

Итоговый отчет
главного внештатного специалиста детского по профилактической медицине
Министерства здравоохранения Российской Федерации за 2019 г.

- 1. Мониторинг состояния и перспектив развития медицинской помощи по профилю профилактическая педиатрия (детская профилактическая медицина) в Российской Федерации. Подготовка ежегодного аналитического отчета о состоянии здоровья детей в ФО (динамика показателей рождаемости и смертности, структура смертности, с особым вниманием к показателям младенческой смертности и смертности детей до 5 лет, изменения заболеваемости по основным классам болезней).**

Состояние и перспективы развития медицинской помощи (МП) детям в РФ по сути определяются тремя факторами:

- состоянием самих медицинских организаций, состоянием уровня их оснащенности, кадровым составом (не только в количественном исчислении, но и в качестве выполняемой работы, прежде всего, в знании и следовании клиническим рекомендациям), что определяет **качество МП;**

- скоординированностью внутриведомственного (между врачами смежных специальностей – педиатрами и акушерами-гинекологами, педиатрами и другими детскими специалистами, взаимодействие Минздрава с Роспотребнадзором, Росздравнадзором, ФФОМС и т.д.) и вневедомственного взаимодействия (с работниками Минпроса, МВД, Минобрнауки, Минюста, Минэка РФ и т.д.), что определяет в конечном итоге **динамику и структуру смертности (и частично, заболеваемости) детского населения;**

- готовностью государства и гражданского общества реализовать обязательства по соблюдению прав детей, в том числе, в семье (к насилию над ребенком относят не только физическое, сексуальное насилие и принуждение к труду, но и несоблюдение медицинских рекомендаций, неадекватное питание, несоздание условий для развития ребенка и пр., что обуславливает ухудшение соматического, психоневрологического, когнитивного и репродуктивного здоровья детей) – это определяет **динамику и структуру заболеваемости (иногда и смертности) детского населения.**

Безусловно, основной задачей ГВС является анализ сложившейся ситуации, критическое осмысление имеющихся в регионе/ФО/Федерации практик и подготовка рекомендаций к улучшению ситуации.

Исходя из работы, проделанной ГВС в области профилактической педиатрии (детской профилактической медицины) в 2019 г., можно сделать следующие выводы:

А. Демографическая ситуация в целом в России, остается напряженной. Повысить рождаемость искусственными мерами в ближайшие годы представляется проблемой, индуцирующей еще большие проблемы по реабилитации и пожизненному сопровождению будущих детей, зачатых с помощью ВРТ (что практически нереализуемо в регионах), поэтому сохранение жизни и здоровья каждого родившегося сегодня ребенка остается ключевой задачей педиатрической службы. Наибольшую озабоченность вызывают потери детского населения всех возрастов за счет внешних причин, в том числе самоповреждений (особенно, у подростков), а также за счет отдельных состояний перинатального периода и врожденных пороков развития в возрасте от 0 до 4-х лет. Именно в этом кроются резервы, но реализовать их можно только в форме межведомственного взаимодействия.

Б. Состояние медицинских МО и укомплектованность кадрами является прямой задачей РОИВ в области здравоохранения, а вот критическая оценка качества выполняемой ими работы – прерогатива экспертного профессионального сообщества. Требуется переосмысления система проведения аудитов качества МП, осуществляемой НМИЦ в области педиатрии, т.к. сведения из отчетов, проведенных разными людьми и учреждениями, бывают диаметрально

противоположными. Эта работа, безусловно, должна контролироваться ГВС Минздрава РФ. В нее должны быть вовлечены и региональные, и окружные ГВС. Систему вторичной аккредитации также следует усовершенствовать.

В. С учетом парадигмы программирования здоровья в первые годы жизни, следует уделять как можно больше внимания реализации профилактических технологий с доказанной эффективностью и безопасностью (прежде всего, вакцинации) и сконцентрировать организационные, управленческие ресурсы на решении актуальных задач по совершенствованию диагностики, лечения и реабилитации основной патологии детского возраста, существенно влияющей на формирование здоровья, качества жизни детского населения, **отдавая предпочтение реализации всего комплекса профилактических мероприятий.**

Источник: отчеты ГВС ФО РФ (Приложение 1).

2. Подготовка предложений по совершенствованию нормативно-правовой базы медицинской помощи по профилю педиатрии (какие нормативные документы следует изменить в первую очередь с обоснованием, предложения по изменению, в т.ч. по госгарантиям бесплатного оказания МП, критериев оценки качества МП и т.д.)

Дополнения и изменения в приказы Минздрава России

А. В настоящее время требует скорейшего принятия **Национальная стратегия развития иммунопрофилактики в РФ до 2035 г.**

Проект документа был подготовлен, обсужден на заседаниях NITAG и в широком профессиональном пространстве, представлен в Минздрав РФ осенью 2019 г).

Б. Требует скорейшей актуализации Приказ МЗ РФ №125н от 21.03.2014 г. «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и профилактических прививок по эпидемическим показаниям». Правки касаются следующих пунктов: использование вакцины **против гемофильной инфекции типа *b* для общецелевой когорты детского населения;** возможностей использования в рамках НКПП комбинированных вакцин, **расширения применения вакцин против менингококковой инфекции и ветряной оспы среди дополнительных групп риска;** расширения графика иммунизации детей первого года жизни **с внесением обязательной вакцинации против ротавирусной инфекции, детей второго года жизни – против ветряной оспы; а также подростков – против папилломавирусной инфекции.**

Проект Приказа был подготовлен, обсужден на заседании NITAG и передан в Минздрав РФ.

В. Необходима актуализация ФЗ №157 от 17.09.1998 г. «Об иммунопрофилактике в РФ», который **следует увязать с ФЗ о биобезопасности (вакцинация - фактор национальной безопасности) и в котором следует усилить ответственность родителей и медицинских работников за необоснованный отвод от вакцинации, а также убрать перечень инфекций, против которых прививают граждан РФ в связи с его быстрым расширением.**

Проект изменений ФЗ был подготовлен, обсужден на заседании NITAG и передан в Минздрав РФ.

Г. Необходимо **изменить правовой статус методических рекомендаций по вакцинации против различных инфекций, придав им статус клинических рекомендаций (в существующем конструкте вакцинация от инфекции находится в самом конце клинических рекомендаций по данной инфекции в разделе «Профилактика», а ее надо выделить в отдельный документ, придав ему соответствующий статус нормативного документа).**

В 2019 г. были актуализированы и обновлены в соответствии с требованиями Министерства здравоохранения РФ методические рекомендации по проведению вакцинопрофилактики:

- менингококковой инфекции;
- ротавирусной инфекции;
- недоношенных детей.

Всего в 2019 г. продолжалась работа над 79 действующими и 9 вновь обсуждаемыми клиническими рекомендациями.

Д. Требуется изменение системы финансирования вакцинации для хронических пациентов (включение этой медицинской услуги в тариф ВМП, например, для того, чтобы пациенты с тяжелой инвалидизирующей и жизнеугрожающей патологией могли получать вакцинацию во время госпитализации).

Готовятся совместные предложения с другими ГВС.

Е. Внести изменения в профессиональные стандарты врачей всех клинических специальностей, закрепив положение о том, что вопросы вакцинации пациентов могут оказаться в фокусе внимания каждого из них, и каждый специалист должен обладать необходимыми компетенциями (знать, уметь, владеть). В соответствии с изменениями в профстандартах должны будут быть обновлены ФГОС и учебные программы ВУЗов для преподавания на до- и последипломном образовании вопросов вакцинации здоровых лиц и пациентов с хроническими болезнями, причем в основной части программы.

Источник: отчет ГВС РФ Л.С.Намазовой-Барановой (Приложение 2).

3. Участие во внедрении современных медицинских и организационных технологий по профилю своей деятельности, подготовка предложений по совершенствованию методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации.

Была проведена подготовка предложений для ряда страховых компаний по оплате медицинской помощи по клинико-статистическим группам.

Предложено совершенствование методов профилактики у детей (подготовка документов и обоснования для внедрения вакцинации беременных, недоношенных детей, а также вакцинации против ротавирусной и папилломавирусной инфекций, расширение контингентов вакцинируемых).

В практической деятельности внедрялись и совершенствовались методы работы в рамках следующих направлений: оптимизация работы регистратуры, совершенствование процесса электронного документооборота, организация и совершенствование системы навигации в медицинском учреждении, оптимизация процесса проведения профилактических осмотров несовершеннолетних, профилактических медицинских осмотров при прохождении диспансеризации, оптимизации процесса вакцинации, совершенствование процесса работы кабинета неотложной помощи, работы процедурного кабинета, в том числе процесса забора крови; работы дневного стационара. Проводилась экспертная оценка существующих нормативов работы педиатров амбулаторного звена («ЦНИИОЗЗ» Минздрава РФ).

Источник: отчет ГВС РФ Л.С.Намазовой-Барановой (Приложение 2), ГВС ФО (Приложение 1).

4. Участие в планировании и организации кадрового обеспечения здравоохранения по профильным медицинским специальностям, подготовка предложений по контрольным цифрам приема, целевой подготовки специалистов.

На возглавляемой нами кафедре факультетской педиатрии педиатрического факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова была разработана и апробирована рабочая учебная программа по дисциплине «Факультетская педиатрия» для студентов педиатрического факультета IV-VI курсов и ординаторов, обучающихся по специальности «Педиатрия», рассматривающая вопросы иммунопрофилактики инфекционных болезней не только здоровых детей, но и пациентов с хроническими заболеваниями.

Были сняты учебные ролики, разъясняющие врачам принципы коммуникации с родителями, с отрицательным и положительным финалом, которые можно использовать в работе региональных министерств здравоохранения и отдельных МО страны. Также подготовлены и переданы на сайты региональных Минздравов РФ видеофильмы по вакцинации (против полиомиелита, пневмококка, гриппа). Аналогичная работа проведена в отношении дисциплины «Редкие (орфанные) болезни в педиатрии». В ней учтены и вопросы вакцинации данного сложного контингента пациентов.

Источник: отчет ГВС РФ Л.С.Намазовой-Барановой (Приложение 2).

5. Проведение оценки деятельности ГВС субъектов ФО. Аудит качества медицинской помощи в субъектах РФ.

Несмотря на достигнутые успехи, сохраняются проблемы неоптимальной маршрутизации,

дефицита кадров, своевременности проведения профилактических осмотров и диспансеризации. Сохраняются проблемы неадекватного оказания неотложной помощи детям, а также нарушенная логистика оказания МП детям с хирургической патологией. Главное – требует серьезного усовершенствования существующая клиническая практика, которая не следует принципам доказательной медицины (клинические рекомендации на практике не исполняются).

Источник: отчет ГВС ФО (Приложение 1).

6. Участие в совещаниях по вопросам организации медицинской помощи по направлению деятельности.

ГВС ФО принимали активное участие в заседаниях по вопросам организации медицинской помощи детям как на уровне субъектов, так и федеральных округов. Так, в сентябре 2019 г. в УФО было проведено совещание ГВС округа с участием представителя Полпреда УФО. Был разработан сайт ГВС в области педиатрии. Этот раздел был запланирован к размещению на домене Союза педиатров России, чрезвычайно активно посещаемом детскими врачами.

Источник: отчет ГВС РФ Л.С.Намазовой-Барановой (Приложение 2), ГВС ФО (Приложение 1).

7. Рассмотрение обращений граждан.

Обращения граждан России рассматриваются на регулярной основе. Значительная часть из них (в месяц до 30 обращений) касается практических вопросов вакцинации, на что даются конкретные практические рекомендации. Однако, **беспокоит растущее количество обращений, в том числе коллективных («под копірку»), в которых обозначена антивакцинальная позиция.**

Источник: отчет ГВС РФ Л.С.Намазовой-Барановой (Приложение 2), ГВС ФО(Приложение 1).

8. Взаимодействие с органами государственной власти.

Осуществляется на регулярной основе (департаменты министерства здравоохранения, профильные заместители губернатора на уровне регионов, Полпредов – на уровне. ФО, ФОИВ – на уровне Федерации) по следующим проблемам: младенческая и детская смертность и пути ее снижения, лекарственное обеспечение отдельных групп пациентов, расширение программ вакцинации детей и взрослых, консультирование пациентов и медицинской документации, рецензирование медицинских документов в сложных случаях. С представителями Полпреда Президента РФ в УФО в сентябре 2019 г. было проведено большое совещание в ГВС в области педиатрии.

Источник: отчет ГВС РФ Л.С.Намазовой-Барановой (Приложение 2), ГВС ФО (Приложение 1).

9. Взаимодействие со средствами массовой информации, просветительская деятельность.

Ведется активная образовательная деятельность, организуются конгрессы, конференции, семинары и вебинары и в Москве, и в других регионах России как очно, с выездами, так и онлайн. Просветительская работа для родителей проводилась в рамках 34 радио- и телепередач, через сайт профессиональной ассоциации Союза педиатров России https://www.pediatr-russia.ru/parents_information/, через социальные сети (Инстаграм, Фейсбук, ВКонтakte). Разработаны санпросветбюллетени для родителей о практическом опыте проведения профилактических прививок, а также информационные письма, разъясняющие последствия отказа от вакцинации, актуализирована монография «Энциклопедия для родителей», включающая современные научно-практические знания; а также издано пособие для родителей «Вакцинация для всех».

Источник: отчет ГВС РФ Л.С.Намазовой-Барановой (Приложение 2), ГВС ФО (Приложение 1).

10. Работа с некоммерческими общественными организациями пациентов.

Активное сотрудничество с пациентскими организациями, в т.ч. объединяющими пациентов с редкими болезнями. Ведется сотрудничество с 18 пациентскими организациями, среди них: Общество пациентов с наследственным ангионевротическим отеком, Аниридия Европа, МЦПБА «Радужка», Национальная ассоциация организации больных с редкими заболеваниями «Генетика», Справедливая помощь Доктора Лизы, Дом редких, БЭЛА (Дети-бабочки), Краски этого мира, Хрупкие люди, МБОУ «Хантер-синдром», Всероссийское общество орфанных заболеваний, МОО «Содействие инвалидам с детства, страдающим болезнью Гоше, и их семьям», АНО «Ассоциация синдром Ретта», Центр помощи

пациентам «Геном», НКО «Острова», «Подсолнух», «Фонд А.Петровой», «Обыкновенное чудо».

Источник: отчет ГВС РФ Л.С.Намазовой-Барановой (Приложение 2), ГВС ФО (Приложение 1).

11. Работа с некоммерческими общественными организациями медицинских работников.

Независимый экспертный совет в области вакцинопрофилактики (NITAG)

NITAG организован в 2018 г., его председателем и заместителем председателя являются ГВС Л.С.Намазова-Баранова и Н.И.Брико, в состав входят другие ГВС (Лобзин Ю.В., Аполихин О.И., Уварова Е.В. и др.). В 2019 г. были организованы 8 заседаний NITAG (по проблемам ПВИ, ВПЧ-ассоциированных болезней, ротавирусной и пневмококковой инфекции, подхода «иммунизации на протяжении всей жизни», обсуждению Стратегии развития иммунопрофилактики в РФ), а также 4 выездных заседания Экспертного совета в области иммунопрофилактики с привлечением главных специалистов органов управления здравоохранением субъектов РФ и других специалистов (г. Екатеринбург, 25 сентября 2019 г., г. Ростов-на-Дону, 20 ноября 2019 г., г. Санкт-Петербург, 12 декабря 2019 г., г. Новосибирск, 19 декабря 2019 г.).

Рабочая группа экспертов по вопросам иммунопрофилактики инфекционных болезней представляет собой совещательный орган при Министерстве здравоохранения. Ее сопредседателями являются заместитель Министра здравоохранения РФ и ГВС Л.С. Намазова-Баранова. В 2019 г. состоялось 2 заседания рабочей группы (11 марта 2019 г. и 5 декабря 2019 г.).

Работа с волонтерами - 16-18 февраля 2019 года в Москве в рамках проведения Всероссийского Конгресса педиатров впервые были обсуждены вопросы добровольческой помощи в системе детского здравоохранения на I Всероссийском Форуме «Волонтеры-медики – детям России», организаторами которого выступили ВОД «Волонтеры-медики», Федеральный центр поддержки добровольчества и наставничества в сфере охраны здоровья детей Минздрава РФ и Союз педиатров России.

Работа с РСПП - 5 декабря 2019 г. - совместное заседание с Комиссией РСПП по индустрии здоровья, Комиссией РСПП по фармацевтической и медицинской промышленности, Комитетом ТПП РФ по предпринимательству в здравоохранении и медицинской промышленности и Отделением медицинских наук РАН.

Работа с рабочей группой «Здоровый ребенок» при Координационном совете Правительства РФ по проведению десятилетия детства в РФ - 22 марта 2019 г. главный специалист педиатр А.А.Баранов принял участие в обсуждении проблем отечественной вакцинопрофилактики. 2-ое заседание, состоявшееся 27 июня 2019 г., проводилось под председательством академика А.А.Баранова, где были определены перспективы дальнейшего развития отечественной вакцинологии.

Источник: отчет ГВС РФ Л.С.Намазовой-Барановой (Приложение 2 и А.А.Баранова (Приложение 3).

12. Подготовка и проведение конференций, совещаний, публикационная активность.

Главные внештатные детские специалисты по профилактической медицине в федеральных округах являются одними из основных организаторов и членов научного комитета 22 всероссийских педиатрических и специализированных конференций, в том числе с международным участием.

Главные внештатные детские специалисты по профилактической медицине в федеральных округах являются авторами 52 научных статей, монографий, пособий для врачей, в т.ч. 36 – на английском языке.

Источник: отчет ГВС РФ Л.С.Намазовой-Барановой (Приложение 2), ГВС ФО (Приложение 1).

13. Участие в общероссийских и международных мероприятиях (отдельно – с докладами и без).

ГВС РФ и ФО РФ выступили в отчетном году 43 раза – с 5 докладами на международных и 38 – на российских мероприятиях.

Источник: отчет ГВС РФ Л.С.Намазовой-Барановой (Приложение 2), ГВС ФО РФ (Приложение 1).

14. Предложения.

- А. Считаю необходимым рассмотреть вопросы совершенствования уголовно-правового, административного законодательства в области защиты прав детей, прежде всего, в области решения проблемы по профилактике инфекционных и неинфекционных болезней у детей, по обеспечению здорового образа жизни и здорового питания ребенка, по лечению и наилучшему развитию, что является прямой обязанностью родителей детей.
- Б. Считаю необходимым рассмотреть вопросы административного законодательства в области обязанностей родителей по профилактике и лечению инфекционных и неинфекционных заболеваний.
- В. Изменить систему профессионального аудита качества медицинской помощи детям в РФ, сделав ответственными за его контроль ГВС РФ и ФО.
- Г. Изменить профессиональные стандарты врачей всех специальностей, включив в них раздел по вакцинопрофилактике.



