронный ресурс] // Медицина и организация здравоохранения. – 2022. – Т. 7. – № 4. – С. 24–31. – Режим доступа: <https://doi.org/10.56871/МНСО.2022.98.58.003>.

138. Поддубный, М.В. История здравоохранения дореволюционной России (конец XVI - начало XX века) / М.В. Поддубный, И.В. Егорышева, Е.В. Шерстнева и др. // Под редакцией академика РАМН Р.У. Хабриева – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014 г. - 248 с.

139. Подчернина, А. М. Госпитальная заболеваемость детей города Москвы в период пандемии COVID-19 / А.М. Подчернина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2022. – Т.30 – №5. – С.1097-1104.

140. Положения об организации проектной деятельности в Правительстве Российской Федерации: [постановление Правительства Российской Федерации № 1288 от 31 октября 2018 г.]. – М., 2018. – 44 с.

141. Попова, О.В. Стратегия обеспечения здоровья ребенка в общей врачебной практике / О.В. Попова, И.В. Патеюк, И.М. Баешко, О.А. Касперович // Семейный доктор. – 2020. – №2. – С.3-7.

142. Послание Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации от 1 марта 2018 года. – М., 2018.

143. Послание Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации от 20 февраля 2019 года. – М., 2019.

144. Потапова, М.В. Этапность оказания медицинской помощи недоношенным детям с экстремально низкой и очень низкой массой тела в условиях городской детской больницы / М.В. Потапова, А.И. Сафина, А.А. Малова, О.В. Шарипова, И.В. Агапова // Вестник современной клинической медицины. – 2013. – Т.6. – №1. – С.95-97.

145. Приказ Минздрава Российской Федерации от 22.01.2001 № 12 «О введении в действие отраслевого стандарта «Термины и определения системы

стандартизации в здравоохранении» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://base.garant.ru/4177251/>.

146. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 22 ноября 2004 г. N 255 "О порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг" (с изменениями и дополнениями) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://base.garant.ru/12137975/?ysclid=lrjihknhbx441369695>.

147. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15 мая 2012 г. N 543н "Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению" (с изменениями и дополнениями) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://base.garant.ru/70195856/>.

148. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 2 декабря 2009 г. N 942 "Об утверждении статистического инструментария станции (отделения), больницы скорой медицинской помощи" (с изменениями и дополнениями) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://base.garant.ru/12171975/>.

149. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 19 августа 2009 г. N 597н "Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака" (с изменениями и дополнениями) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://base.garant.ru/12169847/>.

150. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 22 ноября 2004 г. N 255 "О порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг" (с изменениями и дополнениями) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://base.garant.ru/12137975/?ysclid=ls1w9mvo30774297234>.

151. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 декабря 2014 г. № 796н "Об утверждении Положения об организации оказания

специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи" [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://base.garant.ru/70859232/>.

152. Приказ Министерства здравоохранения РФ и Министерства труда и социальной защиты РФ от 31 мая 2019 г. N 345н/372н "Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья" [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://base.garant.ru/72280964/>.

153. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 10 августа 2017 г. N 514н "О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних" (с изменениями и дополнениями) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://base.garant.ru/71748018/>.

154. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 10 мая 2017 г. № 203н "Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи" [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71575880/?ysclid=lrjiei hkz2811063814>.

155. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 2 мая 2023 г. № 205н "Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников" [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=449634&ysclid=lrjg x2hr lp447850933>.

156. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20 июня 2013 г. N 388н "Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи" (с изменениями и дополнениями) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://base.garant.ru/70438200/>.

157. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 30 ноября 2017 г. N 965н "Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий" [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://base.garant.ru/71851294/>.

158. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 6 августа 2013 г. N 529н "Об утверждении номенклатуры медицинских организаций" (с изменениями и дополнениями) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://base.garant.ru/70453400/>.

159. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 7 марта 2018 г. N 92н "Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям" [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://base.garant.ru/71925984/>.

160. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 7 сентября 2020 г. N 947н "Об утверждении Порядка организации системы документооборота в сфере охраны здоровья в части ведения медицинской документации в форме электронных документов" [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://base.garant.ru/400183202/>.

161. Пузырев, В.Г. Состояние и пути оптимизации профилактической работы с детьми первого года жизни в условиях поликлиники: автореф. дис ... канд. мед.наук: 14.00.33 / В.Г. Пузырев. - М., 2010. - 18 с.

162. Райкова, Н.М. Состояние здоровья детей первого года жизни и профилактика болезней на амбулаторном этапе: автореф. дис... канд. мед.наук: 14.00.09 / Райкова Наталья Михайловна. - М., 2005. - 24 с.

163. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения в 2018 году. Часть I. Медицинские кадры. Статистический сборник. – М.: ЦНИИО и ИЗ, 2019.

164. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения в 2019 году. Часть I. Медицинские кадры. Статистический сборник. – М.: ЦНИИО и ИЗ, 2020.

165. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения в 2020 году. Часть I. Медицинские кадры. Статистический сборник. – М.: ЦНИИО и ИЗ, 2021.

166. Рожавский, Л.А. Стационарная помощь детям в крупном региональном многопрофильном медицинском центре: современные тенденции

/Л.А. Рожавский // Социальные аспекты здоровья населения. 2011. №6. (22).  
<http://vestnik.mednet.ru/>.

167. Розинов, В.М. Межрегиональные центры специализированной хирургической помощи детям России – профиль и дислокация / В.М. Розинов, Д.А. Морозов, С.А. Румянцев и др. [Электронный ресурс]// Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. – 2019. – Т.9. – №1. – С. 8–16. – Режим доступа: <https://doi.org/10.30946/2219-4061-2019-9-1-8-16>.

168. Рощин, Д. О. Институт лицензирования и применение порядков оказания медицинской помощи в пандемию COVID-19 / Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – Т.29. – №5. – С. 1057—1059.

169. Русинова, Д.С. Первичная медицинская помощь детям при COVID-19 (опыт ГБУЗ «ДГП № 133 ДЗМ») / Д.С. Русинова, Г.П. Глазкова, И.А. Абаева и др. // Московская медицина. – 2021. – Т.43. – №3. – С. 58-63.

170. Рыбакова, М.В., Тюрина И.Ю. Формирование здоровья детей первого года жизни в московской семье / М.В. Рыбакова, И.Ю. Тюрина // Социологические исследования. - 2008. - №10. - С. 127-132.

171. 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.

172. Семёнов, В.Ю. Научно-методическое обоснование нуждемости детского населения в стационарной медицинской помощи / В.Ю. Семенов, Л.В. Руголь, Э.Н. Матвеев // Менеджер здравоохранения. – 2010. – №10. – С. 29-40.

173. Семченко Л. Н. Роль медицинской сестры в организации диспансерного наблюдения за здоровым ребенком первого года жизни в условиях детской городской поликлиники / Л.Н. Семченко, О.Ю. Герасимова // Вестник Челябинской областной клинической больницы. – 2019. – Т.44. – №2. – С. 30-34.

174. 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 /А.Н. – Пермь, 2016. – 135 с.

175. 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.

176. Сорокина, Т. С. История медицины. Учебник / Т. С. Сорокина. - М.: Издательский центр «Академия», 2008. - 560 с.

177. Стародубов, В.И. Общественное здоровье и здравоохранение. Национальное руководство / В.И. Стародубов, О.П. Щепин. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013 г. - 619 с.

178. Суханова, Л.П. Детская и перинатальная смертность в России: тенденции, структура, факторы риска [Электронный ресурс] / Л.П. Суханова, М.С. Скляр // Информационно-аналитический вестник. Социальные аспекты здоровья населения. – 2008. – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view>.

179. Таточенко, В.К. Телемедицинские консультации в педиатрии — структура и анализ / В.К. Таточенко, М.Д. Бакрадзе, Г.С. Вершинин, А.Р. Бабаян // Доктор.Ру. - 2023. - Т.22. - №3. - С. 7–14.

180. Телеш, О.В. Возможные пути снижения младенческой смертности в отдельных регионах РФ /О.В. Телеш, Ю.В. Петренко, Д.О. Иванов // Педиатр. - 2017. - Т.8 - №1. - С. 90-94.

181. Токилова, М.А. Оценка использование коечного фонда детского стационара на уровне муниципального района / М.А. Токилова, М.Г. Хведелидзе, Ш.Д. Харбедия, К.Е. Моисеева // В сб. науч. трудов «Проблемы городского здравоохранения». - СПб, 2017. - С. 193-195.

182. Тоцкая, Е.Г., Новоселов В.П. Экспертная оценка перспективных форм организации оказания стационарной медицинской помощи при совершенствовании взаимодействия технологий амбулаторного и госпитального этапов / Е.Г. Тоцкая, В.П. Новоселов // Сибирский медицинский журнал. - 2008. - Т.23. - №1. - С. 38-41.

183. Турбина, Ю.О. Социально-гигиеническая характеристика женщин репродуктивного возраста и ее роль в развитии гинекологической патологии / Ю.О. Турбина, Н.В. Полунина, В.С. Полунин // Российский медицинский журнал. - 2019. – Т. 25. – № 2. – С. 89-91.

