

Поскольку существующая практика показывает, что отсутствие экспертной оценки и несогласованность межведомственных действий приводит к ухудшению ситуации, крайне необходимо закрепление необходимости экспертизы специалистов по организации здравоохранения как обязательной фазы общественного обсуждения до принятия документа, и механизм выработки заданий по обязательной корректировке документов, в случае если их принятие послужило причиной ухудшения ситуации (например в случае непроработанности вопроса межведомственного взаимодействия). Внедрение таких механизмов позволит эффективно и конструктивно использовать потенциал общественных организаций и улучшить ситуацию.

### **Литература**

1. Голубев В.В. – Основы педиатрии и гигиена детей раннего и дошкольного возраста, Учебник для студентов учреждений высшего профессионального образования. - М.: Издательский центр «Академия», 2013. - 240 с.
2. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 5 ноября 2013 г. № 822н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях"
3. Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения, в 2 томах. Под ред. Лисицына Ю.П., – М.: «Медицина», 1987. том 2- 355 с.

---

---

***Ильенко Л.И.<sup>1, 2</sup>, Лопухин В.О.<sup>2</sup>, Качалова О.В.<sup>1,2</sup>, Горбачева М.М.<sup>2</sup>, Безмельницына Л.Ю.<sup>2,3</sup>, Мешков Д.О.<sup>3</sup>***

**СИСТЕМА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В ПЕДИАТРИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ С КОЙКАМИ ДЛЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

1 Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

2 Педиатрическое отделение Педиатрического стационара Перинатального центра ГБУЗ ГКБ № 70 ДЗМ, Москва

3 ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко», Москва

***Il'enko L.I. <sup>1,2</sup>, Lopuhin V.O.<sup>2</sup>, Kachalova O.V. <sup>1,2</sup>,  
Gorbacheva M.M. <sup>2</sup>, Bezmelnitsyna L.Y., <sup>2,3</sup>, Meshkov D.O.<sup>3</sup>***

**THE SYSTEM OF HEALTHCARE AT THE PEDIATRIC  
DEPARTMENT WITH REHABILITATION UNIT FOR CHILDREN UNDER  
3 YEARS**

1 Russian State Medical University named N.I. Pirogova, Moscow, Russia

2 Pediatric Department of Pediatric hospital, Perinatal Center of State clinical hospital # 70, Moscow, Russia

3 National Research Institution for Public Health, Moscow

**Резюме.** Правильная организация медицинской помощи детям раннего возраста позволяет значительно снизить риск тяжелых осложнений и показателей смертности среди недоношенных и новорожденных вскоре после родов и в более позднем периоде их жизни. Цель: разработка предложений по совершенствованию организации медицинской помощи недоношенным детям на протяжении первых трех лет жизни. Материал и методы: использованы информационно-аналитический, математический и статистический методы, а также метод логического обобщения. Проведен ретроспективный анализ первичной медицинской документации. Временной горизонт исследования: 2012-2014гг. Результаты: изучена система организации медицинской помощи пациентам до 3-х лет в ПОПЦПС ГКБ № 70, г. Москва, определены основные направления ее совершенствования. Заключение. При раннем применении реабилитационных методов и индивидуальном подборе курса реабилитации сокращается количество пациентов, нуждающихся в комплексной стационарной реабилитации после 2 лет.

**Ключевые слова:** дети раннего возраста, организация медицинской помощи, комплексная реабилитация.

**Abstract.** Correctly organized healthcare system for children under 3 years can significantly reduce the risks of severe complications and mortality among preterm and newborn soon after birth, and at a later period of their life. **Purpose:** development of proposals on improvement of medical care in preterm infants during the first three years of life. **Material and Methods:** The analytical and mathematical and methods, as well as the method of logic synthesis were used. Retrospective analysis of primary medical documentation was held. The time horizon of the study was from 2012 till 2014. **Results:** The system of medical care for patients under 3 years at the Pediatric department of Perinatal center, Moscow State clinical hospital № 70 was evaluated and the main directions of its improvement have been indicated. **Conclusion:** It is possible to reduce the number of patients requiring complex inpatient rehabilitation after 2 years in case of early rehabilitation and individual approach.

