

УДК 614.2+616-053.32/.34-082-091+618.3-06+612.017.11+364.26-053.2
DOI: 10.56871/МНСО.2022.98.58.003

СЛУЖБА КАТАМНЕЗА КАК СОВРЕМЕННОЕ НАПРАВЛЕНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА

© Елена Владимировна Плотникова^{1, 2}

¹ Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий. 198205, Российская Федерация, г. Санкт-Петербург, ул. Авангардная, д. 14, лит. А

² Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова. 197022, Российская Федерация, г. Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8

Контактная информация: Елена Владимировна Плотникова — заместитель главного врача по КДЦ и амбулаторной работе, старший научный сотрудник НИИ педиатрии и детской хирургии. E-mail: dr.konstantinovapi@gmail.com

Для цитирования: Плотникова Е.В. Служба катамнеза как современное направление организации медицинской помощи детям с последствиями заболеваний перинатального периода // Медицина и организация здравоохранения. 2022. Т. 7. № 4. С. 24–31. DOI: <https://doi.org/10.56871/МНСО.2022.98.58.003>

Поступила: 05.09.2022

Одобрена: 30.11.2022

Принята к печати: 22.12.2022

РЕЗЮМЕ. Катamnестическое наблюдение — новая, более эффективная форма организации медицинской помощи детям группы риска развития стойких нарушений функций организма и ограничений жизнедеятельности в связи с перинатальной патологией в анамнезе. В нозологической структуре пациентов, направленных на госпитализацию в отделение катamnеза, подавляющее большинство (93,6%) составили дети с болезнями, относящимися в соответствии с МКБ-10 к классу «Болезни нервной системы» (G00–G99); 3,2% — с заболеваниями, относящимися к классу «Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения» (Q00–Q99), и такая же доля (3,2%) — с диагнозами, относящимися к другим классам заболеваний. Работа отделения катamnеза в режиме дневного стационара позволяет в кратчайшие сроки обеспечить необходимый объем помощи и при необходимости направить ребенка на отборочную комиссию для госпитализации в Городской центр реабилитации. В течение одной госпитализации в Центр по 5 различных курсовых методов лечения получил почти каждый десятый ребенок (9,5%), по 6 различных методов — 31,0%, по 7 методов — каждый пятый пациент (21,4%) и большая часть (38,1%) — 8 и более видов лечения. В среднем каждому пациенту в исследуемой группе было выполнено по $7,11 \pm 1,1$ различных реабилитационных курсовых видов лечения в течение одной госпитализации. Госпитализация в отделение катamnеза и Центр реабилитации на койки дневного стационара позволит обеспечить необходимый объем лечебно-диагностической помощи данной категории детей.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: недоношенные дети; перинатальная патология; реабилитация; катamnез.

FOLLOW-UP SERVICE AS A MODERN DIRECTION IN THE ORGANIZATION OF MEDICAL CARE FOR CHILDREN WITH THE CONSEQUENCES OF PERINATAL DISEASES

© Elena V. Plotnikova^{1, 2}

¹ Children's City Multidisciplinary Clinical Specialized Center for High Medical Technologies. Avangardnaya 14/A, Saint Petersburg, Russian Federation, 198205

² First Saint Petersburg State Medical University named after acad. I.P. Pavlova. Leo Tolstoy 6–8, Saint Petersburg, Russian Federation, 197022

Contact information: Elena V. Plotnikova — Deputy Chief Physician for CDC and outpatient work, Senior Researcher at the Research Institute of Pediatrics and Pediatric Surgery. E-mail: dr.konstantinovapi@gmail.com

For citation: Plotnikova EV. Follow-up service as a modern direction in the organization of medical care for children with the consequences of perinatal diseases. *Medicine and health care organization (St. Petersburg)*. 2022;7(4):24-31. DOI: <https://doi.org/10.56871/MHCO.2022.98.58.003>