184. Тюков Ю.А. Организация и нерешенные проблемы оказания приемным отделением стационара медицинской помощи больным детям, нуждающимся в госпитализации / Ю.А. Тюков, Э.А. Косымов, И.Н. Добровецкий // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2021. – С. 24-29.

185. Указ Президента Российской Федерации от 06.06.2019 г. №254 «О стратегии развития здравоохранения Российской Федерации на период до 2025 года» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/44326>.

186. Улумбекова, Г.Э. Здравоохранение России: 2018–2024 гг. Что надо делать? /Г.Э. Улумбекова // Оргздрав: Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ. - 2018. – Т.11. - №1. - С. 9-16.

187. Усынина, А.А. Факторы риска рождения детей, маловесных для гестационного возраста: исследование на основе регистра родов Архангельской области / А.А. Устинова, Г.Н. Чумакова, В.А. Постоев и [др.] // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. - 2020. -Т.99. - № 1. - С. 32-39.

188. Фаррахов, А.З. Организация трехуровневой системы оказания медицинской и медико-социальной помощи детскому населению республики Татарстан / А.З. Фаррахов, Н.В. Устинова, А.Г. Игнашина и др. // Практическая медицина. – 2014. – Т.85. – № 9. – С. 161–163.

189. Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://base.garant.ru/12191967/?ysclid=1e9m5hu9pf957883388>.

190. Филатов, В.Н. Процессный подход в управлении многопрофильным стационаром как инструмент повышения эффективности / В.Н. Филатов, И.И. Хайруллин, Ф.Н. Кадыров // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, 2015. - Т. 7. - № 4. - С. 84-93.

191. Фисенко, А.П. Георгий Несторович Сперанский и педиатрия XXI века / А.П. Фисенко // Российский педиатрический журнал. - 2023. – Т.26. - №1. - С. 4-13.

192. Фисенко, А.П. Охрана здоровья детей в России: история и задачи Десятилетия детства (к 255-летию государственной системы охраны здоровья детей) / А.П. Фисенко // Российский педиатрический журнал. – 2018. – Т.21. – №5. – С. 260-265.

193. Фисенко, А.П. Проблемы законодательства и правоприменения в сфере охраны здоровья детей / А.П. Фисенко, А.Г. Тимофеева, Р.Н. Терлецкая, С.Р. Конова // Российский педиатрический журнал. – 2020. – Т.23. – №3. – С. 171-177.

194. Фурман, Е.Г. Коронавирусная инфекция COVID-19 и дети // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. – 2020. – Т.99. – №3. – С. 245–251.

195. Хафизова, Н.Р. Коронавирусная инфекция у ребенка первого года жизни: клинический случай / Н.Р. Хафизова, Д.Р. Мерзлякова, Н.А. Дружинина и др. // Вестник восстановительной медицины. – 2022. – Т.1. – №4. – С. 106-114.

196. Ходакова, О.В. Оценка эффективности деятельности службы охраны материнства и детства на уровне субъекта российской федерации / О.В. Ходакова, В.А. Дударева // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2020. – № 1. – С. 353-70.

197. 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.

198. Худойдодова, С. Г. Признаки постковидного состояния у детей / С.Г. Худойдодова // Центральноазиатский журнал медицинских и естественных наук. – 2023. – Т.4. – №5. – С. 275-279.

199. Хузина, Е.А. Опыт работы педиатрической службы в условиях распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19 в Пермском крае / Е.А.Хузина, Е.Г. Фурман, Ю.В. Курносков и др. // Актуальные вопросы педиатрии.

Материалы межрегиональной научно-практической конференции, посвященной 100-летию пермской педиатрии. Пермь. – 2022. – С. 178-182.

200. Шабунова, А.А. "Дети пандемии": здоровье младенцев, рожденных в 2020 году / А.А. Шабунова, Л.Н. Нацун // Социальное пространство. – 2020. – Т. 6. – № 5. – С. 1-19.

201. Шегай, М. М. Оценка физического развития детей до года с помощью основных антропометрических параметров в Республике Азербайджан / М.М. Шегай, З.М. Мустафаева // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. – 2022. – № 4. – С. 47-50.

202. Шейман, И.М. Диспансеризация населения: ожидания и реальность / И.М. Шейман, С.В. Шишкин, В.И. Шевский и др. // Мир России. – 2021. – Т. 30. – № 4. – С. 6-29.