**Keywords:** children under 3 years, the organization of healthcare, comprehensive rehabilitation.

Преждевременные роды в настоящее время остаются одной из основных причин высокой заболеваемости, инвалидизации и смертности новорожденных. Это объясняется не только незрелостью органов и систем преждевременно родившегося ребенка, но и нарушением внутриутробного развития, наличием патологии в родах, ургентными состояниями в неонатальном периоде и отсутствием своевременной специализированной медицинской помощи[1]. По данным ВОЗ в мире ежегодно недоношенными рождаются 20 млн. детей. Из них доля детей с очень низкой массой тела (ОНМТ) составляет 1-1,8%, а с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) - 0,4-0,5%. В акушерских стационарах Российской Федерации (РФ) ежегодно рождается живыми более трех тысяч детей с ЭНМТ. По данным отечественной литературы, среди детей с ЭНМТ и ОНМТ доля выживших в ведущих

Перинатальных центрах Москвы и Санкт-Петербурга достигает 80%. Вместе с тем, это привело к росту перинатальной заболеваемости и увеличению числа детей, имеющих тяжелые исходы, приводящие к инвалидизации [2,4]. Риск рождения больного ребенка напрямую зависит от срока гестации. Правильная организация постнатального ведения позволяет значительно снизить риск тяжелых осложнений и показателей смертности среди недоношенных и новорожденных вскоре после родов и в более позднем периоде их жизни [2,6].

На современном этапе, благодаря активному внедрению перинатальных технологий и неонатальной реанимации, достигнуты значительные успехи в выхаживании новорожденных, родившихся с ОНМТ и ЭМНТ. Эти успехи породили новые проблемы, связанные с последующими тяжелыми отклонениями в здоровье таких детей. Морфофункциональная незрелость маловесного новорожденного ребенка, лабильность обменных процессов, сложность и многообразие адаптационно-компенсаторных реакций к новым условиям внешней среды приводят к более тяжелому поражению центральной нервной системы (ЦНС), сердечно-сосудистой и бронхолегочной систем, последствиями которых являются высокая инфекционная заболеваемость, стойкие расстройства со стороны ЦНС и ранняя детская инвалидность [3,4].

Стратегия государственной программы направлена на повышение доступности и качества медицинской помощи детям и женщинам в городе Москве. [5]. В ней предусмотрено:

- реализация комплекса мер по развитию учреждений здравоохранения в области материнства и детства;
- совершенствование оказания специализированной медицинской помощи детям в стационарных условиях;
- формирование эффективной 3-х уровневой системы медицинской реабилитации;

-организация взаимодействия учреждений на различных этапах медицинской реабилитации;

-научное, организационное и информационное обеспечение медицинской реабилитации;

-развитие материально-технической базы медицинских реабилитационных учреждений (отделений).

В рамках реализации государственной Программы 1 марта 2011г. было открыто отделение реабилитации детей раннего возраста. Ввод в эксплуатацию Педиатрического стационара являлся одним из первых примеров модернизации системы здравоохранения города. Корпус был оснащен современным медицинским оборудованием, позволяющим оказывать помощь детям с низкой и экстремально низкой массой тела при рождении, проводить им восстановительную терапию в соответствии с международными требованиями, а также осуществлять реабилитационные мероприятия. Педиатрический стационар рассчитан на оказание помощи 80 пациентам следующих отделений: - реанимации новорожденных на 6 коек; - интенсивной терапии новорожденных на 12 коек; - патологии новорожденных и недоношенных детей (II этап выхаживания) на 40 коек и необходимыми условиями для дневного пребывания матерей; - педиатрическое отделение с койками для реабилитации детей раннего возраста (Отделение реабилитации детей раннего возраста 2011-2015гг.) на 20 детей в 20 палатах совместного пребывания матери и ребёнка.

Изучение показателей работы отделения позволит определить актуальные направления совершенствования организации медицинской помощи недоношенным и новорожденным детям, что обусловило актуальность настоящего исследования.

Целью исследования стала разработка предложений по совершенствованию организации медицинской помощи недоношенным детям раннего возраста.

Для реализации поставленной цели были выделены следующие задачи:

1. Изучить официальные и литературные источники по проблеме
2. Разработать методику исследования
3. Провести анализ основных эпидемиологических показателей детей, проходивших лечение и курс реабилитации в ПОПЦПС.
4. Изучить маршрут пациента и характеристики организации медицинской помощи детям в ПОПЦПС.
5. Разработать предложения по совершенствованию организации медицинской помощи недоношенным детям на протяжении первых трех лет жизни.

Материал и методы: проведен ретроспективный анализ первичной медицинской документации в Педиатрическом отделении (с реабилитационными койками) Педиатрического стационара Перинатального центра (ПОПЦПС) ГKB № 70 ДЗМ с применением информационно-аналитического, математического и статистического методов, а также метода логического обобщения. Временной горизонт: 2012-2014гг.