Намазова-Баранова Л.С.

Отчет
главного внештатного специалиста
педиатра/по профилактической медицине
Министерства здравоохранения Российской Федерации
за 2019 г.

1. Мониторинг состояния и перспектив развития медицинской помощи по профилю педиатрии в ФО Российской Федерации.

Анализ младенческой и детской смертности по Санкт-Петербургу

Санкт-Петербург является городом федерального значения.

В 2019 году в Санкт-Петербурге родилось 58997 детей. Показатель рождаемости составил 11,0 на 1000 населения, что на 1% выше показателя за 2018 год и на 8,2% выше данных по РФ.

Показатель младенческой смертности в 2019 году составил 3,6 на 1000 родившихся, что на 5,3% ниже показателя в 2018 году (3,8 на 1000). Одновременно на 26,5% ниже уровня по РФ (4,9 на 1000) и на 39% ниже показателя по СФО (5,9 на 1000).

Отмечается небольшая положительная динамика в виде снижения доли недоношенных детей в структуре младенческой смертности по сравнению с данными 2018 года (в 2018 – 145 детей, в 2019 – 127).

За 2019 год увеличилась доля детей до 999,0 гр с 60,0% (в 2018г) до 63,8%.

По месту смерти в 2019 году в родильных домах умерло – 27 детей (на 30,8% ниже показателя 2018 года), в детских больницах - 99 человек (на 2,7% ниже 2018 года), в федеральных медицинских организациях – 69 (рост на 38,2%), иное место – 19 детей (снижение на 37,8%).

Неонатальная смертность составила 2,32 на 1000 родившихся (137 детей), что 3,4% выше показателя 2018 года (2,24 на 1000).

Показатель детской смертности 1-17 лет в 2019 году составил 20,4 на 100000 населения соответствующего возраста, что на 9,7% ниже, чем в 2018 году (22,6 на 100000).

В возрастной структуре детской смертности 0-17 лет младенческая смертность составила почти половину (45,6%).

В структуре причин смертности преобладают внешние причины смерти (несчастные случаи) – 33,9% (что на 15,9% ниже данных по 2018 году) и заболевания – 64,9%.

Среди заболеваний 1 место занимают новообразования – 42,3% (что на 24,6% выше, чем в 2018 году). На 2 месте – болезни нервной системы – 28,8% (рост на 4,9%) и 3 месте – врожденные аномалии – 11,7% (рост на 24,8%).

Среди умерших детей 38,3% приезжие из других субъектов РФ.

Показатель смертности детей 0-4 лет в 2019 году составил 4,4 на 1000, что на 2,3% выше показателя 2018 года (4,3 на 1000).

В структуре причин смертности преобладают травмы и несчастные случаи (16,7%) и заболевания (81,3%). Среди заболеваний 30,8% причиной являлись новообразования, 20,5% врожденные пороки и 20,5% заболевания нервной системы.

Таким образом, в Санкт-Петербурге, на фоне высокого уровня рождаемости, регистрируется *снижение показателя младенческой смертности и детской смертности 0-17 лет.* Одновременно отмечается небольшое повышение смертности детей в возрасте 0-4 лет.

Несмотря на рост рождения детей до 999гр, отмечается снижение доли недоношенных детей в структуре младенческой смертности.

В динамике по сравнению с 2018 годом имеется положительная динамика в виде уменьшения количества смертей новорожденных в родильных домах (на 30,8%) и иных местах (на 37,8%).

В тоже время регистрируется рост смертей в федеральных медицинских организациях (на 38,2%), причем 38,3% детей являлись приезжими из других субъектов РФ.

В структуре причин смертности преобладают внешние причины, а из заболеваний – новообразования. Среди других причин настораживает рост болезней нервной системы и врожденных аномалий у детей.

Анализ младенческой и детской смертности по Ленинградской области

Общая численность детей 0-17 лет в Ленинградской области на 01.01.2019 составила 307490.

Родилось за 12 месяцев - 13645 человек
Умерло: в возрасте от 0 до 1 г. - 40, в возрасте от 0 до 4 лет - 53 человека, от 0 до 17 лет - 92 человека.

Уровень младенческой смертности низкий (2,91 на 1000 населения), что ниже на 40,8%, чем средний показатель по РФ (4,9 на 1000), и на 46,3%, чем целевой показатель КМП на 2019 год (5,4 на 1000).

Уровень неонатальной смертности составил 1,67 (ранней неонатальной – 1,09, поздней неонатальной – 0,59), постнеонатальной смертности – 1,24 на 1000 населения. При этом удельный вес неонатальной смертности в структуре младенческой смертности соответствуют средним по России.

Уровни перинатальной смертности (6,64) и мертворождаемости (5,53) соответствуют общероссийским.

Смертность детей 0-4 лет составила 3,88 и 0-17 лет – 0,3 на 1000 населения не отличается от показателей по РФ.

За 5 месяцев 2020 в Ленинградской области родилось - 5319 человек (в 2019 за тот же период - 5653). Умерло: в возрасте от 0 до 1 г. – 20 (из них в ранний неонатальный период – 6 человек (30%) и поздний неонатальный период – 2 человека (10%)), в возрасте от 0 до 4 лет - 31 человек, от 0 до 17 лет - 50 человек, из них от заболеваний - 9 человек. Всего в детей от 0 до 17 лет на 01.01.2020 составило 318279 человек.

Полученные данные указывают на рост младенческой и детской смертности в 2020 году на фоне снижения рождаемости в регионе.

В структуре детской смертности за 5 месяцев 2020 года преобладают злокачественные новообразования (55%) и заболевания нервной системы (33%).

Таким образом, в Ленинградской области регистрируется относительно низкий уровень младенческой смертности. Однако показатели рождаемости и детской смертности находятся в пределах средних величин по РФ.

Анализ младенческой и детской смертности по Архангельской области

В 2019 году в Архангельской области родилось 9662 детей, что на 9,5% ниже, чем за 2018 год (10671).

Показатель рождаемости составил 8,8 на 1000 населения, что на 9,3% ниже показателя 2018 года (9,7 на 1000) и на 12,3% ниже показателя по РФ (10,1 на 1000).

Показатель младенческой смертности в 2019 году составил 5,8 на 1000 родившихся, что выше на 16,0% показателя в 2018 году (5,0 на 1000). Одновременно на 15,5% выше уровня по РФ (4,9 на 1000) и на 1,7% ниже показателя по СФО (5,9 на 1000).

В структуре причин младенческой смертности на 1 месте стоят болезни и состояния, возникающие в перинатальном периоде – 66,7%. В динамике отмечается рост показателя на 11,1% по сравнению с 2018 годом (2018 год – 38 детей, в 2019 – 30).

2 место занимают врожденные аномалии и пороки развития – 12,3% всех случаев. Имеется снижение уровня смертности по данной причине в динамике на 6,2% (в 2018г- 10 детей, в 2019 – 7).

На 3 месте стоят причины «симптомы, признаки, отклонения от нормы» – 8,8% что на 7,9 процента меньше, чем за 2018 год.

Смертность детей по причине болезней органов дыхания составила 5,3% (3 ребенка). По причине травм и отравлений погибло 3,5% (2 детей). По 1,8% зарегистрирована гибель детей по причине болезней нервной, эндокринной системы и инфекционных болезней.

В структуре смертности детей первого года жизни по месту регистрации смерти 80,7% детей погибло в медицинских организациях, 19,3% -

на дому.

Среди всех погибших – 78,3% (36 детей) погибло в акушерских и неонатальных стационарах третьей группы (47,8% детей с массой тела при рождении менее 1000 грамм); 8,7% – в акушерских и неонатальных стационарах второй группы, 4,3% в Федеральном центре, 8,7% детей погибли в педиатрических стационарах центральных районных больниц.

Показатель детской смертности за 2019 год по Архангельской области составил 4,82 на 1000 населения в возрасте 0-17 лет, что на 4,8% ниже, чем за 2018 год (5,06), и на 9,1% ниже, чем целевые показатели КМП на 2019 год. В возрасте 0-17 лет умерло 110 детей, что на 6 детей меньше, чем за 2018 год.

В структуре причин детской смертности на 1 месте – болезни перинатального периода – 34,5% (38 детей, за 2018г. – 30 детей);

На 2-ом месте – смерть от травм и отравлений – 28,2% (31 случай, что на 6 случаев меньше, чем в 2018 г.);

На 3-ем месте – врожденные аномалии развития – 9,1% (10 детей, что на 4 ребенка меньше, чем в 2018 г.) и новообразования – 9,1 процента (10 детей, что на 3 ребенка больше, чем в 2018 г.);

4-е место составляют болезни нервной системы – 6,4% (7 детей, без динамики с 2018 г.);

5-е место делят болезни органов дыхания – 4,5% (5 детей, что на 5 детей больше, чем в 2018 г.) и симптомы, признаки и отклонения от нормы, в т. ч. внезапная смерть грудного ребенка – 4,5% (5 детей, что на 6 детей меньше, чем в 2018 г.).

По сравнению с 2018 г. отмечается снижение детской смертности по инфекционным и паразитарным болезням, болезням эндокринной системы, врожденным аномалиям развития, симптомам, признакам и отклонениям от нормы, травмам и отравлениям. В тоже время отмечается рост детской смертности от новообразований, болезней органов дыхания и состояний, возникших в перинатальный период.

Доля младенческой смертности в структуре детской в 2019 году составила 51,8% (57), в 2018 г. – 46,9 процентов (53).

Показатель смертности детей 0-4 года в 2019 году составил 7,6 на 1000, что выше показателя за 2018 год на 24,6% (погибло 74 ребенка, на 9 детей больше, чем в 2018г.).

Данные по 1 кварталу 2020 года свидетельствуют о снижении показателей младенческой и детской смертности. Однако не дают возможность оценить детально показатели и проверить их устойчивость.

Таким образом, в Архангельской области за 2019 год на фоне низкой рождаемости регистрируется снижение детской смертности и одновременно *рост младенческой смертности*. При этом наиболее частной причиной смерти детей являлись состояния и болезни, возникшие в перинатальном периоде, травмы и отравления, врожденные аномалии и новообразования. При этом более половины детей умирают в возрасте до 1 года. Кроме того, имеется рост смертности детей в возрасте 0-4 лет.

Анализ младенческой и детской смертности по Вологодской области

В 2019 году в Вологодской области показатель рождаемости составил 9,7 на 1000 населения, что на 7,6% ниже показателя 2018 года (10,5 на 1000) и на 4,0% ниже показателя по РФ (10,1 на 1000).

Показатель младенческой смертности в 2019 году составил 5,9 на 1000 родившихся, что на 11,9% выше показателя 2018 года (5,2 на 1000). Одновременно на 16,9% выше уровня по РФ (4,9 на 1000) и на 25,4% выше показателя по СФО (4,4 на 1000).

Отмечается рост числа детей, умерших в родильных стационарах, по сравнению с данными 2018 года на 39,3%. Количество детей, умерших на дому, напротив, сократилось на 11,4%.

В структуре младенческой смертности на 1 месте стоят – отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде (68,1%) (отмечается увеличение показателя на 7,4% по сравнению с

2018 годом), на 2 месте – врожденные аномалии (13,0%), на 3 месте – поровну составили болезни нервной системы, органов дыхания и травмы, ожоги и отравления (по 4,3%).

В 2019 году доля детей, умерших в неонатальный период увеличилась на 19% и составила 72,4% в структуре младенческой смертности. Отмечается рост доли детей, умерших в ранний неонатальный период (на 20% по сравнению с 2018 годом), показатель ранней неонатальной смерти составил 3,3 на 1000 родившихся.

Среди детей, умерших в 2019 году, дети с ЭНМТ и ОНМТ составили 53,6%, что на 8,8% больше, чем в 2018 году.

В 2019 году показатель детской смертности 0-17 лет составил 4,99 на 1000 человек соответствующего возраста, что ниже на 3,5% показателя 2018 года.

В структуру детской смертности вошли состояния, возникающие в перинатальном периоде (37,6%), травмы, отравления и другие последствия внешних причин (16,8%), болезни нервной системы (11,2%), врожденные аномалии и психические расстройства (8,8%), болезни органов дыхания (8,0%). В сравнении с 2018 годом отмечается рост 1 группы причин смертности.

Таким образом, в Вологодской области, на фоне низкой рождаемости, отмечается *высокий показатель младенческой смертности*. В динамике по сравнению с 2018 годом имеется отрицательная динамика в виде роста количества детей, умерших в первые 7 суток жизни, и летальности в родильных стационарах. При этом доля маловесных детей среди умерших более 50,0%.

В то же время показатель детской смертности 0-17 лет показал небольшое снижение. Также отмечается снижение показателя постнеонатальной смертности и смертности детей на дому.

Анализ младенческой и детской смертности по Калининградской области

В 2019 году в Калининградской области родилось 9306 детей, что на 10,11% ниже, чем за 2018 год (10341).

Показатель рождаемости составил 9,3 на 1000 населения, что на 10,6% ниже показателя в регионе 2018 года (10,4 на 1000) и на 7,9% ниже показателя по РФ (10,1 на 1000).

Показатель младенческой смертности в 2019 году составил 5,8 на 1000 родившихся, что на 15,5% выше уровня по РФ (4,9 на 1000) и на 1,7% ниже показателя по СФО (5,9 на 1000).

Доля детей, умерших на 1 году жизни, в структуре детской смертности составила 57,9%; что на 10% выше данных 2018 года.

Кроме того, отмечается рост неонатальной смертности, в т.ч. за счет увеличения гибели детей в первые 7 суток, на 13,8% (3,5 на 1000 родившихся, рост ранней неонатальной смертности на 42,9%) и рост постнеонатальной смертности на 22,2% (2,3 на 1000).

Среди детей, умерших в возрасте до 1 года, 34,5% имели ЭНМТ. При этом выживаемость маловесных детей в 2019 году составила 71,6%, что на 5,6% выше, чем в 2018 году.

На 1 месте в структуре причин младенческой смертности стоят болезни и состояния, возникающие в перинатальном периоде – 50,9%, что на 12,2% выше, чем в 2018 году.

2 место занимают врожденные аномалии и пороки развития – 23,7% всех случаев. Имеется небольшое снижение уровня смертности по данной причине в динамике (в 2018г- 15 детей, в 2019 – 13). Справочно: всего по данным пренатальной дородовой диагностики выявлено 124 плодов с ВПР, из них 85 случаев прерывания беременности до 14 недели и 62 до 22 недели беременности. В 2 случаях матери отказались от прерывания беременности.

На 3 месте – инфекционные и паразитарные болезни, доля которых составила 7,3% всех случаев. Причем 2 ребенка умерли на дому. По сравнению с 2018 годов показатель повысился на 71,2% (в 2018 г 1 случая, в 2019 – 4).

На 4 месте стоят болезни органов дыхания (5,8%). Причем все 4 ребенка умерли на дому.

В структуре перинатальных причин младенческой смертности в 2019 году на 1 месте – дыхательные расстройства новорожденного (35,7%, рост по сравнению с 2018 годом на 73,4%), на 2 месте – некротизирующий энтероколит новорожденного (14,3%, рост по сравнению с 2018 годом на 33,6%). Прирост гибели детей от перинатальных причин составил 33,3%. Из них количество детей с ЭНМТ 60,7%. Кроме того, 60,7% из них умерли в ранний

неонатальный период.

В 2019 году общее количество детей, умерших в возрасте 0-17 лет, составило 95 человек. Показатель смертности детей 0-17 лет составил 4,83 на 100 тыс. населения соответствующего возраста, что на 1,9% ниже показателя 2018 года.

В структуре причин детской смертности 0-17 лет на 1 месте отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде (36,4%), 2 месте – внешние причины (23,3%), врожденные аномалии (20,8%), 3 место – болезни нервной системы (14,3%), 4 место – болезни органов дыхания (7,8%) и на 5 месте инфекционные болезни и болезни системы кровообращения (по 6,5%).

По результатам 1 квартала 2020 года отмечается снижение показателя младенческой смертности (3,9 на 1000 родившихся) и детской смертности (4,2 на 1000), по сравнению с 2019 годом.

В структуре детской смертности преобладают состояния, возникшие в перинатальном периоде, и болезни органов дыхания (по 23,5%), а также врожденные аномалии (17,6%).

Таким образом, в Калининградской области, на фоне низкой рождаемости, отмечается *высокий показатель младенческой смертности и детской смертности.* В динамике по сравнению с 2018 годом имеется отрицательная динамика в виде увеличения смертности детей в ранний неонатальный и постнеонатальный период. В структуре причин младенческой смертности преобладают перинатальные состояния и инфекционные заболевания, которые в 2019 году имели рост показателей.

Отмечается высокая смертность детей на дому от инфекционных заболеваний и болезней органов дыхания, включая детей группы высокого перинатального риска, что свидетельствует о недостаточной работе амбулаторного звена.

Анализ младенческой и детской смертности по Коми республике

Показатель младенческой смертности в 2019 году составил 5,0 на 1000 родившихся, что на 2% выше уровня по РФ (4,9 на 1000) и на 15,3% ниже показателя по СФО (5,9 на 1000). В 2018 г данный показатель был на 10% ниже и составлял 4,5 на 1000.

Неонатальная смертность составила 50% в структуре младенческой смертности. В структуре причин неонатальной смертности состояния перинатального периода, включая геморрагические и внутрижелудочковые кровоизлияния 3-ей степени, (13 человек) и врожденные пороки развития (7 человек).

Среди детей, умерших в возрасте до 1 года, 58,3% имели массу менее 1500г.

В структуре причин младенческой смертности на 1 месте стоят болезни и состояния, возникающие в перинатальном периоде – 19 случаев.

2 место занимают врожденные аномалии и пороки развития

На 3 месте – инфекционные и паразитарные болезни – 5 случаев (рост 66,7% по сравнению с 2018 годом).

На 4 месте стоят внешние причины- 5 случаев (рост 25% по сравнению с 2018 годом)

В 2019 году 75% летальных исходов у детей 1 года жизни зарегистрированы в медицинских организациях 3 уровня.

В структуре причин постнеонатальной смертности преобладают инфекционные заболевания (рост в 1,7 раз) и внешние причины (рост в 1,3 раза).