203. Шелякин, В.А. Формирование эффективной модели обязательного медицинского страхования / В.А. Шелякин, Е.Г. Князева, А.В. Березников, Е.А. Берсенева и др. под ред. В.А. Шелякина, Е.Г. Князевой - Москва, Издательский дом Академии Естествознания, 2018 г. – 80 с.

204. Шибанова, Е.К. Применение трехуровневой системы оказания медицинской помощи по охране здоровья женщин и детей в деятельности органов исполнительной власти (на примере Челябинской области)/ Е.К. Шибанова, И.С. Селихов // Научный ежегодник Центра анализа и прогнозирования. – 2018. – № 2. – С. 261-263.

205. Шипова, В.М. - Как рассчитать численность врачебных должностей больниц по новым приказам Минздрава. Руководство для экономиста - Акцион-Медицина, 2020 г., – 30 с.

206. Шмелев, И.А. Компетентность врачей медицинских организаций педиатрического профиля по этико-правовым вопросам / И.А. Шмелев, О.Е. Коновалов, Н.В. Полунина // Российский медицинский журнал. - 2016. - Т. 22. - № 4. - С. 172-176.

207. Шумская, Е.Ю. Организация работы «кабинета катамнеза» по наблюдению детей, родившихся недоношенными / Е.Ю. Шумская, Е.Г. Новопольцева, И.Ю. Кондратьева и др. // Современная детская больница 20 лет на страже здоровья детей России. Сборник материалов научно-практической конференции. Пермь, 2021. – С. 221-227.

208. Шутов, Д.В. Оптимизация оказания специализированной медицинской помощи детям на амбулаторном этапе в субъекте Российской Федерации: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.33 / Д.В. Шутов. – М., 2006. - 44 с.

209. Щаблинин, О.В. Совершенствование амбулаторно-поликлинической помощи детскому населению / О.В. Щаблинин // QUANTUM SATIS». – 2019. – Т. 1. – № 2-4. – С. 171-176.

210. Щепин, В.О. К вопросу о перспективных направлениях развития здравоохранения Российской Федерации / В.О. Щепин, Т.И. Расторгуева, Т.Н. Проклова // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2012. – № 1. – С. 147-152.

211. Щепин, О.П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / О.П. Щепин, В.А. Медик. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 531 с.

212. Щукина, Е.О. Оптимизация стационарной помощи детям в сельской местности: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33 / Е.О. Щукина. – Омск, 2006. – С. 20.

213. Юдина, А.Е. Организация медицинской помощи новорожденным детям в детском многопрофильном стационаре в условиях эпидемии новой коронавирусной инфекции / А.Е. Юдина, И.М. Османов, А.А. Михеева, В.В. Горев // Сборник докладов II научно-методического форума организаторов здравоохранения с международным участием. – Москва, 2020. – С. 59-60.

214. Юрьев, В.К. Некоторые аспекты оценки организации питания детей раненого возраста / В.К. Юрьев, В.В. Юрьева, К.Е. Моисеева [Электронный ресурс] // Современные проблемы науки и образования. - 2017. - № 6. - Режим доступа: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=27124>

215. Юрьев, В.К. Основные причины неудовлетворенности родителей доступностью и качеством амбулаторно-поликлинической помощи детям / В.К. Юрьев, В.В. Соколова // Педиатр. – 2017. – Т. 8. – № 6. – С. 24–29.

216. Юрьев, В.К. Основы общественного здоровья и здравоохранения»: учебник / В.К. Юрьев, К.Е. Моисеева, В.А. Глущенко. – СПб.: СпецЛит, 2019. – 271 с.

217. Юрьев, В.К. Основы организации медицинской помощи детскому населению: монография / В.К. Юрьев, К.Е. Моисеева. - СПб: Сотис-Мед, 2021. - 140 с.

218. Юрьев, В.К. Руководство к практическим занятиям по анализу деятельности медицинских организаций, оказывающих амбулаторную и стационарную помощь детскому населению: учебник / В.К. Юрьев, К.Е. Моисеева, В.А. Глущенко, Ш.Д. Харбедия. - СПб, 2021. - 646 с.

219. Юрьев, В.К. Руководство к практическим занятиям по изучению заболеваемости населения: учебник / В.К. Юрьев, К.Е. Моисеева, В.А. Глущенко, Ш.Д. Харбедия. - СПб.: Сотис-Мед, 2018. - 586 с.

220. Яковлева, Т.В. Механизмы формирования единой профилактической среды в Российской Федерации / Т.В. Яковлева, А.А. Иванова, В.Ю. Альбицкий // Российский педиатрический журнал. – 2015. - Т.18. - №3. – С. 28-31.

