

Научная статья

УДК 614.2

doi:10.69541/NRIPH.2025.01.008

Экстенсивные показатели детской госпитальной заболеваемости по профилю «нефрология»: сравнительная характеристика по группам госпитализированных из различных территорий проживания

Муминат Магомедовна Гасайниева¹, Эльмира Нурисламовна Мингазова^{2✉}

^{1, 2}ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья
имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва, Российская Федерация;

²ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет», г. Казань, Российская Федерация

¹mgasajnieva@bk.ru, <https://orcid.org/0000-0001-7300-7746>

²elmira_mingazova@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-8558-8928>

Аннотация. Исследование посвящено определению специфических особенностей экстенсивных показателей госпитальной заболеваемости детей, проживающих на различных территориях Республики Дагестан. Основное внимание уделено изучению распределения госпитализированных по возрасту, полу, месту проживания, нозологическим формам и классам заболеваний, особенностям течения нефрологической патологии. Выявлено, что значительная доля госпитализированных приходится на детей младшего школьного возраста во всех исследуемых группах, что может быть связано с адаптацией к новым условиям жизни обучающихся и к учебно-образовательному процессу. Установлены существенные различия в распределении определенных классов заболеваний и форм течения уронефрологической патологии в зависимости от территории проживания. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости совершенствования системы оказания медицинской помощи детям в Республике Дагестан, обеспечению доступности нефрологической помощи, в частности в районах высокогорья.

Ключевые слова: госпитальная заболеваемость, экстенсивные показатели, дети, школьники, дошкольники, нефрологические заболевания, госпитализированные, территории проживания, заболеваемость городского и сельского населения, высокогорье.

Для цитирования: Гасайниева М. М., Мингазова Э. Н. Экстенсивные показатели детской госпитальной заболеваемости по профилю «нефрология»: сравнительная характеристика по группам госпитализированных из различных территорий проживания // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2025. № 1. С. 51—57. doi:10.69541/NRIPH.2025.01.008.

Original article

Extensive indicators of pediatric hospital morbidity in the «nephrology» profile: comparative characteristics by groups of hospitalized from different territories of residence

Muminat M Gasajnieva¹, Elmira N. Mingazova^{2✉}

^{1, 2}N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russian Federation;

²Kazan State Medical University, Kazan, Russian Federation

¹mgasajnieva@bk.ru, <https://orcid.org/0000-0001-7300-7746>

²elmira_mingazova@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-8558-8928>

Annotation. The study is devoted to determining the specific features of extensive indicators of hospital morbidity of children living in various territories of the Republic of Dagestan. The main attention is paid to the study of the distribution of hospitalized patients by age, gender, place of residence, nosological forms and classes of diseases, and the peculiarities of the course of nephrological pathology. It was revealed that a significant proportion of hospitalized children are of primary school age in all the studied groups, which may be due to adaptation to new living conditions of students and to the educational process. Significant differences have been established in the distribution of certain classes of diseases and forms of the course of uronephrological pathology depending on the territory of residence. The results obtained indicate the need to improve the system of medical care for children in the Republic of Dagestan, to ensure the availability of nephrological care, in particular in the highlands.

Key words: hospital morbidity, extensive indicators, children, schoolchildren, preschoolers, nephrological diseases, hospitalized, residential areas, morbidity of urban and rural populations, highlands.

For citation: Gasajnieva M. M., Mingazova E. N. Extensive indicators of pediatric hospital morbidity in the «nephrology» profile: comparative characteristics by groups of hospitalized from different territories of residence. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2025;(1):51–57. (In Russ.). doi:10.69541/NRIPH.2025.01.008.

Введение

Госпитальная заболеваемость представляет собой учет случаев выявления заболеваний среди па-

циентов, проходивших лечение в медицинских стационарах за определённый период времени, обычно за год. Информация о госпитальной заболеваемости необходима для планирования количества койко-

мест в больницах, определения потребностей в специализированных отделениях и оценки эффективности работы медицинского учреждения [1—3]. Особое значение приобретает изучение госпитальной заболеваемости населения, имеющие особенности территорий проживания, удаленности медицинских организаций при несоблюдении радиуса обслуживания, сниженной доступности первичной медико-санитарной помощи, в том числе из-за дефицита медицинских кадров [4—7].