По данным отчета имеются нарушения оказания медицинской помощи во время беременности, родов и ведению новорожденных как на амбулаторном, так и стационарном лечении.

Показатель смертности детей 0-17 лет в 2019 году составил 4,02 на 100 тыс. населения соответствующего возраста, что на 7,8% ниже показателя 2018 года.

Показатель детской смертности 0-4 лет составил 6,3 на 1000 детей, родившихся живыми, что на 17,5% выше показателя 2018 года.

В структуре причин детской смертности 0-17 лет на 1 месте – внешние причины, на 2 месте – состояния, возникшие в перинатальном периоде, на 3 месте - врожденные аномалии, 4 место – болезни нервной системы на 5 месте инфекционные болезни, 6 место - новообразования.

В структуре причин детской смертности 0-4 лет на 1 месте- состояния, возникшие в перинатальном периоде, 2 место – врожденные аномалии, 3 место – внешние причины, на 4

месте – заболевания нервной системы и на 5 месте – инфекционные заболевания. По сравнению с данными 2018 года рост отмечен по врожденным аномалиям, внешним причинам, заболеваниям нервной системы и инфекционным заболеваниям.

Данных за 1 квартал 2020 года нет.

Таким образом, в Республике Коми отмечается *высокий показатель младенческой смертности и детской смертности*. В динамике по сравнению с 2018 годом имеется отрицательная динамика в виде роста смертности детей до 1 года, 0-4 лет и 0-17 лет. Имеется *высокий показатель неонатальной смертности*.

Среди причин смертности отмечается высокий уровень состояний, возникших в перинатальный период, а также рост внешних причин и инфекционных заболеваний, по сравнению с 2018 годом.

Предоставленные данные свидетельствуют о недостаточной работе службы родовспоможения, ведения новорожденных, а также амбулаторное наблюдение детей.

Подготовка предложений по совершенствованию нормативно-правовой базы медицинской помощи по профилю педиатрия (какие нормативные документы следует изменить в первую очередь с обоснованием, предложения по изменению, в т.ч. по госгарантиям бесплатного оказания МП, критериев оценки качества МП и т.д.)

Участие во внедрении современных медицинских и организационных технологий по профилю своей деятельности, подготовка предложений по совершенствованию методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации.

Участие в планировании и организации кадрового обеспечения здравоохранения по профильным медицинским специальностям, подготовка предложений по контрольным цифрам приема, целевой подготовки специалистов.

Сибирский федеральный округ (СФО) имеет в своём составе 10 **субъектов РФ**, среди которых есть как республики, так и края и области. Территория округа – 4 361 727 км², что составляет 25,47% от территории РФ. Население – 17 118 387 человек, плотность населения – 3,92 чел./км². Особенности СФО, а именно географическое положение, климатические особенности, низкая плотность населения, труднодоступность отдельных населенных пунктов, обуславливают и особенности организации оказания медицинской помощи в данном регионе. В связи с этим проводится ежегодный мониторинг состояния медицинской помощи детям, согласно доступным статистическим данным.

Необходимо отметить, что в 2019 году были доступны официальные статистические данные за 2017-2018 гг.

Согласно проведенному анализу статистических данных наиболее проблемным регионом в отношении заболеваемости детей является Республика Тыва, в которой показатели заболеваемости по отдельным рубрикам МКБ ниже в 2-3 раза в сравнении с показателями СФО. Так, болезни системы кровообращения фиксируются в 10 раз реже, чем в других субъектах, болезни органов дыхания – в 2 раза, в 6 раз – болезни костно-мышечной системы, в 2.5 раза – болезни органов мочеполовой системы. Данная ситуация свидетельствует о недостаточной диагностике и требует более пристального внимания к проблеме детского здравоохранения Республики Тыва.

	Новообразования	Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	Болезни нервной системы	Болезни глаза и его придаточного аппарата	Болезни уха и сосцевидного отростка	Болезни системы кровообращения	Болезни органов дыхания	Болезни органов пищеварения	Болезни кожи и подкожной клетчатки	Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	Болезни мочеполовой системы
СФО	4,8	11,7	39,5	57,9	45,9	7,1	1195,1	72,2	63,6	33,9	26,5

Республика Тыва											
2017	1,5	8,5	15,1	19,5	23,2	0,7	545,8	29,7	46,3	6,6	9,3
Республика Тыва											
2018	1,2	8,9	14,6	20,5	25,7	0,8	543,6	28,7	45,2	7,4	10,4

Уральский федеральный округ (УФО) За последние три года в 3 регионах (Свердловская, Челябинская, особенно Курганская область) отмечается сокращение численности населения, естественная убыль, снижение коэффициента рождаемости, превышающий уровень РФ показатель общей смертности. В 3-х регионах (в Тюменской, ХМАО, ЯНАО) регистрируется незначительный прирост населения за счет миграционных процессов, большой доли молодого населения, более высоких показателей рождаемости (особенно в ХМАО, ЯНАО 13,4 на 1000). Именно в этих субъектах регистрируются, по сравнению с другими, более низкие показатели и общей смертности. Если оценивать эти данные в целом по округу, то показатели общей смертности населения в УФО не превышают средних показателей по РФ.

	2017	2018	2019
УФО	12,6	11,9	11,0
РФ	11,5	10,9	10,1

Показатель рождаемости на 1000 населения

Отмеченные тенденции приводят за последние годы к устойчивому снижению доли детского населения УФО. Этот показатель колеблется от 21,5% в Свердловской области – до 25,5% в ХМАО и 26,5% в ЯНАО.

Показатель общей смертности

	2017	2018	2019
УФО	11,7	11,8	11,7
РФ	12,4	12,4	12,3

Особенно ощутимо сократилась доля детей подросткового возраста 15-17 лет в Свердловской, Челябинской, Курганской областях – не превышает 3%, при этом в ХМАО и ЯНАО в 4 раза выше и составляет в настоящее время 14,0 и 14,5%.

Показатель младенческой смертности в УФО за три года имеет устойчивую тенденцию к снижению. Наиболее низкие показатели в 2019 году были зарегистрированы в Тюменской (4,1 промилле), ХМАО – 4,1 на 1000 родившихся живыми, даже в Курганской области – 3,4 промилле. Самый высокий показатель – в ЯНАО – 6,5 промилле. Считаю, что Свердловская и Челябинская области демонстрируют не свойственные данным регионам показатели: 4,9 и 4,6 промилле соответственно, где есть существенные резервы снижения и требуется серьезный анализ ситуации. Следует обратить внимание на показатель досуточной летальности детей 1-го года жизни (в Свердловской области – 59,2%). Доля детей, умерших от пневмонии в первые сутки – 100% (Свердловская область). На основании проведенного анализа комиссии по разбору случаев младенческой смертности при Министерстве здравоохранения Свердловской области даны рекомендации по улучшению работы первичного звена, отработке критериев госпитализации и тактики оказания медицинской помощи детям 1-го года жизни в стационарах, обеспечению высокого уровня вакцинации детей раннего возраста от пневмококковой инфекции, а также обучению и повышению квалификации участковых

педиатров, выполнению врачами клинических рекомендаций.

Показатель младенческой смертности на 1000 родившихся живыми

	2017	2018	2019
УФО	5,1	4,8	4,6
РФ	5,6	5,1	4,7

Следует отметить, что с января по июнь 2020 года в РФ показатель младенческой смертности существенно снизился, на 6% и достиг 4,4 против 4,7 промилле в 2019 году. В УФО показатель составил 4,1 промилле по сравнению с 2019 годом – 4,7 промилле (снижение на 13%). Задача всей педиатрической службы – удержать этот результат.

В структуре младенческой смертности составляющие не меняются. Традиционно 1 место занимают на протяжении десятилетий в УФО отдельные состояния перинатального периода, как и в большинстве субъектов РФ, – 38,5% - 46,9% - 54,6%. Второе место – врожденные аномалии: 20,4% - 22,1% - 22,7%. Таким образом, каждый пятый ребенок умирает на 1-ом году жизни от врожденных пороков. Это говорит о том, что требует аудита качество пренатальной диагностики, подготовки акушеров-гинекологов и специалистов ультразвуковой диагностики, работы пренатального консилиума и т.д. Третье место принадлежит травмам и отравлениям. Это по-прежнему предмет для совместной работы педиатров и социальных служб по наблюдению за детьми в семьях социального риска.

Заболеваемость детского населения от 0 до 17 лет. В 2019 году в большинстве субъектов УФО отмечен рост общей и первичной заболеваемости у детей до 14 лет. Регистрируется повышение показателей в классах: болезни эндокринной системы, глаз, кожи и подкожной клетчатки, травмы и отравления, нервная система. Это отмечается в отчетах всех, кроме Челябинской области и ХМАО.

В группе детей подросткового возраста 15-17 лет прослеживаются те же тенденции. Из 17 классов болезней рост регистрируется по 10 классам. Помимо описанных выше указывается на повышение показателей в следующих классах болезней: крови и кроветворной системы, кровообращения, костно-мышечной системы, врожденные аномалии. Описанные закономерности наблюдаются на протяжении многих лет. Очевидно, что в субъектах необходимо обратить внимание на качество профилактических осмотров, диспансеризации и реабилитации детей, доступность медицинской помощи, работу педиатрической службы в школах и более конструктивное взаимодействие с образовательными организациями. В первичной заболеваемости детей, как и прежде, доминируют болезни органов дыхания (более 50%).

Инвалидность. Число детей-инвалидов в УФО увеличивается. Показатель инвалидности детского населения увеличивается как в возрасте от 0 до 14 лет, так и в возрастной группе 15-17 лет, рост отмечен на 2-4%. Средние показатели: 193 – 199 – 207 на 10 тыс. населения. В структуре инвалидности на 1-ом месте – психические расстройства (30%), на 2-ом – болезни нервной системы (25%), на 3-ем – врожденные аномалии (16%). Эта структура не меняется многие годы.

У подростков 15-17 лет психические расстройства составляют 33%, болезни нервной системы – 19%, на третье место выходит эндокринная патология – 12%, на 4-ое – врожденные аномалии (10%).

Анализ показателей смертности среди детского населения различных возрастных групп в регионах УФО показал, что число умерших детей в возрасте от 0 до 14 лет составляет 86,1%, доля младенческой смертности – 48,6%; с 15 до 17 лет – 13,9% (данные Свердловской области).

По Челябинской области, согласно отчету, за 3 года смертность детей от 0 до 14 лет снизилась на 26,6% (с 0,64 до 0,47 на 1000 детей) во всех возрастных группах. Вклад младенческой

смертности равен – 49,0% в 2019 году. Дети 15-17 лет в 2019 году составляют 16,0%.

Уровень смертности детей по субъектам УФО в возрасте от 0 до 17 лет составляет в наиболее крупных регионах (Свердловская, Челябинская, Тюменская области) в среднем 49,6 на 100 тыс.чел., наиболее низкий показатель в ХМАО – 39,5 на 100 тыс. чел.

Если анализировать показатель смертности в группе детей от 0 до 4 лет, то показатель в трех наиболее крупных регионах составляет 6 на 1000 родившихся. Следует отметить, что в субъектах УФО показатели смертности детей не подвергаются серьезному анализу, сопоставить показатели сложно, часто представлены в отчетах фрагментарно.

Наиболее полная картина по отчетной информации складывается по Свердловской области.

Уровни смертности детей различных возрастных групп в 2019 году

Возраст	0-4 г. абс./на 1000 родившихся	5-9 лет абс./на100 тыс.	10-14 лет абс./на100 тыс.	15-17 лет абс./на100 тыс.
Уровень смертности	296/ 6,4	40/ 14,4	66/ 27,5	65/ 51,6

Из данной таблицы следует, что потери детей в возрасте 15-17 лет практически в 2 раза выше, чем в 10-14 лет и в 3,5 раза превышают уровень смертности в возрасте 5-9 лет. Среди причин доминируют немедицинские проблемы – травмы и отравления – 40,0% в возрасте 5-9 лет; 59,2% в возрасте 10-14 лет; 70,8% в возрасте 15-17 лет, причем выше в сельской местности, чем в городской местности, практически в 2 раза (24,2 против 13,5 на 100 тыс. в возрасте от 0 до 17 лет). Среди причин наиболее значимые: транспортная травма, смерть при пожаре, утопление, самоубийства.

Основные резервы по снижению смертности детского населения приходятся на возраст от 0 до 4 лет (состояния перинатального периода – 35,5%; ВПР – 16,9%; инфекционные болезни – 12,2%), в более старших возрастных группах эта проблема должна обсуждаться на межведомственном уровне.

Таким образом, демографическая ситуация в целом в России, остается напряженной. Сохранение жизни и здоровья каждого родившегося ребенка остается ключевой задачей педиатрической службы. Наибольшую озабоченность вызывают потери детского населения в возрасте от 0 до 4-х лет (за счет отдельных состояний перинатального периода и врожденных пороков развития), а также в возрасте 10-14 и 15-17 лет за счет внешних причин.

Необходимо сконцентрировать организационные, управленческие ресурсы на решении актуальных задач по совершенствованию диагностики, лечения и реабилитации основной патологии, существенно влияющей на формирование здоровья, качества жизни детского населения, отдавая предпочтение реализации всего комплекса профилактических мероприятий.

Приволжский федеральный округ (ПФО)

Рождаемость в ПФО

п/п	Субъекты РФ	Значение показателя	Снижение/ рост (%) (с АППГ)
1.	Республика Татарстан (Татарстан)	11,0	-8,3
2.	Республика Башкортостан	10,4	-11,1
3.	Пермский край	10,3	-9,6
	Российская Федерация	10,2	-7,3
4.	Оренбургская область	10,1	-9,8
5.	Республика Марий Эл	9,8	-11,7
6.	Удмуртская Республика	9,8	-11,7

	Приволжский федеральный округ	9,6	-10,3
7.	Чувашская Республика (Чувашия)	9,6	-11,1
8.	Самарская область	9,4	-10,5
9.	Нижегородская область	9,1	-9,0
10.	Кировская область	8,9	-11,0
11.	Ульяновская область	8,9	-8,2
12.	Саратовская область	8,3	-8,8
13.	Пензенская область	8,0	-8,0
14.	Республика Мордовия	7,6	-8,4

Младенческая смертность в ПФО

п/п	Субъекты РФ	Значение показателя 2019г
1.	Республика Башкортостан	6,0
2.	Пензенская область	5,3
3.	Нижегородская область	5,1
	Российская Федерация	4,9
4.	Республика Татарстан(Татарстан)	4,9
	Приволжский федеральный округ	4,6
5.	Республика Марий Эл	4,4
5.	Удмуртская Республика	4,4
5.	Оренбургская область	4,4
6.	Республика Мордовия	4,3
7.	Самарская область	4,2
7.	Ульяновская область	4,2
8.	Пермский край	4,1
9.	Саратовская область	3,9
10.	Чувашская Республика (Чувашия)	3,3
11.	Кировская область	3,1

Естественная убыль в ПФО

п/п	Субъекты РФ	Значение показателя за январь – ноябрь 2019 г.	Значение показателя за январь – ноябрь 2018 г.
1.	Республика Татарстан (Татарстан)	0,0	+0,4
2.	Республика Башкортостан	-1,8	-0,8
	Российская Федерация	-2,1	-1,5
3.	Удмуртская Республика	-2,1	-1,0
4.	Республика Марий Эл	-2,2	-1,7
5.	Чувашская Республика (Чувашия)	-2,9	-1,9
5.	Пермский край	-2,9	-2,2
7.	Оренбургская область	-3,0	-2,3
	Приволжский федеральный округ	-3,4	-2,6
8.	Самарская область	-3,9	-3,0
9.	Ульяновская область	-5,0	-4,6
10.	Кировская область	-5,5	-5,0
10.	Саратовская область	-5,5	-4,8
12.	Нижегородская область	-5,6	-5,1

13.	Республика Мордовия	-5,7	-5,2
14.	Пензенская область	-6,0	-5,6

**Анализ младенческой смертности по регионам ПФО за 2019г. (Республика Мордовия,
Самарская область, Ульяновская область)**

Республика Мордовия							
№ п/п	Показатель	2019г.		2018г.		В сравнении:	
		кол-во	‰	кол-во	‰	абс.	относит.
1.	Родилось детей – всего	6074		6831		- 757	- 11,1%
2.	Мертворождаемость	25	4,1	36	5,3	- 11	- 30,6%/ - 1,2‰
3.	Перинатальная смертность	34	5,6	42	6,1	- 8	- 19%/ - 0,5‰
4.	Уд. вес мертворождаемости в перинатальной смертности	25/34	73,5	36/42	85,7		-12,2%
5.	Ранняя неонатальная смертность	9	1,5	6	0,9	+ 3	+ 50%/ + 0,6‰
6.	– в том числе в 1 сутки	2	0,3	2	0,3	-	0%/ 0‰
7.	Поздняя неонатальная смертность	7	1,2	5	0,7	+ 2	+ 40%/ + 0,5‰
8.	Неонатальная смертность	16	2,6	11	1,6	+ 5	+ 45,5%/ - 1,0‰
9.	Постнеонатальная смертность	10	1,7	11	1,6	- 1	- 9,1%/ - 0,1‰
10.	Младенческая смертность	26	4,3	22	3,2	+ 4	+ 18,2%/ + 1,1‰
Самарская область							
№ п/п	Показатель	2019 г.		2018 г.		В сравнении:	
		абс.	‰	абс.	‰	абс.	относит.
1.	Родилось детей – всего	29756		33033		- 3277	- 9,9%
2.	Мертворождаемость	185	6,2	223	6,8	- 38	- 17,0%/ - 0,6‰
3.	Ранняя неонатальная смертность	44	1,5	57	1,7	- 13	-22,8%/ -0,2‰
4.	в том числе в 1 сутки	13	0,4	15	0,5	- 2	- 13,3%/ - 0,1‰
5.	Поздняя неонатальная смертность	26	0,9	24	0,7	+ 2	+ 8,3%/ + 0,2‰
6.	Неонатальная смертность	70	2,4	81	2,5	- 11	- 13,6%/ - 0,1‰
7.	Постнеонатальная смертность	58	1,9	70	2,1	- 12	- 17,1%/ - 0,2‰
8.	Младенческая смертность	128	4,2	151	4,4	- 23	- 15,2%/ - 0,2‰
Ульяновская область							
№	Периоды	Число умерших детей		2019 к 2018	Показатель на 1000 родившихся живыми		2019 к 2018 (%)
		2018 г. 12 мес.	2019 г. 12 мес.		2018 г. 12 мес.	2019 г. 12 мес.	
1	Ранняя неонатальная	20	13	-7	1,67	1,20	71,9

	смертность (от 0 до 6 суток)						
2	Поздняя неонатальная смертность (от 7 до 28 суток)	18	12	-5	1,51	1,10	72,8
3	Неонатальная смертность (от 0 до 28 суток)	38	25	-12	3,18	2,30	72,3
	Постнеонатальная смертность (от 28 суток до 1 года)	26	21	-6	2,17	1,93	88,9
5	Младенческая смертность (от 0 до 1 года)	64	46	-18	5,3	4,2	79,2

В 2019 г. родилось детей в Республике Мордовия всего – 6074, что на 757 младенцев (11,1%) меньше, чем в прошлом году (6831). Из них:

- **мертворожденных** – 25 случаев, что на 11 (30,6%) меньше, чем в 2018г. (36 случаев)
- **умерло детей в ранний неонатальный период** – 9 случаев, что на 3 (50%) больше, чем в 2018г. (6 случаев)
- **из них досуточная смертность** – 2 случая, что соответствует данным 2018 г. (2 случая)

Оба случая досуточной смертности детей произошли: в ГБУЗ РМ «МРЦКБ». Оба ребенка были недоношенными.