Результаты и обсуждение. В 2014 году из общего числа детей (639) в возрасте до 1 месяца поступило 130 (20,3%). От 1 до 6 месяцев специализированную помощь получило 279 человек (43,7%), до 1 года- 171 пациент (26,8%). Старше 1 года курсы реабилитации получили 53 ребенка (8,3%), а старше 2-х лет- 5 человек (0,9%). В сравнении с 2012 и 2013 гг., увеличился поток детей до 1 месяца жизни в 1,7 и 1,3 раза, соответственно. В 2014 г. число пациентов в возрасте от 1 до 6 месяцев возросло в 2,6 раз по сравнению с 2012 г. (279 и 105 человек, соответственно). В 3,4 раза увеличилось число детей в

возрасте 7-12 месяцев (179 и 51 пациент в 2014 и 2012 гг., соответственно). В возрастной группе 1г. 1 мес. – 2 г. число пациентов возросло в 2,5 раза.

Основные возрастные характеристики пациентов приведены в табл. 1.

Таблица 1

Возрастной состав пациентов ПОПЦПС 2012-2014 гг.

Годы	2014		2013		2012	
	N, чел.	доля, %	N, чел.	доля, %	N, чел.	доля, %
До 1 мес.	130	20,3	103	19,3	76	30
1 мес. 1 день - 6 мес.	279	43,7	284	53,8	105	41,5
7-12 мес.	171	26,8	109	20,4	51	20,1
1г. 1 мес.- 2 г.	53	8,3	27	18,7	21	8,3
2-3 года	5	0,9	9	0,6		
Итого	639		532		278	

Таким образом, основной контингент детей, нуждающихся в комплексной индивидуальной реабилитации, - это группа детей от 1 до 6 месяцев. При раннем начале реабилитационных методов и индивидуальном подходе сокращается количество пациентов, нуждающихся в комплексной стационарной реабилитации после 2 лет.

В структуре заболеваемости пролеченных больных (табл. 2), получивших реабилитационную помощь и требующих длительного выхаживания, преобладают заболевания центральной нервной системы (ЦНС) (77,7%), гипоксически-ишемического или гипоксически-геморрагического генеза.

Таблица 2

Структура заболеваемости пациентов ПО ПС ПЦ 2012-2014гг.

Заболевания	2014		2013		2012	
	N, чел.	Доля, %	N, чел.	Доля, %	N, чел.	Доля, %
Заболевания ЦНС	497	77,7	466	87,6	161	67
Заболевания сердечно-сосудистой системы	1	0,2			18	7,6
Заболевания органов дыхания	117	18,3			7	2,9
Врожденная пневмония	4	0,6			6	2,5
	1	0,1	1	0,2		
Другие пневмонии Бронхолегочная дисплазия (БЛД)	110	17,2	45	0,8	1	0,4
Желтухи	3	0,5	8	1,5	6	2,5
Другие	21	3,2	1	0,2	11	

Анализ нозологической структуры показал, что респираторные нарушения (18,3%), среди которых бронхолегочная дисплазия (17,2%), врожденная пневмония (0,6%) и аспирационный синдром (0,1%), также занимают ведущие позиции. Дети с бронхолегочной дисплазией нуждаются в динамическом наблюдении специалистами и курсах реабилитации в течение 3 лет. На 3-ем месте по основному диагнозу идут недоношенность, задержка внутриутробного развития, в основном по гипотрофическому типу, неонатальные желтухи (3,7%) - как в качестве основного, так и в качестве сопутствующего диагноза. В группе недоношенных детей каждый 4-й ребенок имеет ретинопатию I-



II степени, которая требует индивидуального подхода и щадящих методов реабилитации.

В 2013 году основную часть (87,6%) составляли пациенты с нарушениями ЦНС, реже встречалась патология со стороны дыхательных путей. К 2014 году обучение и повышение квалификации персонала, улучшение в оснащении отделения, развитие новых методов лечения и включение методов реабилитации в лечебный процесс позволило добиться положительных результатов в борьбе с тяжелой респираторной патологией. В педиатрическом отделении увеличился контингент детей с патологией дыхательных путей.