При сравнительном анализе экстенсивные показатели используются реже, чем интенсивные, однако в некоторых случаях их применение оправдано для получения более подробных и точных данных о характеристиках различий между группами сравнения. Такие показатели помогают детально проанализировать различия, предоставляя дополнительную информацию о распределениях, формах распределения и других особенностях сравниваемых выборок. Их использование целесообразно с целью проведения глубокого анализа и выделения специфических особенностей данных, которые невозможно полностью раскрыть с помощью стандартных методов [8].

Цель исследования: изучить специфические особенности экстенсивных показателей госпитальной заболеваемости детей, госпитализированных из различных территорий Республики Дагестан.

Методы исследования

Исследование проведено на базе нефрологического отделения Детской республиканской клинической больницы имени Н. М. Кураева. Для реализации поставленной задачи была осуществлена выкопировка данных из формы № 066/у-02 «Карта выбывшего из стационара» за период с 2019 по 2023 гг. Проведено сплошное ретроспективное исследование на основе анализа 6618 карт, что позволило обеспечить репрезентативность полученных результатов.

В работе использованы методы: аналитический, статистический.

На основе выкопировки были заполнены специально разработанные карты, в которых отражены общие данные о пациентах — место жительства, пол, возраст, а также информация о нозологических формах и классах заболеваний по МКБ-10, особенностях течения нефрологической патологии, о длительности пребывания в стационаре, наличии сопутствующих хронических заболеваний, особенностях выдачи направлений на госпитализацию, прогнозах пациента при выписке.

В ходе анализа госпитализированные были распределены по 5 группам с учетом территории проживания: город Махачкала; города Дагестана (Каспийск, Дербент, Хасавюрт и др.); сельские районы в низменной и предгорной части Дагестана; сельские районы среднегорья Дагестана; сельские районы высокогорья Дагестана.

Из общей численности госпитализированных (6618 чел.), 31,2% (2064 чел.) проживало в Махачкале, 29,2% (1932 чел.), — в сельских районах низменной части, 17,6% (1164 чел.) — в других городах Дагестана (Каспийск, Дербент, Хасавюрт и др.), 15,2% (1006 чел.) — в сельских районах высокогорья и 6,8% (452 чел.) — в сельских районах среднегорья (рис. 1).

Далее в анализе было применено агрегирование по показателю «место проживания» в две группы: городское и сельское население. Распределение оказалось почти равномерным: из числа всех госпитализированных 48,8% (3228 чел.) проживали в городах республики, 51,2% (3390 чел.) — в сельских районах.

Характеристика изучаемого контингента по показателю «возраст» осуществлялась с применением стандартной, общепринятой классификации для групп обучающихся и воспитанников: старший школьный возраст (от 14 лет 6 мес. — до 18 лет); средний школьный (от 10 лет 6 мес. — до 14 лет 5 мес. 29 дней); младший школьный (от 6 лет 6 мес. — до 10 лет 5 мес. 29 дней); дошкольный (от 3 лет 9 мес. — до 6 лет 5 мес. 29 дней); преддошко-

