

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**На правах рукописи**

**РОСЛОВА**

**Зинаида Аркадьевна**

**НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ МОДЕЛИ  
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И  
ПОДРОСТКАМ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОЙ  
ПОЛИКЛИНИКИ**

**14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение**

**Диссертация на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук**

**Научный руководитель:  
доктор медицинских наук, доцент  
Ким Андрей Вячеславович**

**Санкт-Петербург – 2019**

## ОГЛАВЛЕНИЕ

<b>ВВЕДЕНИЕ.....</b>	<b>4</b>
<b>ГЛАВА 1. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ КАК ОРГАНИЗАЦИОННАЯ ПРОБЛЕМА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)</b>	<b>14</b>
<b>ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ</b>	<b>40</b>
<b>ГЛАВА 3. СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ СТАТУС ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ</b>	<b>63</b>
3.1 Заболеваемость детского населения	63
3.2 Особенности состояния здоровья детей из групп социального риска	76
3.3 Особенности условий и образа жизни детского населения	96
<b>ГЛАВА 4. АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКИХ ПОЛИКЛИНИК</b>	<b>108</b>
4.1 Анализ деятельности медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь детскому населению района исследования	108
4.2 Современная проблематика организации медицинской и медико-социальной помощи детям	123
<b>ГЛАВА 5. ОРГАНИЗАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ</b>	<b>143</b>
5.1 Разработка нормативно-правового обеспечения и организационных основ функционирования отделения медико-социальной помощи	145

5.2	Алгоритмический и программно-целевой подход в работе отделения медико-социальной помощи	153
5.3	Системный анализ деятельности отделения медико- социальной помощи	163
5.4	Организационные модели работы других компонентов медико-социальной службы детской поликлиники	169
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....</b>		<b>196</b>
<b>ВЫВОДЫ.....</b>		<b>212</b>
<b>ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....</b>		<b>215</b>
<b>СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....</b>		<b>218</b>
<b>СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....</b>		<b>219</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЯ.....</b>		<b>242</b>

## **ВВЕДЕНИЕ**

### **Актуальность темы исследования**

В основе современных концептуальных подходов к развитию детского здравоохранения, наряду с прочими, заложен принцип оценки и анализа факторов внешней среды, которые формируют здоровье детского населения [12, 44, 160]. Как следствие, необходим поиск организационных технологий, имеющих максимально эффективную социализацию. Принимая во внимание приоритет профилактики в деятельности детской поликлиники, актуальным является поиск новых форм её организации, прежде всего имеющих социальную и медико-социальную направленность.

В последние годы доля детей, которых необходимо относить к категориям так называемого социального риска, возрастает и составляет 10-25% от всей популяции. Это дети из многодетных и неблагополучных семей, дети инвалиды, дети, находящиеся под опекой, юные матери, а также дети и подростки, склонные к различным правонарушениям [11, 114, 110, 111, 161].

Традиционно основной объем работ в детской поликлинике ложится на плечи врача педиатра участкового. Вместе с тем, за последние 15-20 лет нормативные требования к объемам деятельности врача педиатра участкового значительно изменились. Наиболее значимыми из них можно считать жесткую медико-экономическую регламентацию диспансерного наблюдения детей первого года жизни, углубленную диспансеризацию подростков, дополнительную иммунизацию детского населения и ряд других требований. С переводом в конце прошлого века подростков 15-17 лет под наблюдение детских поликлиник в практике врача педиатра отмечалось увеличение деятельности, носящей медико-социальный характер: работа с военными комиссариатами, профессиональное консультирование, работа с подростками, склонными к правонарушениям, и многое другое, что занимает существенный удельный вес в хронометраже деятельности врача педиатра. При этом увеличение трудозатрат проводилось на фоне общих негативных тенденций в состоянии здоровья детского населения, а также неизменных штатно-кадровых

нормативов педиатрической службы [20, 21, 119, 133].

Отрицательным фактором можно считать отсутствие у врачей каких-либо навыков социальной работы, что обусловлено существующей системой высшего профессионального и последипломного образования, которое не включает в себя подготовку по этим вопросам [31, 115].

К сожалению, в повседневной практике непосредственное участие педиатрической службы в решении социальных вопросов возникает чаще всего в случаях явной угрозы жизни и здоровья ребенка. Ранняя диагностика неблагоприятного социума, медицинское сопровождение социальной адаптации ребенка или не проводятся, или проводятся в крайне ограниченном объеме [116].

В Указе Президента РФ от 01.06.2012 г. N761 «О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012 - 2017 годы» сформулированы задачи, стоящие перед системой здравоохранения по вопросам оказания медико-социальной и профилактической помощи в области материнства и детства. Решение поставленных задач возможно при комплексном подходе и оказании медико-социальной помощи с привлечением специалистов медицинского, педагогического профиля и социальных работников.

В современной научной литературе неоднократно подчеркивалась необходимость развития междисциплинарных подходов в организации оказания медико-социальной помощи детям [13, 15, 21, 22, 34, 45, 55, 77, 85, 110, 135, 149].

Приказом Минздравсоцразвития РФ от 16.04.2012 г. № 366-н утвержден Порядок оказания педиатрической помощи и определены штатные нормативы отделения медико-социальной помощи, однако, как показывает практика, за годы, прошедшие после выхода приказа, какого-либо принципиального развития медико-социальных служб не произошло.

Таким образом, научная и практическая значимость данного исследования, направленного на разработку единых методических подходов к формированию отделений медико-социальной помощи детям не вызывает со-

мнения, а тема является актуальной по решению задач общественного здоровья и здравоохранения на современном этапе.

### **Степень разработанности темы исследования.**

Большинство ученых и практических врачей высказывали тезис о том, что состояние здоровья, рост и психо-моторное развитие ребенка не ограничивается только клиническим аспектом, но и большую роль играют семья, окружающая среда, социально-экономическая ситуация, микросоциум и воспитание, организация медицинской помощи детям и прочие социальные факторы [4, 9, 10, 23, 28, 38, 43, 47, 64, 68, 85, 96, 110, 134, 149, 155, 161].

В последние годы расширился круг социально-гигиенических исследований в педиатрии, кроме традиционных тем в программу исследований было включено изучение здоровья ребенка и влияние на него факторов образа жизни ребенка и его семьи, медицинской активности родителей, семей социального риска [5, 7, 21, 37, 63, 70, 71, 108, 145, 162].

Проведенный анализ функционирования отделений медико-социальной помощи детских поликлиник ряда субъектов РФ (Санкт-Петербург, Республика Саха (Якутия), Республика Татарстан) выявил ряд общих проблем: отсутствие единых методологических подходов к формированию таких отделений, целей их работы, задач, целевых групп наблюдения, организационных форм, функций должностей персонала, а также объемов и видов ресурсов, необходимых для их оптимальной работы, отсутствие специальной профессиональной подготовки врачей и среднего медицинского персонала для работы в таких отделениях [15, 22, 34, 38, 58, 110, 145, 161].

Все вышеизложенное свидетельствует о необходимости изучения на современном этапе состояния и новых организационных форм деятельности детской поликлиники по оказанию медико-социальной помощи, что до сих пор не становилось предметом диссертационного исследования.

**Цель исследования:** дать комплексное научное обоснование модели медико-социальной помощи детям в условиях детской поликлиники на основе социально-гигиенической оценки медико-социального статуса детского

населения и потребности в отдельных видах медико-социальной помощи в системе первичной медико-санитарной помощи детям.

Для реализации указанной цели были поставлены следующие **задачи**:

1. Изучить медико-демографические характеристики детского населения одного из районов Санкт-Петербурга.
2. Провести комплексную оценку медико-социального статуса детского населения.
3. Провести ретроспективный и проспективный анализ существующей системы медико-социальной помощи детям, как составляющей первичной медико-санитарной помощи детскому населению.
4. На правах организационного эксперимента разработать и внедрить модель медико-социальной помощи в условиях детской поликлиники.
5. Провести углубленный медико-организационный анализ эффективности внедренной модели медико-социальной помощи детскому населению и разработать практические рекомендации по дальнейшему совершенствованию медико-социальной помощи детям.

### **Научная новизна исследования**

На основании изучения организационных форм медико-социальной помощи детскому населению в целом в стране и проведенному ретроспективному анализу деятельности отделения медико-социальной помощи в одном из районов мегаполиса вскрыта современная проблематика организации данного вида помощи в условиях первичного звена детского здравоохранения.

В рамках исследования впервые представлена комплексная медико-социальная характеристика детского населения промышленного мегаполиса.

Впервые дана научно обоснованная оценка эффективности функционирования медико-социальной службы детской поликлиники центральной исторической части крупного промышленного города на основе комплексного изучения медицинских, социально-гигиенических, медико-социальных особенностей обслуживаемого детского населения и его потребности в различ-

ных видах медико-социальной помощи в структуре первичной медико-санитарной помощи детям.

На основании проведенного комплексного исследования существующей системы медико-социальной помощи детям, особенностей медико-социального статуса современных детей 0-14 лет, подростков 15-17 лет и их семей, изучения мнения врачей об эффективности работы отделения медико-социальной помощи определены научно обоснованные методические подходы к формированию модели медико-социальной помощи амбулаторно-поликлинического звена детского здравоохранения.

**Теоретическая и практическая значимость работы** определяется ее результатами, позволившими получить достоверную информацию об особенностях состояния здоровья детей из разных групп социального риска, деятельности системы медицинской и медико-социальной помощи детям в условиях детской поликлиники мегаполиса и современной проблематике организации медицинской и медико-социальной помощи детям в условиях исторического района крупного города (Санкт-Петербурга).

Разработан практический алгоритм создания, функционирования и оценки эффективности деятельности медико-социальной службы детской поликлиники центральной части крупного промышленного города. Даны практические рекомендации по созданию аналогичных служб в первичном звене детского здравоохранения с учетом медико-демографических и медико-социальных особенностей территорий. Практические предложения могут явиться базисом для разработки дополнительных мер по совершенствованию организации медико-социальной службы в амбулаторно-поликлинических условиях оказания медицинской помощи детскому населению.

По результатам, полученным в ходе исследования, разработаны и могут быть предложены в качестве стандартных операционных процедур (СПов) деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений пошаговые алгоритмы действия при работе с детьми из различных групп социального риска.

## **Внедрение результатов исследования в практику**

Материалы исследования использованы при подготовке информационного письма для врачей педиатров, организаторов здравоохранения и социальных работников и внедренного в практическую деятельность детских поликлиник и органов опеки и попечительства «Организация медико-социальной помощи детям, лишившимся попечения родителей», информационно-аналитического сборника «Служба охраны здоровья матери и ребенка в 2015 г.». Разработаны два методических пособия «Организация работы отделения (кабинета) медико-социальной помощи в детской поликлинике», «Опыт организации медико-социальной работы среди детского населения в Центральном районе Санкт-Петербурга» и учебно-методическое пособие «Служба охраны здоровья матери и ребенка Санкт-Петербурга в 2017 году».

Результаты диссертационного исследования внедрены в практическую деятельность Комитета по здравоохранению г. Санкт-Петербурга (Акт № к-12/01-19 от 11.01.2019 г.), районных отделов здравоохранения г. Санкт-Петербурга Центрального (Акт № 27/17 от 19.01.2017 г.), и Адмиралтейского (Акт № 11-25-145/19 от 26.02.2019 г.) районов, Педиатрического центра ГАУ Республики Саха (Якутия) «Республиканская больница № 1 – Национальный центр медицины» (Акт № 21 от 01.03.2019 г.), ГАУЗ «Детская городская клиническая больница» г. Оренбурга (Акт № 65-18 от 25.09.2018 г.).

Материалы исследования используются в процессе преподавания для интернов, клинических ординаторов, аспирантов и слушателей на кафедре социальной педиатрии и организации здравоохранения ФП и ДПО (Акт о внедрении № 31-н от 21.03.2018 г.), для студентов на кафедрах общественного здоровья и здравоохранения и гуманитарных дисциплин и биоэтики ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ (Акт о внедрении № 4-н от 11.01.2019 г.).

**Методология и методы исследования.** Настоящее исследование базируется на результатах анализа 108 отчетных и 3622 авторских учетных формы, специально разработанных социологических анкет.

Настоящая диссертационная работа является комплексным медико-социальным, клинико-статистическим и медико-организационным исследованием. Исследование проводилось в одном из районов Санкт-Петербурга, втором по численности населения городе России. Базой изучения состояния здоровья и медико-социального статуса детского населения на основе данных официальной статистики и результатов социологического опроса послужили государственные детские амбулаторно-поликлинические учреждения района исторического центра Санкт-Петербурга. Основным объектом исследования явились дети 0-17 лет включительно, в том числе различных групп социального риска, наблюдаемые районными детскими поликлиниками. Предмет исследования - действующая система организации оказания медико-социальной помощи обслуживаемому районными детскими поликлиниками детскому населению. Современная проблематика организации медицинской и медико-социальной помощи детям в условиях исторического района крупного города определялась на основе анализа работы отделения медико-социальной помощи в структуре детского поликлинического отделения.

В работе применен комплекс методов: социологический опрос, выкопировка данных из медицинской документации, экспертная оценка, математико-статистический и графико-аналитический методы.

Собирались сведения отраслевого статистического наблюдения. Проводилось анонимное анкетирование родителей пациентов и сотрудников детских поликлиник района исследования. Значимость всех полученных результатов оценивалась общепринятыми статистическими методами.

Статистический анализ результатов работы выполнялся с применением IBM-совместимого компьютера класса Pentium 4D. В исследовании использовались пакеты прикладных программ: StatisticaforWindows 6.0 – для статистического анализа, MS Office2007 – для организации и формирования матри-

цы данных, подготовки графиков и диаграмм. Непараметрические данные анализировались с использованием критерия  $\chi^2$  Пирсона. Различия считались статистически достоверными при  $p < 0,05$ .

Комплексное медико-социальное исследование выполнялось поэтапно и носило многоступенчатый характер. В ходе решения основных задач использовались различные адекватные методические приемы, о которых подробно изложено во второй главе данной работы.

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

1. Медико-социальные характеристики детей из разных групп социального риска имеют существенные как групповые различия, так и в сравнении с показателями социально благополучного детского населения, что необходимо учитывать при планировании и реализации комплекса медико-организационных мероприятий по улучшению здоровья данного контингента, при формировании дифференцированных индивидуальных программ медико-социальной реабилитации.

2. Существующая практика оказания медико-социальной помощи детям свидетельствует об отсутствии сформированной в стране единой системы медико-социальной помощи детскому населению, и о наличии в различных регионах схожих проблем в осуществлении этой деятельности: не разработаны единые подходы к определению организационных форм, целевых групп наблюдения, функций должностей персонала, объемов и видов ресурсов, не отлажено межведомственное взаимодействие.

3. Создание на базе медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь детям, отделения медико-социальной помощи, как структурного подразделения, позволяет не только оптимизировать объемы медико-профилактического сопровождения детей социального риска, но и повысить качество наблюдения, систематизировать силы и средства детской поликлиники для более оперативного и эффективного решения задач, стоящей перед нею на современном этапе.

4. Разработанная организационная модель медико-социальной по-

мощи детскому населению в условиях амбулаторно-поликлинического учреждения базируется на организации межведомственного взаимодействия поликлиники и координации деятельности внутриволиклинических структур по медико-социальным вопросам охраны здоровья детей, что будет способствовать снижению заболеваемости, смертности, рискованных форм поведения, социального сиротства, профилактике безнадзорности и беспризорности, жестокого обращения с детьми.

**Личный вклад автора.** Личное участие автора осуществлялось на всех этапах работы. Автор лично проводил анкетирование, анализировал динамику показателей, данные медицинской документации, проводил необходимые расчеты. Доля участия автора в накоплении информации – 90%, в обработке результатов – 100%.

**Степень достоверности и апробация результатов исследования.** Научные положения, сформулированные в диссертации, основаны на репрезентативном статистическом материале (всего – 108 отчетных и 3622 авторских отчетных формы). Обоснованность научных положений, рекомендаций и достоверность результатов были подтверждены путем применения апробированного математического аппарата, с использованием параметрических (коэффициент Пирсона) и непараметрических (коэффициент Спирмена) методов расчета, согласованностью результатов теоретических заключений с данными, полученными практическим путем.

Основные положения и результаты работы докладывались и обсуждались на научно-практических конференциях, конгрессах, симпозиумах различного уровня, в том числе: Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы первичной медико-санитарной помощи» (Санкт-Петербург 17-18 мая 2018 г.); XX Конгресс педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии» (Москва, 16–18 февраля 2018 г.); X юбилейная научно-практическая конференция «Воронцовские чтения (Санкт-Петербург, 1-2 марта 2017); XVIII Съезд педиатров России с международным участием «Актуальные

проблемы педиатрии» (Москва 17-19 февраля 2017 г.); IX Научно-практическая конференция «Воронцовские чтения» Посвящается памяти профессора Игоря Михайловича Воронцова (Санкт-Петербург 3–5 марта 2016 года); XIX Конгресс педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии» (Москва 12-14 февраля 2016 г.); I Конференция Приволжского федерального округа по социальной педиатрии, (Казань 24-25 ноября 2015 г.); XII Российская конференция с международным участием «Педиатрия и детская хирургия в Приволжском федеральном округе» (Казань 24-25 ноября 2015 г.), IX Российский форум с международным участием «Здоровье детей: профилактика и терапия социально-значимых заболеваний» (Санкт-Петербург 19–20 мая 2015); VIII Научно-практическая конференция с международным участием «Воронцовские чтения» (Санкт-Петербург, 2015); VII Российский Форум с международным участием «Здоровье детей: профилактика и терапия социально-значимых заболеваний (Санкт-Петербург 2013»); Научно-практическая конференция «Территориальное медицинское объединение № 70 Центрального района Санкт-Петербурга на пути в XXI век» (Санкт-Петербург, 2008); Научно-практическая конференция «Опыт и перспективы развития амбулаторно-поликлинической помощи взрослому и детскому населению» (СПб, 2008); Научно-практическая конференция посвященная 90-летию образования Городского центра медицинской профилактики и Музея гигиены «Организация профилактической работы с населением. Проблемы и пути решения» (СПб, 2009 г.).

**Публикации.** По теме диссертации опубликованы 32 научных работы, в том числе 7 – в рекомендуемых периодических изданиях ВАК.

**Объем и структура работы.** Диссертация изложена на 260 страницах и состоит из введения, пяти глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы и приложений. Работа иллюстрирована 46 таблицами и 48 рисунками. Список литературы состоит из 180 отечественных и 28 иностранных источников.

# ГЛАВА 1

## МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ КАК ОРГАНИЗАЦИОННАЯ ПРОБЛЕМА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Особое место в системе охраны здоровья граждан занимает оказание первичной медико-санитарной помощи. Первичная медико-санитарная помощь является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) является не только важнейшим сектором здравоохранения, но и неотъемлемой частью общего социально-экономического развития общества. Профилактическая направленность первичной медико-санитарной помощи определяет общий уровень состояния здоровья населения, как взрослого, так и детского, а, следовательно, и объем необходимой помощи, в том числе и наиболее дорогостоящей, стационарной помощи. Особое место в системе охраны здоровья граждан занимает система организации медицинской помощи детям и создание системы охраны материнства и детства, ибо ни в одной области медицины не произошло таких коренных изменений, такого переворота взглядов на свое дело, как у педиатров. Детский врач вместо исполнения рядовой амбулаторной работы сразу почувствовал себя организатором нового детского быта, ответственным за здоровье ребенка, человеком, стремящимся своей работой создать здоровое поколение. К началу двадцатого века в России отмечалась высокая детская смертность, умирало 270 детей из 1000. Основными причинами являлись невежество родителей, бедность, неправильное вскармливание детей. Уже тогда стало понятно, что для ликвидации медицинских и со-

циальных проблем, влияющих на смертность детей, необходим системный подход [7, 12, 94, 160].

Еще в XVIII веке высказывалась необходимость направления экспедиций из врачей для исследования и описания условий жизни разных народностей России, их обычаев по уходу за детьми и влиянию жизненного уклада на детскую смертность (С. Ели). Огромный вклад в изучение заболеваемости и смертности детей внесли крупнейшие первые русские педиатры С.Г. Зыбелин, С.Ф. Хотовицкий, основоположник отечественного акушерства Н.М. Амбодик-Максимович. Первые шаги российского государства на пути построения системы охраны материнства и детства были сделаны, когда, по велению императрицы Екатерины II, появились первые воспитательные дома для детей-сирот (в 1763 г. в Москве и в 1770 г. в Санкт-Петербурге) [11]. При этих домах были организованы также госпитали, где воспитанникам оказывалась медицинская помощь. Т.е. можно говорить о том, что с самого начала формирования государственной системы был внедрен комплексный подход к охране здоровья детей, включающий социальную и медицинскую составляющие [14].

Во второй половине XIX века ведущие врачи высказывали тезис о том, что состояние здоровья, рост и психо-моторное развитие ребенка не ограничивается только клиническим аспектом. По их мнению, большую роль играют семья, окружающая среда, социально-экономическая ситуация, микросоциум и воспитание, организация медицинской помощи детям и прочие социальные факторы. В это же время стала быстро развиваться земская санитарная статистика и комплексные санитарно-статистические исследования, что стало главным достижением общественной гигиены. Проводимые исследования носили социально-гигиенический характер, направленный на изучение взаимосвязи заболеваемости и смертности населения, в том числе и детского, с социально-экономическими условиями. Изучались медико-географические и климатические влияния на здоровье детей, были установлены связи с национальными обычаями вскармливания детей, благосостояния семьи, гра-

мortality матерей и их влияния на детскую и младенческую смертность [11]. Во второй половине XIX - начале XX века борьба с высокой детской смертностью являлась одним из важнейших общественных вопросов России. Её показатели с 1867 по 1913 г. колебались от 240 до 270 на 1000 родившихся живыми и по сравнению с таковыми в экономически развитых странах были более чем в 2 раза выше. Значительный уровень младенческой смертности обуславливали, прежде всего, социально-экономические условия — низкий материальный и культурный уровень населения [7, 11].

Влиянию социальных факторов на здоровье и жизнь детей уделялось внимание и во времена функционирования советской системы здравоохранения, особенно в годы ее становления. Приоритетными были признаны профилактические мероприятия, в том числе направленные на ликвидацию неблагоприятных социальных детерминант здоровья детей. Важной профилактической составляющей была провозглашена вакцинация. Много усилий было направлено на санитарно-гигиеническое просвещение общества [18, 132]. В 20-30 годы социальная гигиена сформировалась как наука, были организованы кафедры социальной гигиены на медицинских факультетах и специальные кафедры социальной гигиены женщины и ребенка в институтах охраны материнства и детства, активизировались и социально-гигиенические исследования здоровья детей. Активно изучались социальных и биологических факторов на исходы беременности у женщин из различных социальных групп, изучались социальные причины заболеваемости и смертности детей. В годы Великой Отечественной войны в Ленинграде под руководством С.А. Новосельского изучалось влияние войны на состояние здоровья грудных детей и детскую смертность [11].

Свою эффективность советская система здравоохранения доказала в годы своего становления эффективным, по тем временам, социальным контролем всех опасных инфекционных и паразитарных заболеваний, эпидемий, снижением уровней младенческой и материнской смертности. Например, младенческая смертность снизилась к концу 20-х годов до уровня 180‰ [20].

Такие результаты были достигнуты благодаря государственной политике и реализации комплекса мер: правовых, социальных и медико-организационных [33]. Однако, как указывает В.Ю. Альбицкий (2011), в 30-х годах прошлого века сформировалось ложное убеждение «в стране социализма социальный фактор перестает играть решающую роль в формировании здоровья». Руководствуясь этой идеологией, развитию медико-социальных сервисов, направленных на охрану здоровья с учетом воздействия неблагоприятных социальных факторов, в СССР стали уделять все меньшее внимание [11].

Российская система здравоохранения, несмотря на значительную трансформацию после распада СССР, старается сохранить (и воплотить) базовые принципы советской модели организации медицинской помощи: а) высокую доступность первичной и специализированной медицинской помощи; б) государственные гарантии оказания бесплатной медицинской помощи; в) приоритет охраны материнства и детства; г) профилактическая направленность [14].

По мнению В.Ю. Альбицкого с соавторами, в России развитие социальной педиатрии проходило три этапа. Первым этапом и временем её рождения автор считает 20-е годы XX века [11]. В программе лекций Н.И. Быстрова (1841-1906), первого русского профессора педиатра, присутствовал пункт «Смертность детей раннего возраста в России и других странах. Критический разбор условий, увеличивающих и уменьшающих смертность детей, устройство воспитательных домов, детских больниц, приютов, школ». Во второй половине XIX века значительно активизировались исследования причин детской смертности. Большое внимание в этих работах уделялось таким факторам, как медико-географические и климатические. В 1877 году было организовано Русское общество охранения народного здравия – первое научное гигиеническое общество в России. Его интересы не были ограничены только вопросами гигиены, поскольку с первых дней своего существования оно занималось острыми социальными проблемами, некоторые из кото-

рых не утратили своей актуальности и в наше время (борьба с туберкулезом, нищетой, детской смертностью и пр.). При этом обществе была создана комиссия по борьбе с самоубийствами школьников. Были сделаны выводы, что главная причина суицидов - школьный утроб, школьный образ жизни, в связи с этим предлагалась реформировать школы. Важными событиями являлись организация «Союза борьбы с детской смертностью» (учрежден в 1904 году в г. Санкт-Петербурге) и «Общества борьбы с детской смертностью» (учреждено в 1909 г. в Москве).

Тем не менее, лишь в 20-е годы XX века в стране формируется системный научный подход к изучению социальных детерминант здоровья детского населения. Получают свое развитие научные школы исследования социально-гигиенических факторов здоровья детей и подростков. В 1925 г. в Государственном научном институте охраны материнства и младенчества (ГНИ-ОММ) открывается кафедра социальной гигиены женщины и ребенка, а в 1928 г. - аналогичная кафедра в Ленинградском институте ОММ. Научные интересы кафедр были сконцентрированы на вопросах социальной гигиены женщин и ребенка (статистика народонаселения, смертность грудных и малых детей, материнская заболеваемость, аборт и регулирование деторождений, социально-правовая охрана матери и ребенка, охрана покинутых и беспризорных детей, пункты ОММ, санитарно-просветительская работа по ОММ и др.) [11,14].

Второй этап развития социальной педиатрии отечественные исследователи относят к 1970-м годам. Значительным событием в становлении российской социальной педиатрии является создание лаборатории социальной педиатрии по инициативе и под руководством Е.А. Лепарского в Институте педиатрии АМН СССР в 1977 г. Другим знаменательным событием можно считать организацию первой в стране кафедры социальной педиатрии в 1986 г. Н.Г. Веселовым в Ленинградском педиатрическом медицинском институте. Одним из основоположников отечественной научной школы социальной педиатрии признан профессор Н.Г. Веселов [44]. Он рассматривал социальную

педиатрию как перспективное направление науки и практики, возникшее на стыке двух специальностей: социальной гигиены и педиатрии (клинической и профилактической).

Большое значение имело создание в 1988 г. трех кафедр медико-социальных проблем охраны здоровья матери и ребенка для последипломной подготовки педиатров: в Москве в Центральном институте усовершенствования врачей, в Горьковском медицинском институте, в медицинском институте Киева. Это оказалось возможным благодаря усилиям А.А. Баранова, на тот момент заместителя министра здравоохранения. Одним из ведущих специалистов в области социальной педиатрии в России признан В.Ю. Альбицкий, который в 1988 г. возглавил впервые созданную в Горьковском медицинском институте кафедру медико-социальных проблем охраны здоровья матери и ребенка, а в 2004 году - отдел социальной педиатрии в Научном центре здоровья детей в Москве [11].

Третий этап развития социальной педиатрии происходит в постсоветской России. В этот период растет влияние общественных профессиональных сообществ на принятие государственных решений, в том числе и в сфере социальной политики.

Так исторически сложилось, что система детского здравоохранения в России имеет определенные отличия от большинства развитых стран. Существенным является сохранение в нашей стране педиатрической помощи в первичном звене здравоохранения вместо врача общей практики, как это принято в большинстве стран мира.

А.А. Баранов, обозначая приоритеты развития социальной педиатрии, определил ее стратегические и тактические направления, необходимость разработки протоколов профилактической деятельности для всех звеньев первичной медико-санитарной помощи, расширения сети детских центров здоровья и организации их деятельности как координаторов межсекторального сотрудничества, а также создания нового кадрового потенциала для этой работы - «социально ориентированных или социальных педиатров» [26, 31, 33,

34].

Конец XX и начало XXI века в России характеризовались глубокими политическими и социально-экономическими переменами во всех сферах жизни государства и общества. Дети относятся к той части населения, которая наиболее чувствительно реагирует на любые изменения в обществе, особенно такого радикального характера, как произошедшие в нашей стране в 90-е годы [18, 23, 166, 167]. Информация о состоянии здоровья детей играет особую роль в изучении здоровья населения [8, 30, 97]. Здоровье детского населения является составной частью общественного здоровья [168], так как, складываясь из совокупности признаков индивидуального здоровья и интегрируя социально-экономические черты общества, оно приобретает новые признаки и качества [19, 61, 95]. Уровень здоровья детей не только иллюстрирует многообразие воздействующих на человека природных, социально-экономических и медико-организационных проблем, но и косвенным образом отражает здоровье родителей [24, 42, 65, 96, 173, 182].

В современной медицинской литературе здоровье детей совершенно обоснованно рассматривается в качестве особой гуманитарной ценности, перспективного ресурса экономики и безопасности [37, 175, 178, 179, 202]. Социальная ответственность за состояние здоровья детей в большинстве современных обществ возлагается преимущественно на государство и родителей [44, 88]. Она подкрепляется особыми федеральными и региональными программами системы здравоохранения [16, 63, 87, 143]. Предусмотрен комплекс мер по решению приоритетных проблем здравоохранения, в том числе и системы охраны здоровья детского населения. Адекватно воздействуя на здоровье детей, общество тем самым закладывает основу для оптимального воспроизводства населения и состояние его здоровья в будущем [25, 120, 141, 174].

Решение приоритетных задач, стоящих перед педиатрической службой, наиболее целесообразно осуществлять в рамках региональных целевых программ [16, 28, 110], в связи с чем особую значимость приобретают исследо-

вания, направленные на анализ и изучение состояния здоровья детского населения на региональном уровне [62, 69, 83, 130,140], разработку мер по улучшению состояния здоровья детей, совершенствование организации и повышение качества медицинской помощи этой группе населения [101, 122, 123, 196], поиск и внедрение оптимальных организационных форм межведомственного взаимодействия [15, 17, 118, 170,181,184].

Значительное число исследований последних десятилетий посвящено изучению заболеваемости детского населения [176], социально-гигиенической характеристике здоровья и факторов, его определяющих [2, 10, 64, 66, 69, 187, 193], истории педиатрической службы, социальной педиатрии [52,53], медико-социальной работы [12, 26, 119, 132, 147, 179], совершенствованию медицинской помощи женщинам и детям в стране [63, 79, 81, 89, 108, 182].

В период происходящих масштабных социально-экономических изменений в обществе был реализован широкий комплекс мер, направленных на защиту, сохранение здоровья детей [46, 177], что позволило обеспечить максимально возможное, в рамках имевшихся ресурсов, сохранение базовых гарантий обеспечения жизнедеятельности и развития детей, сохранение доступа детей к системам здравоохранения, образования, социальной защите населения [54, 57, 60]. В то же время, предпринимаемые меры не смогли переломить сложившуюся негативную динамику показателей состояния здоровья детского населения страны [4, 16, 20, 35, 66, 72, 77].

Одной из наиболее тревожных характеристик современного российского общества продолжают оставаться безнадзорность и социальное сиротство [67, 56, 125]. Обострение этой проблемы в наши дни является следствием затянувшихся социально-экономических преобразований в стране, приведших к ослаблению общечеловеческих, морально-этических ценностей, изменению нравственных устоев семьи, увеличению числа семей, находящихся в трудном положении по социальным и психологическим критериям. Сохраняется острота проблемы состояния здоровья детей, воспитывающихся в домах ре-

бенка, поскольку число детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, продолжает увеличиваться [91, 111, 119, 131]. В последние годы на фоне снижения численности детского населения количество беспризорников достигло критического уровня. Кроме того, по-прежнему остается чрезвычайно высоким количество воспитанников домов ребенка, детских домов, домов и школ-интернатов. Численность детей сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, воспитывающихся в интернатных учреждениях различного типа, составила в 2007 г. 156 тыс. человек или 0,6% численности детского населения (0-17 лет), в сравнении с 1990 г. отмечается рост в два раза [56, 67, 71].

Антиобщественное поведение, низкий уровень образования, наличие вредных привычек у родителей, плохие материальные и жилищно-бытовые условия в «неблагополучных семьях» [109, 112], являются причиной задержки физического и психического развития детей, их «социальной запущенности». Дети, поступающие в детские дома и социально-реабилитационные центры, на 100% имеют задержку физического развития, девиантное поведение, заболевания нервной системы и органов чувств; 95% детей с дефектами осанки, 40% становятся инвалидами детства [84, 86, 112, 131]. Дети-сироты, с раннего детства воспитывающиеся в интернатных учреждениях, имеют задержку физического и нервно-психического развития и более высокий уровень заболеваемости по сравнению со своими сверстниками [82, 119]. Эти дети по состоянию здоровья относятся к контингентам высокого риска. Постоянное пребывание в закрытом коллективе определяет низкий уровень их адаптированности к условиям социальной среды [73].

Тревожная статистика заболеваемости детей и подростков приведена Барановым А.А. (1999) [17]. Из всего спектра учитываемых заболеваний и патологических состояний у детей в девяностые годы в наибольшей степени возросла частота заболеваний эндокринной системы, нарушений питания, обмена веществ и иммунитета (в 3,8 раза), нарушений с вовлечением иммунных механизмов (в 2,7 раза). Далее следуют болезни костно-мышечной сис-

темы и соединительной ткани (в 2,2 раза); анемии (в 2,2 раза); болезни системы кровообращения (в 2,1 раза); симптомы, признаки и неточно обозначенные состояния (в 2,05 раза).

Лонгитудинальное наблюдение Центра охраны здоровья детей и подростков при Госкомсанэпиднадзоре РФ за состоянием здоровья школьников за 30-летний период (1960-90-е годы) указывают на тенденцию к ухудшению здоровья учащихся: уменьшение числа здоровых и увеличение доли подростков, имеющих хронические заболевания [48]. За этот период распространенность хронических заболеваний среди школьников возросла более чем в десять раз [17, 38, 126, 139].

Хронические заболевания регистрируются в среднем у 40-45% старших школьников, а среди здоровых более четырех пятых составляют подростки с различными морфофункциональными отклонениями [64, 69]. При этом среди девушек эти показатели на 10-15% выше, чем среди юношей. Отмечаются также негативные сдвиги показателей физического развития: за последние 10 лет достоверно снизились средние значения массы тела (на 2,2-2,9 кг), окружности грудной клетки (на 4,7-7,0 см), в 2 раза увеличилось число школьников со сниженной массой тела [54, 64, 69]. По данным Баранова А.А. (1999; 2011) [18, 20, 23], нарушения осанки и сколиоз максимально проявляются уже в дошкольных учреждениях: число детей со сколиозом за время пребывания в детском саду увеличивается в 4,2 раза, а с нарушениями осанки – в 3,5 раза. Одновременно зрение ухудшается в 2,0 раза; слух – в 1,4 раза и речь – в 1,1 раза. За время пребывания в школе продолжает увеличиваться число детей со сколиозом (в 3,5 раза), с дефектами зрения (в 3,0 раза) и слуха (в 1,7 раза). С переходом из класса в класс здоровье школьников ухудшается. Так, к 8-му классу в 5 раз возрастает частота нарушений органа зрения, в 3-4 раза – патологии органов пищеварения и мочевыделительных путей, в 2-3 раза – нарушений осанки, в 1,5-2 раза – нервно-психических расстройств и функциональных отклонений со стороны сердечно-сосудистой системы. Ухудшение здоровья школьников особенно существенно в 4-5 классах, что

объясняется началом нового этапа обучения и значительным увеличением учебной нагрузки, приходящейся на самый ранимый возраст – период полового созревания. За время обучения в школе число здоровых детей уменьшается в 4–5 раз; к окончанию школы у 40% учащихся выявляются те или иные хронические заболевания, у 36% – морфофункциональные отклонения. Вследствие этого те или иные ограничения в выборе профессии по состоянию здоровья имеют до 45% учащихся; столь же велик процент допризывников, не годных к службе в армии [75, 83, 146].

Весьма актуальна сегодня медико-социальная проблема инвалидизации детей и подростков. Инвалидность наряду с показателями заболеваемости, физического развития, медико-демографическими критериями является важным индикатором состояния здоровья населения [72, 74, 105]. Инвалидность является одной из основных характеристик общественного здоровья и социального благополучия страны [57, 73, 100, 207]. Показатель инвалидизации детей, наряду с младенческой и материнской смертностью, составляют совокупный показатель репродуктивных потерь, характеризующих социально-экономическое развитие общества [203, 205], экологическое состояние территории, уровень образования и культуры населения, а также качество проведения профилактических мероприятий по охране материнства и детства, доступность и качество медицинской помощи. Инвалидность в детском возрасте является интегрированным показателем, характеризующим вместе с младенческой и детской смертностью, состояние здоровья детского населения [118, 129, 136]. В большинстве работ, посвященных изучению структуры причин инвалидности с детства, ведущей выделяется психоневрологическая патология [107, 130, 137, 142]. По данным Юрьева В.К. (1993) [174], в структуре детской инвалидности психоневрологические заболевания составляют более 60%; болезни внутренних органов – до 20%; болезни опорно-двигательного аппарата – до 10%; зрения – 13%; слуха – 4%. В США, например, наиболее частыми причинами инвалидности являются нервно-психические заболевания (ЗПР, эпилепсия, ДЦП и др.) – 7,3 на 1000 детей,

бронхиальная астма – 6,0, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – 4,3 [138, 181, 198, 207].

Особенно высокий уровень инвалидизации (13,6 на 1000) определяется среди детей школьного возраста [6]. На этот возрастной период приходится 73,5% детской инвалидности. Уровень инвалидизации среди детей дошкольного возраста составляет 6,2, детей первых 3-х лет жизни – 5,4 на 1000. Особенностью структуры болезней, определяющих инвалидность в зависимости от пола ребенка, является то, что среди девочек достоверно выше удельный вес болезней мочеполовой системы, а среди мальчиков в 2 раза выше удельный вес болезней органов дыхания [6, 77, 80]. Среди заболеваний, обусловивших возникновение инвалидности, на первом месте стоят болезни нервной системы и органов чувств (почти половина из них – детский церебральный паралич); на втором – психические расстройства (более 70% из них – умственная отсталость); на третьем – врожденные аномалии, на четвертом – болезни органов дыхания (в основном бронхиальная астма) [17, 31].

Отмечен значительный рост уровня инвалидизации к подростковому возрасту и особенно значительное увеличение числа детей-инвалидов за период 1990-1993 г.г., когда возник социально-экономический кризис.

Структура ограничений жизнедеятельности инвалидов, по данным Зелинской Д.И. [68], характеризуется снижением способностей к приобретению знаний и запоминанию (15,9% и 3,5%); восприятию и адекватному интерпретированию внешних событий (9,2% и 4,1%); способности видеть и слышать (7,7% и 5,2%); преодолевать препятствия (7,2%); владеть телом, действовать руками и перемещаться (3,9%; 3,85%; 3,5%); ограничением возможностей самообслуживания (8,7%).

При этом наряду с детьми, имеющими статус инвалида, в обществе есть значительные группы детей, которые соответствуют этому статусу: у них выраженные нарушения на уровне органа, ограничение жизнедеятельности и социальная недостаточность, но, в силу тех или иных причин, этого статуса не имеют. Так называемые, «дезабилные дети» – с физическими, со-

циальными или ситуационно-функциональными ограничениями жизнедеятельности, свойственной их возрасту, в популяции составляют 440,0 на 1000 [78, 83, 110, 206, 208]. И все эти дети нуждаются в реабилитационных мероприятиях, медико-социальной помощи и особой заботе общества по интеграции их в жизнь этого общества [21, 43, 188, 201].

В крупных промышленных центрах России отрицательные тенденции в состоянии здоровья детей носят более выраженный характер [48, 169]. Комплексные медицинские осмотры школьников показали, что частота хронических заболеваний и морфофункциональных отклонений составляет 2280,4 случая на 1000 осмотренных [163, 180]. Сходные результаты отмечены в ряде других городов [28, 66, 70]. Реальная патологическая пораженность оказывается во много раз выше, чем показатели заболеваемости по обращаемости. Проведенное авторами обследование 10000 школьников Москвы показало, что общая пораженность составила 2335,2‰ против 442,3‰ по данным обращаемости, пораженность болезнями системы кровообращения – 430,8‰ против 10,8‰, болезнями органов пищеварения – 314,0‰ против 39,9‰, опорно-двигательного аппарата – 325,0‰ против 63,6‰ и т.д. [66].

Показатели детской смертности характеризуют как состояние здоровья детского населения, так и уровень социально-экономического развития общества [35, 189, 194]. Проведенные в последние годы в Российской Федерации многочисленные научные исследования показывают, что в структуре смертности детей в возрасте 1-17 лет первое ранговое место занимает класс «травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин» [17, 18]. Авторы указывают, что к смертности от вышеуказанных причин приводят социальные, поведенческие и психологические факторы. При анализе причин детской и подростковой смертности исследователи выделяют особую группу немедицинских факторов, среди которых жестокое обращение, оставление в опасности и риск суицидального поведения [39, 42, 49, 183, 197].

Показатели смертности подростков России снижаются в течение по-

следнего десятилетия, однако все еще остаются самыми высокими среди экономически развитых стран [50]. Более 70% случаев смерти подростков вызвано травмами, отравлениями и другими внешними повреждениями, на фоне которых все остальные причины смертности выглядят как малозначимые [23]. По данным официальной статистики (2012 г.) основными внешними причинами смертности подростков являются самоубийства (24,3%); дорожно-транспортные происшествия (23,9%) и случайные отравления (9,4%). Уровень суицидов среди российских подростков остается самым высоким в Европе [132]. Значительную долю в структуре смертности российских подростков от внешних причин занимают повреждения с неопределенными намерениями или повреждения без уточнений. По мнению исследователей, этим может маскироваться значительная часть смертности от таких социально обусловленных и социально значимых причин, как убийства и отравления психоактивными веществами (ПАВ) [21,144].

Младенческая смертность (МС) является одним из главных показателей состояния системы здравоохранения. В течение постсоветского периода произошло значительное снижение уровня МС - с 17,4 на 1000 родившихся живыми в 1990 году до 6,5 в 2015 году [35]. По данным исследователей, этот процесс отчетливо коррелировал с социально-экономической ситуацией в стране [27, 29, 38, 148]. В кризисные годы (после распада СССР и дефолта 1998 года) отмечались кратковременные подъемы МС - в 1993 и в 1999 годах. Последний пик повышения уровня МС к 2012 году до 8,6 на 1000 родившихся связан с переходом на новые критерии регистрации живорождения. Еще одним косвенным подтверждением влияния социальных факторов на уровень младенческой смертности является сохранение разницы между этими показателями в селе и городе, которая в 2012 году составила 24,7%. Кроме того, исследователи данного вопроса подчеркивают, что показатели смертности у детей в возрасте до 1 года в Российской Федерации имеют выраженные региональные особенности. Так, в 2012 году уровень данного показателя колебался от 4,1 на 1000 родившихся живыми в Тамбовской области

до 21,2 в Чукотском автономном округе, что в большей степени связано не с медицинскими, а с социальными, экономическими и географическими причинами [35, 102].

В целом, несмотря на значительное снижение показателей младенческой, детской и подростковой смертности, они пока еще превышают таковые в экономически развитых странах [60]. В научных исследованиях показано, что в значительной степени разрыв между показателями состояния здоровья детей в развитых странах [194, 195, 204] и Российской Федерации обусловлен действием социально-экономических факторов и поведенческими факторами риска [45, 48, 111].

Как утверждает большинство ученых, на формирование здоровья ребенка влияют медико-социальные, биологические, экологические и организационно-медицинские факторы [4, 20, 64, 191, 192, 200], причем социально-гигиенические факторы (стереотип питания, физическая нагрузка, производственная среда, вредные привычки и др. являются ведущими [2, 3, 7, 31, 86, 189]. Чем старше ребенок, тем доля влияния медико-социальных факторов на его здоровье выше [48, 54, 66, 77, 186].

Особенно это относится к детям первых лет жизни, когда рост и развитие ребенка являются главными слагаемыми здоровья [10, 57, 181]. Н.Г. Веселов выделяет социально-биологические (доношенность, возраст матери) и социально-гигиенические факторы (вскармливание, уровень образования матери, жилищные условия и др.), обуславливающие частую заболеваемость в раннем детстве [43]. Их воздействие определяет формирование и развитие организма плода и ребенка на всех этапах онтогенеза – от зачатия до перехода в подростковый период [54, 58, 69, 77, 86].

Характеризуя состояние здоровья детей раннего возраста, необходимо учитывать так называемые периоды развития, реализующиеся до конца третьего года жизни, а также биологические, психофизиологические и социальные особенности, влияющие на развитие ребенка и его здоровье. Это антенатальный период, ранний неонатальный и последующий постнатальные

периоды, на протяжении которых необходимо знать и обращать особое внимание на уровень морфофункционального развития и созревания ребенка 1, 2 и 3-го года жизни [103, 115, 172]. Выявлена зависимость уровня резистентности детей первых трех лет жизни от таких факторов, как наследственная отягощенность хроническими бронхолегочными, аллергическими, инфекционно-аллергическими заболеваниями, патологическое течение ante- и раннего неонатального периода, ранний перевод на искусственное вскармливание [7, 10, 18, 200]. Авторами установлено, что факторы риска биологического характера больше влияют на развитие детей второго года жизни, а социальные доминируют на третьем году жизни [117, 128, 132]. Наиболее угрожаемой по отставанию в нервно-психическом развитии является группа детей, имеющих социально-биологические комплексы предрасполагающих вредностей [4, 40, 59, 68, 153]. Установлена связь особенностей онтогенеза, степени резистентности и уровня психического развития. В целом ряде работ показано влияние жилищных условий, состава семьи, структуры питания, производственных вредностей и вредных привычек родителей, занятий спортом, учебной нагрузки, организации отдыха и других медико-социальных факторов на физическое развитие и заболеваемость детей [2, 10, 18, 39, 52, 63, 66, 69, 104, 185].

Анализ литературы показывает, что особенности состояния здоровья детей и подростков, относящихся к различным уязвимым группам детского населения, остаются в фокусе российских и зарубежных исследований [5, 47, 52, 187, 193, 195, 207]. Изучались такие неблагоприятные последствия нахождения ребенка в институциональных учреждениях, как выраженное отставание в нервно-психическом развитии, высокое распространение алиментарно-зависимых заболеваний, превышение показателей смертности в сравнении со средними показателями по стране [4, 56, 68, 73, 82]. Проводились исследования по неблагоприятному влиянию на здоровье детей социально неблагополучной семьи (семьи с проблемами алкоголизма, наркотизации, бывших заключенных, лиц без определенного места жительства и др.) [9, 14, 190, 199], оценивалось состояние здоровья детей из семей, испытывающих фи-

нансовые затруднения, проблемы злоупотребления ПАВ, воспитывающихся одним родителем, несовершеннолетней матерью, проживающих в сельской местности и др. [84, 103, 112, 115, 146, 151]. Было показано, что перечисленные социальные факторы прямо или косвенно негативно воздействуют на здоровье и качество жизни ребенка, а в некоторых случаях могут представлять непосредственную угрозу самому его существованию [56, 98, 99].

Кроме того, с распространением новых социальных явлений – например, массовой миграции населения - появились научные исследования, посвященные здоровью детей из семей-мигрантов [10, 199].

Важной проблемой является латентность некоторых видов жестокого или ненадлежащего обращения с детьми, связанная, в том числе, с отсутствием навыка выявления таких ситуаций [103, 106, 111, 135, 162, 183, 197].

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) трактует понятие «жестокое обращение» гораздо шире и включает не только физическое насилие, но и все «формы эмоционального жестокого обращения, сексуального насилия, пренебрежения, невнимания и эксплуатации в коммерческих или иных целях, что приводит к нанесению реального или потенциального вреда здоровью, выживаемости, развитию или достоинству ребенка в контексте взаимосвязи ответственности, доверия или власти».

Как показало исследование распространенности неблагоприятных событий детства в Российской Федерации, распространенность жестокого обращения с детьми высока: сексуальное насилие 5,7%, физическое насилие 14%, эмоциональное насилие 37,9% и эмоциональное пренебрежение 57,9%. Были свидетелями жестокого обращения с матерью 11,1% из числа опрошенных [52, 127, 134, 135]. Кроме того, результаты исследования показывают, что вероятность поведенческих паттернов, наносящих вред здоровью (курение, употребление алкоголя и наркотиков, промискуитет, суицидальные наклонности) возрастает с увеличением числа ненадлежащего обращения в периоде детства [21, 68, 98]. Результаты исследований жестокого обращения с детьми в глобальном масштабе, которые приводит ВОЗ (2014), также сви-

детельствуют, что это явление представляет серьезную угрозу здоровью и жизни детей. Так, примерно 25% взрослых сообщают о том, что в детстве они подвергались физическому насилию; одна из 5 женщин и 1 из 13 мужчин сообщают о том, что в детстве они подвергались актам сексуального надругательства. Особо подчеркивается, что последствия жестокого обращения с детьми включают пожизненные нарушения физического и психического здоровья [106, 115, 110]. К таким последствиям причисляют: совершение насилия или становление жертвой насилия, депрессию, курение, ожирение, сексуальное поведение высокого риска, незапланированную беременность, употребление алкоголя и наркотиков [116, 133, 134]. Уточняется, что «значительная доля случаев смерти в результате жестокого обращения с детьми неправильно приписывается к падениям, ожогам, утоплениям и другим причинам», так что реальные показатели значительно выше [127, 149, 170].

Согласно отечественным авторам, недостаточный учет социальных детерминант здоровья ребенка в практике врача-педиатра участкового приводит к сохранению высоких показателей смертности от внешних причин [154], распространенности употребления психоактивных веществ и девиантного поведения, психосоматическим заболеваниям и другим нарушениям здоровья [41, 84, 102, 104].

Факторы, формирующие здоровье детей, по мнению Л.А. Ждановой разделяются на здоровьезатратные и здоровьесберегающие, а они в свою очередь - на управляемые в индивидуальном порядке (семейные и школьные), управляемые в масштабах макросоциума (экология и здравоохранение) и малоуправляемые (наследственные). Семейные и школьные факторы являются наиболее управляемыми при оптимальной организации комплексного мультидисциплинарного сопровождения [62].

Рядом авторов предпринимались попытки классифицировать степень предотвратимости утраты жизни или здоровья. Традиционно по уровню предотвратимости потерь здоровья выделяется: первичная профилактика — система мер предупреждения возникновения и воздействия факторов риска раз-

вития заболеваний (вакцинация, образ и условия жизни, рациональное питание, экологические аспекты и т.д.); вторичная профилактика — комплекс мероприятий, направленных на устранение выраженных факторов риска, которые при определенных условиях могут привести к возникновению, обострению и рецидиву заболевания; третичная профилактика - комплекс мероприятий, по реабилитации больных, утративших возможность полноценной жизнедеятельности [5, 7, 28, 29, 31, 78, 79].

Существует подход, определяющий возможность предотвратить заболевания и утрату жизни: 1) возможность реализации профилактических мероприятий только силами системы здравоохранения; 2) возможность реализации профилактических мероприятий учреждениями здравоохранения с привлечением других ведомств и общественных организаций; 3) возможность реализации профилактических мероприятий учреждениями здравоохранения при условии изменения государственной политики в области охраны здоровья [29, 31, 50, 85, 154]. Однако такая классификация носит условный характер. В большинстве случаев можно говорить о приоритете того или иного уровня предотвратимости развития заболевания, но при этом влияние других факторов на сохранение здоровья также имеет значение [140, 155].

Для достижения максимально возможного здоровья ВОЗ одной из главных целей ставит преодоление неравенства или несправедливости в его отношении. По определению ВОЗ, «несправедливость в отношении здоровья - это предотвратимые неравенства в состоянии здоровья между группами населения внутри стран и между странами. Такая несправедливость возникает в результате неравенств внутри стран и между сообществами. Социальные и экономические условия и их воздействие на жизнь людей определяют риск развития у людей болезней и действия, направленные на предотвращение развития у них болезней или их лечение в случае заболевания».

В работах ученых разных стран были продемонстрированы примеры неравенства в отношении здоровья детского населения: показатель младен-

ческой смертности составляет 2 на 1000 случаев рождения живых детей в развитых странах и более 120 на 1000 случаев рождения живых детей в других [189, 191, 193]; риск материнской смертности составляет 1 из 17 400 в Швеции и 1 из 8 в Афганистане; в Боливии смертность детей грудного возраста, рожденных женщинами без образования, превышает 100 на 1000 случаев рождения живых детей, в то время как показатель смертности детей грудного возраста, рожденных матерями, имеющими, по крайней мере, среднее образование, меньше 40 случаев на 1000; ожидаемая продолжительность жизни среди аборигенов Австралии значительно ниже (54,4 года для мужчин и 64,8 года для женщин), чем у некоренных австралийцев (76,6 и 82,0, соответственно) [183, 185].

В 2008 г. на примере Глазго было продемонстрировано, что средняя ожидаемая продолжительность жизни мальчика из бедного района города (Калтон) равна 54 годам, в то время как мальчик из богатого Лэнзи, расположенного на расстоянии 12 км, может прожить до 82 лет. В 2010 году исследование было продолжено с целью получить ответ на вопрос: «одинаковы ли показатели здоровья в разных неблагополучных городах Соединенного Королевства?». Оказалось, что жители таких социально-неблагополучных районов Глазго, как Калтон, имеют меньшую ожидаемую продолжительность жизни и худшее состояние здоровья, чем жители таких же бедных районов в других городах Великобритании (Манчестер, Ливерпуль, Бирмингем и др.). Так, ожидаемая продолжительность жизни при рождении 71,6 года для мужчин, что почти на семь лет меньше среднего показателя по стране (78,2 года) и 78 лет для женщин – на четыре года меньше средней по стране (82,3) авторы дали название такому феномену "эффект Глазго" - и призвали к проведению дальнейших исследований с целью выяснения причин обозначенных различий.

Краткий анализ системы охраны здоровья в стране представлен в разделе IV «Здравоохранение, дружественное к детям, и здоровый образ жизни» Указа Президента РФ от 1 июня 2012 года N 761 «О Национальной стратегии

действий в интересах детей на 2012-2017 годы» [147]. В этом документе, кроме всего прочего, акцентируется внимание на социально детерминированных проблемах: «по распространенности суицидов среди подростков Россия занимает одно из ведущих мест в мире, уровень смертности детей значительно выше, чем в других европейских странах. Особого внимания требуют проблемы подросткового алкоголизма, включая «пивной алкоголизм», наркомании и токсикомании, немедицинского потребления наркотических средств, психотропных и других токсических веществ детьми, особенно школьного возраста».

Государство заинтересовано в формировании и поддержании здоровья каждого ребенка с учетом его среды обитания и обеспечения его оптимальной социализации [29, 33, 46, 57]. Для реализации поставленных Указом задач необходима разработка и внедрение эффективных современных технологий медико-социального сопровождения детей и подростков [1, 5, 49, 92]. К большому сожалению, в повседневной практике, непосредственное участие педиатрической службы в решении социальных вопросов возникает чаще всего в случаях явной угрозы жизни и здоровью ребенка. Ранняя диагностика неблагоприятного социума, медицинское сопровождение социальной адаптации ребенка не проводится, или проводится в крайне ограниченном объеме [14, 47, 102, 114]. Вместе с тем, по данным ряда исследователей, в последние годы доля детей, которых изначально можно и нужно относить к категориям социального риска, возрастает и составляет 10-25% от всей популяции [13, 116, 115].

Организация медико-социальной помощи в первую очередь направлена на защиту детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации [21, 36, 55, 56, 150]. В соответствии с 1 статьей Федерального закона от 24.07.1998 года № 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» к данной категории относятся дети: оставшиеся без попечения родителей; инвалиды; имеющие недостатки в психическом и (или) физическом развитии; жертвы вооруженных и межнациональных конфликтов, экологических и тех-

ногенных катастроф, стихийных бедствий; из семей беженцев и вынужденных переселенцев; оказавшиеся в экстремальных условиях; жертвы насилия; отбывающие наказание в виде лишения свободы в воспитательных колониях; находящиеся в специальных учебно-воспитательных учреждениях; проживающие в малоимущих семьях; с отклонениями в поведении; дети, жизнедеятельность которых объективно нарушена в результате сложившихся обстоятельств самостоятельно или с помощью семьи [152].

Функция организации и проведения медико-социальной помощи возложена на сотрудников детских поликлиник, преимущественно на участковых врачей педиатров. Незначительная эффективность деятельности участковой педиатрической службы в этом направлении обусловлена рядом причин [155], одна из которых – значительное увеличение за последние 15-20 лет нормативных требований к объемам деятельности врача педиатра участкового по лечебно-диагностическим и медико-профилактическим направлениям, в том числе за счет реализации Федеральных национальных программ [41, 47]. Наиболее значимыми из них можно считать жесткую медико-экономическую регламентацию диспансерного наблюдения детей первого года жизни, углубленную диспансеризацию 14-ти летних [165], дополнительную иммунизацию детского населения и ряд других требований [123, 157]. Перевод в конце прошлого века подростков под наблюдение врача педиатра детских поликлиник также способствовал увеличению объемов и направлений деятельности, носящей медико-социальный характер [54, 57, 164].

Работа с Военными Комиссариатами [75, 83], с подростками, склонными к правонарушениям, профессиональное консультирование и многое другое занимает существенный удельный вес в хронометраже деятельности врача педиатра [64, 113, 121, 118]. Такое увеличение трудозатрат проводилось и проводится на фоне общих негативных тенденций в состоянии здоровья детского населения [120], неизменных штатно-кадровых нормативов педиатрической службы, серьезного дефицита врачебных кадров. Увеличение объемов лечебно-профилактической работы не способствует повышению качества

оказываемых детскому населению медицинских услуг. Кроме этого, отрицательным фактором можно считать отсутствие у врачей каких-либо навыков социальной и медико-социальной работы, что обусловлено существующей системой высшего профессионального и последипломного образования, не включающего в себя подготовку по этим вопросам [121, 124, 129].

Целью медико-социальной помощи (МСП) детскому населению является достижение максимально возможного уровня здоровья, функционирования и адаптации детей с физической и психической патологией, а также неблагополучных в социальном плане. Она представляет комплексный подход, который включает в себя медицинскую составляющую и помощь в решении социальных (в широком смысле слова) проблем пациента [22, 34, 116]. Социально-уязвимая часть населения в подавляющем большинстве испытывает медико-социальные проблемы, требующие комплексного подхода в их решении [145, 149].

МСП должна оказываться в самых разных учреждениях различного подчинения: здравоохранения, социальной защиты, образования (детские поликлиники, дома ребенка, интернаты, школы, центры психолого-медико-социального сопровождения, приюты, реабилитационные центры, хосписы и др.) [77, 133, 145]. Комплексные мероприятия медицинского, социального, психологического и правового характера должны проводиться при оказании различных видов медицинской помощи, включая паллиативную и реабилитационную [158, 159, 161]. Однако в научных исследованиях говорится о лимитированном применении медико-социальных технологий в охране здоровья детского населения [156]. Приходится говорить об отсутствии сформированной системы медико-социальной помощи детям и подросткам по всей стране [7, 13, 21].