221. Яковлева, Т.В. Инвалидность и смертность детского населения России: региональные особенности и законодательное обеспечение путей снижения: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.09, 14.00.33 / Т.В. Яковлева. - М., 2005. – 40 с.

222. Ясакова, А.Р. Проблемы кадрового обеспечения в системе здравоохранения / А.Р. Ясакова, Е.В. Шестакова // Проблемы современной науки и образования. - 2017. – Т.120. – № 38. - С. 26-30.

223. Яцык, Г.В. Диспансеризация новорожденных и детей грудного возраста / Г.В. Яцык, И.А. Беяева, Е.П. Бомбардинова и др. // Российский педиатрический журнал. — 2012. — № 2. — С. 22–26.

224. Buse, K. Making Health Policy / K. Buse, N. Mays, G. Walt // Oxford: Open University Press, – 2005. – 206 p.

225. Descriptive and analytical statistics of particular predictors of infant mortality / D.O. Ivanov, K.E. Moiseeva, K.G. Shevtsova [et al.] // International Journal of Pharmaceutical Research. - 2019. - T. 11. - № 1. - C. 873-878.

226. 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; 388(10053): 1725 1774.

227. Hatef, E. Clinical Preventive Medicine: Causing More Identity Crisis for Preventive Medicine or Helping to Manage the Crisis / E. Hatef, C. Lam // American Journal of Preventive Medicine. – 2017. - Vol.53. - №4.- P. e151-e152.

228. 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;33(10):800–805. doi: 10.1038/jp.2013.71

229. Morbidity and Mortality of infants with very low birth weight in Japan: Center Variation / Kusuda S. [et al.] // Pediatrics. 2006. Vol.118(4). P. 1130-1138.

230. One-year survival of extremely preterm infants after active perinatal care in Sweden / Fellman V. [et al.]// JAMA. 2009. Vol. 301, № 21. P. 2225-2233.

231. Parent appraisal of accessibility and quality of general medical service rendered to children residing in rural area / V.K. Yurev [et al.] // Revista Latinoamericana de Hipertension. – 2018. - Vol.13. - №6. - P. 592-597.

232. Ray, JG. Mortality in Infants Affected by Preterm Birth and Severe Small for Gestational Age Birth Weight / JG Ray, AL Park, DB Fell // Pediatrics. 2017;140(6): e2017-1881.

233. Resuscitation in the "gray zone" of viability: determining physician preferences and predicting infant outcomes / Singh J. [et al.] // Pediatrics. 2007. Vol. 120. P. 519-526.

234. Rusev, I.T. Effectiveness of outpatient-and-polyclinic institutions activity /I.T. Rusev, M.G. Karailanov // «Science and Education»: materials of the XI International research and practice conference. – Munich, Germany, 2016. – 190 p.

235. Safran, D.G. Defining Primary Care / D.G. Safran // Paper prepared for the Committee on the Future of Primary Care. – Institute of Medicine. – 2004. – P. 3-8.

236. The time to death for extremely low birth weight infants in the neonatal intensive care Unit / T. Nakhla [et al.] // The Internet Journal of Pediatrics and Neonatology. 2007. Vol. 6, № 2.

237. Unimpaired outcomes for extremely low birth weight infants at 18 to 22 months / RA Gargus, BR Vohr, JE Tyson [et al.] // Pediatrics. 2009;124(1):112–121. doi: 10.1542/peds.2008-2742

238. 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 / V.K. Yurev, K.E. Moiseeva, Sh.D. Kharbediya, A.V. Alekseeva [et al.] // Revista Latinoamericana de Hipertension. - 2019. - T. 14. - № 3. - C. 246-250.

**АНКЕТА МАТЕРИ РЕБЕНКА ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ**

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

**Общая часть**

1. Ваш возраст (*число полных лет*): \_\_\_\_\_;
2. Ваше постоянное место жительства: *г. Санкт-Петербург-1; Ленинградская обл. -2; другой регион РФ-3; постоянного места жительства не имею-4; мы эмигранты, приехали из - \_\_\_\_\_5.*
3. Количество детей в семье, включая этого ребенка \_\_\_\_\_
4. Ваше социальное положение: *рабочая -1; служащая -2; предприниматель -3; домохозяйка -4; учащаяся (студентка) -5; пенсионер -6, инвалид -7; прочее (вписать): \_\_\_\_\_-8.*
5. Ваше образование: *начальное -1; среднее -2; среднее специальное -3; неоконченное высшее -4; высшее -5.*
6. Ваше материальное положение: *живу бедно (денег не хватает даже на минимальные расходы) -1; живу ниже среднего (денег хватает только на минимальные расходы) -2; живу средне (денег хватает на нормальную жизнь) -3; проблем с деньгами нет -4; считаю себя богатым человеком -5.*
7. Ваше семейное положение: *живу в зарегистрированном браке -1; живу в гражданском браке -2; разведена -3; вдова -4; в браке не состою и не состояла -5.*