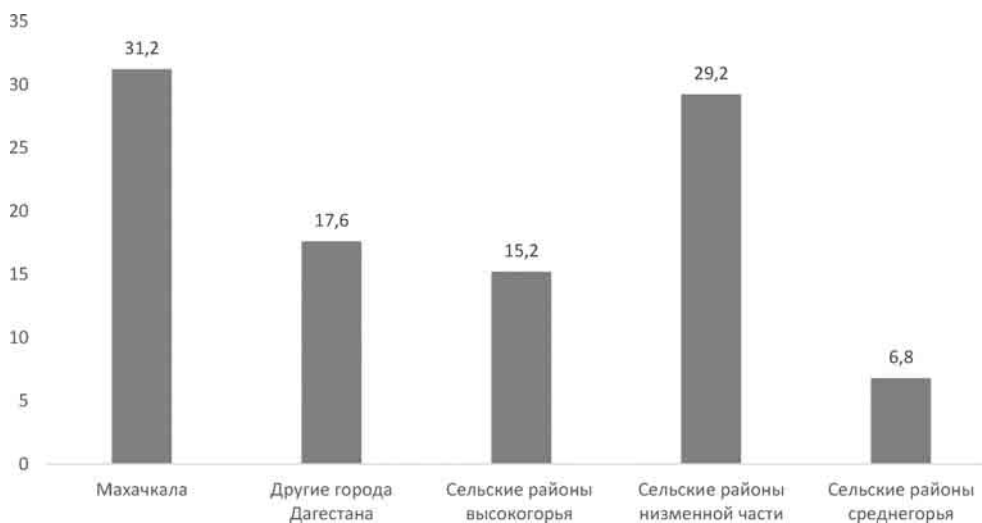


Рис. 1. Распределение госпитализированных по территориям их проживания (в процентах к итогу)

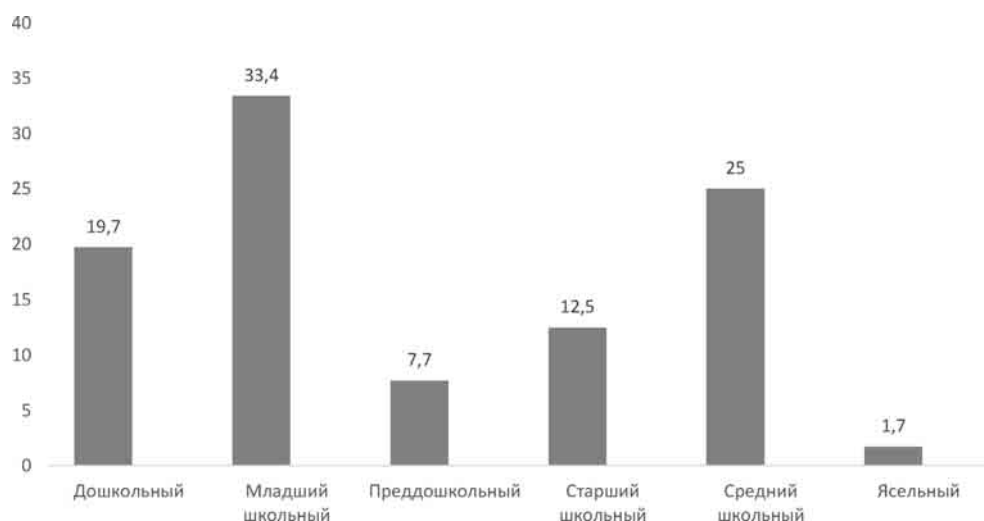


Рис. 2. Распределение госпитализированных по возрастным группировкам (в процентах к итогу)

льный (от 1 года 11 мес. — до 3 лет 9 мес.), ясельный (от 1 года — до 1 года 11 мес.).

В общей численности треть госпитализированных (33,4%) были младшего школьного возраста, четверть (25%) — среднего школьного возраста, каждый пятый (19,7%) — дошкольного возраста. На долю госпитализированных старшего школьного возраста пришлось 12,5%, преддошкольного возраста — 7,7%, ясельного возраста — 1,7% от общего числа госпитализированных (рис. 2).

Доля госпитализированных младшего школьного возраста была наибольшей среди всех детей и подростков, находившихся на стационарном лечении в нефрологическом отделении, независимо от их территории проживания: от 31,19% среди детей из сельских районов среднегорья до 34,06% среди детей из г. Махачкала.

Доля госпитализированных среднего школьного возраста колебалась от 21,90% (из г. Махачкалы) до 29,6% (из сельских районов среднегорья), дошкольников — от 16,90% в сельских районах высокогорья до 21,80% в г. Махачкала. При этом были определены статистически достоверные различия в распределении среди детей ясельного возраста (существенно выше в г. Махачкале), среди детей дошкольного (выше в городах Дагестана, включая столицу); среди детей среднего школьного возраста (выше в сельских районах), среди детей старшего школьного возраста (выше в сельских районах высокогорья), ($P \leq 0,05$). Распределение госпитализированных по возрастным группам на момент поступления на ста-

ционарное лечение в зависимости от территории проживания представлено в таблице 1.