В Указе Президента РФ от 1 июня 2012 года N 761 «О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012 - 2017 годы» [147] (далее - Стратегия) сформулированы задачи, стоящие перед системой здравоохранения по вопросам оказания медико-социальной и профилактической помощи в

области материнства и детства, среди них: развитие технологий комплексной диагностики и ранней медико-социальной помощи детям с отклонениями в развитии и здоровье, а также оказание необходимой помощи их семьям; развитие подростковой медицины, создание молодежных консультаций, центров охраны репродуктивного здоровья подростков, центров медико-социальной помощи подросткам; поддержка успешно реализуемых в регионах проектов создания клиник, дружественных к детям и молодежи [50, 76]; стимулирование потребности детей и подростков в здоровом образе жизни; разработка системы мер по предотвращению подросткового суицида, включая подготовку психологов в системе здравоохранения для работы с детьми и подростками с суицидальными наклонностями. Решение поставленных задач возможно только при комплексном подходе и оказании медико-социальной помощи с привлечением специалистов медицинского, педагогического профиля и социальных работников [21, 22].

Одна из важных задач - воспитывать у подрастающего поколения ответственного отношения к своему здоровью и потребности в здоровом образе жизни, формирование в детской и семейной среде системы мотивации к активному и здоровому образу жизни, занятиям физической культурой и спортом, развитие культуры здорового питания [31, 32], проведение профилактики наркотической и алкогольной зависимости, табакокурения и других вредных привычек [48, 60].

Важно обеспечить своевременное оказание психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи обучающимся, испытывающим трудности в освоении основных общеобразовательных программ, развитии и социальной адаптации, в том числе разработку эффективных моделей деятельности педагогов-психологов, учителей-логопедов, учителей-дефектологов, социальных педагогов, специалистов психолого-медико-педагогических комиссий. Требуется совершенствование системы межведомственного взаимодействия между образовательными организациями, медицинскими организациями и иными субъектами профилактики правонарушений несовершеннолет-

ними [24, 28, 66, 156].

Разумеется, основным звеном системы охраны детства являются детские поликлиники [89]. Сохранение в системе здравоохранения уникальной организационной формы «детская поликлиника» с ключевой фигурой участкового врача-педиатра позволяет обеспечить мониторинг здоровья [90, 93, 102] и его детерминант, проводить широкомасштабные профилактические осмотры (до 95% детского населения всесторонне охватить прививками (до 98% детского населения) [62]. Понимание важности своевременного выявления детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, и оказание им медико-социальной помощи, привело к появлению в нормативных правовых документах нового структурного подразделения детской поликлиники - отделения медико-социальной помощи [140, 145, 149].

Впервые такое отделение в структуру АПУ введено приказом МЗ РФ от 5 мая 1999 года № 154, впоследствии право на существование таких отделений было подкреплено приказами МЗ и СР РФ от 23 января 2007 года. № 56 «Об утверждении примерного Порядка организации деятельности и структуры детской поликлиники» и от 16 апреля 2012 года № 366н «Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи». Отделение создавалось для выявления факторов индивидуального и семейного медико-социального риска, осуществления медико-психологической помощи, гигиенического воспитания, оказания правовой помощи.

В середине 2000-х годов в нескольких регионах РФ под эгидой ЮНИСЕФ были созданы «клиники дружественные к молодежи» (КДМ). Их деятельность сконцентрирована главным образом на проблемах репродуктивного здоровья подрастающего поколения, так как потребности подростков, находящихся в трудной жизненной ситуации, практически не берутся во внимание [76].

Таким образом, в ходе своей повседневной работы педиатры сталкиваются с решением тех или иных социальных проблем, связанных со здоровьем ребенка, как на индивидуальном, так и на групповом уровнях. Несомненно,

значительную часть работы по минимизации влияния на здоровье детей социальных детерминант, выполняют участковые врачи-педиатры [77, 102, 117].

Обзор литературы по проблеме исследования позволил констатировать значительное влияние социальных факторов на здоровье детского населения как в Российской Федерации, так и в планетарном масштабе, а также установить, что социальная педиатрия существует в первую очередь как область научного исследования. Сферы практического применения подходов социальной педиатрии требуют дальнейшего развития. Медицинское сопровождение детского населения с учетом психосоциальных факторов признается необходимым элементом современных систем здравоохранения в развитых странах мира. Однако, несмотря на признание медицинским сообществом важности социально-психологических детерминант здоровья, внедрение в практическую деятельность подходов, обеспечивающих охрану жизни и здоровья детей с учетом воздействия таких факторов остается актуальной задачей, как в РФ, так и за рубежом.

## ГЛАВА 2

### ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Настоящее исследование было выполнено в период с 2008 по 2016 год в г. Санкт-Петербурге, оценка эффективности внедренной модели медико-социальной помощи в районе исследования проводилась в 2017-18 годах. Предметом настоящего исследования стала система медико-социальной помощи детскому населению в условиях детской поликлиники.

Базой исследования послужили государственные детские амбулаторно-поликлинические учреждения одного из административных районов Санкт-Петербурга, который является типичным районом крупного мегаполиса. Основным объектом исследования явились дети 0-17 лет включительно, в том числе различных групп социального риска, наблюдаемые районными амбулаторно-поликлиническими учреждениями.

Санкт-Петербург является важным экономическим, научным и культурным центром России, административным центром Северо-Западного федерального округа, городом федерального значения России.

Город протянулся с северо-западного направления на юго-восток на 90 км. Санкт-Петербург разделен на 18 административных районов. Плотность населения в Санкт-Петербурге 3 775,3 человек на 1 кв. км.

Санкт-Петербург - второй по численности и плотности населения город России. Общая численность населения города по данным Федеральной службы государственной статистики Российской Федерации на 01.01.2016 года составила порядка 5 346,5 тыс. человек [125]. По сравнению с другими городами РФ в Санкт-Петербурге велика доля пожилых людей в общей численности населения и средний возраст жителей составляет 41,3 год

Современная демографическая ситуация в Санкт-Петербурге определяется социально-экономическими процессами в целом в стране и в городе в последние десятилетия. Исторически рост населения города всегда обеспечи-

вала миграция, а рождаемость всегда была ниже, чем в стране в целом. Серьезное снижение рождаемости и рост смертности в конце 80-х годов привели к ежегодной убыли населения в период с 1990 года до 2008 года. В 1999 г. население составляло 4 695,4 тыс. человек. Однако в настоящее время демографическое развитие Санкт-Петербурга характеризуется благоприятным процессом воспроизводства населения. Начиная с 2003 года численность населения Санкт-Петербурга начала увеличиваться за счет превышения миграционного прироста над естественной убылью населения, а с 2012 года, в Санкт-Петербурге отмечается естественный прирост населения.

Численность постоянного населения в 2007 году составляла 4 747,5 тысяч человек и увеличилась к началу 2016 года до 5 225,7 тысяч человек. (Таблица 2.1). Абсолютный прирост населения за десять лет (2007-2016гг.) составил 478,2 тыс. человек, т.е. 10,1 %. Второй раз в истории Санкт-Петербурга 22.09.2012 года родился пятимиллионный житель.

Таблица 2.1

Показатели демографии Санкт-Петербурга в динамике за 10 лет (тыс. чел.).

Показатели/ года	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Численность населения	4747,5	4764,9	4798,7	4832,8	4899,3	4953,2	5028,0	5131,9	5191,7	5225,7
Число родившихся	43,3	47,4	52,1	55,6	57,0	62,7	64,2	67,2	70,7	72,8
Число умерших	67,5	66,7	64,9	65,4	61,7	62,0	60,3	60,2	62,0	61,5
Естественная убыль (прирост) населения	-24,2	-19,3	-12,8	-9,8	-4,7	+0,7	+3,9	+7,0	+8,7	+11,2

Численность постоянного детского населения на 01.01.2016 года в Санкт-Петербурге - 904178 детей и подростков в возрасте до 18 лет. Доля детей в общей численности населения составляет 14,6 %, подростков – 2,7 % (табл.2.2).

Таблица 2.2

## Возрастной состава населения Санкт-Петербурга в 2016 году

Показатели	2016 г.
Общее число жителей (на 1 января)	5225700
Дети от 0 - 14 лет	764278
Подростки от 15 - 17 лет	139900
Женщины фертильный возраст	1323100
% детей 0-14 к общему числу жителей	14,6%
% подростков 15-17 лет к общему числу жителей	2,7%
% женщин фертильного возраста к общему числу жителей	25,5%

Динамика и распределение детского населения по районам Санкт-Петербурга представлены в таблице 2.3.

Таблица 2.3

## Детское население Санкт-Петербурга по районам

Район	Дети 0-17 лет 2010 год	Дети 0-17 лет 2016 год	Прирост в абсолютных цифрах	Прирост в %
Адмиралтейский	23988	23291	-697	-
Василеостровский	27847	31898	4051	14,5
Выборгский	62994	84660	21666	34,3
Калининский	64533	86229	21696	33,6
Кировский	46615	56149	9534	20,5
Красногвардейский	48700	59787	11087	22,8
Красносельский	47359	78511	31152	65,7
Московский	40462	54583	14121	34,9
Невский	72057	88016	15959	22,1
Петроградский	15212	19172	3960	26,0
Приморский	67775	109595	41820	61,7
Фрунзенский	62453	69172	6719	10,8
Колпинский	27973	35122	7149	25,6
Петродворцовый	17650	22056	4406	25,0
Пушкинский	22896	35814	12919	56,4
Центральный	31624	29705	-1919	-
Кронштадт	7399	7978	579	7,8
Курортный	12132	12440	308	2,5
<b>Санкт-Петербург</b>	<b>705910</b>	<b>904178</b>	<b>198268</b>	<b>28,0</b>

На фоне общего увеличения количества детского населения, отмечается уменьшение числа детей в районе исследования, также, как и в другом

районе центральной части города (Адмиралтейском). Это может быть обусловлено изменением структуры жилого фонда центральной части города: сокращение количества коммунальных квартир, увеличение количества офисов и элитного жилья. Следствие этого - значительное снижение численности проживающего на территории района и обслуживаемого амбулаторно-поликлиническими учреждениями населения, в том числе детского.

С 2016 года показатель рождаемости в Санкт-Петербурге превышает аналогичный общероссийский показатель. По данным Росстата за 2016 год коэффициент рождаемости в городе составил 13,9 (показатель по Российской Федерации – 12,9). При этом доля первых рождений в последние годы сокращалась, а доли вторых, третьих и последующих рождений росли. Только за 2015 год в Санкт-Петербурге количество семей с тремя и более детьми увеличилось на 4557 и на 01.01.2016 года составило 28 281 многодетных семей, в которых воспитывались 86 078 детей.

Общий коэффициент смертности в Санкт-Петербурге с 2011 года был устойчиво ниже чем в РФ и имел четкую тенденцию к снижению и в 2016 году составил 11,7 (РФ – 12,9) на 1000.

Таким образом, развитие демографической ситуации в Санкт-Петербурге идет в русле общероссийских тенденций, увеличение рождаемости, дальнейшее снижение смертности, выраженная тенденция естественного прироста населения. Можно отметить особенность района исследования – уменьшение числа детского населения.

В Санкт-Петербурге реализуется Государственная программа Санкт-Петербурга «Развитие здравоохранения в Санкт-Петербурге на 2015-2020 годы» (постановление Правительства Санкт-Петербурга от 30.06.2014 №553), План мероприятий по реализации Стратегии действий в интересах детей в Санкт-Петербурге на 2012-2017 годы и Концепции семейной политики в Санкт-Петербурге на 2012-2022 годы. Медицинская помощь детскому населению оказывается в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Санкт-

Петербурге.

В системе здравоохранения Санкт-Петербурга на 01.01.2016 года действуют 459 медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Санкт-Петербурге, из них 280 являются государственными учреждениями, 29 федеральными и ведомственными государственными учреждениями и 150 негосударственными медицинскими организациями. В структуре городских поликлиник, подведомственных 18 администрациям районов Санкт-Петербурга, функционируют 74 детских амбулаторно-поликлинических учреждения (АПУ), из которых 18 являются детскими городскими поликлиниками, и 56 детскими поликлиническими отделениями.

Стационарная помощь детскому населению Санкт-Петербурга оказывается в 16 городских и 8 федеральных учреждениях здравоохранения. Городской коечный фонд включает: 7 многопрофильных детских городских больниц, 1 детскую инфекционную больницу, 1 хоспис, 1 центр медико-социальной реабилитации. Для оказания специализированной помощи детям развернуто 2607 коек различного профиля, при этом для лечения в круглосуточном стационаре работает 78,0 коек на 10 000 детей.

Для детей с соматической патологией функционируют 25 отделений восстановительного лечения и 9 кабинетов абилитации в структуре амбулаторно-поликлинических учреждений. Для санаторно-курортного лечения детей Санкт-Петербурга в 2016 году развернуто 2672 коек в 16 детских санаториях, подведомственных Комитету по здравоохранению и администрациям районов Санкт-Петербурга.

Обеспеченность врачебными кадрами детских амбулаторно-поликлинических учреждений составляет 29,7 на 10000 детского населения, педиатрами – 20,9 на 10000. В детских АПУ работает 1859 врача-педиатра, в том числе 788 – участковых педиатров, 1263 – врача-специалиста. В среднем на одного педиатра приходится 644 ребенка в возрасте 0-17 лет, на одного участкового педиатра – 1130 детей. Укомплектованность медицинских орга-

низаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, врачами-педиатрами составляет – 68,1%, участковыми педиатрами – 80,2%, врачами - специалистами – 59,5% (табл.2.4).

Таблица 2. 4

Штаты и количество физических лиц педиатров в районах  
г. Санкт-Петербурга (в 2016.г.)

	Наименование района	Педиатры			Из них участковые педиатры			Специалисты		
		шт.	ф.л.	%	шт.	ф.л.	%	шт.	ф.л.	%
1	Адмиралтейский	89,50	62	69,3	27,00	25	92,6	79,25	46	58,0
2	Василеостровский	102,75	78	75,9	36,00	31	86,1	68,50	55	80,3
3	Выборгский	261,00	182	69,7	96,50	77	79,8	294,75	157	53,3
4	Калининский	260,75	166	63,7	96,75	73	75,5	178,50	125	70,0
5	Кировский	143,00	89	62,2	63,50	41	64,6	98,00	70	71,4
6	Красногвардейский	184,25	158	85,8	70,00	68	97,1	136,50	98	71,8
7	Красносельский	232,75	146	62,7	83,25	62	74,5	156,75	77	49,1
8	Московский	139,00	94	67,6	54,50	38	69,7	105,25	60	57,0
9	Невский	199,50	123	61,7	75,75	68	89,8	130,00	86	66,2
10	Петроградский	66,75	49	73,4	20,25	15	74,1	66,50	41	61,7
11	Приморский	363,50	227	62,4	119,00	89	74,8	329,25	153	46,5
12	Фрунзенский	223,00	158	70,9	79,75	65	81,5	171,00	107	62,6
13	Центральный	133,00	101	75,9	33,50	32	95,5	112,75	66	58,5
14	Колпинский	102,25	60	58,7	33,75	25	74,1	57,25	38	66,4
15	Кронштадт	24,50	21	85,7	10,00	9	90,0	19,00	15	78,9
16	Курортный	35,50	27	76,1	14,00	15	100,0	20,25	10	49,4
17	Петродворцовый	57,25	44	76,9	22,00	22	100,0	38,25	17	44,4
18	Пушкинский	110,50	74	67,0	47,00	33	70,2	59,75	42	70,3
Итого:		2728,75	1859	68,1	982,5	788	80,2	2121,5	1263	59,5

Наиболее низкие показатели укомплектованности педиатрами отмечаются в Колпинском районе (58,7%), участковыми педиатрами в Кировском районе (64,6%), врачами-специалистами в Петродворцовом районе (44,4%), Приморском районе (46,5%), Красносельском районе (49,1%), Курортном районе (49,4%). Высокие показатели укомплектованности врачами – педиатрами наблюдаются в Красногвардейском районе (85,8%) и в Кронштадте (85,7%); участковыми педиатрами в Курортном районе (107,1), Петродворцовом районе (100%), Красногвардейском районе (97,1%); врачами - специалистами в Василеостровском районе (80,3%) и в Кронштадте (78,9%). Район исследования (Центральный) находится в рамках средних значений по городу.

Среди врачей-педиатров 31,9% имеют высшую квалификационную категорию, 17,4% - первую, 6,3% - вторую, 44,4% - без квалификационной категории. Среди участковых врачей-педиатров 31,5% имеют высшую квалификационную категорию, 19,3% - первую, 8,4% - вторую, 40,8% - без квалификационной категории. Квалификационные категории имеют 66,9% врачей-специалистов, причем 42,5% имеют высшую, 17,7% первую и 6,6% вторую квалификационную категорию. Уровень квалификации врачей педиатров и врачей специалистов в районе исследования соответствуют общегородским показателям (табл. 2.5, 2.6)

Таблица 2.5

Квалификационные категории и сертификаты врачей – педиатров, в том числе участковых врачей поликлиник районов г. Санкт-Петербурга (на 01.01.2016 г.)

Район	Всего врачей педиатров/ участковых врачей	Категория			Без категории: врачи-педиатры / участковые врачи	Сертификат: врачи-педиатры/ участковые врачи
		Высшая: врачи-педиатры/ участковые врачи	Первая: врачи-педиатры/ участковые врачи	Вторая: врачи-педиатры/ участковые врачи		
Адмиралтейский	62 / 25	17 / 7	12 / 2	2 / 1	31 / 15	62 / 25
Василеостровский	78 / 31	10 / 6	3 / 1	1 / 1	64 / 23	78 / 31
Выборгский	182 / 77	77 / 31	33 / 13	4 / 4	68 / 29	182 / 77
Калининский	166 / 73	77 / 28	54 / 13	20 / 7	15 / 25	166 / 73
Кировский	89 / 41	12 / 6	6 / 4	3 / 0	68 / 31	89 / 41
Красногвардейский	158 / 68	57 / 21	19 / 9	10 / 3	72 / 35	158 / 68
Красносельский	146 / 62	51 / 24	31 / 19	2 / 0	62 / 19	146 / 62
Московский	94 / 38	19 / 6	18 / 16	15 / 8	42 / 8	94 / 38
Невский	123 / 68	29 / 17	33 / 17	2 / 1	59 / 33	123 / 68
Петроградский	49 / 15	8 / 4	2 / 1	3 / 1	36 / 9	49 / 15
Приморский	227 / 89	68 / 23	18 / 11	8 / 7	133 / 48	227 / 89
Фрунзенский	158 / 65	74 / 34	24 / 20	8 / 11	52 / 0	158 / 65
Центральный	101 / 32	28 / 10	26 / 9	31 / 13	16 / 0	101 / 32
Колпинский	60 / 25	16 / 5	7 / 4	1 / 1	36 / 15	60 / 25
Кронштадтский	22 / 9	10 / 3	7 / 2	2 / 2	3 / 2	22 / 9
Курортный	27 / 15	6 / 1	5 / 2	0 / 0	16 / 12	27 / 15
Петродворцовый	44 / 22	8 / 5	12 / 5	0 / 0	24 / 12	44 / 22
Пушкинский	76 / 33	26 / 17	14 / 4	6 / 6	30 / 6	76 / 33
<b>ВСЕГО</b>	<b>1862 / 788</b>	<b>593 / 248</b>	<b>324 / 152</b>	<b>118 / 66</b>	<b>827 / 322</b>	<b>1862 / 788</b>

Таблица 2.6

Квалификационные категории и сертификаты врачей – специалистов детских поликлиник районов г. Санкт-Петербурга (на 01.01. 2016 г.)

Район	Всего врачей – специалистов	Категория			Без категории	Сертификат
		Высшая	Первая	Вторая		
Адмиралтейский	46	19	4	2	21	46
Василеостровский	55	22	3	3	27	55
Выборгский	157	52	21	4	80	157
Калининский	125	49	23	2	51	125
Кировский	70	23	5	2	40	70
Красногвардейский	98	28	22	12	36	98
Красносельский	77	49	16	2	10	77
Московский	60	18	6	0	36	60
Невский	86	40	19	9	18	86
Петроградский	41	20	8	4	9	41
Приморский	153	94	27	1	31	153
Фрунзенский	107	46	32	26	3	107
Центральный	66	28	22	11	5	66
Колпинский	38	9	1	2	26	38
Кронштадтский	15	8	1	0	6	15
Курортный	10	3	1	0	6	10
Петродворцовый	17	5	3	0	9	17
Пушкинский	42	9	5	1	27	42
<b>ИТОГО</b>	<b>1263</b>	<b>537</b>	<b>224</b>	<b>84</b>	<b>470</b>	<b>1263</b>

Приоритетным направлением оказания медицинской помощи населению является профилактическая работа с детьми всех возрастных групп. В Санкт-Петербурге по результатам профилактических медицинских осмотров, которые проводятся в соответствии с приказом Минздрава России от 21.12.2012 года №1346-н «О Порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них», дети в возрасте 0 -17 лет распределены по группам здоровья следующим образом: самой многочисленной является 2 группа здоровья, которая составила - 67,6%, далее следует 3 группа здоровья - 22,3%, значительно меньше детей с 1 группой здоровья – 8,8%, 5 и 4 группы здоровья – 0,9% и 0,4 % соответственно. Группы здоровья детей в возрасте 0-

17 лет по районам Санкт-Петербурга представлены в таблице 2. 7. Можно отметить, что данные по Центральному району (район исследования) в целом коррелируют с данными по Санкт-Петербургу.

Таблица 2. 7

Группы здоровья детей в возрасте 0 – 17 лет по районам  
Санкт-Петербурга в 2016 г.

Район	Всего ос- мотрено	I группа здоровья, %	II группа здоровья, %	III группа здоровья, %	IV группа здоровья, %	V группа здоровья, %
Адмиралтейский	21 769	4,39	68,34	26,41	0,07	0,79
Василеостровский	26 960	10,78	70,89	17,98	0,24	0,11
Выборгский	60 570	7,63	72,44	18,85	0,43	0,65
Калининский	70 366	12,0	62,21	23,88	0,49	1,42
Кировский	47 610	6,12	69,66	22,13	1,01	1,08
Красногвардейский	50 413	10,13	65,37	22,85	0,35	1,30
Красносельский	52 385	8,9	66,16	22,33	1,05	1,53
Московский	44 428	8,63	65,43	24,55	0,9	0,5
Невский	69 645	6,61	60,48	32,07	0,17	0,67
Петроградский	15 700	8,85	66,71	23,24	0,33	0,87
Приморский	64 524	25,87	44,63	28,47	0,23	0,80
Фрунзенский	58 534	5,31	70,33	23,16	0,23	0,97
Центральный	25 619	7,07	65,27	26,79	0,66	0,21
Колпинский	22 888	11,02	69,05	18,36	0,15	1,42
Кронштадский	5 873	14,73	67,95	15,89	0,19	1,24
Курортный	10 054	15,85	56,89	26,01	0,19	1,06
Петродворцовый	17 690	10,36	70,53	17,93	0	1,18
Пушкинский	31 094	11,82	68,24	18,37	0	1,57
ИТОГО	696 222	8,8	67,6	22,3	0,4	0,9

Настоящее исследование проводилось в Центральном районе — административно-территориальной единице Санкт-Петербурга, занимающей первое место по качеству жизни среди всех 18 районов Петербурга. Район расположен в центральной исторической части Санкт-Петербурга. С севера и востока границей района является река Нева, южная граница проходит по Обводному каналу. Западная граница проходит от Дворцового моста, включает Дворцовую площадь, часть Адмиралтейского проспекта, всю Гороховую улицу, участок Загородного проспекта, Звенигородскую улицу и по ул. Константина Заслонова выходит на Набережную Обводного канала (рис.2.1). Центральный район является восточной частью исторического центра горо-

да, здесь сосредоточены основные достопримечательности города, музеи, галереи, посольства и представительства разных стран и госструктур.

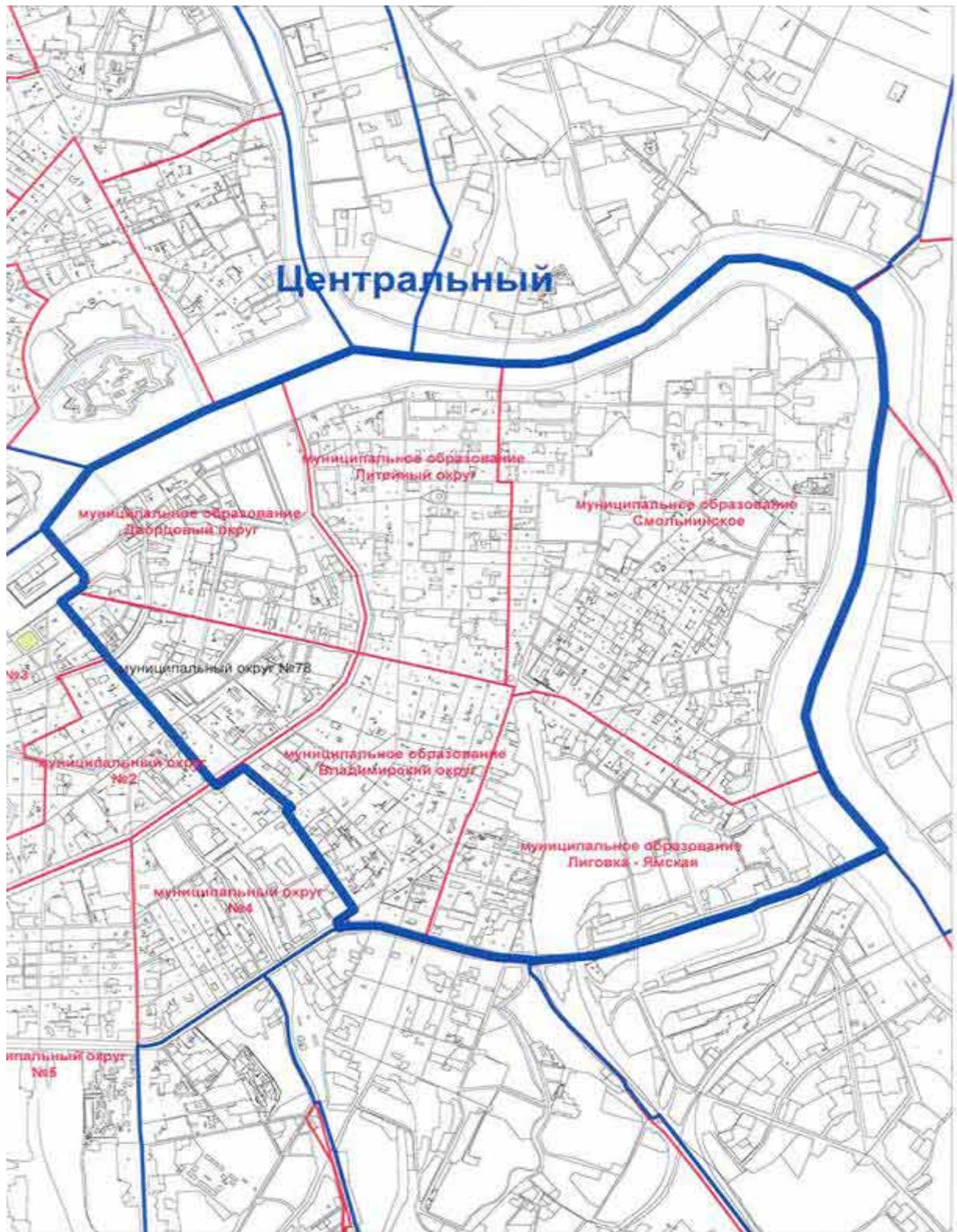


Рисунок 2.1. Карта района исследования

Район является туристическим центром города, здесь размещены множество отелей и ресторанов. Большинство зданий здесь причислены к памятникам регионального значения, а строительство промышленных заведений строго запрещено. В районе проживает 215 тысяч человек, что делает его самым густонаселённым районом в городе, 25% населения составляют пенсионеры и 10% дети и подростки. Также в районе постоянно проживает «временное население» – туристы и иммигранты. В Центральном районе продолжают существовать коммунальные квартиры. Район имеет самую развитую социальную, торговую и транспортную инфраструктуру, здесь действует 11 станций метро. Район считается самым комфортным для инвалидов, так как тут построено множество различных пандусов и специальных приспособлений. В районе располагается 17 больниц, 17 поликлиник и 4 центра неотложной медицинской помощи.

Как было отмечено, социально-экономические тенденции последних лет привели к кардинальному изменению структуры жилого фонда на данной территории. Количество коммунальных квартир значительно сокращается, уступая место элитному жилью, офисам различных организаций. Как следствие отмечается значительное снижение численности проживающего на территории района и обслуживаемого поликлиниками населения. Наиболее остро такое сокращение наблюдается среди детского населения, что во многом также обусловлено негативными демографическими явлениями 90-х годов прошлого века. Совокупность внутренней миграции населения и его естественной убыли привели к тому, что среднегодовой темп сокращения обслуживаемого детского населения составил 6,2%. Численность детского населения Центрального района на 01.01.2016 года составляет 29705 чел., в т.ч. детей первого года жизни – 1663 чел. (табл. 2. 8).

В Центральном районе работает 131 образовательное учреждение: 73 дошкольных образовательных учреждения, 45 общеобразовательных школ и 13 образовательных учреждений начального и среднего профессионального образования.

Таблица 2. 8

Численность детского населения Центрального района на 01.01.2016 г.

0-14 лет		До 1 года		1 год	2 года	3-6 лет	7-14 лет	15-17 лет			0-17 лет		1-17 лет
на конец года	средне- годовое	на конец года	средне- годовое					на конец года	средне- годовое	в т.ч. юноши	на конец года	средне- годовое	на конец года
24735	24606	1663	1678	1761	1789	6220	13302	5144	5102	2560	29879	29705	27788

АПУ Центрального района по учебно-производственному (цеховому) принципу обслуживают детей, обучающихся в этих образовательных учреждениях. По учебно-производственному (цеховому) принципу по состоянию на 01.01.2016 года прикреплено к обслуживанию 29370 детей. В том числе, по дошкольным образовательным учреждениям – 7462 ребенка, по общеобразовательным школам – 19237 детей, по учреждениям начального и среднего профессионального образования – 2671 ребенок. Можно отметить, что численность детей, прикрепленных к обслуживанию в районе по учебно-производственному (цеховому) принципу сопоставима с количеством детей, прикрепленных к АПУ района по территориальному принципу.

В районе исследования первичную медико-санитарную помощь детям оказывают три медицинских учреждения: детская поликлиника - ДП № 1 (самостоятельное учреждение) - мощностью 200 посещений в смену, детская поликлиника – ДП № 2 (самостоятельное учреждение) – мощностью 690 посещений в смену, и ДПО № 3 – детское поликлиническое отделение в структуре Городской поликлиники - мощностью 650 посещений в смену.

Поликлиники имеют полный набор помещений, необходимых для оказания квалифицированной и специализированной первичной медико-санитарной помощи прикрепленному к обслуживанию детскому населению. Площади помещений соответствуют установленным нормативам.

На базе ДП-1 развернуто 8 педиатрических участков, работают кабинеты врачей специалистов – невролога, офтальмолога, ортопеда, оториноларинголога, кардиолога, хирурга, уролога-андролога, эндокринолога, гинеколога.

Лечебно-диагностические услуги оказываются в кабинетах ультразвуковой диагностики, эндоскопии, функциональной диагностики, физиотерапевтическом отделении, лаборатории, кабинете АКДО - «автоматизированных комплексов диспансерных осмотров», в кабинете по воспитанию здорового ребенка, функционирует Центр восстановительного лечения и Консультативно-диагностический центр со стационаром дневного пребывания на 120 коек, из которых 60 коек - соматическое отделение и 60 коек - аллергологическое отделение. Консультативно-диагностический центр со стационаром дневного пребывания предназначен для оказания лечебно-диагностической и консультативной помощи как детям района исследования, так и детям других районов города и Ленинградской области.

В состав ДП-2 входят два педиатрических отделения (12 педиатрических участков), отделение специализированной помощи, отделение реабилитации, бассейн, клиничко-диагностическая лаборатория, дневной стационар на 5 коек, ООМПДОО, отделение скорой медицинской помощи, которое обслуживает ДП-2 и ДП-1, межрайонный территориальный травматологический пункт, обслуживающий Центральный и Адмиралтейский районы Санкт-Петербурга (прикрепленное население 52500 человек), молодежная консультация.

В состав ДПО-3 входят два педиатрических отделения (12 педиатрических участков), отделение профилактики инфекционных и паразитарных заболеваний, отделение профилактики для детей раннего возраста, отделение физиотерапии и восстановительного лечения, отделение специализированной помощи, клиничко-диагностическая лаборатория, рентгенологический кабинет и кабинет ультразвуковой диагностики, кабинет функциональной диагностики, вспомогательные службы, два ООМПДОО, отделение профилактики. Кроме этого, в состав ДПО-3 входят районные структуры: районное подростковое отделение, мобильный детский центр здоровья, отделение медико-социальной помощи.

Таким образом, настоящее исследование проводилось в условиях типо-

вого района мегаполиса, на территории с достаточным уровнем обеспеченности детского населения инфраструктурой амбулаторно-поликлинической помощи, однако не полной укомплектованностью врачами детских поликлиник.

Для реализации цели и задач исследования была разработана комплексная программа. Программа настоящего исследования включала следующие разделы:

1. изучение состояния здоровья детского населения района исследования, включая особенности состояния здоровья детей из разных групп социального риска;
2. исследование особенностей условий и образа жизни детского населения района исследования на основе результатов социологического опроса;
3. динамический анализ деятельности системы медицинской и медико-социальной помощи детям в условиях детских АПУ района исследования;
4. научный анализ современных проблем организации медицинской и медико-социальной помощи детям в условиях исторического района крупного города;
5. разработка, апробация и оценка эффективности организационной модели медико-социальной помощи детскому населению в условиях поликлиники.

Основные этапы исследования представлены в таблице 2.9.

Характеристика общей и первичной заболеваемости и распространенности заболеваний детей и подростков в возрасте 0-17 лет района исследования, состоящих под наблюдением АПУ, была выполнена на основе сплошного изучения данных государственной медицинской статистики за период исследования (2008 – 2016 годы), - данных годовой отчетной формы: «Сведения о медицинской организации» - форма N 30 (годовая) N=27 и формы N 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации» N=27 (сплошной метод наблюдения в динамике). В исследовании были использованы данные

о состоянии здоровья детей, полученные в ходе комплексных углубленных профилактических медицинских осмотров.

Таблица 2.9

## Программа исследования

Этапы	Задачи исследования	Методы исследования	Учетные документы и объем наблюдений
1	Изучить отечественную и зарубежную литературу, а также материалы официальных источников, отражающих особенности организации медико-социальной помощи детям.	Библиометрический лексический, контент - анализ	Массив публикаций за 1992-2016 гг. Выборочное: 187 отечественных и 32 иностранные публикации. Основные нормативные документы по медико-социальной помощи детям в условиях медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь.
2	Представить анализ состояния здоровья детского населения района исследования, включая особенности состояния здоровья детей из разных групп социального риска.	Аналитический, статистический, ретроспективный анализ	Данные годовых отчетных форм: «Сведения о медицинской организации». Форма N 30 (годовая); N=27 Форма N 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации»; N=27 Форма N 19 «Сведения о детях-инвалидах»; N=27
3	Изучить медико-социальный статус детского населения района исследования.	Статистический, аналитический, социологический	Анкета «Изучение медико-социального статуса семей, воспитывающих детей»; N= 736 Отчеты деятельности отделения медико-социальной помощи района исследования (2008 – 2016); N=9

			Продолжение таблицы 2.9
4	Представить анализ деятельности системы медицинской и медико-социальной помощи детям в условиях детской поликлиники района исследования и анализ современных проблем организации медицинской и медико-социальной помощи детям в условиях исторического района крупного города.	Статистический, аналитический, социологический	<p>Данные годовой отчетной формы: Сведения о медицинской организации. Форма N 30 (годовая) за период 2008 – 2016; N=27</p> <p>Отчеты деятельности отделения медико-социальной помощи района исследования (2008 – 2016); N=9</p> <p>Данные годовой отчетной формы № 17 «Сведения о медицинских кадрах», за период 2008 – 2016; N=27</p> <p>Анкета «Отношение к организации медико-социальной работы в учреждении»; N=167</p>
5	Разработать организационную модель медико-социальной помощи детскому населению в условиях поликлиники и оценить её эффективность, разработать практические рекомендации по дальнейшему совершенствованию медико-социальной помощи детям.	Аналитический	<p>Материалы и результаты проведенного исследования.</p> <p>Данные из разработанного приложения к «Карте центра здоровья для детей», утвержденной Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 19 августа 2009 года N 597н «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака» за период 2017-2018 гг. (N=3613)</p>

Особенности состояния здоровья детей из групп социального риска были выявлены методом копи-пара. Основная группа - контингент детей, наблюдаемых отделением медико-социальной помощи и входящих в различные группы социального риска. К последним были отнесены дети из многодетных и неблагополучных семей, дети, находящиеся под опекой, дети, склонные к правонарушениям и бродяжничеству, дети-инвалиды и юные матери.

Контрольная группа - дети района исследования, не состоящие на учете в отделении медико-социальной помощи. В исследовании были использованы данные о состоянии здоровья детей, полученные в ходе комплексных углубленных профилактических медицинских осмотров. Возраст детей из анализируемых групп составил 0-17 лет. Анализ проводился сплошным методом всего контингента детей, наблюдаемых отделением медико-социальной помощи (количество – 6030 детей).

Динамический анализ деятельности системы медицинской и медико-социальной помощи детям района исследования проводился путем изучения годовых отчетных статистических форм №30 «Сведения об учреждении здравоохранения», №12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения» и № 17 «Сведения о медицинских кадрах», а также справок к годовым отчетам АПУ района исследования за 2008-2016 годы. Были также изучены отчеты Отделения медико-социальной помощи района исследования за тот же период (N=9).

Кроме того, анализировались данные разработанных авторских учетных форм: Акт обследования социально – бытовых условий семьи (приложение 1); Карта медико-социального сопровождения ребенка (приложение 2); Программа индивидуального сопровождения пациента отделения медико-социальной помощи (приложение 3). (N=18090).

С целью распределения семей в зависимости от социального статуса проведен анализ разработанного в рамках данного исследования приложения к «Карте центра здоровья для детей», утвержденной Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 19 августа 2009 года N 597н «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака» (приложение 4). Анализировались карты полного состава детей, прошедших обследование в Мобильном центре здоровья детей в 2017 году (N =3613).

Для изучения медико-социального статуса детского населения района исследования и выявления особенностей семей, воспитывающих детей групп социального риска, так же был выполнен анонимный социологический опрос по специально разработанной анкете «Изучение медико-социального статуса семей, воспитывающих детей» (приложение 5).

Анкета содержала 28 вопросов, объединенных в блоки:

1) Характеристика медико-социального статуса семьи, где представлены в том числе материальные и жилищные условия семьи, тип семьи, психологический климат и наличие вредных привычек в семье и т.д.

2) Характеристика условий проживания ребенка, организации его летнего отдыха, питания и занятий спортом и т.д.

3) Взаимодействие семьи с детской поликлиникой.

В результате обработки данных были выявлены особенности проживания, питания, организации досуга детей, наличие вредных привычек у родителей, отношение к медицинским работникам, доступности различных видов лечебно-профилактической помощи и т.д.

В качестве респондентов выбирались законные представители ребенка, сопровождающие его в поликлинику. Чтобы исключить опасения родителей, что их негативная оценка работы врачей и лечебного учреждения в целом может привести к снижению качества лечения, проводимого ребенку, анкетирование респондентов проводилось анонимно после получения медицинской помощи, при выходе из поликлиники. После проведения краткого инструктажа по порядку оформления анкет респондентам предлагалось самостоятельно заполнить анкеты.

Генеральная совокупность составила: основная группа – 6030 детей, находящихся под наблюдением отделения медико-социальной помощи в 2016 году, контрольная группа - 23675 детей района исследования, не состоящих на учете в отделении медико-социальной помощи;

Всего опрошено 736 родителей – 358 - детей, наблюдаемых отделением медико-социальной помощи, и 378 родителей детей, прикрепленных к об-

служиванию по территориальному принципу в районе исследования и не состоящих на учете в отделении медико-социальной помощи.

Для формирования статистической совокупности использовался метод случайной выборки, поэтому следовало рассчитать минимально необходимый объем выборки. Он был рассчитан по следующей формуле (Юнкеров В.И., Григорьев С.Г., 2005):

$$n_p = \frac{N \cdot t^2 \bar{p}(1 - \bar{p})}{N \cdot \Delta_{\bar{p}}^2 + t^2 \bar{p}(1 - \bar{p})}, \text{ где:}$$

$N$  – численность генеральной совокупности; основная группа - 6030 детей, находящихся под наблюдением отделения медико-социальной помощи в 2016 году; вторая группа - 23675 детей района исследования, не состоящих на учете в отделении медико-социальной помощи;

$\bar{p}$  – ориентировочная частота (доля) неизвестна, поэтому берём 0,5;

$t$  – критическое значение критерия Стьюдента для заданной доверительной вероятности, берем минимальную вероятность для медико-биологических исследований – 95%, в этом случае  $t$  будет равно 1,96;

$\Delta_{\bar{p}}$  – желаемая максимальная ошибка частоты (доли), задаем максимальную ошибку – 5%.

Подставляя величины в формулу, получаем, что при доверительной вероятности 95% и максимальной ошибке 5% объем выборки должен составлять не менее 358 и 378 единиц наблюдения соответственно.

Поскольку при формировании исследуемых групп детей (358 и 378 чел.) был использован метод случайной выборки, необходимо было проверить её репрезентативность. Был использован метод А.М. Меркова (Мерков А.М., Поляков Л.Е., 1974):

Репрезентативность выборки определялась по формуле А.М. Меркова:

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

$\Delta$  - мера точности

$N$  - генеральная совокупность;

$n$  - выборка;

$t$  - доверительный коэффициент в нашем исследовании мы взяли равно  $t=2$ , что соответствует вероятности 0,954);

$\sigma^2$  - дисперсия выборочной совокупности, принятая за 0,25.

При исследовании альтернативных признаков  $\sigma^2 < 0,25$ . Принимая, что  $\sigma^2 = 0,25$ , мы как бы допускаем, что вычисленная величина средней ошибки будет максимальной, и гарантируем, что ее подлинные размеры не превысят исчисленных нами.

Подставляя значения в указанную формулу получаем следующее.

Для  $N$  - генеральной совокупности – численность детей, прикрепленных к обслуживанию по территориальному принципу в районе исследования и не состоящих на учете в отделении медико-социальной помощи (23675 чел.);

$n$  – выборки (378 чел.);

$\Delta = 0,049$  т.е. достоверность выборки доказана, ошибка в исследовании не будет превышать 4,9 %, что вполне допустимо.

Для  $N$  - генеральной совокупности – численность детей района исследования, наблюдаемых отделением медико-социальной помощи (6030 чел.);

$n$  – выборки (358 чел.);

$\Delta = 0,040$  т.е. достоверность выборки доказана, ошибка в исследовании не будет превышать 4,0 %.

Обработка количественных признаков осуществлялась с помощью методов параметрической оценки достоверности результатов статистического исследования:

1) Расчет средней ошибки ( $m$ ) для относительных и средних величин, позволяющей с определенной степенью вероятности установить пределы, в которых может находиться истинное значение статистического коэффициента или средней величины.

Для вычисления ошибки репрезентативности средней величины использована следующая формула:

$$m\bar{p} = \sqrt{\frac{\bar{p} \times (1000 - \bar{p})}{n - 1}}$$

где  $m\bar{p}$  - средняя квадратическая ошибка частоты;  $p$  - величина интенсивного показателя, рассчитанная на 1000, 10 000 и т.д.;  $q=1000-p$  или  $q=10000-p$  и т.д. в зависимости от величины выбранного основания при расчете интенсивного показателя;  $n$  - число наблюдений.

2) Расчет достоверности разности коэффициентов с применением критерия Стьюдента ( $t$ ):

$$t = \frac{\bar{p}_1 - \bar{p}_2}{\sqrt{m^2_1 + m^2_2}}$$

При решении поставленных задач сравнивались соответствующие относительные показатели. Оценка достоверности их различий проводилась с помощью  $t$  критерия Стьюдента. Различия считались статистически достоверными при  $t \geq 2$ .

В рамках анализа деятельности системы медицинской и медико-социальной помощи детям района исследования и анализа современных проблем организации медицинской и медико-социальной помощи детям проводилось анонимное анкетирование врачебного состава АПУ района исследования по разработанной анкете «Отношение к организации медико-социальной работы в учреждении» (приложение 6). Было заполнено 167 анкет, из них участковыми педиатрами – 32 анкеты (19,2%). Поскольку для формирования статистической совокупности, на базе которой проводился сбор данных использовался метод основного массива (опрошено 167 врачей, что составляет 100% физических лиц врачебного состава АПУ района исследования, отсутствовала необходимость проверять репрезентативность выборки.

На завершающем этапе на основании полученных в ходе выполнения настоящего исследования данных была разработана организационная модель медико-социальной помощи детскому населению в условиях поликлиники,

основой которой является отделение медико-социальной помощи, а также практические рекомендации по совершенствованию организации медико-социальной помощи детям. Данная модель включала: нормативно-правовое обеспечение, организационно-штатные нормативы, алгоритмический и программно-целевой подход в работе отделения медико-социальной помощи, концепцию системного анализа деятельности медико-социальной службы детской поликлиники. В ходе исследования разработан пакет локальных нормативных документов отделения, перечень которых приведен в приложении 7; учетно-отчетные документы и формы внутреннего документооборота отделения, обеспечивающие функционирование отделения: «Бланк-направление в отделение медико-социальной помощи» (приложение 8), «Бланк-извещение в органы внутренних дел» (приложение 9), алгоритмы действия сотрудников поликлиники при обращении за медицинской помощью пациента с повреждениями насильственного характера». Основными являются форма годового отчета отделения медико-социальной помощи - приложение 10 и «Социальный паспорт семьи группы социального риска» - приложение 11. Кроме того к ним отнесены ранее указанные Акт обследования социально – бытовых условий семьи, Карта медико-социального сопровождения ребенка, Программа индивидуального сопровождения пациента отделения медико-социальной помощи, формы которых также представлены в приложениях.

Существенными компонентами предложенной модели медико-социальной службы детской поликлиники являются: отделение профилактики для детей раннего возраста, подростковое отделение, мобильный детский центр здоровья. В данном исследовании представлена принципиальная схема организации указанных компонентов медико-социальной службы, разработаны алгоритмы их функционирования и взаимодействия как внутри поликлиники, так и с внешними субъектами социальной защиты детей (органами опеки и попечительства, органами внутренних дел, образовательными организациями и т.д.).

После обследования в мобильном детском центре здоровья каждый ребенок получает Профилактический сертификат, форма которого также разработана по результатам данного исследования (приложение 12).

Всего в ходе исследования были проанализированы 108 отчетных и 3622 авторских учетных формы, 903 разработанные анкеты. В исследовании использовались пакеты прикладных программ: Statistica for Windows 6.0 – для статистического анализа, MS Office-2010 (Word, Excel) – для организации и формирования матрицы данных, подготовки графиков и диаграмм. Непараметрические данные анализировались с использованием критерия  $\chi^2$  Пирсона. Различия считались статистически достоверными при  $p < 0,05$ .

Таким образом, для достижения поставленной цели в работе применен комплекс методов: социологический опрос, выкопировка данных из медицинской документации, математико-статистический и графико-аналитический методы.

## ГЛАВА 3

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ СТАТУС  
ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ*3.1. Заболеваемость детского населения*

Под наблюдением детских поликлиник района исследования в 2016 году состояло 29705 ребенка в возрасте 0-17 лет (из них 1 663 – в возрасте до 1 года). Число новорожденных, поступивших под наблюдение – 1 829.

Таблица 3.1.1

Динамика заболеваемости детей первого года жизни (на 1000)

Наименование заболевания	2008 г.	2010 г.	2012 г.	2014 г.	2016 г.
Всего заболеваний	3086,9	3167,4	3186,7	2881,2	4117,7
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	113,2	105,2	159,5	83,8	158,9
в т.ч. кишечные инфекции	80,8	67,6	78,3	50,1	101,2
Болезни крови, кроветворных органов	46,2	42,4	45,9	38,9	60,0
Анемия	45,5	41,7	45,3	37,9	55,9
Болезни эндокринной системы	142,3	116,1	189,7	83,9	119,5
Рахит	103,2	83,7	136,5	47,9	50,6
Болезни нервной системы	358,3	373,71	338,0	356,4	622,1
в т.ч. ДЦП	0,6	0,6	0,8	0,7	2,4
Болезни глаза и его придаточного аппарата	131,8	150,2	104,4	171,0	268,4
Болезни уха и сосцевидного отростка	39,5	42,8	38,5	38,9	71,8
в т.ч. потеря слуха	0,6	0,8	0,7	0,9	2,4
Болезни органов дыхания	1321,0	1381,5	1119,5	1263,7	1715,7
в т.ч. ОРВИ, грипп, пневмония	1268,9	1272,4	1078,5	1200,1	1593,3
Болезни органов пищеварения	204,3	209,2	153,7	208,0	424,4
Болезни мочеполовой системы	72,8	80,8	58	76,8	67,7
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	231,2	233,0	268,0	191,9	249,0
ВПР	85,2	92,0	87,6	76,6	107,7
Травмы, отравления	41,9	33,8	27,3	27,3	50,0

Общая заболеваемость детей первого года жизни за период исследования имела волнообразное течение с наименьшим показателем в 2014 году (2881,2 на 1000) и наибольшим в 2016 г. (4117,7 на 1000). С 2012 года по 2014 год показатель снизился на 10,5%, а к 2016 году – увеличился на 30,0%. Рост показателя отмечался по всем классам болезней за исключением болезней мочеполовой системы (- 13,5%). Наибольший рост регистрировался среди некоторых инфекционных и паразитарных болезней (+ 47,4%), в том числе кишечных инфекций (+ 50,5%), болезней эндокринной системы (+ 30,5%), болезней нервной системы (+ 42,8%), в том числе ДЦП (+ 70,9%), болезней глаза и его придаточного аппарата (+ 36,2%), болезней уха и сосцевидного отростка (+ 45,9%), в том числе потеря слуха (+ 62,5%), болезней органов дыхания (+ 26,4%), болезней органов пищеварения (+ 51,0%), отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде (+ 22,9%), ВПР (+ 29,0%) и травм и отравлений (+ 45,4%). В целом за период наблюдения темп прироста показателя общей заболеваемости составил 25,1% (табл. 3.1.1).

В 2016 году у детей первого года жизни было зарегистрировано 6996 заболеваний, показатель составил – 4117,7 на 1000. Ведущими в структуре заболеваемости являлись болезни органов дыхания 41,6%, из них 92,9% составили острые инфекции верхних дыхательных путей, грипп, пневмония; далее следуют болезни нервной системы – 15,1%; болезни органов пищеварения – 10,3%; болезни глаза и его придаточного аппарата – 6,5%; отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде – 6,0%; некоторые инфекционные и паразитарные болезни – 3,8%, из них кишечные инфекции занимают 63,7%; болезни кожи и подкожной клетчатки – 2,9%; болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ – 2,9%, из них доля рахита 42,4%; врождённые аномалии (пороки развития) деформации и хромосомные нарушения – 2,6%. Нарушение слуха выявлено у 4 детей на первом году жизни.

Показатели первичной и общей заболеваемости среди детей 0-14 лет и подростков 15-17 лет представлены в таблице 3.1.2.

Таблица 3.1.2

Показатели первичной и общей заболеваемости детей 0-14 лет и подростков 15-17 лет (на 1000 детей соответствующего возраста)  
(в скобках данные по Санкт-Петербургу)

Контингент/года	2008 г.	2010 г.	2012 г.	2014 г.	2016 г.
<b>Первичная заболеваемость</b>					
Дети 0-14 лет	2073,0 (2231)	2248,0 (2415)	1816,7 (2523)	1865,2 (2395)	2198,2 (2496,1)
Подростки 15-17 лет	1687,0 (1528)	1760,9 (1664)	1211,3 (1734)	1595,1 (1814)	1678,0 (1967,5)
<b>Общая заболеваемость</b>					
Дети 0-14 лет	2835,0 (2780)	3102,0 (3007)	2801,1 (3122)	2689,3 (3005)	2994,8 (3191,5)
Подростки 15-17 лет	3351,0 (2854)	3476,3 (3101)	3310,1 (3269)	3415,8 (3479)	3092,4 (3589,5)

Как видно из таблицы 3.1.2 показатели первичной и общей заболеваемости детского и подросткового населения имели волнообразное течение. Среди детей 0-14 лет в целом с 2008 года отмечается увеличение показателя первичной заболеваемости на 6,0% и общей заболеваемости на 5,4%. У подростков 15-17 лет наоборот, показатель общей заболеваемости снизился на 8,4%, а показатель первичной заболеваемости в 2016 году равен показателю в 2008 году. В 2016 году показатели первичной заболеваемости детей 0-14 лет и подростков 15-17 лет ниже, чем среднегородские значения на 13,5% и 17,2% соответственно, общей заболеваемости – на 6,6% и 16,1% соответственно.

В структуре заболеваемости детей 0-14 лет в 2016 году ведущее место занимают болезни органов дыхания - 1341,7 на 1000 (44,8%), на втором месте болезни глаза и его придаточного аппарата - 162,5 на 1000 (5,4%), на третьем месте болезни органов пищеварения – 143,3 на 1000 (4,8%), далее болезни костно-мышечной системы – 139,3 на 1000 (4,6%), болезни нервной системы - 133,0 на 1000 (4,4%) (табл. 3.1.3).

Таблица 3.1.3

Показатели общей заболеваемости детей от 0-14 лет по классам болезней  
(на 1000 детей)

Наименование классов болезней	2008 г.	2010 г.	2012 г.	2014 г.	2016 г.
Инфекционные и паразитарные болезни	106,24	112,60	96,30	110,10	90,00
Новообразования	8,4	8,8	9,3	9,0	10,5
Болезни крови и кроветворных органов	9,5	8,3	7,6	7,6	8,1
Болезни эндокринной системы	45,9	43,8	42,3	42,2	42,7
Болезни нервной системы	115,1	115,4	113,0	120,2	133,0
Болезни глаза и его придаточного аппарата	141,0	154,9	160,3	163,2	162,5
Болезни уха и сосцевидного отростка	75,2	76,4	73,6	77,6	73,4
Болезни системы кровообращения	21,4	21,4	20,1	21,7	23,8
Болезни органов дыхания	1517,5	1517,0	1439,8	1398,9	1341,7
Болезни органов пищеварения	136,0	134,9	134,0	137,5	141,3
Болезни кожи и подкожной клетчатки	72,6	76,2	68,7	72,8	76,1
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	104,6	108,5	106,9	118,9	139,3
Болезни мочеполовой системы	67,1	68,7	67,9	71,1	76,3
Отдельные состояния перинат. периода	19,5	21,51	18,45	18,26	16,21
ВПП	46,2	44,5	43,5	45,7	47,3
Травмы, отравления	100,9	100,60	87,06	84,00	70,30

В структуре заболеваемости возрастной группы 15-17 лет ведущее место занимают болезни органов дыхания – 712,8 на 1000 (23,0%), на втором месте болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – 246,2 на 1000 (7,9%), на третьем месте болезни глаза и его придаточного аппарата – 225,7 на 1000 (7,3%), далее болезни органов пищеварения 151,9 на 1000 (4,9%), болезни нервной системы – 140,6 на 1000 (4,6%), болезни мочеполовой системы – 115,7 на 1000 (3,7%), травмы и отравления – 112,8 на 1000 (3,6%). С 2010 по 2016 годы наблюдается тенденция к снижению заболеваемости болезнями органов пищеварения на 20,4%. Можно отметить, что с возрастом идет значительное нарастание болезней глаза и его придаточного аппарата и болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани: у детей 0-14 лет показатели по этим патологиям ниже, чем у подростков 15-17 лет в 1,9 и 2,1 раза соответственно (табл. 3.1.4).

Таблица 3.1.4

Показатели общей заболеваемости детей от 15 - 17 лет по классам болезней  
(на 1000 детей)

Наименование классов и отдельных болезней	2008 г.	2010 г.	2012 г.	2014 г.	2016 г.
Инфекционные и паразитарные болезни	26,0	28,4	22,9	22,3	21,9
Новообразования	7,9	9,0	8,6	7,0	7,8
Болезни крови и кроветворных органов	4,6	5,1	4,3	4,7	5,7
в том числе анемии	3,5	3,8	3,0	3,2	4,4
Болезни эндокринной системы	77,2	81,1	72,6	74,6	86,5
в том числе сахарный диабет	2,8	3,1	3,0	3,2	3,3
Психические расстройства	0,10	0,10	0,10	0,04	0,04
Болезни системы кровообращения	53,6	57,7	50,1	52,8	61,3
Болезни нервной системы	168,8	143,5	133,5	137,4	140,6
Болезни глаза и его придаточного аппарата	204,6	230,9	209,0	212,1	225,7
Болезни уха и сосцевидного отростка	39,4	42,3	36,4	38,6	37,3
Болезни органов дыхания	757,7	788,4	685,3	678,0	712,8
в том числе бронхиальная астма	30,4	35,3	30,2	28,7	32,1
Болезни органов пищеварения	171,8	182,7	160,6	158,7	151,9
в том числе язвенная болезнь	3,0	3,0	2,4	2,2	2,6
Болезни кожи и подкожной клетчатки	51,1	60,7	45,5	47,5	49,3
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	201,7	227,7	188,1	205,1	246,2
Болезни мочеполовой системы	127,3	139,2	116,3	82,9	115,7
ВПР	33,5	36,9	32,3	32,6	36,4
из них системы кровообращения	12,0	11,4	8,1	10,9	13,1
Травмы и отравления	116,1	148,8	119,4	115,8	112,8

Одним из показателей, характеризующих здоровье детского населения, является число лиц, состоящих под диспансерным наблюдением в связи с наличием тех или иных заболеваний. По данным формы № 12 показатель диспансерного наблюдения среди детей 0-14 лет составил в 2016 году 218,0 на 1000, среди подростков 15-17 лет – 381,9 на 1000. В среднем с 2008 года показатель диспансерного наблюдения среди детского населения увеличился на 40%.

На всем протяжении исследования группа лидеров диспансерной группы как среди детей 0-14 лет, так и среди подростков 15-17 лет оставалась неизменной.

Наибольшие показатели диспансерного наблюдения в возрастной группе 0-14 лет отмечаются при болезнях органов дыхания – 34,4 на 1000, болезнях нервной системы – 32,7 на 1000, болезнях органов пищеварения – 27,7 на 1000, болезнях мочеполовой системы – 19,8 на 1000, болезнях эндокринной системы, расстройствах питания и нарушения обмена веществ – 19,3 на 1000 и болезнях глаза и его придаточного аппарата – 18,5 на 1000.

У подростков 15-17 лет наибольшие показатели диспансерного наблюдения отмечаются при болезнях органов дыхания – 56,2 на 1000, болезнях органов пищеварения – 54,3 на 1000, болезнях глаза и его придаточного аппарата – 49,3 на 1000, болезнях нервной системы – 42,9 на 1000, болезнях эндокринной системы, расстройствах питания и нарушения обмена веществ и болезнях мочеполовой системы по 40,8 на 1000.