Received: 05.09.2022

Revised: 30.11.2022

Accepted: 22.12.2022

ABSTRACT. Follow-up observation is a new, more effective form of organizing medical care for children at risk of developing persistent dysfunctions of the body and disability due to a history of perinatal pathology. In the nosological structure of patients referred for hospitalization in the catamnesis department, the vast majority (93.6%) were children with diseases related to the class «Diseases of the nervous system» (G00–G99) according to ICD-10; 3.2% — with diseases belonging to the class «Congenital anomalies (malformations), deformities and chromosomal disorders» (Q00–Q99) and the same proportion (3.2%) — with diagnoses related to other classes of diseases. The work of the follow-up department in the day hospital mode allows you to provide the necessary amount of assistance as soon as possible, and, if necessary, send the child to the selection committee for hospitalization in the City Rehabilitation Center. During one hospitalization at the Center, almost every tenth child (9.5%) received 5 different course methods of treatment, 31.0% received 6 different methods, every fifth patient (21.4%) received 7 methods and most (38.1%) — 8 or more types of treatment. On average, each patient in the study group underwent $7,11 \pm 1,1$ different rehabilitation course types of treatment during one hospitalization. Hospitalization in the catamnesis department and the Rehabilitation Center in day hospital beds will provide the necessary amount of medical and diagnostic care for this category of children.

KEY WORDS: premature babies; perinatal pathology; rehabilitation; catamnesis.

ВВЕДЕНИЕ

На здоровье детей влияет патология периода новорожденности, которая связана с гестационным сроком при рождении, степенью гипоксии, тяжестью внутриутробной инфекции, степенью родового травматизма [3, 4]. Некоторые проблемы, возникшие в детстве, могут со временем лишь усиливаться, если их не решить немедленно. На такие проблемы нужно обращать внимание и пытаться справиться с ними как можно скорее. Патологические процессы у маловесных недоношенных детей требуют последующего клинико-неврологического, лабораторного, инструментального мониторинга для контроля динамики нарушений. Эффективное медицинское сопровождение детей, перенесших тяжелую перинатальную патологию, возможно в условиях специальных центров наблюдения. Амбулаторное квалифицированное сопровождение данной категории детей успешно может проводиться в кабинетах, отделениях катамнеза, созданных на базе многопрофильных детских больниц [5].

Кагамнестическое наблюдение — новая, более эффективная форма организации медицинской помощи детям группы риска. К ней относятся дети с риском развития стойких нарушений функций организма и ограничений жизнедеятельности в связи с перинатальной патологией в анамнезе.

По данным официальной статистики, в 2020 г. в Санкт-Петербурге почти каждый пятый новорожденный (19,7%) имел в анамнезе патологию, возникшую в перинатальном периоде, и каждый десятый (11,9%) — врожденные anomalies. Абилитацию и реабилитацию должны получать дети с вышеуказанными нарушениями и новорожденные с экстремально низкой и очень низкой массой тела.

Применение новых технологий выхаживания глубоко недоношенных детей приводит к выживанию детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела при рождении, детей с врожденными патологиями и заболеваниями, возникшими в перинатальном периоде на первых этапах выживания и реабилитации [1, 2].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

На основании изучения и анализа медико-статистической характеристики детей с последствиями заболеваний перинатального периода, лечившихся в условиях стационара, представить возможные пути совершенствования системы организации медицинской помощи данному контингенту детей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для изучения видов и объемов медицинской помощи, оказанной детям с последствиями заболеваний перинатального периода, прохо-

дившим динамическое наблюдение и реабилитацию в службе катамнеза, было проведено выборочное исследование 1700 медицинских карт пациентов, лечившихся в СПб ГБУЗ «Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий» (СПб ГБУЗ «ДГМКСЦВМТ»). Необходимые для анализа данные выкопировывались на специально разработанные «Карту изучения случая оказания медицинской помощи детям с последствиями заболеваний перинатального периода в отделении катамнеза» и «Карту изучения случая оказания медицинской помощи детям с последствиями заболеваний перинатального периода в Центре реабилитации» из медицинской карты стационарного больного (учетная форма № 003 (у)).