В целом, в изучаемой выборке более двух третей (70,9%) составили школьники, 29,1% приходилось на детей дошкольного возраста. Для выявления общих тенденций госпитализированные были объединены в две основные группы: школьники и дошкольники. При этом выявлено, что среди городских госпитализированных школьники составляли 68,1%, а среди сельских — 73,6%, ($P \leq 0,05$).

В изучаемой выборке 55,2% составляли девочки, 44,8% — соответственно мальчики. Проведенный анализ с учетом места жительства показал, что из числа городских госпитализированных детей на долю девочек приходилось 57,8%, а среди сельских — 52,7% ($P \leq 0,05$).

Наибольшую долю госпитализированных составляли дети и подростки с тубулоинтерстициальными болезнями почек, доля которых варьировалась от 77,15% среди госпитализированных из городов Дагестана до 87,17% в сельских районах среднегорья. Доля детей и подростков, имеющих гломерулярные болезни, составляла от 11,06% среди госпитализированных из сельских районов среднегорья до 19,50% — из городов Дагестана. По остальным нозологическим наименованиям, классам заболеваний доля госпитализированных детей и подростков со всех рассматриваемых территорий не превышала 2%. Обращает на себя внимание, что в сельских районах среднегорья была сравнительно высокая доля госпитализированных с тубулоинтерстициальной

Таблица 1

Распределение госпитализированных по возрастным группам на момент госпитализации и по территории проживания (в процентах от численности госпитализированных для каждой территории)

Возрастная группа	Махачкала	Города Дагестана	Сельские районы высокогорья	Сельские районы низменной части	Сельские районы среднегорья
Дошкольный	21,80%	21,31%	16,90%	18,43%	17,92%
Младший школьный	34,06%	33,85%	31,41%	33,90%	31,19%
Преддошкольный	8,58%	7,82%	7,55%	6,73%	7,30%
Старший школьный	11,48%	11,60%	15,41%	12,63%	12,61%
Средний школьный	21,90%	23,80%	27,04%	26,97%	29,65%
Ясельный	2,18%	1,63%	1,69%	1,35%	1,33%

Таблица 2

Распределение госпитализированных по классу заболевания на момент госпитализации и с учетом территорий проживания (в процентах от численности госпитализированных для каждой территории)

Класс заболевания	Махачкала	Города Дагестана	Сельские районы высокогорья	Сельские районы низменной части	Сельские районы среднегорья
N00—N08 — Гломерулярные болезни	13,86%	19,50%	15,41%	15,94%	11,06%
N10—N16 — Тубуло-интерстициальные болезни почек	83,87%	77,15%	82,31%	81,57%	87,17%
N25—N29 — Другие болезни почки и мочеточника	1,31%	1,80%	0,80%	1,50%	0,66%
N17—N19 — Почечная недостаточность	0,87%	1,37%	1,49%	0,93%	1,11%
N20—N23 — Мочекаменная болезнь	0,10%	0,17%	0,00%	0,05%	0,00%

болезнью почек, а в городах Дагестана — с гломерулярными болезнями ($P \leq 0,05$), что позволяет говорить о присутствии различий по классу заболевания детей и подростков на момент госпитализации с учетом территорий проживания (табл. 2).

При анализе учитывалась форма патологического процесса: острая, хроническая с компенсированным течением уронефрологической патологии (обострение 1—2 раза/год), хроническая с субкомпенсированным течением уронефрологической патологии (обострение 3—4 раза/год), хроническая, с декомпенсированным течением (обострение 5 и более раз/год).

Распределение госпитализированных по форме течения уронефрологической патологии и территории проживания представлено в таблице 3.