Таблица 3.1.5

Данные о выявленных заболеваниях (состояниях) при диспансеризации у детей 0-17 лет в 2016 году

Наименование заболеваний (по классам и отдельным нозологиям)	Всего зарегистрировано заболеваний (абс.)		Показатель на 100 осматриваемых	
	0-14 лет	15-17 лет	0-14 лет	15-17 лет
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	10	0	0,05	0
Новообразования	175	28	0,84	0,6
Болезни крови и кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм, из них:	77	29	0,37	0,6
анемии	38	6	0,2	0,1
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, из них:	1810	1247	8,6	26,5
сахарный диабет	22	8	0,1	0,2
недостаточность питания	260	162	1,2	3,4
ожирение	864	392	4,1	8,3
задержка полового развития	15	35	0,07	0,7
преждевременное половое развитие	0	0	0	0
Болезни нервной системы, из них:	1503	886	7,2	18,8

Продолжение таблицы 3.1.5

церебральный паралич и другие паралитические синдромы	26	6	0,1	0,1
Болезни глаза и его придаточного аппарата	3097	2305	14,8	49,0
Болезни уха и сосцевидного отростка	68	35	0,3	0,7
Болезни системы кровообращения	665	680	3,2	14,4
Болезни органов дыхания, из них:	4252	987	20,3	21,0
астма, астматический статус	347	208	1,6	4,4
Болезни органов пищеварения	2284	1135	10,9	24,1
Болезни кожи и подкожной клетчатки	2914	119	13,9	2,5
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, из них:	9265	3415	44,3	72,6
кифоз, лордоз, сколиоз	195	440	0,9	9,3
Болезни мочеполовой системы, из них:	1446	639	6,9	13,6
болезни мужских половых органов	731	88	3,5	1,9
нарушения ритма и характера менструаций	222	373	1,1	7,9
воспалительные заболевания женских тазовых органов	8	0	0,04	0
невоспалительные болезни женских половых органов	108	7	0,5	0,1
болезни молочной железы	15	8	0,07	0,2
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	0	0	0	0
Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения, из них:	1906	283	9,1	6,0
развития нервной системы	2	1	0,009	0,02
системы кровообращения	1521	202	7,3	4,3
костно-мышечной системы	58	18	0,3	0,4
женских половых органов	0	0	0	0
мужских половых органов	50	21	0,2	0,4
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	7	0	0,03	0
Прочие	0	0	0	0
<b>ВСЕГО ЗАБОЛЕВАНИЙ</b>	<b>29479</b>	<b>11788</b>	<b>140,9</b>	<b>250,6</b>

В районе исследования у детей 0-14 лет показатель заболеваемости по данным диспансеризации составил 140,9 на 100 осмотренных. Среди выявленных заболеваний у данной возрастной группы лидируют болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – 44,3 на 100; далее следуют болезни органов дыхания – 20,3 на 100; болезни глаза и его придаточного аппарата – 14,8 на 100; болезни кожи и подкожной клетчатки – 13,9 на 100; бо-

лезни органов пищеварения – 10,9 на 100; врожденные аномалии (пороки развития) – 9,1 на 100 (табл. 3.1.5).

Показатель заболеваемости по данным диспансеризации среди подростков 15-17 лет составил 250,6 на 100 осмотренных. Наибольшие показатели регистрировались среди болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани - 72,6 на 100; болезней глаза и его придаточного аппарата – 49,0 на 100; болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ – 26,5 на 100, из них в 31,4% случаев диагностировалось ожирение; болезни органов пищеварения – 24,1 на 100; болезни органов дыхания – 21,0 на 100, из них 21% составляла астма; болезни нервной системы – 18,8 на 100; болезни системы кровообращения – 14,4 на 100 (табл. 3.1.5).

По результатам проведенной диспансеризации формируются группы детей, которым необходимы дополнительные консультации, исследования и лечение в условиях поликлиники или стационара. В дополнительных консультациях и исследованиях в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара нуждались 1107 детей 0-17 лет (3,6%), прошли дополнительные исследования все 1107 (100%). Нуждались в дополнительных консультациях и исследованиях в стационарных условиях 32 ребенка 0-17 лет (0,1%), все нуждавшиеся прошли необходимые обследования в стационаре. Рекомендовано лечение в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара 6875 детям 0-17 лет (22,5%), в условиях стационара 69 детям (0,2%), медицинская реабилитация в амбулаторных условиях 1205 детям (3,9%), медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение в стационарных условиях 298 детям (1,0%).

Среди детей 0-17 лет, прошедших диспансеризацию, 10,2% составили дети-инвалиды, которым в полном объеме выполнена индивидуальная программа реабилитации.

По итогам диспансеризации в зависимости от состояния здоровья несовершеннолетние были отнесены к той или иной группе здоровья. Распреде-

ние детей, в том числе организованных, по группам здоровья представлено в таблицах 3.1.6, 3.1.7.

Таблица 3.1.6

## Распределение детей по группам здоровья (%)

	I группа		II группа		III группа		IV группа		V группа	
	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015
Исследуемый район	8,5	7,1	67,2	65,3	23,1	26,8	0,3	0,7	0,9	0,2
Санкт-Петербург	9,7	10,3	67,2	64,6	21,5	23,7	0,5	0,4	1,1	1,0

Также, как и в городе в целом, в районе 2/3 детей были отнесены ко II группе здоровья, чуть больше пятой части детей – к III группе здоровья, далее следует I группа здоровья, V и IV группы. По сравнению с 2015 годом в исследуемом районе отмечено снижение доли III группы на 16,0% и более чем в 2 раза IV группы; незначительное увеличение I и II групп. Несмотря на то, что удельный вес V группы здоровья в районе ниже чем в городе, зафиксирован рост ее в течение года более чем в 4 раза с 0,2% в 2015 году до 0,9% в 2016 году, это свидетельствует об увеличении доли детей с тяжелыми хроническими заболеваниями, с физическими недостатками, последствиями травм и операций с выраженным нарушением функций органов и систем организма и значительным ограничением возможности обучения или труда и детей-инвалидов (табл. 3.1.6).

Таблица 3.1.7

## Распределение организованных детей по группам здоровья в 2016 году

Категория детей/группа	I	II	III	IV	V
Дети, посещающие дошкольные образовательные учреждения	7,7%	72,4%	17,6%	0,6%	1,7%
Школьники 1-11 класс	6,6%	65,4%	26,7%	0,6%	0,7%
в т.ч. 1 класса	8,4%	68,5%	21,8%	0,5%	0,8%
в т.ч. 9 класса	6,2%	60,5%	32,5%	0,4%	0,4%
в т.ч. 11 класса	3,5%	54,7%	40,4%	0,8%	0,6%
Учащиеся образовательных учреждений начального и среднего проф. образования и рабочая молодежь 15-17 лет	9,3%	56,3%	33,3%	1,0%	0,1%
<b>ИТОГО</b>	<b>7,1%</b>	<b>66,3%</b>	<b>25,0%</b>	<b>0,7%</b>	<b>0,9%</b>

В таблице 3.1.7 представлено распределение организованных детей по группам здоровья в зависимости от типа детского учреждения: детские дошкольные и школьные (средние) образовательные учреждения, образовательные учреждения начального и среднего профессионального образования (ОУНСПО). Как видно из представленных данных, самая многочисленная II группа здоровья, особенно среди детей из дошкольных образовательных учреждений (ДОУ) - 72,4%, среди школьников – 65,4%, среди учащихся ОУНСПО – 56,3%. Однако, следует отметить, что с возрастом происходит увеличение III группы здоровья, что свидетельствует о росте хронической патологии среди школьников и учащихся ОУНСПО. Так, если у дошкольников III группа здоровья составляет 17,6%, то среди учащихся ОУНСПО ее доля практически в 2 раза выше – 33,3%, это происходит за счет снижения почти на 22,3% II группы здоровья с 72,4% у дошкольников до 56,3% у учащихся ОУНСПО; I группа здоровья самая многочисленная у учащихся ОУНСПО – 9,3%, наименьший показатель у школьников – 6,6%. У детей, посещающих ДОУ, зафиксирована самая многочисленная V группа (1,7%), что в 17 раз выше, чем у учащихся ОУНСПО и в 2,4 раза - чем у дошкольников. Среди школьников с возрастом снижается в 2,4 раза I группа здоровья и увеличивается в 1,5 раза III группа здоровья, что лишний раз подтверждает накопление хронической патологии в процессе взросления ребенка.

Таблица 3.1.8

## Хронические заболевания организованных детей за 2016 год

Наименование классов и отдельных болезней	В детских образовательных учреждениях		В средних образовательных школах (СОШ)		В образовательных учреждениях начального и среднего профессионального образования	
	всего	На 1000	всего	На 1000	всего	На 1000
Инфекционные и паразитарные заболевания всего:	8	1,1	10	0,5	0	0
Новообразования злокачественные	6	0,8	16	0,8	0	0,0

Продолжение таблицы 3.1.8

в т.ч. злокачественные новообразования лимфатической и кроветворной систем	0	0,0	5	0,3	0	0,0
Б-ни эндокринной системы, р-ва питания, в т.ч.	84	11,3	599	31,1	79	29,6
заболевания щитовидной железы	8	5,4	125	6,5	21	7,9
диабет	2	3,2	41	2,1	6	2,2
Б-и крови и кроветворных орган.	20	2,7	43	2,2	11	4,1
в т.ч. анемия	6	0,8	3	0,2	0	0,0
Психические расстройства и расстройства поведения	351	47,0	405	21,0	4	1,5
Б-ни нервной системы	169	22,6	607	31,5	189	70,8
Б-ни глаза и его придатков	320	42,9	1400	72,8	197	73,8
в т.ч. близорукость	48	6,4	793	41,2	173	64,7
Б-ни уха и сосцевидного отростка	27	3,6	49	2,5	6	2,2
Б-ни системы кровообращения	29	3,9	408	21,2	61	22,8
Б-ни органов дыхания	258	34,6	986	51,3	137	51,3
в т.ч. бронхиальная астма	69	9,2	522	27,1	118	44,2
Б-ни органов пищеварения	250	33,5	709	36,9	161	60,3
в т.ч. язвенная б-нь желудка и 12-перстной кишки	0	0,0	13	0,7	7	2,6
Б-ни мочеполовой системы	136	18,2	405	21,0	61	22,8
Б-ни кожи и подкожной клетчатки	174	23,3	233	12,1	32	11,9
Б-ни костно-мышечной системы и соединительной тканей	242	32,4	1447	75,2	192	71,9
в т.ч. сколиоз	10	1,3	676	35,1	112	41,9
Врожденные пороки развития	166	22,2	334	17,3	32	11,9
в т.ч. пороки сердца и сосудов	86	11,5	193	10,0	17	6,3
Травмы, отравления и др. воздействия внешних причин	5	0,7	43	2,2	3	1,1
Прочие заболевания	3	0,4	3	0,2	0	0,0
ВСЕГО	2248	301,3	7697	400,1	1165	436,2

Об ухудшении состояния здоровья детей с возрастом говорит и рост показателя хронической заболеваемости, так у воспитанников дошкольных образовательных учреждений (ДОУ) показатель равен 301,3 на 1000, у школьников – 400,1 на 1000 (на 32,8% выше, чем в ДОУ), у учащихся образовательных учреждений начального и среднего профессионального образования (ОУНСПО) – 436,2 на 1000 (на 44,8% выше, чем в ДОУ и на 9,0% выше, чем у школьников) (табл. 3.1.8).

Структура хронической патологии имеет свои отличия в зависимости от возраста. Так у воспитанников ДОУ пятерка лидеров выглядит следующим образом: психические расстройства и расстройства поведения – 15,6% (47,0 на 1000), болезни глаза и его придаточного аппарата – 14,2% (42,9 на 1000), болезни органов дыхания – 11,5% (34,6 на 1000), болезни органов пищеварения – 11,1% (33,5 на 1000), болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – 10,8% (32,4 на 1000). У учащихся средних общеобразовательных школ (СОШ): болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – 18,8% (75,2 на 1000), болезни глаза и его придаточного аппарата – 18,2% (72,8 на 1000), болезни органов дыхания – 12,8% (51,3 на 1000), болезни органов пищеварения – 9,2% (36,9 на 1000), болезни нервной системы – 7,9% (31,5 на 1000). У учащихся ОУНСПО: болезни глаза и его придаточного аппарата – 16,9% (73,8 на 1000), болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – 16,5% (71,9 на 1000), болезни нервной системы – 16,2% (70,8 на 1000), болезни органов пищеварения – 13,8% (60,3 на 1000), болезни органов дыхания – 11,8% (51,3 на 1000). С увеличением возраста отмечается снижение психических расстройств и расстройств поведения в 2,2 раза у школьников по сравнению с воспитанниками ДОУ и в 14 раз у учащихся ОУНСПО по сравнению со школьниками; болезнью кожи и подкожной клетчатки почти в 2 раза у школьников и учащихся ОУНСПО по сравнению с ДОУ, ВПР – в 1,3 и 1,4 раза соответственно. Рост отмечается по следующим классам болезней: болезни нервной системы соответственно в 1,4 и 2,2 раза; болезнью глаза и его придаточного аппарата в 1,7 раза (близко-

рукости в 6,4 и 1,6 раза соответственно); болезней системы кровообращения в 5,5 раза; бронхиальной астмы в 2,9 и 1,6 раза соответственно; болезней органов пищеварения в 1,6 раза; болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани в 2,3 раза.

Важным является контроль за распространением социально-обусловленных инфекционных заболеваний у детей. По-прежнему актуальными являются ВИЧ-инфекция, гепатиты, туберкулез и педикулез.

В исследуемом районе заболеваемость туберкулезом среди детей 0-17 лет за период наблюдения выросла на 10,0% с 20,3 на 100 000 в 2008 году до 22,5 на 100 000 в 2016 году. Рост данной патологии связан со значительным числом мигрантов из бывших среднеазиатских советских республик, проживающих в районе исследования, и большим количеством коммунальных квартир в старом жилом фонде. Такая же ситуация отмечалась и с педикулезом: если в 2008 году показатель составлял 393,9 на 100 000, то к 2016 году он увеличился до 437,6 на 100 000 (+ 10,0%).

С учетом активной иммунизации против гепатита «В», показатель заболеваемости данной патологией с 2008 года по 2016 год снизился в 18 раз. Если в начале исследования в районе регистрировалось 56 случаев гепатита «В» у детей, то в конце – 3-4 случая.

По данным таблицы 3.1.9 в настоящее время в районе 7 ВИЧ-инфицированных детей (прибыли под наблюдение в Центральный район в 2009 г.), все опекаемые. Шесть детей учатся в средних общеобразовательных школах и один ребенок дошкольного возраста посещает ДОУ. Все ВИЧ-инфицированные дети имеют инвалидность (оформлена в Центре инфекционных заболеваний (ЦИЗ), получают необходимое лечение, полностью обследованы, в том числе на туберкулез. Дети прививаются в условиях детских поликлиник района по индивидуальному плану, составленному иммунологом.

В районе наблюдаются дети от ВИЧ-инфицированных матерей. Они состоят под наблюдением в детских поликлиниках и ЦИЗ до 2 лет. Из пери-

натального контакта ВИЧ-инфекции у детей не выявлено, все сняты с учета по выздоровлению.

Таблица 3.1.9

**Динамика наблюдения ВИЧ-инфицированных детей  
и детей из перинатального контакта по ВИЧ-инфекции (R-75)**

Контингент	ВИЧ инфицированные дети				Дети из перинатального кон- такта по ВИЧ-инфекции (R-75)			
	2010	2012	2014	2016	2010	2012	2014	2016
Дети 0-17 лет (абс.)	6	6	7	7	21	9	19	13

Все ВИЧ-инфицированные дети и дети от ВИЧ-инфицированных матерей взяты на медико-социальное сопровождение Отделением медико-социальной помощи детской поликлиники.

Таким образом, в условиях современного мегаполиса среди детей независимо от возраста отмечается рост заболеваемости, особенно среди детей младшего возраста. Негативной особенностью в состоянии здоровья детского населения является увеличение хронических форм патологии у детей в более старшем возрасте. Все это приводит к увеличению количества детей, требующих углубленного обследования, что повышает нагрузку на имеющийся медицинский персонал медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь детскому населению.

Для более рационального мониторинга здоровья и своевременной его коррекции представляется целесообразным выделять различные контингенты детей с учетом медико-социального статуса, что позволит более точно определить направления профилактической и лечебной работы.

### ***3.2. Особенности состояния здоровья детей из групп социального риска***

Комплексное решение медико-социальных проблем детей и подростков из групп социального риска, своевременность их выявления, анализ медицинских, медико-социальных, социальных и гигиенических факторов риска и

выработка рекомендаций по формированию здорового образа жизни имеет большое значение.

Важным решением для мониторинга состояния здоровья детей с учетом медико-социального статуса семьи было создание в 2008 году в структуре одной из детских поликлиник района, где проводилось исследование, отделения медико-социальной помощи.

Под наблюдением в отделении медико-социальной помощи состояли различные контингенты детей. Структура социальных групп детей, наблюдаемых отделением, представлена на рисунке 3.2.1.

Как видно из представленных данных, наибольшую группу составляют дети из многодетных семей (49,9%), вторая по численности группа - дети из неблагополучных семей (16,7%), затем дети, совершившие правонарушения (11,8%), дети-инвалиды (11,5%), дети, находящиеся под опекой (9,8%) и юные матери (0,3%) (рис. 3.2.1).

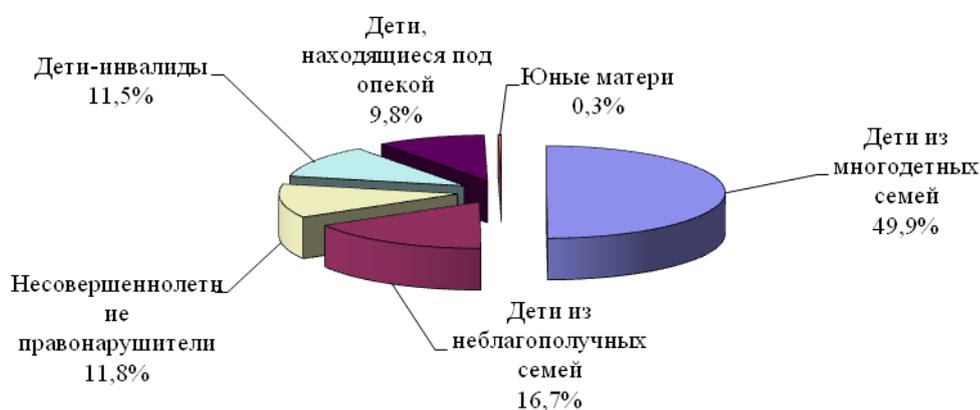


Рисунок 3.2.1. Структура социальных групп детей, наблюдаемых отделением медико-социальной помощи (%).

Численность детей, состоящих на учете в отделении медико-социальной помощи, имеет постоянную тенденцию к росту, что свидетельствует о востребованности данного вида помощи. Если в первый год существо-

вания отделения на учете стояло 15,6% детей района, то в 2016 году их численность увеличилась в 1,3 раза до 20,3% (рис. 3.2.2).

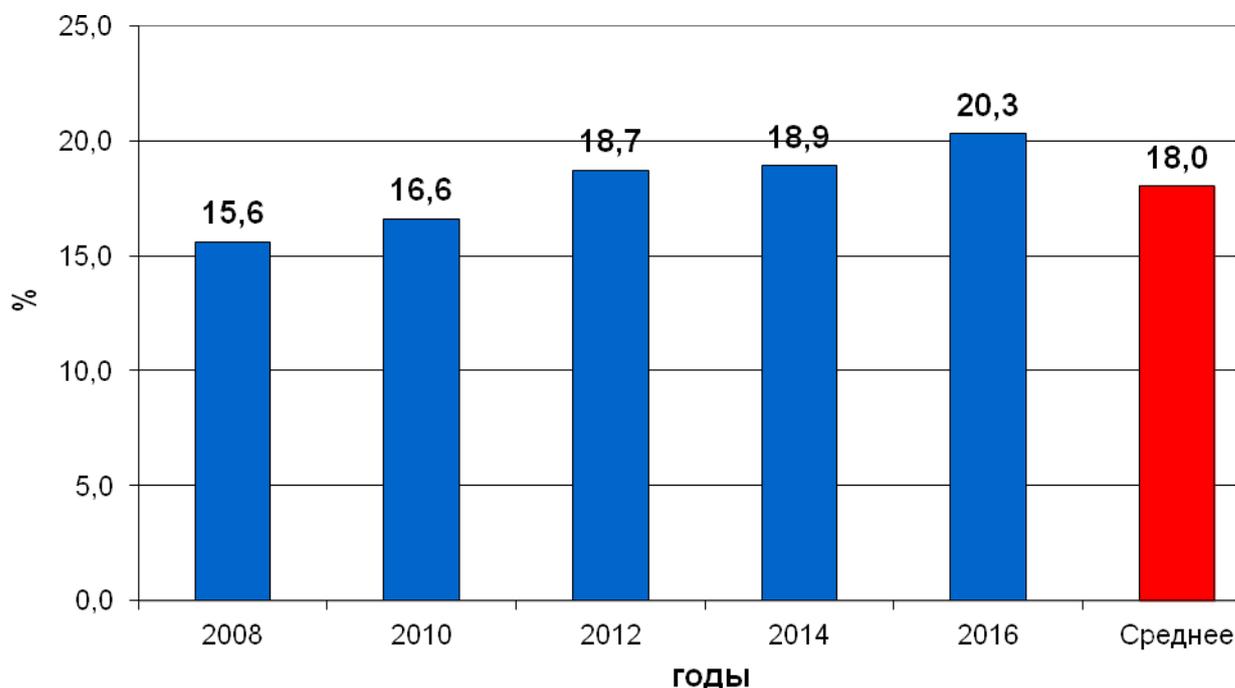


Рисунок 3.2.2. Динамика численности детей, состоящих на учете в отделении медико-социальной помощи в 2008-2016 гг. (% от численности детского населения).

Как видно из представленных данных на рисунке 3.2.3, 75,0% детей, находящихся под наблюдением отделения медико-социальной помощи, дети школьного возраста, из них 54% - в возрасте 7-14 лет и 21,0% - подростки в возрасте 15-17 лет. Третья по численности группа детей 3-6 лет – 17,0%, самая малочисленная группа – младшего детского возраста 0-3 года – 8,0%.

С целью определения особенностей формирования показателей состояния здоровья с учетом различных медико-социальных факторов были проанализированы данные о распространенности хронических заболеваний среди детей, наблюдаемых отделением медико-социальной помощи, и входящих в различные группы социального риска. В исследовании были использованы данные о состоянии здоровья детей, полученные в ходе комплексных углубленных профилактических осмотров.

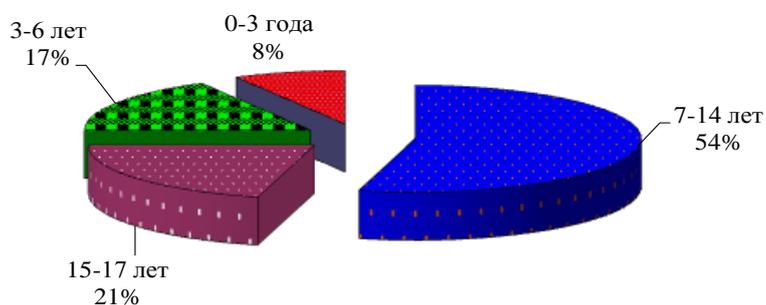


Рисунок 3.2.3. Структура возрастного состава детей, состоящих на учете в отделении медико-социальной помощи в 2016 гг.

Почти половина детей из групп социального риска отнесены ко второй группе здоровья (47,2%), что ниже чем в целом в детской популяции исследуемого района (67,2%) ( $p < 0,01$ ), треть детей - отнесены к третьей группе здоровья (30,3%) (у детей района – 21,5% ( $p < 0,05$ )), к четвертой группе – 8,0% (в районе – 0,5% ( $p < 0,001$ )), к пятой группе – 11,5% (в районе – 1,1% ( $p < 0,001$ )), к первой группе - здоровые несовершеннолетние, имеющие нормальное физическое и психическое развитие, не имеющие анатомических дефектов, функциональных и морфофункциональных нарушений – 3,0% (в районе – 9,7% ( $p < 0,01$ )) (рис. 3.2.4).

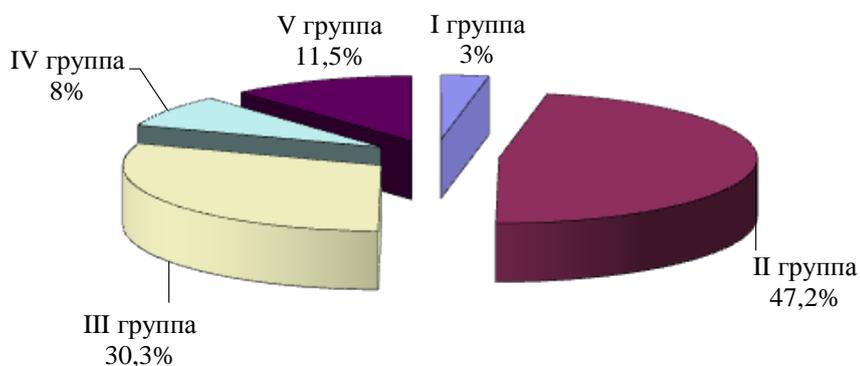


Рисунок 3.2.4. Распределение на группы здоровья детей, состоящих на учете в отделении медико-социальной помощи.

Таким образом, практически половина (49,8%) детей, находящихся в социально неблагополучной ситуации, имеет хронические заболевания в той или иной стадии либо физические недостатки, последствия травм и операций, у части детей приведших к инвалидности.

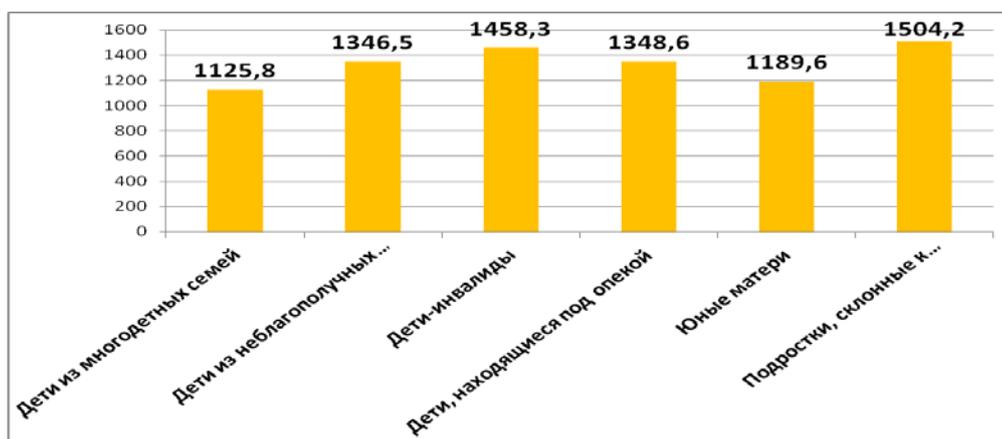


Рисунок 3.2.5. Заболеваемость детей из различных групп социального риска.

Наибольший уровень заболеваемости (1504,2 на 1000) отмечен среди детей, склонных к правонарушениям. На втором месте находятся дети-инвалиды с показателем 1458,3 на 1000. Третье место делят дети, находящиеся под опекой (1348,6 на 1000) и дети из неблагополучных семей (1346,5 на 1000) ( $p > 0,05$ ). Четвертое место у юных матерей (1189,6 на 1000), пятое место у детей из многодетных семей 1125,8 на 1000 (рис. 3.2.5).

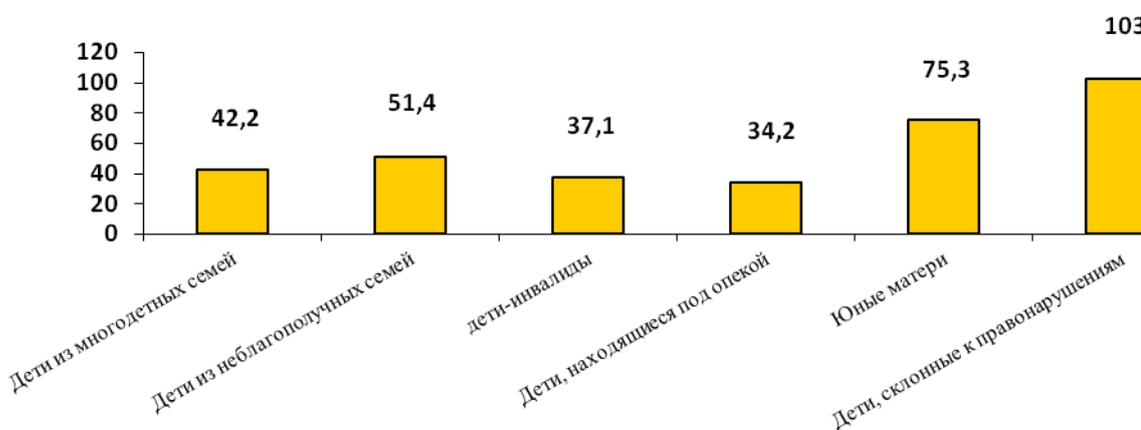


Рисунок 3.2.6. Распространенность инфекционных и паразитарных заболеваний среди детей из групп социального риска (на 1000).

Самая высокая распространенность инфекционных и паразитарных заболеваний выявлена среди детей, склонных к правонарушению, - 103,0 на 1000, что достоверно выше, чем среди других групп детей ( $p < 0,01$ ,  $p < 0,001$ ). На втором месте находятся юные матери (75,3 на 1000), на третьем месте – дети из неблагополучных семей (51,4 на 1000), затем дети из многодетных семей (42,2 на 1000), последнее место у детей-инвалидов (37,1 на 1000) и детей, находящихся под опекой (34,2 на 1000) ( $p > 0,05$ ) (рис. 3.2.6). Среди инфекционных и паразитарных заболеваний лидерами являются стрептококковая инфекция (21,0%) и глистная инвазия (11,0%).

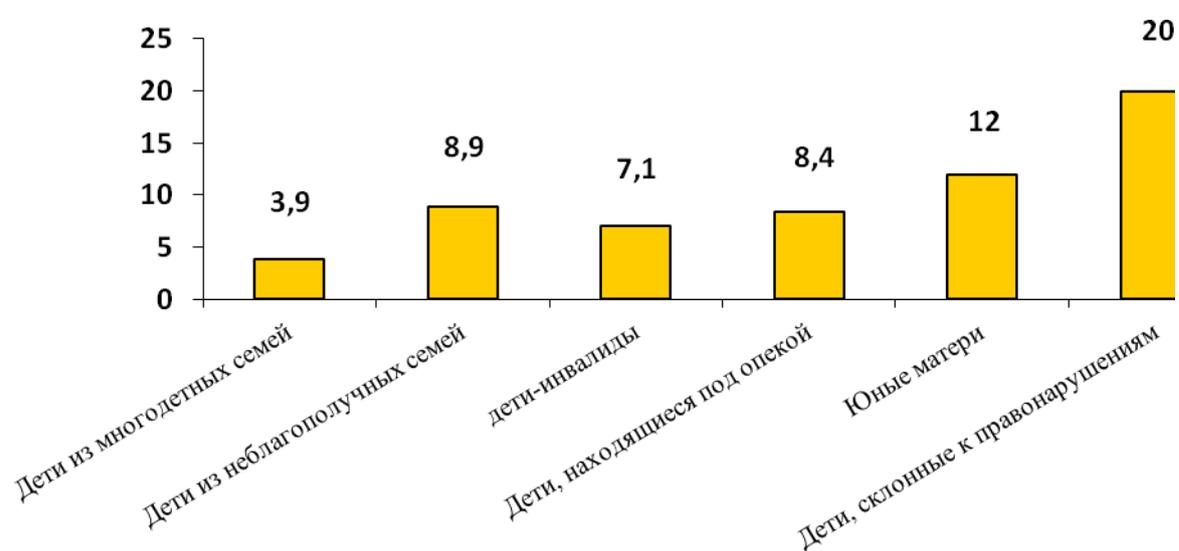


Рисунок 3.2.7. Распространенность новообразований среди детей из групп социального риска (на 1000).

Ситуация с заболеваемостью новообразованиями несколько схожа с предыдущим классом болезней. На первом месте также находится группа несовершеннолетних правонарушителей (20,0 на 1000), второе место принадлежит юным матерям (12,0 на 1000), третье место делят дети из неблагополучных семей (8,9 на 1000) и дети, находящиеся под опекой (8,4 на 1000) ( $p > 0,05$ ), четвертое место у детей-инвалидов (7,1 на 1000), пятое место среди детей из многодетных семей (3,9 на 1000), у которых показатель в 2 раза меньше, чем у предыдущей группы и в 5 раз – чем у детей, склонных к пра-

вонарушениям (рис. 3.2.7). В классе новообразований чаще регистрируются гемангиомы и папилломы.

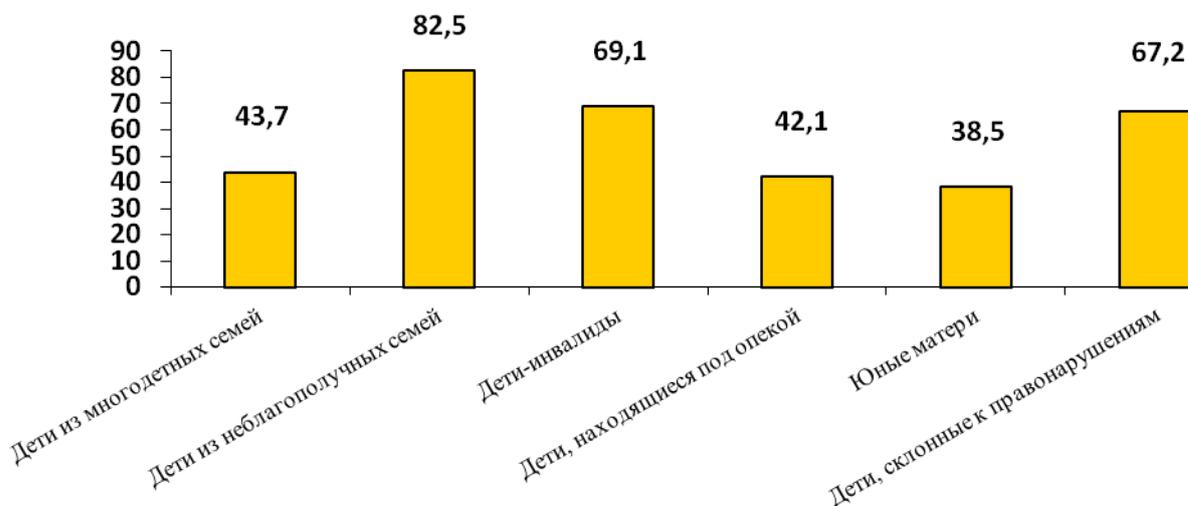


Рисунок 3.2.8. Распространенность болезней крови и кроветворных органов среди детей из групп социального риска (на 1000).

Распространенность болезней крови и кроветворных органов самая высокая у детей из неблагополучных семей (82,5 на 1000). На втором месте стоят две группы, дети-инвалиды (69,1 на 1000) и дети, склонные к правонарушениям (67,2 на 1000) ( $p > 0,05$ ), на третьем месте – дети из многодетных семей (43,7 на 1000), дети, находящиеся под опекой (42,1 на 1000) и юные матери (38,5 на 1000) ( $p > 0,05$ ) (рис. 3.2.8). Ведущим заболеванием в данном классе болезней являются анемии – 25,0%.

Наибольшая заболеваемость болезнями эндокринной системы, расстройствами питания и обмена веществ зафиксирована у несовершеннолетних правонарушителей (164,9 на 1000). На втором месте с показателем ниже в 2 раза находятся дети-инвалиды (80,9 на 1000); на третьем месте – дети, находящиеся под опекой (73,6 на 1000), дети из неблагополучных семей (71,5 на 1000) и дети из многодетных семей (68,6 на 1000) ( $p > 0,05$ ); четвертое место – юные матери (59,7 на 1000) (рис. 3.2.9).

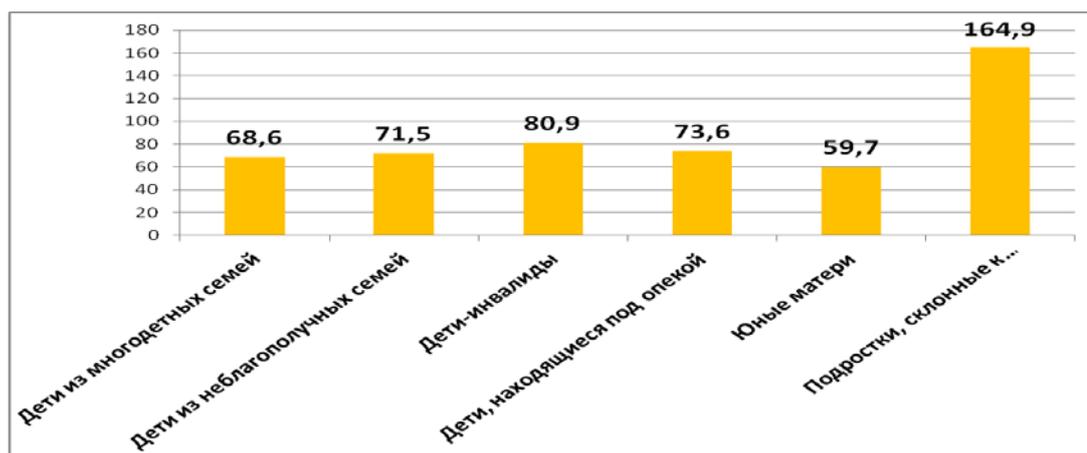


Рисунок 3.2.9. Распространенность болезней эндокринной системы, расстройств питания и обмена веществ среди детей из групп социального риска (на 1000).

В этом классе болезней 32,0% приходится на белково-энергетическую недостаточность, 14,0% - на ожирение, 7,0% - на сахарный диабет.

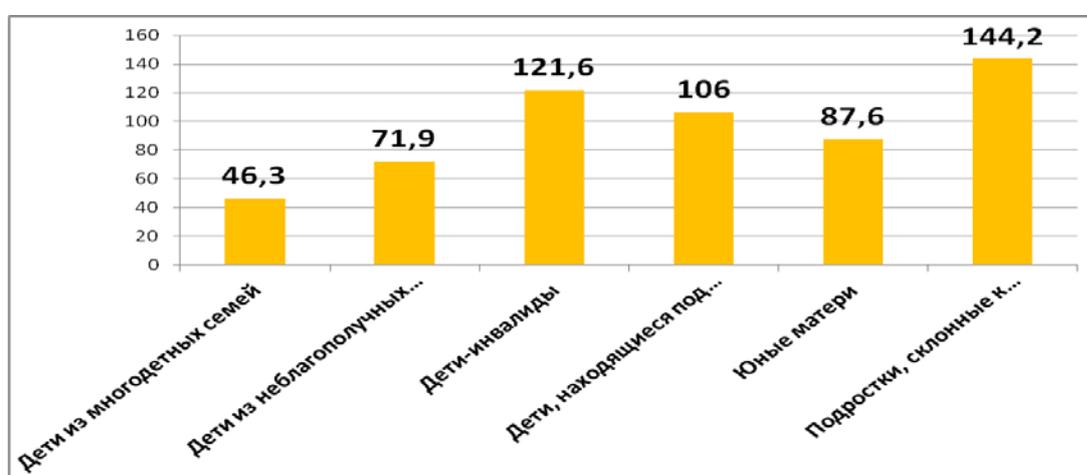


Рисунок 3.2.10. Распространенность психических расстройств и расстройств поведения среди детей из групп социального риска (на 1000).

Психические расстройства и расстройства поведения чаще встречаются у детей, склонных к правонарушению (144,2 на 1000), на втором месте - дети-инвалиды (121,6 на 1000), на третьем месте - дети, находящиеся под опекой (106 на 1000), на четвертом месте – юные матери (87,6 на 1000), на пятом

месте – дети из неблагополучных семей (71,9 на 1000), на шестом месте – дети из многодетных семей (46,3 на 1000) (рис. 3.2.10).

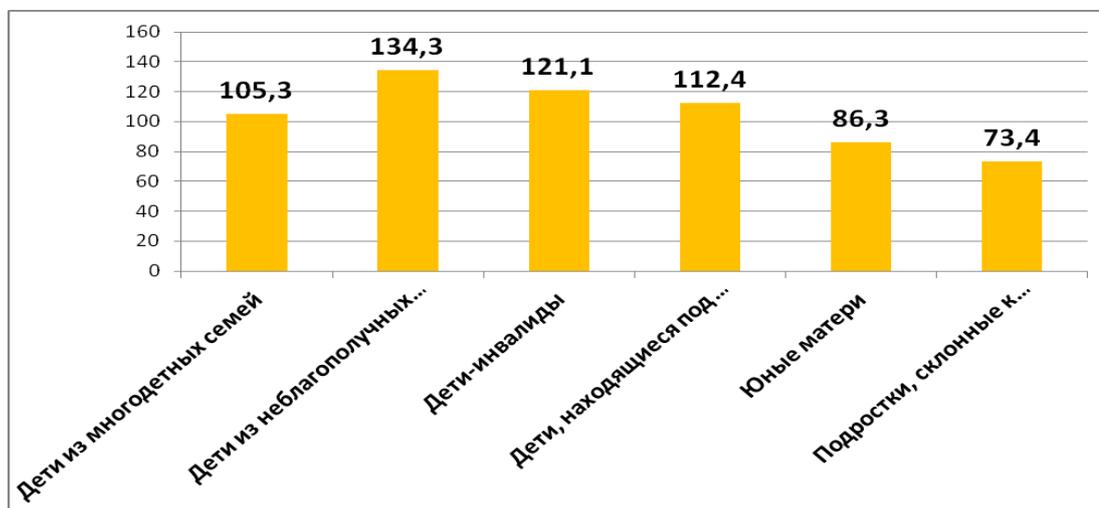


Рисунок 3.2.11. Распространенность болезней нервной системы среди детей из групп социального риска (на 1000).

У детей из неблагополучных семей болезни нервной системы выявляются чаще, чем у детей из других групп (134,3 на 1000), на 10,0% показатель ниже у детей-инвалидов (121,1 на 1000), еще ниже показатель у детей, находящихся под опекой (112,4 на 1000), и детей из многодетных семей (105,3 на 1000) ( $p > 0,05$ ), у юных матерей - 86,3 на 1000, самый низкий показатель у несовершеннолетних нарушителей - 73,4 на 1000 (рис. 3.2.11). В данном классе болезней у 82,0% детей диагностировано острое нарушение речи и у 54,0% - синдром гипервозбудимости.

Наиболее высокая распространенность болезней глаза и его придаточного аппарата у детей из многодетных семей (177,6 на 1000), на 23,6% показатель ниже у детей-инвалидов (135,8 на 1000), на третьем месте находятся две группы, дети из неблагополучных семей (123,7 на 1000) и дети, находящиеся под опекой (121,3 на 1000) ( $p > 0,05$ ), на четвертом месте – дети, склонные к правонарушениям (95,7 на 1000), на пятом месте – юные матери (86,3 на 1000) (рис. 3.2.12).

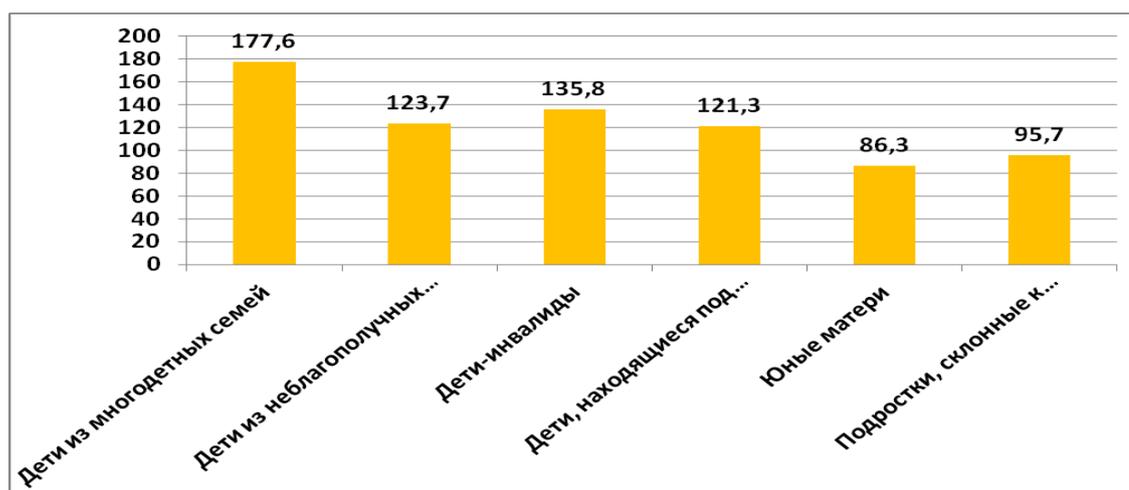


Рисунок 3.2.12. Распространенность болезней глаза и его придаточного аппарата среди детей из групп социального риска (на 1000).

У 78,0% детей из групп социального неблагополучия выявлена миопия, у 32,0% - астигматизм.

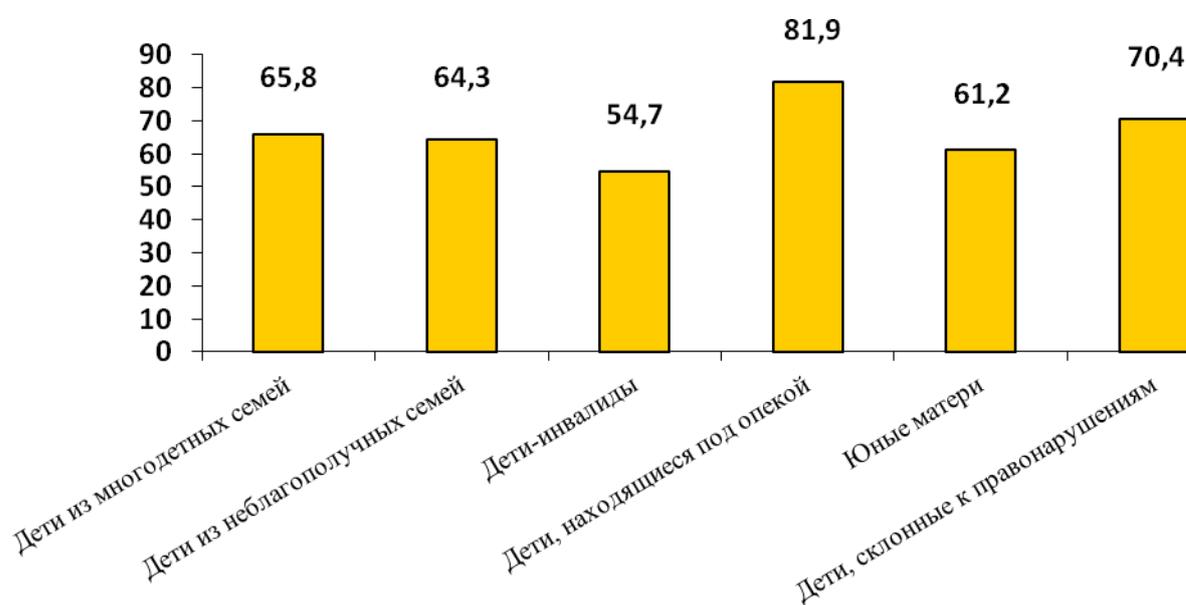


Рисунок 3.2.13. Распространенность болезней уха и сосцевидного отростка среди детей из групп социального риска (на 1000).

Болезни уха и сосцевидного отростка чаще диагностировались у детей, находящихся под опекой (81,9 на 1000), затем у несовершеннолетних правонарушителей (70,4 на 1000), третье место делят между собой три группы, де-

ти из многодетных семей (65,8 на 1000), дети из неблагополучных семей (64,3 на 1000) и юные матери (61,2 на 1000) ( $p > 0,05$ ), четвертое место занимают дети-инвалиды (54,7 на 1000) (рис. 3.2.13).

Почти у трети детей этих групп (29,0%) регистрировались синуситы и в 18,0% - отиты.

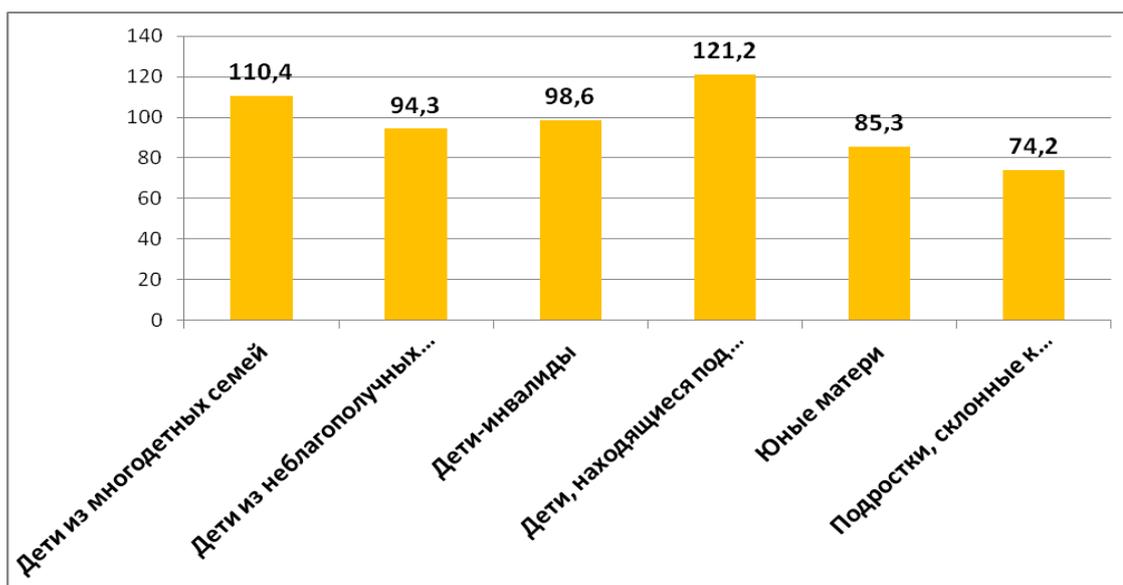


Рисунок 3.2.14. Распространенность болезней системы кровообращения среди детей из групп социального риска (на 1000).

Болезни системы кровообращения так же чаще распространены у детей, находящихся под опекой (121,2 на 1000), далее следуют дети из многодетных семей (110,4 на 1000), на третьем месте находятся дети-инвалиды (98,6 на 1000) и дети из неблагополучных семей (94,3 на 1000) ( $p > 0,05$ ), юные матери занимают четвертое место (85,3 на 1000), пятое место – дети, склонные к правонарушениям (74,2 на 1000) (рис. 3.2.14).

В 78,0% у детей, состоящих под наблюдением отделения медико-социально помощи, из групп социального риска выявлялось нарушение ритма, варикоцеле – в 21,0%, заболевания, характеризующиеся повышением артериального давления, – в 19,0%.

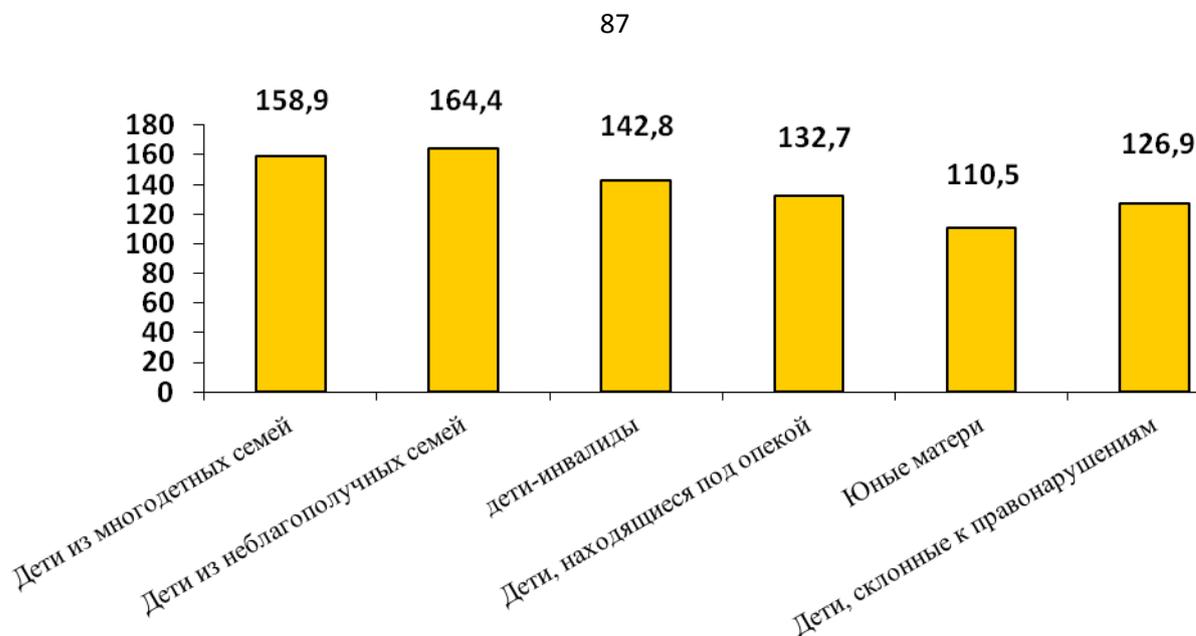


Рисунок 3.2.15. Распространенность болезней органов дыхания среди детей из групп социального риска (на 1000).

Показатель заболеваемости болезнями органов дыхания выше в двух группах детей, воспитывающихся в неблагополучных (164,4 на 1000) и многодетных (158,9 на 1000) семьях ( $p > 0,05$ ), на 10,0% показатель ниже у детей-инвалидов (142,8 на 1000), на 17,0-19,0% ниже - у детей, находящихся под опекой (132,7 на 1000) и склонных к правонарушению (126,9 на 1000), самый низкий показатель у юных матерей (110,5 на 1000) (рис. 3.2.15). В структуре болезней органов дыхания 67,0% приходится на ОРЗ, 17,0% - на бронхиальную астму.

Разброс показателя заболеваемости болезнями органов пищеварения составляет от 194,3 на 1000 у детей из неблагополучных семей до 112,8 на 1000 у юных матерей (ниже на 74,3%). Группа детей из многодетных семей находится на втором месте, распространенность у них составила 176,1 на 1000. Третье место разделили группа детей-инвалидов (141,7 на 1000) и группа детей, находящихся под опекой (140,3 на 1000) ( $p > 0,05$ ). У детей из многодетных семей четвертое место с показателем 176,1 на 1000, пятое место – у детей, склонных к правонарушениям 167,9 на 1000 (рис. 3.2.16).

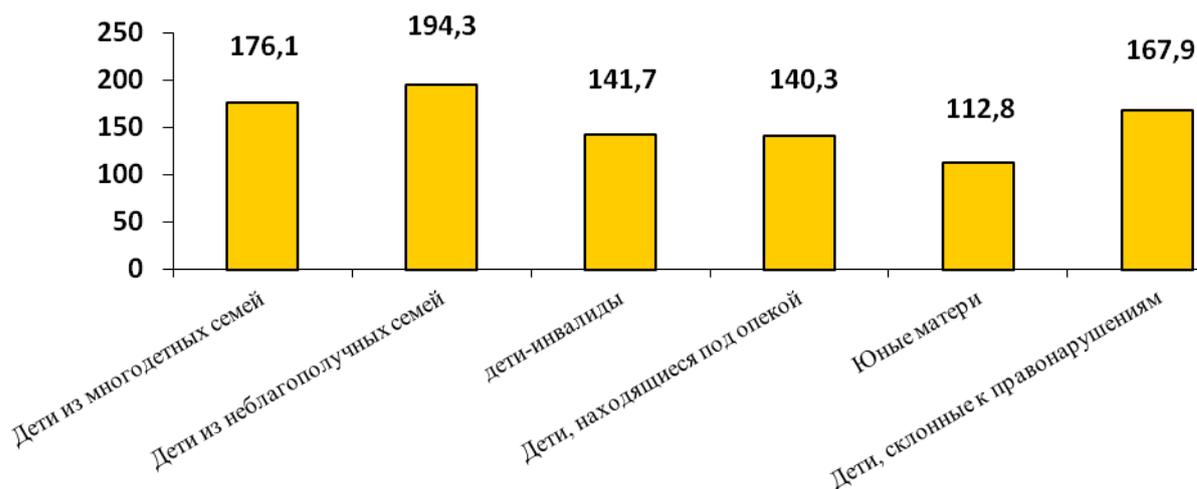


Рисунок 3.2.16. Распространенность болезней органов пищеварения среди детей из групп социального риска (на 1000).

Ведущими причинами в классе болезней органов пищеварения являются кариес 91,0% и грыжи 32,0%

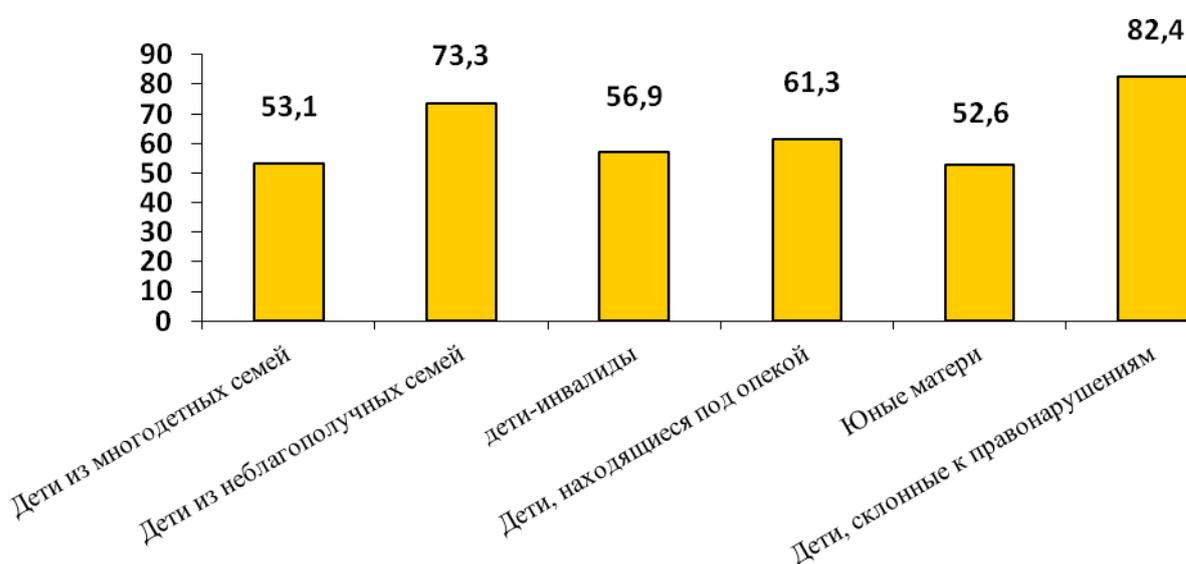


Рисунок 3.2.17. Распространенность болезней кожи и подкожной клетчатки среди детей из групп социального риска (на 1000).

У детей, склонных к правонарушениям, самый высокий показатель заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки (82,4 на 1000), на 11,0% показатель ниже у детей из неблагополучных семей (73,3 на 1000).

Третья позиция у детей, находящихся под опекой (61,3 на 1000), и детей-инвалидов (56,9 на 1000) ( $p>0,05$ ), самые низкие показатели у детей из многодетных семей (53,1 на 1000) и юных матерей (52,6 на 1000) (рис. 3.2.17). Чаще всего в данном классе регистрируются стрептодермия – 62,0% и аллергодерматит – 43,0%.