При обработке полученных данных использовался расчет относительных показателей, средних арифметических величин (M), ошибок средних величин и показателей ($\pm m$), коэффициент корреляции (r).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В соответствии с разработанным в СПб ГБУЗ «ДГМКСЦВМТ» 3-этапным алгоритмом лечения, абилитация и реабилитация новорожденных на 1-м этапе проводится в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных, а на 2-м этапе выхаживания — в отделении патологии новорожденных. Третий этап — служба долгосрочного наблюдения (катамнез) и (ре)абилитации, может осуществляться по решению врачебной комиссии на амбулаторном уровне или в стационаре в зависимости от тяжести выявленных или прогнозируемых нарушений. Маршрутизация детей зависит от тяжести состояния при рождении, последующих осложнений и прогнозируемых исходов. У детей с последствиями перинатальной патологии или рожденных раньше срока в младенческом возрасте отмечаются неврологические, соматические и сенсорные нарушения, а также особенности психического развития. Основными медицинскими проблемами этих детей являются: отставание в физическом и психомоторном развитии; функциональная незрелость различных органов и систем, ретинопатия недоношенных и тугоухость; бронхолегочная дисплазия и дыхательные расстройства; нарушения желудочно-кишечного тракта и расстройства питания; гематологические нарушения; остеопения и анемия недоношенных; снижение иммунитета. Сегодня специалистам хорошо известны психологические особенности недоношенных детей: они проявляют меньше положительных эмоций,

чаще отводят взгляд, меньше вокализируют, более суетливы и раздражительны, быстро утомляются, их сигналы трудно читаемы, уровень саморегуляции у них ниже в сравнении с доношенными сверстниками. Вместе с тем установлено, что по мере взросления недоношенного ребенка на показатели его развития и адаптации все большее влияние оказывают социальные факторы, а не тяжесть основного заболевания.

Наиболее сложная и тяжелая группа детей с прогностически неблагоприятными исходами должна наблюдаться в отделении дневного стационара на базе многопрофильной больницы. Показания к наблюдению в отделении катамнеза на базе многопрофильной детской больницы:

- дети, рожденные на раннем сроке гестации и имеющие очень низкую или экстремально низкую массу тела;
- пребывание на искусственной вентиляции легких более двух недель;
- оперативные вмешательства в неонатальном периоде;
- выявленные тяжелые нарушения к моменту выписки:
- отставание в физическом и психомоторном развитии относительно скорректированного возраста;
- функциональная незрелость органов и систем;
- судорожный синдром в периоде новорожденности или признаки перивентрикулярной лейкомаляции (ПВЛ);
- ретинопатия недоношенных и тугоухость;
- расстройства питания и нарушения желудочно-кишечного тракта;
- анемия и другие гематологические нарушения.

На базе СПб ГБУЗ «ДГМКСЦВМТ» был апробирован биопсихосоциальный подход, организационно реализованный в последовательно созданной службе катамнеза и (ре)абилитации, имеющей три ступени: кабинет катамнеза в КДЦ, отделение катамнеза, центр реабилитации для детей.

Первая ступень службы включает работу кабинета катамнеза в виде консультативной помощи, восстановительного лечения и оздоровления детей, перенесших перинатальную патологию. В амбулаторном режиме (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения) проходят консультативные осмотры педиатра, невролога, офтальмолога и других специалистов по 20 профилям, в том числе кардиохирурга, нейрохирурга, гематолога, травматолога-ортопеда, детского хирурга. Осуществляется ведение Регистра и координация процесса абилитации и реабилитации детей, прошедших первые два этапа, оценивается реабилитационный потенциал. За счет внебюджетных