Как видно из таблицы хроническое, субкомпенсированное течение заболевания (обострение 3—4 раза/год) является наиболее распространенной формой среди госпитализированных со всех территорий республики (от 86,18% среди госпитализированных из сельских районах высокогорья до 91,72% среди госпитализированных из города Махачкала). Распространенность форм патологии с хроническим субкомпенсированным течением (обострение 3—4 раза/год) доля госпитализированных детей изменялась от 3,63% из города Махачкалы до 9,34% из сельских районах высокогорья; с острым течением — от 3,08% из сельских районах высокогорья до 4,60% в города Махачкалы. Обращает внимание, что доля детей и подростков, имеющих хроническое, компенсированное течение уронефрологической патологии из городов Дагестана была достоверно выше, чем из сельских районах; а госпитализированных с хронической декомпенсированной (обострение 5 и более раз/год) и субкомпенсированной формами заболеваний (обострение 3—4 раза/год) было достоверно больше среди госпитализированных из сельских районов высокогорья, ($P \leq 0,05$).

После агрегации госпитализированных на две группы по месту жительства (из городской и сель-

ской местности) определено, что в группе сельских чаще встречались дети с хроническим декомпенсированным течением заболевания (обострения пять и более раз в год) — 0,94% против 0,09% в группе городских госпитализированных, а также с субкомпенсированным течением болезни (обострение три-четыре раза в год) — 6,58% против 3,66% соответственно, ($P \leq 0,05$). Госпитализированные с острой формой уронефрологической патологии встречались несколько чаще среди городских детей — 4,58% против 3,27% среди сельских.

Наибольшая доля детей и подростков с уронефрологической патологией пребывали в стационаре 9—12 дней, их доля варьировалась от 75,2% среди приехавших из городов Дагестана до 80,09% из сельских районах среднегорья. Доля детей и подростков, пребывающих в стационаре более 12 дней, составляла от 13,05% среди приехавших из сельских районах среднегорья до 16,49% приехавших из городов Дагестана. Пребывающие в стационаре 6—8 дней составили от 5,53% среди приехавших из сельских районов среднегорья до 8,33% среди жителей города Махачкала. Статистически значимых различий по длительности пребывания детей и подростков в стационаре в зависимости от территории проживания выявлено не было ($P \geq 0,05$). Распределение госпитализированных по длительности пребывания в стационаре и территории проживания представлено в таблице 4.

Чуть более 20% госпитализированных детей и подростков с уронефрологической патологией имели сопутствующие заболевания. Следует указать, что статистически значимых различий по наличию сопутствующих хронических заболеваний у детей и подростков в зависимости от территории проживания выявлено не было ($P \geq 0,05$). Распределение респондентов по наличию сопутствующих хронических заболеваний и территории проживания представлено в таблице 5.

Наибольшую часть направлений на госпитализацию заболевшим выдавали врачи Детского клини-

Таблица 3

Распределение госпитализированных по форме течения уронефрологической патологии с учетом территории их проживания (в процентах от численности госпитализированных для каждой территории)

Форма течения патологии	Махачкала	Города Дагестана	Сельские районы высокогорья	Сельские районы низменной части	Сельские районы среднегорья
Хроническое, декомпенсированное (Обострение 5 и более раз/год)	0,05%	0,17%	1,39%	0,57%	1,55%
Хроническое, субкомпенсированное (Обострение 3—4 раза/год)	3,63%	3,69%	9,34%	5,12%	6,64%
Хроническое, компенсированное (Обострение 1—2 раза/год)	91,72%	91,58%	86,18%	91,15%	87,61%
Острое	4,60%	4,55%	3,08%	3,16%	4,20%

Таблица 4

Распределение госпитализированных по длительности пребывания в стационаре и территории проживания (в процентах от численности госпитализированных для каждой территории)					
Длительность пребывания в стационаре	Махачкала	Города Дагестана	Сельские районы высокогорья	Сельские районы низменной части	Сельские районы среднегорья
12+ дней	13,91%	16,49%	15,11%	13,72%	13,05%
6—8 дней	8,33%	6,79%	7,55%	7,25%	5,53%
4—5 дней	0,63%	0,86%	0,50%	1,09%	0,88%
9—12 дней	76,89%	75,17%	76,54%	77,48%	80,09%
2—3 дня	0,24%	0,69%	0,30%	0,47%	0,44%