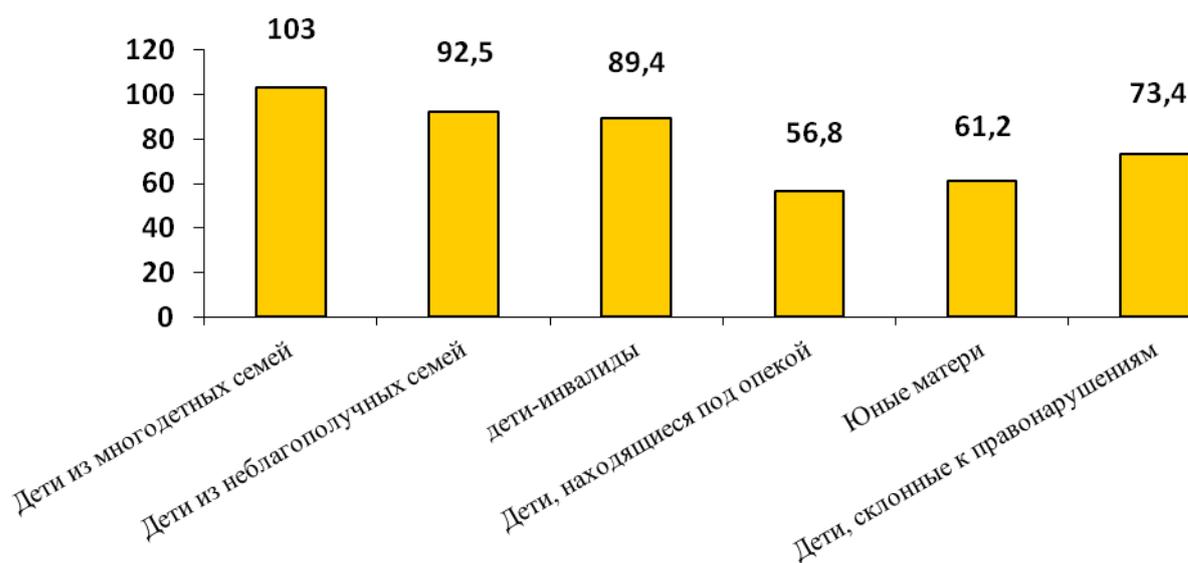


Рисунок 3.2.18. Распространенность болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани среди детей из групп социального риска (на 1000).

Распространенность болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани больше всего у детей из многодетных семей (103,0 на 1000). Второе место делят между собой две группы, это дети из неблагополучных семей (92,5 на 1000) и дети-инвалиды (89,4 на 1000) ( $p>0,05$ ). Группа детей, склонных к правонарушениям, стоит на третьем месте (73,4 на 1000). Последнюю позицию разделили юные матери (61,2 на 1000) и дети, находящиеся под опекой (56,8 на 1000) (рис. 3.2.18). В 81,0% случаев у детей из групп социального риска диагностируется нарушение осанки, в 67,0% - плоскостопие, в 14,0 - 16,0% артропатии и артрозы.

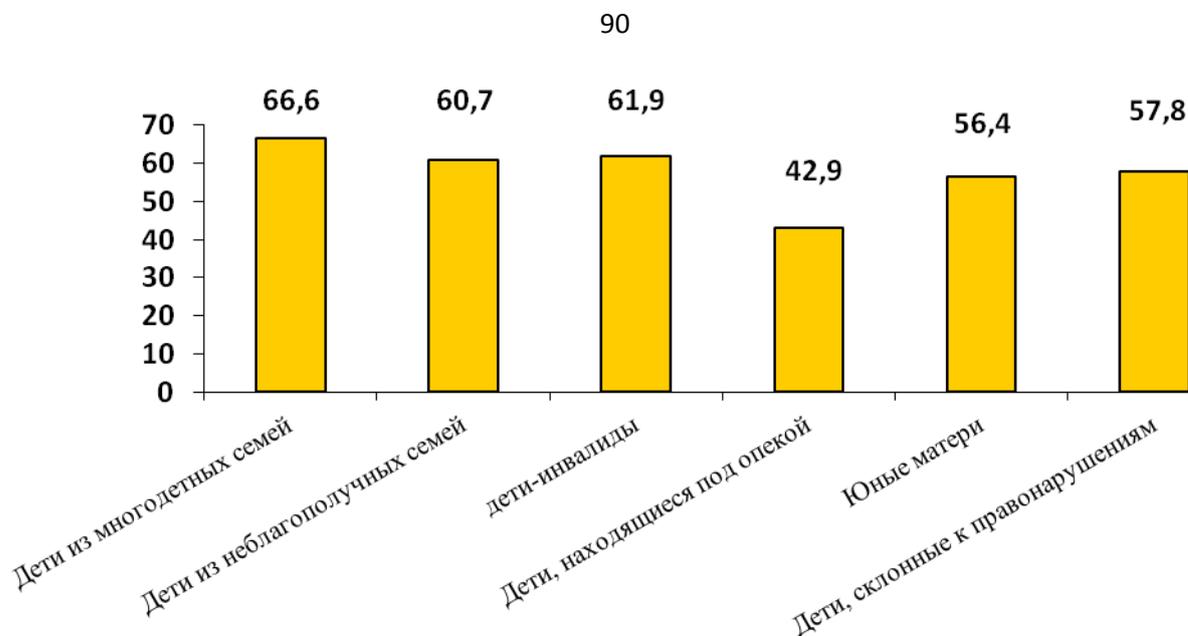


Рисунок 3.2.19. Распространенность болезней мочеполовой системы среди детей из групп социального риска (на 1000).

Среди детей исследуемых групп, самая высокая распространенность болезней мочеполовой системы у детей из многодетных семей (66,6 на 1000). У четырех групп – дети-инвалиды, дети из неблагополучных семей, дети, склонные к правонарушению и юные матери – не выявлено достоверных различий в показатели заболеваемости данным классом болезней ( $p > 0,05$ ). Наименьший показатель в группе детей, находящихся под опекой (42,9 на 1000) (рис.3.2.19). В структуре болезней мочеполовой системы чаще регистрируются энурез – 38,0% и синехии – 19,0%.

Показатели распространенности врожденных пороков развития у детей, стоящих на учете в отделении медико-социальной помощи, между первым и последним местом различаются в 3 раза. Данный класс чаще регистрировался у детей из неблагополучных семей (97,1 на 1000). Дети-инвалиды (81,4 на 1000), дети из многодетных семей (79,2 на 1000) и дети, находящиеся под опекой (76,9 на 1000) делят второе место ( $p > 0,05$ ). Четвертое место занимают юные матери с показателем 42,1 на 1000, пятое место – несовершеннолетние правонарушители (31,8 на 1000) (рис. 3.2.20). Среди всех пороков развития более половины (57,0%) приходится на пороки системы кровообращения.

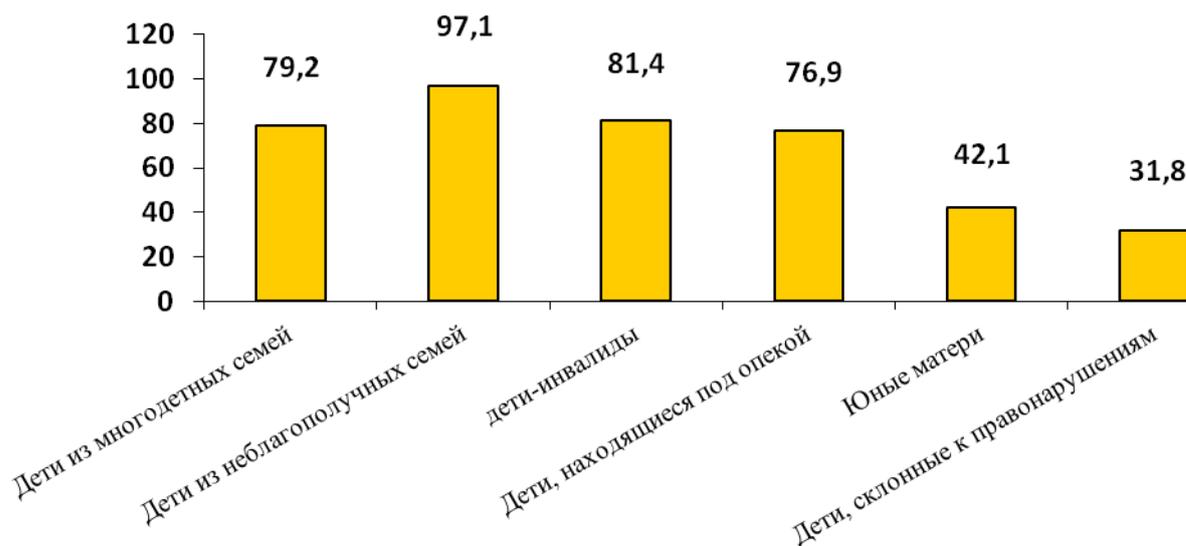


Рисунок 3.2.20. Распространенность врожденных пороков развития среди детей из групп социального риска (на 1000).

Таким образом, в ходе исследования были получены убедительные данные, свидетельствующие о существенных различиях в уровнях заболеваемости в целом и заболеваемости по ряду классов болезней между различными социальными группами наблюдаемых детей. Так распространенность болезней эндокринной системы, расстройства питания и обмена веществ у детей, склонных к правонарушениям, в 2-2,5 раза выше, чем среди детей из других наблюдаемых групп. Еще более выраженные отличия были получены при оценке распространенности психических расстройств и расстройств поведения, которые также встречаются среди несовершеннолетних правонарушителей в 2 раза чаще, чем среди детей из неблагополучных детей и в 3,5 раза чаще, чем среди детей из многодетных семей. Было отмечено, что в данной группе детей наибольшая распространенность инфекционных и паразитарных болезней, новообразований, болезней кожи и подкожной клетчатки.

Иные данные были получены при оценке показателей хронической заболеваемости детей из неблагополучных семей. В этой группе значительно чаще в сравнении с другими группами распространены болезни крови и кроветворных органов, болезни нервной системы, болезни органов дыхания, врожденные пороки развития, а также болезни органов пищеварения.

Среди детей из многодетных семей наиболее высока в сравнении с другими группами распространенность болезней глаза и его придаточного аппарата, болезней мочеполовой системы, а также болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани.

В группе опекаемых детей отмечены самые высокие уровни частоты болезней системы кровообращения, а также болезней уха и сосцевидного отростка.

Помимо изучения состояния физического здоровья, нами были исследованы психологические проблемы у детей, состоящих на учете в отделении медико-социальной помощи.

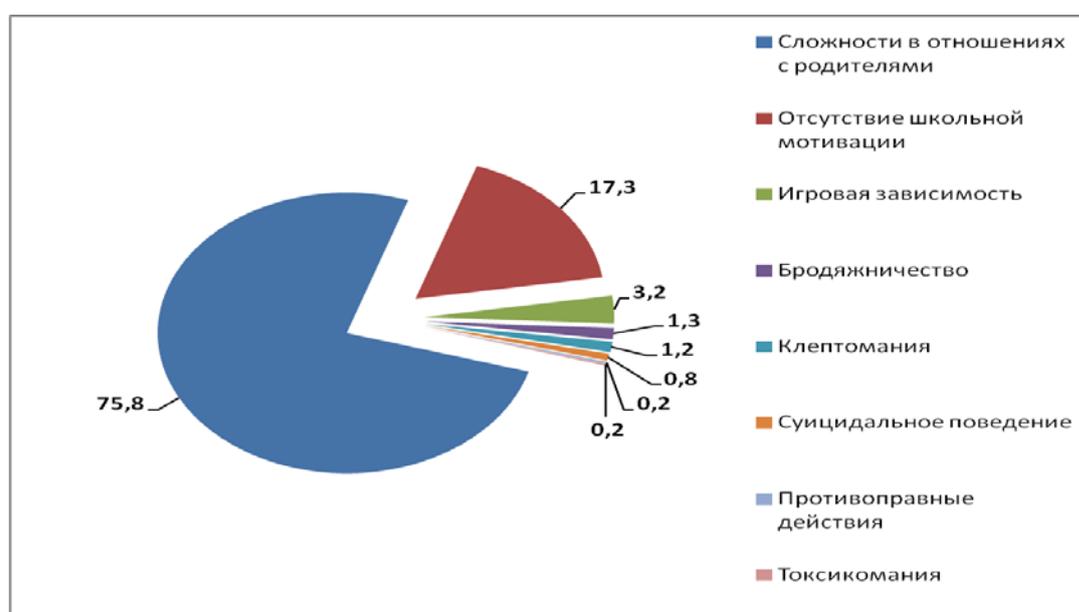


Рисунок 3.2.21. Структура психологических проблем детей из групп социального риска (%)

В структуре психологических проблем детей и подростков, обратившихся в отделение медико-социальной помощи, преобладали сложности в отношениях с родителями (75,8%), на втором месте стоит отсутствие школьной мотивации (17,3%), на третьем месте находится игровая зависимость (3,2%), далее следуют бродяжничество (1,3%), kleптомания (1,2%), суици-

дальное поведение (0,8%), противоправные действия (0,2%), токсикомания (0,2%) (рис. 3.2.21).

Причины обращения к психологу детей разных возрастных групп представлены в таблице 3.2.1.

Таблица 3.2.1

## Причины обращения к психологу детей разных возрастных групп

Возраст	Причины обращения к психологу
2-3 года	Задержка речи, страхи, сильная привязанность к матери, агрессивность, плаксивость, отсутствие игровой деятельности
4-5 лет	Нарушение коммуникации, игнорирование сверстников, страхи, задержка в развитии, непослушание, острые реакции горя и гнева, энурез, энкопрез, тики, гиперактивность
6-7 лет	Конфликты со сверстниками и взрослыми, нарушение социализации, страхи, отставание в развитии, недостаточная готовность к школе
8-10 лет	Школьная дезадаптация, приоритетность игровой деятельности, низкая самооценка и неуверенность в себе, энурез
11-15 лет	Тревожность, психосоматические заболевания и симптомы, конфликты со сверстниками, нарушение отношений с детьми и взрослыми, суицидальные мысли, рискованные поступки, агрессивность
16-17 лет	Рискованные поступки, девиантное поведение, зависимости (компьютерная, алкогольная, курение, наркотики)

В различные годы от 45,0% до 75,9% детей и подростков нуждались в консультации психиатра, при этом психические расстройства и расстройства поведения у них выявлялись в 49,2% - 77,8% случаях.

Из проконсультированных врачом-психиатром детей, в структуре психических расстройств занимали:

I место - эмоционально-волевые нарушения и расстройства поведения – 33,7%.

Возрастная структура:

- дети 0-9 лет – 118/54,9%;

- дети 10-14 лет – 65/30,2%

- подростки 15-17 лет – 32/14,9%.

II место – невротические расстройства (логоневрозы, типичный энурез, энкопрез) – 20,1%.

Возрастная структура:

- дети 0-9 лет – 42/32,8%

- дети 10-14 лет – 55/43%

- подростки 15-17 лет – 31/24,2%.

III место – смешанные специфические расстройства психологического развития – 16,1%.

Возрастная структура:

- дети 0-9 лет – 43/41,7%;

- дети 10-14 лет – 58/56,3%;

- подростки 15-17 лет – 2/1,9%.

IV место – органическое поражение ЦНС непсихотического характера – 11,6%.

Возрастная структура:

- дети 0-9 лет – 29/39,2%;

- дети 10-14 лет – 32/43,2%;

- подростки 15-17 лет – 13/17,6%.

V место – задержка психического развития (различного генеза) – 10,7%.

Возрастная структура:

- дети 0-9 лет – 100%

VI место – умственная отсталость – 7,7 %.

Возрастная структура:

-дети 0-9 лет – 14/28,6%;

-дети 10-14 лет – 15/30,6%;

- подростки 15-17 лет – 20/ 40,8%

VII место – неспецифические расстройства психологического развития – 0,2%.

Возрастная структура:

-дети 10-14лет – 100%

Как видно из приведенных данных, у детей в возрасте 0-9 лет чаще выявлялись эмоционально-волевые нарушения и расстройства поведения (54,9%), задержка психического развития различного генеза) диагностировалась только в этом возрасте (100%); у детей 10-14 лет больше отмечалось невротических расстройств (43,0%), смешанных специфических расстройств психологического развития (56,4%), органического поражения ЦНС непсихотического характера (43,2%), неспецифические расстройства психологического развития регистрировались только в этой возрастной группе (100%); подростки 15-17 лет чаще страдали умственной отсталостью (40,8%).

В рамках индивидуальных программ медико-психолого-психотерапевтической реабилитации медико-социальная помощь таким детям осуществляется по следующим направлениям:

- медикаментозная коррекция;
- психотерапевтическая помощь;
- психологическая коррекция;
- социальная реабилитация.

Нуждались в комплексной реабилитации 89,6% детей и подростков. На фоне проводимой медико-психолого-психотерапевтической коррекции улучшение наблюдалось в 77,6% случаях.

Кроме того, по данным органов опеки и попечительства, комиссий по делам несовершеннолетних, с которыми отделение медико-социальной помощи работает в тесном сотрудничестве, рецидивность асоциальных форм поведения у наблюдаемых в отделении детей и подростков сократилась на 9,4%.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о различиях в показателях заболеваемости детей различных групп социального риска. Они могут быть использованы не только для дальнейших исследований, направленных на изучение влияния средовых факторов на состояние здоровья дет-

ского населения, но и стать основой для планирования необходимых объемов первичной медико-санитарной и медико-социальной помощи, разработки целевых программ, направленных на повышение уровня здоровья детей с учетом медико-социальных факторов.

### **3.3. Особенности условий и образа жизни детского населения**

Следует отчетливо понимать, что важна не только ранняя диагностика заболеваний и их лечение, но и диагностика причин их развития, мониторинг и коррекция таких причин с учетом медико-социального статуса семьи.

В рамках исследования была разработана анкета и проведено анкетирование родителей детей, воспитывающих детей, по методу копи-пара с целью выявления медико-социального статуса семьи, условий проживания ребенка, взаимодействия родителей с поликлиникой.

По данным таблицы 3.3.1 в социологическом исследовании приняли участие в основном женщины (84,6% и 95,7% в зависимости от группы). Возраст респондентов составлял 26-36 лет (39,8% и 48,0% соответственно), 37-47 лет (32,6% и 29,5% соответственно) и 16-25 лет (28,6% и 21,7% соответственно).

Таблица 3.3.1

Характеристика и условия проживания семей, воспитывающих детей,  
(%)

Вопросы анкеты	Дети из групп социального риска (основная группа)	Дети, не состоящие на учете в ОМСП (контрольная группа)
Образовательное учреждение, которое посещает ребенок:		
а) детский сад	41,3	37,2
б) школа	53,6	56,4
в) колледж	5,1	6,4
Кем Вы приходитеесь ребенку?		
а) мать	84,2	93,7
б) отец	7,6	3,3
в) опекун	2,6	0
г) усыновитель	0,4	0
д) другое	5,2	3,0

Продолжение таблицы 3.3.1

Пол		
М	15,4	4,3
Ж	84,6	95,7
Тип семьи:		
а) полная (оба родителя родные)	79,4	91,2
б) неполная (вдова, вдовец, разведены, мать (отец) - одиночка)	11,2	3,8
в) полная (повторный брак)	6,2	5,0
г) опекунская семья	2,6	0
д) ребенок проживает у родственников (у бабушки/дедушки, другое)	0,6	0
е) проживает не в семье	0	0
Ваш возраст		
16 – 25 лет	28,6	21,7
26 – 36 лет	39,8	48,8
37 - 47 лет	32,6	29,5
Профессия:		
Служащий	34,8	41,9
Рабочий	26,6	21,5
Бизнесмен	8,4	15,4
Домохозяйка	16,6	18,3
Безработный	13,6	2,9
Количество членов Вашей семьи:		
2	6,4	4,8
3	48,2	37,4
4	37,6	49,5
5 и более	7,8	8,3
Сколько детей в семье		
1	53,8	38,2
2	40,8	54,7
3	4,6	7,1
4 и более	0,8	0
Размер жилой площади на одного члена семьи		
а) менее 6 кв.м	42,0	33,1
б) 6-9 кв.м	45,8	49,6
в) 10 – 12 кв.м	5,8	8,2
г) 13-15 кв.м	4,8	6,2
д) 16-20 кв.м	1,0	1,6
е) более 20 кв.м	0,6	1,3
Условия проживания:		
а) общежитие	4,2	1,6
б) арендуемая квартира	16,6	18,8
в) частное жилье (собственный дом)	3,2	1,3
г) благоустроенная квартира	76,4	78,3
Занятость супругов:		
а) оба работают	68,2	78,2
б) один безработный	27,4	21,2
в) оба безработные	0,6	0
г) инвалидность	1,2	0,6
е) пенсия	0	0
д) другое	2,6	0

Как показало анкетирование, чаще всего ребенок, в медицинскую организацию приходит с матерью (в среднем 88,9%), 84,2% среди респондентов отделения медико-социальной помощи и 93,7% - среди контрольной группы. Основная группа - дети, не состоящие на учете в отделении медико-социальной помощи, достоверно чаще проживают в полных семьях (96,2%), против 85,6% - в группе социально неблагополучных детей ( $p < 0,05$ ). С одним из родителей проживает практически каждый десятый (11,2%) ребенок из групп социального риска.

При распределении детей в зависимости от посещаемого образовательного учреждения достоверных различий не получено. Больше половины детей обеих групп (53,6% и 56,4% соответственно) учатся в общеобразовательной школе, 41,3% и 37,2% - ходят в дошкольное образовательное учреждение, 5,1% и 6,4% - в колледж.

Среди родителей детей, не состоящих на учете в отделении медико-социальной помощи, на 20,0% больше служащих (41,9%) (34,8% в основной группе), почти в 1,8 раза больше бизнесменов (15,4% и 8,4% соответственно), в 4,6 раза меньше безработных (13,6% и 2,9% соответственно). В этой же группе работают оба родителя в 78,2% (68,2% - в основной группе ( $p < 0,05$ )), в 2 раза меньше родителей, имеющих инвалидность (0,6 и 1,2 соответственно).

Почти в половине семей (48,2%) детей из групп социального риска 3 человека, в 37,6% - 4 человека, в то время как в контрольной группе в 49,5% - 4 члена семьи и в 37,4% - 3 члена семьи. Количество семей из 2 и 5 человек в обеих группах без достоверных различий ( $p > 0,05$ ).

Чуть больше половины семей основной группы (53,8%) имеют одного ребенка, контрольной группы - 38,2%. В благополучных семьях чаще воспитывают двоих детей (54,7%), в семьях социального риска в 40,8%. Также в контрольной группе в 1,5 раза больше семей с тремя детьми. Четыре и более детей имеют только семьи социального риска.

Размер жилой площади на одного члена семьи больше у семей контрольной группы. Так менее 6 кв.м. имеют 33,1% таких семей против 42,0% основной группы ( $p < 0,05$ ). От 6 до 9 кв.м. – у 49,6% и 45,8% семей соответственно, от 10 до 12 кв.м. – у 8,2% и 5,8% соответственно, 13-15 кв.м. – у 6,2 и 4,8% соответственно, 16-20 кв.м. – у 1,6% и 1,0% соответственно ( $p < 0,05$ ), более 20 кв.м. – у 1,3% и 0,6% соответственно ( $p < 0,05$ ). В благоустроенных квартирах проживает практически одинаковое число семей обеих групп – 76,4% основной и 78,3% контрольной ( $p > 0,05$ ). При этом в общежитие живет в 2,6 раза меньше семей с детьми, не состоящими на учете в отделении медико-социальной помощи.

В таблице 3.3.2 представлена оценка участниками опроса условий проживания их семей.

Таблица 3.3.2

Оценка респондентов условий проживания ( $P \pm m$ )

Вопрос анкеты	Дети из групп социального риска (основная группа)	Дети, не состоящие на учете в ОМСП (контрольная группа)
Как Вы оценили условия проживания (подчеркните нужное)?		
а) неудовлетворительные (отсутствие горячей/холодной воды, коммунальная квартира, необходимость капитального ремонта помещения)	57,2±2,1	43,6±1,7
б) удовлетворительные (изолированная квартира или дом, требующая косметического ремонта)	30,8±1,7	36,3±1,6
в) хорошие (изолированная квартира или дом)	10,4±0,9	16,8±0,9
г) очень хорошие	1,6±0,3	3,3±0,3

Статистически достоверная разница получена в двух группах при ответе на вопрос об условиях проживания семьи ( $t \geq 2$ ). Более благоприятные условия проживания чаще отмечали респонденты контрольной группы, 36,3±1,6 на 100 опрошенных ответили, что семья проживает в удовлетворительных условиях (30,8±1,7 на 100 опрошенных в основной группе), в хороших условиях – 16,8±0,9 на 100 опрошенных и 10,4±0,9 на 1000 опрошенных

соответственно, в очень хороших –  $3,3 \pm 0,3$  на 100 опрошенных и  $1,6 \pm 0,3$  на 100 опрошенных соответственно. 57,2 на 100 респондентов из семей социального неблагополучия отметили неудовлетворительные условия проживания выявлены (43,6 на 100 респондентов контрольной группы) (табл. 3.3.2).

Таблица 3.3.3

Характеристика доходов и расходов семей ( $P \pm m$ )

Вопросы анкеты	Дети из групп социального риска (основная группа)	Дети, не состоящие на учете в ОМСП (контрольная группа)
Укажите среднемесячный доход на одного члена семьи (прожиточный минимум = 6458 руб.)		
а) меньше прожиточного минимума	$28,4 \pm 1,2$	$14,5 \pm 1,2$
б) на уровне прожиточного минимума	$40,4 \pm 1,8$	$51,8 \pm 1,7$
в) выше прожиточного минимума	$23,6 \pm 1,1$	$25,6 \pm 1,4$
г) значительно выше прожиточного минимума	$7,6 \pm 0,7$	$8,1 \pm 0,8$
На что преимущественно расходуется семейный бюджет?		
а) на питание	$51,8 \pm 2,1$	$52,1 \pm 1,9$
б) на одежду	$8,4 \pm 0,8$	$8,2 \pm 0,8$
в) на развлечения	$1,2 \pm 0,1$	$1,0 \pm 0,2$
г) на культурные мероприятия	$2,2 \pm 0,5$	$4,3 \pm 0,6$
д) на отдых	$15,6 \pm 1,1$	$14,8 \pm 1,1$
е) на приобретение недвижимого имущества	$6,6 \pm 0,7$	$3,2 \pm 0,7$
ж) на учебу ребенка	$8,6 \pm 0,8$	$9,0 \pm 1,0$
з) на поддержание здорового образа жизни	$5,6 \pm 0,6$	$6,4 \pm 0,9$
и) на другие крупные расходы	0	$1,0 \pm 0,2$

Среднемесячный доход на одного члена семьи статистически достоверно выше в социально благополучных семьях ( $t \geq 2$ ). Так  $28,4 \pm 1,2$  на 100 опрошенных из социально неблагополучных семей ответили, что на одного члена семьи приходится доход ниже прожиточного минимума, в то время как в контрольной группе –  $14,5 \pm 1,2$ ; на уровне прожиточного минимума –  $40,4 \pm 1,8$  и  $51,8 \pm 1,7$  соответственно. В обеих группах больше половины ответили, что семейный бюджет расходуется в основном на питание. В 2 раза больше респондентов контрольной группы расходуют бюджет на культурные мероприятия, но при этом в 2 раза меньше – на приобретение недвижимого

имущества и только в этой группе  $1,0 \pm 0,2$  – тратят на другие крупные расходы (в основной группе – 0) (табл. 3.3.3).

Следует отчетливо понимать, что условия жизни, её экономическая составляющая не могут не влиять на психологический климат в семье.  $18,0 \pm 0,7$  на 100 опрошенных основной группы и  $8,1 \pm 1,2$  на 100 опрошенных контрольной группы отметили очень плохой и плохой психологический климат в семье; удовлетворительный климат –  $72,2 \pm 2,7$  и  $67,5 \pm 1,8$  на 100 опрошенных соответственно; хороший климат –  $7,6 \pm 0,9$  и  $14,3 \pm 0,9$  на 100 опрошенных соответственно; отличный климат –  $4,2 \pm 0,5$  и  $10,1 \pm 1,1$  на 100 опрошенных соответственно (табл. 3.3.4). Таким образом, имеется статистически достоверная разница в оценке психологического климата в семье в исследуемых группах ( $t \geq 2$ ). Достоверно чаще респонденты контрольной группы отмечали удовлетворительный, хороший и отличный семейный климат.

Таблица 3.3.4

Характеристика психологического климата в семье,  
по мнению респондентов ( $P \pm m$ )

Вопросы анкеты	Дети из групп социального риска (основная группа)	Дети, не состоящие на учете в ОМСП (контрольная группа)
Психологический климат в семье:		
а) очень плохой	$3,6 \pm 0,6$	$1,8 \pm 0,3$
б) плохой	$14,4 \pm 0,9$	$6,3 \pm 0,6$
в) удовлетворительный	$70,2 \pm 2,7$	$67,5 \pm 1,8$
г) хороший	$7,6 \pm 0,9$	$14,3 \pm 0,9$
д) отличный	$4,2 \pm 0,5$	$10,1 \pm 1,1$

Дети из групп социального риска чаще, чем дети из контрольной группы, проводят летние каникулы в городе  $33,8 \pm 1,2$  и  $11,5 \pm 0,8$  на 100 респондентов соответственно. Количество детей, которые не состоят на учете в отделении медико-социальной помощи, отдыхающих на даче в летний период, в 1,5 раза больше, чем детей их основной группы,  $41,9 \pm 1,5$  и  $27,6 \pm 1,1$  на 100 респондентов соответственно. Получены достоверные различия в исследуемых группах о количестве детей, отдыхающих летом вне города и на даче ( $t \geq 2$ ). Разница в числе детей, проводящих летнее время преимущественно в

оздоровительных лагерях и в других местах отдыха, в двух группах статистически недостоверна ( $t < 2$ ) (табл. 3.3.5).

Таблица 3.3.5

Характеристика летнего отдыха, питания и занятий спортом ребенка  
( $P \pm m$ )

Вопросы анкеты	Дети из групп социального риска (основная группа)	Дети, не состоящие на учете в ОМСП (контрольная группа)
В летнее время ребенок преимущественно проводит:		
а) в городе	33,8±1,2	11,5±0,8
б) на даче	27,6±1,1	41,9±1,5
в) в оздоровительном лагере	11,8±0,8	15,9±0,9
г) другое	26,8±1,1	30,7±1,1
Соблюдается ли режим питания ребенка?		
а) да	45,8±2,1	54,9±1,9
б) не всегда	33,8±1,7	32,7±1,6
в) нет	20,4±1,3	12,4±0,8
Ребенок занимается каким-либо видом спорта?		
а) да	37,8±1,7	53,9±1,9
б) занимался раньше	28,6±1,5	23,7±1,2
в) не занимается	33,6±1,6	22,4±1,1

Характеризуя режим питания ребенка, можно отметить достоверные различия в двух группах ( $t \geq 2$ ). Так, соблюдают режим питания 54,9±1,9 на 100 респондентов контрольной группы и только 45,8±2,1 – основной группы, не соблюдают режим питания – 12,4±0,8 и 20,4±1,3 соответственно.

Исходя из данных анкет, у 53,9±1,9 на 100 опрошенных из благополучных семей дети занимаются спортом (37,8±1,7 на 100 опрошенных – из основной группы), у 22,4±1,1 – не занимаются спортом (33,6±1,6 – из основной группы). Соответственно, достоверно выше число детей, занимающихся спортом, в группе, не состоящей под наблюдением отделения медико-социальной помощи ( $t \geq 2$ ) (табл. 3.3.5).

По результатам анкетирования выявлена статистически достоверная разница о наличии/отсутствии вредной привычки (курение) в семьях двух групп исследования ( $t \geq 2$ ). Так, в семьях социального риска почти в 2 раза больше курящих матерей, 15,6±1,1 на 1000 опрошенных (8,2±0,9 на 100 оп-

рошенных контрольной группы), в 1,4 раза меньше не курящих родственников,  $28,0 \pm 1,4$  на 100 опрошенных ( $39,1 \pm 1,9$  на 100 опрошенных контрольной группы), ребенок никогда не курил -  $70,6 \pm 2,1$  на 100 ( $82,3 \pm 2,4$  на 100 опрошенных контрольной группы), пробовал курить –  $2,8 \pm 0,5$  ( $1,0 \pm 0,1$  соответственно), курит регулярно –  $1,8 \pm 0,4$  (0 – в контрольной группе) (табл. 3.3.6).

Таблица 3.3.6

Наличие вредной привычки (курение) в семье, по мнению респондентов ( $P \pm m$ )

Вопросы анкеты	Дети из групп социального риска (основная группа)	Дети, не состоящие на учете в ОМСП (контрольная группа)
Курит ли Ваш ребенок?		
а) никогда не курил	$70,6 \pm 2,1$	$82,3 \pm 2,4$
б) сомневаюсь в ответе	$14,8 \pm 1,4$	$16,7 \pm 0,8$
в) пробовал курить	$2,8 \pm 0,5$	$1,0 \pm 0,1$
г) курит регулярно	$1,8 \pm 0,4$	0
Курят ли в Вашей семье?		
а) мать	$15,6 \pm 1,1$	$8,2 \pm 0,9$
б) отец	$37,8 \pm 1,9$	$36,9 \pm 1,7$
в) другие родственники	$18,6 \pm 1,3$	$15,8 \pm 1,1$
г) никто не курит	$28,0 \pm 1,4$	$39,1 \pm 1,9$

Оценивая состояние здоровья своего ребенка родители детей, состоящих на учете в отделении медико-социальной помощи, достоверно чаще отмечали его как «очень плохое» и «плохое» -  $8,4 \pm 0,8$  на 100 опрошенных ( $0,8 \pm 0,1$  – в контрольной группе) ( $t \geq 2$ ). Больше половины респондентов с социально благополучными детьми, как наиболее часто встречающуюся медицинскую проблему у своего ребенка, отмечали частые простудные заболевания –  $54,2 \pm 1,8$  на 100 опрошенных ( $35,7 \pm 1,9$  – в основной группе). Только в основной группе родители отметили наличие инвалидности у ребенка, в этой же группе в 1,5 раза чаще выявлялись другие проблемы со здоровьем ( $42,3 \pm 1,6$  и  $29,0 \pm 1,2$  на 100 опрошенных). В обеих группах при ответе на вопрос «Как Вы считаете, кто в первую очередь должен заботиться о здоровье ребенка?», 3/4 респондентов высказались, что сами родители, чуть меньше

1/5 – медики, в среднем по  $3,0 \pm 0,7$  на 100 опрошенных – государство и сам ребенок.

Таблица 3.3.7

Оценка респондентами состояния здоровья ребенка ( $P \pm m$ )

Вопросы анкеты	Дети из групп социального риска (основная группа)	Дети, не состоящие на учете в ОМСП (контрольная группа)
На какую оценку можно оценить здоровье Вашего ребенка? а) очень плохое б) плохое в) удовлетворительное г) хорошее д) отличное	$1,0 \pm 0,1$ $7,4 \pm 0,6$ $47,6 \pm 1,3$ $39,2 \pm 1,4$ $4,8 \pm 0,6$	0 $0,8 \pm 0,1$ $53,4 \pm 1,9$ $40,8 \pm 1,8$ $5,0 \pm 0,6$
Какая наиболее часто встречающаяся медицинская проблема у детей в семье? а) частые простудные заболевания б) наличие хронического заболевания в) наличие инвалидности г) другое	$35,7 \pm 1,9$ $19,6 \pm 1,4$ $2,4 \pm 0,5$ $42,3 \pm 1,6$	$54,2 \pm 1,8$ $16,8 \pm 1,1$ 0 $29,0 \pm 1,2$
Как Вы считаете, кто в первую очередь должен заботиться о здоровье ребенка? а) родители б) сам ребенок в) медики г) государство д) другое	$75,8 \pm 2,2$ $3,2 \pm 0,6$ $17,2 \pm 1,2$ $3,8 \pm 0,6$ 0	$76,6 \pm 2,1$ $2,2 \pm 0,7$ $18,4 \pm 1,3$ $2,8 \pm 0,9$ 0

Мнение респондентов о взаимодействии с детской поликлиникой представлено в таблице 3.3.8.

Так в случае заболевания ребенка в поликлинику за медицинской помощью обращаются  $71,6 \pm 2,1$  из 100 родителей основной группы и  $72,2 \pm 2,3$  – контрольной группы. Достоверно чаще обращаются за платной консультацией специалиста и к знакомым врачам респонденты из контрольной группы. Советуются со знакомыми, не имеющими медицинского образования, или родственниками, а также надеются на собственные знания больше родители детей из социальных групп риска.

## Взаимодействие родителей с детской поликлиникой (P±m)

Вопросы анкеты	Дети из групп социального риска (основная группа)	Дети, не состоящие на учете в ОМСП (контрольная группа)
В случае заболевания ребенка Вы обращаетесь за медицинской помощью? а) в поликлинику б) предпочитаете платную консультацию специалиста в) к знакомым врачам г) советуетесь со знакомыми, не имеющими медицинского образования д) советуетесь с родственниками е) надеетесь на собственные знания ж) другое	71,6±2,8 5,0±0,5 4,4±0,4 7,6±0,6 5,2±1,4 4,6±1,3 0,6±0,1	72,2±2,3 9,2±1,0 10,2±1,1 3,2±0,7 2,4±0,4 2,8±0,6 0
Выполняете ли предписание врачей? а) да, полностью б) да, частично в) редко г) никогда	87,8±2,5 11,0±1,3 1,2±0,3 0	94,6±2,7 5,4±0,8 0 0
Оправдываются ли Ваши ожидания при обращении в участковую поликлинику по поводу заболевания ребенка? а) полностью оправдываются б) очереди в поликлинике в) отсутствие необходимых специалистов г) низкая квалификация специалистов д) несвоевременная диагностика е) затрудняюсь ответить	55,8±1,9 9,2±1,1 9,6±1,2 7,8±0,8 4,6±0,4 13,0±1,1	43,6±2,3 16,8±1,7 12,4±1,7 10,0±1,5 8,8±1,4 8,4±1,2
Поликлиника представляет всю необходимую Вам информацию по вопросам здоровья ребенка (кормление/питание, развитие, сексуальное воспитание, профилактика и т.п.)? а) нет б) в очень малой степени в) только по отдельным вопросам, хотелось бы получать больше информации г) предоставляется достаточно информации	8,6±0,6 15,6±1,1 32,8±1,5 43,0±1,7	9,2±0,9 8,6±0,8 36,4±1,6 45,8±1,7
К каким врачам специалистам Вам чаще всего приходится обращаться с ребенком (детьми)? а) участковый педиатр б) невролог в) ЛОР г) офтальмолог д) хирург е) ортопед ж) другие специалисты	79,0±2,6 7,0±0,7 9,2±0,8 0,4±0,1 0,8±0,3 1,8±0,7 1,8±0,7	84,6±1,9 2,2±0,7 8,4±1,5 0,4±0,3 0,6±0,3 2,0±1,0 1,8±0,9

При этом полностью выполняют предписание врача только  $87,8 \pm 2,5$  опрошенных из основной группы и  $94,6 \pm 2,7$  – контрольной группы, частично –  $11 \pm 1,3$  и  $5,4 \pm 0,8$  на 100 респондентов соответственно, никогда не выполняют –  $1,2 \pm 0,3$  и 0 соответственно. Полностью оправдываются ожидания при обращении в участковую поликлинику по поводу заболевания ребенка у  $55,8 \pm 1,9$  на 100 респондентов основной группы и  $43,6 \pm 2,3$  – контрольной группы. В 1,8 раза чаще родители детей, не состоящих в отделении медико-социальной помощи, не удовлетворены работой детской поликлиники из-за очередей, в 1,3 раза – из-за отсутствия необходимых специалистов, практически в 2 раз – из-за несвоевременной диагностики. Большинство респондентов обеих групп отметили, что в поликлинике предоставляется достаточно информации по вопросам здоровья ребенка (кормление/питание, развитие, сексуальное воспитание, профилактика и т.п.),  $43,0 \pm 1,7$  и  $45,8 \pm 1,7$  на 100 опрошенных. Однако, в основной группе практически в 2 раза чаще родители отмечали получение информации в очень малой степени,  $15,6 \pm 1,1$  на 100 ( $8,6 \pm 0,8$  – в контрольной группе). Из группы семей социального риска родители с ребенком в 3 раза чаще обращались к неврологу, число обращений к другим специалистам в обеих группах практически одинаково (табл. 3.3.8).

Как мы уже отмечали, важна не только ранняя диагностика заболеваний и их лечение, но и диагностика причин их развития. Работа по устранению семейных факторов риска, которые в свою очередь провоцируют, усугубляют и пролонгируют проблемы в состоянии здоровья детей, стала новым видом деятельности для детской поликлиники. Возможность её осуществления появилась в результате создания в районе на базе одной из детских поликлиник отделения медико-социальной помощи. Специалистами указанного структурного подразделения поликлиники при работе с семьей были выявлены наиболее частые нарушения семейного воспитания, сопровождающиеся огромным спектром психологических проблем у большинства детей, обратившихся в отделения медико-социальной помощи. Так у 85% семей, обратившихся в отделения медико-социальной помощи, выявлены нарушения

внутрисемейных коммуникаций, нередко в сочетании: непоследовательное воспитание (81%); гиперопека (75%); гиперпротекция (55%); агрессивность родителей (42%); малоэмоциональные отношения (37%); отсутствие доверительных отношений (33%). У 80% детей выявлены различные психологические проблемы, часто в сочетании: высокая тревожность (80%); страхи (72%); низкая самооценка (71%); нарушение коммуникативных навыков (58%); агрессия (49%); признаки невротизации (38%). Своевременное вмешательство психолога дает возможность скорректировать внутрисемейную ситуацию, что, несомненно, свидетельствует о целесообразности и жизненной необходимости создания указанного структурного подразделения в детской поликлинике.

## ГЛАВА 4

### АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В УСЛОВИЯХ ДЕТ- СКИХ ПОЛИКЛИНИК

#### *4.1. Анализ деятельности медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь детскому населению района исследования*

Первичная медико-санитарная помощь в районе исследования оказывается двумя самостоятельными государственными детскими поликлиниками (ДП № 1 и ДП № 2) и детским поликлиническим отделением № 3 (ДПО 3) в структуре Городской поликлиники. Медицинскую помощь получают дети 0-17 лет, наблюдаемые районными амбулаторно-поликлиническими учреждениями по территориальному принципу, а также воспитанники дошкольных образовательных учреждений, учащиеся общеобразовательных школ и учреждений начального и среднего профессионального образования, находящиеся на территории обслуживания поликлиник, наблюдаемые по учебно-производственному (цеховому) принципу.

Таблица 4.1.1

Динамика численности детского населения, прикрепленного к обслуживанию по территориальному принципу (на конец года, человек)

Контингенты детей	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Всего детей, из них:	28741	28302	28961	26845	27117	27671	28236	28813	29705
0-4 года	7645	7528	7703	7140	7213	7360	7510	7664	7901
в том числе, до 1 года	1605	1580	1617	1499	1514	1545	1577	1609	1659
5-9 лет	6984	6877	7037	6523	6589	6724	6861	7001	7218
10-14 лет	7817	7698	7877	7301	7375	7526	7680	7837	8077
15-17 лет	6295	6199	6344	5881	5940	6061	6185	6311	6505
в том числе, юноши	3197	3148	3221	2986	3016	3077	3140	3205	3304

В таблице 4.1.1 представлена динамика численности детского населения района, прикрепленного к обслуживанию по территориальному принципу. В период 2008-2016 годов значительных колебаний численности детей не отмечено. В 2016 году районными детскими поликлиниками наблюдалось 29 705 детей 0-17 лет, из них 26,5% составили дети 0-4 лет, 24,3% - дети 5-9 лет, 27,3% - дети 10-14 лет и 21,9% - подростки 15-17 лет.

Таблица 4.1.2

Динамика численности детского населения, прикрепленного к обслуживанию по учебно-производственному (цеховому) принципу (на конец года, человек)

Вид образовательного учреждения	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Дошкольные образовательные учреждения	6974	7259	6952	6782	7010	7667	7389	7258	7462
Общеобразовательные школы	17984	18718	17929	17490	18078	19772	19055	18716	19237
Учреждения начального профессионального образования	1096	722	722	614	390	384	-	-	-
Учреждения среднего профессионального образования	2498	2600	2491	2430	2511	2747	2647	2600	2671
Всего	28552	29299	28094	27316	27989	30570	29091	28574	29370

В 2016 году в районе действовали 73 дошкольных образовательных учреждения, 45 средних общеобразовательных школ и 13 учреждений среднего профессионального образования. Всего 131 образовательное учреждение.

В динамике за период исследования численность детского контингента, посещающего образовательные учреждения и обслуживающегося в детских амбулаторно-поликлинических учреждениях района, существенно не менялась. По учебно-производственному (цеховому) принципу в 2016 году было прикреплено к обслуживанию 29370 чел. В том числе, по дошкольным образовательным учреждениям – 7462 чел. (25,4%), по средним общеобразовательным школам – 19237 чел. (65,5%), по учреждениям среднего профессионального образования – 2671 чел. (9,1%) (табл. 4.1.2). При этом следует отметить, что количество детского населения, прикрепленного к обслуживанию

по учебно-производственному (цеховому) принципу и по территориальному принципу практически равное.

На базах детских районных амбулаторно-поликлинических учреждений развернуты:

- лечебно-профилактические отделения,
- клинико-диагностические отделения,
- отделение медико-социальной помощи,
- кабинеты медико-социальной помощи,
- отделения лучевой диагностики,
- отделение профилактики для детей раннего возраста,
- отделения организации медицинской помощи детям в образовательных организациях (ООМПДОО),
- отделения профилактики инфекционных и паразитарных заболеваний,
- центр здоровья для детей,
- подростковые кабинеты (отделение),
- отделения восстановительного лечения,
- клинико-диагностические лаборатории,
- информационно-аналитические отделения (таблица 4.1.3).

Формирование специализированных отделений, состоящих из врачей традиционных специальностей, продиктовано необходимостью проведения профилактических мероприятий среди детских контингентов (профилактические осмотры, противоэпидемические мероприятия), а также осуществления оздоровительных и диспансерных мероприятий преимущественно среди детей, относящихся ко второй группе здоровья, амбулаторного приема. В рамках специализированной помощи используется комплексное оборудование офтальмологического и отоларингологического кабинетов, аппаратов ультразвуковой диагностики, позволяющее проводить кардиографические, гинекологические, биопсийные исследования, а также исследования костно-мышечной системы, в том числе в 3D и 4D режимах.

**Персонал некоторых отделений детских амбулаторно-поликлинических учреждений**

Отделения	ДП 1	ДП 2	ДПО 3
Отделение лечебно-профилактическое	Врачи педиатры, врачи педиатры участковые	Первое и второе педиатрическое отделения: врачи педиатры, врачи педиатры участковые	Первое и второе педиатрическое отделения: врачи педиатры, врачи педиатры участковые, врач педиатр кабинета по воспитательной работе, врач пульмонолог.
Отделение профилактики инфекционных заболеваний	Врач инфекционист	Врач инфекционист	Врач инфекционист, врач эпидемиолог
Консультативно-диагностическое отделение	Невролог, Отоларинголог, Нефролог, Кардиолог, Травматолог-ортопед, Хирург, Врач функциональной диагностики	Хирург, Травматолог-ортопед, Кардиолог, Офтальмолог, Отоларинголог, Невролог, Гастроэнтеролог	Кардиолог, Гастроэнтеролог, Нефролог, Аллерголог, Травматолог-ортопед, Уролог, Акушер-гинеколог, Хирург, Эндокринолог, Офтальмолог, Отоларинголог, Невролог
Отделение лучевой диагностики	Врач-рентгенолог, врач УЗ-диагностики, врач педиатр АКДО	Врач-рентгенолог, врач УЗ-диагностики, врач-педиатр АКДО	Врач-рентгенолог, врач УЗ-диагностики, врач-педиатр АКДО
Отделение восстановительной медицины	Врач физиотерапевт, врач по лечебной физкультуре, врач по спортивной медицине	Врач физиотерапевт, врач по лечебной физкультуре, врач по спортивной медицине	Врач по лечебной физкультуре, инструктор методист ЛФК, врач физиотерапевт
Отделение (кабинет) медико-социальной помощи	Педиатр, психолог	Психолог, логопед	Педиатр, терапевт подростковый, психолог, социальный работник
Клинико-диагностическая лаборатория	Врач клинической лабораторной диагностики	Врач клинической лабораторной диагностики	Врач клинической лабораторной диагностики
ООМПДОО	Врачи-педиатры	Врачи-педиатры	Врачи-педиатры
Подростковые кабинеты	Врач терапевт подростковый	Врач-педиатр	Врач терапевт подростковый

Во всех трех поликлиниках района работают кабинеты автоматизированных комплексов диспансерных осмотров (АКДО). По автоматизированной системе ежегодно проходят осмотр 4588 детей, что составило 103% от плана.

ООМПДОО имеют стандартную направленность и обслуживают в среднем по 9-10 тыс. человек, посещающих дошкольные образовательные учреждения и средние образовательные школы.

Мощность ДПО 3 составляет 650 посещений в смену, ДП 2 – 690 посещений в смену, ДП 1 – 200 посещений в смену.

Организации восстановительного лечения и реабилитации в исследуемом районе придается большое значение. На базе ДП № 1 функционирует Центр восстановительного лечения и консультативно-диагностический Центр со стационаром дневного пребывания на 120 коек, из которых 60 коек – соматических и 60 коек - аллергологических. Лечебно-диагностическая и консультативная помощь оказывается как детям района, так и детям других районов города. Квалифицированную медицинскую помощь получают дети с болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани, при поражении центральной и периферической нервной системы, с заболеваниями дыхательной системы. В полной мере используются стационарозамещающие технологии и применяются различные методики в восстановительном лечении детей с указанной патологией: все виды массажа; лечебная физкультура (индивидуальная и групповая); занятия на тренажерах, физиотерапия, занятия логопедов-дефектологов, психокоррекция с использованием проективных методик. Для диагностики и лечения используется современное оборудование, широкий спектр методов физиотерапевтического лечения, лечебной физкультуры, разные виды массажа. Так же на базе ДП № 2 функционирует дневной стационар на 5 коек, специализирующийся на лечении болезней органов дыхания. В ДПО 3 на функциональной основе развернуто Отделение физиотерапии и восстановительного лечения, где работают врач ЛФК, врач физиотерапии, врач ортопед, инструктор ЛФК, медицинские сестры по мас-

сажу, медицинские сестры физиотерапии. Направления деятельности отделения различные: часто и длительно болеющие дети, дети с патологией опорно-двигательного аппарата, дети с вегето-висцеральным и неврологическими расстройствами, заболеваниями органов дыхания. Комплексный подход к восстановительному лечению, современное оборудование в сочетании с разработанными методиками позволили получить положительный эффект у 97% детей. Ежегодно восстановительное лечение получают в среднем 6000 детей.

Медико-социальное отделение и кабинеты выявляют факторы индивидуального и семейного медико-социального риска, осуществляют медико-психологическую помощь, гигиеническое воспитание, правовую помощь. Основной задачей данных структур является сохранение и повышение уровня физического, психического и социального здоровья детей и подростков, обеспечение их гармоничного развития, предупреждение социальной дезадаптации, формирование потребности в здоровом образе жизни, обеспечение социальной и правовой поддержки несовершеннолетних.

Основными структурными подразделениями в детских поликлиниках, оказывающими медицинскую помощь подросткам, являются подростковые кабинеты, работающие в системе обязательного медицинского страхования и обеспечивающие квалифицированную медицинскую помощь подросткам 15-17 лет, проживающим в зоне обслуживания поликлиник. Подростковые кабинеты оказывают квалифицированную медицинскую помощь детям, решают задачи по организации и обеспечению динамического диспансерного наблюдения за подростками с заболеваниями и отклонениями в состоянии здоровья, обеспечивают координацию деятельности специалистов поликлинического отделения по вопросам подготовки молодежи к военной службе, проводят мероприятия по врачебно-профессиональному консультированию подростков, осуществляют экспертную оценку состояния здоровья подростков, принимают участие в решении ряда медико-социальных проблем. Проходят профилактические медицинские осмотры в среднем 89% подростков.

Помимо представленных в таблице 4.1.3 отделений, характерных для всех районных амбулаторно-поликлинических учреждений, в зависимости от потребностей детского населения организованы районные структурные подразделения. Так в районе создано районное подростковое отделение, которое формирует здравпункты ПТУ, техникумов, лицеев, колледжей района. Основной принцип деятельности - цеховой. Основное направление работы - медицинская профилактика в организованных подростковых коллективах. В составе подросткового отделения работают педиатры, терапевты, заведующие здравпунктами, медицинские сестры подросткового отделения. Они принимают участие в проведении иммунизации и диспансерного наблюдения, в оказании при необходимости неотложной помощи детям, в организации коррекции имеющихся нарушений, в том числе и вопросов медико-социальной помощи, гигиеническом обучении детей. Подростки, с выявленной в ходе профилактических осмотров патологией, передаются под дальнейшее диспансерное наблюдение врачам-специалистам в поликлиники по месту жительства. Районное подростковое отделение несет функцию консультативной организационно-методической помощи АПУ района по вопросам подростковой медицины.

На базе ДПО 3 организован районный Центр охраны здоровья детей и подростков, основными задачами которого являются:

- медицинская профилактика в организованных коллективах;
- работа с диспансерной группой;
- организационно-методическая работа;
- санитарно-просветительная работа.

Отделение работает в тесной связи с психологами поликлиник, кабинетом репродуктивного здоровья ДПО 3, врачами специалистами, в том числе с гинекологом и урологом-андрологом.

В рамках санитарно-просветительной работы, в учебных заведениях проводятся индивидуальные беседы на темы: «Здоровый образ жизни», «Скажем курению – нет», «Основные принципы закаливания», «Движение-

жизнь», «О здоровом питании», регулярно проводятся беседы о репродуктивном здоровье.

В 2015 году в одной из детских поликлиник района организована Школа репродуктивного здоровья. Проводятся циклы из пяти занятий с подростками. Акцентируется внимание на популяризации здорового образа жизни, особенностях репродуктивного здоровья, значении гигиенических навыков, необходимости иммунизации, проводятся разъяснения о семейных ценностях.

Таким образом, работа с подростками направлена на профилактические мероприятия по охране здоровья, раннее выявление патологии, компенсацию выявленных отклонений и поддержание здорового образа жизни.

Не меньшее внимание в районе уделяется сохранению здоровья детей младшего возраста. Так на базе ДПО 3 функционирует отделение профилактики для детей раннего возраста, в ДП № 2 - отделение по воспитанию здорового ребенка. Во всех детских поликлиниках района имеется Кабинет по воспитанию здорового ребенка. На их базе активно работают «Школа молодой матери» и «Школа отцов». В течение года данные структуры посещает в среднем 1731 ребенок, 366 будущих матерей и 34 отца.

На базе ДП № 2 с апреля 2014 года успешно работает районный эндокринологический Центр для детей и подростков, который оказывает специализированную эндокринологическую помощь детям района, а также пациентам, обратившимся из других районов города. В настоящее время консультативно-диагностическая помощь осуществляется детям с:

- сахарным диабетом 1 типа;
- моногенным сахарным диабетом и сахарным диабетом 2 типа;
- врожденными и приобретенными заболеваниями щитовидной железы, надпочечников, половых желез;
- врожденным и приобретенным гипопитуитаризмом;

- нарушениями роста и полового развития.

В Центре ведется индивидуальная (персонализированная) Школа диабета.

В соответствии с распоряжением Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга в Центре наблюдаются и получают лечение пациенты, включенные в Федеральные регистры:

- 7 нозологий (гипопитуитаризм Е.23.0) - 132 ребенка
- орфанные заболевания (преждевременное половое развитие центрального генеза) – 35 детей.

Кроме того, в Центре ведется регистр и получают лечение препаратами гормона роста дети-инвалиды с такими заболеваниями, как:

- синдром Шерешевского-Тернера (35 пациентов)
- синдром Прадера-Вилли (22 пациента)
- синдром Рассела-Сильвера (4 ребенка)
- синдром Секкеля (2 ребенка)
- редкие эндокринные синдромы (синдром Мейера, синдром делеции 12-й хромосомы, синдром делеции 18q-хромосомы, гипохондроплазия).

В структуре ДП № 2 организовано районное травматологическое отделение, которое обслуживает детское население района исследования и граничащего с ним еще одного административного района города Санкт-Петербурга.

Таблица 4.1.4.

Штаты и количество физических лиц педиатров и специалистов в районе

Года	Педиатры			В т.ч. участковые			Специалисты		
	шт.	ф.л.	%	шт.	ф.л.	%	шт.	ф.л.	%
2016	133	97	72,9	33	29	87,9	111,25	65	58,4
2014	133	101	75,9	33,5	32	95,5	112,75	66	58,5
2012	133	102	76,7	33,5	32	95,5	112,75	68	60,3
2010	133	104	78,2	33,5	30	89,5	112,75	68	60,3
2008	133	102	76,7	33,5	30	89,5	112,75	70	62,1

Существующие в поликлиниках врачебные комиссии построены по нормативному варианту и решают вопросы, связанные с освобождением вы-

пускников от итоговой аттестации, переводом на домашнее и индивидуальное обучение, профессиональной пригодности подростков и т.д.

С учетом снижения численности детского населения сокращается число штатных врачебных должностей. Укомплектованность детских поликлиник врачами педиатрами в целом по району за период исследования колеблется от 78,2% в 2010 году до 72,9% в 2016 году, участковыми педиатрами – от 95,5% в 2012 и 2014 годах, до 87,9% в 2016 году; врачами-специалистами – от 62,1% в 2008 году до 58,4% в 2016 году. Таким образом, самые низкие показатели укомплектованности штатов детских районных АПУ врачебным персоналом зафиксированы в 2016 году (табл. 4.1.4).

Таблица 4.1.5

## Квалификационный уровень врачей - участковых педиатров

Год	Квалификационный уровень			Наличие сертификата
	II категория	I категория	Высшая категория	
2016	6,9%	10,3%	13,8%	100,0 %
2014	6,2%	9,4%	18,8%	100,0 %
2012	-	18,8%	15,6%	100,0 %
2010	3,3%	16,6%	20,0%	100,0 %
2008	-	30,0%	6,6%	100,0 %

Начиная с 2010 года на 32,0% снизилось число участковых педиатров, имеющих высшую категорию с 20,0% до 13,8% в 2016 году. За период исследования в 3 раза сократилась доля участковых педиатров с I категорией, при этом в 2 раза увеличилась – с II категорией, 69,0% участковых педиатров вообще не имеют квалификационную категорию (табл. 4.1.5).

Квалификационный уровень врачей-специалистов достоверно выше, чем участковых педиатров ( $p < 0,05$ ). Так, категорию имеют почти половина работающих в районных детских амбулаторно-поликлинических учреждениях врачей-специалистов (47,2%), из них 22,2% с высшей категорией, 9,7% с I категорией, 15,3% с II категорией. При этом в динамике, доля врачей-специалистов, имеющих высшую категорию, выросла на 55,2%, имеющих II

категорию – почти в 11 раз (табл. 4.1.6).

Таблица 4.1.6

Год	Квалификационный уровень			Наличие сертификата
	II категория	I категория	Высшая категория	
2016	15,3%	9,7%	22,2%	100,0 %
2014	46,1%	10,6%	13,6%	100,0 %
2012	1,5%	10,3%	14,7%	100,0 %
2010	1,5%	17,6%	8,8%	100,0 %
2008	1,4%	24,3%	14,3%	100,0 %

Средний возраст врачей и среднего медицинского персонала во всех исследуемых поликлиниках составил 40-45 лет, число лиц пенсионного возраста среди врачей – 18,0%, среди средних медицинских работников – 24%.

Таблица 4.1.7

Количество врачебных посещений, выполненное врачами, ведущими амбулаторный прием

Кол-во посещений	Годы								
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Участковые врачи	199267	154786	151763	145628	183240	143192	168192	168192	163099
Врачи-специалисты	141585	151335	211318	183227	188835	196436	207638	207636	175205
На 1000 детей	11859,4	10816,2	12536,9	12250,1	13721,1	12273,8	13310,3	13043,7	11388,8
ВСЕГО	340852	306121	363081	328855	372075	339628	375830	375828	338304

За период исследования число посещений колебалось от 306121 в 2009 году до 375830 в 2014 году. С 2010 года по 2014 год показатель в пересчете на 1000 детского населения вырос на 6,2%, затем к 2016 году отмечался спад на 15,6%. В течение 2016 года в системе ОМС врачами, ведущими амбулаторный прием, было выполнено 338304 врачебных посещения, в том числе, участковыми врачами педиатрами – 163099 посещений, врачами-

специалистами – 175205 ( $p > 0,05$ ), показатель составил 11388,8 на 1000 (табл. 4.1.7).