средств амбулаторно проводятся курсы физиотерапевтического лечения (ФТЛ), массажа, лечебной физической культуры (ЛФК), занятия в водолечебнице и сеансы гидротерапии. Отработан алгоритм наблюдения детей по индивидуальным программам динамического наблюдения. В декретированные сроки или при ухудшении состояния дети госпитализируются в стационар. При отсутствии показаний к дальнейшему лечению и реабилитации ребенок направляется в детскую поликлинику по месту жительства. В возрасте трех лет катamnестическое наблюдение ребенка, родившегося недоношенным или имеющего патологию перинатального периода (ППП), заканчивается. Ребенок передается под наблюдение участковому педиатру, при необходимости — узкому специалисту по требуемому профилю. Расчетная мощность кабинета катamnеза — 4000 посещений в год с учетом работы педиатра/неонатолога, невролога и офтальмолога.

Вторая ступень — организация отделения катamnестического наблюдения в режиме дневного стационара для детей целевой группы с перинатальной патологией в анамнезе. Госпитализация пациентов в дневной стационар осуществляется в плановом порядке (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения). В отделении организовано углубленное медицинское обследование в декретированные сроки и по показаниям, психолого-педагогическая диагностика раннего развития, психического здоровья, детско-родительских отношений, подбор технологий и методов (ре)абилитации. Госпитализация, в том числе и краткосрочная, позволяет обеспечить необходимый объем лечебно-диагностической помощи; провести медикаментозное лечение и коррекцию нутритивного статуса; определить сроки вакцинации; подобрать и начать лечебные манипуляции (ФТЛ, массаж, рефлексотерапию и др.) и психолого-педагогическую коррекцию; обучить родителей методикам ухода за ребенком с особенностями здоровья. Расчетная мощность — 30 детей в день, что составляет 7 400 койко-дней в год.

Третьей ступенью службы является Центр реабилитации, созданный для лечения неврологических и нейромышечных заболеваний, когнитивных расстройств, нарушений развития речи. Расчетная мощность Центра — до 2000 детей в год. Основными принципами работы являются раннее начало и активное проведение терапии до сроков появления стойких и необратимых нарушений функционирования (18–24 месяца жизни), междисциплинарный и семейно-центрированный подходы. Огромная роль в (ре)абилитации

детей отводится родителям и их реабилитационным компетенциям, что обеспечивает поддержание ресурса семьи и увеличение часов терапии (домашняя программа).

При анализе медико-статистической характеристики детей, госпитализированных на отделение катamnеза впервые, было выявлено, что их средний возраст составил 10,57 месяцев (95% доверительный интервал (ДИ) 10,04–11,02).

В возрастной структуре детей, впервые госпитализированных на отделение катamnеза, большую долю (37,0%) составили дети в возрасте от 1 до 6 месяцев, в том числе 19,8% — до 4 месяцев (средний возраст — 3,7 месяца (95% ДИ 3,48–3,9)), почти 1/3 (32,0%) детей были в возрасте 7–12 месяцев (средний возраст — 9,8 месяца (95% ДИ 9,3–10,29)), 17,1% были в возрастной группе 13–18 месяцев (средний возраст — 15,8 месяца (95% ДИ 15,01–16,59)) и несколько меньше (12,7%) составили дети в возрасте полутора лет и старше (средний возраст — 28,6 месяца (95% ДИ 27,17–30,02)).

Средний возраст детей, госпитализированных в отделение катamnеза повторно, составлял уже 12 месяцев (95% ДИ 11,4–12,6), госпитализированных 3 раза и более — 15,6 месяца (95% ДИ 14,8–16,4). В гендерной структуре госпитализированных детей незначительно преобладали мальчики (56,3%) и, соответственно, 43,7% — девочки.

В нозологической структуре пациентов, направленных на госпитализацию в отделение катamnеза, подавляющее большинство (93,6%) составили дети с болезнями, относящимися в соответствии с МКБ-10 к классу «Болезни нервной системы»; 3,2% — с заболеваниями, относящимися к классу «Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения», и такая же доля (3,2%) — с диагнозами, относящимися к другим классам заболеваний.