Таблица 5

Распределение госпитализированных по наличию сопутствующих хронических заболеваний и территории проживания (в процентах от численности госпитализированных для каждой территории)					
Наличие сопутствующих хронических заболеваний	Махачкала	Города Дагестана	Сельские районы высокогорья	Сельские районы низменной части	Сельские районы среднегорья
Нет	77,57%	75,26%	76,44%	73,96%	79,87%
Да	22,43%	24,74%	23,56%	26,04%	20,13%

ко-диагностического Центра (КДЦ — НММО Бережливая поликлиника) как структурного подразделения ГБУ РД «Детская республиканская клиническая больница имени Н. М. Кураева», доля таких направлений среди различных групп варьировала от 69,82% среди госпитализированных из города Махачкала до 77,23% среди госпитализированных из сельских районах низменной части Дагестана. Доля направлений от участковых врачей-педиатром составляла от 18,36% в группе детей из сельских районов среднегорья до 22,38% в группе детей из города Махачкала. По экстренной госпитализация СМП на стационарное лечение были направлены от 4,40% госпитализированных из сельских районах низменной части Дагестана до 7,75% госпитализированных из города Махачкала. Существенно выше, чем в других рассматриваемых территориях, была доля детей и подростков, которые имели экстренную госпитализацию СМП в городе Махачкала, также отличалась доля детей и подростков, получивших направление от участкового педиатра на госпитализацию в городах Дагестана, что позволяет говорить о присутствии статистических значимых различий в вы-

даче направлений на госпитализацию и территории проживания ($P \leq 0,05$). Распределение госпитализированных по вариантам направлений на госпитализацию от различных специалистов с учетом территории проживания представлено в таблице 6.

При рассмотрении укрупненных групп (городское и сельское население) необходимо отметить, что 59,7% из всех экстренно госпитализированных детей и подростков приходится на проживающих в городах республики против 40,3%, ($P \leq 0,05$).

Относительно благоприятный прогноз при выписке пациентов отмечалась практически у 98—99% детей и подростков и здесь не фиксировалось статистически значимых различий в зависимости от района проживания ($P \geq 0,05$). Распределение респондентов по прогнозу пациентов при выписке и территории проживания представлено в таблице 7.

Заключение

Наибольшая доля (30—35%) среди госпитализированных детей и подростков с уронефрологическими заболеваниями приходилась на возрастную группу «младший школьный возраст» (от 6 лет

Таблица 6

Распределение госпитализированных по вариантам направлений на госпитализацию от различных специалистов с учетом территории проживания (в процентах от численности госпитализированных для каждой территории)					
Вариант направления на госпитализацию	Махачкала	Города Дагестана	Сельские районы высокогорья	Сельские районы низменной части	Сельские районы среднегорья
Экстренная госпитализация СМП	7,75%	5,84%	4,67%	4,40%	4,87%
Врач КДЦ (Детская Республиканская Клиническая Больница)	69,82%	72,16%	76,44%	77,23%	76,55%
Участковый врач педиатр	22,38%	21,99%	18,79%	18,37%	18,36%
Врач нефролог районной больницы	0,05%	0,00%	0,10%	0,00%	0,22%

Таблица 7

Распределение респондентов по прогнозу пациентов при выписке и территории проживания (в процентах от численности госпитализированных для каждой территории)					
Прогноз при выписке	Махачкала	Города Дагестана	Сельские районы высокогорья	Сельские районы низменной части	Сельские районы среднегорья
Возможно выздоровление — относительно благоприятный	99,56%	98,88%	99,01%	99,59%	99,34%
Ухудшение — неблагоприятный	0,10%	0,09%	0,10%	0,21%	0,22%
Возможно ухудшение — относительно неблагоприятный	0,29%	0,95%	0,89%	0,21%	0,44%
Выздоровление — благоприятный	0,05%	0,09%	0,00%	0,00%	0,00%

6 мес. — до 10 лет 5 мес. 29 дней) во всех изучаемых группах независимо от места проживания. Данная закономерность отражает сложность адаптации детей к школьным условиям, изменению режима дня, преодолению пути к школе, который нередко бывает длительным при нарушении рекомендаций по радиусу обслуживания школьников, что имеет особенно существенное значение в холодный период года. Кроме того, выявленные особенности отчасти могут свидетельствовать о лучшей выявляемости патологии среди школьников в ходе проведения обязательных профилактических осмотров и диспансеризации. Известно, что в результате сложившихся традиций и особенностей местности не все дети дошкольного возраста в Республики Дагестан посещают образовательные организации «ясли-детский сад», что отражается на проценте охвата профилактическими осмотрами и диспансеризацией.