**2. Оценка организации медицинской помощи врачами-специалистами детской поликлиники (все специальности, кроме участкового педиатра)**

8. Какую форму записи на прием к врачам-специалистам Вы используете: *выдача талона в регистратуре -1; электронная запись -2; через интернет -3; по телефону -4; на приеме врача -5; другое (вписать) \_\_\_\_\_ -6*
9. Сложно ли записаться на прием к врачам-специалистам: *легко -1; иногда бывает трудно -2; трудно всегда -3; практически невозможно -4; не знаю -5.*
10. Удобно ли, по Вашему мнению, составлен график работы узких врачей-специалистов в детской поликлинике: *да -1; нет -2;*
11. Сколько времени обычно Вы тратите на ожидание приема в Вашей детской поликлинике к врачу-специалисту: *очереди нет -1; до 15 мин. -2; от 15 до 30 мин. -3; от 30 мин. до 1 часа -4; 1 час и более -5; не знаю -6.*

12. Чаще всего к узкому врачу-специалисту Вы попадаете, если:
- вашему ребенку выписали направление -1; - посещали врача во время медицинских осмотров детей на первом году жизни – 2; - решили пройти врача самостоятельно, т.к. подозреваете наличие заболевания у ребенка -3; - решили пройти врача самостоятельно для профилактики -4; - состоите на диспансерном учёте -5; - другое \_\_\_\_\_ - 6.
13. К врачам каких специальностей труднее всего попасть на прием в Вашей детской поликлинике: невролог -1, ЛОР -2, офтальмолог -3, хирург -4; кардиолог 5; ортопед -6; аллерголог -7; эндокринолог -8; другой (впишите) \_\_\_\_\_ -9.
14. Считаете ли Вы, что в Вашей поликлинике отсутствуют врачи-специалисты нужного Вам профиля? есть все –1; затрудняюсь ответить, т.к. давно не обращались –2;
- отсутствует (нужное подчеркнуть): невролог, ЛОР, офтальмолог, хирург, кардиолог, ортопед, аллерголог, эндокринолог -3; другой (вписать) \_\_\_\_\_ 4.
15. Приходилось ли Вам оплачивать медицинскую помощь, оказываемую врачами-специалистами ВНЕ вашей поликлиники: не приходилось-1; не оплачивала, т.к. нет средств -2; оплачивала прием -3.
- 15.1 Если, Вам приходилось оплачивать, то в какой медицинской организации (несколько вариантов ответов): в другой детской поликлинике – 1; в консультативно-диагностическом центре (отделении) – 2; в частной медицинской организации 3; другое: \_\_\_\_\_ - 4.
- 15.2 Если приходилось, то это был прием (укажите всех, кого оплачивали): невролог -1; ЛОР -2; офтальмолог -3; хирург -4; кардиолог -5; - ортопед -6; - аллерголог -7; эндокринолог - 8; другой (впишите) \_\_\_\_\_ -9.
16. Какой основной причиной было Ваше обращение за медицинскими услугами к врачам-специалистам вне поликлиники (можно несколько вариантов ответов): - мы никуда не обращались -1; отсутствия данного специалиста в моей поликлинике - 2- отсутствие очередей - 3 - рядом с домом – 4; удобный график приема -5; индивидуальный подход, доброжелательный медицинский персонал -6; современное оборудование и большое количество видов исследований -7; наличие всех врачей узких специальностей и их высокая квалификация -8; сервис и условия повышенной комфортности -9;- доверие к результатам обследования и лечения -10;- другое(укажите) \_\_\_\_\_ - 11.

