

ОСОБЕННОСТИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ И КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ

© Екатерина Михайловна Савинова, Анна Владимировна Алексеева

ФГОУ ВО «Санкт-петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России. 194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2

Контактная информация: Анна Владимировна Алексеева — ассистент кафедры общественного здоровья и здравоохранения. E-mail: a.b.alekseeva@mail.ru

РЕЗЮМЕ: С целью сравнительной оценки медико-социальной и клинико-статистической характеристик пациентов на амбулаторном приеме врача-офтальмолога и при консультировании в отделениях стационара было проведено исследование в детском лечебно-реабилитационном комплексе ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова». Для реализации данной цели были проанализированы 730 амбулаторных карт и 397 стационарных карт. Установлено, что основная доля амбулаторных пациентов детского лечебно-реабилитационного комплекса самостоятельно оплачивают консультацию врача-офтальмолога по причине отказа в выдаче направлений врачами амбулаторно-поликлинических учреждений по месту жительства. Для стационарного приема характерно преобладание первичных консультаций, а на амбулаторном приеме доля первичных консультаций составила 65%. Ведущей патологией на амбулаторном приеме является нарушение рефракции (27,2%) и воспалительные заболевания глаза и придаточного аппарата (13,6%). Основной патологией среди стационарных пациентов являются фоновая ретинопатия (19,6%) и ретинопатия недоношенных (15,8%). Практически все стационарные пациенты либо не были обследованы врачом-офтальмологом по месту жительства, либо обследованы не в полном объеме, что влечет за собой высокий процент необоснованных назначений консультаций врача-офтальмолога детского лечебно-реабилитационного комплекса и повышение его нагрузки.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: врач офтальмолог; дети; амбулаторный прием; стационар; медико-социальная характеристика; клинико-статистическая характеристика.

PECULIARITIES OF MEDICAL-SOCIAL AND CLINICAL STATISTICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS OBTAINING OPHTHALMOLOGICAL HELP

© Ekaterina M. Savinova, Anna V. Alekseeva

Saint-Petersburg State Pediatric Medical University. Litovskaya str., 2. Saint Petersburg, 194100

Contact Information: Anna V. Alekseeva — Assistant of the Department of Public Health and Health. E-mail: a.b.alekseeva@mail.ru

ABSTRACT: In order to make an assessment of the medical-social and clinical-statistical characteristics of ophthalmological patients at an outpatient department compared to the in-patient department, a study was conducted in the Children's Medical and Rehabilitation Complex by V.A. Almazov. To achieve this goal, 730 outpatient cards and 397 inpatients cards were analyzed. It

has been established that the majority of outpatients in the Children's Treatment and Rehabilitation Complex pay themselves for the consultation of an ophthalmologist due to refusal of the local polyclinics to issue referrals to the center. Inpatient admission is characterized by the predominance of initial consultations while in course of outpatient examination the proportion of initial consultations was 65%. The leading pathology revealed while an outpatient examination is a refractive error (27.2%) and inflammatory diseases of the eye and adnexa (13.6%). The main pathology viewed among inpatients is background retinopathy (19.6%) and retinopathy of prematurity (15.8%). Almost all inpatients either were not examined by the local ophthalmologist, or were not fully examined, which entails a high percentage of excessive appointments made by the ophthalmologist of the Children's Treatment and Rehabilitation Complex and enlargement of the doctor's working load.

KEY WORDS: ophthalmologist; children; outpatient admission; hospital; medio-social characteristics; clinical and statistical characteristics.

ВВЕДЕНИЕ

Согласно Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации, основными направлениями в совершенствовании медицинской помощи населению должны стать:

- развитие первичной медико-санитарной помощи;
- перераспределение части объемов помощи из стационарного сектора в амбулаторный;
- развитие консультативно-диагностической службы, на ее базе развертывание отделений медико-санитарной реабилитации и терапии, дневных стационаров;
- перераспределение интенсивности лечебно-диагностического процесса в сторону восстановительного лечения (до 45%);
- возрождение межрегиональных и межрайонных специализированных медицинских центров [12, 13, 15].

Таким образом, для качественного оказания медицинской помощи необходимо обеспечить непрерывность лечебно-диагностического и восстановительного процессов на всех этапах лечения [2, 14]. Это предполагает создание принципиально новых типов учреждений здравоохранения, обеспечивающих получение населением специализированных видов медицинской помощи в амбулаторных условиях [3].

Офтальмологическая помощь — это вид медицинской помощи, оказываемой профильными врачами в специально предназначенных для этой цели лечебных учреждениях, отделениях или кабинетах с использованием специальной лечебно-диагностической аппаратуры, инструментария и оборудования. Современная структура офтальмологической службы представлена следующим образом: амбулаторно-

поликлиническая (участковая) — догоспитальный этап и стационарная (экстренная и плановая) — госпитальный этап [7].

Вариантами амбулаторно-поликлинической помощи являются амбулатория, поликлиника по месту жительства, поликлиника отделения территориального медицинского объединения, поликлинические подразделения областных офтальмологических больниц, офтальмологические диспансеры, специализированные офтальмологические поликлиники, поликлинические отделения научно-исследовательских институтов. Амбулаторно-поликлиническая служба насчитывает свыше 1,5 тыс. кабинетов для детей, в том числе около 300 кабинетов охраны зрения детей. Участковая служба представлена врачами-окулистами глазных кабинетов поликлиник [10].