- **Удельный вес мертворождаемости в перинатальной смертности** – 73,5%, что на 12,2% меньше по сравнению с 2018г. (85,7%)
- **Показатель мертворождаемости** – 4,1‰, что на 1,2‰ меньше, чем в 2018г. (5,3‰)
- **Показатель перинатальной смертности** – 5,6‰, что на 0,5‰ меньше, чем в 2018г. (6,1‰)
- **Показатель ранней неонатальной смертности** – 1,5‰, что на 0,6‰ больше, чем в 2018г. (0,9‰)
- **Показатель поздней неонатальной смертности** – 1,2‰, что на 0,5‰ больше, чем в 2018г. (0,7‰)
- **Показатель неонатальной смертности** – 2,6‰, что на 1,0‰ больше, чем в 2018г. (1,6‰)
- **Показатель постнеонатальной смертности** – 1,7‰, что на 0,1‰ больше, чем в 2018г. (1,6‰)
- **Показатель младенческой смертности** – 4,3‰, что на 1,1‰ больше, чем в 2018г. (3,2‰)

Таким образом, по итогам 2019 года по сравнению с прошлым годом мы видим увеличение показателя младенческой смертности по РМ – с 3,2‰ до 4,3 ‰, увеличение на 18,2% на фоне снижения количества родов.

В 2019 г. родилось детей в Самарской области всего – 29756, что на 3277 (-9,9%) младенцев меньше, чем в прошлом году (33033). Из них:

- мертворожденных – 185 случаев, что на 38 (17,0%) меньше, чем в 2018 г. (223 случая)
- умерло детей в ранний неонатальный период – 44 случая, что на 13 (22,8%) меньше, чем в 2018 г. (57 случаев)
- из них досуточная смертность – 13 случаев, что на 2 (13,3%) меньше, чем в 2018 г. (15 случаев).
 - Показатель мертворождаемости – 6,2‰, что на 0,6‰ меньше, чем в 2018 г. (6,8‰)
 - Показатель перинатальной смертности – 2,0‰, что на 0,1‰ меньше, чем в 2018 г. (2,1‰)
 - Показатель ранней неонатальной смертности – 1,5‰, что на 0,2‰ меньше, чем в 2018 г. (1,7‰)
 - Показатель поздней неонатальной смертности – 0,9‰, что на 0,2‰ больше, чем в 2018 г. (0,7‰)
 - Показатель неонатальной смертности – 2,4‰, что на 0,1‰ меньше, чем в 2018 г. (2,5‰)
 - Показатель постнеонатальной смертности – 1,9‰, что на 0,2‰ меньше, чем в 2018 г. (2,1‰)
 - Показатель младенческой смертности – 4,3‰, что на 0,3‰ меньше, чем в 2018 г. (4,6‰)

Таким образом, по итогам 2019 года по сравнению с прошлым годом мы видим уменьшение показателя младенческой смертности по Самарской области – с 4,4‰ до 4,2‰ на фоне снижения количества родов.

В Ульяновской области доля умерших в неонатальном периоде составляет 54,3% от всех умерших до 1 года, в 2018 году – 59,4%.

Доля умерших в ранний неонатальный период составляет 28,3% от всех умерших детей до 1 года, 52,0% - от умерших в неонатальный период, за аналогичный период 2018 года показатели были соответственно 31,7% и 54,3%.

В Республике Мордовия динамика структуры показателя младенческой смертности за период 2013-2019гг. выглядит следующим образом:

	2013г.	2014г.	2015г.	2016г.	2017г.	2018г.	2019г.
Младенческая смертность	7,5	6,0	4,2	4,3	5,0	3,2	4,3
Ранняя неонатальная смертность	3,5	1,6	0,5	1,0	1,0	0,9	1,5
Поздняя неонатальная смертность	1,3	1,0	1,1	1,2	1,6	0,7	1,2
Неонатальная смертность	4,8	2,6	1,6	2,2	2,6	1,6	2,6
Удельный вес неонатальной смертности в %	65,6	42,9	38,2	51,4	51,4	50	61,5
Постнеонатальная смертность	2,6	3,4	2,6	2,1	2,4	1,6	1,7

Мертворождаемость	3,5	5,7	6,1	4,3	4,0	5,3	4,1
Перинатальная смертность	7,1	7,3	6,6	5,3	5,0	6,1	5,6

По РМ младенческая смертность в последние годы находится на низких цифрах (2015г. – 4,2‰, 2016г. – 4,3‰, 2017г. – 5,0‰, 2018г. – 3,2‰, 2019 – 4,3‰) – менее общероссийского.

Результаты, которых удалось добиться в Республике Мордовия за период 2015-2019гг. связаны прежде всего с тем, что заработал порядок оказания помощи беременным женщинам и новорожденным, выстроилась система маршрутизации, совершенствовалась первичная помощь в родильных залах, четко выполнялись Порядки оказания медицинской помощи беременным женщинам, родильницам и новорожденным.

В 2019г. из 26 случаев младенческой смертности более половины случаев (62,5%) приходится на ранний и поздний неонатальный период (9 и 7 случаев, соответственно), а оставшиеся 10 случаев – на постнеонатальный период:

- в раннем неонатальном периоде умерло **9 детей – 34,6%** (2018г. – 27,3%);
- в позднем неонатальном периоде умерло **7 детей – 26,9%** (2018г. – 22,7%)
- в постнеонатальном периоде умерло **10 детей – 38,5%** (2018г. – 50%).

Случаи младенческой смертности по месту смерти детей распределились следующим образом:

- в учреждениях родовспоможения – 16 случаев – 61,5% (в 2018г. – 31,8%);
- в стационарах РМ – 8 случаев – 30,8% (в 2018г. – 45,5%);
- на догоспитальном этапе («домашняя смертность») – 2 случая – 7,7% (в 2018г. – 22,7%);
- в стационарах других регионов (НЦ ССХ г. Пензы) – 0 случаев, (в 2018г. – 4,5%).

С I степенью недоношенности умерло 5 детей (19,2%), с II-ой – 3 ребенка (11,5%), с III – 1 ребенок (3,8%), с IV – 10 детей (38,5%), из них менее 500,0гр. – 3 ребенка (11,5%).

Среди умерших дети с ЭНМТ и ОНМТ при рождении составили 42,3% (11).

Ниже представлена структура младенческой смертности в сравнительном аспекте с 2018 годом.

**Умершие в возрасте до 1 года
по основным классам и отдельным причинам смерти МКБ-10 по регионам ПФО
(Республика Мордовия, Самарская область, Ульяновская область) за 2019 г.**

Республика Мордовия

Причина смерти	2019г.	2018г.
Родовая травма (P10-P15)	-	1 (4,5%)*
- разрыв печени при родовой травме (P15.0)	-	1
Респираторные нарушения у новорожденных, возникшие в перинатальном периоде (P22-P28):	5 (19,2%)	4 (18,2%)
- РДС новорожденных (P22)	1	
- врожденная пневмония (P23)	4	2
- неонатальная аспирационная пневмония (P24)		
- БЛД II-III ст. (P27)	-	2
Сердечно-сосудистые нарушения, возникшие в перинатальном периоде (P29)	-	-
Инфекционные болезни, специфичные для	2 (7,7%)	4 (18,2%)

перинатального периода (P35-P39)		
– ранний неонатальный сепсис (P35)	1	
– бактериальный сепсис новорожденного (P36)	1	2
– врожденная инфекция неуточненная (P37)	-	2
Геморрагические и гематологические нарушения (P50-P61):	6 (23,1%)	1 (4,5%)
– ВЖК, ВЧК (P52)	4	1
– ГБН (P55)	1	
– субкапсулярная гематома левой доли печени с разрывом капсулы (P54.8)	1	-
Расстройства системы пищеварения у плода и новорожденного (P75-P78)	2 (7,7%)	
– спонтанная перфорация полого органа - желудка (P78.8)	1	
– меконеальный илеус (P75)	1	
Болезни нервной системы (G00-G99)	1 (3,8%)	
– менингит неуточненный (G03)		
– другие нарушения нервной системы (G90-G99)	1	
ВПР, деформации и хромосомные нарушения (Q00.0-Q99.9)	4 (15,4%)	6 (27,3%)
– атрезия общего желчного протока (Q44.2)	1	
– гипоплазия легких (Q33.6)		1
– гипоплазия гортани, стеноз (Q31.2)		1
– трахеопищеводный свищ (Q39.2)		1
– фиброэластоз, синдром Дауна (Q24)		1
– ВПС (Q24)		2
– МВПР	1	
– синдром Поттер I (Q60.6)	1	
– порок развития почек (Q63)	1	
Болезни органов дыхания (J00-J99)	1 (3,8%)	
– пневмония без уточнения возбудителя (J18)	1	
Болезни органов пищеварения (K00-K93)		-
– спаечная кишечная непроходимость (K56)		
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни (A00-B99)	2 (7,7%)	-
– кишечная инфекция неясной этиологии (A09)	2	
Болезни крови, кроветворных органов (D50-D89)	1 (3,8%)	1 (4,5%)
– комбинированные иммунодефициты (D81)		1
– множественные новообразования сердца (D15.1)	1	
Нарушения обмена веществ (E70-E90)	-	1 (4,5%)
– муковисцидоз (E 84.8)		1
– другие нарушения обмена углеводов (E74)		
Травмы, внешние причины (S00-T98)	1 (3,8%)	2 (9,1%)
– механическая асфиксия (T17)	1	2
Злокачественные новообразования (C00-C97)	-	
Прочие причины	1 (3,8%)	2 (9,1%)
– синдром внезапной смерти (R95)	1	2
Итого заболеваний:	26 (100%)	22 (100%)
Самарская область		
Причины МС по основным классам заболеваний МКБ 10	Кол-во случаев	Удельный вес, %
Отдельные состояния перинатального периода (P)	68	53,1
Болезни нервной системы (G)	5	3,9
Врожденные пороки развития (Q)	29	22,7

Некоторые инфекционные и паразитарные болезни (A00-B99)	3	2,3
Болезни крови, кроветворных органов (D)	1	0,8
Новообразования (C00-D48)	1	0,8
Болезни органов дыхания (J)	1	0,8
Нарушения обмена веществ (E)	-	-
Травмы, отравления, внешние причины (T)	3	2,3
Болезни системы кровообращения (I)	2	1,6
Болезни органов пищеварения (K)	1	0,8
Синдром внезапной детской смерти (R95)	14	10,9
Итого:	128	100

Ульяновская область

Код МКБ	Класс заболеваний	Число умерших		2019 к 2018 (%)	Смертность (на 1000 живорождённых)		2019 к 2018 (%)
		2019	2018		2019	2018	
P00-P96	Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде (P00-P96)	18	36	50,0	1,66	3,0	55,3
G00-G99	Болезни нервной системы	4	3	133,3	0,37	0,25	148,0
I00-I99	Болезни системы кровообращения	3	0	+	0,28	0	+
Q00-Q99	Врожденные аномалии [пороки развития], деформации и хромосомные нарушения	10	10		0,91	0,83	109,6
R00-R99	Неточно обозначенные причины	3	6	50,0	0,28	0,5	56,0
S00-T98	Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	6	2	300,0	0,55	0,17	323,5
A00-B99	Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	1	2	50,0	0,09	0,17	52,9
	в т.ч. Менингококковая инфекция						
	Сепсис (st. aureus)						
J00-J99	Болезни органов дыхания	0	4	-	0	0,33	-
D37-D48	Новообразования неопределенного характера	0	1	-	0	0,08	-
(E00-E90)	Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	1	0	+	0,09	0	+
Всего		46	64	71,9	4,2	5,3	79,2

В Республике Мордовия первое и второе места в структуре младенческой смертности, как и в прошлом году, устойчиво сохраняется за отдельными состояниями перинатального периода и

врожденными пороками развития. Но следует отметить, что в отчетном 2019 году младенческая смертность от ВПР уменьшилась на 2 случая (33,3%). Данный факт объясняется улучшением качества работы по выявляемости врожденных пороков развития и правильной организацией работы Перинатального консилиума, когда точно были проанализированы пороки и с редуцированными ВПР женщины своевременно были направлены на прерывание беременности. И необходимо отметить, что в отчетном году впервые нет в структуре младенческой смертности ни одного случая с Врожденными пороками сердца. 2 ребенка с тяжелыми ВПС после 5-7 операций по коррекции данных пороков в НЦ ССХ г. Пензы в 2019г продолжают лечение и реабилитацию в ГБУЗ РМ «ДРКБ».

В отчетном году продолжалось развитие такого важного звена, как медико-генетическое. Проведено инвазивной пренатальной диагностики в 2019 году-114 (на 14% больше, чем в 2018 году). Выявлено 16 хромосомных патологий у плода: 9 случаев - с-м Дауна; 3 случая - с-м Эдвардса; 1 случай - с-м Патау; 2 случая - с-м Шерешевского-Тернера; 1 случай – полисомии X. Беременности прерваны в 13 случаях, в 1 случае синдром полисомии X - отказ от прерывания, срок родов не наступил; в 1 случае выявлен синдром Дауна, двойня, проведена селективная редукция больного плода в НМИЦ АГиП им. Кулакова В.И., родился здоровый ребенок; в 1 случае – мозаичная форма синдрома Шерешевского-Тернера, родился ребенок с нормальным кариотипом. Эффективность пренатальной инвазивной диагностики в 2019 году составила 14% (15% в 2018 году), при норме не менее 15%.

В Самарской области первое и второе места в структуре младенческой смертности, как и в прошлом году, устойчиво сохраняются за **отдельными состояниями перинатального периода и врожденными пороками развития.**

Средством снижения младенческой смертности является совместная работа врачей акушер-гинекологов, педиатров и терапевтов, постоянное участие во внедрении современных медицинских и организационных технологий по профилю, а также постоянное совершенствование методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации данного контингента. Проводится постоянный внутренний аудит качества медицинской помощи, ежемесячно работает комиссия по разбору младенческой смертности при Минздраве Самарской области. Разработана и внедрена программа ранней помощи детям с ограниченными возможностями. Постоянно проводится рассмотрение обращений граждан. Межведомственное взаимодействие Министерства здравоохранения, образования и соцразвития и демографической политики Самарской области. Взаимодействие со средствами массовой информации.

В структуре причин младенческой смертности в **Ульяновской области** занимают:

первое место – отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде 18 случаев (39,1% - доля от всех умерших до 1 года), (2018г. –болезни перинатального периода 36 случаев (56,3%),

второе место - врождённые аномалии - 10 случаев (21,7%), 2018год – 10 случаев (15,6%),

третье место – травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин: 6 случаев (13,0%), 2018 год -2 случая (3,1%),

четвертое место – болезни нервной системы: 4 случая (8,7%), 2018 год – 3 случая (4,7%),

пятое место – болезни системы кровообращения, неточно обозначенные причины по 3 случая (6,5%), в 2018 году случаев смерти от болезней системы кровообращения не регистрировалось, от неточно обозначенных состояний зарегистрировано 6 случаев (9,4%),

шестое место – инфекционные заболевания (сепсис), болезни эндокринной системы: по 1 случаю, по 2,2%, в 2018 году случаев смерти от инфекционных заболеваний –2 (3,1%), от болезней эндокринной системы случаев смерти не зарегистрировано.

В 2019 году отмечается снижение числа умерших:

- от отдельных состояний перинатального периода на 18 случаев (50,0%), показателя на 44,7%. Снижение отмечается по блоку геморрагических, гематологических нарушений (внутричерепные нетравматические кровоизлияния у плода и новорождённого (ВЖК) в 2 раза и рост от инфекций специфичных для периода новорождённости,

- от неточно установленных причин на 3 случая (50,0%), показателя на 44,0%,

- Некоторых инфекционных и паразитарных заболеваний на 1 случай (50,0%), показателя на 47,1%.

Не зарегистрировано в 2019 году случаев смерти от болезней органов дыхания в 2018 году – 4 случая, показатель составил 0,33%.

Рост числа умерших:

- болезней нервной системы на 1 случай, показателя на 48,0%,

- болезней органов кровообращения на 3 случая, в прошлом году случаев смерти от данной патологии не регистрировалось,

- от воздействия внешних причин на 4 случая, показатель увеличился в 3,2 раза,

- от болезней эндокринной системы 1 случай смерти в 2018 году случаев не регистрировалось.

Случаев смерти от врождённых аномалий осталось на уровне прошлого года.