В Махачкале в структуре госпитализированных детей и подростков существенно выше была доля детей ясельного возраста относительно других территорий (2,18% против 1,33% в сельских районах среднегорья). В целом в городах Дагестана, включая столицу, доля госпитализированных детей дошкольного возраста (от 1 года до 6,5 лет) составляла 31,9%, тогда как в сельской местности значительно ниже — 26,4%. На наш взгляд данная тенденция обусловлена социальными факторами — дошкольники села чаще находятся в домашних условиях, менее подвержены охлаждению, реже посещают дошкольные образовательные организации (детские ясли, детский сад) в силу сложившихся традиций и низкой их доступности, особенно в высокогорных территориях.

Среди госпитализированных детей из городов Дагестана на долю девочек приходилось 57,8% от общего числа пациентов, из сельской местности — 52,7%. В группе госпитализированных из сельских районов среднегорья республики определялась наибольшая доля встречаемости уронефрологической патологии, квалифицируемой по МКБ-10 как тубулоинтерстициальная болезнь (87,17%), а в группе городских детей — гломерулярные болезни (19,50%).

По форме протекания патологического процесса также были выявлены достоверные отличия в группах, госпитализированных из различных территорий республики. Доля острой формы уронефрологических заболеваний при госпитализации была наибольшей среди городских по сравнению с сельскими (4,58% против 3,27%), что является одним из показателей лучшей доступности медицинской помощи. Об этом же свидетельствует доля экстренно госпитализированных, которая была наивысшей среди проживающих в городе Махачкала (7,75%). Аналогичная ситуация по распределению долей, приходящихся на частоту случаев с хроническим компенсированным течением уронефрологической патологии (1—2 обострения в год): 91,67% среди городских и 91,67% среди сельских.

Особое внимание требует выявленная закономерность: среди госпитализированных сельских де-

тей, проживающих в высокогорье, чаще встречается хроническая форма патологии с субкомпенсированным (3—4 обострения в год) и декомпенсированным (5 и более обострений в год) течением, что свидетельствует о низкой доступности и недостаточном качестве оказываемой специализированной помощи по месту проживания.

Большинство детей и подростков находились в стационаре 9—12 дней, без значительных территориальных различий (доли в каждой группе были в пределах от 75,17-до 80,09%). Доля госпитализированных с наличием сопутствующей хронической патологии в группах сравнения была в пределах 20,13-26,04% и не имела статистически значимых различий в зависимости от территории проживания. Относительно благоприятный прогноз при выписке наблюдался почти у детей и подростков вне зависимости от района проживания, доля таковых была в каждой группе в пределах 98—99%.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Подчернина А. М. Госпитальная заболеваемость детей города Москвы в период пандемии COVID-19. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2022;30(S):1097—1104. DOI: 10.32687/0869-866X-2022-30-s1-1097-1104
2. Оленичев Д. Н., Подчернина А. М. Стационарная помощь детскому населению столицы 2014—2021 гг.: Аналитический обзор. Москва: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»; 2022. 24 с.
3. Мкртчян С. А., Дунамалыан Р. А., Саканян Г. Г. и др. Основные подходы по совершенствованию качества госпитализированной ЛОР помощи в многопрофильном стационаре. *Danish Scientific Journal*. 2020;(36—1):34—38.
4. Кизеев М. В., Лазарев А. В., Валеев В. В. и др. Возрастные особенности заболеваемости населения в условиях пандемии COVID-19. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2022;30(S):1023—1026. DOI: 10.32687/0869-866X-2022-30-s1-1023-1026
5. Муслимов М. И., Мингазова Э. Н., Мингазова Э. Н. Дефицит медицинских кадров как глобальная проблема современности. *Менеджер здравоохранения*. 2024;(9):103—111. DOI: 10.21045/1811-0185-2024-9-103-111
6. Атамбаева Р. М., Мингазова Э. Н. Основные особенности заболеваемости детей и подростков Кыргызской Республики. *Современные проблемы науки и образования*. 2015;(2—1):111.
7. Мингазова Э. Н., Бакирова Э. А., Шигабутдинова Т. Н. Динамика изменений и прогностические модели уровней заболеваемости городского и сельского населения субъекта Российской Федерации. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2021;29(6):1505—1509. DOI: 10.32687/0869-866X-2021-29-6-1505-1509
8. Айнетдинова О. С., Кондратова Л. Я., Миронова А. Н., Фатеева С. С. Первичная инвалидность вследствие врожденных аномалий (пороков развития), деформаций и хромосомных нарушений среди детского населения Кемеровской области — Кузбасс за период 2017—2021 гг. *Медико-социальные проблемы инвалидности*. 2023;(1):45—52.