Количество врачебных посещений, выполненное врачами, ведущими амбулаторный прием, коррелируется со структурой обслуживаемого детского населения. Начиная с 2010 года увеличивается численность детского населения, прикрепленного к обслуживанию по учебно-производственному (цеховому) принципу, в то же время количество врачебных посещений, выполненных врачами-специалистами начинает преобладать над посещениями, выполненными участковыми врачами.

Таблица 4.1.8

## Показатели госпитализации детей

Показатель	Годы					
	2008 г.		2009		2010 г.	
Всего госпитализаций	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
		4435	100,0	3979	100,0	3175
Случаи плановой госпитализации	757	17,1	768	19,3	612	19,3
Случаи экстренной госпитализации	3678	82,9	3211	80,7	3113	80,7
	2011 г.		2012 г.		2013 г.	
Всего госпитализаций	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
	3165	100,0	3314	100,0	3364	100,0
Случаи плановой госпитализации	630	19,9	667	20,1	642	19,1
Случаи экстренной госпитализации	2535	80,1	2647	79,9	2722	80,9
	2014 г.		2015 г.		2016г.	
Всего госпитализаций	Абс.	%	Абс.	%	Абс	%
	3338	100	3295	100	3230	100
Случаи плановой госпитализации	615	18,4	753	22,8	765	23,7
Случаи экстренной госпитализации	2723	81,6	2542	77,2	2465	76,4

В течение года число детей, госпитализируемых в городские детские стационары, колеблется от 3165 ребенка в 2011 году до 4435 в 2008 году. В структуре преобладает экстренный порядок госпитализации. В среднем 80,0% детей попадают в стационар в экстренном порядке. В плановом порядке проходит лечение в больнице почти пятая часть госпитализированного детского населения. С 2009 года по 2016 год отмечалось снижение абсолютного числа госпитализированных детей, а также госпитализированных в экстренном плане, что может свидетельствовать об улучшении доступности и качества первичной медико-санитарной помощи в районе (табл. 4.1.8).

В структуре госпитализированной заболеваемости детей района преобладают болезни органов дыхания (50,1%), болезни органов пищеварения (22,2%), инфекционные и паразитарные заболевания (8,4%), травмы, отравления и другие внешние причины (2,6%) и прочие (16,7%).

Таблица 4.1.9

## Динамика показателей диспансерной группы

Возраст	Показатели	Годы								
		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
от 0 до 14 лет	Кол-во человек	9292	9205	10738	10293	8078	5953	4868	4868	5174
	% от детей данного возраста	41,4	41,6	47,3	49,0	38,1	27,5	22,1	21,6	22,3
	Число заболеваний	47057	46724	47550	47183	39234	31846	28124	28124	24479
от 15 до 17 лет	Кол-во человек	3364	3094	3318	3408	2708	2866	2405	2376	2680
	% от детей данного возраста	53,4	49,9	52,3	57,9	45,5	47,3	38,9	37,6	41,2
	Число заболеваний	16614	13742	14272	13911	13920	14400	12094	10464	8788
Всего детей		14656	14299	15056	14701	10786	8819	7273	7244	7854
Из них инвалиды кол-во человек (абс., %)		483 (3,3)	457 (3,2)	436 (2,9)	396 (2,7)	323 (3)	414 (4,7)	363 (5,5)	362 (5)	278 (3,5)

Важное значение имеет профилактическая работа, проведение диспансеризации прикрепленного детского населения, особенно детей-инвалидов. Динамика контингента диспансерной группы в зависимости от возраста, показателей патологической пораженности указанного контингента представлены в таблице 4.1.9.

По состоянию на 2016 год на диспансерном наблюдении в детских поликлиниках района находятся 7854 детей (26,4% от численности детского населения), из них 5174 ребенка (22,3% от прикрепленного контингента) в возрасте от 0 до 14 лет, с числом заболеваний 29479 и 2680 подростка в возрасте от 15 до 17 лет (41,2% от числа прикрепленного контингента) с числом заболеваний – 11788, в том числе у юношей 5303. За период наблюдения диспансерная группа детей 0-14 лет сократилась почти в 2 раза с 41,4% в 2008 году до 22,3% в 2016 году. Темпы снижения доли подростков, состоящих под диспансерной наблюдением, несколько ниже (-23,0%). Патологическая пораженность среди детей 0-14 лет в 2016 году составила 569,7 на 100 осмотренных 0-14 лет, среди подростков 15-17 лет – 423,5 на 100 осмотренных в возрасте 15-17 лет. Показатель патологической пораженности за период исследования снизился на 25,7%, и в 2016 году на каждого ребенка 0-17 лет из диспансерной группы приходилось в среднем 4 заболевания.

Количество детей-инвалидов в структуре диспансерной группы колебалось от 2,7% в 2011 году до 5,5% в 2014 году. Данный контингент имеет более тяжелый соматический статус, требующий повышенного внимания медицинского персонала, что повышает нагрузку на участковых врачей-педиатров.

В работу детских поликлиник внедрена система активного диспансерного наблюдения детей-инвалидов, которая проводится с использованием медико-социального сопровождения ребенка и семьи, с обеспечением в полном объеме проведения диспансеризации детей - инвалидов, выполнения программ реабилитации, бесплатного лекарственного обеспечения, информирования по социальным льготам.

У тяжелых больных диспансеризация проводится на дому с привлечением бригады врачей специалистов и параклинической службы. Кроме того, проводится медико-социальное сопровождение и психологическая реабилитация семей детей-инвалидов, чему способствовало создание отделения медико-социальной помощи.

Данные о ранговой структуре диспансерных групп по результатам диспансеризации представлены в таблице 4.1.10.

Таблица 4.1.10

## Ранговая структура диспансерных групп в 2016 г.

	Ранг	% от всей Д группы
От 0 до 14 лет		
Б-ни органов дыхания	I	23%
Б-ни глаза и его придатков	II	14,1%
Б-ни эндокринной системы	III	12,4%
Б-ни нервной системы	IV	11,7%
Б-ни системы пищеварения	V	11%
Б-ни костно-мышечной системы	VI	8,5%
Болезни мочеполовой системы	VII	7,2%
От 15 до 17 лет		
Б-ни органов пищеварения	I	19,3%
Б-ни глаз и его придатков	II	18,1%
Б-ни органов дыхания	III	16,3%
Б-ни нервной системы	IV	15,7%
Б-ни костно-мышечной системы	V	10,9%
Б-ни эндокринной системы	VI	8,7%
Болезни мочеполовой системы	VII	7,8%

Структура диспансерной группы детей 0-14 лет и подростков 15-17 лет несколько различаются. У первой возрастной группы на первом месте находятся болезни органов дыхания 23% (у подростков – 3 место с показателем 16,3%), у подростков 15-17 лет - болезни органов пищеварения 19,3% (у детей 0-14 лет – 5 место с показателем 11,0%). В обеих группах болезни глаза и его придаточного аппарата находятся на втором месте (14,1% и 18,1% соответственно), с возрастом данная патология нарастает. Также, чем старше возрастная группа, тем выше показатели болезней нервной и костно-мышечной систем.

Таким образом, в районе исследования медицинская помощь детям обеспечивается тремя амбулаторно-поликлиническими учреждениями по территориальному и цеховому принципу, структура которых позволяет оказывать первичную медико-санитарную и специализированную помощь данному контингенту. Существенной проблемой для районных детских поликлиник является то, что с учетом имеющихся федеральных штатных нормативов, следствием сокращения численности детского населения, прикрепленного к обслуживанию по территориальному принципу, становится сокращение основных штатных должностей в поликлинике. При этом сокращение штатной численности должностей врачей специалистов в первую очередь отражается на объемах регламентных профилактических мероприятий.

#### ***4.2. Современная проблематика организации медицинской и медико-социальной помощи детям***

Повышение доступности и эффективности первичной медико-санитарной помощи населению в целом, и особенно детям, является одним из основных направлений государственной политики в сфере здравоохранения.

Как показывает практика, доступность и эффективность первичной медико-санитарной помощи во многом определяется её организацией, в основе которой лежит существующее нормативно-правовое регулирование, и которая в свою очередь зависит от специфичности территории обслуживания, прикрепленного контингента (медико-демографических и медико-социальных характеристик населения), и, как следствие, сопряжена с определенными проблемами.

Спецификой района, на базе которого проводилось исследование, является то, что он относится к центральной исторической части Санкт-Петербурга, промышленного мегаполиса, и характеризуется преимущественно дореволюционной застройкой высокой плотности, насыщенными транспортными потоками. В 90-х годах прошлого века плотность населения на данной территории была достаточно высока, что было обусловлено широкой

распространенностью коммунальных квартир. Несмотря на значительно сокращение количества коммунальных квартир, район продолжает удерживать лидерство в городе как самый густонаселенный – 12146 чел. на кв.м. Динамика сокращения коммунальных квартир на территории обслуживания в 1990-2016 годах (в % к уровню 1990 года) представлена на рисунке 4.2.1.

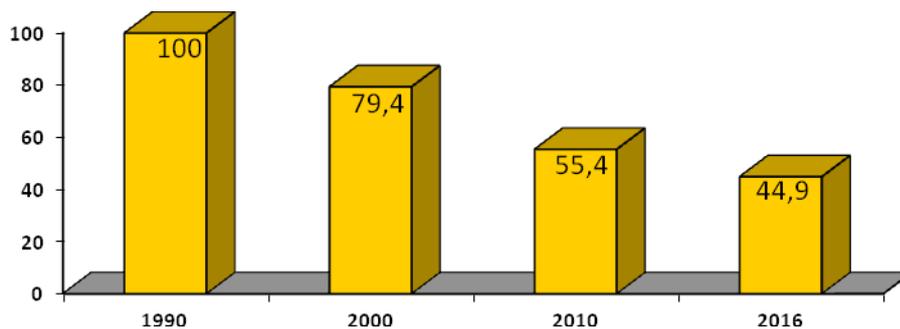


Рис. 4.2.1. Динамика сокращения коммунальных квартир на территории обслуживания в 1990-2016 г.г. (в % к уровню 1990 г.)

С 1990 года количество коммунальных квартир снизилось более чем в 2 раза. Как следствие отмечается значительное снижение численности проживающего на территории района и обслуживаемого поликлиниками населения. Наиболее остро такое сокращение наблюдается среди детского населения, что во многом также обусловлено негативными демографическими явлениями 90-х годов прошлого века. Динамика сокращения численности детского населения в 1990-2016 годах (тыс. чел.) представлена на рисунке 4.2.2. Совокупность внутренней миграции населения и его естественной убыли привели к тому, что среднегодовой темп сокращения обслуживаемого детского населения к 2010 году составили 6,2%. С 1990 года численность детского населения, обслуживаемого поликлиниками района по территориальному признаку, сократилась почти в 3 раза.

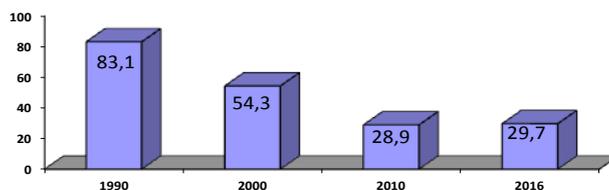
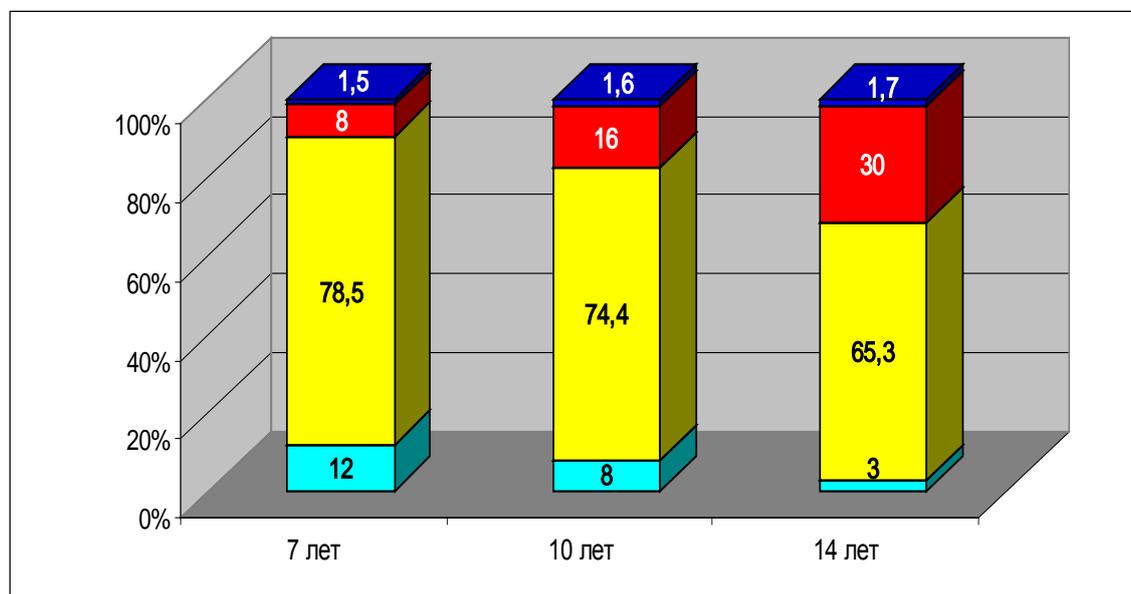


Рис. 4.2.2 Динамика сокращения численности детского населения в 1990-2016 г.г. (тыс. чел.)

Указанное обстоятельство, безусловно, сказывается на объемных и качественных характеристиках амбулаторно-поликлинической помощи. С учетом имеющихся штатных нормативов, следствием сокращения численности населения становится сокращение практически всех основных штатных должностей в поликлинике. С точки зрения оценки доступности амбулаторной помощи для детского населения, такое сокращение с одной стороны, приводит к увеличению протяженности педиатрических участков, их удаленности от основной амбулаторно-клинической базы и, следовательно, увеличению времени оказания медицинской помощи пациентам на дому, и с другой – сокращению объемов прочих видов амбулаторно-поликлинической помощи, в первую очередь, специализированной, диагностической, профилактической. В результате снижается и материальная мотивация медицинских работников к качественному исполнению служебных обязанностей, вынужденных в ряде случаев, искать работу на условиях внешнего совместительства в иных учреждениях.

Таким образом, одной из наиболее значимых проблем организации оказания доступной и качественной первичной медицинской помощи детям в условиях центральных районов крупного промышленного города является сокращение кадровых и материально-финансовых ресурсов здравоохранения, обусловленное сокращением численности обслуживаемого детского населения. Указанное может свидетельствовать о необходимости формирования

индивидуального подхода при нормировании амбулаторно-поликлинической помощи населению с учетом специфических особенностей и характеристик территорий.



- I – здоровые дети
- II -здоровые дети, но имеющие некоторые функциональные и морфологические изменения и "риск" формирования хронических заболеваний.
- III - больные дети с наличием хронических болезней
- IV-V -угрожаемые по инвалидности или инвалиды

Рисунок 4.2.3 Показатели здоровья детей (в %, по данным диспансеризации 2016г.)

Еще одной важной проблемой является снижение уровня здоровья детей 0-17 лет, о чем свидетельствуют ухудшающиеся с возрастом показатели здоровья детей (рис. 4.2.3).

У детей к возрасту 14 лет по сравнению с 7-летней возрастной группировкой в 4 раза снижается доля 1 группы здоровья, на 17,0% - 2 группы здоровья, при этом увеличиваются 3 группа здоровья более чем в 3 раза и на 13,0% - 4-5 группы ( $p < 0,01$ ). Все это говорит об уменьшении числа здоровых детей или детей с некоторыми функциональными и морфологическими изменениями по мере роста ребенка, треть детского населения к 14 годам имеет хронические заболевания, а 1,7% - инвалидность или риск инвалидизации.

Доля детского населения, подлежащего углубленным профилактическим осмотрам, неуклонно продолжает расти. Как следствие, на фоне отсутствия существенных позитивных сдвигов в состоянии здоровья детского населения профессиональная нагрузка работников первичного звена детского здравоохранения увеличивается.

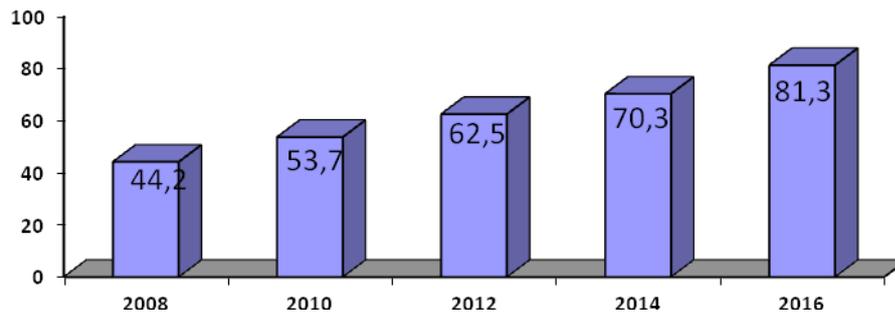


Рисунок 4.2.4 Доля детского населения, подлежащего углубленным профилактическим осмотрам (% от численности детского населения)

За период исследования доля детей, подлежащих углубленным профилактическим осмотрам, выросла с 44,2% до 81,3% (+84,0%) ( $p < 0,001$ ) (рис. 4.2.4).

Негативные показатели здоровья детей являются вершиной айсберга проблем сохранения и укрепления здоровья детей, которое зависит не столько от уровня развития здравоохранения, наследственно-биологических факторов и окружающей среды, сколько от образа и условий жизни.

В этой связи важным является повышение эффективности существующей системы межведомственного взаимодействия по сохранению и укреплению здоровья детей с целью проведения ранней диагностики неблагоприятного социума, осуществления медицинского сопровождения социальной адаптации ребенка, которые в настоящее время или не проводятся, или проводятся в крайне ограниченном объеме. Необходим поиск организационных технологий, направленных не только на раннюю диагностику заболеваний, но и на диагностику причин их развития, мониторинг и коррекцию таких при-

чин. Возможным вариантом, позволяющим существенно минимизировать современные проблемы первичного детского здравоохранения, является развитие в составе детских поликлиник медико-социальных служб, целью которых будет: медицинское сопровождение детей из групп социального риска; организация межведомственного взаимодействия поликлиники; координация деятельности внутриполиклинических структур.

В ходе исследования был проведен анализ нормативно-правовых документов, регламентирующих штатно-кадровое обеспечение деятельности медицинских организаций и проведение профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, а именно: Приказ МЗ и СР РФ от 16 апреля 2012 года N 366н «Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи», Приказ МЗ РФ от 2 июня 2015 года N 290н «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача педиатра участкового, ... врача-невролога, врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога, врача акушера гинеколога», Постановление Правительства РФ от 14 февраля 2003 года N 101 «О продолжительности рабочего времени медицинских работников в зависимости от занимаемой ими должности и (или) специальности», Приказ МЗ РФ от 10 августа 2017 года N 514н «О Порядке профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних». Анализ указанных документов показывает, что существующие штатные нормативы не позволяют в полном объеме обеспечить исполнение требований Порядка профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних.

Например, при проведении комплексных профилактических осмотров детей и подростков, согласно федеральным нормативам, расчетные штатные должности врачей хирурга, эндокринолога «перекрывают» потребность не более чем на 60-70%, даже при условии ежедневной занятости на таких осмотрах.

Кроме того, следует отчетливо понимать, что увеличение штатных нормативов при существующем кадровом дефиците проблему не решит.

В связи с недостатком ресурсов, прежде всего штатно-кадровых, для оптимальной работы в сфере медицинской профилактики неинфекционных заболеваний обучающихся, особую роль приобретает поиск новых организационных форм и технологий профилактической работы.

В этой связи в детском поликлиническом отделении было реализовано создание Мобильного детского центра здоровья, деятельность которого базируется на принципах комплексного подхода, который предполагает: участие мультидисциплинарной бригады специалистов; использование современного медицинского оборудования; формирование общей оценки здоровья и учет влияния гигиенических факторов образовательной среды; сопровождение родителей и разъяснительная работа с ними; участие педагогического персонала в организации профилактических мероприятий и разработке здоровьесберегающих мероприятий. В рамках этой работы были разработаны организационные технологии (алгоритмы, стандартные операционные процедуры, регламенты деятельности), требования к штатам и обеспечению мобильным оборудованием (с учетом необходимости проведения профилактических осмотров в любом образовательном учреждении, что существенно сокращает временные потери, связанные с отвлечением школьников от образовательного процесса и посещением поликлиники по месту жительства).

Следует отметить положительные итоги работы Мобильного детского центра здоровья, а именно: признаки наличия различных заболеваний установлены у 70%, а факторы риска их развития у 95% осмотренных детей; для каждого ребенка определена программа медицинского обследования в территориальной поликлинике, а родителям даны подробные разъяснения о состоянии здоровья детей; педагогическим коллективам школ даны рекомендации по улучшению санитарно-гигиенических условий.

Таким образом, создание такой организационной формы в районе, как Мобильный детский центр здоровья, стало важным звеном в комплексе медицинской профилактики, а в совокупности с организованной медико-социальной поддержкой является эффективным механизмом для повышения

доступности здоровьесберегающих технологий в условиях «школьной медицины». Этот опыт может быть предложен для использования в первичном звене детского здравоохранения как крупного города, так и территорий с ограниченной транспортной доступностью.

Таблица 4.2.1

## Штатное расписание отделения медико-социальной помощи

Категория работающих	Наименование должности	Ставки
Врачи	Заведующий отделением, врач-педиатр	1,0
	Врач-терапевт подростковый	1,0
	Врач-педиатр	1,0
Средний медицинский персонал	Медицинская сестра	2,0
Прочие	Медицинский психолог	1,0
	Социальный работник	2,0
ВСЕГО:		8,0

Для обеспечения медико-социального сопровождения детей из групп социального риска в районе на базе ДПО 3 в 2008 году создано отделение медико-социальной помощи.

В штат отделения входят: заведующий отделением, врач-терапевт подростковый, врач-педиатр, медицинский психолог, медицинские сестры, социальный работник. Также, при необходимости, привлекаются поликлинические гинеколог и уролог-андролог (табл. 4.2.1).

Отделением проводится работа на приеме детей в поликлинике, медико-социальный патронаж на дому, подготовка документов для оформления первичной опеки и усыновления детей, медико-социальное сопровождение детей и подростков, подвергшихся физическому насилию, решаются задачи по медицинскому сопровождению детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, детей из групп социального риска, медико-психологическая поддержка детей-инвалидов и их семей, организация медицинской реабилитации

детей-инвалидов, оказание медико-психологической помощи детям и их семьям на основе индивидуального подхода и с учетом особенностей личности. Немаловажное значение имеет санитарно-просветительная работа - индивидуальная, групповая, коллективная, которая направлена на формирование потребности в здоровом образе жизни, осознание вреда «Рисковых», так называемых «Саморазрушающих» форм поведения (курение, злоупотребление алкоголем, наркомания, токсикомания, ранняя сексуальная активность, правонарушение несовершеннолетних, бродяжничество и т.п.)

Отделение функционирует на основе взаимосвязи с другими подразделениями детских поликлиник, врачами-специалистами (гинеколог, уролог-андролог), территориальными лечебно-профилактическими, образовательными и учебно-воспитательными учреждениями, органами социальной защиты населения, службами опеки и попечительства, правоохранительными органами, общественными организациями и движениями, религиозными организациями (основными конфессиями данного региона), местными администрациями.

Динамика контингента детей, обслуживаемых отделением медико-социальной помощи, представлена в таблице 4.2.2.

Таблица 4.2.2

Динамика контингента детей, обслуживаемых отделением  
медико-социальной помощи (абс.)

Год	Контингент детей								
	Социально неблагополучные семьи		Многодетные семьи		Дети, находящиеся под опекой	Дети инвалиды	Несовершеннолетние правонарушители	Юные матери и их дети	Всего детей
	Количество семей	Количество детей	Количество семей	Количество детей					
2008	581	2035	668	1003	594	483	363	5/5	4483
2010	693	2428	790	1128	423	436	389	3/3	4807
2012	752	2572	862	1356	446	323	370	3/3	5070
2014	840	2763	1054	1380	469	363	359	2/2	5336
2016	884	3042	1164	1747	630	278	331	2/2	6030

За время его работы можно отметить увеличение количества семей, а также детей в них, состоящих под наблюдением отделения. По данным, полученным за период исследования, зарегистрирован рост численности детей среди неблагополучных на 49,0% и многодетных семей на 74,0%, детей, находящихся под опекой на 6,0%. Среди несовершеннолетних правонарушителей, детей-инвалидов и юных матерей наоборот отмечено снижение численности в 1,1, 1,7 и 2,5 раза соответственно. Дети из неблагополучных и многодетных семей имеют наибольший удельный вес в структуре отделения.

Численность детей и подростков, склонных к правонарушениям, бродажничеству, охват которых близок к 100 % от поступающих под наблюдение отделения медико-социальной помощи, имеет тенденцию к снижению к 2016 году на 9,1%, что является положительным результатом их медико-социального сопровождения, результатом взаимодействия отделения с комиссией по делам несовершеннолетних органов УВД исследуемого района Санкт-Петербурга, органами социальной защиты населения, службами опеки и попечительства и другими заинтересованными сторонами. Регулярно обновляется список подростков-правонарушителей, состоящих на учете в ОДН УВД. Отделение принимает участие в реализации городской целевой программы «Профилактика правонарушений несовершеннолетних и молодёжи г. Санкт-Петербурга». Сотрудники отделения ежеквартально принимают участие в работе выездных заседаний Комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав при администрации района исследования.

Таблица 4.2.3

Доля детей, направленных в отделение медико-социальной помощи, районными детскими поликлиниками (%)

Детское амбулаторно-поликлиническое учреждение	2008	2016
ДПО 3	82,0%	54,0%
ДП № 2	10,0%	26,0%
ДП № 1	8,0%	21,0%

В начале деятельности ОМСП (2008 год) на учет ставились в основном дети, наблюдаемые ДПО 3, что объясняется нахождением его на базе данного учреждения. С организацией в районных детских поликлиниках № 1 и № 2 кабинетов медико-социальной помощи (2010 год), число направляемых в отделение из этих поликлиник увеличилось.

Как видно из представленных данных в таблице 4.2.3, в 2008 году под наблюдением ОМСП находились в основном дети ДПО 3 (82,0%), а из других детских поликлиник всего 18,0%. К 2016 году число детей, направленных ДП № 2 и ДП № 1 увеличилось в 2,5 раза. Однако, первенство все равно остается за ДПО 3 (54,0%). Несмотря на изменение ситуации, остается недостаточным межполиклиническое взаимодействие по вопросам выявления и постановки на учет семей и детей социального неблагополучия.

Таблица 4.2.4

Контингенты детей из групп социального риска, выявленные и направленные под наблюдение в отделение медико-социальной помощи в 2016 г.

Наименование	Количество
Многодетные семьи:	
ДГП №1	132 семьи (437 детей)
ДПО 3	268 семей (697 детей)
ДГП №2	72 семьи (129 детей)
Всего:	472 семьи (1263 ребенка)
Социально неблагополучные семьи (плохой быт, наркомания и/или алкоголизм родителей)	
ДГП №1	40 семей (88 детей)
ДПО 3	239 семей (450 ребенка)
ДГП №2	69 семей (123 ребенка)
Всего:	348 семей (661 ребенок)
Несовершеннолетние правонарушители	
ДГП №1	24 чел.
ДПО 3	42 чел.
ДГП №2	10чел
Всего:	76 чел.
Дети инвалиды	
ДГП №1	64 чел.
ДПО 3	114 чел.
ДГП №2	117 чел.
Всего:	295 чел.

Продолжение таблицы 4.2.4

Дети, находящиеся под опекой	
ДГП №1	30 детей
ДПО 3	133 ребенка
ДГП №2	78 детей
Всего:	241 ребенок
Юные матери (до 18 лет) и их дети	
ДГП №1	0 чел.
ДПО 3	0 чел.
ДГП №2	1 чел.
Всего:	1 чел.

Выявление, медико-социальное сопровождение и психологическая поддержка детей, оказавшимся в трудной ситуации - одна из ключевых задач отделения медико-социальной помощи.

В таблице 4.2.4. приведены данные о количестве детей и семей социального риска, выявленных и направленных из районных амбулаторно-поликлинических учреждений, оказывающих первичную медико-санитарную помощь детскому населению, в 2016 оду. Результаты таблицы подтверждают, что наибольшая выявляемость в ДПО 3 (от 48,0% до 76,0% в зависимости от группы риска).

Несмотря на то, что ОМСП функционирует на основе взаимосвязи с другими подразделениями детских поликлиник и все категории врачей ориентированы на выявление и направление социально неблагополучных детей под его наблюдение, за период работы ОМСП, эту работу выполняют в основном участковые педиатры – 81,0-90,0% направлений (табл. 4.2.5).

Таблица 4.2.5

Врачи детских поликлиник, выявляющие и направляющие детей в отделение медико-социальной помощи

Категория врачей	2008	2016
Участковые педиатры	90,0%	81,0%
Педиатры дошкольно-школьных отделений	7,0%	13,0%
Врачи специалисты	3,0%	6,0%

Отделение организует и проводит диспансеризацию детей, находящихся в трудной жизненной ситуации и детей оставшихся без попечения родителей. Диспансеризация проводится в соответствии с требованиями приказа Минздрава России от 15.02.2013 года № 72н «О проведении диспансеризации, пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации».

Таблица 4.2.6

## Диспансеризация отдельных групп населения (абс.)

	Дети из многодетных семей	Дети из неблагополучных семей	Опекаемые дети	Дети-инвалиды	Несовершеннолетние правонарушители	Прочие (ГЖС)	Всего
Законченный случай (2008г.)	264	393	190	119	142	43	1151
Законченный случай (2016г.)	730	1358	474	244	298	135	3239

С 2008 по 2016 год законченные случаи диспансеризации детей из групп социального риска в целом увеличились почти в 3 раза (табл. 4.2.6). Подробно результаты диспансеризации прикрепленного контингента рассмотрены в главе 3.

В последние годы работа отделения медико-социальной помощи все больше ориентируется на устранение причин, порождающих проблемы социально незащищенных слоев. Эта работа, прежде всего, требует межведомственного подхода, так как факторы социального риска могут носить самый разнообразный характер и соответственно требовать различных форм социально-педагогической, социально-экономической, социально-правовой и психолого-медико-социальной помощи.

Межведомственное взаимодействие включает такие формы сотрудничества, как: информационный обмен, проведение совместных мероприятий, разработка единого протокола действий.

В межведомственном взаимодействии участвуют:

- КДНиЗП – комиссия по делам несовершеннолетних и защите их прав,
- ОДН УВД – отделение по делам несовершеннолетних управления внутренних дел,
- прокуратура,
- ЦСПСД – центр социальной помощи семье и детям,
- органы управления образованием и образовательные учреждения,
- органы опеки и попечительства местных администраций муниципальных образований СПб,
- органы управления здравоохранением и учреждения здравоохранения.

Все члены межведомственной группы должны осуществлять деятельность по своевременному выявлению несовершеннолетних и семей, находящихся в социально опасном положении, а также по их медико-социально-педагогической реабилитации и предупреждению совершения ими правонарушений и антиобщественных действий.

Таблица 4.2.7

Динамика межведомственного взаимодействия  
отделения медико-социальной помощи (абс.)

Год	Вид взаимодействия*	Направление взаимодействия**						всего
		ЦСПСД	МО	УВД	КДНиЗП	ОУЗ	прочие	
2016	1	19	81	31	45	89	13	278
	2	11	13	10	4	-	-	38
2015	1	62	76	30	-	2	-	170
	2	13	11	13	12	2	2	53
2014	1	14	73	30	-	-	-	117
	2	27	26	22	18	-	-	93
2013	1	39	69	29	-	-	-	137
	2	14	15	16	14	-	-	59
2012	1	160	54	27	-	-	-	241
	2	25	16	14	-	-	-	55
2011	1	120	42	29	-	-	-	191
	2	7	10	11	-	-	-	28
2010	1	30	40	28	-	-	-	98
	2	-	-	-	-	-	-	-
2009	1	13	34	23	-	-	-	70
	2	-	-	-	-	-	-	-

\*1 - передано уведомлений

2- получено ответов по запросам

\*\* ЦСПСД - ГУ «Центр социальной помощи семье и детям района»  
 МО – органы опеки и попечительства муниципальных образований  
 УВД – управление внутренних дел  
 КДНиЗП – комиссия по делам несовершеннолетних и защите их прав  
 ОУЗ – органы управления здравоохранением

В некоторых семьях из групп риска ведущее место занимают не медицинские причины, а социальные, такие как плохие жилищные условия, недостаточное материальное обеспечение, злоупотребление родителями алкоголем и наркотиками, наличие родителя инвалида и т.д. Этим призваны заниматься органы и учреждения ведомств, занимающихся социальным сопровождением семьи.

Активная деятельность по привлечению к работе с группами социального риска органов опеки и попечительства, внутренних дел, образования началась с 2009 года. Динамика межведомственного взаимодействия отделения медико-социальной помощи представлена в таблице 4.2.7.

Как видно из табличных данных, сотрудниками отделения медико-социальной помощи в различные учреждения по межведомственному взаимодействию отправляется больше уведомлений о семьях и детях социального риска, чем получается обратно ответов по запросам. Число отправленных уведомлений с 2009 по 2016 год выросло почти в 4 раза с 70 в 2009 году до 278 в 2016 году, в то время как количество полученных ответов, увеличившись к 2014 году до 93 (2010 г. – 0, 2011 г. – 0, 2012 г. – 28), к 2016 году уменьшилось в 2,5 раза до 38.

Таблица 4.2.8

Число детей, поставленных на учет в отделение медико-социальной помощи организациями других ведомств (абс.)

Год	2008	2010	2012	2014	2016
Количество поставленных на учет в ОМСП по уведомлениям других организаций	6	19	18	10	8

Вклад организаций других ведомств в постановку на учет по уведомлениям в отделение медико-социальной помощи нуждающихся в этом детей и их семей составляет не более 2,5% (табл. 4.2.8).

При этом, рационально выстроенное межведомственное взаимодействие имеет важное значение в эффективности работы по медико-социальному сопровождению прикрепленного контингента детей, их семей. За время своей деятельности ОМСП предпринимаются большие усилия по налаживанию связей и согласованию совместных действий с органами социальной помощи района, органами внутренних дел от ответов на единичные запросы до планомерного обмена информацией, формирования компьютерных баз данных по всем разделам работы в рамках совместной деятельности, направленной на профилактику социального сиротства и улучшение качества жизни детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

За период работы отделения сформировалась определенная система работы с семьями и детьми группы социального риска. Одной из приоритетных задач этой деятельности является раннее выявление таких семей и разработка индивидуальной программы сопровождения неблагополучной семьи и медико-социальной реабилитации несовершеннолетнего.

Сотрудники ОМСП начинают свою работу со сбора точной, полной, достоверной, объективной информации о членах семьи и их ближайшем окружении, чтобы обеспечить своевременную и квалифицированную помощь семье, попавшей в поле зрения отделения. Они организуют взаимодействие субъектов системы профилактики в процессе проведения индивидуальной профилактической и реабилитационной работы с семьями и детьми, находящимися в социально опасном положении и в «группе риска» социально опасного положения. Сотрудники отделения обеспечивают адресный подход в организации и проведении реабилитационных и коррекционных мероприятий различных категорий семей и детей, ведут мониторинг деятельности специалистов по реабилитации семей и детей из групп социального риска и

контролируют качество реализации индивидуальных программ всеми субъектами системы профилактики.

Основные результаты работы специалистов отделения медико-социальной помощи представлены в таблице 4.2.9,

Таблица 4.2.9

Результаты работы специалистов отделения медико-социальной помощи

Результаты работы	Год								
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Педиатром и терапевтом подростковым принято (чел)	1748	1897	1901	2396	2701	3894	4156	4728	5190
Из них:									
- подростки	657	678	689	850	1292	1426	1576	1792	1912
- дети из многодетных семей	478	384	427	341	486	575	564	666	1079
- из неблагополучных семей	-	361	327	540	317	685	802	802	1273
- находящихся под опекой	498	352	340	561	494	557	311	333	345
- детей-инвалидов	115	122	118	104	112	91	88	111	274
Проконсультировано психологами (чел)	518	560	1268	1332	1477	2588	3648	4512	4553
Прошли курс психологической поддержки и реабилитации (чел), из них	489	518	621	621	738	1294	1397	1587	1678
- детей и подростков, оказавшихся в трудной жизненной ситуации	23	28	26	26	74	129	133	155	185
- детей-инвалидов и их родителей	57	56	59	59	63	91	43	70	68
Проведено медико-социальных патронажей (абс.)	258	387	404	521	354	294	1081	959	880
Направлено в санаторий/оздоров. лагерь (чел.)	15	25	14	19	17	26	91	44	44
	2	2						14	18
Направлено в реабилитационный центр (чел.)	-	4	3	2	4	1	1	2	1
Поставлено на учет по спискам ОДН УВД (чел.)	7	107	82	87	72	23	20	4	35
Подготовлены документы для оформления первичной опеки / усыновления (детей)	-	-	8	9	13	10	22/2	6	10
Получили медико-социальное сопровождение дети и подростки, подвергшихся физическому насилию (чел.)	-	-	-	-	6	4	5	-	-

С каждым годом увеличивается число детей из групп социального риска, получивших медицинскую помощь у врачей отделения медико-социальной помощи, проконсультированных психологом и прошедших курсы психологической поддержки и реабилитации, направленных в санатории

и оздоровительные лагеря, в 2016 году по сравнению с 2008 годом в 3,5 раза больше проведено медико-социальных патронажей (табл. 4.2.9).

В отделении также проводится большая работа по реализации мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни, включая развитие физической культуры и спорта и пропаганду здорового образа жизни, а также программ по оздоровлению детей и реализации мер по профилактике алкоголизма и наркомании, противодействию потреблению табака, популяризации культуры здорового питания, спортивно-оздоровительных программ, профилактике неинфекционных заболеваний.

Так, например, в 2016 году были проведены следующие мероприятия:

- подготовка и выступление на педагогических советах на тему «Культура здоровья»;
- медицинское обеспечение спортивных мероприятий в дошкольных и школьных организациях района;
- участие в подготовке и проведении спартакиады семейных команд;
- оформлены санитарные листки на стендах отделения и школ;
- проведено 275 бесед с родителями;
- для образовательных учреждений подготовлены 16 лекций по предупреждению и раннему выявлению заболеваний, передающихся половым путем; инфицирования ВИЧ, гепатитом В и С; профилактике ранней беременности и сохранения репродуктивного здоровья; по профилактике табакокурения и наркозависимости.

Проводится большая работа по подготовке и проведению Акций к Всемирным дням: Всемирному Дню Здоровья, Дню Матери, Дню Педиатра, Дню Сердца, другим памятным дням и датам. В рамках подготовки и проведения акций были подготовлены листовки на следующие темы: «Предупредить. Защитить. Привить»; «Вши? Гниды? Паника?»; «Туберкулез заразен и очень опасен»; «Скажем «НЕТ» вредным привычкам»; «Гриппу обеспечу достойную встречу»; «Безопасность ваших детей в ваших руках», которые распространялись среди жителей района.

Активно проводилась работа по гигиеническому воспитанию и формированию навыков здорового образа жизни (беседы, лекции, индивидуальные консультации). Для проведения санитарно-просветительской работы активно используются новые технологии и передовые средства массовой информации. Широко используются публикации в газетах Муниципальных образований. Медицинскими работниками были подготовлены и опубликованы статьи по актуальным темам здоровья и безопасной жизни детей, так, например, - «Сердце малыша в руках семьи», «Особенности сердечно-сосудистой системы у детей и подростков», «Ожирение у детей», «Закаливание – путь к здоровью», «Осторожно - клещи», «Внимание – окно».

Медицинскими работниками и психологами регулярно проводятся «Круглые столы»: «Конфликты и гармония в семье»; «Проблемы социализации подростков»; «Трудности родителей в воспитании детей с СДВГ»; «Здоровая мама – здоровый малыш». Круглый стол, для детей в трудной жизненной ситуации «Физкультура и спорт, как факторы, улучшающие качество жизни».

Таким образом, анализ деятельности детских поликлиник района по обеспечению первичной медико-санитарной помощи вскрыл современную проблематику организации медицинской и медико-социальной помощи детям. Среди причин, влияющих на объемы и качество медицинской помощи в целом и медико-социальной помощи в частности на уровне первичного звена, основными являются:

- увеличение трудозатрат обусловленных ухудшением здоровья детей и реализацией федеральных программ;
- кадровый дефицит;
- увеличение числа детей, нуждающихся в медико-социальной помощи на фоне отсутствия штатных нормативов службы;
- отсутствие достаточного внутриволиколического и межведомственного взаимодействия.

Также в разряд проблем, влияющих на организацию и качество оказания медико-социальной помощи детям, необходимо отнести отсутствие профессиональной и постдипломной подготовки медицинских работников по медико-социальным вопросам.

## ГЛАВА 5

### ОРГАНИЗАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ

На современном этапе возрастает потребность формирования системы укрепления здоровья детского населения, и особое значение при этом приобретает создание адекватных форм медицинского обеспечения данной возрастной категории населения.

Приведенный выше анализ медицинского обслуживания детей района исследования показал, что одной из ключевых проблем системы первичной медико-санитарной помощи детскому населению является отсутствие эффективных алгоритмов создания и функционирования медико-социальных служб детских поликлиник, направленных на комплексное сопровождение детей из групп социального риска, а также определение места таких служб, как в системе межведомственного взаимодействия субъектов социальной защиты таких детей, так и собственно внутри детской поликлиники.

Данные выводы объясняют целесообразность и необходимость поиска и разработки новых организационных форм медицинского обслуживания, которые отвечали бы требованиям, предъявляемым к здравоохранению в настоящее время.

После изучения опыта работы медико-социальных служб других административных территорий, а также с учетом особенностей района исследования и специфики контингентов детского населения, нами было разработана и предложена к внедрению организационная многокомпонентная модель медико-социальной службы детской поликлиники. Разработка модели включала в себя ее нормативно-правовое обеспечение, определение структурных компонентов с учетом общности задач функционирования, организационно-методическое обеспечение и анализ эффективности деятельности службы.

На правах организационного эксперимента в одной из детских поликлиник района было предложено создание модели медико-социальной помощи детскому населению, включающей в себя следующие компоненты:

- Отделение медико-социальной помощи
- Отделение профилактики для детей раннего возраста
- Подростковое отделение
- Детский центр здоровья (Рис.5.1)

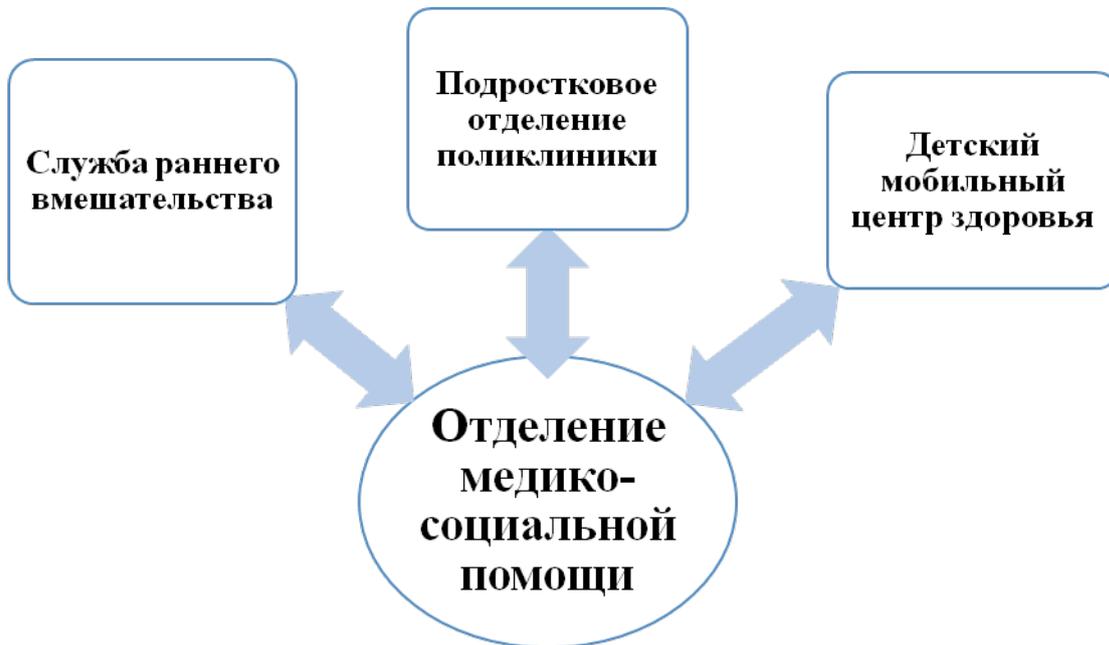


Рисунок 5.1 Компоненты медико-социальной службы детской поликлиники

Ключевым компонентом данной службы, как в вопросах межведомственного взаимодействия субъектов социальной защиты детей из групп социального риска, так и в вопросах координации внутриспециализированных структур для оптимального медицинского и медико-социального сопровождения таких детей, является отделение медико-социальной помощи.

На уровне административного района именно отделение медико-социальной помощи, расположенное в одной из детских поликлиник, играет роль организационно-методического центра для кабинетов медико-социальной помощи, находящихся в структуре иных медицинских организа-

ций района, оказывающих первичную медико-санитарную, в том числе специализированную помощь матерям и детям (Рис.5.2)

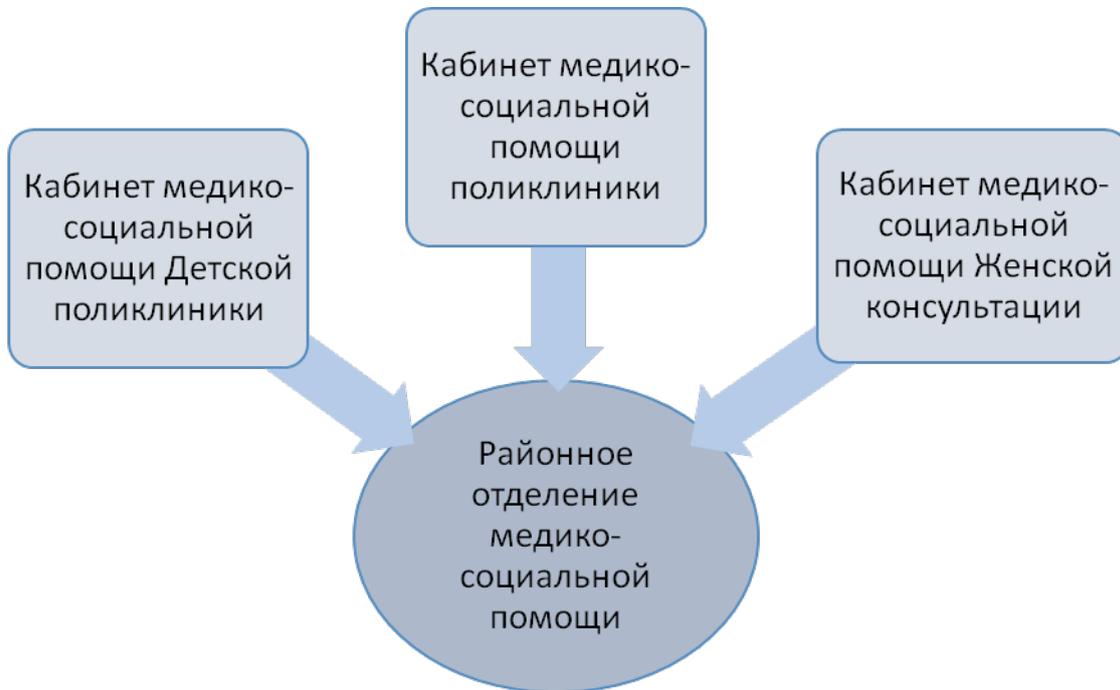


Рисунок 5.2. Структура медико-социальной помощи административного района

### ***5.1. Разработка нормативно-правового обеспечения и организационных основ функционирования отделения медико-социальной помощи***

Правовой основой для создания отделения медико-социальной помощи стал Приказ Минздрава РФ от 05.05.1999 года № 154 «О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста». Приказом были утверждены «Инструкция об организации амбулаторно-поликлинической помощи детям подросткового возраста» и «Инструкция об организации работы отделения (кабинета) медико-социальной помощи детского амбулаторно-поликлинического учреждения».

Согласно указанному документу, отделение (кабинет) медико-социальной помощи имеет своей целью реализацию медико-социальных мероприятий, учитывающих специфические особенности детей, в т.ч. подрост-

кового возраста, и направленных на сохранение и укрепление здоровья детей и подростков, их социальную и правовую защиту и поддержку, профилактику и снижение заболеваемости, формирование потребности в здоровом образе жизни.

Отделение (кабинет) функционирует на основе преемственности и взаимосвязи с подразделениями детского АПУ, территориальными лечебно-профилактическими учреждениями, органами и учреждениями социальной защиты населения, общественными и иными организациями.

Основными задачами отделения (кабинет) медико-социальной помощи являются:

- медико-социальный патронаж семей, выявление в них лиц, имеющих факторы социального риска и нуждающихся в медико-социальной защите и поддержке;
- оказание медико-психологической помощи на основе индивидуального подхода с учетом особенностей личности, в т.ч. и путем анонимного приема;
- осуществление мероприятий по сохранению и укреплению репродуктивного здоровья девочек / девушек и мальчиков / юношей;
- гигиеническое (включая половое) воспитание, обеспечение мероприятий по подготовке молодежи к предстоящей семейной жизни, ориентации на здоровую семью;
- индивидуальная, групповая и коллективная санитарно-просветительная работа, пропаганда мер профилактики, направленных на формирование потребности в здоровом образе жизни и ориентирующих молодых людей и их родителей на осознание вреда «рисковых» или так называемых «саморазрушающих» форм поведения для здоровья и развития (табакокурение, злоупотребление алкоголем, наркомания, токсикомания, ранняя сексуальная активность, правонарушения несовершеннолетних, бродяжничество и т.п.);

- оказание индивидуальной или опосредованной социально-правовой помощи детям, подросткам, семье по защите их прав и законных интересов в соответствии с действующим законодательством;
- анализ (с применением анкетирования и других методов) потребности обслуживаемого детско-подросткового контингента и их семей в конкретных видах медико-социальной помощи.

Позднее, Приказом Минздравсоцразвития РФ от 23 января 2007 года N 56 «Об утверждении примерного порядка организации деятельности и структуры детской поликлиники», была определена «Примерная структура детской поликлиники», в которой также было предусмотрено отделение (кабинет) медико-социальной помощи. Однако, несмотря на правовую возможность создания в составе детской поликлиники отделения (кабинета) медико-социальной помощи, данными нормативными документами не было решено главного - не было проведено штатно-кадровое и финансовое нормирование службы, не разработаны методологические подходы к ее функционированию.

Такие штатные нормативы были определены лишь спустя 13 лет после перевода подростков под наблюдение в детские поликлиники (табл. 5.1 (1)). Приказ Минздравсоцразвития РФ от 16.04.2012 года № 366н утвердил «Порядок оказания педиатрической помощи». В рамках данного Порядка были определены «Правила организации деятельности детской поликлиники (отделения)», которые также рекомендуют вводить в структуру детской поликлиники отделение медико-социальной помощи. Именно в рамках данных Правил поликлинике предписывается осуществление медико-социальной и психологической помощи детям и семьям, имеющим детей; организация медико-социальной подготовки детей к поступлению в образовательные учреждения. Кроме того, данным Приказом функциональные обязанности врача педиатра участкового предусматривают обеспечение передачи информации о детях и семьях социального риска в отделение медико-социальной помощи детской поликлиники, органы опеки и попечительства.

Отделение медико-социальной помощи было создано в одной из детских поликлиник района в 2008 году. Отделение предусматривало бюджетное финансирование. Структура и штаты отделения были установлены индивидуально. В состав отделения были введены должности: заведующего отделением, медицинского психолога, врача-педиатра, врача-терапевта (подростковый); социального работника.

С учетом проанализированных нормативных документов был разработан пакет локальных нормативных актов. Ниже представлен методический алгоритм разработки таких документов, а в Приложениях приведены образцы.

К данной группе документов были отнесены:

- Приказ об открытии отделения медико-социальной помощи.
- Положение об отделении медико-социальной помощи.
- Штатное расписание отделения медико-социальной помощи.
- Должностные инструкции персонала отделения медико-социальной помощи.
- Порядок деятельности отделения.
- Оценка деятельности отделения медико-социальной помощи.

По нашему мнению, принципиальной целью создания и дальнейшего функционирования отделения медико-социальной помощи детской поликлиники является обеспечение максимального уровня медицинского сопровождения детей из групп социального риска. Кроме того, именно на это Отделение были возложены все функции по организации межведомственного взаимодействия поликлиники и координации деятельности внутри поликлинических структур по медико-социальным вопросам охраны здоровья детей, предупреждению их медико-социальной дезадаптации. Заведующий отделением непосредственно подчиняется руководителю поликлиники, входит в состав врачебной комиссии и в состав поликлинического управленческого персонала.

В связи высокой социальной значимостью функционирования отделения медико-социальной помощи, оптимальным представляется возможность его содержания за счет средств бюджета здравоохранения в рамках существующей системы сметного финансирования. Для подтверждения такого финансирования необходимо определение нормативов финансовых затрат на содержание Отделения и разрешение о включении указанных расходов в общую смету расходов учреждения главным распорядителем кредитов (в условиях Санкт-Петербурга для поликлиник это, как правило, администрации района). Однако, в случае введения на функциональной основе в состав Отделения службы охраны репродуктивного здоровья, финансирование которой возможно за счет средств обязательного медицинского страхования (ОМС), допустимой становится модель солидарного финансирования Отделения. При существующей системе тарификации медицинских услуг по программам обязательного медицинского страхования содержание Отделения только за счет средств ОМС представляется убыточным.

Ключевым документом, определяющим деятельность структурного подразделения поликлиники, является «Положение об отделении медико-социальной помощи». Помимо общих разделов, положений, принятых в конкретном учреждении, в данном документе были отражены как принципиально важные, так и конкретные аспекты деятельности Отделения. Среди них следует выделить: цели и задачи деятельности Отделения; контингенты обслуживания Отделением; направления и формы работы Отделения и т.д.

Основные цели деятельности отделения медико-социальной помощи:

- Обеспечение максимального уровня реализации медико-социальных мероприятий и медицинского сопровождения детей и подростков из групп социального риска, направленных на сохранение и укрепление их здоровья, социальную и правовую защиту, профилактику и снижение заболеваемости, формирование потребности в здоровом образе жизни.
- Организация и осуществление межведомственного взаимодействия поликлиники и координации деятельности внутри поликлинических

структур по медико-социальным вопросам охраны здоровья детей и подростков.

Для достижения заявленных целей, Отделение решает следующие задачи:

- сохранение и повышение уровня физического, психического, репродуктивного и социального здоровья детей и подростков;
- реализация их гармоничного развития,
- предупреждение социальной дезадаптации,
- формирование потребности в здоровом образе жизни,
- обеспечение социальной и правовой поддержки несовершеннолетних.

Основные направления деятельности Отделения:

- Профилактика, выявление и психологическая коррекция пограничных нервно-психических расстройств у детей и подростков, повышение приспособляемости детей и подростков к социальным требованиям и психическим нагрузкам. Реабилитация детей и подростков, оказавшихся в трудной жизненной ситуации. Разрешение конфликтов в семьях, учебных заведениях, компаниях ровесников.
- Профилактика и комплексное лечение заболеваний, развивающихся под воздействием психосоциальных факторов, медико-психологическая коррекция психосоматических расстройств.
- Выявление и учет семей медико-социального риска, выделение из них семей высокого социального риска (семьи алкоголиков, наркоманов, детей-инвалидов, юных матерей, матерей-одиночек и др.).
- Профилактика и комплексное лечение заболеваний, развивающихся под воздействием психосоциальных факторов, медико-психологическая коррекция психосоматических расстройств.
- Профилактика, выявление и социально-психологическая коррекция отклоняющихся и «рисковых» форм поведения детей и подростков (злоупотребление алкоголем, наркомания, токсикомания, табакокурение, суици-

дальные тенденции, расстройства влечений, бродяжничество, беспризорность, девиантное поведение, правонарушения).

- Сохранение репродуктивного здоровья молодежи путем профилактической работы по предупреждению и раннему выявлению заболеваний, передающихся половым путем, СПИДА. Консультирование, адекватное уровню психосексуального развития и сексуальной активности, по рациональной контрацепции.

- Гигиеническое воспитание и образование родителей и детей, пропаганда культуры здоровья, формирование у детей и подростков потребности в здоровом образе жизни.

- Социально-правовая поддержка несовершеннолетних, защита детей от жестокого обращения и насилия в семье, предупреждение вовлечения их в преступную деятельность. Профилактика детской и подростковой проституции, сексуального насилия и эксплуатации.

- Медико-социальный патронаж семьи.

- Оказание индивидуальной медико-психолого-социальной помощи детям и подросткам, в том числе путем анонимного приема.

- Медико-психологическая и социально-правовая поддержка детей-инвалидов и их семей. Осуществление мероприятий, направленных на максимально полную адаптацию детей-инвалидов, устранение социальной недостаточности. Социальная и медицинская реабилитация детей-инвалидов.

- Участие в реализации программ оздоровительного отдыха детей и подростков. Организация лагерей для детей из малообеспеченных, неполных семей, семей безработных и подростков, состоящих на учете в органах внутренних дел.

- Организация межведомственного взаимодействия в медико-социальной помощи детям и подросткам.

- Изучение интересов и потребностей детей в целях профилактики и прогнозирования заболеваний и потребности в медицинской помощи.

Перечень направлений деятельности отделения медико-социальной помощи может меняться исходя из особенностей учреждения, его ресурсного обеспечения, специфичности территории, контингента детей на обслуживаемой территории и т.д. На этапе формирования отделения были определены категории детей и подростков, являющиеся объектом наблюдения сотрудниками отделения медико-социальной помощи. В сферу деятельности и наблюдения данной службой в исследуемой детской поликлинике входят:

- 1) многодетные семьи и дети из них;
- 2) дети из неблагополучных семей;
- 3) дети инвалиды;
- 4) дети, находящиеся под опекой;
- 5) юные матери в возрасте до 18 лет;
- 6) дети и подростки, склонные к правонарушениям, бродяжничеству;
- 7) дети, подвергшиеся различным формам насилия.

Как было указано выше, дети из многодетных семей занимают ведущее место в структуре всех наблюдаемых детей.

Объем оказываемой медико-социальной помощи определяется администрацией поликлиники по согласованию с вышестоящим органом управления здравоохранением. Отделение функционирует на основе взаимодействия с другими подразделениями детской поликлиники, а также другими субъектами социальной поддержки семьи и детей. Отделение ведет учет и представляет отчет о своей деятельности в установленном порядке.

Штатное расписание отделения медико-социальной помощи должно в полной мере реализовывать все возложенные на него функции, и, как, показывает практика, с учетом высокой специфичности этих функций, укомплектование штатного расписания рационально осуществить основными работниками учреждения.

Должностные инструкции персонала отделения составлены исходя из общих требований, принятых в конкретном учреждении в рамках законодательства, коллективного договора и иных нормативов, определяющих поря-

док исполнения работниками, поставленными перед ними задач. Вместе с тем, должностные инструкции персонала в полной мере были ориентированы на реализацию целей и задач, стоящих перед отделением в рамках принятого Положения об отделении медико-социальной помощи детской поликлиники. В Приложениях приводятся образцы должностных инструкций персонала отделения медико-социальной помощи детского поликлинического отделения № 12 Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Городская поликлиника № 37».