В настоящее время отмечено появление ряда болезней («специфическая» патология недоношенных), не наблюдавшихся ранее, которые существенно ухудшают состояние ребенка в остром и отдаленном периодах. На степень эффективности проведения реабилитационных мероприятий влияет множество факторов, среди которых и наличие у ребенка сопутствующих заболеваний, что требует дополнительных консультаций врачей-специалистов, а также изменения и дополнения программ методик реабилитации. Сочетанная патология стала доминирующей характеристикой недоношенных детей. Сопутствующие заболевания имели абсолютное большинство (96,9%) детей (в среднем 4,81 (95% ДИ 4,56–5,05)), в том числе 32,6% — 6 заболеваний и более (в среднем

7,41 (95% ДИ 7,03–7,78)), 21,1% — по 5 сопутствующих заболеваний, 20,3% — по 4 заболевания, 12,3% — по 3 заболевания, и по 5,3% имели 2 и 1 сопутствующее заболевание.

Среднее число сопутствующих заболеваний отличается у пациентов с различной кратностью госпитализаций на отделение катамнеза. Можно отметить прямую корреляционную связь числа сопутствующих заболеваний и числа госпитализаций в отделение (коэффициент корреляции $r=0,91$).

Все пациенты без сопутствующих заболеваний или имеющие одно сопутствующее заболевание на момент проведения исследования были госпитализированы в дневной стационар только один раз, тогда как пациенты, имеющие 6 сопутствующих заболеваний и более, были госпитализированы более двух раз (табл. 1).

Среднее число сопутствующих заболеваний у детей, госпитализированных 1 раз, составило 4,7 (95% ДИ 4,46–4,93), у госпитализированных 2 раза — 5,06 (95% ДИ 4,8–5,3), госпитализированных 3 раза и более — 7,4 (95% ДИ 7,03–7,77).

Таким образом, можно отметить достаточно тяжелое соматическое состояние детей, проходящих обследование, лечение и (ре)абилитацию на отделении катамнеза.

Результаты изучения длительности пребывания пациентов в отделении катамнеза показали, что средняя длительность пребывания детей, госпитализированных в отделение в первый и во второй раз за изученный период, составила $14,67 \pm 1,25$ дня и $15,15 \pm 0,89$ дня среди детей, госпитализированных в отделение более двух раз.

Определенное влияние на длительность лечения в отделении может оказывать наличие у пациентов сопутствующих заболеваний. В исследованной нами группе детей наличие сопутствующих заболеваний повлияло на срок лечения ($14,53 \pm 1,2$ дня — с наличием сопутствующих заболеваний, $11,7 \pm 1,2$ дня — без них).

Основой реабилитации/реабилитации является комплексный междисциплинарный подход, то есть осмотр пациентов несколькими врачами разных специальностей для уточнения программы проведения лечения.

Практически всем детям, госпитализированным в отделение катамнеза (98,3%), были проведены консультации узких специалистов. Кроме специалистов медицинского профиля, детям проводят диагностику и терапию специалисты-психологи педагогического направления. В среднем одного пациента консультировали $5,02 \pm 0,1$ специалиста разного профиля. Большую долю пациентов (37,3%) консультировали три специалиста; практически в равных долях были представлены дети, проконсультированные четырьмя (20,2%) и двумя (19,2%) специалистами; 15,7% — консультировали пять и более специалистов и только 7,6% были проконсультированы врачом одной специальности.

Можно отметить возрастание среднего числа консультаций разными специалистами при увеличении кратности госпитализаций в отделение: $4,9 \pm 0,1$ при первой госпитализации, $5,2 \pm 0,2$ — при второй и $5,6 \pm 0,2$ — при третьей и последующих. Наибольшая доля (10,2%) детей, осмотренных только одним врачом-специалистом, была при первой госпитализации, значительно меньше (3,6%) при второй, и не осматривались врачами-специалистами при третьей и более госпитализациях. При этом отмечался прирост доли детей, осмотренных четырьмя специалистами: с 19,4% при первой госпитализации до 33,3% при третьей и последующих.