REFERENCES

1. Podchernina A. M. Hospital morbidity of children in Moscow during the COVID-19 pandemic. *Problems of social hygiene, public health and history of medicine. [Problemy social'noj gigieny, zdorovooxranenija i istorii mediciny]*. 2022;30(S):1097—1104 (in Russian). DOI: 10.32687/0869-866X-2022-30-s1-1097-1104
2. Olenichev D. N., Podchernina A. M. Inpatient care for the capital's child population in 2014—2021: An analytical review. Moscow: GBU «NIIOZMM DZM»; 2022. 24 p. (in Russian).
3. Mkrtychyan S. A., Dunamalyan R. A., Sakanyan G. G. et al. Key approaches to improving the quality of hospitalized ENT care in a multidisciplinary hospital. *Danish Scientific Journal*. 2020;(36—1):34—38 (in Russian).

4. Kizeev M. V., Lazarev A. V., Valeev V. V. et al. The age-related features of the morbidity of the population in the context of the COVID-19 pandemic. *Problems of social hygiene, public health, and history of medicine. [Problemy social'noj gigieny, zdravoohraneniya i istorii mediciny]*. 2022;30(S):1023—1026 (in Russian). DOI: 10.32687/0869-866X-2022-30-s1-1023-1026
5. Muslimov M. I., Mingazov R. N., Mingazova E. N. Shortage of medical personnel as a global problem of modern times. *Healthcare manager. [Menedzher zdravookhraneniya]*. 2024;(9):103—111 (in Russian). DOI: 10.21045/1811-0185-2024-9-103-111
6. Atambaeva R. M., Mingazova E. N. Main features of morbidity among children and adolescents in the Kyrgyz Republic. *Modern problems of science and education. [Sovremennyye problemy nauki i obrazovaniya]*. 2015;(2—1):111 (in Russian).
7. Mingazova E. N., Bakirova E. A., Shigabutdinova T. N. Dynamics of changes and predictive models of morbidity levels in urban and rural populations of a Russian Federation subject. *Problems of social hygiene, public health, and history of medicine. [Problemy social'noj gigieny, zdravoohraneniya i istorii mediciny]*. 2021;29(6):1505—1509 (in Russian). DOI: 10.32687/0869-866X-2021-29-6-1505-1509
8. Aynetdinova O. S., Kondratova L. Ya., Mironova A. N., Fateeva S. S. Primary disability due to congenital anomalies (developmental defects), deformities, and chromosomal abnormalities among the child population of the Kemerovo Region — Kuzbass for the period 2017—2021. *Medical and Social Problems of Disability. [Mediko-social'nye problemy invalidnosti]*. 2023;(1):45—52 (in Russian).

Вклад авторов: все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации.
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Contribution of the authors: the authors contributed equally to this article.
The authors declare no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 23.11.2024; одобрена после рецензирования 22.01.2025; принята к публикации 14.03.2025.
The article was submitted 23.11.2024; approved after reviewing 22.01.2025; accepted for publication 14.03.2025.