## ***5.2. Алгоритмический и программно-целевой подход в работе отделения медико-социальной помощи***

Поскольку федеральная нормативная база деятельности отделений медико-социальной помощи не содержит конкретных алгоритмов и механизмов организации функционирования данных служб, появляется возможность самостоятельного поиска оптимальных моделей и схем работы отделений. Однако, несмотря на достаточно продолжительный период времени, прошедший с момента официального декларирования необходимости создания таких отделений в силу их высокой социальной значимости, развитие последних осуществляется крайне медленно, и их наличие скорее является исключением из общего правила. Такое явление, по нашему мнению, во многом объясняется именно отсутствием конкретной организационно-методической основы для создания и работы отделений медико-социальной помощи.

В ходе настоящего исследования был разработан основной алгоритм функционирования отделения медико-социальной помощи в составе исследуемой детской поликлиники. В рамках данного алгоритма также был разработан ряд учетных и отчетных форм медицинской документации, используемой в работе отделения медико-социальной помощи. Данные методические разработки успешно зарекомендовали свою эффективность в течение десяти лет работы.

Исходя из основных целей и задач, стоящих перед отделением медико-социальной помощи, а также на основании разработанных локальных нормативных актов по отделению (Положения об отделении, должностных инструкций персонала) принципиальная схема его работы состоит из нескольких этапов:

- Выявление детей и подростков, нуждающихся в мерах медико-социальной помощи;
- Проведение медико-социального патронажа в целях оценки условий проживания, обучения, досуга, среды обитания ребенка, подростка, нуждающегося в мерах медико-социальной помощи, а также выявления факторов риска;
- Комплексная медицинская, медико-социальная и медико-психологическая оценка состояния здоровья ребенка, подростка, нуждающегося в мерах медико-социальной помощи, определение группы социального риска;
- Формирование комплексной индивидуальной медицинской, медико-социальной и медико-психологической программы сопровождения ребенка, отнесенного к группе социального риска и ее реализация;
- Контроль реализации комплексной индивидуальной программы сопровождения и оценка результатов ее эффективности.

В ходе первого этапа осуществляется выявление детей и подростков, в отношении которых имеются основания предположить, что последние могут нуждаться в мерах медико-социальной помощи и соответствующем комплексном сопровождении. Информация о таких детях может поступать как в рамках внутриаппеликативного взаимодействия служб (рис. 5.2.1), так и в системе межведомственного взаимодействия различных структур, заинтересованных в помощи несовершеннолетним из групп социального риска.



Рисунок 5.2.1. Схема внутривзаимодействия отделений поликлиники

Внутри поликлиники информация о ребенке, подростке предположительно из группы социального риска, поступает в отделение медико-социальной помощи, как правило, от работников участковой службы (до 65% от общего взятых под наблюдение в отделении), что вполне объяснимо, так как именно врачи педиатры участковые в большей степени владеют информацией об условиях жизни ребенка. Кроме этого, подобную информацию могут предоставить медицинские работники образовательных организаций, врачи специалисты поликлиники, а иногда и ее администрация. Существенную роль в предоставлении информации о детях и семьях групп социального риска играет центр здоровья.

Представляются достаточно эффективными разработанные в поликлинике конкретные пошаговые алгоритмы действия для различных категорий медицинского персонала при выявлении или обращении за медицинской помощью пациента из какой-либо группы социального риска. В качестве примера ниже приведены варианты утвержденных на уровне учреждения алго-

ритмов действия медицинского персонала при обращении за медицинской помощью пациента с повреждениями насильственного характера.

1. Алгоритм действий врача педиатра дошкольно-школьного отделения при обращении за медицинской помощью пациента с повреждениями насильственного характера:

- информирует заведующего отделением о факте обращения пациента с признаками насилия;
- информирует руководителя образовательного учреждения;
- осматривает и фиксирует в медицинской документации элементы повреждения обратившегося;
- направляет на комиссионный осмотр в детскую поликлинику (и) или в специализированное учреждение (травматологический пункт, специализированные кабинеты или отделения медицинских организаций).

2. Алгоритм действий заведующего дошкольно-школьным отделением при обращении за медицинской помощью пациента с повреждениями насильственного характера:

- организует проведение осмотра ребенка комиссией (в составе не менее трех медицинских работников):
- контролирует запись осмотра в медицинской документации;
- готовит уведомление в органы опеки и попечительства, социальный отдел муниципальных образований, УВД, и т.д. о факте обращения за медицинской помощью с повреждениями насильственного характера;
- доводит информацию до руководителя детской поликлиники;
- информирует ОМСП и заведующих педиатрическими отделениями о факте насилия.

3. Алгоритм действия врача педиатра участкового при обращении за медицинской помощью пациента с повреждениями насильственного характера:

- информирует заведующего педиатрическим отделением о факте обращения за медицинской помощью пациента с повреждениями насильственного характера;

- проводит объективный осмотр ребенка;
- вносит записи о результатах осмотра с описанием типа телесных повреждений в медицинскую документацию («Карту развития ребенка» ф. 112/у);

- представляет ребенка к осмотру комиссией (3 человека).

4. Алгоритм действий заведующего педиатрическим отделением при обращении за медицинской помощью пациента с повреждениями насильственного характера:

- организует проведение осмотра ребенка комиссией (в составе не менее трех медицинских работников):

- заполняет первичную медицинскую документацию;
- готовит уведомление в органы опеки и попечительства, социальный отдел муниципальных образований, УВД, и т.д. о факте обращения за медицинской помощью пациента с повреждениями насильственного характера;

- дает направление на консультацию в специализированное учреждение (травматологический пункт, специализированные кабинеты или отделения медицинских организаций.);

- доводит информацию до руководителя детской поликлиники;
- оформляет бланк направления для информации ОМСП.

5. Алгоритм действий заведующего отделением медико-социальной помощи при обращении за медицинской помощью пациента с повреждениями насильственного характера:

- участвует в осмотре пациента в составе комиссии;
- заводит персонифицированную карту на осмотренного ребенка и его семью;

- уведомляет органы опеки и попечительства, социальную службу, администрацию района, и (или) УВД района;

- берет пациента под динамическое медико-социальное диспансерное наблюдение;

- организует медико-социальный и бытовой патронажи условий проживания ребенка;
- контролирует медико-социальное сопровождение семьи данного пациента;
- контролирует диспансерное наблюдение за ребенком, его социальную адаптацию и реабилитацию по индивидуальной программе.

6. Алгоритм действия руководителя детской поликлиники при обращении за медицинской помощью пациента с повреждениями насильственного характера:

- контролирует исполнение на всех этапах алгоритма при обращении за помощью пациента с повреждениями насильственного характера;
- обеспечивает передачу информации в органы опеки и попечительства, социальную службу, администрацию района, и (или) УВД района;\*
- информирует главного врача о факте обращения пациента с повреждениями насильственного характера;
- обеспечивает и контролирует социальную адаптацию и реабилитацию ребенка, попавшего в трудную жизненную ситуацию.

Во всех случаях соответствующим врачом оформляется «Бланк направления ребенка в отделение медико-социальной помощи», который визируется заведующим соответствующего отделения и передается в отделение медико-социальной помощи через канцелярию поликлиники с обязательной регистрацией.

Помимо врачей поликлиники информация о детях из групп социального риска может поступать и из иных источников, субъектов системы межведомственного взаимодействия, к которым чаще всего относятся (рис.5.2.2):

- комиссия по делам несовершеннолетних и защите их прав;
- отделение по делам несовершеннолетних управления внутренних дел;
- органы опеки и попечительства местных администраций муниципальных образований;
- прокуратура;

- центр социальной помощи семье и детям (ЦСПСД);
- органы управления образованием и образовательные организации;
- органы управления здравоохранением и учреждения здравоохранения;
- общественные организации;
- администрация района.



Рисунок 5.2.2. Общая схема межведомственного взаимодействия детской поликлиники

Как правило, информация о детях, нуждающихся в мерах медико-социальной защиты, поступают в поликлинику в виде извещения, заполненного в произвольной форме. С получением отделением медико-социальной помощи информации о ребенке подростке, нуждающемся в мерах медико-социальной защиты, в рамках следующего этапа проводится медико-социальный патронаж условий проживания, обучения ребенка, подростка. Врач педиатр совместно с социальным работником отделения выходят в адрес по месту жительства ребенка, где проводится оценка социально-бытовых, санитарно-гигиенических условий проживания семьи, определяется ее статус, выявляется комплекс медико-социальных и медико-психологических факторов риска развития заболеваний и социальной дезадаптации ребенка.

В случае невозможности попасть в жилое помещение (например, при конфликтной ситуации), в рамках межведомственного взаимодействия при-

влекаются сотрудники полиции и органа опеки и попечительства муниципального образования. При оценке условий обучения, оценки морально-психологического климата в детском коллективе к проведению медико-социального патронажа в образовательном учреждении привлекается врач педиатр этого учреждения. В ходе проведения медико-социального патронажа законному представителю ребенка, подростку выдается приглашение в поликлинику для прохождения углубленного медицинского обследования. Во всех случаях по результатам проведения медико-социального патронажа оформляются «Акт обследования социально-бытовых условий семьи», а также «Социальный паспорт семьи группы социального риска», который поступает в отделение, где визируется заведующим отделением.

На следующем этапе описываемой схемы работы отделения осуществляется комплексное медицинское и медико-психологическое обследование ребенка, подростка. Основными принципами такого обследования являются комплексность и максимальная доступность. Последнее достигается посредством личного сопровождения ребенка сотрудниками отделения (вплоть до заведующего) при его прохождении лабораторного, инструментального обследования, а также при получении им консультаций и заключений врачей специалистов. В ходе проведения такого обследования психологом отделения проводится индивидуальная диагностика психологического статуса ребенка.

По результатам такого обследования каждому ребенку дается комплексная оценка состояния здоровья, включающая постановку основного диагноза и диагноза сопутствующих заболеваний, уровня физического и полового развития, уровня неспецифической резистентности организма, определение группы здоровья и медицинской группы для занятий физической культурой. Также суммируются данные психологического обследования и результатов медико-социального патронажа. По совокупности всех данных формируется итоговое медико-социальное и медико-психологическое заключение, содержащее помимо перечисленных данных сведения о группе соци-

ального риска (опекаемый ребенок, ребенок из многодетной семьи и т.п.), а также выявленных медико-социальных факторах риска.

Все полученные данные заносятся в первичную медицинскую документацию ребенка («Карту развития ребенка» уч.форма-112/у), которая хранится в регистратуре поликлиники, электронную базу данных, которая ведется в отделении медико-социальной помощи. Практически во всех случаях в условиях отделения оформляется «Контрольная карта диспансерного наблюдения» (уч. форма 030/у-04), а также «Карта медико-социального сопровождения ребенка». Подобные карты заполняются на всех детей, прошедших углубленное медицинское обследование. В формах карт предусмотрены определенные специфические особенности в зависимости от группы риска, к которой отнесен ребенок. Однако в целом такие отличия не принципиальны.

После проведения всех диагностических мероприятий, формирования заключения о комплексной оценке состояния здоровья ребенка, определения его медико-социального и медико-психологического статуса обсуждение каждого ребенка производится комиссией, в состав которой входят заведующий отделением, врач педиатр (врач терапевт подростковый), психолог, социальный работник. В случае необходимости в состав комиссии привлекаются иные специалисты поликлиники или представители иных ведомств и организаций, компетентных в решении специальных вопросов помощи несовершеннолетним из групп социального риска. Комиссионно формируется индивидуальная программа медико-социального сопровождения ребенка, которая включает в себя три раздела: медицинский, психологический и социальный.

Медицинский аспект включает в себя организацию и проведение комплекса диагностических мероприятий, а также амбулаторного или стационарного лечения с последующим обязательным динамическим диспансерным наблюдением.

Необходимо отметить, что всем наблюдаемым детям назначается комплекс лечебно-оздоровительных и реабилитационных мероприятий, дети на-

правляются в санатории, профилактории и оздоровительные лагеря. Проведение динамического диспансерного наблюдения за детьми и подростками проводится в соответствии с установленным федеральным регламентом. Каких либо принципиальных особенностей медицинского характера в их реализации, как правило, не предусмотрено, за исключением выраженной профилактической направленности и максимального уровня доступности всех видов медицинской помощи для данной категории пациентов.

Существенное значение в эффективной деятельности отделения и в комплексном подходе к наблюдению за детьми занимает психологическая составляющая. Она основывается на психолого-педагогической диагностике уровня развития ребенка, выявлении адаптивных нарушений и их коррекции, при необходимости оказывается психологическая помощь и поддержка при различных негативных ситуациях. Среди наиболее частых причин работы психолога с семьями необходимо выделить школьную дезадаптацию; неполные семьи; конфликты родителей, работа с семьей ребенка-инвалида по соматическому заболеванию. Кроме этого, не редким поводом для вмешательства психолога служат зависимость (наркотическая, алкогольная, игровая) ребенка и членов семьи; многодетные семьи с трудными жизненными условиями; сексуальная фиксация ребёнка; смерть одного родителя; суицидальные намерения.

В качестве основных форм работы психолога выступают игровая терапия, арттерапия, семейная терапия, индивидуальная и групповая работа.

Не менее важным являются мероприятия по социальной адаптации ребенка, которые являются третьей составляющей в составе комплексной программы сопровождения детей из групп социального риска. Именно в этом разделе проводятся мероприятия по социализации и максимальной адаптации ребенка к среде обитания, школе, осуществляется работа с семьей по устранению негативного влияния окружения, вредных привычек, осуществляется поиск способов для организации досуга ребенка в различных социально-культурных или спортивных подразделениях.

Именно в этом разделе большую роль играет деятельность отделения в организации и проведении мероприятий санитарно-просветительного характера по пропаганде здорового образа жизни, внедрению различных здоровьесберегающих технологий. Помимо бесед, проводимых на индивидуальном уровне в рамках комплексной программы медицинского сопровождения с ребенком, его окружением, раздачи специальной литературы, буклетов, сотрудниками отделения ведется серьезная профилактическая работа в детских коллективах. Среди основных форм работ – тематические лекции, занятия, подготовка санитарных листков и стенных газет, организация Дней Здоровья, уличных акций, приуроченных к различным датам ВОЗ (например, День Сердца, День Диабета, Всемирный день здоровья, День борьбы с курением, День семьи и т.д.), организация и проведение различных Школ Здоровья, выступления и публикация в средствах массовой информации и т.п. Как правило, при грамотной организации, все эти мероприятия вызывают живой интерес со стороны детей различных возрастных групп.

### ***5.3. Системный анализ деятельности отделения медико-социальной помощи***

Деятельность любого подразделения медицинской организации должна подвергаться анализу на предмет исполнения возлагаемых на него функций, определяемых исходя из стоящих перед ним целей и задач. Целесообразно выделить две группы показателей деятельности отделения медико-социальной помощи детской поликлиники: 1) собственно медико-статистические показатели деятельности отделения и 2) показатели, характеризующие контингенты детей и подростков. Логично предположить, что первая группа показателей будет отражать преимущественно количественные или объемные величины, а вторая – в большей степени качественные.

Медико-статистические показатели позволяют анализировать нагрузку персонала, его занятость, исполнение функции врачебной должности, оценивать уровни охвата теми или иными мероприятиями от должной потребно-

сти. Применительно к работе отделения медико-социальной помощи к таким показателям могут быть отнесены количественные данные о выполненных медико-социальных патронажах, углубленных медицинских осмотрах, проведенных медико-социальных и психолого-социальных заседаний комиссий, принятых на них решений, численности пациентов принятых персоналом отделения по разным целям (лечебно-диагностическая, профилактическая, диспансерная и т.д.), проведенных лечебно-оздоровительных мероприятиях, а также отдельных видов санитарно-просветительской работы и т.п. Кроме этого, целесообразно учитывать различные аспекты деятельности отделения в рамках программ межведомственного взаимодействия и взаимодействия внутриполиклинических структур по медико-социальным вопросам охраны здоровья детей и подростков. К ним, например, можно отнести данные о числе полученных и поданных направлений, извещений, сообщений, принятых по ним мерам и т.д. Пристального внимания заслуживают объемные величины, характеризующие степень охвата детей, нуждающихся в проведении различных лечебных, диагностических, профилактических, диспансерных мероприятий, этими мероприятиями. Частота анализа показателей этой группы должна быть регулярной и высокой (1 раз в месяц, квартал, год), так как, они отражают плановую работу отделения и могут носить оперативный характер.

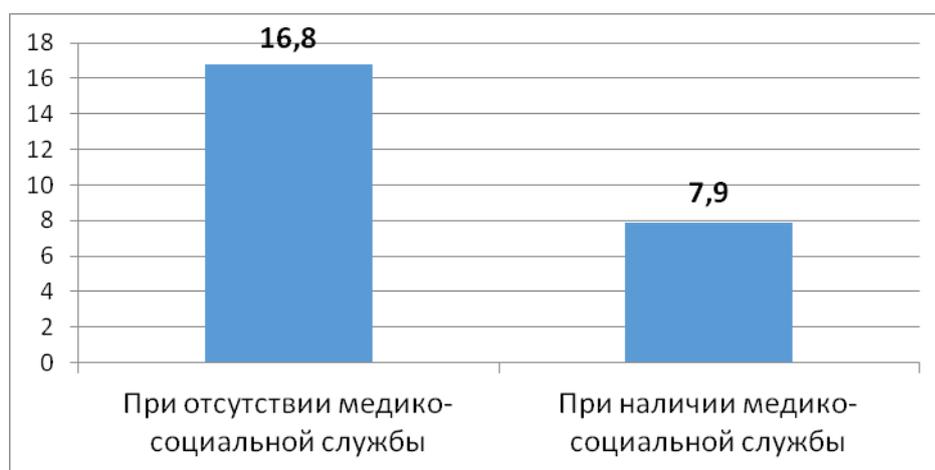


Рисунок 5.3.1. Доля посещений врача педиатра участкового детьми из групп социального риска при наличии и отсутствии медико-социальной службы (%)

В ходе исследования были проанализированы объемы исполнения функции врачебной должности врача педиатра участкового в части оценки удельного веса посещений детьми из групп социального риска. (Рис.5.3.1.) Было установлено, что при наличии в детской поликлинике медико-социальной службы, доля таких посещений 2,1 раза выше, чем при отсутствии таковой ( $p < 0,01$ ).



Рисунок 5.3.2. Среднегодовое число посещений детской поликлиники на одного ребенка из группы социального риска (абс.)

При анализе общего количества посещений детской поликлиники детьми из данных групп (рис.5.3.2.) отмечено, что при наличии медико-социальной службы, среднегодовая частота посещений такими детьми в 2,5 раза выше, чем при ее отсутствии ( $p < 0,01$ ). Указанное может свидетельствовать с одной стороны о существенном «высвобождении» врача педиатра участкового для решения других актуальных задач, а с другой значимом увеличении доступности первичной медико-санитарной помощи для детей из групп социального риска в случае наличия в поликлинике медико-социальной службы.

Описание второй группы рассматриваемых показателей, возможно, менее конкретных, но в то же время, более разнообразных, должно на уровне динамического сравнения, в конечном итоге, характеризовать эффективность

деятельности отделения. К таким показателям, безусловно, необходимо относить все показатели состояния здоровья детей и подростков в разрезе групп социального риска, включая данные о заболеваемости, в том числе по классам болезней, физическом развитии, распределении на группы здоровья и группы диспансерного наблюдения, психологическом статусе, поведенческих особенностях и т.д. Особое значение имеют показатели медико-социального характера, отражающие условия проживания и обучения ребенка, его семейный статус, особенности питания, быта, окружения и т.п. В отличие от показателей первой группы, временной регламент оценки показателей второй группы имеет меньшую частоту (не чаще раз в полгода), так как, во-первых, их достоверный анализ требует значительных трудовых и временных затрат, и, во-вторых, они отражают информацию, для изменения которой требуется более продолжительный период. Следует также подчеркнуть, что анализ показателей данной группы имеет большее значение при их сравнении по принципу «было — стало». Именно таким образом возможно проведение реальной оценки эффективности службы. Использовать методики сравнения можно вполне традиционные. Например, при оценке эффективности проводимого сотрудниками отделения динамического диспансерного наблюдения можно использовать показатель, который рассчитывается, как отношение (в %) суммы численностей детей, снятых с диспансерного наблюдения по выздоровлению, детей со стабилизацией патологического процесса (снижение частоты обострений, снижение прогрессирования заболеваний) и детей со стойкой ремиссией хронических заболеваний к общему числу подростков, состоявших под диспансерным наблюдением в течение года (Рис.5.3.3.). По подобной схеме возможен расчет и других показателей эффективности.

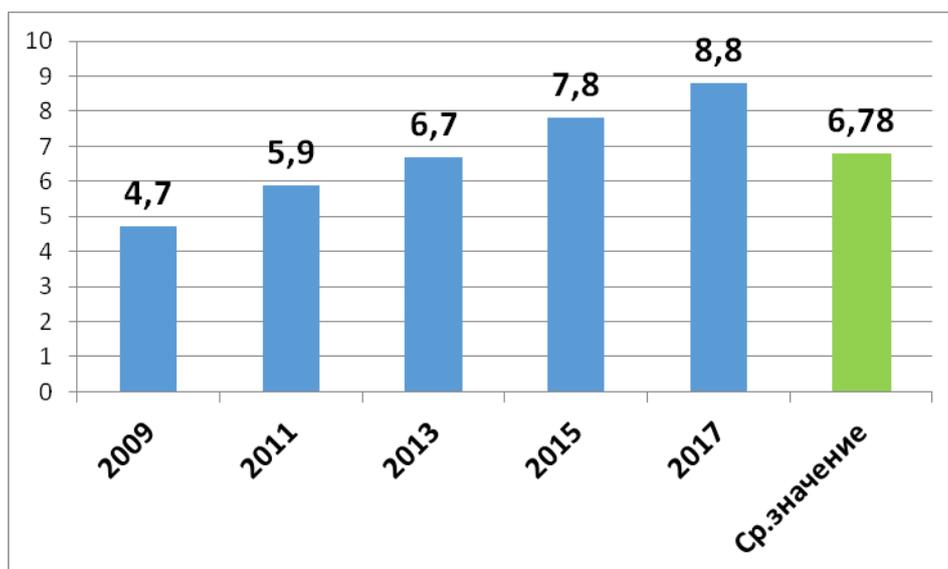


Рисунок 5.3.3. Среднегодовая эффективность динамического диспансерного наблюдения детей из групп социального риска (%)

Поскольку в настоящее время какой-либо утвержденной, официальной отчетной документации по деятельности отделения медико-социальной помощи не существует, нами с целью проведения анализа его деятельности на уровне учреждения, разработан ряд отчетных форм, исходя из изложенных выше принципов, а также вероятной потребности в оперативной и динамической информации. В частности, форма ежемесячного отчета, используемая в практике работы отделения медико-социальной помощи детского поликлинического отделения № 3. Она рекомендуется к использованию аналогичными структурами во всех регионах Российской Федерации.

Опыт работы отделения медико-социальной помощи исследуемой детской поликлиники по организации и проведению всего комплекса медицинских и социальных мероприятий среди детей, относящихся к группам социального риска, доказывает возможность «высвобождения» от значительного раздела работы врачей педиатров участковых для решения исключительно медицинских задач при условии обеспечения максимального уровня доступности медицинской помощи для детей из групп социального риска.

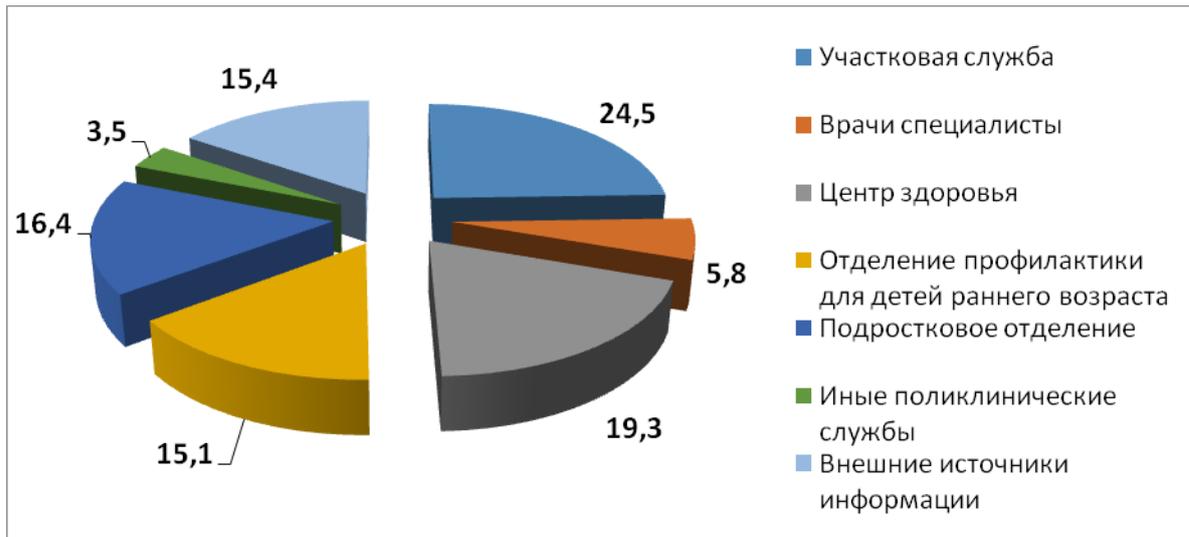


Рисунок 5.3.4. Структура первичных источников информации о детях из групп социального риска и их семьях, поступающих в отделение медико-социальной помощи

Причины отнесения к медико-социальной службе иных подразделений детской поликлиники обусловлены с одной стороны высокой долей направлений деятельности этих подразделений, носящей медико-социальный характер, а с другой – большим объемом информированности о детях из групп социального риска в сравнении с другими подразделениями поликлиники. Последнее подтверждается анализом структуры источников информации о детях из групп социального риска и их семьях, поступающих в отделение медико-социальной помощи (рис. 5.3.4.).

Как видно из представленных данных, наибольший объем информации в отделение медико-социальной помощи поступаем от участковой службы, центра здоровья, подросткового отделения, отделения профилактики для детей раннего возраста, а также внешних субъектов социальной защиты детей (органы опеки и попечительства, органы внутренних дел, образовательные организации и т.д.). Именно поэтому ниже будут описаны алгоритмы функционирования выбранных структурных подразделений детской поликлиники в качестве компонентов ее медико-социальной службы.

#### ***5.4. Организационные модели работы других компонентов медико-социальной службы детской поликлиники***

В состав медико-социальной службы исследуемой детской поликлиники, помимо собственно отделения медико-социальной помощи, осуществляющего общую координирующую функцию по медицинскому сопровождению детей из групп социального риска, входят также отделение профилактики для детей раннего возраста, подростковое отделение и детский мобильный центр здоровья.

##### **5.4.1. Отделение профилактики для детей раннего возраста**

Отделение профилактики для детей раннего возраста (ОПДРВ), построено по принципу службы раннего вмешательства, представляющей собой систему помощи детям раннего возраста с нарушениями развития или риском появления таких нарушений и их семьям. При этом нарушения развития рассматриваются, как последствия тех или иных изменений в состоянии здоровья ребенка или неадекватного воспитания ребенка в семье. Целью службы раннего вмешательства является как можно более раннее выявление нарушений развития у детей, а также помощь таким детям и их семьям.

Объектом воздействия для службы раннего вмешательства выступают дети групп риска и дети с нарушениями развития. К первой категории относятся, как правило, дети, имеющие риск появления нарушений в развитии (медицинский, социальный или биологический) и требующие дальнейшего наблюдения. Ко второй категории принято относить детей, у которых выявлены нарушения двигательных, когнитивных, коммуникативных, сенсорных и других функций или имеются отставания в развитии по сравнению с их сверстниками.

Основным методическим подходом в работе службы раннего вмешательства является абилитация, то есть развитие у ребенка функций, изначально у него отсутствующих или нарушенных в силу неблагоприятных причин, предотвращение появлений у ребенка ограничений жизнедеятельности и нормализация его участия в жизни общества.



Рисунки 5.4.1.1-2. Отделение профилактики для детей раннего возраста

В исследуемой детской поликлинике отделение было открыто в 2008 году в рамках развития медико-социальной службы. Его основными задачами являются:

- выявление детей раннего возраста с отставанием в коммуникативном (речевом и языковом), двигательном, когнитивном (интеллектуальном) и социально-эмоциональном развитии, с подозрением на нарушения слуха и зрения, а также детей групп биологического и социального риска;
- проведение междисциплинарного анализа причин отставания с целью формирования индивидуальных программ помощи;
- оказание комплексной помощи выявленным детям и их семьям, согласно разработанным индивидуальным программам
- обеспечение преемственности между службой раннего вмешательства и другими подразделениями поликлиники;
- консультирование родителей здоровых детей и детей группы риска по проблемам раннего развития детей;
- работа с будущими родителями по пропаганде здорового образа жизни и воспитанию здорового ребенка.

Направление детей в отделение осуществляют участковые педиатры, врачи узких специальностей. Как правило, направлению подлежат пациенты следующих категорий:

- дети от 0 до 3 лет декретированных возрастов для скрининговых обследований зрения, слуха, психомоторного развития;
- дети, перенесшие отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде (родовую травму, гипоксию и асфиксию при родах, внутриутробные инфекции, судороги, дистресс);
- дети, имеющие врожденные аномалии нервной системы, органов зрения и слуха, органов дыхания, врожденные пороки развития и деформации костно-мышечной системы;
- дети, имеющие расстройства поведения и трудности в контакте;
- дети со множественными нарушениями;
- дети, имеющие высокий биологический риск (глубоко недоношенные дети, дети с малой, менее 1500 г массой при рождении);
- дети, с выявленными нарушениями в психомоторном развитии;
- дети, проживающие в условиях социального риска.

Штатное расписание сформировано посредством замены ряда вакантных должностей врачебного и среднего медицинского персонала, занятого в системе обязательного медицинского страхования.

В организационную структуру введены следующие должности и подразделения: заведующий отделением; кабинет врача педиатра развития; кабинет врача неонатолога; кабинет психолога; кабинет логопеда; кабинет массажа; зал физического развития; комната по воспитанию здорового ребенка;

На должность заведующего отделением назначается квалифицированный врач педиатр, обладающий навыками организаторской работы и имеющий специальную подготовку по вопросам раннего вмешательства и абилитации. Педиатр развития - врач, который первый принимает и осматривает ребенка, оценивает его психомоторное развитие, собирает анамнез, знакомится с историей развития, анализирует жалобы и состав семьи, проводит скрининговые исследования физического развития, решает вопрос о возможности проведения раннего вмешательства. В составе отделения работает также медицинский психолог – специалист, который помогает семье при нали-

чии у ребенка нарушений контакта и поведения. Логопед, являющийся специалистом по ранней коммуникации, работает с детьми, имеющими задержку речевого развития. Функции инструктора физического развития – работа с детьми, имеющими задержку двигательного развития.

Комната по воспитанию здорового ребенка имеет вполне традиционную направленность и решает следующие задачи:

- пропаганда здорового образа жизни в семье;
- обучение родителей правилам воспитания здорового ребенка (режим, питание, физическое воспитание, уход и т.д.);
- санитарное просвещение родителей по вопросам гигиенического воспитания детей;
- профилактика заболеваний и отклонений в развитии ребенка, особенно в группах высокого риска;
- подготовка детей к поступлению в дошкольные учреждения;
- методическая помощь участковым медсестрам по вопросам воспитания и развития детей;
- организация и оптимизация работы различных школ функционального обучения родителей: (школа молодой матери, школа отцов, школа здоровья и т.д.)

Оценка работы отделения профилактики для детей раннего возраста проводилась по следующим критериям: высвобождение врачей педиатров участковых от существенного объема работы в наблюдении за детьми раннего возраста для решения иных задач по организации комплекса профилактических и лечебно-оздоровительной работы с детьми других возрастных групп, а также по показателям состояния здоровья детей, посещавших данное отделение.

В ходе исследования были получены убедительные данные, указывающие на то, что при наличии в поликлинике службы раннего вмешательства доля посещений врача педиатра участкового детьми в возрастной группе

4-14 лет более чем в 1,4 раза выше, чем в поликлинике, где такая служба отсутствует ( $p < 0,05$ ) (рис. 5.4.1.3.).

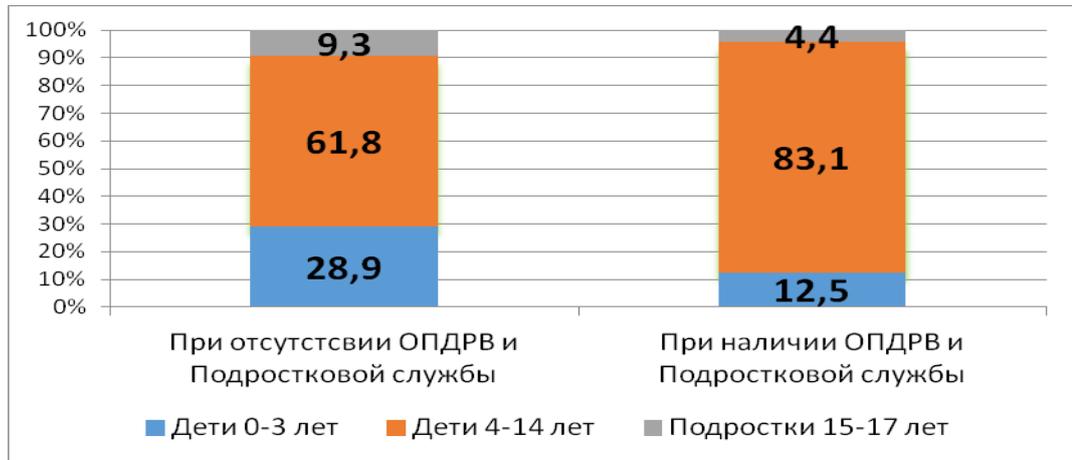


Рисунок 5.4.1.3. Доля посещений врача педиатра участкового детьми различных возрастных групп (%)

Кроме этого было установлено, что при наличии в детской поликлинике указанных служб среднегодовое число посещений врачей педиатрического профиля на одного ребенка значительно выше, чем при отсутствии таковых ( $p < 0,05$ ) (рис. 5.4.1.4.).

Проведенный анализ показателей заболеваемости показал, что среди детей, посещавших ОПДРВ, они значительно ниже, чем среди детей, не посещавших данное отделение ( $p < 0,05$ ) (рис. 5.4.1.5.).

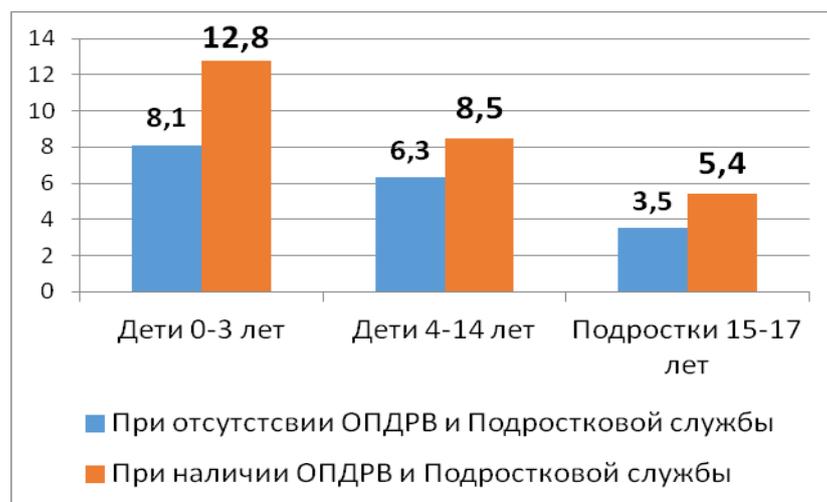


Рисунок 5.4.1.4. Среднегодовое число посещений врачей педиатрического профиля на одного ребенка (абс.)

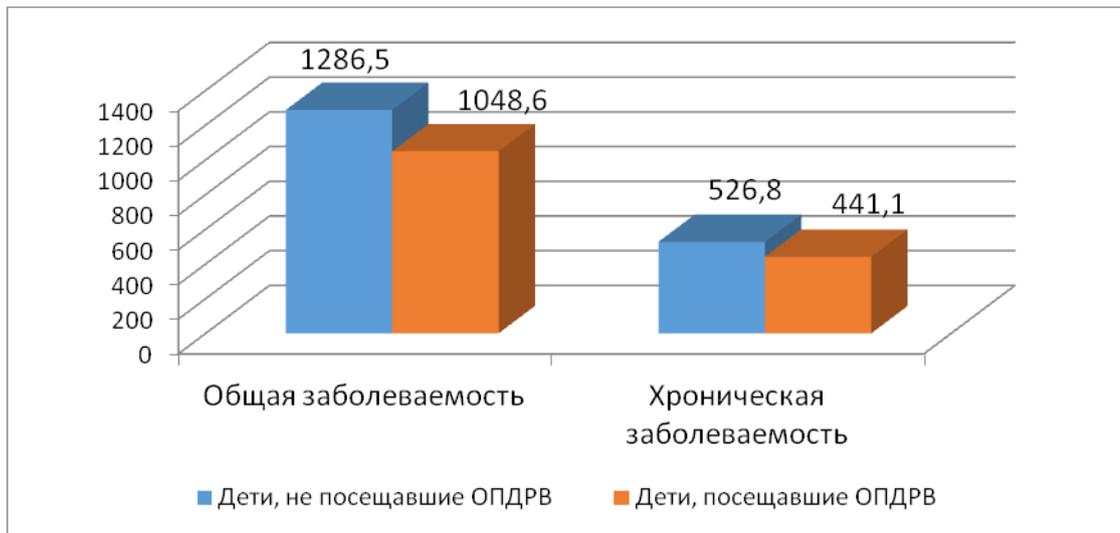


Рисунок 5.4.1.5. Уровни заболеваемости детей, посещавших и не посещавших отделение профилактики для детей раннего возраста. (на 1000 чел.)

#### 5.4.2. Подростковое отделение

Существенным компонентом предложенной модели медико-социальной службы детской поликлиники является подростковое отделение, представляющее собой функциональную совокупность подразделений поликлиники, призванных обеспечить максимально всесторонними видами медицинской и социальной помощи детей подросткового возраста, проживающих (территориальный принцип) и обучающихся (учебно-производственный принцип) в зоне обслуживания учреждения. Нормативно-правовым основанием функционирования отделения является Приказ МЗ РФ от 5 мая 1999 года № 154 «О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста».

Принципиальной причиной отнесения подросткового отделения к медико-социальной службе послужил анализ хронометража рабочего времени врачей подросткового отделения и высокой доли в таком хронометраже деятельности, носящей социальный и медико-социальный характер, в том числе, работа по медицинскому обеспечению подготовки граждан к военной службе, врачебно-профессиональное консультирование, профилактическая деятельность по охране репродуктивного здоровья, работа с подростками, склонными к правонарушениям и т.д. (рис.5.4.2.1.)

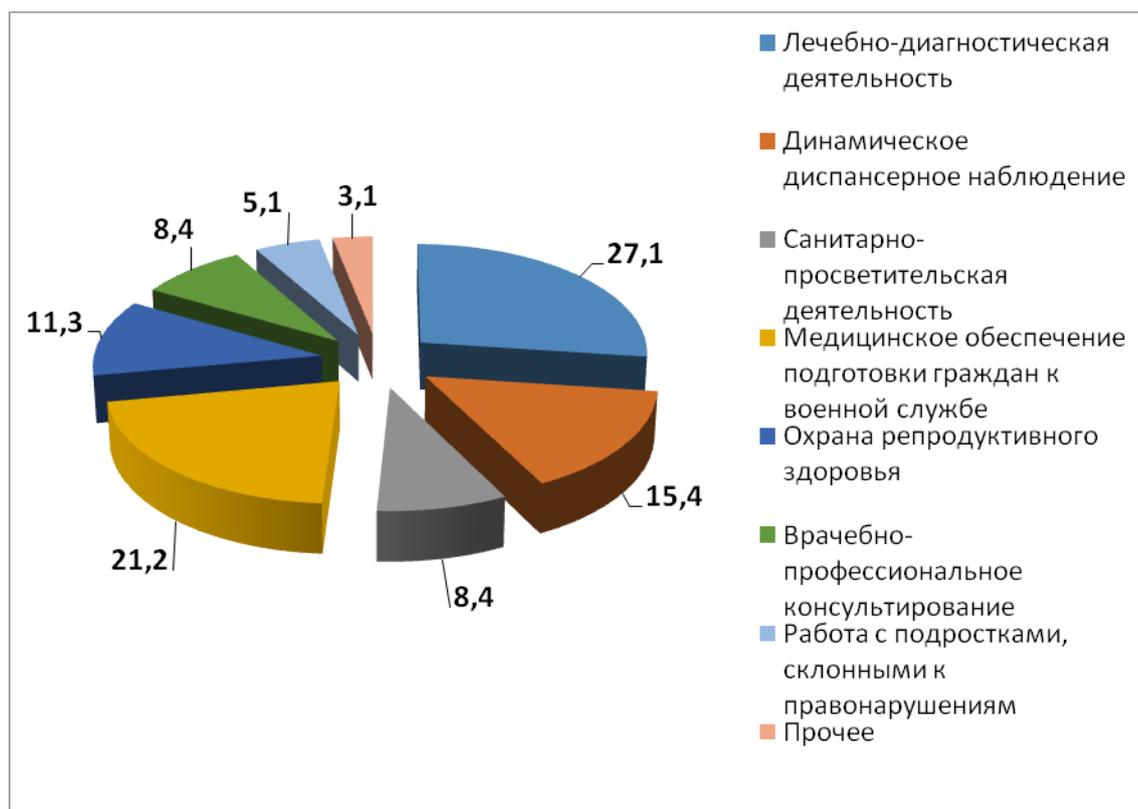


Рисунок 5.4.2.1. Структура временных затрат подросткового врача по направлениям деятельности по данным хронометража (%)

Принципиальная схема подросткового отделения представлена на рисунке 5.4.2.2. В состав отделения входят:

1. Подростковый кабинет.

Основные задачи – оказание первичной медико-санитарной помощи, организация и обеспечение динамического диспансерного наблюдения за подростками с заболеваниями и отклонениями в состоянии здоровья, координация деятельности специалистов поликлиники по вопросам подготовки молодежи к военной службе, проведение мероприятий по врачебно-профессиональному консультированию подростков, экспертная оценка состояния здоровья подростков, выявление подростков из групп социального риска.

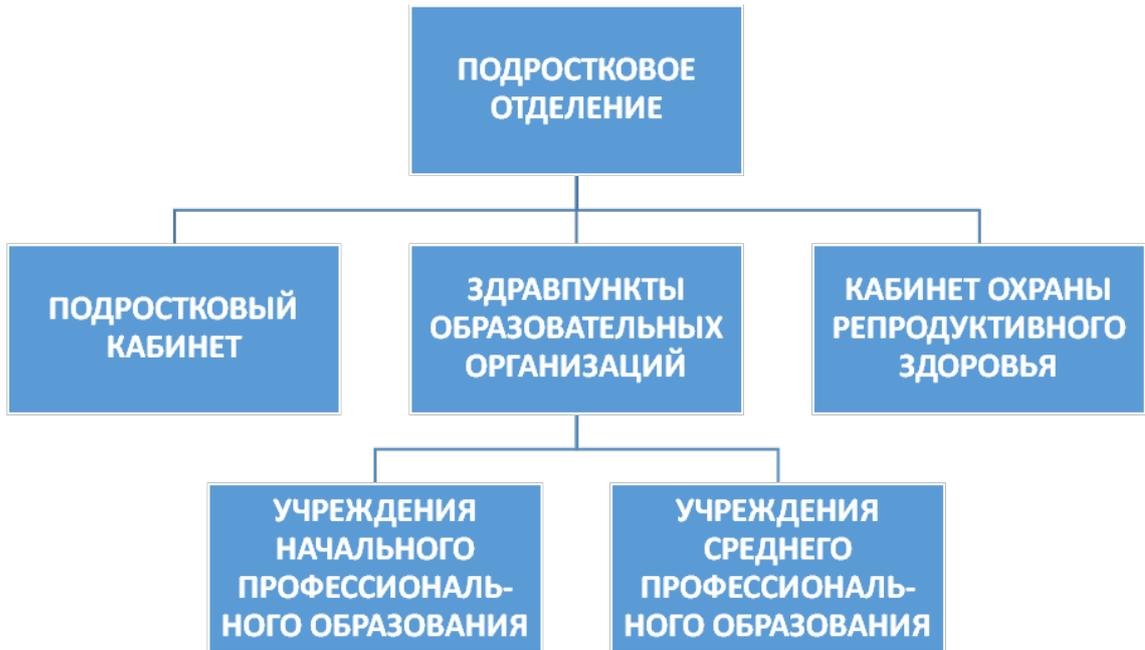


Рисунок 5.4.2.2. Схема подросткового отделения

2. Здравпункты образовательных организаций начального и среднего профессионального образования.

Основные задачи - обеспечение в районе обслуживания учащихся дневных форм обучения государственных и муниципальных учреждений начального (ПТУ, ПУ, ТУ, лицеи) и среднего (колледжи, техникумы) профессионального образования первичной (в т.ч. доврачебной) медико-санитарной помощью, организация и проведение систематического наблюдения за состоянием здоровья и физического развития подростков; организация и проведение профилактических, санитарно-гигиенических, противоэпидемических и лечебно-оздоровительных мероприятий среди учащихся, в том числе в сфере охраны репродуктивного здоровья.

- Кабинет охраны репродуктивного здоровья - призван обеспечить оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи подросткам, проживающим в зоне обслуживания поликлиники.

Штатное расписание отделения составлено индивидуально и включает должности заведующего отделением, врачей педиатров, имеющих специальную подготовку по вопросам подростковой медицины, врача-терапевта, вра-

чей акушера-гинеколога и уролога-андролога, а также должности средних медицинских работников: заведующих здравпунктами, фельдшеров и медицинских сестер.

Подростковая служба, в том числе здравпункты образовательных учреждений обеспечены набором нормативно-распорядительных документов в полном объеме по всем направлениям деятельности, как вышестоящих органов управления, так внутриучрежденческого уровня. Кроме того, в целях оптимизации организации деятельности службы в ее составе разработан и внедрен в повседневную практику для внутреннего использования ряд учетных и отчетных форм документации.

Работа подросткового отделения проходит в условиях взаимодействия с иными подразделениями и службами детской поликлиники. Ежегодно по учреждению издаются организационные приказы о порядке и регламенте перевода подростков, достигших 15-ти летнего возраста от врачей-специалистов детской поликлиники в подростковый кабинет. Организована очная передача подростков, имеющих хронические заболевания и подлежащих динамическому диспансерному наблюдению. В процессе подготовки документов задействованы врачи участковой службы, а также педиатры отделений организации медицинской помощи детям в образовательных организациях.

В ходе наблюдения и при отсутствии специализированных подразделений подростки направляются в соответствующие поликлинические службы с целью проведения профилактических, диагностических, лечебно-оздоровительных и реабилитационных мероприятий.

Ежегодно заведующим отделением формирует план работы, который утверждается руководителем детской поликлиники. План содержит следующие разделы: организационные мероприятия (передача, организация преемственности наблюдения, межведомственное взаимодействие, совещания, контроль исполнения принимаемых решений, развитие и открытие новых подразделений и т.д.), организация лечебно-диагностических мероприятий

(исполнение стандартов диагностики и лечения, клинические разборы и т.п.), профилактические мероприятия (профилактические осмотры, вакцинопрофилактика, мероприятия по раннему выявлению туберкулеза, профессиональное консультирование и т.д.), материально-техническое совершенствование (анализ состояния, формирование заявок и их реализация), медицинское обеспечение подготовки юношей к военной службе (формирование планирования, списков, исполнение мероприятий, анализ, отчетность), мероприятия по охране репродуктивного здоровья (осмотры, групповые и индивидуальные занятия и т.д.), мероприятия по пропаганде здорового образа жизни (планирование лекций, бесед, выступление в СМИ, подготовка и распространение печатной продукции, использование аудио-визуальных средств и программ). Аналогичные планы формируются по здравпунктам образовательных учреждений. Анализ исполнения планов проводится ежеквартально, в случае необходимости чаще. Годовой отчет представляется на аппаратном совещании главного врача.

В повседневной практике сотрудниками отделения используются традиционные формы первичной, учетной и отчетной документации, вместе с тем по ряду направлений используются формы, разработанные внутри службы (например, документация здравпунктов).

Основным организационным подходом в деятельности кабинета охраны репродуктивного здоровья является первичная и вторичная профилактика заболеваний репродуктивной сферы.

Врачи акушеры-гинекологи и уролог-андролог принимают участие в проведении профилактических осмотров подростков. Осмотры проводятся в специально оборудованных смотровых кабинетах.

В ходе исследования были проанализированы результаты профилактических осмотров 4285 девушек и 2111 юношей 15-17 лет, проведенных в 2015-2017 годах. Результаты осмотров представлены на рисунке 5.4.2.3.

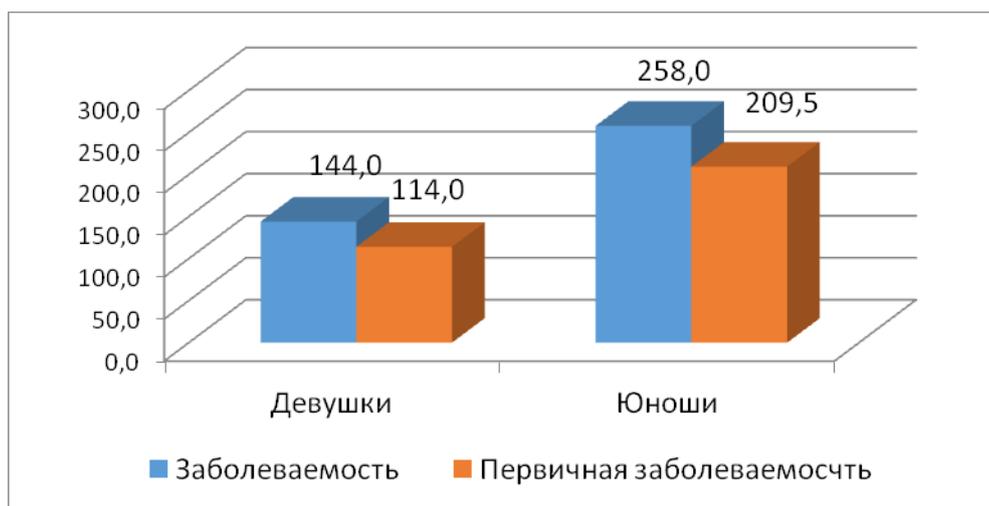


Рисунок 5.4.2.3. Распространенность заболеваний репродуктивной сферы у подростков по результатам профилактических осмотров (на 1000 осм.)

Все подростки с выявленной патологией взяты на диспансерное наблюдение или направлены в молодежные консультации (при их наличии) по месту жительства. Диспансерные осмотры осуществляются с частотой 1 раз в 3-6 месяцев, в ходе которых проводятся плановые клинические лабораторные и инструментальные обследования, обеспечивается консультирование врачами эндокринологом, маммологом, хирургом и др. При необходимости пациенты направляются в клиничко-диагностические и консультативные центры, кожно-венерологические диспансеры, иные медицинские организации города. При углубленном андрологическом обследовании юношей проводится УЗИ органов мочеполовой системы, в т.ч. доплерография, исследование гормонального фона, цитологические исследования.

В качестве основных способов профилактики абортов выступают проведение индивидуальных и групповых занятий, лекций, бесед по вопросам репродуктивного здоровья, а также обучение использованию и раздача контрацептивных средств (презервативов). Читаются лекции по следующим темам: «Заболевания, передающиеся половым путем», «Контрацепция у подростков», «Молочная железа, строение, развитие, физиологические особенности в разные возрастные периоды. Обучение приемам самообследования»,

«Взросление. Репродуктивное здоровье и образ жизни», «Гигиена девочки подростка».

Динамическое диспансерное наблюдение подростков с хронической патологией, а также лиц, отнесенных к группе риска развития хронических заболеваний – одно из основных направлений деятельности подросткового отделения. Традиционно объемы диспансерного наблюдения за такими подростками выше, чем среди прочих возрастных групп.

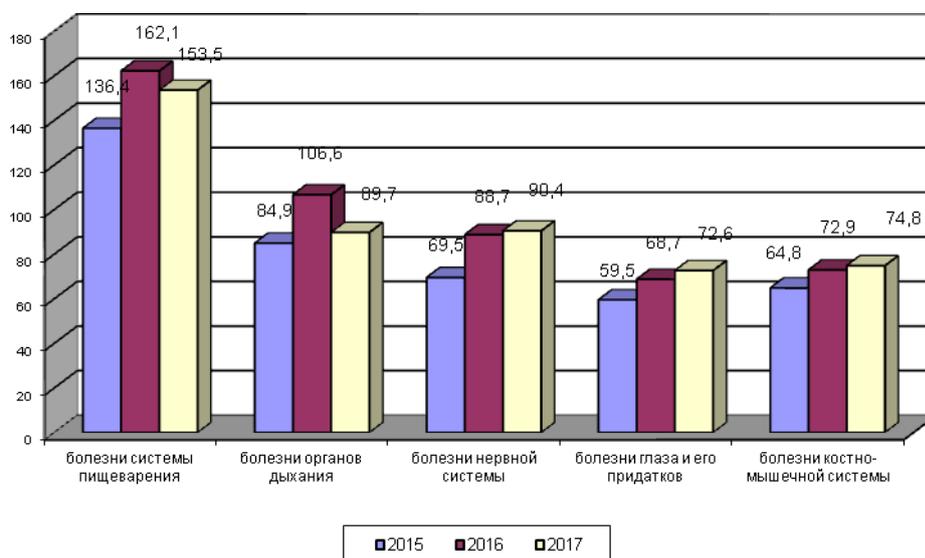


Рисунок 5.4.2.4. Уровни заболеваемости подростков по классам болезней в 2015-2017 годах.

Уровни заболеваемости по классам болезней в 2015-2017 годах представлены на рисунке 5.4.2.4.

Традиционно данные по частоте заболеваний подростков, состоящих под диспансерным наблюдением, а также об охвате таким наблюдением выше, чем среди других возрастных групп, что также подтверждается данными медицинского освидетельствования юношей в ходе постановки на воинский учет.

Передача подростков, достигших 18-ти летнего возраста, во взрослую амбулаторно-поликлиническую сеть осуществляется ежеквартально в соответствии с приказом главного врача поликлиники и во исполнение Приказа МЗ РФ № 154 от 05.05.1999 года «О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста». В учреждении создана комиссия по передаче подростков из детской во взрослую поликлиническую сеть в составе заместителей главного врача по медицинской части и врачей специалистов. Данная комиссия осуществляет ежеквартальный очный прием медицинской документации на подростков, достигших 18-ти летнего возраста и отнесенных к III-V группам здоровья, непосредственно от специалиста детской сети специалисту общей сети, согласно утвержденного графика. В детской поликлинике ежеквартально составляются поименные списки подростков, достигающих 18-ти летнего возраста с разбивкой по группам здоровья, для передачи их в поликлиники общей сети по адресам проживания, а также переводных эпикризов на всех подростков согласно типовой схеме, утвержденной Приказом МЗ РФ от 05.05.1999 года № 154. Поквартально указанные списки и переводные эпикризы передаются в поликлиники общей сети. Ежеквартально проводится анализ оформления передаваемой на подростков медицинской документации с разбором дефектов качества. Ежеквартально и по итогам календарного года составляется и утверждается «Акт передачи подростков» согласно формы, утвержденной Приказом МЗ РФ от 05.05.1999 года № 154.

Как показал анализ передачи подростков в 2016 году, доля подростков, отнесенных к I группе здоровья, составила 8,2%, сократившись в сравнении с 2015 годом на 6,3 %.

В ранговой структуре патологий диспансерной группы преобладали болезни органов пищеварения с частотой 149,2 ‰, болезни органов дыхания – 71,5 ‰, болезни нервной системы – 66,9 ‰, болезни глаз и его придаточного аппарата – 66,9‰.

Одним из значимых направлений деятельности подросткового отделения является работа с молодежью допризывного возраста. Работа строится в соответствии с Федеральным Законом «О воинской обязанности и военной службе», Постановлениями Правительства РФ «Об утверждении положения о порядке обязательной подготовки граждан РФ к военной службе» и «Об утверждении положения о военно-врачебной экспертизе», Приказа МО и МЗ РФ от 23.05.2001 года № 240/168 «Об организации медицинского обеспечения подготовки граждан РФ к военной службе», других нормативно-правовых актов регионального уровня.

Ежегодно по учреждению издается приказ «Об организации лечебно-оздоровительных мероприятий среди граждан до их первоначальной постановки на воинский учет». Во исполнение данного приказа в поликлинике предпринимаются меры организационного, диагностического, лечебного характера, которые включают в себя:

- раннее выявление функциональных нарушений, заболеваний, отклонений в физическом и психическом развитии юношей, а также факторов медико-социального риска возникновения заболеваний (условий учебы, труда, быта и т.д.);

- разработку и осуществление профилактической работы с юношами в образовательных учреждениях и по месту жительства с динамическим врачебным наблюдением за юношами, имеющими отклонения в состоянии здоровья, проведение нуждающимся лечебно-оздоровительных мероприятий;

- систематический анализ состояния здоровья и физического развития юношей, качества и эффективности медицинского наблюдения, разработку и осуществление мероприятий по совершенствованию медицинского обеспечения.

- планирование и осуществление согласованных с руководителями образовательных учреждений плановых профилактических медицинских осмотров юношей 15-и 16-летнего возраста;

- по результатам профилактического осмотра проводится комплексная оценка состояния здоровья юношей, уровень полового и физического развития, физической подготовленности, нервно-психического здоровья, определение группы здоровья, медицинской группы для занятий физической культурой, биологического возраста и его соответствие паспортному возрасту, установку заключительного диагноза (основной, осложнения основного, сопутствующие заболевания - по международной классификации болезней 10-го пересмотра), составление рекомендации по оздоровлению, лечению, режиму и питанию юношей, по их поступлению (переводу) в различные образовательные учреждения, а также анализ данных о их подготовке к военной службе;

- разработан регламент внутриволинического взаимодействия структурных подразделений по обеспечению организации и проведении лечебно-оздоровительных мероприятий в соответствии действующими стандартами объема медицинской помощи среди юношей с отклонениями в состоянии здоровья и физическом развитии. Обеспечивается систематический контроль таких мероприятий;

Кроме этого, по учреждению назначается должностное лицо, ответственное за координацию проведения лечебно-оздоровительных мероприятий среди юношей с отклонениями в состоянии здоровья и физическом развитии, а также за взаимодействие с РВК. В компетенции данного лица:

- обеспечение подведения итогов плановых профилактических медицинских осмотров, лечения, диспансерного наблюдения за состоянием здоровья и физическим развитием юношей;

- разработка по окончании осмотров плана лечебно-оздоровительных мероприятий среди юношей с отклонениями в состоянии здоровья и физического развития;

- осуществление планового контроля лечебно-оздоровительных мероприятий среди юношей с отклонениями в состоянии здоровья и физическом развитии;

- подготовка итоговых аналитических данных о результатах медицинского обеспечения (проведения профилактических осмотров, лечебно-оздоровительных мероприятий) юношей согласно Приложения 4 к Инструкции № 1 к Приказу МО и МЗ РФ от 23.05.2001 г. № 240/168 «Об организации медицинского обеспечения подготовки граждан к военной службе».

Согласно установленному регламенту осуществляются комплексные профилактические осмотры юношей 15-ти и 16-ти лет. В поликлинике разработан алгоритм составления отчетных данных с учетом адаптации нормативно-правовых документов военно-врачебной экспертизы и стандартов наблюдения за детьми, используемые в амбулаторной педиатрической практике.

Также ежегодно по учреждению издается приказ «О проведении лечебно-оздоровительных мероприятий среди граждан, поставленных на первоначальный воинский учет». Данный приказ определяет регламент работы подросткового отделения среди юношей непосредственно в период постановки на воинский учет и после нее.