На рис. 1 проиллюстрирован маршрут пациентов. Дети в основном поступали из городских амбулаторно-профилактических отделений по направлению на консультацию в консультативно-реабилитационное отделение (КРО) ПЦ ГKB №70 и последующую госпитализацию в педиатрическое отделение ПС ПЦ (61,3%). 2% детей поступили на 3-ий этап выхаживания из отделений патологии новорожденных и недоношенных детей Перинатального центра ГKB №70 и других стационаров. При достижении ребенком 1 месяца жизни и старше, из отделений интенсивной терапии поступали 11,2% детей в педиатрическое отделение, учитывая у них наличие хронической патологии, часть из них требует последующего паллиативного наблюдения и лечения. Дети с тяжелым течением БЛД, кислородозависимостью, с тяжелыми поражениями нервной системы, невозможностью самостоятельного энтерального питания нуждаются в дорогостоящем оснащении места пребывания, постоянном мониторинге состояния медицинским персоналом. В обеспечении помощи неизлечимо больным детям, независимо от диагноза, возраста или места проживания активную помощь оказывают фонды.

Были переведены из других стационаров для дальнейшего выхаживания и проведения ранней реабилитации 8,6% детей.

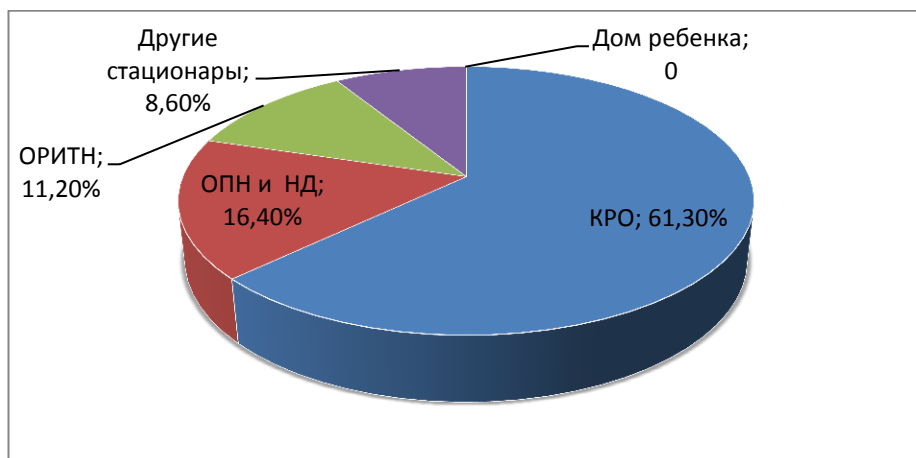


Рис.1. Направление пациентов в отделение

Алгоритм наблюдения недоношенных и новорожденных детей включал ежемесячные осмотры педиатра, невролога, окулиста, плановые осмотры ортопеда и отоларинголога, мониторинг лабораторных анализов крови и мочи, а также результатов инструментальных методов исследования (нейросонографии, эхокардиографии, электрокардиографии и проведение электроэнцефалографии). По показаниям были назначены консультации других специалистов: эндокринолог, хирург, кардиолог [6]. Необходимость динамического проведения реабилитационных мероприятий в условиях стационара может быть связана с состоянием пациента, ограничивающим возможность его ежедневного приезда в поликлинику; индивидуальными показаниями (тяжесть основного заболевания или сопутствующей патологии) для проведения сложных мероприятий по восстановительной

терапии, требующих постоянного мониторинга; необходимостью проведения реабилитационных мероприятий в условиях стационара, в связи с большим объемом процедур и сложного тайм менеджмента у ребенка раннего возраста.

На базе педиатрического отделения педиатрического стационара перинатального центра (ПО ПС ПЦ) ГKB №70 проводилась оценка оказания помощи детям раннего возраста. Все дети, находящиеся в отделении, получали комплексную реабилитацию с использованием 2-х и более видов реабилитационной помощи: физиотерапия, ЛФК и массаж, гидрокинезиотерапия, психолого-коррекционная помощь и другие. В отделении осуществлялись: раннее начало реабилитации — вторая-третья неделя жизни (включая маловесных детей); индивидуальный подход к больному ребенку (в зависимости от возраста, зрелости, тяжести основной патологии, характера сопутствующих заболеваний, индивидуальных конституционально-генетических характеристик).

В педиатрическом отделении наравне с лечебным процессом включались методы реабилитации детей:

- поступающих в отделение как на 3-й этап выхаживания постнатального развития,
- получающих реабилитацию в более отсроченный период.

При разработке комплекса реабилитации учитывалась динамическая оценка развития патологического процесса и выработанных навыков.