**Благодарим за помощь!**

## АНКЕТА МАТЕРИ РЕБЕНКА, ПОЛУЧАВШЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ

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

### 1. Общая часть

1. Ваш возраст (*число полных лет*): \_\_\_\_\_
2. Количество детей в семье, включая этого ребенка \_\_\_\_\_
3. Ваше социальное положение: *рабочая -1; служащая -2; предприниматель -3; домохозяйка -4; учащаяся (студентка) -5; пенсионер -6, инвалид -7.*
4. Ваше образование: *начальное -1; среднее -2; среднее специальное -3; неоконченное высшее -4; высшее -5.*
5. Ваше материальное положение: *живу бедно (денег не хватает даже на минимальные расходы) -1; живу ниже среднего (денег хватает только на минимальные расходы) -2; живу средне (денег хватает на нормальную жизнь) -3; проблем с деньгами нет -4; считаю себя богатым человеком -5.*
6. Ваше семейное положение: *живу в зарегистрированном браке -1; живу в гражданском браке -2; разведена -3; вдова -4; в браке не состою и не состояла -5.*

### 2. Оценка организации медицинской помощи ребёнку на первом году в стационаре

7. Продолжительность госпитализации (*в днях*) \_\_\_\_\_
8. В какие медицинские организации: *детская городская больница -1; детская инфекционная больница -2; детская больница при университете -3; детская больница при НИИ -4.*
9. Госпитализация была: *экстренная -1; плановая -2, была и экстренная, и плановая -3.*
10. Если плановая госпитализация, то она была обусловлена: *направлением врача детской поликлиники -1; переводом из другого стационара -2, переводом из родильного дома (перинатального центра) -3; направлением (отбором на госпитализацию) врача из университетской клиники -4; рекомендацией друзей, знакомых -5; отзывами в сети «Интернет» -6.*
11. Если плановая госпитализация, то сколько дней вы ждали госпитализацию (*укажите количество дней*): \_\_\_\_\_

12. Если плановая госпитализация, то Был ли отказ от госпитализации в стационар при направлении ребенка на лечение детской поликлиникой: *нет -1; да, из-за отсутствия мест в стационаре - 2; да, так как госпитализация не показана - 3; да, так как направлены не по профилю - 4; да, из-за нашего отказа - 5; да, был необоснованный отказ со стороны стационара - 6.*

13. Было ли дублирование обследований ребенка в стационаре после его обследования в поликлинике перед госпитализацией: *нет -1; да - 2.*

14. Если да, то какие исследования: *анализ крови - 1; анализ мочи - 2; анализ кала - 3; УЗИ - 4.*

15. При экстренной госпитализации, как быстро был направлен ребенок в стационар поликлиникой от начала заболевания: *в первые 6 часов - 1; от 7 часов до одних суток -2; позже 24 часов -3; сами вызвали скорую помощь -4; сами отвезли ребенка в стационар -5.*

16. Если направила в стационар поликлиника, то совпал ли диагноз, поставленный врачами детской поликлиники, и диагноз, поставленный ребенку в стационаре: *да -1; нет -2.*

17. Были ли повторные госпитализации по тем же заболеваниям: *да -1; нет 2.*

18. Ваше обслуживание в стационаре было: *за счет ОМС -1; по ДМС -2; из личных средств -3.*

19. Вы удовлетворены условиями пребывания в приемном отделении? *да -1; нет -2.*

20. Какие основные причины Вашей неудовлетворенности (*укажите*)

---

21. Сколько времени Вы ожидали в приемном отделении? *до 30 мин -1; до 45 мин - 2; до 60 мин -3; до 75 мин - 4; до 120 мин - 5; более 120 мин - 6.*

22. Вы удовлетворены отношением персонала во время пребывания в приемном отделении (доброжелательность, вежливость)? *Да - 1; нет - 2.*

23. Сколько человек лежало в Вашей палате: \_\_\_\_\_

24. Ваше общение с лечащим врачом: *ежедневно 1; раз в несколько дней-2; один раз за все время пребывания на отделении -3.*

25. Вы удовлетворены отношением лечащего врача Вашего ребенка во время пребывания в отделении (доброжелательность, тактичность, вежливость)? *Да - 1; нет - 2.*

26. Вы удовлетворены отношением среднего медицинского персонала во время пребывания в отделении (доброжелательность, тактичность, вежливость)? *Да - 1; нет - 2.*

27. Удовлетворены ли Вы условиями пребывания ребенка в стационаре?  
*да, вполне – 1; не всегда – 2; не удовлетворена – 3.*

28. Если не удовлетворены, то основными причинами недовольства являются (*укажите*): \_\_\_\_\_.

29. Что, по Вашему мнению, необходимо сделать, чтобы улучшить организацию медицинской помощи детям в медицинской организации (*впишите*) \_\_\_\_\_.