Данным приказом обеспечивается:

- внеочередное обследование и лечение лиц, подлежащих первоначальной постановке на воинский учет; обеспечивается в недельный срок по запросу РВК предоставление амбулаторных карт пациентов (ф-25/у, 112), выписок, эпикризов, данных лабораторных и инструментальных исследований, данных о профилактических прививках, а также иных сведений, характеризующих состояние здоровья лиц, подлежащих первоначальной постановке на воинский учет;

- по окончании первоначальной постановки на воинский учет организуются лечебно-оздоровительные мероприятия среди допризывников, занесенных в список № 1, список № 2, список № 3 предоставляемых РВК;

- проводится распределение юношей, занесенных в списки №№ 1, 2, 3 между лечащими врачами, врачами-специалистами поликлинического отделения по профилю патологии;

- обеспечивается систематический контроль своевременности обследования и проведения лечебно-оздоровительных мероприятий среди лиц, подлежащих первоначальной постановке на воинский учет, а также поставленных на воинский учет.

- составляются по установленной форме планы-графики диагностических и лечебно-оздоровительных мероприятий среди юношей, занесенных в списки №№ 1, 2, 3.

- проводятся инструктивно-методические семинары с медицинским персоналом по вопросам подготовки и проведения лечебно-оздоровительных мероприятий на этапе первоначальной постановки на воинский учет; устанавливается контроль исполнения планов лечебно-оздоровительных и диагностических мероприятий среди допризывной молодежи по педиатрическим отделениям и у врачей-специалистов;

- обеспечивается своевременное (до 10-го числа каждого месяца) по установленной форме информирование РВК о ходе лечебно-оздоровительных и диагностических мероприятий среди допризывной молодежи, а также подготовка промежуточных и итоговых данных о результатах работы по вопросам медицинского обеспечения подготовки граждан к военной службе.

Профориентация и врачебно-профессиональное консультирование подростков осуществляется согласно установленной этапности: 1. начальный - индивидуальное консультирование школьников в процессе формирования профессионального самоопределения; 2. этап выбора профессии при завершении неполного или полного среднего образования; 3. этап профессионального обучения.

В ходе всех этапов врачебно-профессиональной консультации в зависимости от выявленных нарушений состояния здоровья определяются индивидуальные ограничения профессиональной пригодности к воздействию отдельных производственно-профессиональных факторов, профессиям и видам деятельности.

### 5.4.3. Мобильный детский центр здоровья

Одним из компонентов предлагаемой модели медико-социальной помощи в условиях детской поликлиники является мобильный детский центр здоровья (МДЦЗ). Правовым основанием создания и функционирования МДЦЗ стал Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 19 августа 2009 года N 597н "Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака". Представленные выше отделения ориентированы в большей степени на вторичную и третичную профилактику заболеваний, проявляющуюся в непосредственной медицинской, медико-социальной, психолого-педагогической работе с детьми из групп социального риска и имеющей своей целью максимальную социальную адаптацию таких детей. Принципиальной особенностью Центра здоровья является его направленность на первичную и вторичную профилактику, проведение скрининговых исследований в детских коллективах и выявление факторов развития заболеваний – медицинских, социальных, гигиенических, а также морфо-функциональных отклонений в развитии детей (рис. 5.4.3.1-2.).



Рисунок 5.4.3.1-2. Мобильный детский центр здоровья

### Основные функции Центра здоровья:

- Оценка функциональных и адаптивных резервов организма с учетом возрастных особенностей, прогноз состояния здоровья;
- Оценка факторов риска развития заболеваний, осуществление мониторинга реализации мероприятий по формированию здорового образа жизни;
- Выявление медицинских, медико-социальных, гигиенических факторов развития заболеваний среди детей на индивидуальном и групповом уровнях;
- Разработка индивидуальной программы по ведению здорового образа жизни, в том числе с учетом физиологических особенностей детского возраста;
- Информирование детского населения о вредных и опасных для здоровья человека факторах;
- Формирование у граждан ответственного отношения к своему здоровью и здоровью своих близких;
- Формирование у населения принципов «ответственного родительства»;
- Обучение граждан, в том числе детей, гигиеническим навыкам и мотивирование их к отказу от вредных привычек, включающих помощь в отказе от потребления алкоголя и табака;
- Обучение граждан эффективным методам профилактики заболеваний;
- Консультирование по сохранению и укреплению здоровья, включая рекомендации по коррекции питания, двигательной активности, занятиям физкультурой и спортом, режиму сна, условиям быта, учебы и отдыха;
- Мониторинг показателей в области профилактики неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни.

Штатное расписание Мобильного детского центра здоровья включает должности заведующего центром, врача педиатра, врача функциональной

диагностики, врача ультразвуковой диагностики, врача по гигиене детей и подростков, медицинских сестер, медицинского регистратора, водителя, санитарки.

Принципиальной особенностью МДЦЗ является его возможность работы непосредственно в организованных детских коллективах. МДЦЗ представлен автомобилем оснащенного необходимым оборудованием, медицинской мебелью, инструментарием для реализации поставленных задач.

МДЦЗ может работать по двум схемам:

- Профилактический медицинский осмотр ребенка со скрининговой оценкой уровня психофизиологического и соматического здоровья непосредственно в автомобиле;
- Организация профилактического медицинского осмотра на территории образовательного, медицинского и других учреждений. Автомобиль оснащен специальными контейнерами для перевоза и переноса оборудования и медицинской мебели, которая используется при осмотре ребенка, лабораторных и инструментальных исследованиях.

Оборудование МДЦЗ позволяет проводить следующие исследования:

- Скрининговую оценку функциональных и адаптивных резервов организма ребенка, параметров его физического развития;
- Экспресс – оценку состояния сердца по электрокардиографии (ЭКГ) – сигналам от конечностей;
- Ангиологический скрининг с автоматическим измерением систолического артериального давления;
- Комплексную оценку функций дыхательной системы – компьютеризированная спирометрия;
- Экспресс-анализ определения общего холестерина и глюкозы в крови;
- Определение токсических веществ в биологических средах организма;

- Анализ окиси углерода выдыхаемого воздуха с определением карбоксигемоглобина;
- Анализ котинина и других биологических маркеров в крови и моче;
- Пульсоксиметрию - определение уровня оксигенации крови;
- Экспресс УЗИ – исследование;
- Биоимпедансметрию – определение состава тела;
- Гигиеническую оценку условий обучения – параметры воздуха, освещенности, уровни электромагнитного излучения и т.д.

В программу комплексного обследования в Мобильном детском Центре здоровья входит:

- Антропометрические исследования (измерение роста, массы тела, расчет индекса массы тела, динамометрия для оценки мышечной силы верхних конечностей и т.д.);
- Тестирование на аппаратно – программном комплексе, с определением группы риска;
- Экспресс – оценка состояния сердца по ЭКГ – сигналам от конечностей;
- Измерение систолического и диастолического артериального давления;
- Экспресс исследования некоторых показателей в крови;
- Спирометрия или пикфлоуметрия, с целью оценки объемов дыхательной системы;
- Ультразвуковое исследование щитовидной железы;
- Жирометрия для определения группы риска нарушения питания;
- Отоскопия с целью анализа состояния лор – органов;
- Определение остроты зрения с оценкой группы риска патологии по офтальмологии.
- Анкетирование на предмет выявления социальных факторов развития заболеваний.

После обследования в МДЦЗ каждый ребенок получает Профилактический сертификат, в котором указывается все выявленные факторы риска по заболеваниям, предоставляется информация об адресах детских поликлиник, в которых можно при необходимости пройти углубленный осмотр и даны рекомендации по основам здорового образа жизни. (Рис. 5.4.3.3-4.)



Рисунки 5.4.3.3-4. Профилактический сертификат

Кроме этого в МДЦЗ имеется необходимая медицинская литература для санитарного просвещения детей разных возрастных групп. Это буклеты, листовки, газеты, информационные плакаты и т.д.

С помощью бесед и мини – лекций проводится работа по формированию у населения принципов «Ответственного родительства», обучение родителей и детей гигиеническим навыкам, включая мотивирование к отказу от вредных привычек. Профилактическая работа проводится с применением современных медико-профилактических технологий: использование мультимедийного оборудования, аудио – видеокассет, манекенов и т.п. Используются различные формы профилактической работы: беседы, лекции, анкетирование, тренинги, круглые столы, направленные на пропаганду здорового образа жизни и самосознания «Саморазрушающих форм поведения».

МДЦЗ оказывает методическую помощь в деятельности кабинетов профилактики и кабинетов здорового ребенка медицинских учреждений рай-

она, проводит выездные семинары обучающих Школ здоровья для пациентов и сотрудников различных учреждений.

В ходе исследования были проанализированы 3613 «Карт центра здоровья для детей» детей 10-12 лет, прошедших консультирование в МДЦЗ в 2017 году и составивших генеральную совокупность таких детей.

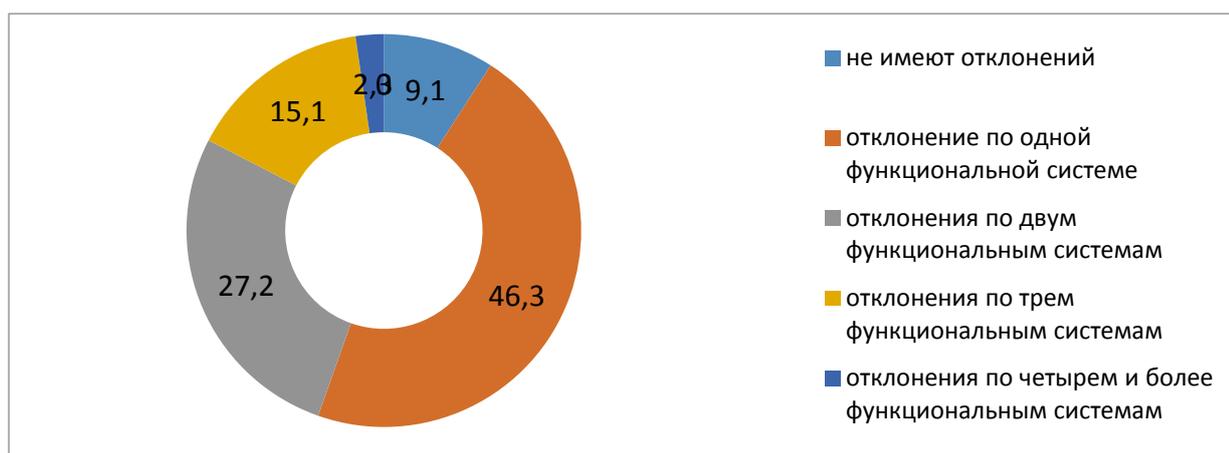


Рисунок 5.4.3.5. Структура детей, прошедших консультирование в МДЦЗ в зависимости числа выявленных морфо-функциональных отклонений (%)

В ходе исследования было установлено, что только 9,1% детей не имели морфо-функциональных отклонений, 46,3% детей имели такие отклонения по одной функциональной системе организма, 27,2% - по двум системам, 15,1% - по трем системам, 2,3% проконсультированных детей имели отклонения по четырем и более системам (Рис. 5.4.3.5.). Наибольшее число отклонений отмечено со стороны костно-мышечной системы (61,0%), со стороны системы органа зрения (35,2%), эндокринной системы (34,1%), системы кровообращения (33,3%), системы пищеварения (21,9%).

Все дети с выявленными отклонениями были взяты под динамическое диспансерное наблюдение и прошли повторное консультирование по истечении 6 месяцев. В ходе повторного консультирования отмечено достоверное

снижение числа отклонений в разрезе анализируемых функциональных систем (Рис.5.4.3.6.).

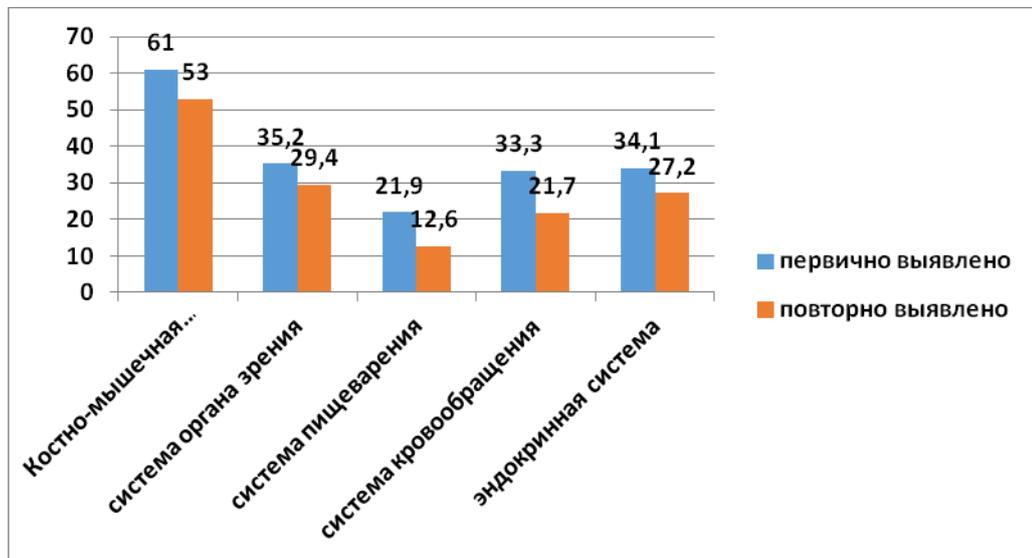


Рисунок 5.4.3.6. Динамика доли детей с выявленными отклонениями при первичном и повторном консультировании в центре здоровья (%)

По результатам анализа «Карт центра здоровья для детей» и разработанного к ней приложения была проведена оценка распространенности социальных факторов развития заболеваний, при этом особое внимание было уделено социальному статусу семьи, который оценивался по следующим группам социального риска:

- I – Многодетная семья.
- II – Семья, ведущая аморальный образ жизни.
- III – Патронатная семья, воспитывающая опекаемого ребенка.
- IV – Семья, имеющая ребенка инвалида.
- V - Неполная семья.
- VI – Малообеспеченная семья.
- VII – Семья, имеющая ребенка на учете ОДН УВД.
- VIII – Семья эмигранта.
- IX – Семья, где несовершеннолетний родитель.
- X – Прочие

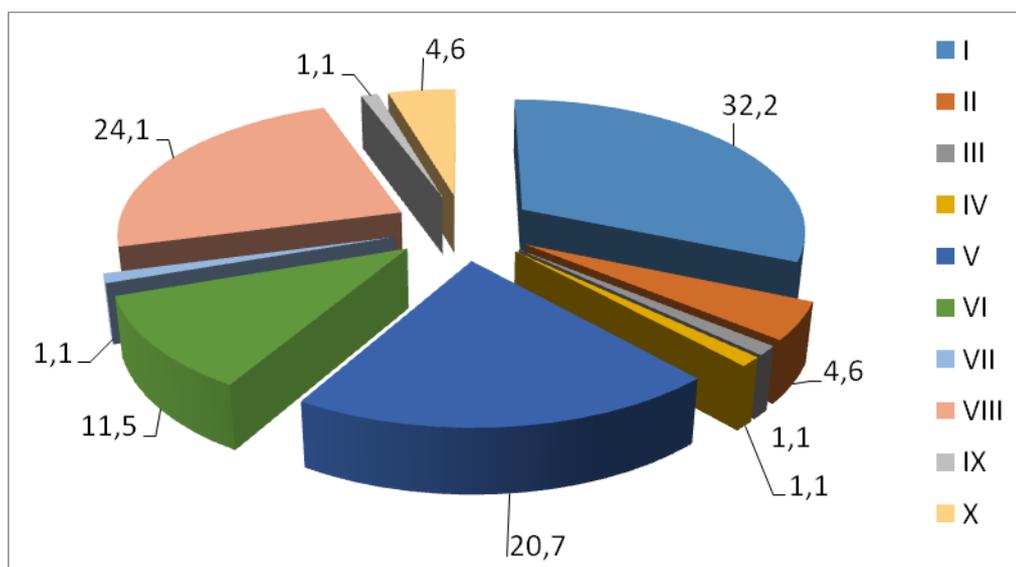


Рисунок 5.4.3.7. Структура распределения семей в зависимости от социального статуса (%).

В ходе исследования было установлено, что доля детей, воспитывающихся в семьях социального риска, и прошедших консультацию в МДЦЗ в 2017 году, составила 29,7%. После постановки таких семей в отделение медико-социальной помощи и совместной работы с прочими субъектами социальной защиты детей из групп социального риска, социальный статус семьи был подтвержден в 53,6%. Структура распределения семей в зависимости от социального статуса представлена на рисунке 5.4.3.7.

Из представленных данных видно, что наибольший удельный вес семей социального риска, воспитывающих детей, прошедших консультацию в мобильном детском центре здоровья, имеют многодетные семьи, неполные семьи, семьи мигрантов, малообеспеченные семьи. Также было установлено, что возможность отнесения семей к одной группе отмечена у 15,4% семей, двум группам - у 53,5% семей, к трем группам – у 19,4% семей, к четырем и более группам – у 11,7% семей социального риска. Соответственно, такие семьи были отнесены к категориям низкого, среднего, высокого и очень высокого социального риска. Такое распределение позволяет выработать общие и индивидуальные алгоритмы медико-социального сопровождения детей

из групп социального риска в ходе их динамического наблюдения и реализации индивидуальных программ медико-социальной реабилитации.

Таким образом, мобильный детский центр здоровья играет существенную роль в качестве компонента предложенной модели медико-социальной помощи детям в условиях детской поликлиники, являясь одним из основных источников информации, как для отделения медико-социальной помощи, так и для медико-социальной службы поликлиники в целом.

Опыт функционирования предложенной модели медико-социальной службы показал свою эффективность. Для подтверждения данного вывода представляется достаточно актуальным, что в условиях увеличивающихся объемов деятельности врачей педиатров участковых, обусловленных необходимостью реализации различных задач, стоящих перед здравоохранением в настоящее время, создание медико-социальных служб позволяет высвободить необходимые ресурсы для решения таких задач. В ходе исследования было проведено анкетирование медицинских работников на предмет выявления их отношения к деятельности медико-социальной службы. Результаты анкетирования указывают на безоговорочный положительный отклик на работу данной службы. Так 74% респондентов считают, что сотрудники медико-социальной службы осуществляют в полной мере комплексную профессиональную деятельность медицинского, психологического, социального характера. 72% респондентов считают, что сотрудники данной службы справляются с целями повышения уровня здоровья, функционирования и адаптации лиц с физической патологией и социальным неблагополучием. 41 % респондентов полагают, что медико-социальная служба может сыграть решающую роль в предупреждении заболеваний, реабилитации больных, их социальной адаптации и возвращении к труду (21% респондентов затруднились ответить). На вопрос о том, справляются ли сотрудники медико-социальной службы с задачами выявления ведущих социальных факторов, оказывающих наибольшее влияние на здоровье ребенка и его социальную адаптацию положительный ответ дали 98 % респондентов. 99% респондентов полагают,

что службой проводится достаточно мероприятий по формированию здорового образа жизни; обеспечению социальной защиты прав граждан в вопросах охраны здоровья и др.

Можно заключить, что представленный в настоящем исследовании алгоритм организации медико-социальной службы является существенным компонентом первичной медико-санитарной помощи детскому населению. При создании службы учитывался опыт применения медико-социальных технологий, используемых в педиатрической практике эры бюджетной системы здравоохранения, а также периода организации и выработки своей идеологии кафедр социально-педиатрического направления. В настоящее время практически не вызывает сомнения тезис о том, что служба должна быть организована при детских поликлиниках или амбулаторных педиатрических подразделениях в дополнение к существующей первичной медико-санитарной структуре. Формирование ресурса способного решать эти задачи находится в плоскости рационального распределения имеющихся кадров и средств внутри учреждения. Постановка цели и задач определяется с учетом демографической ситуации, структуры детского населения, уровня (возможности) подготовки персонала, медицинской активности семьи ребенка и т.п.

Основной акцент в работе медико-социальной службы делается на оказании помощи медико-социального плана ребенку через семью, психологов и педагогов. Виды и формы социального сопровождения ребенка и его семьи должны быть комплексными и соответствовать уровню здоровья, возрасту ребенка. Внедрение разработанной и апробированной системы медико-социального сопровождения детей и подростков будет способствовать снижению заболеваемости, смертности, рискованных форм поведения, профилактике безнадзорности и беспризорности, жестокого обращения с детьми.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Комплексный медико-социальный подход к наблюдению за жизнью и здоровьем каждого ребенка с учетом его среды обитания, с оптимальной социализацией в этой среде позволяет добиться максимально позитивных результатов в поддержании и улучшении здоровья детей.

Вместе с тем, в последние годы доля детей, которых необходимо относить к категориям так называемого социального риска, возрастает и составляет 10-25% от всей популяции. Это дети из многодетных и неблагополучных семей, дети инвалиды, дети, находящиеся под опекой, юные матери, а также а также дети и подростки, склонные к различным правонарушениям. Увеличение количества детей из групп социального риска происходит на фоне общих негативных тенденций в состоянии здоровья детского населения.

За последние 15-20 лет значительно изменились нормативные объемы деятельности врача педиатра участкового. Увеличение осуществлялось за счет традиционных лечебно-диагностических и медико-профилактических направлений, в том числе и за счет реализации федеральных национальных программ. Наиболее значимыми из них можно считать жесткую медико-экономическую регламентацию диспансерного наблюдения детей первого года жизни, углубленную диспансеризацию подростков, дополнительную иммунизацию детского населения и ряд других требований.

Помимо этого, с переводом подростков под наблюдение детских поликлиник в практике врача педиатра отмечается увеличение деятельности, носящей медико-социальный характер. Это работа с военными комиссариатами, профессиональное консультирование, работа с подростками, склонными к правонарушениям, и многое другое, что занимает существенное место в структуре временных затрат деятельности врача педиатра.

При этом увеличение трудозатрат происходило на фоне неизменных штатно-кадровых нормативов педиатрической службы.

Отрицательным фактором можно считать отсутствие у врачей каких-либо навыков социальной работы, что обусловлено существующей системой

высшего профессионального и последипломного образования, которое не включает в себя подготовку по этим вопросам.

В современной научной литературе неоднократно подчеркивалась необходимость развития междисциплинарных подходов в организации оказания медико-социальной помощи детям, необходимость разработки организационных, экономических и образовательных мероприятий, направленных на повышение уровня оказания медико-социальной помощи детям. При значительной общности проблем организации и задач функционирования данной службы, она имеет свои региональные особенности, в том числе применительно к таким специфическим субъектам Российской Федерации, как Санкт-Петербург. Проведенный анализ функционирования отделений медико-социальной помощи (ОМСП) детских поликлиник ряда субъектов РФ показал, что в стране отсутствует единая система организации оказания медико-социальной помощи в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-социальную помощь детскому населению. Был выявлен ряд общих проблем, среди которых наиболее актуальным является отсутствие единых подходов к формированию таких отделений, целей их работы, задач, целевых групп наблюдения, организационных форм, функций должностей персонала, а также объемов и видов ресурсов, необходимых для их оптимальной работы.

Всё это определило актуальность данной работы и выбор предмета исследования.

Предметом настоящего исследования было изучение существующей системы медико-социальной помощи детям в условиях детской поликлиники.

Серьезное снижение рождаемости и рост смертности в конце 80-х годов привели к ежегодной убыли населения Санкт-Петербурга в период с 1990 года до 2008 года. Начиная с 2003 года численность населения Санкт-Петербурга начала увеличиваться за счет превышения миграционного прироста над естественной убылью населения, а с 2012 года в Санкт-Петербурге отмечается естественный прирост населения. Абсолютный прирост населения за пять лет (2011-2015 годы) составил 292400 человек. На 1 января 2018

года число жителей - 5,36 млн. чел., из них 949381 детей 0-17 лет (17,7% в структуре народонаселения).

На 01.01.2016 года в Санкт-Петербурге проживает 904178 детей и подростков в возрасте до 18 лет. По сравнению с 2010 годом, число детей в возрасте от 0 до 18 лет увеличилось на 198268 чел. (28,0%). Доля детей в общей численности населения составляет 14,9 %, подростков – 2,7 %. С 2016 года показатель рождаемости в Санкт-Петербурге превышает аналогичный общероссийский показатель. По данным Росстата за 2016 год коэффициент рождаемости в городе составил 13,9 (показатель по Российской Федерации – 12,9).

При этом доля первых рождений в последние годы сокращалась, а доли вторых, третьих и последующих рождений росли. Только за 2015 год в Санкт-Петербурге количество семей с тремя и более детьми увеличилось на 4557 и на 01.01.2016 года составило 28 281 многодетных семей, в которых воспитывались 86 078 детей.

Общий коэффициент смертности в Санкт-Петербурге с 2011 года был устойчиво ниже, чем в РФ и имел четкую тенденцию к снижению и в 2016 году составил 11,7 (РФ – 12,9) на 1000.

В структуре городских поликлиник, подведомственных 18 администрациям районов Санкт-Петербурга, функционируют 74 детских амбулаторно-поликлинических учреждения (АПУ), из которых 18 являются детскими городскими поликлиниками, и 56 детскими поликлиническими отделениями.

В исследуемом районе проживает 215 тысяч человек, что делает его самым густонаселённым районом в городе, 25% населения составляют пенсионеры и 10% дети и подростки. Также в районе постоянно проживает «временное население» – туристы и иммигранты. В районе исследования продолжают существовать коммунальные квартиры. Район имеет самую развитую социальную, торговую и транспортную инфраструктуру, здесь действует 11 станций метро.

Особенностью района исследования является сокращение детского населения, что во многом также обусловлено негативными демографическими явлениями 90-х годов прошлого века, сокращением коммунальных квартир, появлением элитного жилья, офисов различных организаций. Совокупность внутренней миграции населения и его естественной убыли привели к тому, что среднегодовой темп сокращения обслуживаемого детского населения составил 6,2%. Под наблюдением детских поликлиник района исследования в 2016 году состояло 29705 детей в возрасте 0-17 лет в т.ч. детей первого года жизни – 1663 чел. Численность детей, прикрепленных к обслуживанию в районе по учебно-производственному (цеховому) принципу сопоставима с количеством детей, прикрепленных к АПУ района по территориальному принципу.

В районе исследования первичную медико-санитарную помощь детям оказывают три медицинских учреждения с достаточным уровнем обеспеченности инфраструктурой амбулаторно-поликлинической помощи, однако не полной укомплектованностью врачами детских поликлиник.

Для реализации цели и задач исследования была разработана комплексная программа, включающая следующее:

1. изучение состояния здоровья детского населения района исследования, включая особенности состояния здоровья детей из разных групп социального риска;
2. исследование особенностей условий и образа жизни детского населения района исследования на основе результатов социологического опроса;
3. динамический анализ деятельности системы медицинской и медико-социальной помощи детям в условиях детских АПУ района исследования;
4. научный анализ современных проблем организации медицинской и медико-социальной помощи детям в условиях исторического района крупного города;
5. разработка, апробация и оценка эффективности организационной модели медико-социальной помощи детскому населению в условиях поликлини-

ки.

Характеристика общей и первичной заболеваемости и распространенности заболеваний детей и подростков в возрасте 0-17 лет района исследования, состоящих под наблюдением АПУ, была выполнена на основе сплошного изучения данных государственной медицинской статистики за период исследования (2008 – 2016 годы). Общая заболеваемость детей первого года жизни за период исследования имела волнообразное течение с наименьшим показателем в 2014 году (2881,2 на 1000) и наибольшим в 2016 г. (4117,7 на 1000). В 2016 году у детей первого года жизни было зарегистрировано 6996 заболеваний, показатель составил – 4117,7 на 1000. Ведущими в структуре заболеваемости являлись болезни органов дыхания 41,6%. Среди детей 0-14 лет в целом с 2008 года отмечается увеличение показателя первичной заболеваемости на 6,0% и общей заболеваемости на 5,4%. У подростков 15-17 лет наоборот, показатель общей заболеваемости снизился на 8,4%, а показатель первичной заболеваемости в 2016 году равен показателю в 2008 году. В 2016 году показатели первичной заболеваемости детей 0-14 лет и подростков 15-17 лет ниже, чем среднегородские значения на 13,5% и 17,2% соответственно, общей заболеваемости – на 6,6% и 16,1% соответственно.

В структуре заболеваемости детей 0-14 лет в 2016 году ведущее место занимают болезни органов дыхания - 1341,7 на 1000 (44,8%). В структуре заболеваемости возрастной группы 15-17 лет ведущее место занимают болезни органов дыхания – 712,8 на 1000 (23,0%).

Отмечено ухудшение состояния здоровья детей с возрастом. Так показатель хронической заболеваемости у воспитанников дошкольных образовательных учреждений (ДОУ) равен 301,3 на 1000, у школьников – 400,1 на 1000 (на 32,8% выше, чем в ДОУ), у учащихся образовательных учреждений начального и среднего профессионального образования – 436,2 на 1000 (на 44,8% выше, чем в ДОУ и на 9,0% выше, чем у школьников).

Таким образом, было установлено, что в условиях современного мегаполиса среди детей независимо от возраста отмечается рост заболеваемости,

особенно среди детей младшего возраста. Негативной особенностью в состоянии здоровья детского населения является увеличение хронических форм патологии у детей в более старшем возрасте. Все это приводит к увеличению количества детей, требующих углубленного обследования, что повышает нагрузку на имеющийся медицинский персонал медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь детскому населению.

Особенности состояния здоровья детей из групп социального риска были выявлены при анализе распространенности хронических заболеваний среди детей, наблюдаемых отделением медико-социальной помощи района. Наибольшую группу составляли дети из многодетных семей (49,9%), вторая по численности группа - дети из неблагополучных семей (16,7%), затем дети, совершившие правонарушения (11,8%), дети-инвалиды (11,5%), дети, находящиеся под опекой (9,8%) и юные матери (0,3%). В исследовании были использованы данные о состоянии здоровья детей, полученные в ходе комплексных углубленных профилактических осмотров. Возраст детей из анализируемых групп составил 0-17 лет. Анализ проводился сплошным методом всего контингента детей, наблюдаемых отделением медико-социальной помощи (6030 детей). Количество детей, нуждающихся в наблюдении в ОСМП, постоянно растет. Если в первый год существования отделения на учете стояло 15,6% детей района, то в 2016 году их численность увеличилась в 1,3 раза до 20,3%.

Практически половина (49,8%) детей, находящихся в социально неблагополучной ситуации, имеет хронические заболевания в той или иной стадии либо физические недостатки, последствия травм и операций, у части детей приведших к инвалидности. В ходе исследования были получены убедительные данные, свидетельствующие о существенных различиях в уровнях заболеваемости в целом и заболеваемости по ряду классов болезней между различными социальными группами наблюдаемых детей. Наибольший уровень заболеваемости (1504,2 на 1000) отмечен среди детей, склонных к правонарушениям. На втором месте находятся дети-инвалиды с показателем 1458,3

на 1000. Третье место делят дети, находящиеся под опекой (1348,6 на 1000) и дети из неблагополучных семей (1346,5 на 1000) ( $p > 0,05$ ). Четвертое место у юных матерей (1189,6 на 1000), пятое место у детей из многодетных семей 1125,8 на 1000.

Так распространенность болезней эндокринной системы, расстройства питания и обмена веществ у детей, склонных к правонарушениям, в 2-2,5 раза выше, чем среди детей из других наблюдаемых групп. Еще более выраженные отличия были получены при оценке распространенности психических расстройств и расстройств поведения, которые также встречаются среди несовершеннолетних правонарушителей в 2 раза чаще, чем среди детей из неблагополучных детей и в 3,5 раза чаще, чем среди детей из многодетных семей. Было отмечено, что в данной группе детей наибольшая распространенность инфекционных и паразитарных болезней, новообразований, болезней кожи и подкожной клетчатки.

В группе детей из неблагополучных семей значительно чаще в сравнении с другими группами распространены болезни крови и кроветворных органов (82,52 на 1000), болезни нервной системы (134,50 на 1000), болезни органов дыхания (164,39 на 1000) врожденные пороки развития (97,14 на 1000), а также болезни органов пищеварения 194,28 на 1000.

Среди детей из многодетных семей наиболее высока в сравнении с другими группами распространенность болезней глаза и его придаточного аппарата (177,6 на 1000), болезней мочеполовой системы (66,6 на 1000), а также болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани (103,03 на 1000).

В группе опекаемых детей отмечены самые высокие уровни частоты болезней системы кровообращения (121,24 на 1000), а также болезней уха и сосцевидного отростка (81,86 на 1000).

В структуре психологических проблем детей и подростков, обратившихся в отделение медико-социальной помощи, преобладали сложности в отношениях с родителями (75,8%), на втором месте стоит отсутствие школь-

ной мотивации (17,3%), на третьем месте находится игровая зависимость (3,2%), далее следуют бродяжничество (1,3%), kleптомания (1,2%), суицидальное поведение (0,8%), противоправные действия (0,2%), токсикомания (0,2%).

Кроме того, по данным органов опеки и попечительства, комиссий по делам несовершеннолетних рецидивность асоциальных форм поведения у наблюдаемых в отделении детей и подростков сократилась на 9,4%.

Для выявления особенностей условий и образа жизни детского населения района исследования было проведено анкетирование родителей, воспитывающих детей, по методу копи-пара по специально разработанной анкете «Изучение медико-социального статуса семей, воспитывающих детей».

Как показало анкетирование, чаще всего ребенок, в медицинскую организацию приходит с матерью (в среднем 88,9%), 84,2% среди респондентов отделения медико-социальной помощи и 93,7% - среди контрольной группы. Дети, не состоящие на учете в отделении медико-социальной помощи, достоверно чаще проживают в полных семьях (96,2%), против 85,6% - в группе социально неблагополучных детей ( $p < 0,05$ ). С одним из родителей проживает практически каждый десятый (11,2%) ребенок из групп социального риска.

Размер жилой площади на одного члена семьи больше у семей контрольной группы. Так менее 6 кв.м. имеют 33,1% таких семей против 42,0% основной группы ( $p < 0,05$ ).

Статистически достоверная разница получена в двух группах при ответе на вопрос об условиях проживания семьи ( $t \geq 2$ ). Более благоприятные условия проживания чаще отмечали респонденты контрольной группы, 36,3±1,6 на 100 опрошенных ответили, что семья проживает в удовлетворительных условиях (30,8±1,7 на 100 опрошенных в основной группе), в хороших условиях – 16,8±0,9 на 100 опрошенных и 10,4±0,9 на 1000 опрошенных соответственно, в очень хороших – 3,3±0,3 на 100 опрошенных и 1,6±0,3 на 100 опрошенных соответственно. 57,2 на 100 респондентов из семей социального неблагополучия отметили неудовлетворительные условия проживания.

ния выявлены (43,6 на 100 респондентов контрольной группы).

Среднемесячный доход на одного члена семьи статистически достоверно выше в социально благополучных семьях ( $t \geq 2$ ). Так  $28,4 \pm 1,2$  на 100 опрошенных из социально неблагополучных семей ответили, что на одного члена семьи приходится доход ниже прожиточного минимума, в то время как в контрольной группе –  $14,5 \pm 1,2$ ; на уровне прожиточного минимума –  $40,4 \pm 1,8$  и  $51,8 \pm 1,7$  соответственно.

Получена статистически достоверная разница в оценке психологического климата в семье в исследуемых группах ( $t \geq 2$ ).  $18,0 \pm 0,7$  на 100 опрошенных основной группы и  $8,1 \pm 1,2$  на 100 опрошенных контрольной группы отметили очень плохой и плохой психологический климат в семье; хороший климат –  $7,6 \pm 0,9$  и  $14,3 \pm 0,9$  на 100 опрошенных соответственно; отличный климат –  $4,2 \pm 0,5$  и  $10,1 \pm 1,1$  на 100 опрошенных соответственно. Достоверно чаще респонденты контрольной группы отмечали удовлетворительный, хороший и отличный семейный климат.

Дети из групп социального риска чаще, чем дети из контрольной группы, проводят летние каникулы в городе  $33,8 \pm 1,2$  и  $11,5 \pm 0,8$  на 100 респондентов соответственно.

Характеризуя режим питания ребенка, можно отметить достоверные различия в двух группах ( $t \geq 2$ ). Так, соблюдают режим питания  $54,9 \pm 1,9$  на 100 респондентов контрольной группы и только  $45,8 \pm 2,1$  – основной группы, не соблюдают режим питания –  $12,4 \pm 0,8$  и  $20,4 \pm 1,3$  соответственно.

По результатам анкетирования выявлена статистически достоверная разница о наличии/отсутствии вредной привычки (курение) в семьях двух групп исследования ( $t \geq 2$ ). Так, в семьях социального риска почти в 2 раза больше курящих матерей,  $15,6 \pm 1,1$  на 1000 опрошенных ( $8,2 \pm 0,9$  на 100 опрошенных контрольной группы), в 1,4 раза меньше не курящих родственников,  $28,0 \pm 1,4$  на 100 опрошенных ( $39,1 \pm 1,9$  на 100 опрошенных контрольной группы), ребенок никогда не курил –  $70,6 \pm 2,1$  на 100 ( $82,3 \pm 2,4$  на 100 опрошенных контрольной группы),

Достоверно чаще обращаются за платной консультацией специалиста и к знакомым врачам респонденты из контрольной группы. Советуются со знакомыми, не имеющими медицинского образования, или родственниками, а также надеются на собственные знания больше родители детей из социальных групп риска. При этом полностью выполняют предписание врача только  $87,8 \pm 2,5$  опрошенных из основной группы и  $94,6 \pm 2,7$  – контрольной группы

Большинство респондентов обеих групп отметили, что в поликлинике предоставляется достаточно информации по вопросам здоровья ребенка (кормление/питание, развитие, сексуальное воспитание, профилактика и т.п.),

Выделение контингентов детей с учетом медико-социального статуса позволит более точно определить направления профилактической и лечебной работы.

Динамический анализ деятельности системы медицинской и медико-социальной помощи детям района исследования проводился путем изучения отчетных статистических форм №30 «Сведения об учреждении здравоохранения», №12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения» и № 17 «Сведения о медицинских кадрах», а также справок к годовым отчетам АПУ района за 2008-2016 годы. Были также изучены отчеты Отделения медико-социальной помощи района исследования за тот же период.

Кроме того, анализировались данные разработанных авторских учетных форм: Акт обследования социально – бытовых условий семьи; Карта медико-социального сопровождения ребенка; Программа индивидуального сопровождения пациента отделения медико-социальной помощи, разработанного приложения к «Карте центра здоровья для детей», утвержденной Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 19 августа 2009 года N 597н «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака».

В проводимом исследовании показана современная проблематика организации медицинской и медико-социальной помощи детям. Социально-экономические тенденции последних лет привели к кардинальному изменению структуры жилого фонда в районе исследования. Количество коммунальных квартир значительно сократилось, уступая место элитному жилью и офисам. Следствием этого стало значительное снижение численности проживающего на территории обслуживания поликлиники населения. Среднегодовой темп сокращения обслуживаемого детского населения составил 6,2%. При этом количество детей, прикрепленного к обслуживанию к детской поликлинике по учебно-производственному принципу оставалось значительным. С учетом имеющихся федеральных штатных нормативов, следствием сокращения численности детей, прикрепленных к обслуживанию к детской поликлинике по территориальному принципу, стало сокращение практически всех основных штатных должностей в поликлинике.

Еще одной важной проблемой является снижение уровня здоровья детей 0-17 лет. У детей к возрасту 14 лет по сравнению с 7-летней возрастной группировкой в 4 раза снижается доля 1 группы здоровья, на 17,0% - 2 группы здоровья, при этом увеличиваются 3 группа здоровья более чем в 3 раза и на 13,0% - 4-5 группы. Доля детского населения, подлежащего углубленным профилактическим осмотрам, неуклонно продолжает расти. Как следствие, на фоне отсутствия существенных позитивных сдвигов в состоянии здоровья детского населения профессиональная нагрузка работников первичного звена детского здравоохранения увеличивается.

Анализ нормативно-правовых документов, регламентирующих штатно-кадровое обеспечение деятельности медицинских организаций и проведение профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, показал, что существующие штатные нормативы не позволяют в полном объеме обеспечить исполнение требований Порядка профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних.

Таким образом, среди причин, влияющих на объемы и качество медицинской помощи в целом и медико-социальной помощи в частности на уровне первичного звена, основными являются:

- увеличение трудозатрат обусловленных ухудшением здоровья детей и реализацией федеральных программ;
- кадровый дефицит;
- увеличение числа детей, нуждающихся в медико-социальной помощи на фоне отсутствия штатных нормативов службы;
- отсутствие достаточного внутриведомственного и межведомственного взаимодействия.

Также в разряд проблем, влияющих на организацию и качество оказания медико-социальной помощи детям, необходимо отнести отсутствие профессиональной и постдипломной подготовки медицинских работников по медико-социальным вопросам.

На завершающем этапе была разработана организационная модель медико-социальной помощи детскому населению в условиях поликлиники, основой которой является отделение медико-социальной помощи, представлен алгоритм организации медико-социальной службы, как компонента первичной медико-санитарной помощи детскому населению, проведена оценка работы деятельности ОМСП. Данная модель включала: нормативно-правовое обеспечение, организационно-штатные нормативы, алгоритмический и программно-целевой подход в работе отделения медико-социальной помощи.

В ходе исследования разработан пакет локальных нормативных документов отделения (приказ об открытии отделения медико-социальной помощи, положение об отделении медико-социальной помощи, штатное расписание отделения медико-социальной помощи, должностные инструкции персонала отделения медико-социальной помощи), учетно-отчетные документы и формы внутреннего документооборота отделения, обеспечивающие функционирование отделения, такие как: «Социальный паспорт семьи группы социального риска», Акт обследования социально – бытовых условий семьи,

Карта медико-социального сопровождения ребенка, Программа индивидуального сопровождения пациента отделения медико-социальной помощи.

В числе стандартов деятельности отделения разработаны алгоритмы действия медицинского персонала при обращении за медицинской помощью пациента с повреждениями насильственного характера.

Оценку работы ОМСП детской поликлиники предложено проводить, используя две группы показателей деятельности отделения: 1) собственно медико-статистические показатели деятельности отделения и 2) показатели, характеризующие контингенты детей и подростков. Предложено учитывать различные аспекты деятельности отделения в рамках программ межведомственного взаимодействия и взаимодействия внутриполиклинических структур по медико-социальным вопросам охраны здоровья детей и подростков. К ним относятся данные о числе полученных и поданных направлений, извещений, сообщений, принятых по ним мерам и т.д. Отдельного обязательного внимания заслуживают объемные величины, характеризующие степень охвата детей, нуждающихся в проведении различных лечебных, диагностических, профилактических, диспансерных мероприятий, этими мероприятиями. Предложено анализировать показатели этой группы с высокой частотой (1 раз в месяц, квартал, год), так как, они отражают плановую работу отделения и могут носить оперативный характер. Показатели второй группы характеризуют эффективность деятельности отделения. Их рассматривают в динамике. Это показатели состояния здоровья детей и подростков в разрезе групп социального риска. Временной регламент оценки показателей второй группы имеет меньшую частоту (не чаще раз в полгода).

Форма отчета о деятельности ОМСП детской поликлиники представлена в приложении данной работы.

Опыт функционирования ОМСП показал, что среднегодовая эффективность динамического диспансерного наблюдения детей из групп социального риска возросла с 4,7 % в 2007 г до 8,8 % в 2017 г., а рецидивность асоциальных форм поведения у наблюдаемых сократилась на 9,4%.

При анализе общего количества посещений детской поликлиники детьми из групп социального риска отмечено, что при наличии медико-социальной службы, среднегодовая частота посещений поликлиники такими детьми в 2,5 раза выше, чем при ее отсутствии, а доля посещений врача педиатра участкового этими детьми при наличии медико-социальной службы значительно ниже (7,9 в сравнении с 16, 8 при отсутствии службы). Указанное может свидетельствовать с одной стороны о существенном «высвобождении» врача педиатра участкового для решения исключительно медицинских задач, а с другой – значимом увеличении доступности первичной медико-санитарной помощи для детей из групп социального риска в случае наличия в поликлинике медико-социальной службы.

Динамика обслуживания контингента ОМСП за время его работы положительная: в 2 раза увеличилось количество семей, состоящих под наблюдением отделения. По данным, полученным за период исследования, зарегистрирован рост численности детей среди неблагополучных на 49,0% и многодетных семей на 74,0%, детей, находящихся под опекой на 6,0%. Численность детей из неблагополучных семей имеет в динамике наибольший прирост среди всех прочих групп, наблюдаемых отделением.

В работе отмечена положительная динамика межведомственного взаимодействия ОМСП в части расширения направлений сотрудничества. (В настоящее время ОМСП контактирует с ГУ «Центр социальной помощи семье и детям Центрального района», муниципальными образованиями, управлением внутренних дел, комиссией по делам несовершеннолетних и защите их прав, органами управления здравоохранением).

ОМСП на уровне медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь детскому населению, осуществляет общую координирующую функцию по медицинскому сопровождению детей из групп социального риска.

В работе предложены организационные модели работы других компонентов медико-социальной службы детской поликлиники: отделения профи-

лактики для детей раннего возраст, подросткового отделения, мобильного детского центра здоровья. Представлена принципиальная схема организации указанных компонентов медико-социальной службы, разработаны алгоритмы их функционирования и взаимодействия как внутри поликлиники, так и с внешними субъектами социальной защиты детей (органами опеки и попечительства, органами внутренних дел, образовательными организациями и т.д.).

В ходе исследования были получены убедительные данные, указывающие на то, что при наличии в поликлинике службы раннего вмешательства доля посещений врача педиатра участкового детьми в возрастной группе 4-14 лет более чем в 1,4 раза выше, чем в поликлинике, где такая служба отсутствует.

Проведенный анализ показателей заболеваемости показал, что среди детей, посещавших отделения профилактики для детей раннего возраст, они значительно ниже, чем среди детей, не посещавших данное отделение (1048,6 и 1286,5 на 1000 соответственно).

В работе показана разнонаправленная деятельность подросткового отделения по оказанию первичной медико-санитарной помощи, организации и обеспечении динамического диспансерного наблюдения за подростками с заболеваниями и отклонениями в состоянии здоровья, координации деятельности специалистов поликлиники по вопросам подготовки молодежи к военной службе, проведении мероприятий по врачебно-профессиональному консультированию подростков, экспертной оценке состояния здоровья подростков, выявлению подростков из групп социального риска.

В проведенном исследовании показана существенная роль Мобильного детского центра здоровья в качестве компонента предложенной модели медико-социальной помощи детям, который является одним из основных источников информации, как для отделения медико-социальной помощи, так и для медико-социальной службы поликлиники в целом. О положительных итогах его работы свидетельствует тот факт, что признаки наличия различных заболеваний установлены у 70%, а факторы риска их развития у 95% ос-

мотренных детей; для каждого ребенка определена программа медицинского обследования в территориальной поликлинике, а родителям даны подробные разъяснения о состоянии здоровья детей; педагогическим коллективам школ даны рекомендации по улучшению санитарно-гигиенических условий.

В данной работе разработано приложение к «Карте центра здоровья для детей», утвержденной Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 19 августа 2009 года N 597н «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака», которое позволило наилучшим образом оценить распространенность социальных факторов развития заболеваний у осмотренных детей определить особенности их семей и разработать «Социальный паспорт семьи группы социального риска».

Это позволяет выработать общие и индивидуальные алгоритмы медико-социального сопровождения детей из групп социального риска в ходе их динамического наблюдения и реализации индивидуальных программ медико-социальной реабилитации.

На основании данных исследования были разработаны научно-практические рекомендации по оптимизации организации медико-социальной помощи детскому населению.

## ВЫВОДЫ

1. Основные медико-демографические показатели детского населения исследуемого района Санкт-Петербурга, на базе которого проводилось данное исследование, в целом не имеют существенных отличий от медико-демографических показателей детского населения Санкт-Петербурга. Коэффициент рождаемости составляет 12,6 на 1000, показатель младенческой смертности – 6 на 1000, показатель общей заболеваемости новорожденных - 256,64 на 1000 новорожденных, показатель общей заболеваемости детей в возрасте 0 – 14 лет составил 2709,0 на 1000, подростков 15–17 лет -1975,37 на 1000. Район исследования является типичным районом мегаполиса с достаточным уровнем обеспеченности детского населения инфраструктурой амбулаторно-поликлинической помощи.

2. В ходе исследования путем проведенного анкетирования установлено, что доля детей категорий социального риска, возрастает и составляет 20,3% от всей популяции. В структуре наибольший удельный вес имеют дети из многодетных и неблагополучных семей (49,9 % и 16,7 % соответственно); несовершеннолетние правонарушители – 11,8 %; дети инвалиды - 11,5 %; дети, находящиеся под опекой – 9,8 %; дети, подвергшиеся насилию – 1,04 %; юные матери – 0,3 %. В динамике наибольший прирост (в 4 раза) имеет численность детей из неблагополучных семей, при этом численности детей и подростков, склонных к правонарушениям, бродяжничеству за период наблюдения сократилась в 2,7 раза.

3. В ходе исследования были получены убедительные данные, свидетельствующие о существенных различиях в уровнях заболеваемости по ряду классов болезней среди детей из различных групп социального риска. Наибольший уровень распространенности хронических неинфекционных заболеваний (1504,2 на 1000) отмечен среди детей, склонных к правонарушениям.

4. В ходе исследования установлено, что при отсутствии в составе медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь детскому населению, подразделений и служб, ориентированных на комплексное медико-социальное сопровождение детей из групп социального риска, имеющихся штатно-кадровых ресурсов недостаточно для исполнения всего комплекса задач по оказанию, как медико-социальной помощи, так и первичной медико-санитарной помощи детям.

5. Проведенный анализ функционирования отделений медико-социальной помощи детских поликлиник ряда субъектов РФ показал, что в стране отсутствует единая система организации оказания медико-социальной помощи в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь детскому населению. Был выявлен ряд общих проблем, среди которых наиболее актуальным является отсутствие единых подходов к формированию таких отделений, целей их работы, задач, целевых групп наблюдения, организационных форм, функций должностей персонала, а также объемов и видов ресурсов, требования к материально-технической базе, необходимых для их оптимальной работы.

6. В работе предложена организационная модель медико-социальной помощи детскому населению, деятельность которой базируется на организации межведомственного взаимодействия детской поликлиники с различными структурами, принимающими участие в сопровождении детей из групп социального риска, и координации деятельности внутриспециализационных структур по медико-социальным вопросам охраны здоровья детей. Внедрение разработанной и апробированной в течении 10 лет системы медико-социального сопровождения детей и подростков показало свою эффективность: было отмечено улучшение показателей здоровья, сокращение рецидивности асоциальных форм поведения у наблюдаемых детей из групп социального риска.

7. Основой организации деятельности медико-социальной службы медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную

помощь детскому населению, является индивидуальный комплексный подход, основанный на совместной работе врача-педиатра, медицинского психолога, социального работника с разработкой индивидуальной комплексной программы медико-социального сопровождения в условиях детской поликлиники детей из групп социального риска с последующей оценкой эффективности её реализации. Разрабатываемые виды и формы медико-социального сопровождения ребенка и его семьи должны быть комплексными и соответствовать уровню здоровья, возрасту ребенка с учетом различных медико-социальных факторов.

## ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

В целях совершенствования медико-социальной помощи детям целесообразно следующее.

На уровне государственных федеральных органов исполнительной власти в сфере здравоохранения:

- разработка и утверждение единого Порядка оказания медико-социальной помощи детям из групп социального риска в условиях медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, включая требования к материально-техническому, организационному, информационно-методическому обеспечению деятельности службы;

- в структуре профессиональных образовательных программ высшего, среднего, послевузовского и дополнительного профессионального образования подготовки медицинских кадров предусмотреть рассмотрение избранных вопросов социальной педиатрии и медико-социального патронажа детей из групп социального риска.

На региональном уровне:

- предусмотреть возможность разработки и реализации комплексных региональных и муниципальных программ медико-социальной помощи детям из групп социального риска, направленных на формирование у подрастающего поколения ответственного отношения к своему здоровью и потребности в здоровом образе жизни, развитие культуры безопасной жизнедеятельности, профилактику наркотической и алкогольной зависимости, табакокурения и других вредных привычек;

- предусмотреть формирование системы единого межведомственного учета несовершеннолетних и (или) семей, находящихся в социально опасном положении и нуждающихся в комплексе межведомственного медико-социального сопровождения, посредством создания регионального банка данных, с целью интеграции - объединения действий различных ведомств и организаций на основе создания единого понятийного, информационного

пространства, реализации задач профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних с учетом ресурсов всех субъектов системы и их взаимосвязи;

- разработать и утвердить Региональный порядок оказания медико-социальной помощи детям из групп социального риска в условиях медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, обеспечивающий наиболее оптимальные формы, методы и инструменты взаимодействия различных ведомств и организаций с учетом социально-экономических, географических, медико-социальных и демографических особенностей региона, особенностей организации медицинской помощи в регионе;

- повышать информированность населения о предлагаемых услугах, расширять использование для этих целей интернет-технологий.

На уровне медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь детскому населению:

- выделение в составе медицинской организации в дополнение к существующей первичной медико-санитарной структуре специализированной медико-социальной службы для комплексного решения медико-социальных проблем детей и подростков из групп социального риска, повышения уровня их здоровья с учетом медико-социальных факторов;

- в деятельности выделяемой медико-социальной службы ориентироваться на межведомственное взаимодействие и координацию работы всех внутриаполиклинических структур с целью консолидации усилий по медико-социальным вопросам охраны здоровья детей и подростков из групп социального риска;

- учитывать медико-социальные особенности детей и подростков при формировании комплексных дифференцированных индивидуальных программ сопровождения неблагополучных семей и медико-социальной реабилитации несовершеннолетних из различных групп социального риска, что

обеспечит адресность и эффективность психолого-медико-социальной помощи детям;

-внедрение в деятельность современных медико-социальных профилактических технологий, таких как медико-социальный патронаж, формирование стереотипов здорового образа жизни в семье, медико-психологическая работа с неблагополучными семьями, детьми с девиантным поведением, профилактика употребления психоактивных веществ и формирования суицидального поведения у детей и подростков, отделение профилактики для детей раннего возраста, детский мобильный центр здоровья.

Реализация практических предложений будет способствовать снижению заболеваемости, смертности, «рискованных форм поведения», в том числе суицидального, детей и подростков из групп социального риска, профилактике безнадзорности и беспризорности, жестокого обращения с детьми; снижению уровня негативных социальных явлений и антиобщественных проявлений со стороны детей.

**СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ**

- АКДО - Автоматизированный комплекс диспансерных осмотров
- АПУ – Амбулаторно-поликлиническое учреждение
- ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения
- ГНИОММ - Государственный научный институт охраны материнства и младенчества
- ДОУ - Дошкольные образовательные учреждения
- КДНиЗП – Комиссия по делам несовершеннолетних и защите их прав
- МДЦЗ - Мобильный детский центр здоровья
- МС - Младенческая смертность
- МСП - Медико-социальная помощь
- ОДН УВД – Отделение по делам несовершеннолетних управления внутренних дел,
- ОМС - Обязательное медицинское страхование
- ОМСП – Отделение медико-социальной помощи
- ООМПДОО - Отделение организации медицинской помощи детям в образовательных организациях
- ОПДРВ - Отделение профилактики для детей раннего возраста
- ОУЗ – Органы управления здравоохранением
- ОУНСПО - Образовательные учреждения начального и среднего профессионального образования
- ПАВ - Психоактивные вещества
- ПМСП - Первичная медико-санитарная помощь
- РВК – Районный военный комиссариат
- СОШ - Средние общеобразовательные школы
- ЦСПСД – Центр социальной помощи семье и детям

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Албегонова Ф.Д., Батырова А.Б., Макиев А.Т., Здоровьесберегающие технологии воспроизводства населения – важнейший фактор улучшения демографической ситуации. Успехи современного естествознания. 2009;7:125-127.
2. Алексеев С.В., Янушанец О.И., Азыдова Г.В. Изучение качества жизни детей как одна из задач экологии ребенка. Материалы научно-практической конференции «Социальная педиатрия - проблемы, поиски, решения». СПб. 2000; 140 с.
3. Алексеев М.А., Моисеева К.Е., Харбедия Ш.Д. Влияние условий и образа жизни инвалидов на оценку медико-социальной помощи и качества доступности среды. Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2017; 20 (2): 80-85.
4. Альбицкий В.Ю., Менделевич Б.Д., Модестов А.А., Яковлева Т.В. Медико-социальные проблемы психического здоровья детей в России. Социальные аспекты здоровья населения [электронный научный журнал] 2010; 60 (2).
5. Альбицкий В.Ю., Винярская И.В. Возможности использования критериев качества жизни для оценки состояния здоровья детей. Российский педиатрический журнал. 2007; 5: 54-56.
6. Альбицкий В.Ю., Зелинская Д.И., Терлецкая Р.Н. Заболеваемость детей и инвалидность. Российский педиатрический журнал. 2008; 1: 32-35.
7. Альбицкий В.Ю., Винярская И.В. Новый подход к комплексной оценке состояния здоровья детей с использованием критерия качества жизни. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2007; 5:16-17.
8. Альбицкий В.Ю., Антонова Е.В., Модестов А.А. Современные подходы к изучению заболеваемости детского населения. Российский педиатрический журнал. 2009; 4:4-7.

9. Альбицкий В.Ю., Волгина С.Я., Курмаева Е.А. Состояние здоровья и образ жизни детей из бедных семей. Вопросы современной педиатрии. 2007; 6 (6): 25-27.
10. Альбицкий В.Ю., Одинаева Н.Д., Нечаева Н.В. Состояние здоровья детей первого года жизни из семей мигрантов. Вопросы современной педиатрии. 2006; 5(4): 5-7.
11. Альбицкий В.Ю., Шер С.А., Устинова Н.В. Вклад сотрудников Научного центра здоровья РАМН в развитие отечественной социальной педиатрии. Вопросы современной педиатрии. 2013;12 (3): 123-125.
12. Альбицкий В.Ю. Социальная педиатрия как область научного знания, сфера практического действия и предмет преподавания. М.: Союз педиатров России, 2011; 24 с.
13. Альбицкий В.Ю. Актуальные проблемы социальной педиатрии. Избранные очерки. М. Союз педиатров России. Литагент ПедиатрЪ 2012; 32 с.
14. Альбицкий В.Ю., Шер С.А., Закирова Л.А. Роль института охраны материнства и младенчества в становлении государственной системы охраны здоровья детей России. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А.Семашко. 2014;51: 15-17.
15. Альбицкий В.Ю., Фаррахов А.З., Шавалиев Р.Ф. и др Региональная модель трехуровневой системы медико-социального сопровождения детей и подростков (пилотный проект в Республике Татарстан). Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2014;6:15–18.
16. Антонова Е.В. Здоровье российских подростков 15-17 лет: состояние, тенденции и научное обоснование программы его сохранения и укрепления: дис. ... д-ра мед. наук: 14.02.03. М., 2011; 323 с.
17. Баранов, А.А. Здоровье детей России: научные и организационные приоритеты. Вестник РАМН. 1999; 9: 40-42.