Ниже представлены причины ранней неонатальной смертности новорожденных

Структура причин ранней неонатальной смертности в РМ

Нозология	2019		2018г.		2017г.		2016г.	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
ВПР	1	11,1	3	50	1	14,3	3	37,5
РДС	1	11,1			1	14,3	1	12,5
Асфиксия	-							
ВЖК	1	11,1	1	16,7			2	25
Инфекции перинатального периода	2	22,2			1	14,3	1	12,5

Родовая травма	-		1	16,7				
Врожденная пневмония	2	22,2			3	42,9		
Неонатальная аспирационная пневмония	-				1	14,3		
Геморрагические и гематологические нарушения	1	11,1						
ГБН по резус-системе	1	11,1						
Нарушение обмена веществ	-		1	16,7				
Прочие заболевания	-						1	12,5
Итого:	9	100	6	100	7	100	8	100
Код МКБ	Класс заболеваний							2019
P 00-P96	Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде (P00-P96)							6
	P50-P61 Геморрагические и гематологические нарушения у плода и новорожденного							2
	P75-P78 Расстройства системы пищеварения у плода и новорожденного							1
	P90-P96 Другие нарушения, возникающие в перинатальном периоде							1
	P20-P29 Дыхательные и сердечно-сосудистые нарушения, характерные для перинатального периода							1
Q00-Q99	Врожденные аномалии [пороки развития], деформации и хромосомные нарушения							1
	Q80-Q89 Другие врожденные аномалии (множественные пороки развития)							1
R00-R99	Неточно обозначенные причины							
G00-G99	Болезни нервной системы							2
	G00-G09 Воспалительные болезни центральной нервной системы							1
S00-T98	Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин							1
E70-E90	Нарушения обмена веществ							1
Всего								11

В структуре причин ранней неонатальной смертности 7 нозологических единиц: врожденные пневмонии (2), инфекции, специфичные для перинатального периода (2), ВПР (1), ВЖК (1), РДСН (1), геморрагические и гематологические нарушения (1), ГБН (1).

Для снижения показателя ранней неонатальной смертности от ВПР в настоящее время в **Республике Мордовия** внедрены все имеющиеся системы пренатальной диагностики, включая инвазивные методики. В медико-генетической консультации проведены инвазивные пренатальные диагностические исследования.

Зарегистрирована ранняя неонатальная смертность от РДСН – 1 случай. Результатами снижения смертности от данной причины явились слаженность и преемственность в работе неонатологической и акушерско-гинекологической служб в РМ: антенатальная профилактика РДСН (был внедрен новый протокол антенатальной профилактики РДСН в Перинатальном центре в течение 1 суток введение дексаметазона), профилактика невынашивания беременности, диагностика и лечение антенатальной гипоксии плода. В Республике Мордовия, как и во многих регионах РФ, завершено внедрение такой триады для профилактики РДСН, как антенатальная профилактика, введение курорсуфа (в том числе неинвазивным методом) и СРАР, а также внедрена методика LISA. Данные мероприятия дали снижение летальности от РДСН.

Среди причин смерти в раннем неонатальном периоде в Ульяновской области занимают:

Первое место - Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде – 9 случаев – 69,2%. На втором – Врожденные аномалии – 4 случая – 30,8%.

2. Подготовка предложений по совершенствованию нормативно-правовой базы медицинской помощи по профилю педиатрии (какие нормативные документы следует изменить в первую очередь с обоснованием, предложения по изменению, в т.ч. по госгарантиям бесплатного оказания МП, критериев оценки качества МП и т.д.)

Дополнения и изменения в приказы Минздрава России

Принимала активное участие в обсуждении вопросов профилактики инфекционных заболеваний на совещаниях МЗ РФ, проблем обеспечения вакцинными препаратами. В частности, с целью усовершенствования национального календаря профилактических прививок были разработаны и внедрены изменения к Приказу МЗ РФ №125н от 21.03.2014г. «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и профилактических прививок по эпидемическим показаниям». В ходе обсуждения на межведомственном совещании в МЗ в декабре 2019 г. обозначены основные пункты, требующие конкретных изменений. Правки и предложения направлены в Минздрав РФ в установленном порядке. Они касаются следующих: использование вакцины против гемофильной инфекции типа *b* для общецелевой когорты детского населения; возможностях использования в рамках Национального календаря профилактических прививок комбинированных вакцин, расширения применения вакцин против менингококковой инфекции и ветряной оспы среди дополнительных групп риска. Обозначены и представлены для утверждения в МЗ РФ обоснованные предложения о расширении графика иммунизации детей первого года жизни с внесением обязательной вакцинации младенцев раннего возраста против ротавирусной инфекции, детей в возрасте года жизни – против ветряной оспы; а также подростков – против папилломавирусной инфекции.

На заседании Рабочей группы экспертов по вопросам иммунопрофилактики инфекционных болезней, со-председателем которой являюсь, провела заседание 11 марта 2019 г., для которого был подготовлен и предложен план финансового обеспечения внедрения комбинированных вакцин против коклюша, дифтерии, столбняка, полиомиелита и гемофильной инфекции в НКПП.

Кроме того, регулярно принимала участие в совещаниях Министерства здравоохранения РФ, посвященных проблеме подготовки эпидемического сезона гриппа, выявления и предупреждения поствакцинальных осложнений, а также касающихся организации вакцинопрофилактики, где рассмотрены следующие вопросы:

- совершенствования Национального календаря профилактических прививок;
- обеспечения вакцинными препаратами в рамках Национального календаря профилактических прививок;
- проведения вакцинации детей против пневмококковой инфекции.

В ответ на Поручение Президента Российской Федерации В.В. Путина по вопросам производства и обращения иммунобиологических лекарственных препаратов (ИБЛП) от 20.07.2019 г. членами Независимого экспертного совета по иммунизации, главными внештатными специалистами Минздрава России в самые короткие сроки была разработана «Национальная стратегия развития иммунопрофилактики в РФ до 2035 г.» (далее Стратегия).

7 октября 2019 г. в Москве прошла Специальная секция Национальной Ассамблеи «Защищённое поколение», посвященная совершенствованию НКПП и расширению эпидемиологических показаний, на которой и был представлен проект Стратегии. В обсуждении приняли участие более 3500 человек, в т.ч. педиатры, эпидемиологи, инфекционисты, аллергологи-иммунологи, неонатологи, пульмонологи и другие специалисты, а также представители федеральных и региональных органов управления здравоохранением, Минпромторга РФ, а также компаний-производителей ИБЛП. Документ получил поддержку и был направлен на утверждение в Министерство здравоохранения РФ.

Как указано в документе, одной из задач Стратегии является совершенствование национального календаря профилактических прививок. Основными направлениями модернизации НКПП должны стать:

- широкое использование и переход на преимущественное применение, прежде всего, у детей новейших многокомпонентных комбинированных вакцин, содержащих бесклеточный коклюшный и Hib компонент, инактивированную полиовакцину и др.;

- расширение перечня инфекций, против которых проводится рутинная иммунизация: поэтапно согласно Приложению I:

- на I этапе (до 2025 г.) – включить в НКПП для всего населения или отдельных групп граждан вакцинацию против ротавирусной и гемофильной инфекции типа b для всей когорты младенцев, осуществить полный переход на применение инактивированной полиовакцины, против папилломавирусной инфекции – подросткам без гендерного разделения, против ветряной оспы и менингококковой инфекции – детям раннего возраста, а также ревакцинаций против коклюша – детям школьного возраста, подросткам и взрослым на протяжении всей жизни, вакцинацию против пневмококковой инфекции взрослым 65 лет и старше;

- на II этапе (до 2030 г.) – включить в НКПП для всего населения или отдельных групп граждан вакцинации против гепатита А, клещевого энцефалита, вакцинации против пневмококковой и менингококковой инфекции взрослым на протяжении всей жизни, и других вакциноуправляемых инфекционных и иных болезней, которые будут доступны на этом горизонте;

- на III этапе (до 2035 г.) – внедрить в НКПП новые инновационные вакцины с учётом дальнейшего развития современных технологий вакцинопрофилактики;

- расширить контингенты и сформировать «целевые» календари вакцинации для людей с особенностями состояния здоровья, беременных женщин, контингентов населения из профессиональных групп риска, для пожилых людей, в том числе с особенностями образа жизни и т.д.

Подготовка клинических рекомендаций

В 2019 г. были актуализированы и обновлены в соответствии с требованиями Министерства здравоохранения РФ методические рекомендации по проведению вакцинопрофилактики:

- менингококковой инфекции;
- ротавирусной инфекции;
- недоношенных детей.

Всего педиатрической службой Минздрава России работа идет более чем над 60 клиническими рекомендациями.

Обоснование государственной политики в сфере охраны здоровья детей, подготовка проектов законодательных, нормативных правовых документов в сфере сохранения и укрепления здоровья детей – одна из задач совета экспертов в области вакцинопрофилактики.

3. Участие во внедрении современных медицинских и организационных технологий по

профилю своей деятельности, подготовка предложений по совершенствованию методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации.

Участие в обсуждении клинических рекомендаций; Участие в работе Советов экспертов; Подготовка предложений для страховых компаний по оплате медицинской помощи по клинико-статистических группам

Совершенствование методов профилактики у детей (подготовка документов и обоснования для внедрения вакцинации против ротавирусной и папилломавирусной инфекций, расширение контингентов вакцинируемых).

В практической деятельности внедрялись и совершенствовались методы работы в рамках следующих направлений:

- оптимизации работы регистратуры,
- совершенствования процесса электронного документооборота,
- организации и совершенствования системы навигации в медицинском учреждении,
- оптимизации процесса проведения профилактических осмотров несовершеннолетних, профилактических медицинских осмотров при прохождении диспансеризации,
- оптимизации процесса вакцинации (формирование прививочной картотеки, проведение медицинского осмотра перед проведением вакцинации и после нее, регистрация поствакцинальных реакций и осложнений, хранение, транспортировка, утилизация иммунобиологических препаратов),
- совершенствования процесса работы кабинета неотложной помощи, работы процедурного кабинета, в том числе процесса забора крови;
- работы дневного стационара (организация направления, приема и сопровождения пациентов).

4. Участие в планировании и организации кадрового обеспечения здравоохранения по профильным медицинским специальностям, подготовка предложений по контрольным цифрам приема, целевой подготовки специалистов.

Возглавляю кафедру факультетской педиатрии педиатрического факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова. Под моим руководством в рамках рабочей учебной программы по дисциплине «Факультетская педиатрия» для студентов педиатрического факультета IV-VI курсов и ординаторов, обучающихся по специальности «Педиатрия», применяются учебные дисциплины, рассматривающие вопросы иммунопрофилактики инфекционных болезней не только здоровых детей, но и пациентов с хроническими заболеваниями. В целях оптимизации учебного процесса регулярно пересматривается тематический план, обновляются лекции и методические рекомендации к практическим занятиям по преподаваемым дисциплинам.

В ходе учебного процесса с привлечением ведущих специалистов и современных технических средств обучения и тренинга, студенты погружаются в наиболее актуальные проблемы практического здравоохранения, имеют возможность практического опыта наблюдения пациентов с различной патологией детского возраста и даже редко встречающимися тяжелыми формами заболеваний, а также получить ответы на распространенные и самые злободневные вопросы, стоящие перед молодым специалистом, попадающим на участок или в отделение стационара.

Помимо руководства и организации учебного процесса на кафедрах, принимала непосредственное участие в чтении лекций, проведении практических занятий по преподаваемым дисциплинам для студентов, клинических ординаторов, заседаниях студенческого научного кружка кафедры и подготовке молодых ученых к выступлениям на студенческих конференциях и конкурсах молодых учёных, в практической работе с интернами и ординаторами. Студенческий научный кружок на протяжении последних трех лет занимает I место в конкурсе студенческого научного общества РНИМУ им. Н.И. Пирогова.

Под моим руководством ежегодно проводится конференция студентов и молодых ученых «Педиатрические чтения», посвященные памяти великих российских ученых-

педиатров А.А. Колтыпина, Д.Д. Лебедева, П.А. Пономарёвой, Н.С. Кисляк, организуется ежегодная олимпиада по педиатрии. За эти годы мероприятия приобрели большую популярность, в них принимают активное участие студенты, клинические ординаторы, аспиранты из московских вузов и других регионов России, Украины, Беларуси.

5. Аудит качества медицинской помощи в субъектах РФ

В программе посещения субъекта РФ:

- анализ основных показателей детского здравоохранения субъекта РФ;
 - анализ качества оказания медицинской помощи детям в медицинских организациях (МО) Шуровня, выезды с этой же целью в медицинские организации 1-2 уровня в каждом субъекте РФ; оценка качества оказания помощи детям в первичном звене здравоохранения; экспертиза историй болезни умерших детей и протоколов заседаний врачебных комиссий по разбору летальных случаев в МО; оценка качества медицинской помощи, соблюдения прав детей и выполнения Федеральных клинических рекомендаций на основании экспертизы историй болезни и амбулаторных карт пациентов (законченные случаи).

Доступность медицинской помощи в субъектах ЦФО

1. Обеспеченность медицинскими кадрами

Кадровая проблема стоит в округе очень остро, отмечается низкая укомплектованность как врачами, так и средним персоналом. Во многих субъектах существует острая проблема кадрового обеспечения в стационарах, в том числе III и II уровня, необходимо укомплектование первичного звена врачами терапевтами участковыми, педиатрами, узкими специалистами. Также отмечается дефицит средних медицинских работников в сельской местности. В большинстве медицинских организаций укомплектованность врачами педиатрами и детскими хирургами достигается за счет совместительства.

Из направленных в ВУЗы на обучение по целевым программам возвращается менее 10% (данные на 2019 г.).

В ряде регионов внедряются проекты поддержки специалистов, в т.ч. с выплатой подъемных средств, обеспечения жильем.

Кадровый потенциал (данные по субъекту РФ в целом, 2018 г.)

Укомплектованность в амбулаторных подразделениях (%):	В	Р	С	Т	К
- педиатры	77,8	87,1	91,6	88,1	
- педиатры участковые	89	92,8	96,2	94,6	
- педиатры городские (районные)	90,3	70,5	73,2	89,6	
- хирурги детские	87	96,2	85,1	84,0	
Укомплектованность в стационарных подразделениях (%):					
- педиатры	94,1	86,8	94,4	77,5	
- педиатры городские (районные)	-	-			
- хирурги детские	98,9	98,6	98,7	88,5	
Обеспеченность врачами (на 10 тыс. детского населения):					
- педиатры	14,8	3,1	20,5	17,1	14,9
- педиатры участковые	8,4	1,7	10,4	9,7	10,4

- педиатры городские (районные)	0,2	0,03	0.4	0,1	0,18
- хирурги детские	0,8	0,2	1.3	1,0	0,79
Коэффициент совместительства:					
- педиатры	1,6	1,3	1.4	1.4	1,4
- педиатры участковые	1,2	1,1	1.0	1,1	1,1
- педиатры городские (районные)	1,75	1,9	1.7	3,6	1,5
- хирурги детские	1,9	1,3	1.4	1.5	1,6
Доля врачей, имеющих квалификационную категорию (%):					
- педиатры	59,9	67,8	74.4	32,4	29,2
- педиатры участковые	53,1	62,2	53.2	20,4	23,9
- педиатры городские (районные)	87,5	75,0	83.3	66,6	33,3
- хирурги детские	47,6	59,1	85.7	58,3	30,7
Доля врачей, имеющих сертификат специалиста (%):					
- педиатры	99,5	98,4	100 с аккред.	98,5 с аккред.	94,6
- педиатры участковые	100	100	100 с аккред.	100 с аккред.	94,1
- педиатры городские (районные)	100	100	100	100	100
- хирурги детские	100	95,5	100	100	100

2. Маршрутизация пациентов и работа реанимационно-консультативных центров в субъектах ЦФО

Рязанская область

В Рязанской области функционирует отделение экстренной и планово-консультативной медицинской помощи районам области на базе ГБУ РО «Областная клиническая больница». Диспетчерская служба работает круглосуточно. Используемый транспорт – круглосуточно 2 дежурных автомобиля. Санитарного вертолета в регионе нет. Максимальное расстояние для выезда санитарного транспорта составляет 180 км.

Детские реаниматологи работают в этом отделении по совместительству. Отдельной службы для детей нет. Нередко бывают задержки выездов в связи с занятостью врачей на основном месте работы в дневное время (по данным отчета за 2018 год).

Маршрутизация новорожденных осуществляется усилиями консультативно-диагностического центра ГБУ РО «Областной клинический перинатальный центр», дежурные реанимационные бригады выезжают в районы, маршрутизируют пациентов в ОКПЦ и ГБУ РО «ОДКБ».

Всего выездов детских реаниматологов за 6 мес 2019 г. 95, за 2018 год – 105. Не менее 30% выездной деятельности приходится на сопровождение пациентов при транспортировке в клиники других городов, преимущественно в федеральные центры и стационары Москвы.

Оказание стационарной помощи детям по профилю «Детская хирургия» в регионе осуществляется на базе ГБУ РО «ОДКБ им. Н.В. Дмитриевой», что обуславливает маршрутизацию детей с хирургической патологией. Основной проблемой является направление пациентов на

плановое оперативное лечение за пределы региона из амбулаторных подразделений, минуя хирургическое отделение ГБУ РО «ОДКБ им. Н.В. Дмитриевой», в том числе в связи с низким уровнем оказания помощи по профилю в стационаре РО. Это препятствует анализу структуры заболеваний хирургического профиля в регионе, а также снижает потенциал развития хирургической службы по профилю.

Результатом правильно сформулированных принципов маршрутизации пациентов (все пациенты, имеющие неясный диагноз, прогрессирующее заболевание, а также все дети в возрасте до 1 года в нестабильном среднетяжелом и тяжелом состоянии эвакуируются в стационар 3 уровня), слаженной работы РКЦ, является снижение летальности в стационарах первого и второго уровней.

Мы проанализировали базу данных Минздрава России о случаях смерти детей в регионах РФ. За 2018 и первые 5 месяцев 2019 года в базу данных внесены сведения о 127 умерших в Рязанской области детях. Из них 79 детей (61%) умерли в стационарах области, 29 детей (36%) умерли вне стационара (дома и в прочих условиях), еще 3% умерли в стационарах за пределами региона. Структура смертности детей по месту наступления смерти представлена на рис. 1.



Рис. 1. Структура смертности детей в РО в 2018-19 гг. по месту наступления смерти.

Таким образом, 55,2% умерших были госпитализированы в стационары III уровня. Всего лишь 7% детей (9 детей) не были транспортированы из межрайонных центров в областные стационары. Смертность «вне стационара» обусловлена внешними причинами в большинстве случаев.

Проведенный анализ свидетельствует о высокой эффективности работы реанимационно-консультативного центра. При своевременном обращении пациенты в большинстве случаев маршрутизируются в стационары III уровня.

В целом маршрутизация осуществляется достаточно эффективно, вместе с тем имеются дефекты, в т.ч. перегоспитализации и несвоевременная маршрутизация между стационарами III уровня

Имеется серьезный дефицит реаниматологов, имеющих опыт работы с детьми, в т.ч. с новорожденными, в Центре медицины катастроф РО, решающем вопросы маршрутизации в регионе

Имеют место случаи несвоевременного обращения за медицинской помощью в ЦМК

В ряде случаев отмечены дефекты качества оказания медицинской помощи на этапе

транспортировки детей, в т.ч. новорожденных

Отсутствие в историях болезни медицинских документов, характеризующих состояние ребенка и оказанную помощь на этапе транспортировки

Имеют место случаи смерти детей от инфекционных заболеваний на дому.