***Благодарим за помощь!***

## АНКЕТА МАТЕРИ КДЦ

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

### Общая часть

1. Ваш возраст (число полных лет): \_\_\_\_\_;
2. Ваше постоянное место жительства: г. Санкт-Петербург-1; Ленинградская обл. -2; другой регион РФ-3; постоянного места жительства не имею-4; мы эмигранты, приехали из - \_\_\_\_\_-5.
3. Количество детей в семье, включая этого ребенка \_\_\_\_\_
4. Ваше социальное положение: рабочая -1; служащая -2; предприниматель – 3; домохозяйка -4; учащаяся (студентка) – 5; пенсионер -6, инвалид -7; прочее (вписать): \_\_\_\_\_-8.
5. Ваше образование: начальное –1; среднее -2; среднее специальное –3; неоконченное высшее -4; высшее –5.
6. Ваше материальное положение: живу бедно (денег не хватает даже на минимальные расходы) –1; живу ниже среднего (денег хватает только на минимальные расходы) –2; живу средне (денег хватает на нормальную жизнь) –3; проблем с деньгами нет –4; считаю себя богатым человеком –5.
7. Ваше семейное положение: живу в зарегистрированном браке –1; живу в гражданском браке –2; разведена –3; вдова –4; в браке не состою и не состояла -5.

### 2. Оценка организации медицинской помощи врачами-специалистами КДЦ

8. Ваше обслуживание в КДЦ: за счет ОМС -1; по ДМС -2; из личных средств -3.
9. Как Вы попали на прием к узкому врачу-специалисту КДЦ (укажите все нужные ответы): направление из поликлиники -1; направление при отборе врачами Педиатрического университета в регионах- 2; такого врача нет в нашей поликлинике -3; обратились после получения телемедицинской консультации – 4; после посещения врача в поликлинике во время медицинских осмотров детей на первом году жизни ребенку потребовалась консультация – 5; решили пройти врача самостоятельно, т.к. подозреваете наличие заболевания у ребенка -6; решили пройти врача самостоятельно для профилактики -7; состоите на диспансерном учёте в поликлинике и потребовалась дополнительная консультация -8; другое \_\_\_\_\_-9.

10. Какую форму записи на прием к врачам-специалистам КДЦ Вы использовали: *выдача талона в регистратуре КДЦ -1; электронная запись -2; по телефону -3; другое (вписать) \_\_\_\_\_ - 4;*

11. Сложно ли записаться на прием к врачам-специалистам КДЦ: *легко -1; иногда бывает трудно -2; трудно всегда -3; практически невозможно -4; не знаю -5.*

12. Удобно ли, по Вашему мнению, составлен график работы узких врачей-специалистов в КДЦ: *да -1; нет - 2;*

13. Сколько времени Вы потратили на ожидание приема к врачу-специалисту: *очереди нет -1; до 15 мин. -2; от 15 до 30 мин. -3; от 30 мин. до 1 часа -4; 1 час и более -5; не знаю -6.*

14. К врачам каких специальностей труднее всего попасть на прием в КДЦ: *невролог -1, ЛОР -2, офтальмолог -3, хирург -4; кардиолог 5; ортопед -6; аллерголог -7; эндокринолог -8; другой (впишите) \_\_\_\_\_ -9.*

15. Считаете ли Вы, что в КДЦ есть все врачи-специалисты нужного Вам профиля? *да -1; затрудняюсь ответить -2;*

*- отсутствует (нужное подчеркнуть): невролог, ЛОР, офтальмолог, хирург, кардиолог, ортопед, аллерголог, эндокринолог -3; другой (вписать) \_\_\_\_\_ - 4.*

16. Диагноз ребенка, с которым вы обратились в КДЦ (укажите) \_\_\_\_\_

17. Диагноз ребенка, который поставил врач в КДЦ (укажите) \_\_\_\_\_

18. Удовлетворены ли Вы обслуживанием ребенка врачами узкими специалистами в КДЦ? *да, вполне -1; не всегда - 2; не удовлетворена -3.*

***Благодарим за помощь!***

### Карта выкопировки из «Истории развития ребенка» ф. 112у»

Пол м -1; ж – 2.

№	Характеристика	Заполнить (вписать)
1	Медицинская организация, в которой проходила госпитализация на 1 году (вписать)	
2	Количество дней госпитализации	
3	Плановая -1 / экстренная - 2	
	Если экстренная, то каким путем	скорая помощь – 1; самостоятельно -2; другое (вписать) -3
	Если экстренная, то откуда	из детской поликлиники – 1; из дома – 2; с улицы -3; из другой больницы 4; самостоятельно – 5.
4	Если плановая, то каким путем	скорая помощь – 1; самостоятельно -2; другое (вписать) -3
	Если плановая, то откуда	из детской поликлиники – 1; из другой больницы - 2; самостоятельно – 5.
5	Диагноз при поступлении	
6	Диагноз при выписке	