18. Баранов А.А., Цыбульская И.С., Альбицкий В.Ю. и др. Здоровье детей России (состояние и проблемы). Москва: ЗАО «Информатик», 1999; 273 с.
19. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю. Социальные и организационные проблемы педиатрии. Избранные очерки. М.: Изд. дом «Династия», 2003; 511 с.
20. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Фаррахов А.З. и др. Особенности состояния здоровья детского населения Российской Федерации, тенденции его изменений. *Общественное здоровье и здравоохранение*. 2012; 4: 18-24.
21. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Устинова Н.В. и др. О неотложных мерах по организации медико-социальной помощи детскому населению. Сб. мат. Научно-практической конференции «Роль здравоохранения в охране общественного здоровья». М., 2013: 24-27.
22. Баранов А.А., Фаррахов А.З., Альбицкий В.Ю., Шавалиев Р.Ф. и др. Региональная модель организации медико-социальной помощи детям и подросткам (опыт Республики Татарстан): метод. рекомендации - Казань: Медицина, 2014: 42–44.
23. Баранов А.А., Яковлева Т.В., Лапин Ю.Е. Охрана здоровья детей в системе государственной политики. *Вестн. РАМН*: 8-12.
24. Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М. Медицинские и социальные аспекты адаптации современных подростков к условиям воспитания, обучения и трудовой деятельности: Руководство для врачей. Москва: Гэотар-Медиа, 2007; 352 с.
25. Баранов, А.А., Ваганов Н.Н. Научные и практические проблемы неотложной помощи детям. *Российский педиатрический журнал*. 2000; 5: 42-46.
26. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Устинова Н.В. Состояние, проблемы и перспективы организации медико-социальной помощи детям. *Российский педиатрический журнал*. 2013: 4-6.

27. Баранов, А.А. Национальный проект – правильный шаг на пути оздоровления здравоохранения. Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2006; 5: 4-7.
28. Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М. Оценка состояния здоровья детей. Новые подходы к профилактической и оздоровительной работе в образовательных учреждениях. Москва: Гэотар-Медиа, 2008; 432 с.
29. Баранов А.А., Кучма В.Р. Профилактические основы развития приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения в интересах детей. Здравоохранение Российской Федерации. 2008; 1: 10-11.
30. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Антонова Е.В. и др. Современные подходы в изучении заболеваемости детского населения России. Российский педиатрический журнал. 2008; 5: 4-7.
31. Баранов А.А., Яковлева Т.В., Альбицкий В.Ю. Сокращение предотвратимых потерь здоровья детского населения – стратегия социальной педиатрии. Вопросы современной педиатрии. 2008; 7(4): 6-8.
32. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю. Теоретические и практические проблемы профилактической педиатрии. Социальные и организационные проблемы педиатрии: Избранные очерки. М., 2003: 7-23.
33. Баранов А.А., Лапин Ю.Е. Формирование государственной политики в области здравоохранения в Российской Федерации: проблемы и решения. Вопросы современной педиатрии. 2006; 5(6): 5-7.
34. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Терлецкая Р.Н., Зелинская Д.И. Многоуровневая система оказания медицинской помощи детскому населению. Вопросы современной педиатрии. 2014; 13 (2): 5-10.
35. Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Альбицкий В.Ю., Терлецкая Р.Н. Закономерности и тенденции младенческой и детской смертности в Российской Федерации. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2015; 23(1): 35-41.
36. Барышева А.Н. Реабилитация детей с ОВЗ в трудной жизненной ситуации. Социальная педагогика. 2014; 5: 61-66.

37. Бебчук Г.Б. Семейно-ориентированный подход к оказанию медицинской помощи детям. Менеджер здравоохранения. 2016; 8: 13-24.
38. Беляков Н.Г. Социально-медицинские аспекты здоровья детей и подростков на Крайнем Севере России (по материалам Ненецкого автономного округа): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33. Архангельск, 2005: 22 с.
39. Боев В.М., Колесников Б. Л., Екимов А.К. Оценка демографических и социально-экономических показателей в системе социально-гигиенического мониторинга. Гигиена и санитария. 2008; 3: 92-94.
40. Борисова М.А., Белова Е.Г. Опыт организации диспансерной работы среди детей младшего возраста. Здоровье семьи – 21 век. 2010; 2: 2.
41. Ваганов Н.Н., Шипова В.М., Степанова С.М. и др. Педиатрическая служба в условиях реформирования здравоохранения. М. : Грантъ, 1999; 232 с.
42. Воронцов И.М. Здоровье и нездоровье ребенка как основа профессионального мировоззрения и повседневной практики детского врача. Российский медицинский журнал. 1999; 2: 6-13.
43. Веселов Н.Г. Социальная педиатрия. Актуальные проблемы. СПб., 1992; 217 с.
44. Веселов, Н.Г. Социальная педиатрия. Курс лекций. СПб., 1996; 395 с.
45. Гайдаров Г.М., Долгих В.В., Кулеш Д.В. и др. Медико-социальные и организационные аспекты охраны здоровья подростков в современных условиях. Сибирский медицинский журнал. 2007; 3: 5-9.
46. Голикова, Т.А. О выполнении в 2007–2009 годах мероприятий плана реализации Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года, направленных на улучшение состояния здоровья женщин, детей и подростков. Доклад – 2010. – <http://www.minzdravsoc.ru/health/prior/52>.

47. Грачева, А.Г. Врач-педиатр и проблемы первичной медико-санитарной помощи детям. Российский педиатрический журнал. 2005; 3: 54-58.
48. Губин В.Г. Здоровье населения и здравоохранение крупного города в период коренных социально-экономических реформ: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.33. СПб. 2005; 40 с.
49. Гуров А.Н., Рахманова З.Б. Актуальные вопросы информатизации и медицинской статистики в процессе управления здравоохранением Московской области. Альманах клинической медицины. 2003; 6: 11-24.
50. Доклад «Об итогах работы Министерства здравоохранения Российской Федерации в 2015 году и задачах на 2016 год» <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/statisticheskie-i-informatsionnye-materialy/doklady-ob-itogah-deyatelnosti-minzdrava-rossii>
51. Денисенко Е.Л. Профилактическая работа с детьми, склонным к самовольным уходам из семьи, в условиях центра психолого-медико-социального сопровождения. Социальная педагогика. 2015; 1: 6 - 8.
52. Дмитриева Н.Н. Ребенок из многодетной семьи: социально-педагогические риски. Социальная педагогика. 2015;1: 57 - 61.
53. Дьяченко В.Г., Рзынкина М.Ф., Солохина Л.В. Руководство по социальной педиатрии. Хабаровск. 2010; 437 с.
54. Долгих В.В., Кулеш Д.В., Шкандыло Т.П. Состояние здоровья подростков и современные тенденции их медицинского и медико-социального обеспечения. Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. 2005; 5: 155-159.
55. Дубенская С.Д. Социальная реабилитация подростков, находящихся в трудной жизненной ситуации, в с условиях социальной квартиры. Вестник ТОГИРРО. 2013; 2: 256-259.
56. Дети в трудной жизненной ситуации: преодоление социальной исключенности детей-сирот. Раздел доклада. М.: Фонд поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации. 2012: 28-35.

57. Дьяченко В.Г., Щепин В.О., Капитоненко Н.А. Охрана здоровья матери и ребенка в условиях социально-экономических реформ. Владивосток: ДВГМУ. 2000; 310 с.
58. Дьяченко В.Г., Рзянкина М.Ф., Солохина Л.А. Руководство по социальной педиатрии. Хабаровск: ДВГМУ. 2010; 320 с.
59. Дьячкова Н.М. Нейропсихологическое исследование детей, проживающих в экологически неблагоприятных условиях. Успехи современного естествознания. 2006; 4: 37.
60. Европейская стратегия «Здоровье и развитие детей и подростков» Копенгаген: ВОЗ. 2005; 23 с.
61. Екимов А.К., Перепелкина Н.Ю., Екимов А.К. Экономический анализ прямых затрат ЛПУ и косвенных потерь общества, связанных с болезнями мочевой системы у детей. Бюллетень НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко РАМН. Вып. 5, М., 2003; 120-122.
62. Жданова Л.А., Бобошко И.Е., Рунова О.С, Нуждина Г.Н. Формирование здоровья детей на амбулаторном этапе в условиях новой нормативной базы. Сб. научных трудов ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» МЗ РФ.
63. Жданова Л.А., Молькова Л.К., Бобошко И.Е., Нуждина Г.Н. Проблемы и перспективы в организации работы медико-социального отделения детской поликлиники. Российский педиатрический журнал. 2013;6/1: 16-22.
64. Журавлева И.В. Здоровье подростков: социологический анализ. Москва: Изд-во Института социологии РАН. 2002; 240 с.
65. Заплатников А.В., Коровина Н.А. Часто болеющие дети: современное состояние проблемы. Вопросы практической педиатрии. 2008; 3(5): 103-109.

66. Звездина И.В., Рапопорт И.К., Ямпольская Ю.А. и др. Особенности заболеваемости московских школьников за последние 50 лет. Гигиена и санитария. 2009; 2: 21-26.
67. Зелинская Д.И. Социальное сиротство как одна из проблем здравоохранения Российской Федерации. Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2008; 53 (1): 83-89.
68. Зелинская Д.И., Терлецкая Р.Н., Рожковская С.А. Медико-социальные аспекты здоровья детей в многодетных семьях. Российский педиатрический журнал. 2016.- электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения» доступ: <https://cyberleninka.ru/article/v/sotsialnye-aspekty-zdorovya-detey-v-mnogodetnyh-semyah-obzor-literatury>
69. Зотов В.Г., Цунина Н.М., Спиридонов А.М., Кондурцев В.Г. Анализ здоровья населения в системе социально-гигиенического мониторинга на региональном уровне. Гигиена и санитария. 2005; 5: 68-70.
70. Иванов А.В., Имамов А.А., Титова А.А. и др. Результаты социально-гигиенического мониторинга в Казани. Гигиена и санитария. 2005; 5: 70-72.
71. Калиниченко О.В. Состояние здоровья и организация оказания медико-социальной помощи детям, лишившимся попечения родителей. Автореф. дисс....к.м.н.: 14.00.09. СПб., 2015; 23 с.
72. Какорина Е.П., Поликарпов А.В., Огрызко Е.В., Голубева Т.Ю. Динамика и структура первичной инвалидности среди детей, проживающих в городской и сельской местности Российской Федерации в 2002-2015 гг. Социальные аспекты здоровья населения. 2017; 53(4): 21-25.
73. Какорина Е.П., Поликарпов А.В., Огрызко Е.В., Голубева Т.Ю. Характеристика контингента детей-инвалидов, проживающих в интернатных учреждениях Российской Федерации. Социальные аспекты здоровья населения. 2016; 52 (6). Доступ: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/792/30/lang,ru/>

74. Касимова Д. А. Медико-социальные аспекты детской инвалидности. Молодой ученый. 2015; 14: 63-66. Доступ: URL <https://moluch.ru/archive/94/20665/>
75. Ким А.В. Научное обоснование современных подходов по формированию системы медицинского обеспечения подготовки молодежи к военной службе: дис. ...д-ра мед. наук: 14.02.03.СПб, 2011; 269 с.
76. Клиники, дружественные молодежи: Руководство для врачей и организаторов здравоохранения. М.: ЮНИСЕФ. 2006; 60 с.
77. Конова С.Р. Состояние здоровья детей и совершенствование медицинской помощи в условиях первичного звена здравоохранения: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.09; 14.00.33. М., 2007; 55 с.
78. Концептуальные взгляды на здоровье ребенка / Под ред. В.Н. Шестаковой. – Смоленск, 2003; 592 с.
79. Кроткова, А. В. Организация и основные положения, определяющие содержание коррекционной работы по социальному развитию и воспитанию дошкольников с церебральным параличом. Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. 2015; 2: 33-42.
80. Кривова В.Н., Савватеева В.Г., Омоева Т.С. и др. Некоторые показатели здоровья детей раннего возраста в крупном муниципальном образовании г. Иркутска. Сибирский медицинский журнал. 2006; 60 (2): 70-72.
81. Кузнецов, П.П. Электронный паспорт здоровья ребенка как инструмент медицинского мониторинга. Врач и информационные технологии. 2009; 5: 11-21.
82. Кузнецова Т.В., Захарченко Р.Г. Особенности состояния здоровья детей в учреждениях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в Российской Федерации. Вопросы современной педиатрии. 2006; 5 (5): 300.
83. Кузьмин С.А., Карпов А.Ф., Кузьмина Т.С. Характеристика состояния здоровья детей и подростков в Оренбургской области в связи с их

подготовкой к военной службе. Военный медицинский журнал. 2008; 329 (7): 49.

84. Куликов, А.М. Подростки в современной России: здоровье и медико-социальные особенности. Журнал акушерства и женских болезней. 2007; 1: 36-39.

85. Кучма В.Р., Баранов А.А., Тутельян В.А., Величковский Б.Т. Новые возможности профилактической медицины в решении проблем здоровья детей и подростков России. Новые возможности профилактической медицины в решении проблем здоровья и подростков России. М., 2006: 7–26.

86. Кучма В.Р., Сухарева Л.М., Баранов А.А. Состояние здоровья современных детей и подростков и роль медико-социальных факторов в его формировании. Вестник Российской АМН. 2009; 5: 6-11.

87. Лапин Ю.Е. Государственная политика в области охраны здоровья детей. Здравоохранение Рос. Федерации. 2010; 1: 14-18.

88. Лапин, Ю.Е. Исследование правовых основ государственной политики в области охраны здоровья детей в Российской Федерации. Проблемы социал. гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2009; 5: 7-10.

89. Лапин Ю.Е. Методологические подходы к разработке государственной политики в области охраны здоровья детей. Проблемы управления здравоохранением. 2009; 4: 12-17.

90. Лапин Ю.Е. О государственной политике в области охраны здоровья детей в нормативных правовых актах Российской Федерации. Медицинское право. 2008; 1: 48-53.

91. Лутошкина С.Ю. Законодательное обеспечение деятельности по социальной защите детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Государственное управление. Электронный вестник. 2014; 44 (6): 106-118.

92. Макаренко Т.А., Осин А.Я. Комплексный подход к оценке состояния здоровья детей дошкольных образовательных учреждений на современном этапе. В мире научных открытий. 2010; 4-6: 78-80.

93. Медик В.А., Осипов А.М., Орехова И.Ю. Методологические проблемы социальной статистики общественного здоровья. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2007; 5: 44-46.
94. Медик В.А., Осипов А.М. Общественное здоровье как объект исследования в системе социальных наук. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2008; 5: 3-4.
95. Медик В.А., Котова Т.Е., Сеченева Л.В. Особенности состояния здоровья детей (по результатам Всероссийской диспансеризации). *Здравоохранение Российской Федерации*. 2004; 2: 46-49.
96. Медик В.А., Стуколкин О.Н., Котова Т.Е., Сеченева Л.В. Оценка состояния здоровья детей и подростков и пути его улучшения. *Актуальные вопросы охраны здоровья детей и подростков на современном этапе*. В. Новгород, 2003: 12-2.
97. Медик В.А., Токмачев М.С. Статистика здоровья населения и здравоохранения. *Медицинский академический журнал*. 2009; 9 (1): 121-122.
98. Менделевич Б.Д. Заболеваемость наркологическими расстройствами подростков в республике Татарстан. *Общественное здоровье и здравоохранение*. 2009; 1: 65-68.
99. Министерство здравоохранения Российской Федерации Письмо от 25 мая 2017 года N 15-2/10/2-3461 [О направлении Методических рекомендаций «Организация трехуровневой системы медико-социальной помощи детям в трудной жизненной ситуации»].
100. Моисеева К. Е., Харбедия Ш.Д., Алексеев М.А., Моисеева К.Е. Некоторые результаты оценки организация медико-социальной помощи инвалидам. *Территория инноваций*. 2017; 4 (8): 105-111.
101. Модестов А.А., Сокович О.Г., Терлецкая Р.Н. Современные тенденции заболеваемости болезнями органов дыхания детского населения Российской Федерации. *Сибирское медицинское обозрение*. 2008; 6: 3-8.

102. Моисеева О.В., Ермакова М.К., Русских Л.В. и др. Состояние здоровья детского населения и перспективы развития педиатрической службы Удмуртской Республики. Уральский медицинский журнал. 2010; 6: 17-20.
103. Морозов Д.В., Ерошина А.В. Состояние здоровья детей как медико-социальная проблема. Мед. вестн. МВД. 2010; 46 (3): 22-28.
104. Муспахова Э.М. Анализ заболеваемости детского населения по данным городских поликлиник. Проблемы социальной гигиены и история медицины. 2006; 4: 12-14.
105. Малофеев, Н.Н. Значение Церкви в формировании отношения к инвалидам в обществе (по материалам XXIII Международных Рождественских образовательных чтений). Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. 2015; 3: 20-24.
106. Михайлина М.Ю., Павлова М.А. Психологическая помощь подростку в кризисных ситуациях. Наука – Москва. 2016; 228 с.
107. Науменко Л.Л., Келеметова А.Х. Анализ эффективности мероприятий по профессиональной реабилитации инвалидов с детства с последствиями детского церебрального паралича. ж-л «Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации реабилитационной индустрии. 2013; 2 2013: 83.
108. Носкова А.В. Новые методологические подходы, исследовательские фокусы, дискуссионные проблемы социологии семьи. Социологические исследования. 2015; 10: 177-185.
109. Онищенко, Г.Г. Санитарно-эпидемиологическая обстановка в Российской Федерации. Основные проблемы и приоритетные направления профилактической деятельности в настоящее время. Вестник Российской военно-медицинской академии. 2008; 3: 1-16.
110. Орел В.И., Середа В.М. Здоровье дезадаптированных детей и пути совершенствования медико-социальной помощи в современных условиях. Вопросы современной педиатрии. 2006; 5(2): 74-77.

111. Орел В.И., Серeda В.М., Даниленко Л.А. Медико-социальные проблемы здоровья уличных детей. Российский педиатрический журнал. 2005; 3: 60-62.
112. Орел В.И., Маймулов В.Г., Степанова Л.Н. Об образе жизни современной семьи. Социальная педиатрия – проблемы, поиски, решения. Материалы научно-практической конференции. СПб, 2000: 35-36.
113. Орел В.И., Стуколова Т.И. Частные проблемы социальной педиатрии. СПб: СПбГМА. 200; 216 с.
114. Орел В.И. Юные матери и их дети. Уфа. 1992; 103.
115. Орел В.И., Кузнецова Е.Ю. и др О совершенствовании медико-социальной помощи детям из семей социального риска. Информационное письмо. СПб; 1999; 26 с.
116. Орел В.И. Кузнецова Е.Ю., Грандилевская О.Л., и др. Медико-социальная помощь детям из семей социального риска. Методические рекомендации. СПб; 1999; 40 с.
117. Орел В.И., Смирнова В.И., Картоева Р.А. Медико-социальный патронаж в условиях амбулаторно-поликлинического звена. Российский педиатрический журнал. 2013; 6(1): 22-24.
118. Орел В.И., Стволики И.Ю., Грандилевская О.Л., Кузнецова Е.Ю. Медико-социальные и организационные проблемы педиатрии. СПб; 2006; 172.
119. Орел В.И., Лазовская М.Э., Карасев Г.Г., Быкова В.В. Особенности медико-социальной помощи детям старшего возраста в условиях туберкулезного санатори. Российский педиатрический журнал. 2016; 19 (2):92-96.
120. Петрова Н.Ф., Горовая В.И. Современная школа и проблема здоровья учащихся. Успехи современного естествознания. 2005; 11:73-75.
121. Погонин А. В., Тяжелников А. А., Юмукуян А. В. Управление доступностью медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях. Здравоохранение. 2016; 4: 46-53.

122. Прошляков В.Д. О направленности усилий по оздоровлению детей и молодежи в ходе реализации национальных проектов «Здоровье» и «Образование». Успехи современного естествознания. 2008; 5: 114-116.

123. Рапопорт И.К. К вопросу о совершенствовании профилактических осмотров детей. Вопросы современной педиатрии. 2006; 3 5: 490.

124. Рейхарт Д.В. Система обязательного медицинского страхования: актуальные вопросы и перспективы развития. Экономика здравоохранения. 2008;10: 21-29.

125. Российский статистический ежегодник / Федеральная служба государственной статистики 2017: Стат.сб. под ред. А.Е. Суринов и др./Росстат. М. 2017; 686 с.

126. Руденко Н.Н, Мельникова И.Ю. Особенности состояния здоровья школьников Санкт-Петербурга. Вопросы практической педиатрии. 2010; 5 (2): 121-123.

127. Русанов С. Н. Защита детей при чрезвычайных ситуациях и оказание им медицинской помощи. Медицинская сестра. 2016; 1: 3-8.

128. Рыбакова М.В., Тюрина И.Ю. Формирование здоровья детей первого года жизни в московской семье. Социологические исследования. 2008; 10: 127-132.

129. Скворцова В.И. Об итогах работы Министерства здравоохранения Российской Федерации в 2016 году и задачах на 2017 год Москва. 2017; доступ: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/statisticheskie-i-informatsionnye-materialy/doklady-ob-itogah-deyatelnosti-minzdrava-rossii>

130. Самсонова В. О. Особенности обеспечения на региональном уровне социальной поддержки детей-инвалидов и их семей. Социальное обслуживание. 2015; 11: 17-20.

131. Саркисян Л. И. Социализация и интеграция в общество детей с особенностями психофизического развития. Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. 2015; 1: 20-24.

132. Сеченева Л.В. Современные тенденции состояния здоровья детей и пути его улучшения на региональном уровне (на примере Новгородской области): Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33. Новгородский государственный университет им. Ярослава Мудрого. / Новгородский научный центр Северо-Западного отделения РАМН. СПб; 2007; 20 с.

133. Симаходский А.С., Эрман Л.В. Хронические прогрессирующие заболевания у детей, требующие принятия медико-социальных решений (на основании опыта Санкт-Петербургского Детского хосписа. СПб: Типография Михаила Фурсова. 2014; 196 с.

134. Смыкало Л.В., Егорова Н.В., Йорик Р.В. и др. Руководство по оценке и междисциплинарному ведению случая для оказания помощи детям и семьям, находящимся в социально опасном положении или в трудной жизненной ситуации. СПб: Врачи детям; Эвричайлд. 2008; 120 с.

135. Соболева Л.А. Социальная работа с детьми, находящимися в трудной жизненной ситуации (в конфликте с законом). Отечественный журнал социальной работы. 2013; 2: 82-87.

136. Сон И.М., Поликарпов А.В., Огрызко Е.В., Голубева Т.Ю. Информационное обеспечение статистического наблюдения в части детской инвалидности. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2016; 24 (4): 223-229.

137. Сон И.М., Поликарпов А.В., Огрызко Е.В., Голубева Т.Ю. Формирование учетной документации по детской инвалидности в Российской Федерации за 1980-2016 гг Менеджер здравоохранения. 2016; 8: 46-53.

138. Сон И.М., Поликарпов А.В., Голубев Н.А., Огрызко Е.В., Голубева Т.Ю. Анализ изменений отчетных форм федерального статистического наблюдения в части детской инвалидности. Менеджер здравоохранения. 2017; 1: 43-50.

139. Соколова Н.В. Анализ состояния здоровья и уровня физической подготовленности подростков допризывного возраста. Военный медицинский журнал. 2005; 326 (1): 54.

140. Стародубов В.И., Баранов А.А., Альбицкий В.Ю. Концепция федерального атласа «Региональные факторы и особенности состояния здоровья детского населения Российской Федерации». Педиатрия. 2005; 1: 10-13.

141. Стародубов В.И., Калининская А.А., Сон И.М. и др. Первичная медико-санитарная помощь: механизмы. Монография – Vienna: «East West» Association for Advanced Studies and Higher Education GmbH, 2017; 118 с.

142. Судоргина, Е.Ф., Перепелкина Н.Ю., Чолоян С.Б., Павловская О.Г. Динамика показателей заболеваемости и инвалидности по причине болезней сердечно-сосудистой системы у детей. Экология человека. 2004; 4: 27-30.

143. Сухарев А.Г. Баранов А.А., Маймулов В.Г. Профилактические основы развития национального проекта в сфере здравоохранения в интересах детей. Вестник Санкт-Петербургской государственной медицинской академии. 2008; 4: 40-47.

144. Тарасенко Е.П. Социальная адаптация подростков из многодетных семей в условиях трансформации современного российского общества. Автореф. дисс.....к.соц.н. 2008; 24 с. доступ: <http://www.dissercat.com/content/sotsialnaya-adaptatsiya-podrostkov-iz-mnogodetnykh-semei-v-usloviyakh-transformatsii-sovreme#ixzz5bml341rf>

145. Тарасов М.Ю. Организация работы кабинета медико-социальной помощи детям и подросткам ГБУ РС (Я) Детская городская больница. Сб. материалов II съезда детских врачей Республики Саха (Якутия), III съезд педиатров ДВФО 4-5 апреля 2014 – Якутск, 2014.

146. Тишук Е.А. Современное состояние и особенности заболеваемости населения Российской Федерации. Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. 2009; : 3-13.

147. Указа Президента РФ от 1 июня 2012 г. N 761 «О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 годы». Доступ из системы ГАРАНТ // ЭПС «Система ГАРАНТ»: ГАРАНТ-Максимум. Вся Россия [электр. рес.]. <http://base.garant.ru/70183566/>

148. Уткина Г.Ю. Основные направления реализации семейной политики на примере работы с многодетной семьей. Социальные аспекты здоровья населения [электронный научный журнал]. 2010; 2 (14): 1-6. URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/osnovnye-napravleniya-realizatsii-semeynoy-politiki-na-primere-raboty-s-mnogodetnoy-semiey> (дата доступа 20 января 2014).

149. Уткина Г.Ю. Научное обоснование и разработка медико-социальной системы помощи детям и семьям «группы риска» на региональном уровне в современных социально-экономических условиях. Автореф. Дисс.....д.м.н. 2010; 24 с. доступ: <http://www.dissercat.com/content/nauchnoe-obosnovanie-i-razrabotka-mediko-sotsialnoi-sistemy-pomoshchi-detyam-i-semyam-gruppy#ixzz5bmH7HCk9>

150. Устинова Н.В., Филькина О.М., Шарина Т.Г., Кочерова О.Ю. и др. Мотивы создания замещающих семей у потенциальных приемных родителей. Системная интеграция в здравоохранении. 2009; 4: 54-65.

151. Формасова Г.С. Особенности социальной работы с детьми и семьями группы риска. Социальная педагогика. 2010; 1: 57 – 61.

152. Федеральный закон от 24 июля 1998 года №124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации». Доступ из системы ГАРАНТ // ЭПС «Система ГАРАНТ»: ГАРАНТ-Максимум. Вся Россия [электр. рес.]. <http://base.garant.ru/179146/>

153. Фомичева Л.В. К вопросу о социализации ребенка раннего возраста с нарушением зрения. Специальное образование. 2014; 2: 57-64.

154. Хуратова Б.Г., Погорелов Я.Д., Зубкова Н.З Роль профилактики в охране и укреплении здоровья населения. Бюллетень Национального НИИ общества здоровья РАМН. 2005; 5: 139-145.

155. Чичерин Л.П. Научное обоснование путей совершенствования и развития амбулаторно-поликлинической помощи детям и подросткам. Автореф. Дис.....д.м.н. М. 1999; 48 с.

156. Чичерин Л.П. Пути реформирования организации медико-социальной помощи детям и подросткам. Социальные и медицинские проблемы здоровья подростков. Сб. научных трудов (отв. ред. Д.м.н. Л.П. Грехова) Рязань: РГМУ, 2001: 9-14.

157. Чичерин Л.П., Кононова С.Р., Исаков С.А., Даньковы С.С. Реформирование службы охраны здоровья детей в территориях Российской Федерации. Рос. Педиатрический журн. 2003; 6: 52-54.

158. Чичерин Л.П., Лешкевич И.А., Прошин В.А., Михальская Е.В. К вопросу о реформировании педиатрической службы. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2006; 3: 21-28.

159. Чолоян С.Б. Современные подходы к реформированию системы оказания медицинской помощи детскому населению: Автореф. Дис.....д.м.н. СПб. 2005; 45 с.

160. Шабалов Н.П. Сколько лет Петербургской социальной педиатрии? Современные проблемы социальной педиатрии и организации здравоохранения. Сб. научных трудов. СПб. 2006; 4-12.

161. Шавалиев Р.Ф., Устинова Н.В., Насырова А.М. Опыт работы единого республиканского координационного центра медико-социальной помощи подросткам региона (Татарстан). Сб. материалов XVII Съезда педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии». М. 2013: 625.

162. Шавалиев Р.Ф., Устинова Н.В., Насырова А.М., Фарахов А.З. Опыт работы единого республиканского координационного центра медико-социальной помощи подросткам региона (Татарстан). Сб. материалов XVII съезда педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии», М. 14-17 февраля 2013: 674.

163. Шаповалов В.В. Информационные технологии как основа современной системы диспансеризации населения России. Биотехносфера. 2009; : 36-41.

164. Шарапова О.В. Охрана здоровья школьников в Российской Федерации. Педиатрия. 2006; 85(3): 4-6.

165. Широкова В.И., Царегородцев А.Д., Кобринский Б.А., Воропаева Я.В. Мониторинг диспансеризации детского населения: состояние и задачи по повышению его эффективности. Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2009; 54 (4): 4-10.
166. Щепин В.О., Тишук Е.А. Аналитический обзор региональных особенностей здоровья населения России. Проблемы социальной гигиены и история медицины. 2006; 1: 3-8; 2: 3-11.
167. Щепин, О.П., Медик В.А., Стародубов В.И. Изучение здоровья населения на современном этапе развития общества. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2005; 5: 3-6.
168. Щеплягина Л.А., Кучма В.Р., Баранов А.А., Ильин А.Г. Состояние здоровья детей как фактор национальной безопасности. Российский педиатрический журнал. 2005; 2: 4-8.
169. Эрман Л.В, Симаходский А.С., Акимова С.Л. Здоровье детей Санкт-Петербурга глазами педиатра. Здоровье для всех необходимо и возможно. СПб. 2003: 101-110.
170. Юдина А.И. Педагогическое сопровождение социализации подростков, попавших в трудную жизненную ситуацию. Вестник Казанского государственного университета культуры и искусств. 2012; 3-2: 76-80.
171. Юрьев В.В., Юрьев В.К., Симаходский А.С. Автоматизированная система профессиональных осмотров детского населения (система оценки здоровья детского населения): Метод. Рекомендации. Л. 1991; 30 с.
172. Юрьев В.В., Симаходский А.С., Воронович Н.Н., Хомич М.М. Рост и развитие ребенка. 3-е изд. – СПб.: Питер, 2007; 260 с.
173. Юрьев В.К., Ахмедов М.Р., Зеленова Е.В. и др. Анкетирование как метод оценки состояния здоровья детей. Российский педиатрический журнал. 2008; 1: 57-60.
174. Юрьев В.К., Куценко Г.И. Методология изучения общественного здоровья. Общественное здоровье и здравоохранение. СПб 2000; 1: 164-185.

175. Юрьев В.К., Куценко Г.И. Понятие здоровья, его оценка, социальная обусловленность. *Общественное здоровье и здравоохранение*. СПб, 2000; 1: 12-16.
176. Юрьев В. К., Моисеева К.Е., Глущенко В.А., Харбедия Ш.Д. *Руководство к практическим занятиям по изучению заболеваемости населения* СПб: Сотис-Мед, 2018; 587 с.
177. Юрьев В. К. Моисеева К.Е., Глущенко В.А., Харбедия Ш.Д. *Основы организации первичной медико-санитарной помощи городскому населению*. СПб: Сотис-Мед, 2018; 62 с.
178. Яковлева Т.В, Курмаева Е.А., Волгина С.Я. Состояние здоровья детей дошкольного возраста из бедных семей. *Вопросы современной педиатрии*. 2008; 7 (4): 14-18.
179. Ямпольская Ю.А., Рапопорт И.К., Березина Н.О. и др. Дифференцированный подход к оценке динамики показателей состояния здоровья подростков по результатам профилактических медицинских осмотров. *Российский педиатрический журнал*. 2009; 2: 60-64.
180. Ямпольская Ю.А., Рапопорт И.К., Березина Н.О. и др. Методические подходы к оценке динамики патологических процессов у школьников по данным профилактических осмотров. *Вестник Российской АМН*. 2009; 5: 47-51.
181. Beautrais A.L. , Fergusson D.M., Shannon F.T, Beautrais A.L., Life events and childhood morbidity: A prospect. study *Pediatrics*. 1982; 70, 6: 935-940.
182. Blum R.W. Young people: not as healthy as they seem. *Lancet*. 2009;. 374, 9693: 853-854.
183. Dong M., Anda R.F., Felitti V.J. et al Childhood residential mobility and multiple health risks during adolescence and adulthood: the hidden role of adverse childhood experience. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med*. 2005; 159; 12: 1104-1110.

184. Faber A., Kalverdijk L.J., de Jong-van den Berg L.T. et al. Comorbidity and patterns of care in stimulant-treated children with ADHD in the Netherlands. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry*. 2010; 19; 2: 159-166.
185. Gorin S.H. , Lewis B. The compression of morbidity: implications for social work. *Health Soc. Work*. 2004; 29; 3: 249-254.
186. Healthy environments for children. Initiating and alliance for action. – Geneva: WHO, 2002.
187. Klassen, A.F., Lee S.K., Raina P et al. Health status and health-related quality of life in a population-based sample of neonatal intensive care unit graduates. *Pediatrics*. 2004; 11; 3;. 1: 594-600.
188. Kossman J., Nestel P., Herrera M.G. et al. Undernutrition and childhood infections: a prospective study of childhood infections in relation to growth in the Sudan. *Acta Paediatr*. 2000; 89; 9: 1122-1128.
189. Kupka R., Msamanga G.I., Spiegelman D. et. Selenium levels in relation to morbidity and mortality among children born to HIV-infected mothers. *Eur. J. Clin. Nutr*. 2005; 59; 11: 1250-1258.
190. Laskey B.J., Cartwright-Hatton S. Parental discipline behaviours and beliefs about their child: associations with child internalizing and mediation relationships. *Child Care Health Dev*. 2009; 35; 5: 717-727.
191. Manesh A.O., Sheldon T.A., Pickett K.E., Carr-Hill R. Accuracy of child morbidity data in demographic and health survey. *Int. J. Epidemiol*. 2008; 37; 1: 194-200.
192. McConnochie K.M., Wood N.E., Kitzman H.J. et al. Telemedicine reduces absence resulting from illness in urban child care: evaluation of an innovation. *Pediatrics*. 2005; 115; 5: 1273-1282.
193. Nandy S., Irving M., Gordon D. et al. Poverty, child undernutrition and morbidity: new evidence from India. *Bull. WHO*. 2005; 83; 3: 210-216.
194. O'Reilly G., O'Reilly D., Roasts M., Connolly S. Urban and rural variations in morbidity and mortality in Northern Ireland. *BMC Public Health*. 2007; 26; 7: 123.

195. Otters H.B, J.C. van der Wouden, Schellevis F.G. et al Changing morbidity patterns in children in Dutch general practice: 1987–2001. *Eur. J. Gen. Pract.* 2005; 11; 1: 17-22.
196. Palfre, J.S., Tonniges T.F., Green M., Richmond J. Addressing the millennial morbidity: the context of community pediatrics. *Pediatrics.* 2005; 115; 4: 1121-1123.
197. Prosser L.A., Corso P.S. Measuring health-related quality of life for child maltreatment: A syst. lit. rev. *Health Qual. Life Outcomes.* 2007; 5: 42.
198. Reijneveld S.A., Bridgman E., Verhulst F.C., Verloove-Vanhorick S.P. Area deprivation and child psychosocial problems--a national cross-sectional study among school-aged children. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2005; 40; 1: 18-23.
199. Schenk L, Neuhauser H. Methodische Standards für eine migrantensensible Forschung in der Epidemiologie. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz.* 2005; 48; 3: 279-286.
200. Siegrist J. Einfluss sozialer Faktoren auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. *Kinderkrankenschwester.* 2006; 25; 3: 94-97.
201. Silver E.J, Warman K.L., Stein R.E. The relationship of caretaker anxiety to children's asthma morbidity and acute care utilization. *J. Asthma.* 2005; 42; 5: 379-383.
202. Spencer N.J., Coe C. Validation of the Warwick Child Health and Morbidity profile in routine child health surveillance. *Child Care Health Dev.* 200; 26;4: 323-336.
203. Todd, J., Amon C., Griggs A. et al. Increased rates of morbidity, mortality, and charges for hospitalized children with public or no health insurance as compared with children with private insurance in Colorado and the United States. *Pediatrics.* 2006; 118; 2: 577-585.
204. Uijen, A.A., E.H. van de Lisdonk. Multimorbidity in primary care: prevalence and trend over the last 20 years. *Eur. J. Gen. Pract.* 200; 14, 1: 28-32.

205. Warren, J.R., Hernandez E.M. Did socioeconomic inequalities in morbidity and mortality change in the United States over the course of the twentieth century? *J. Health Soc. Behav.* 2007; 48; 4: 335-351.

206. Weil C.M., Wade S.L., Bauman L.J. et al. The relationship between psychosocial factors and asthma morbidity in inner-city children with asthma. *Pediatrics.* 1999; 104; 6: 1274-1280.

207. The WHO European report confirms links between socioeconomic development and health. *Euro Surveill.* 2002; 7;10: 143-144.

208. Wood P.R., Hidalgo H.A., Prihoda T.J., Kromer M.E. Hispanic children with asthma: morbidity. *Pediatrics.* 1993; 9; 1: 62-69.

## Приложение № 1

## Акт обследования социально-бытовых условий семьи

Отделение медико-социальной помощи ДПО № 3

СПб ГБУЗ Городская поликлиника

## АКТ

## ОБСЛЕДОВАНИЯ СОЦИАЛЬНО-БЫТОВЫХ УСЛОВИЙ СЕМЬИ

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. г. Санкт-Петербург

1. Ф.И.О. \_\_\_\_\_
2. Дата рождения \_\_\_\_\_
3. Адрес регистрации \_\_\_\_\_
4. Источник обращения \_\_\_\_\_
5. Категория семьи \_\_\_\_\_
6. ОУ \_\_\_\_\_

7. Телефон \_\_\_\_\_

8. ФИО родителей, место работы, должность, образование

Мать: \_\_\_\_\_

Отец: \_\_\_\_\_

9. Состав семьи

№	ФИО	Родственные отношения	Год рождения	Место работы, учебы

10. Состояние ребенка на момент посещения \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

11. Жилищно-бытовые условия \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

12. Санитарное состояние жилого помещения \_\_\_\_\_

- санитарное состояние квартиры \_\_\_\_\_

- питание \_\_\_\_\_

- одежда \_\_\_\_\_

- предметы ухода за ребенком \_\_\_\_\_

- наличие игрушек, индивидуального места ребенка \_\_\_\_\_

13. Заключение обследования \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Акт составил \_\_\_\_\_

Зав. отделением \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_

## Карта медико-социального сопровождения ребенка

Отделение медико-социальной помощи ДПО № 3  
СПБ ГБУЗ Городская поликлиника

## КАРТА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА

Фамилия \_\_\_\_\_ Имя \_\_\_\_\_ Отчество \_\_\_\_\_  
 Дата рождения \_\_\_\_\_ Возраст \_\_\_\_\_ лет \_\_\_\_\_ мес.  
 Дом. Адрес \_\_\_\_\_ тел. \_\_\_\_\_  
 Дата первичного приема \_\_\_\_\_ ФИО специалиста \_\_\_\_\_  
 Первичный сбор сведений о ребенке(со слов матери, отца или лица, заменяющего родителей, со слов ребенка, педагога и др. подчеркнуть)  
 Семья полная, неполная, изменения в составе семьи \_\_\_\_\_  
 Мать \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ ФИО, год рождения, образование, место работы, должность  
 Отец \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ ФИО, год рождения, образование, место работы, должность  
 Другие взрослые \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ степень родства  
 братья и сестры \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ ФИО, возраст  
 Условия проживания ребенка ( отдельная комната, место в общ. комнате, свой письменный стол, нет постоянного места подчеркнуть) \_\_\_\_\_  
 Краткие анамнестические данные:  
 Беременность(по счету) \_\_\_\_\_ Возраст матери при рождении \_\_\_\_\_  
 Протекание беременности (осложнения, токсикоз, другое) \_\_\_\_\_  
 Роды (по счету) \_\_\_\_\_ Ребенок в семье(по счету) \_\_\_\_\_  
 Хронические, соматические заболевания ребенка \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Другие особенности здоровья \_\_\_\_\_  
 Перенесенные травмы, операции \_\_\_\_\_  
 Специалист, у которого состоит на диспансерном учете \_\_\_\_\_  
 С диагнозом \_\_\_\_\_  
 Особенности ребенка: общительный, замкнутый, вспыльчивый, плаксивый, послушный, драчливый, упрямый, тревожный, утомляемый, подвижный, застенчивый, самостоятельный, медлительный, уравновешенный, веселый, грустный, упорный,  
 др. \_\_\_\_\_  
 Особенности воспитания в семье (кто из взрослых ухаживает за ребенком, кто проводит больше времени с ребенком, кто гуляет с ним, помогает делать домашние задания, пр.) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 С какого возраста посещает ДОУ \_\_\_\_\_ № ДОУ \_\_\_\_\_  
 Особенности адаптации и обучения \_\_\_\_\_  
 Социальная адаптация (самообслуживание, бытовые навыки, гигиенические навыки, общение со сверстниками, взрослыми и др.) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Любимые занятия \_\_\_\_\_  
 Физическое развитие: вес \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ рост \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ окр. груди \_\_\_\_\_ /  
 Оценка физического развития \_\_\_\_\_  
 Половая формула \_\_\_\_\_  
 Оценка полового развития \_\_\_\_\_



Программа индивидуального сопровождения  
пациента отделения медико-социальной помощи

**ДПО № 3 СПб ГБУЗ «Городская поликлиника»**

1. Мотивация родителей и организация медицинского сопровождения ребёнка. Цикл бесед.
2. Углубленный профилактический медицинский осмотр (диспансеризация) пациента ОМСП. По графику.
3. Диагностическое тестирование ребёнка психологом ОМПС с целью выявления проблем и необходимости психологической поддержки. Комплекс «Психомат».
4. Комплексное обсуждение концепции формирования индивидуального плана работы с ребёнком из семьи группы социального риска комиссией в составе ( по необходимости привлечение специалистов учреждения):
  - заведующего ОМСП
  - педиатра ОМСП
  - психолога ОМСП
  - социального работника ОМСП
5. При выявлении заболеваний и патологических состояний обеспечение динамического диспансерного систематического наблюдения в ОМСП и у врачей-специалистов поликлиники.
6. Направление на санаторно-курортное лечение по профилю имеющегося заболевания и использование реабилитационных служб района и города.
7. Организация психологического сопровождения семьи несовершеннолетних из семей групп социального риска с помощью индивидуальных и групповых тренингов с психологом ОМСП.

Заведующий ОМСП \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_ Год \_\_\_\_\_

**Приложение к «Карте Центра здоровья для детей»**

<b>ПРИЛОЖЕНИЕ</b>	
<b>14</b>	<b>Социальный блок</b>
14.1	Количество членов Вашей семьи
14.2	Условия проживания (квартира отдельная или коммунальная)
14.3	Доход на одного члена Вашей семьи ( выше, ниже или соответствует прожиточному минимуму)
14.4	Наличие тяжелых хронических заболеваний у Ваших родственников
14.5	Наличие вредных привычек у родителей или близких родственников
14.6	Есть ли курящие члены семьи
14.7	Соблюдение семьей правил здорового образа жизни
14.8	Как часто в Вашей семье употребляют фастфуды; газированные напитки и прочие «неправильные продукты»
14.9	Как Ваша семья относится к физкультуре и занятиям спортом
14.10	Получает ли Ваш ребенок дополнительное образование (кружки; секции; тренировки и т.д.)
14.11	Сколько времени в день Ваш ребенок проводит на свежем воздухе
14.12	Сколько времени Вы уделяете ребенку в день

**Приложение № 5**

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра социальной педиатрии и организации здравоохранения ФП и ДПО

Анкета

**«Изучение медико-социального статуса семей, воспитывающих детей»**

Вопросы анкеты	
1. Образовательное учреждение, которое посещает ребенок:	а) детский сад б) школа в) колледж
2. Кем Вы приходитеесь ребенку?	а) мать б) отец в) опекун г) усыновитель д) другое
3. Пол	М Ж
4. Тип семьи:	а) полная (оба родителя родные) б) неполная (вдова, вдовец, разведены, мать (отец) - одиночка) в) полная (повторный брак) г) опекунская семья д) ребенок проживает у родственников (у бабушки/дедушки, другое) е) проживает не в семье
5. Ваш возраст	16 – 25 лет 26 – 36 лет 37 - 47 лет
6. Профессия:	Служащий Рабочий Бизнесмен Домохозяйка Безработный
7. Количество членов Вашей семьи:	2 3 4 5 и более
8. Сколько детей в семье	1 2 3 4 и более

<p>9. Размер жилой площади на одного члена семьи</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) менее 6 кв.м</li> <li>б) 6-9 кв.м</li> <li>в) 10 – 12 кв.м</li> <li>г) 13-15 кв.м</li> <li>д) 16-20 кв.м</li> <li>е) более 20 кв.м</li> </ul>
<p>10. Условия проживания:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) общежитие</li> <li>б) арендуемая квартира</li> <li>в) частное жилье (собственный дом)</li> <li>г) благоустроенная квартира</li> </ul>
<p>11. Укажите среднемесячный доход на одного члена семьи (прожиточный минимум = 6458 руб.)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) меньше прожиточного минимума</li> <li>б) на уровне прожиточного минимума</li> <li>в) выше прожиточного минимума</li> <li>г) значительно выше прожиточного минимума</li> </ul>
<p>12. Занятость супругов:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) оба работают</li> <li>б) один безработный</li> <li>в) оба безработные</li> <li>г) инвалидность</li> <li>е) пенсия</li> <li>д) другое</li> </ul>
<p>13. На что преимущественно расходуется семейный бюджет?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) на питание</li> <li>б) на одежду</li> <li>в) на развлечения</li> <li>г) на культурные мероприятия</li> <li>д) на отдых</li> <li>е) на приобретение недвижимого имущества</li> <li>ж) на учебу ребенка</li> <li>з) на поддержание здорового образа жизни</li> <li>и) на другие крупные расходы</li> </ul>
<p>14. Как Вы оценили условия проживания (подчеркните нужное)?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) неудовлетворительные (отсутствие горячей/холодной воды, коммунальная квартира, необходимость капитального ремонта помещения)</li> <li>б) удовлетворительные (изолированная квартира или дом, требующая косметического ремонта)</li> <li>в) хорошие (изолированная квартира или дом)</li> <li>г) очень хорошие</li> </ul>
<p>15. Психологический климат в семье:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) очень плохой</li> <li>б) плохой</li> <li>в) удовлетворительный</li> <li>г) хороший</li> <li>д) отличный</li> </ul>
<p>16. В летнее время ребенок преимущественно проводит время:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) в городе</li> <li>б) на даче</li> <li>в) в оздоровительном лагере</li> </ul>

г) другое
17. Соблюдается ли режим питания ребенка? а) да б) регулярно в) нет
18. Ребенок занимается каким-либо видом спорта? а) да б) занимался раньше в) не занимается
19. Курит ли Ваш ребенок? а) никогда не курил б) сомневаюсь в ответе в) пробовал курить г) курит регулярно
20. Курят ли в Вашей семье? а) мать б) отец в) другие родственники г) никто не курит
21. В случае заболевания ребенка Вы обращаетесь за медицинской помощью? а) в поликлинику б) предпочитаете платную консультацию специалиста в) к знакомым врачам г) советуетесь со знакомыми, не имеющими медицинского образования д) советуетесь с родственниками е) надеетесь на собственные знания ж) другое
22. Выполняете ли предписание врачей? а) да, полностью б) да, частично в) редко г) никогда
23. Оправдываются ли Ваши ожидания при обращении в участковую поликлинику по поводу заболевания ребенка? а) полностью оправдываются б) очереди в поликлинике в) отсутствие необходимых специалистов г) низкая квалификация специалистов д) несвоевременная диагностика е) затрудняюсь ответить
24. Поликлиника представляет всю необходимую Вам информацию по вопросам здоровья ребенка (кормление/питание, развитие, сексуальное воспитание, профилактика и т.п.)? а) нет б) в очень малой степени в) только по отдельным вопросам, хотелось бы получать больше информации г) предоставляется достаточно информации
25. На какую оценку можно оценить здоровье Вашего ребенка? а) очень плохое

б) плохое в) удовлетворительное г) хорошее д) отличное
26. Как Вы считаете, кто в первую очередь должен заботиться о здоровье ребенка? а) родители б) сам ребенок в) медики г) государство д) другое
27. Какая наиболее часто встречающаяся медицинская проблема у детей в семье? а) частые простудные заболевания б) наличие хронического заболевания в) наличие инвалидности г) другое
28. К каким врачам специалистам Вам чаще всего приходится обращаться с ребенком (детьми)? а) участковый педиатр б) невролог в) ЛОР г) офтальмолог д) хирург е) ортопед ж) другие специалисты

**Благодарим за участие в опросе**

**Доброго вам здоровья!**

ФГБОУ ВО «СПбГПМУ» Минздрава России  
Кафедра социальной педиатрии и организации здравоохранения ФП и ДПО  
Анкета для медицинских сотрудников

**«Отношение к организации медико-социальной работы в учреждении»**

1. Считаете ли вы, что сотрудники ОМСП осуществляют в полной мере комплексную профессиональную деятельность медицинского, психологического, социального характера?  
А) Да Б) Нет В) Затруднились ответить
2. Считаете ли вы, что сотрудники ОМСП должным образом справляются с задачами восстановления, укрепления, сохранения здоровья населения?  
А) Да Б) Нет В) Затруднились ответить
3. Считаете ли вы, что сотрудники ОМСП справляются с целями повышения уровня здоровья, функционирования и адаптации лиц с физической патологией и социальным неблагополучием?  
А) Да Б) Нет В) Затруднились ответить
4. Как вам кажется, в ряде случаев, ОМСП может ли сыграть решающую роль в предупреждении заболеваний, реабилитации больных, их социальной адаптации и возвращении к труду?  
А) Да Б) Нет В) Затруднились ответить
5. Как вам кажется, сотрудники ОМСП владеют ли в необходимой мере знаниями по медицине и психологии детского возраста?  
А) Да Б) Нет В) Затруднились ответить
6. Как вы считаете, ОМСП эффективно справляется с решением проблем ребенка и его семьи?  
А) Да Б) Нет В) Затруднились ответить
7. Как вы считаете, справляются ли сотрудники ОМСП с задачами выявления ведущих социальных факторов, оказывающих наибольшее влияние на здоровье ребенка и его социальную адаптацию  
А) Да Б) Нет В) Затруднились ответить
8. Как вы считаете, сотрудники ОМСП проводят достаточно мероприятий по формированию здорового образа жизни; обеспечению социальной защиты прав граждан в вопросах охраны здоровья и др.  
А) Да Б) Нет В) Затруднились ответить
9. Какие меры, на ваш взгляд, необходимы для улучшения работы ОМСП:  
А) Добавить в штат юриста  
Б) Ввести дополнительных специалистов (гинеколог, уролог)  
В) Организовать телефон доверия для детей и их родителей - 78%  
Г) Совершенствовать информационное взаимодействие с органами и структурами, занимающимися проблемами детского населения  
Д) другое \_\_\_\_\_

**СПАСИБО!**

**Перечень пакета локальных нормативных документов  
отделения медико-социальной помощи**

1. Приказ по учреждению об организации отделения медико-социальной помощи;
2. Положение об отделении отделения медико-социальной помощи;
3. Должностные инструкции
  - 3.1. Заведующего отделением медико-социальной помощи;
  - 3.2. Врача-педиатра отделения медико-социальной помощи;
  - 3.3. Врача терапевта подросткового отделения медико-социальной помощи;
  - 3.4. Медицинского психолога отделения медико-социальной помощи;
  - 3.5. Социального работника отделения медико-социальной помощи;
  - 3.6. Медицинской сестры отделения медико-социальной помощи;
4. Штатно расписание отделения медико-социальной помощи.

*Бланк-направление ребенка в отделение медико-социальной помощи*

Ф.И.О. \_\_\_\_\_  
Дата рождения: \_\_\_\_\_  
Адрес: \_\_\_\_\_  
Участок: \_\_\_\_\_  
Причина: \_\_\_\_\_  
Дата: \_\_\_\_\_ Врач: \_\_\_\_\_ Заведующий отделением \_\_\_\_\_  
№ регистрационной записи \_\_\_\_\_

*Бланк-направление ребенка в отделение медико-социальной помощи*

Ф.И.О. \_\_\_\_\_  
Дата рождения: \_\_\_\_\_  
Адрес: \_\_\_\_\_  
Участок: \_\_\_\_\_  
Причина: \_\_\_\_\_  
Дата: \_\_\_\_\_ Врач: \_\_\_\_\_ Заведующий отделением \_\_\_\_\_  
№ регистрационной записи \_\_\_\_\_

*Бланк-направление ребенка в отделение медико-социальной помощи*

Ф.И.О. \_\_\_\_\_  
Дата рождения: \_\_\_\_\_  
Адрес: \_\_\_\_\_  
Участок: \_\_\_\_\_  
Причина: \_\_\_\_\_  
Дата: \_\_\_\_\_ Врач: \_\_\_\_\_ Заведующий отделением \_\_\_\_\_  
№ регистрационной записи \_\_\_\_\_

**Приложение № 9**

Санкт-Петербургское  
Государственное бюджетное  
учреждение здравоохранения  
**ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА**  
Детское поликлиническое  
отделение № 3  
Адрес, телефон

**УПРАВЛЕНИЕ  
МИНИСТЕРСТВА ВНУТРЕННИХ ДЕЛ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ПО ЦЕНТРАЛЬНОМУ РАЙОНУ  
г. САНКТ-ПЕТЕРБУРГА**  
**УМВД России по административному району г.СПб**  
Начальнику № ОМ УМВД  
по району г. СПб  
ФИО  
Адрес, телефон

**БЛАНК - ИЗВЕЩЕНИЕ**

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Возраст \_\_\_\_\_

Адрес регистрации пациента \_\_\_\_\_

Адрес фактического проживания \_\_\_\_\_

Образовательное учреждение \_\_\_\_\_

Дата, время поступления (обращения) пациента \_\_\_\_\_

Характер имеющегося состояния, возможные его причины, степень тяжести состояния  
пациента \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Зав. ДПО № 3 \_\_\_\_\_

(подпись)



## Межведомственное взаимодействие:

	ЦСПСИД	МО	УВД	КДН	ОЗ	про- чие	всего
Дано ответов по запросам							
Передано уведомлений в различные организации							

Проведены мероприятия /ПРИМЕР/:

1. Проведено \_\_\_ бесед с родителями и подростками.
2. Оформлено \_\_\_ санитарных листов, в т.ч. к месячнику по борьбе с наркоманией, ко Дню борьбы против курения, ко Дню молодежи, ко Дню семьи, любви и верности.
3. Обновление информации в уголке психолога на стенде ОМСП ежемесячно.
4. Оформление первичной опеки – \_\_\_ реб.
5. Психологами отделения проведено \_\_\_ групповых занятия на тему «Адаптация детей к детскому саду», участвовало \_\_\_ взрослых, \_\_\_ детей, \_\_\_ групповое занятие «Проявления тревожности у ребенка школьного возраста», присутствовали \_\_\_ взрослых, \_\_\_ ребенка.
6. Психологами отделения проведены круглые столы с родителями на тему «Конфликты и гармония в семье», присутствовало \_\_\_ чел., «Проблемы социализации подростков», присутствовало \_\_\_ чел.
7. Подготовлены презентации: «Рациональное питание», «Рациональное питание – залог здоровья» для родителей, детей среднего школьного возраста и подростков, презентация к заседанию группы по межведомственному взаимодействию.
8. Участие в церемонии награждения медицинских сестер по итогам 20 \_\_\_ года.
9. Передано во взрослую поликлиническую сеть – \_\_\_ человек.
10. Психологи ОМСП приняли участие в городском семинаре «Нервно-психическое развитие ребенка до 3-х лет. Роль игры, чтения. Воспитание культуры поведения ребенка».
11. Участие в городской акции - «Подари мне жизнь...».
12. Участие в благотворительной акции «День знаний - в Новороссию!»
13. Подготовлен информационный буклет к проведению городской акции «День сердца».

Заведующая ОМСП

**Детское поликлиническое отделение № 3**

**СПб ГБУЗ Городская поликлиника**

**Отделение медико-социальной помощи**

**СОЦИАЛЬНЫЙ**

**ПАСПОРТ СЕМЬИ**

**группы социального риска**

**I. Сведения о ребенке:**

ФИО \_\_\_\_\_  
 Дата рождения \_\_\_\_\_  
 Место учебы (работы) \_\_\_\_\_  
 район \_\_\_\_\_

**II. Состав семьи (количество общее)**

\_\_\_\_\_

1. Количество детей в семье \_\_\_\_\_

2. Адрес проживания, участок наблюдения: \_\_\_\_\_

**III. Сведения о родителях:**

**ФИО матери** \_\_\_\_\_  
 Дата рождения \_\_\_\_\_  
 Образование \_\_\_\_\_  
 Место работы, специальность \_\_\_\_\_  
 Состояние здоровья \_\_\_\_\_  
**ФИО отца** \_\_\_\_\_  
 Дата рождения \_\_\_\_\_  
 Образование \_\_\_\_\_  
 Место работы, специальность \_\_\_\_\_  
 Состояние здоровья \_\_\_\_\_

**IV. Характеристика материально-бытовых условий в семье:**

Материальные \_\_\_\_\_  
 Жилищные \_\_\_\_\_  
 Санитарные \_\_\_\_\_  
 Другие родственники, проживающие в семье \_\_\_\_\_

**V. Основные факторы риска семьи:**

**Социально-демографический фактор:**

- многодетная семья;
- неполная семья;

- с приемными, опекаемыми детьми;
- с недееспособными родителями; есть тяжело больной;
- с низким социально-экономическим укладом жизни (малообеспеченные).

**Социально-педагогический фактор:**

- родители не справляются с социальной ситуацией;
- конфликтные семьи;
- семьи, где дети самовольно уходят из дома.

**Социально-криминогенный фактор:**

- имеется угроза жизни и здоровью детей;
- деградация родителей.
- использование детей в корыстных целях;

**VI. Образ жизни и психологический климат семьи:**

- здоровый образ жизни, атмосфера дружбы, взаимопонимания, эмоциональной близости;
- не здоровый образ жизни, отношения ровные, но без эмоциональной близости;
- отношения в семье напряженно-конфликтные, характеризуются отчужденностью между ее членами;
- допускается жестокое обращение с детьми, другими членами семьи.

**VII. Категория семьи \_\_\_\_\_**

**VIII. Медицинская информация:**

- Состоят на «Д» учете    **ДА**    **НЕТ**
- Заболевания (шифр МКБ) \_\_\_\_\_
- Прохождение диспансерных осмотров \_\_\_\_\_

---

**• Индивидуальная Программа оздоровления:**

Медицинская \_\_\_\_\_

---

Психологическая \_\_\_\_\_

---

Социальная \_\_\_\_\_

---

Заведующий ОМСП: \_\_\_\_\_

Социальный работник: \_\_\_\_\_

Дата:

## ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ СЕРТИФИКАТ

**Уважаемые родители!**

**Ваш ребенок**



Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Образовательное учреждение \_\_\_\_\_

**Прошел(а) профилактический медицинский ос-  
мотр на аппаратно-программном комплексе мо-  
бильного детского Центра здоровья**

Выявлены факторы риска по заболеваниям:

- по гастроэнтерологии
- по кардиологии
- по эндокринологии
- по нефрологии
- по пульмонологии
- по неврологии
- по ортопедии
- по хирургии
- по офтальмологии
- по лор – патологии
- по дерматологии
- по стоматологии
- группа социального риска



## ИНФОРМАЦИОННЫЙ ЛИСТ

МЕРОПРИЯТИЕ	ПОКАЗАТЕЛЬ	ОЦЕНКА
ВЕС		
РОСТ		
ИМТ		
АД		
ЧСС		
СИЛА ПР.РУКИ		
СИЛА ЛЕВ.РУКИ		
OD		
OS		
СПИРОМЕТРИЯ		
ОТОСКОПИЯ		
ЭКГ-ЭСР		
ЖИРОМЕТРИЯ		
САНПРОСВЕТ		

**Вам необходимо:**

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

\_\_\_\_\_  
**Врач**