Обращает внимание крайне низкий уровень качества медицинской помощи в стационаре и реанимационном детском отделении ГКБ №11

Тверская область

В области функционирует один реанимационно-консультативных центра (РКЦ): на базе ОРИТ в ГБУЗ ТО «Детская областная клиническая больница» для помощи детям до 28 дней и старше 28 дней жизни и новорожденных с пороками развития и хирургической патологией

Министерством здравоохранения Тверской области изданы два соответствующих приказа о маршрутизации детей двух указанных возрастных групп. В приказах прописаны состояния, требующие обращения в РКЦ и эвакуации детей в медицинские организации III уровня области.

Мы проанализировали базу данных Минздрава России о случаях смерти детей в регионах РФ. За 2018 год в базу данных внесены сведения о 82 умерших в Тверской области детях. Из них 37 детей (45%) умерли в стационарах области, 44 ребенка (53,7%) умерли вне стационара (дома и в прочих условиях). Структура смертности детей по месту наступления смерти представлена на рис. 2.



Рис. 2. Структура смертности детей в Тверской области в 2018 году по месту наступления смерти.

Обращает внимание высокая доля смертности от внешних причин, высокая доля смертности на дому – это в основном инфекционные заболевания у детей в качестве причины смерти. В стационарах первого и второго уровней умерло практически столько же детей, сколько в стационарах третьего уровня, что свидетельствует о неудовлетворительной эффективности существующей системы маршрутизации пациентов в ТО.

Анализ историй болезни умерших в 2018 году детей в Тверской области показал, что вклад ошибок при маршрутизации в летальность достаточно высокий. Преимущественно имеет место недооценка степени тяжести и несвоевременность обращения за помощью на первом и втором уровнях оказания медицинской помощи.

Вместе с тем целесообразно детализировать показания для маршрутизации пациентов в стационары 3 уровня. Возможно, следует использовать положительный опыт многих других регионов, использующий на сегодняшний день этот принцип, когда все пациенты, имеющие неясный диагноз, прогрессирующее заболевание, а также все дети в возрасте до 1 года в нестабильном среднетяжелом и тяжелом состоянии эвакуируются в стационар 3 уровня. Потенциально это может незначительно увеличить необоснованную госпитализацию в стационар 3 уровня, однако при увеличении доступности лучшей лечебно-диагностической базы это приводит к резкому снижению летальности в стационарах всех уровней.

Калужская область

Работа РКЦ в регионе недостаточная: выездов больше, чем консультаций. Нет прописанных диагнозов / состояний, по поводу которых ребенка обязательно следует проконсультировать в ОДКБ. Не налажены связи и взаимодействие между врачами-специалистами внутри одной организации, между 3 и 2 уровнями оказания медицинской помощи: нет практики коллегиального обсуждения пациентов.

Есть МО, не подчиняющаяся министерству здравоохранения региона, оказывающая помощь детям: ФГБУЗ КБ № 8 ФМБА России, из данной МО очень часто госпитализируются дети в тяжелом состоянии, иногда с неблагоприятным исходом: основная причина – отсутствие преемственности в передаче клинической ответственности ввиду подчинения разным ведомствам: пациента не перегоспитализируют своевременно, иногда с риском для жизни. Не проводятся разборы летального случая с привлечением всех этапов оказания медицинской помощи.

Смоленская область

На базе отделения ОГБУЗ Смоленской областной детской клинической больницы организован и успешно работает детский реанимационно-консультативный центр («Центр анестезиологии и реаниматологии») для помощи детям старше 28 дней жизни и новорожденных с пороками развития и хирургической патологией и является структурным подразделением больницы.

В приказах прописаны состояния, требующие обращения в РКЦ и эвакуации детей в медицинские организации III уровня края.

Мы проанализировали базу данных Минздрава России о случаях смерти детей в регионах РФ. За 2018 год в базу данных внесены сведения о 86 умерших в Смоленской области детях. Из них 55 детей (65%) умерли в стационарах области, 29 детей (34,5%) умерли вне стационара (дома и в прочих условиях). Структура смертности детей по месту наступления смерти представлена на рис. 3:



Рис. 3. Структура смертности детей в СО в 2018 году по месту наступления смерти.

Таким образом, 60,7% умерших были госпитализированы в стационары III уровня. Всего лишь 6% детей (5 детей) не были транспортированы из межрайонных центров в областные стационары. Смертность «вне дома и стационара» обусловлена внешними причинами в 93% случаев, а всего от внешних причин погибли 24% детей.

Проведенный анализ свидетельствует о высокой эффективности работы реанимационно-консультативного центра. При своевременном обращении пациенты в большинстве случаев маршрутизируются в стационары III уровня.

Таким образом, 60,7% умерших были госпитализированы в стационары III уровня. Всего лишь 6% детей (5 детей) не были транспортированы из межрайонных центров в областные стационары. Смертность «вне дома и стационара» обусловлена внешними причинами в 93% случаев, а всего от внешних причин погибли 24% детей.

Проведенный анализ свидетельствует о высокой эффективности работы реанимационно-консультативного центра. При своевременном обращении пациенты в большинстве случаев маршрутизируются в стационары III уровня.

Специализированная хирургическая помощь детям оказывается в ОГБУЗ СОКБ. Детских хирургических коек в районах нет. Детских хирургов в районах крайне мало – это определяет маршрутизацию пациентов в областную больницу. В районах экстренную помощь детям крайне редко оказывают взрослые хирурги, что сказывается на ее качестве.

Оптимальным следует считать создание единой педиатрической службы, включая хирургическую помощь детскому населению. Целесообразно пересмотреть приказы по маршрутизации детей старше 3-х лет с абдоминальным болевым синдромом. Обеспечить взаимодействие перинатального центра, педиатрической и детской хирургической служб, что позволит снизить младенческую смертность, избежать необоснованных госпитализаций, либо госпитализаций в непрофильные отделения.

Владимирская область

Значительный кадровый дефицит и отсутствие РКЦ определяет позднюю госпитализацию пациентов в ряде случаев.

Имеют место случаи несвоевременного обращения за медицинской помощью

В ряде случаев отмечены дефекты качества оказания медицинской помощи на этапе транспортировки детей, в т.ч. новорожденных

Отсутствие в историях болезни медицинских документов, характеризующих состояние ребенка и оказанную помощь на этапе транспортировки

Высока доля детей, умерших в стационарах II и I уровня, что свидетельствует о неэффективной системе маршрутизации пациентов

Анализ клинической практики в субъектах ЦФО

1. Анализ историй болезни умерших детей в субъектах ЦФО (по профилю «Педиатрия»)

Индикаторы качества оказания помощи	С	Р	Т
	Доля пациентов с негативным признаком, %		
Несвоевременность помощи на догоспитальном этапе	33.3	38	20
Недооценка тяжести в приемном отделении	11.1	13	20
Несвоевременная/неадекватная помощь в приемном отделении	0	6	10
Задержка пребывания в приемном отделении	0	6	30
Госпитализация в непрофильное отделение	0	13	0
Несвоевременная диагностика	22.2	25	20
Отсутствует преемственность	11.1	38	0
Неадекватный мониторинг в стационаре	33.3	56	20
Неадекватное лечения в стационаре	0	38	20
Недооценка тяжести состояния в стационаре	11,1	31	10
Несвоевременность помощи в стационаре	11.1	13	10
Полипрагмазия	22.2	25	20
Неадекватная антимикробная терапия	11.1	38	10
Неадекватная инфузионная терапия	33.3	31	20
Неадекватное использование системных ГКС	0	19	10
Использование препаратов off label	44.4	31	0
Условно предотвратимая смерть	33.3	13	10
Пребывание < 24 часов	0	25	20
Пребывание 1 – 7 суток	66.7	25	30
Пребывание >30 суток	0	31	10
Всего историй болезни	9	16	10

Анализ историй болезни умерших детей

Выводы	Предложения
Своевременность оказания помощи. Догоспитальный этап: В ряде случаев недооценка тяжести состояния и	Обучение принципам сортировки, оценки тяжести

<p>несвоевременность госпитализации в стационар 3 уровня из районов.</p>	<p>состояния и оказания неотложной помощи врачей в районах.</p>
<p><u>Транспортировка пациентов:</u> Реаниматологами реанимационно-консультативного центра (РКЦ), осуществляющими эвакуацию тяжелых пациентов в стационар 3 уровня, должна заполняться «Карта транспортировки пациента» согласно регламенту работы. Ведение документации не позволяет сделать выводы о своевременности, качестве и целесообразности действий как врачей РКЦ, так и специалистов в территориях. В ряде случаев можно предположить дефекты транспортировки пациентов: доставка больного в поздние сроки.</p>	<p>Контроль за ведением медицинской документации и качеством оказания помощи специалистами РКЦ</p>
<p><u>Неотложная помощь:</u> В историях болезни часто неадекватный протокол мероприятий сердечно-легочной реанимации (СЛР) с указанием времени введения лекарственных препаратов, их доз и кратности; встречается применение при сердечно-легочной реанимации избыточных лекарственных препаратов с потенциально сомнительным эффектом.</p>	<p>Контролировать ведение медицинской документации и выполнение протокола проведения СЛР.</p>
<p><u>Лечение:</u> Не во всех историях болезни есть протокол ВК при назначении более 5 лекарственных препаратов, а также препаратов «off label».</p>	<p>Использовать в работе клинические протоколы ведения пациентов Наладить работу Врачебной Комиссии</p>
<p><u>Клинические разборы летальных случаев</u> Дефекты внутреннего аудита: в ряде историй болезни нет анализа клинической практики, ведения медицинской документации. Нет практики проведения консилиумов специалистов.</p>	<p>При проведении разборов летальных случаев привлекать патологоанатомов, врачей РКЦ, врачей из районов.</p>
<p><u>Патологоанатомические заключения:</u> В ряде случаев неконкретны или даже вуалируют истинную причину смерти (например, «вирусно-бактериальная инфекция»). Формулировки в заключениях позволяют исключить расхождения диагнозов и дефекты оказания помощи. Избыточная необоснованная диагностика герпетической инфекции у детей различного возраста.</p>	<p>Совместное обсуждение клиницистов и патологоанатомов клинических ситуаций К разборам летальных случаев привлечь экспертов из других подразделений стационара или внешних экспертов (например, из Федеральных центров)</p>
<p><u>Дефекты ведения документации:</u> Нет отражения динамики состояния пациента; нет мониторинга показателей физического развития новорожденных (масса тела), витальных показателей (ЧД, ЧСС, SpO2), артериального давления. Нет обоснования назначения лекарственной терапии, изменения тактики лечения. В большинстве историй болезни нет данных о</p>	<p>Контроль ответственного за клинико-экспертную работу</p>

мониторинге показателей КОС (даже при наличии лабораторных возможностей его определения).	
<u>Клинические разборы летальных случаев</u> В протоколах разборов летальных случаев нет анализа клинической практики, ведения медицинской документации. Нет рецензирования по каждому случаю летальности. Таким образом, нет решений об улучшении тактики ведения пациентов.	Контроль деятельности врачебных комиссий по разбору летальных случаев с целью улучшения качества оказания помощи. Для проведения разборов летальных случаев привлекать патологоанатомов, врачей РКЦ, врачей из районов.
Есть случаи неадекватной маршрутизации из районов в МО 3 уровня, приведшие к ухудшению состояния детей	Практика консилиумов специалистов! Вызов специалистов «на пациента», а не транспортировка пациента к специалисту!
Есть случаи смерти детей в соматических детских отделениях, в т.ч. случаи смерти от аспирации и асфиксии. Есть случаи доставки детей в состоянии клинической смерти в ОРИТ БЕЗ оказания помощи на месте (в т.ч. и врачами реаниматологами)	Разбор случаев летальности. Исключить ненадлежащую практику при оказании экстренной и неотложной помощи детям

3. Анализ качества оказания помощи детям на основе экспертизы историй болезни (законченных случаев)

Критерии	Доля пациентов с негативным признаком					
	Р	В	Т	С	К	Среднее
Необоснованность госпитализации (возможность амбулаторного лечения и отсутствие социальных показаний для пребывания в стационаре)	50%	40%	25%	71,2%	64%	50%
Неправильно установленный диагноз (только в отношении основного)	33%	15%	33,3%	30,8%	34%	29%
Неправильный протокол лечения	52%	43%	100%	48,7%	42%	57%
Несоответствие лечения диагнозу	40%	50%	100%	43,6%	48%	56%
Полипрагмазия (2 и более лекарственных препарата без доказательной базы их применения при данном заболевании)	36%	33%	91,7%	56,4%	38%	51%
Причинение необоснованной боли	52%	30%	75%	17,9%	58%	47%

(избыточные манипуляции, анализы, способ введения лекарственных препаратов)						
Неадекватный мониторинг (нет отражения динамики состояния, затягивание сроков госпитализации без обоснования)	64%	50%	91,7%	41%	66%	63%
Неадекватная инфузионная терапия	36%	5%	25%	5,1%	28%	20%
Нерациональная антибиотикотерапия (выбор АМП, способ введения, длительность курса, нецелесообразность применения)	57%	43%	100%	17,9%	34%	50%
Продолжительность госпитализации, койко-дни	8,9	7,6	10,4	9,3	8,4	8,92
Необоснованная госпитализация + полипрагмазия + причинение необоснованной боли («агрессивное лечение»)	17%	34,1%	16,7%	10,2%	14%	18%
Всего историй болезни	65	40	50	39	42	236

Примечание: АМП – антимикробный препарат

Выводы	Предложения
Во всех медицинских организациях врачи недостаточно хорошо знакомы с федеральными клиническими рекомендациями, зачастую не знают, где получить эту информацию	Администрации медицинских организаций обеспечить доступность федеральных клинических рекомендаций Ознакомить весь врачебный состав с содержанием Приказа Минздрава РФ № 203н о критериях качества оказания медицинской помощи
Имеет место использование устаревших протоколов ведения пациентов	Обучение врачей, в том числе с использованием ресурсов Федеральных клиник
Избыточные диагностические манипуляции Избыточная диагностика в виде назначений иммунологических, серологических исследований, мазков на микрофлору, многочисленных повторных биохимических анализов. Назначение исследования маркеров бактериальной инфекции при этом несвоевременное и не адекватное. Не проводится отоскопия детям с лихорадкой и лихорадкой без очага инфекции	Ответственным за клиничко-экспертную работу обеспечить выполнение Приказа № 203н, федеральных клинических рекомендаций
Гипердиагностика пневмоний. Неадекватные	Контроль за работой рентгенологической

<p>протоколы описания рентгенограмм, отсутствие боковых снимков. Вне зависимости от состояния продолжительная госпитализация детей с пневмониями для выполнения контрольной рентгенограммы в стационаре.</p> <p>Ведение внебольничных пневмоний с использованием препаратов резерва, избыточным назначением ненужных и дорогостоящих антибиотиков при отсутствии рациональных простых назначений антимикробной терапии с учетом этиологии</p>	<p>службы</p> <p>Обучение врачей</p> <p>Использование федеральных клинических рекомендаций в работе</p>
<p>Отсутствие мониторинга витальных параметров в соматических отделениях</p>	<p>Контроль ведения медицинской документации ответственными за клиничко-экспертную работу</p>
<p>Нерациональная антибиотикотерапия.</p> <p>Детям с вирусными респираторными инфекциями почти во всех случаях назначаются антибиотики.</p> <p>Препаратом выбора для подавляющего большинства детей с острым заболеванием является цефалоспорины 3 поколения, причем способ введения – часто внутримышечный.</p> <p>Внутривенное введение через периферический катетер практикуется крайне редко.</p> <p>Использование без показаний препаратов резерва (цефалоспоринов IV поколения, меропенема)</p>	<p>Регулярная экспертиза историй болезни для выявления перечисленных дефектов</p>
<p>Неадекватная инфузионная терапия.</p> <p>У детей с кишечными инфекциями нет расчета жидкости и объема потерь жидкости</p> <p>Внутривенное введение растворов электролитов без контроля электролитов в сыворотке крови и без анализа КОС</p>	<p>Оформление листа инфузионной терапии в истории болезни приведением расчетов потребности в жидкости</p> <p>Запретить применять низкоосмолярный раствор глюкозы (5%) для проведения парентеральной регидратации</p> <p>Использовать для регидратации солевые растворы (рекомендации ВОЗ)</p> <p>Прекратить практику необоснованного применения растворов хлорида калия, сульфата магния, хлорида кальция</p>
<p>Избыточное применение будесонида в ингаляциях при всей респираторной патологии, особенно часто в отделении новорожденных (без оформления протокола ВК)</p>	<p>Использование федеральных клинических рекомендаций в практической работе</p>
<p>Полипрагмазия:</p> <p>В ряде отделений используются препараты, не имеющие доказательной базы, давно исключенные</p>	<p>Использование федеральных клинических рекомендаций в практической работе</p> <p>Повышение квалификации врачей</p>

из современных протоколов лечения, к тому же влияющие на стоимость (дороговизну) лечения, сроки пребывания детей в стационаре	
Выполнение лабораторных анализов часто практикуется на второй день госпитализации ребенка, тогда как антибактериальная терапия назначается вне зависимости от результатов лабораторного обследования	Контроль ведения медицинской документации ответственным за клинико-экспертную работу
Избыточное назначение инструментальной диагностики без показаний	ЭКГ, УЗИ брюшной полости и почек выполнять только при наличии показаний

Основные положительные стороны организации оказания медицинской помощи в субъектах ЦФО

Для повышения эффективности государственной системы здравоохранения во всех субъектах ЦФО разработана и реализована трехуровневая система оказания медицинской помощи с алгоритмами оказания медицинской помощи, маршрутами движения пациентов и регламентом действий медицинских специалистов, начиная с фельдшерско-акушерских пунктов.

В регионах имеется функционирующая сеть медицинских организаций, начиная от первичного звена оказания помощи до медицинских организаций III уровня, оказывающих отдельные виды высокотехнологичной медицинской помощи.

Географические особенности округа, развитая инфраструктура, относительно удовлетворительное качество автомобильных дорог, доступность территорий для санитарного транспорта позволяют обеспечить быструю маршрутизацию пациентов при необходимости.

Проведенный анализ показал, что существующая система маршрутизации детей в большинстве субъектов округа работает достаточно эффективно, укомплектована специалистами высокой квалификации, необходимыми транспортными средствами и оборудованием.