Комплекс реабилитационных мероприятий для детей на этапе ранней реабилитации включал следующее:

- Поддержка грудного вскармливания
- Индивидуальный подбор питания, расчет питания
- Консультация врача ЛФК - Смена положения, укладки, гимнастика

- Массаж, физиотерапия
- Традиционные методы лечения и профилактики, адаптогенные средства
- Бальнеотерапия, плавание
- Консультирование матери, обучение уходу за ребенком

В случае госпитализации основные составляющие реабилитационного комплекса:

- Оценка физического и психомоторного развития
- Расчет питания
- Массаж, ЛФК
- Физиотерапия
- Традиционные методы лечения, адаптогенные средства
- Препараты метаболической направленности
- Консультация психолога (матери и дети)
- Групповые и индивидуальные занятия с психологом (матери и дети)
- Консультация логопеда (оценка доречевого развития коррекция нарушений)
- Обучение матерей – особенности ухода, диеты, ЛФК, коррекционные занятия

Заключение:

- Показатели работы ПО ПС ПЦ за период 2012-2014 годов возросли, что доказывает обоснованность существования отделения и необходимость создания аналогичных отделений, с целью совершенствования организации помощи детям раннего возраста.

- Качественное выполнение реабилитационной программы возможно при формировании коллектива специалистов разного профиля, а также совместной работы в едином направлении.

- В связи с отсутствием стандартов реабилитационной помощи для детей раннего возраста и их матерей, необходима разработка и внедрение в практику комплексных реабилитационных программ, позволяющих улучшить в дальнейшем качество жизни детей.

- Одной из проблем организации помощи грудным детям является отсутствие организационных решений по переводу пациентов в другой стационар, а также в отделения паллиативного лечения и выхаживания. Нарушена преемственность между московскими перинатальными центрами, и областными, и региональными медицинскими структурами.

### **Литература**

1. Михаленко И.В., Михалев Е.В. Оценка нервно-психического развития недоношенных новорождённых с гипоксическим поражением центральной нервной системы. // Вестник российской академии наук. 2013. № 11. С. 49-53.
2. Бабцева А.Ф., Заболотских Т.В., Романцова Е.Б., Юткина О.С., Харченко М.В., Васильева Е.В. Наблюдение глубоко недоношенных детей на амбулаторном этапе: учебное пособие. - Благовещенск: Буквица, 2011. – 34 с.
3. Михаленко И.В., Михалев Е.В., Ермоленко С.П. Клинико-биохимическая характеристика недоношенных новорожденных с экстремально низкой и очень низкой массой тела при рождении. // Педиатрическая фармакология. 2013. Т. 10. № 4. 113-117
4. Огородова Л. М., Белевский А. С., Куликов Е. С., Петровский Ф. И., Деев И. А., Чучалин А. Г. Сравнительная эффективность стратегий достижения контроля в условиях реальной клинической практики: данные многоцентрового исследования «Стрела». Пульмонология. 2009; 6: 69–77
5. Государственная программа города Москвы 2012-2020 гг. "Развитие здравоохранения в городе Москве (Столичное здравоохранение)" на 2012-2016 гг. Ответственный исполнитель (координатор): Департамент здравоохранения города Москвы.

6. Комплексная реабилитация недоношенных детей на первом году жизни/ Е.В. Волянюк, А.И. Сафина// Вестник современной клинической медицины. – 2013. – том 6. вып.6. – С. 59-62.

7. Выхаживание и ранняя реабилитация детей / Г.В. Яцык, Е.П.Бомбардинова, О.В. Тресорукова // Лечащий врач: Журнал для профессионалов в медицине. - 2007. - N7. - С. 23-27

---

*Кудряшова Л.В., Федоров П.Н.*

## **ПОДХОДЫ К ОПРЕДЕЛЕНИЮ ПОТРЕБНОСТИ В ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Медицинский университет «Реавиз», Москва

*Kudryashova L.V., Fedorov P.N.*

## **DEFINING NEEDS FOR HIGH-TECH MEDICAL CARE**

Moscow medical university Reaviz, Moscow

**Резюме.** Целью данной работы стало определение подходов к определению уровня потребностей населения в высокотехнологичной медицинской помощи. Показано, что при разработке алгоритма определения потребности в высокотехнологичной медицинской помощи должна учитывать ряд условий, при соблюдении которых потребности в высокотехнологичной медицинской помощи можно трактовать как индивидуальные запросы на лечение при наличии заболеваний по установленным видам высокотехнологичной медицинской помощи. Объем потребностей в высокотехнологичной медицинской помощи в данном случае это количество пациентов в листе ожидания, имеющих медицинское заключение о наличии показаний для высокотехнологичной медицинской помощи.

**Ключевые слова:** высокотехнологичная медицинская помощь, потребность в медицинской помощи