Подавляющее большинство детей, госпитализированных в отделение катамнеза (90,4%), были проконсультированы неврологом, более 3/4 (79,4%) детей были проконсультированы логопедом, несколько меньшую долю (77,0%) консультировал врач-физиотерапевт, практически такую

Таблица 1

Распределение пациентов с разным числом госпитализаций на отделение катамнеза по количеству сопутствующих заболеваний, %

Table 1

Distribution of patients with different numbers of hospitalizations per catamnesis department by the number of comorbidities, %

| Число госпитализаций в отделение катамнеза / Number of hospitalizations in the catamnesis department | Количество сопутствующих заболеваний / Number of comorbidities | | | | | | | Итого / Total |
|---|---|-----|------|------|------|-----------|-----------------------------------|------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 и более | Отсутствуют / No comorbidities | |
| 1 | 7,6 | 5,7 | 11,4 | 17,7 | 21,5 | 31,6 | 4,5 | 100,0 |
| 2 | – | 4,2 | 10,4 | 33,3 | 22,9 | 29,2 | – | 100,0 |
| 3 и более | – | – | 9,1 | 27,3 | 54,5 | 9,1 | – | 100,0 |

же часть (76,3%) — медицинский психолог, а также 69,1% — врач ЛФК. Почти каждый третий ребенок (27,5%) был проконсультирован травматологом-ортопедом, практически столько же (26,1%) — пульмонологом, каждый пятый пациент (20,0%) — офтальмологом, 14,4% детей проконсультировал аллерголог, 5,6% — эрготерапевт, 4,8% — хирург. Другими узкими специалистами были проконсультированы 7,2% пациентов.

Большая часть детей (70,0%) были выписаны из отделения катамнеза в удовлетворительном состоянии, еще 2,0% — в относительно удовлетворительном. Необходимо отметить, что все остальные дети (28,0%) были выписаны из отделения раньше окончания срока, необходимого для полноценной реабилитации, в связи с обострением респираторных и других заболеваний. Всем детям из последней группы было рекомендовано повторное обращение в кабинет катамнеза для последующей госпитализации в дневной стационар отделения катамнеза.

По окончании всех необходимых обследований и терапии наблюдающий врач определяет диагноз и дает полноценные рекомендации для родителей. Работа отделения в режиме дневного стационара позволяет в кратчайшие сроки обеспечить необходимый объем помощи и при необходимости направить ребенка на отборочную комиссию для госпитализации в Городской центр реабилитации (третья ступень).

На третьей ступени дети направляются в Центр реабилитации в составе базового учреждения, в котором проводятся мероприятия физической реабилитации/абилитации, медико-логопедической, нейро-психолого-педагогической коррекционно-восстановительной терапии, клинико-социальной функциональной адаптации домашней окружающей среды и обучение членов семьи, а также применяются инновационные аппаратные и компьютерные технологии, адаптированные к ранней возрастной группе с учетом биологической зрелости ребенка. Госпитализация осуществляется через отборочную междисциплинарную комиссию. Кроме детей, направленных из отделения катамнеза, в Центр могут поступать дети, направленные из других амбулаторно-поликлинических учреждений города.

Средний возраст детей, госпитализированных в Центр впервые, составил 12,3 месяца (95% ДИ 11,6–12,9), госпитализированных повторно — уже 19,8 (95% ДИ 18,52–20,79).

В гендерной структуре госпитализированных детей, так же как и при анализе детей, госпитализированных в отделение катамнеза, удельный вес мальчиков (52,4%) незначительно превышал удельный вес девочек (47,6%).