Имеет место хорошее лекарственное обеспечение медицинских организаций.

Начато внедрение автоматизации процессов оказания медицинской помощи в медицинских организациях третьего III уровня.

Основные проблемы организации оказания медицинской помощи в субъектах ЦФО

В настоящее время средняя продолжительность предстоящей жизни населения области ниже, чем в России на 2 года, что обусловлено, помимо сказанного, высоким уровнем смертности населения от неинфекционных болезней, сохраняющимся высоким уровнем младенческой смертности.

Несмотря на достигнутые успехи в системе маршрутизации пациентов, существуют нерешенные проблемы взаимодействия между медицинскими организациями III уровня, имеют место случаи несвоевременной перегоспитализации детей.

Существует проблема дефицита кадров, в том числе врачей анестезиологов-реаниматологов, узких специалистов

Необходимо взять под контроль профилактические осмотры в декретированные сроки врачами детскими хирургами, провести оценку своевременности и качества медосмотров участковыми педиатрами.

Смертность детей с заболеваниями хирургического профиля в некоторых субъектах высока и

обусловлена травматизмом, несчастными случаями, врожденными пороками развития. Требуется серьезная реформа хирургической службы в этих субъектах (например, в Рязанской области).

Обращает внимание слабая материально-техническая база некоторых государственных организаций здравоохранения области, высокий износ медицинского оборудования, санитарного транспорта (Рязань, Тверь, Владимир).

Необходимо привлечь внимание также к проблеме оказания неотложной помощи вообще в каждой медицинской организации в регионе, особенно это важно в больницах, где нет отделения реанимации, не хватает врачей реаниматологов. Организация работы приемных отделений стационаров требует серьезной реформы, поскольку во многих медицинских организациях нет противошоковых палат (или даже кабинетов для оказания неотложной помощи), нет доступного источника кислорода, нет мешков Амбу, электроаспираторов и другого оборудования для оказания неотложной помощи. При этом у персонала приемных отделений нет навыков по оценке тяжести состояния (обычно проводится только термометрия), нет навыков по оказанию неотложной помощи. Требуется серьезного усовершенствования существующая во всех медицинских организациях клиническая практика, которая зачастую не основывается на современных клинических рекомендациях и принципах доказательной медицины. Даже в медицинских организациях III уровня высока частота нерациональная, чаще избыточной, инфузионной терапии (наиболее частая причина ятрогении в регионе), нерациональной антимикробной терапии, полипрагмазии.

6. Рассмотрение обращений граждан.

Обращения граждан России рассматриваются на регулярной основе. Более 200 за 2019 год. Значительная часть из них касается практических вопросов вакцинации, были даны конкретные практические рекомендации. Однако, беспокоит растущее количество обращений, в том числе коллективных («под копірку»), в которых обозначена антивакцинальная позиция.

7. Взаимодействие с органами государственной власти.

Осуществляется на регулярной основе (департаменты министерства здравоохранения, профильные заместители губернатора) по следующим проблемам: младенческая смертность и пути ее снижения, лекарственное обеспечение отдельных групп пациентов, расширение программ вакцинации детей и взрослых, консультирование пациентов и медицинской документации, рецензирование медицинских документов в сложных случаях.

8. Взаимодействие со средствами массовой информации, просветительская деятельность.

Ведется активная образовательная деятельность, организуются конгрессы, конференции, семинары и вебинары и в Москве, и в других регионах России как очно, с выездами, так и он-лайн.

Принимая во внимание значимость проблемы растущего недоверия к вакцинации среди населения страны, главный внештатный детский специалист по профилактической медицине Л.С. Намазова-Баранова уделяет большое внимание информационной и разъяснительной работе с населением по вопросам профилактических прививок, о необходимости своевременной вакцинации как детей, так и взрослых, посредством научно-популярных статей, участия в различных телевизионных и радиопередачах, в работе сайта для родителей о вакцинопрофилактике профессиональной ассоциации Союза педиатров России https://www.pediatr-russia.ru/parents_information/

Развитие интернет-ресурса, предназначенного для информирования и повышения уровня знаний по вопросам вакцинопрофилактики не только родителей, но обучающие материалы

для специалистов. Разработаны сан-просвет. бюллетени для родителей о практическом опыте проведения профилактических прививок, а также информационные письма, разъясняющие последствия отказа от вакцинации. Под руководством профессора Л.С. Намазовой-Барановой актуализирована монография «Энциклопедия для родителей», включающая современные научно-практические знания, предлагают полезные советы по наиболее актуальным вопросам ухода за ребенком и его воспитанию; а также пособие для родителей «Вакцинация для всех», включающее самые важные вопросы о работе иммунной защиты организма, об опасностях инфекционных болезней и возможностях вакцинопрофилактики и, в первую очередь, практические советы при вакцинации ребенка.

9. Работа с некоммерческими общественными организациями пациентов.

Активное сотрудничество с пациентскими организациями, в особенности, объединяющими пациентов с редкими болезнями. Именно этой категории больных в большей степени нужна помощь, т.к. органами законодательной и исполнительной власти не решены многие вопросы по обеспечению их должным объемом медицинской помощи. Такому положению вещей способствуют редкость патологии, обуславливающая недостаточную информированность врачей и позднюю диагностику; отсутствие для ряда болезней лечения или необходимость применения еще не зарегистрированных в нашей стране лекарственных препаратов, необходимых для предотвращения инвалидизации, улучшения прогноза для жизни; необходимость применения в некоторых случаях off-label терапии; отсутствие единых подходов к диагностике и лечению большого числа болезней детского возраста (отсутствие клинических рекомендаций или наличие несколько вариантов от разных сообществ, затрудняющих принятие верного решения практикующим врачом); отсутствие четкой маршрутизации и понятных источников финансирования при оказании помощи этим детям и др.

Ведется сотрудничество с большим числом пациентских организаций, среди них Общество пациентов с наследственным ангионевротическим отеком, Аниридия Европа, МЦПБА «Радужка», Национальная ассоциация организации больных с редкими заболеваниями «Генетика», Справедливая помощь Доктора Лизы, Дом редких, БЭЛА (Дети-бабочки), Краски этого мира, Хрупкие люди, МБОО «Хангер-синдром», Всероссийское общество орфанных заболеваний, МОО «Содействие инвалидам с детства, страдающим болезнью Гоше, и их семьям», АНО «Ассоциация синдром Ретта», Центр помощи пациентам «Геном»НКО «Острова», «Подсолнух», «Фонд А.Петровой», «Обыкновенное чудо».

10. Работа с некоммерческими общественными организациями медицинских работников.

Независимый экспертный совет в области вакцинопрофилактики

Академик РАН Намазова-Баранова Л.С., являясь ведущим экспертом в области вакцинопрофилактики на территории РФ, Председателем Независимого экспертного совета в области вакцинопрофилактики, который объединил деятельность нескольких профессиональных сообществ специалистов эпидемиологов, инфекционистов, терапевтов и др. координирует деятельность организации, основная деятельность которой направлена на разработку и внедрение эффективных методов профилактики вакциноуправляемых инфекций. В 2019 г. под руководством главного внештатного специалиста были организованы и проводились заседания независимого Экспертного совета в области иммунопрофилактики, в ходе которого утверждённая позиция экспертов была представлена в форме Резолюции экспертной позиции в Министерство здравоохранения РФ и опубликовано в научной печати. На заседаниях Совета обсуждались следующие, наиболее актуальные вопросы отечественной вакцинопрофилактики:

1. 13 февраля 2019 г. «Папилломавирусная инфекция: обзор накопленного опыта в решении мультидисциплинарной проблемы»
2. 04 апреля 2019 г. Заседание Экспертного совета по ротавирусной инфекции и современные возможности вакцинопрофилактики
3. 04 апреля 2019 г. Заседание Экспертного совета по пневмококковой инфекции и дополнительным возможностям вакцинопрофилактики пневмококковой инфекции в педиатрической практике
4. 23 апреля 2019 г. Заседание по вопросам вакцинопрофилактики ВПЧ-ассоциированных заболеваний
5. 24-26 апреля 2019 г. «Вакцинопрофилактика актуальных инфекций у детей» в рамках Всероссийской конференции в Иркутске
6. 29 июня 2019 г. «Иммунизация на протяжении всей жизни – путь к активному долголетию»
7. 07 октября 2019 г. специальная секция Национальной Ассамблеи «Защищенное поколение», посвященная совершенствованию НКПП и расширению эпидемиологических показаний
8. 07 декабря 2019 «Ветряная оспа: серьезная инфекционная угроза для РФ, которая может быть предотвращена вакцинацией»

Кроме того, под руководством академика Л.С. Намазовой-Барановой проводились выездные заседания Экспертного совета в области иммунопрофилактики с привлечением главных специалистов органов управления здравоохранением субъектов РФ, специалистов научно-исследовательских и высших учебных заведений медицинского профиля в различных регионах с рассмотрением следующих вопросов:

1. «Опыт организации региональных программ вакцинопрофилактики ВПЧ-ассоциированных заболеваний в России», г. Екатеринбург, 25 сентября 2019 г.
2. «Папилломавирусная инфекция: решение мультидисциплинарной проблемы и обзор накопленного опыта в регионе», г. Ростов-на-Дону, 20 ноября 2019 г.
3. г. Санкт-Петербург, 12 декабря 2019 г.
4. «Иммунизация на протяжении жизни – путь к активному долголетию», г. Новосибирск, 19 декабря 2019 г.

Целью рабочих совещаний являлось принятие консолидированного мнения экспертов по различным вопросам в области отечественной иммунопрофилактики с обозначением конкретных предложений и плана решений.

Рабочая группа экспертов по вопросам иммунопрофилактики инфекционных болезней представляющая собой совещательный орган при Министерстве здравоохранения под председательством заместителя Министра здравоохранения РФ и заместителя председателя акад. Л.С. Намазовой-Барановой. К полномочиям РГ, согласно её Положению, относится подготовка обоснованных консолидированных предложений и рекомендаций для принятия решений по вопросам совершенствования системы иммунопрофилактики инфекционных болезней, в том числе направленных на иммунизацию населения в рамках национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям. В 2019 г. состоялось 2 заседания рабочей группы, в частности, 11 марта рассматривались вопросы о совершенствовании НКПП в плане применения комбинированных вакцин и введении 3-ей дозы ИПВ, а также возможностях применения живой вакцины против гриппа и проблемах антивакцинального движения и путях преодоления. 5 декабря обсуждался представленный проект изменений НКПП, посвященных важнейшим вопросам совершенствования национального календаря профилактических прививок.

16 февраля 2019 года в Москве в рамках проведения Всероссийского Конгресса педиатров состоялся круглый стол «Роль инноваций в здравоохранении: своевременность оказания медицинской помощи и профилактика заболеваний», в ходе которого эксперты пришли к

единому мнению об обеспечении доступности вакцинопрофилактики ВПЧ-инфекции для всех россиян в кратчайшие сроки.

Впервые, в ходе Конгресса педиатров были обсуждены вопросы добровольческой помощи в системе детского здравоохранения на I Всероссийском Форуме «Волонтеры-медики – детям России», организаторами выступили ВОД «Волонтеры-медики», Федеральный центр поддержки добровольчества и наставничества в сфере охраны здоровья детей Минздрава РФ (директор - Г.Г.Надарейшвили) и Союз педиатров России.

5 декабря 2019 г. на состоявшемся в Российском союзе промышленников и предпринимателей совместном заседании Комиссии РСПП по индустрии здоровья, Комиссии РСПП по фармацевтической и медицинской промышленности, Комитета ТПП РФ по предпринимательству в здравоохранении и медицинской промышленности и Отделения медицинских наук РАН на тему: «Вакцинопрофилактика и развитие отечественного производства вакцин», выступила с докладом, в котором обозначила основные проблемы современной вакцинопрофилактики, требующей совершенствования в условиях современных тенденций развития мировой вакцинологии.

22 марта 2019 г. в составе рабочей группы «Здоровый ребенок» при Координационном совете Правительства РФ по проведению десятилетия детства РФ главный специалист педиатр А.А.Баранов принял участие в обсуждении проблем отечественной вакцинопрофилактики. 2-ое заседание группы «Здоровый ребёнок», состоявшееся 27 июня 2019 г., проводилось под председательством академика А.А.Баранова. На мероприятии обсуждались наиболее острые проблемы современной системы вакцинопрофилактики, в том числе рост отказов от вакцинации среди населения и активность антивакцинального движения, перебои в поставках профилактических прививок, синхронизация плана совершенствования НКПП с отечественными производственными планами. Были обозначены основные направления преодоления проблем, сложившихся в системе организации вакцинопрофилактики, выступавший представитель Минпромторга РФ определил перспективы дальнейшего развития отечественной вакцинологии.

Национальная Медицинская палата

11. Подготовка и проведение конференций, совещаний, публикационная активность.

Главные внештатные детские специалисты по профилактической медицине в федеральных округах являются одними из основных организаторов и членов научного комитета всероссийских педиатрических и специализированных конференций, в том числе с международным участием.

В рамках ежегодного XXI Конгресса педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии» 15 и 16 февраля 2019 г. была организована I Национальная ассамблея «Защищенное поколение», посвященная наиболее актуальным вопросам вакцинопрофилактики. Ассамблея стала уникальной площадкой, объединившей представителей медицинского и научного сообществ, общественности и государственной власти. В ней приняли участие более 9000 человек, 7012 из которых воспользовались специально созданной online-платформой с прямой трансляцией мероприятий ассамблеи и возможностью интерактивного взаимодействия со спикерами. Ассамблея «Защищенное поколение» была аккредитована в системе непрерывного медицинского образования. На заседаниях были освещены основные тенденции современной вакцинопрофилактики. Среди наиболее важных проблем отечественной системы проведения профилактических прививок были обсуждены следующие: растущая значимость эпидемиологического и экономического неблагополучия, обусловленных коклюшной и менингококковой инфекцией, ветряной оспой; преимущества применения комбинированных многокомпонентных вакцин в педиатрической практике; проблемы в ходе реализации национальных программ вакцинопрофилактики пневмококковой инфекции и предложения по их решению; эпидемиологическую и

экономическую эффективность полного курса пассивной иммунопрофилактики РСВ-инфекции с представлением реальной потребности в иммунобиологическом препарате. В принятой резолюции Национальной ассамблеи обозначены конкретные предложения по решению имеющихся проблем. Рабочая группа по подготовке экспертного заключения была сформирована в феврале этого года в рамках Первой национальной ассамблеи «Защищенное поколение» и включает 36 ведущих экспертов профессионального медицинского и научного сообщества России: специалистов по женскому и мужскому здоровью, репродуктивной системе, профилактической медицине, онкологии, гинекологии, иммунологии, педиатрии, эпидемиологии и другим профильным терапевтическим областям.

23 апреля 2019 г. в ходе проведения Всероссийской мультимедийной научно-практической конференции «Актуальные вопросы современной перинатологии» «Сложный случай», состоялось заседание рабочей группы экспертов по вопросам вакцинопрофилактики ВПЧ-ассоциированных заболеваний. Заседание прошло под председательством главы Исполкома Союза педиатров России, академика РАН Лейлы Намазовой-Барановой и члена Комитета Совета Федерации РФ по социальной политике Татьяны Кусайко. Целью мероприятия стало обсуждение консолидированного экспертного заключения о возможности использования массовой вакцинации женского и мужского населения в возрасте 12-13 лет против ВПЧ для снижения заболеваемости и смертности от ВПЧ-ассоциированных заболеваний.

31 мая 2019 г. состоялся круглый стол, посвященный теме ВПЧ-ассоциированных заболеваний и возможности вакцинации, на котором ведущие эксперты под моим председательством ещё раз подчеркнули чрезвычайную важность существующей проблемы и единодушно поддержали решение о необходимости включения папилломавирусной вакцинации в рутинный график иммунизации российских подростков.