В нозологической структуре изученной группы пациентов, госпитализированных для получения специализированного лечения по неврологическому профилю, почти 3/4 (73,8%) имели диагнозы, относящиеся к рубрике G90–G99 «Другие поражения центральной нервной системы» и 26,2% — к рубрике «Церебральный паралич и другие паралитические синдромы» (G80–G83).

Сопутствующие заболевания имели абсолютное большинство (97,6%) детей (в среднем по $3,4 \pm 0,1$), в том числе 29,3% — по 1 или 2 сопутствующих заболевания, 31,7% — по 3 заболевания, 26,8% — по 4 заболевания и 12,2% — по 5 и более сопутствующих заболеваний.

Средняя длительность пребывания детей, госпитализированных в Центр, составила $13,3 \pm 1,1$ дня. Распределение детей по сгруппированным срокам пребывания в Центре показало, что больше половины (54,8%) находились на реабилитации 2 недели и более (в среднем $16,4 \pm 0,2$ дня), каждый третий ребенок (33,3%) — от одной до двух недель ($10,8 \pm 0,1$ дня) и 11,9% — до восьми дней ($6,2 \pm 0,05$ дня). Дети, находившиеся в Центре менее одной недели, выписывались раньше срока только в связи с дебютом ОРВИ.

Можно заметить, что число специалистов, проводивших консультации детей при поступлении в Центр, отличалось у пациентов разных возрастных групп (табл. 2).

В 97,6 случаях из 100 дети консультировались врачом-физиотерапевтом, педиатром (92,9 на 100 пациентов) и медицинским психологом (90,5 на 100 пациентов), несколько реже (83,3 на 100 пациентов) — логопедом и врачом ЛФК

Таблица 2

Распределение детей разного возраста по количеству проведенных им консультаций специалистами разных профилей, в %

Table 2

Distribution of children of different ages by the number of consultations they had with specialists of different profiles, in %

| Возраст / Age | Число специалистов, консультирующих детей при поступлении / Number of specialists advising children on admission | | | Итого / Total |
|---|--|------|-----------|---------------|
| | менее 5 | 5 | 6 и более | |
| До 1 года / Up to 1 year | 15,0 | 30,0 | 55,0 | 100,0 |
| От 1 года до 2 лет / From 1 year to 2 years | 5,0 | 25,0 | 55,0 | 100,0 |
| 2 года и старше / 2 years and older | – | 20,0 | 80,0 | 100,0 |

(81,0 на 100 пациентов). Более половины детей (59,0 из 100 детей) консультировались эрготерапевтом, каждый третий ребенок (31,1) был проконсультирован ортопедом и неврологом, каждый пятый (19,0) — рефлексотерапевтом и почти каждый десятый (9,5) — дефектологом.

В течение одной госпитализации в Центр по 5 различных курсовых видов реабилитации получил почти каждый десятый ребенок (9,5%), по 6 разных методов — 31,0%, по 7 видов и методов терапии — каждый пятый пациент (21,4%) и большая часть (38,1%) — 8 методов и более. В среднем каждому пациенту в исследуемой группе было выполнено по $7,11 \pm 1,1$ различных реабилитационных курсовых видов лечения в течение одной госпитализации.

Анализ медико-психологической и социальной эффективности (ре)абилитации детей с последствиями перинатальной патологии в Центре выявил, что у подавляющего большинства (83,0%) детей была положительная динамика физического и психического развития от курса к курсу реабилитации по мере взросления ребенка, и только у 17,0% не наблюдалось изменений. К первому году жизни число детей, развивающихся соответственно скорректированному возрасту или с его опережением, составило 65%, что является показателем высокой эффективности, в том числе 40% скорректировали свой возраст развития и достигли показателей психомоторного развития здорового ребенка. Модель многоуровневой системы катамнезического наблюдения (службы катамнеза) для детей с последствиями перинатальной патологии на примере Санкт-Петербурга позволяет организовать логичную маршрутизацию пациентов на разные этапы (ре)абилитации и ступени службы катамнеза в зависимости от состояния при рождении, последующих осложнений и прогнозируемых исходов, при обеспечении взаимодействия между стационарным и амбулаторным этапами реабилитации.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Вклад авторов. Все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

Информированное согласие на публикацию. Авторы получили письменное согласие пациентов на публикацию медицинских данных.