Научные статьи, монографии, пособия для врачей:

1. Намазова-Баранова Л.С., Костинов М.П. Микробиота носоглотки, мукозальный иммунитет и частота воспалительных заболеваний лор-органов на фоне применения ИРС 19 у детей с ювенильным ревматоидным артритом / в книге: Руководство по вакцинации и иммунотерапии при лор-патологии: [М. П. Костинов и др.]: под редакцией М. П. Костинова, И. И. Абабя. М.: Изд. Группа "МДВ", 2019. С. 314-332. (448 с.). Тираж 1000 экз.
2. Намазова-Баранова Л.С., Каркашадзе Г.А. Методы интеллектуального анализа разнородных данных и проведение популяционных исследований в целях выявления когнитивных характеристик, охраны психического здоровья и психологического благополучия современных российских школьников /В сборнике: Междисциплинарные подходы к изучению психического здоровья человека и общества материалы научно-практической конференции. М.: Изд. ООО "Издательский дом КДУ", 2019. С. 186-191 (484 с.). Тираж 500 экз.
3. Национальная программа по оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации / Под редакцией Баранова А.А., Тутельяна А.В. / в авторах Баранов А.А., Тутельян А.В., Чумакова О.В., Фисенко А.П., Никитюк Д.Б., Намазова-Баранова Л.С. и др. Методические рекомендации. Москва, 2019. 160 с.
4. Национальная программа оптимизации питания детей в возрасте от 1 года до 3-х лет в Российской Федерации / Под редакцией Баранова А.А., Тутельяна А.В. / в авторах Баранов А.А., Тутельян А.В., Чумакова О.В., Фисенко А.П., Никитюк Д.Б., Батурин А.К., Намазова-Баранова Л.С. и др. Методические рекомендации. Москва, 2019. 36 с.
5. Буллезный эпидермолиз: руководство для врачей / под редакцией Мурашкина Н.Н., Намазовой-Барановой Л.С. М.: ПедиатрЪ, 2019. 444 с. Тираж 1000 экз.
6. Agache I., Annesi-Maesano I., Bonertz A., Branca F., Cant A., Fras Z., Ingenrieth F., Namazova-Baranova L., Odemyr M., Spanevello A., et al. Prioritizing research challenges and funding for allergy and asthma and the need for translational research - The European Strategic Forum on Allergic Diseases. Allergy: European Journal of Allergy and Clinical Immunology. 74(11), с. 2064-2076. Импакт фактор 6,048 / Web of Science, Scopus
7. Aria pharmacy 2018 "Allergic rhinitis care pathways for community pharmacy". ARIA pharmacy 2018 "Allergic rhinitis care pathways for community pharmacy": AIRWAYS ICPs initiative (European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing, DG CONNECT and DG Santé)

- POLLAR (Impact of Air POLLution on Asthma and Rhinitis) GARD Demonstration project. Bosnic-Anticevich, S., Costa, E., Menditto, E., (...), Namazova-Baranova, L., (...), Zuberbier, T., Bousquet, Allergy: European Journal of Allergy and Clinical Immunology. 74(7), c. 1219-1236. Импакт фактор 6,048 / Web of Science, Scopus
8. Bousquet J., Bedbrook A., Czarlewski W., Onorato G.L., Arnavielhe S., Laune D., Mathieu-Dupas E., Fonseca J., Costa E., Lourenço O., Morais-Almeida M., Todo-Bom A., Illario M., Menditto E., Canonica G.W., Cecchi L., Monti R., Napoli L., Ventura M.T., De Feo G. et al. Guidance to 2018 good practice: ARIA digitally-enabled, integrated, person-centred care for rhinitis and asthma // *Clinical and Translational Allergy*. 2019. Т. 9. № 1. С. 16. Импакт фактор 3,539 / Web of Science, Scopus
 9. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) Phase 4 (2018): Change management in allergic rhinitis and asthma multimorbidity using mobile technology. Bousquet, J., Hellings, P.W., Agache, I., (...), Namazova-Baranova, L., (...), Zubrinich, C., Zurkühlen, A. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2019. Т. 143. № 3. С. 864-879. Импакт фактор 12.485 / Web of Science, Scopus
 10. Effects of smoking on the prevalence of allergic disorders in russian adolescents: a retrospective cross-sectional study. Levina Ju., Zvonarev V., Namazova-Baranova L. *Cureus*. 2019. Т. 11. № 1. С. e3912. Импакт фактор / Web of Science, Scopus
 11. European Pediatricians: Speaking with One Voice to Advocate for Children and Their Health. Namazova-Baranova L., Carrasco-Sanz A., Vural M., Huss G., Mestrovic Ju., Barak Sh., Hoey H., Werner A., Schuhmacher M., Pettoello-Mantovani M. *The Journal of Pediatrics*. 2019. Т. 211. С. 227-228. Импакт фактор 3.739 / Web of Science, Scopus
 12. Fewtrell M., Kennedy K., Lukoyanova O.L., Wei Z., Borovik T.E., Potak D., Namazova-Baranova L., Schanler R. Short-term efficacy of two breast pumps and impact on breastfeeding outcomes at 6 months in exclusively breastfeeding mothers: a randomised trial // *Maternal and Child Nutrition*. 2019. № 6/н. С. e12779. Импакт фактор 3,233 / Web of Science, Scopus
 13. Fostering Resilience in Children: The Essential Role of Healthcare Professionals and Families. Pettoello-Mantovani M., Pop T.L., Mestrovic J., Nigri L., Namazova-Baranova L., Vural M., Çokuğraş F.C., Ferrara P., Giardino I., Carrasco-Sanz A. *The Journal of Pediatrics*. 2019. Т. 205. С. 298-299.e1. Импакт фактор 3.739 / Web of Science, Scopus
 14. Hoogman M., Muetzel R., Guimaraes J.P., Shumskaya E., Mennes M., Zwiers M.P., ... Namazova-Baranova L., ... et al. Brain imaging of the cortex in adhd: a coordinated analysis of large-scale clinical and population-based samples // *American Journal of Psychiatry*. 2019. № 6/н. С. 1-20. Импакт фактор 13.391 Web of Science, Scopus
 15. Improving the quality of care delivered to adolescents in europe: a time to invest. Michaud P.A., Weber M.W., Namazova-Baranova L., Ambresin A.E. *Archives of Disease in Childhood*. 2019. Т. 104. № 3. С. 214-216. Импакт фактор 3.258 / Web of Science, Scopus
 16. Menditto E., Costa E., Midão L., Bosnic-Anticevich S., Novellino E., ... Namazova-Baranova L., ... et al. Adherence to treatment in allergic rhinitis using mobile technology. The mask study // *Clinical & Experimental Allergy*. 2019. Т. 49. № 4. С. 442-460. Импакт фактор 4,769 / Web of Science, Scopus
 17. Moiseev S., Fomin V., Savostyanov K., Pushkov A., Moiseev A., Svistunov A., Namazova-Baranova L. The Prevalence and Clinical Features of Fabry Disease in Hemodialysis Patients: Russian Nationwide Fabry Dialysis Screening Program // *Nephron*. 2019. 141(4), c. 249-255. С. 1-7. Импакт фактор 2,203 Web of Science, Scopus
 18. Next-generation ARIA care pathways for rhinitis and asthma: A model for multimorbid chronic diseases. Bousquet, J.J., Schünemann, H.J., Togias, A., (...), Namazova-Baranova, L., (...), Zhong, N.S., Zidarn, M. *Clinical and Translational Allergy*. 2019. Т. 9. № 1. С. 44. Импакт фактор 3,539 / Web of Science, Scopus
 19. Pettoello-Mantovani M., Çullu Çokuğraş F., Vural M., Mestrovic Ju., Nigri L., Piazzolla R., Giardino I., Conoscitore M., Namazova-Baranova L. Pilot study for the understanding and use of probiotics by different paediatric healthcare professionals working in different European countries // *Italian Journal of Pediatrics*. 2019. Т. 45. № 1. С. 57-67. Импакт фактор 1.963 / Web of Science, Scopus

20. Prevention and Therapeutic Innovation in the Management of Child Health. Hoey H., Stephenson T., Namazova-Baranova L., Pettoello-Mantovani M., Mestrovic Ju., Vural M., Crushell E. The Journal of Pediatrics. 2019. T. 208. C. 300-301. Импакт фактор 3.739 / Web of Science, Scopus
21. The Risk of Gambling Disorders in Children and Adolescents. Ferrara P., Vural M., Cokugras F.C., Nigri L., Pop T.L., Mestrovic J., Namazova-Baranova L., Pettoello-Mantovani M., Giardino I. The Journal of Pediatrics. 2019. T. 210, c. 245-247.e1. Импакт фактор 3.739 / Web of Science, Scopus
22. Lifelong Negative Influence of School Violence on Children. Journal of Pediatrics. Ferrara, P., Franceschini, G., Namazova-Baranova, L., (...), Sacco, M., Pettoello-Mantovani, M. Journal of Pediatrics. 2019. Volume 215, December 2019, Pages 287-288.e2. Импакт фактор 3.739 / Web of Science, Scopus
23. The Role of Healthy Lifestyle Promotion, Counseling, and Follow-up in Noncommunicable Diseases Prevention. Pop, T.L., Namazova-Baranova, L., Mestrovic, J., (...), Ferrara, P., Pettoello-Mantovani, M. Journal of Pediatrics. 2019. DOI: 10.1016/j.jpeds.2019.10.061 Импакт фактор 3.739 / Web of Science, Scopus (*Статья в печати*)
24. Multicenter study of serotype distribution of Streptococcus pneumoniae nasopharyngeal isolates from healthy children in the Russian Federation after introduction of PCV13 into the National Vaccination Calendar. Sidorenko, S., Rennert, W., Lobzin, Y., Briko, N., Kozlov, R., Namazova-Baranova, L., (...), Chagaryan, A., Sheglinkova, N. Diagnostic Microbiology and Infectious Disease. 2019. 2019, Номер статьи 114914. Импакт фактор 2.338 / Web of Science, Scopus (*Статья в печати*)
25. Enigma and global neuroscience: a decade of large-scale studies of the brain in health and disease across more than 40 countries. Namazova-Baranova L. / Thompson P., Jahanshad N., Ching Ch.R.K., Salminen L., Thomopoulos S.I., Bright J., Baune B.T., Bertolin S., Bralten Ja., Bruin W.B., Bülow R., Chen J., Chye Ya., Dannlowski U., de Kovel C.G.F., Donohoe G., Eyler L., Faraone S.V., Favre P., Filippi C.A. et al. статья в открытом архиве PsyArXiv. DOI: 10.31234/osf.io/qnsh7
26. Subcortical brain volume, regional cortical thickness and cortical surface area across attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD), autism spectrum disorder (asd), and obsessive-compulsive disorder (OCD). Boedhoe P.S.W., van Rooij D., Hoogman M., Twisk J.W.R., Schmaal L., Abe Y., Alonso P., Ameis S.H., Anikin A., Anticevic A., Aherson Ph., Arango C., Arnold P.D., Assogna F., Auzias G., Banaschewski T., Baranov A., Batistuzzo M.C., Baumeister S., Baur-Streubel R. et al. статья в открытом архиве bioRxiv. DOI: 10.1101/673012
27. The survival of patients with mucopolysaccharidosis: analysis of 117 cases of russian patients Vashakmadze N., Namazova-Baranova L., Zhurkova N., Gevorkyan A., Kuzenkova L., Podkletnova T., Rykunova A., Privalova T., Komarova E. Molecular Genetics and Metabolism. 2019. T. 126. № 2. C. S148. Импакт фактор 3.610 / Web of Science, Scopus
28. Molecular description of the first case of hunter syndrome burdened with turner syndrome in russian girl. Pushkov A., Savostyanov K., Trufanov S., Sladkov D., Zhurkova N., Namazova-Baranova L. Molecular Genetics and Metabolism. 2019. T. 126. № 2. C. S121. Импакт фактор 3.610 / Web of Science, Scopus
29. Glucosylfingosine (lyso-gl1) may be the primary biomarker for screening gaucher disease in Russian patients. Savostyanov K., Pushkov A., Mura'vova L., Movsisyan G., Rykunova A., Ponomarev R., Lukina K., Lukina E., Namazova-Baranova L. Molecular Genetics and Metabolism. 2019. T. 126. № 2. C. S130. Импакт фактор 3.610 / Web of Science, Scopus
30. Clinical criteria for the early detection of mucopolysaccharidosis type i in pediatric practice. Vashakmadze N., Namazova-Baranova L., Gevorkyan A., Kuzenkova L., Podkletnova T., Fadeeva M., Demura S., Zhurkova N. Molecular Genetics and Metabolism. 2019. T. 126. № 2. C. S147-S148. Импакт фактор 3.610 / Web of Science, Scopus
31. Efficacy of sublingual immunotherapy in children with birch pollen allergy and different ige profiles to recombinant component-resolved allergens. Ereshko O., Makarova S., Namazova-Baranova L.S., Vishneva E., Snovskaya M., Alexeeva A. Allergy. 2019. T. 74. № S106. C. PD0386. Импакт фактор 6,048 / Web of Science, Scopus

32. Follow-up of patients with bronchial asthma after discontinuation of omalizumab. Vishneva E.A., Namazova-Baranova L.S., Arimova P., Dobrynina E., Alexeeva A.A., Levina Y., Efendieva K.E., Kalugina V., Selimzyanova L.R. *Allergy*. 2019. T. 74. № S106. C. TP1266. Импакт фактор 6,048 / Web of Science, Scopus
33. Prevalence of ige sensitization to food and respiratory allergens in children. Snovskaya M., Makarova S., Valenta R., Kiss R., Lupinek C., Namazova-Baranova L.S., Ereshko O., Vishneva E.A., Alekseeva A.A., Yasakov D. *Allergy*. 2019. T. 74. № S106. C. TP1498. Импакт фактор 6,048 / Web of Science, Scopus
34. Methylation and expression of tlr2 and tlr4 and their role in asthma. Svitich O.A., Bystritskaya E.P., Bystritskaya E.P., Gankovsky V.A., Namazova-Baranova L.S., Gankovskaya L.V. *Allergy*. 2019. T. 74. № S106. C. LBP1787. Импакт фактор 6,048 / Web of Science, Scopus
35. Margarita Kuznecova, Leyla Namazova-Baranova, Ayaz Mamedyarov, Lyudmila Kuzenkova, Aleksey Kurenkov, Olga Klochkova. P498 Botulinum toxin therapy in patients with cerebral palsy under two years. *Archives of Disease in Childhood Jun 2019*, 104 (Suppl 3) A352; DOI: 10.1136/archdischild-2019-epa.834 Импакт фактор 3,158 / Web of Science, Scopus
36. Nato Vashakmadze, Leyla Namazova-Baranova, Tatiana Privalova, Anastasia Rykunova, Natalya Zhurkova, Elena Komarova. P44 Heart pathology in patients with syndrome maroto-lamy. *Archives of Disease in Childhood Jun 2019*, 104 (Suppl 3) A173; DOI: 10.1136/archdischild-2019-epa.399 Импакт фактор 3,158 / Web of Science, Scopus
37. Irina Gordeeva, Svetlana Makarova, Kirill Savostyanov, Leyla Namazova-Baranova, Alexandr Pushkov, Dasha Golubova, Andrey Surkov, Oksana Ereshko, Maria Golubova. GP174 Allergy-focused history questionnaire and assessment of genotype of polymorphic marker rs182549 in the MCM6 gene allow to optimize the diet for children with inflammatory bowel diseases. *Archives of Disease in Childhood Jun 2019*, 104 (Suppl 3) A100-A101; DOI: 10.1136/archdischild-2019-epa.235 Импакт фактор 3,158 / Web of Science, Scopus
38. Julia Levina, Leyla Namazova-Baranova, Kirill Savostyanov, Alexander Pushkov, Alexey Burdenyy, Anna Alekseeva, Kamilla Efendieva, Elena Vishneva. GP5 The immunogenetics and risk factors of pollinosis among russian children. case-control study. *Archives of Disease in Childhood Jun 2019*, 104 (Suppl 3) A31; DOI: 10.1136/archdischild-2019-epa.72 Импакт фактор 3,158 / Web of Science, Scopus
39. Irina Belyaeva, Leyla Namazova-Baranova, Elena Bombardirova, Potekhina Tatiana, Illarionova Maria, Turti Tatiana. GP264 Protein dotation necessity in late preterm infants with IUGR: need to revise guidelines. *Archives of Disease in Childhood Jun 2019*, 104 (Suppl 3) A140; DOI: 10.1136/archdischild-2019-epa.323 Импакт фактор 3,158 / Web of Science, Scopus
40. Does infant sex predict maternal breastfeeding perception, expressed breast milk volume and breastfeeding status at 3 and 6 months in China, Russia and the United Kingdom? Sarah Dib1, Jinyue Yu1, Kathy Kennedy, Olga Lukoyanova, Zhuang Wei, Tatiana Borovik, Leyla Namazova-Baranova, Mary Fewtrell. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*: May 15, 2019. Volume 68. Issue . P. 1149. Импакт фактор 3,015 / Web of Science, Scopus
41. Maternal feeding attitudes, infant eating behaviour and exclusive breastfeeding: data from a multi-centre study. Jinyue Yu, Sarah Dib, K Kennedy, Olga Lukoyanova, Zhuang Wei, Tatiana Borovik, Leyla Namazova-Baranova, Mary S Fewtrell. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*: May 15, 2019. Volume 68. Issue . P. 1196. Импакт фактор 3,015 / Web of Science, Scopus

12. Участие в общероссийских и международных мероприятиях

1. Всероссийская научно-практическая конференции с международным участием «Актуальные проблемы эпидемиологии инфекционных и неинфекционных болезней», совместно с проведением заседания профильной комиссии по специальности «Эпидемиология» 24–25 октября 2019 г. - «От программирования здоровья к здоровому старению – место и роль вакцинации.»;
2. Всероссийская научно-практическая конференция «Современная иммунопрофилактика: вызовы, возможности, перспективы» Роспотребнадзор - «Вызовы современного мира и

- актуальность вакцинации»; "Инфекционные болезни у детей: диагностика, лечение и профилактика" - «Роль врача в преодолении сомнений в отношении вакцинации»;
3. Конгресс РАСПМ – «Медицинские аспекты иммунопрофилактики РСВ инфекций»;
 4. Второй международный форум онкологии и радиологии – « Вклад вакцинопрофилактики в снижение бремени ВПЧ-ассоциированной онкопатологии»;
 5. Всероссийская научно-практическая конференция «Фармакотерапия и диетология в педиатрии в рамках 4 Конгресса педиатров Урала с международным участием, 24-27 сентября 2019 г., Екатеринбург - «Вакцинация сегодня – с какими проблемами мы сталкиваемся?», «Программирование здоровья детей: от рождения к долголетию», «Пневмококковая инфекция – научились ли мы ее контролировать?», «Иммунизация на протяжении всей жизни – приоритетное направление здравоохранения», «Роль врача в преодолении сомнений в отношении вакцинации», Аллергия у детей в XXI веке. Что мы знаем?», «Эпидемиология сенсibilизации у детей»
 6. Второй региональный родительский форум «Подростки, родители, рок-н-ролл» - «Программирование здоровья детей. Роль ответственного родительства»;
 7. Заседание рабочей группы «Современная инфраструктура детства» при координационном совете при Правительстве РФ - «Научные исследования в педиатрии»;
 8. Заседания Экспертного совета по здравоохранению Комитета Совета Федерации по социальной политике по вакцинопрофилактике ВПЧ-ассоциированных заболеваний - "Эффективность и перспективы внедрения гендерно-нейтральной программы массовой вакцинопрофилактики населения в возрасте 12-13 лет от ВПЧ в России";
 9. Международный молодежный форум «Молодежь. Наука. Безопасность» - «Вызовы современного мира – как наука может помочь сохранить здоровье нации», «Незримые угрозы. Медико-биологическая безопасность»;
 10. Конференция экспертов - «Региональные календари иммунизации населения – как инструмент управления инфекционной заболеваемостью на территории»
 11. 22 – 25 мая 2019 года, Тбилиси, Грузия, Международная конференция педиатрической Академии Грузии. Доклад: «Resistance to antibiotics as the main challenge of present times; how to deal with it?»
 12. 13 – 15 июня 2019 года, 9-й Европейский конгресс педиатров. Europaediatrics-2019. Дублин (Ирландия). Доклад: «New challenges in the management of children with food allergy», «Vaccine hesitancy: joining forces to promote and improve vaccine uptake -Views of the National President – Russia», «Home based parent held medical records in Europe -Report of data from Non-EU countries», «Experience and outcome of school medicine practice in Russia - goals and priorities», «Implementation of child rights based approaches in health services: challenges and perspectives»
 13. 17-19 октября 2019, PEDIATRIC ALLERGY AND ASTHMA MEETING (PAM), EAACI, председатель симпозиума PRO/CON Session "Children with allergic asthma should be treated with biologicals"
 14. 23 – 27 ноября 2019, workshop on 'Neurological Outcomes in Lysosomal Storage Disorders.