ADDITIONAL INFORMATION

Author contribution. Thereby, all authors made a substantial contribution to the conception of the study, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the article, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the study.

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

Funding source. This study was not supported by any external sources of funding.

Consent for publication. Written consent was obtained from the patient for publication of relevant medical information within the manuscript.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беляева И.А., Белобородова Е.П., Токаева Е.И. и др. Немедикаментозная абилитация детей с перинатальными поражениями нервной системы (обзор литературы). Вопросы современной педиатрии. 2017; 5: 383–91. DOI: 10.15690/VSP.V16I5.1802.
2. Иванов Д.О., Сулова Г.А., Суренкова И.Н., Филиппова В.Н. Исследование моторного развития недоношенных детей в условиях амбулаторно-поликлинической службы. Педиатр. 2021; 12(1): 43–50. DOI: 10.17816/PED12143-50.
3. Макаров О.В., Козлов П.В., Дуленков А.Б. и др. Пути профилактики перинатальной заболеваемости и смертности при недоношенной беременности. Вестник Российского государственного медицинского университета. 2009; 4: 70–5.
4. Сулова Г.А., Бурэ Н.П., Олина О.С. и др. Комплексная медицинская реабилитация новорожденных и недоношенных детей в условиях перинатального, консультативно-диагностического и многопрофильного центров. Педиатр. 2017; 8(1): 312–3.
5. Guralnick M.J., McCartney K., Phillips D., editor. Family influences on early development: Integrating the science of normative development, risk and disability, and intervention. In: Blackwell handbook of early childhood Development. Oxford: Blackwell Publishers; 2006: 44–61.

REFERENCES

1. Belyaeva I.A., Beloborodova E.P., Tokaeva E.I. i dr. Nemedikamentoznaya abilitatsiya detey s perinatal'nymi porazheniyami nervnoy sistemy (obzor literatury) [Non-drug habilitation of children with perinatal lesions of the nervous system (literature review)]. Voprosy sovremennoy pediatrii. 2017; 5: 383–91. DOI: 10.15690/VSP.V16I5.1802. (in Russian).
2. Ivanov D.O., Suslova G.A., Surenkova I.N., Filippova V.N. Issledovanie motornogo razvitiya nedonoshennyh detej v usloviyah ambulatorno-poliklinicheskoy sluzhby

- [Study of the motor development of premature babies in the outpatient service]. *Pediatr.* 2021; 12(1): 43–50. DOI: 10.17816/PED12143-50. (in Russian).
3. Makarov O.V., Kozlov P.V., Dulenkov A.B. i dr. Puti profilaktiki perinatal'noy zaboлеваemosti i smertnosti pri nedonoshennoy beremennosti [Ways to prevent perinatal morbidity and mortality in preterm pregnancy]. *Vestnik Rossiyskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta.* 2009; 4: 70–75. (in Russian).
 4. Suslova G.A., Burje N.P., Olina O.S. i dr. Kompleksnaja medicinskaja reabilitacija novorozhdennyh i nedonoshennyh detej v usloviyah perinatal'nogo, konsul'tativno-diagnosticheskogo i mnogoprofil'nogo centrov [Comprehensive medical rehabilitation of newborns and premature babies in perinatal, consultative and diagnostic and multidisciplinary centers]. *Pediatr.* 2017; 8(1): 312–3. (in Russian).
 5. Guralnick M.J., McCartney K., Phillips D., edit. Family influences on early development: Integrating the science of normative development, risk and disability, and intervention. In: *Blackwell handbook of early childhood Development.* Oxford: Blackwell Publishers; 2006: 44–61.