Стационарная офтальмологическая помощь обеспечена койками в хирургических отделениях центральных, районных, городских, областных, краевых и республиканских больниц. Оказание помощи на микрохирургическом уровне проходит в краевых, областных, республиканских офтальмологических больницах и глазных отделениях многопрофильных больниц (базы офтальмологических кафедр медицинских вузов), а также на базе клиники научно-исследовательских институтов. Глазные отделения или фиксированные койки есть в 709 лечебно-профилактических учреждениях (центральные, районные, городские, областные, краевые офтальмологические больницы, клинические базы НИИ офтальмологии, работающие на федеральном уровне).

По данным Всемирной организации здравоохранения в настоящее время в мире около 150 млн. человек страдают зрительными расстройствами, в числе которых — 4 млн. слепых людей. За последние 20 лет численность незрячих увеличилась на 12 млн. человек [8]. По ре-

результатам медицинских осмотров в России у каждого второго жителя выявлены какие-либо проблемы со зрением [9]. С целью снижения числа инвалидов по зрению в Российской Федерации и уменьшения социальных затрат, отечественные офтальмологи активизировали работу по профилактике устранимой слепоты и включились во всемирное партнерство по совместным усилиям в профилактике слепоты в мире. Ими поддержана инициатива ВОЗ, которая проходит под лозунгом «Зрение 2020: право на зрение».

Об актуальности офтальмологической патологии среди детей свидетельствуют ее распространенность, которая составляет от 15 до 41 случая на 100 тыс. детского населения и на которую влияет множество факторов: возраст, пол, географические особенности, различия в питании, структура общей заболеваемости. Основными причинами слепоты и слабовидения с детства являются патология зрительного нерва и сетчатки, врожденные заболевания глаз (катаракта, глаукома, аномалии развития), ретинопатия недоношенных, увеиты, миопия высокой степени [6]. Кроме того, в последние годы резко возросла роль ретинопатии недоношенных в формировании слепоты и слабовидения с раннего детства.

На сегодняшний день серьезной проблемой является нарушение зрения у детей и подростков во время обучения в школе. Среди аномалий рефракции главное место принадлежит близорукости, частота которой у выпускников школ достигает 20–25%. По данным профилактических осмотров доля детей с понижением остроты зрения увеличивается с 8,2% перед поступлением в образовательное учреждение до 23,3% к моменту окончания обучения [11].

Инвалиды по зрению с детства составляют 20,7% в общем контингенте инвалидов по зрению в Российской Федерации. В структуре инвалидности по зрению среди детей первое место занимают аномалии рефракции (26,4%), далее следуют врожденная катаракта (17,3%), ретинопатия недоношенных и другие заболевания сетчатки (16,6%), патология зрительного нерва (12,0%), травмы глаза (10,5%), пороки развития (5,3%) и глаукома (3,8%) [1].

Учитывая высокую инвалидизацию при заболеваниях органов зрения, становится ясным, насколько необходима медицинская помощь, профилактика и реабилитация таких больных [4]. Однако в последнее десятилетие ситуация не слишком менялась к лучшему. В настоящее время имеет место снижение качества медицинского обслуживания детей с заболеваниями

органа зрения, что связано в первую очередь с дефицитом кадров детских офтальмологов. Специальности «детская офтальмология» в России не существует, то есть о состоянии детской офтальмологической службы (обеспеченности детскими врачами-офтальмологами) можно судить только косвенно по количеству врачей-офтальмологов в стране. Кроме того, отмечается также крайне слабая оснащенность детских офтальмологов лекарственными средствами, необходимыми в клинической работе. Отсутствует техническое оснащение, позволяющее интенсифицировать, оптимизировать и совершенствовать лечебно-диагностическую работу, а нагрузка почти в 3 раза превышает физические возможности врача, что является непреодолимым препятствием коренной перестройки работы по диспансерной охране зрения и офтальмологической помощи детям.

Так как в последние годы практически отсутствуют исследования, посвященные изучению медико-социальной и клинικο-статистической характеристик пациентов на амбулаторном приеме врача-офтальмолога и находящихся на стационарном лечении, то это обстоятельство и определило актуальность данной работы для оптимизации деятельности детской офтальмологической службы.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценка медико-социальной и клинικο-статистической характеристик пациентов на амбулаторном приеме врача-офтальмолога и при консультировании в отделениях стационара ДЛРК.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Базой настоящего исследования явился детский лечебно-реабилитационный комплекс федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова» Минздрава России, находящийся в г. Санкт-Петербурге. Исследование проводилось в консультативно-диагностическом отделении, где ведется амбулаторный прием врача-офтальмолога, а также в отделениях детского лечебно-реабилитационного комплекса, где осуществляется консультирование стационарных пациентов различного профиля. Консультативно-диагностическое отделение для детей рассчитано на 200 посещений в день и осуществляет высококвалифицированную консультативную помощь детям с рождения до 18 лет.

В детском лечебно-реабилитационном комплексе врач-офтальмолог оказывает первичную медико-санитарную и специализированную помощь детям всех возрастов, включая новорожденных с экстремально низкой массой тела, с пороками развития и соматической патологией, после кардиохирургического и нейрохирургического лечения. Консультативно-диагностическая помощь в подразделении осуществляется не только жителям Санкт-Петербурга и Ленинградской области, а также детям из всех федеральных округов Российской Федерации.

Объектом настоящего исследования являлись пациенты, проходящие стационарное лечение в детском лечебно-реабилитационном центре, а также посещающие амбулаторный прием врача-офтальмолога. В ходе исследования были проанализированы 730 «Медицинских карт пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» форма N025/у и 397 «Медицинских карт стационарного больного» форма 003/у. Статистическая обработка результатов и анализ данных проведены с использованием компьютерной программ Microsoft Office Excel и программного пакета

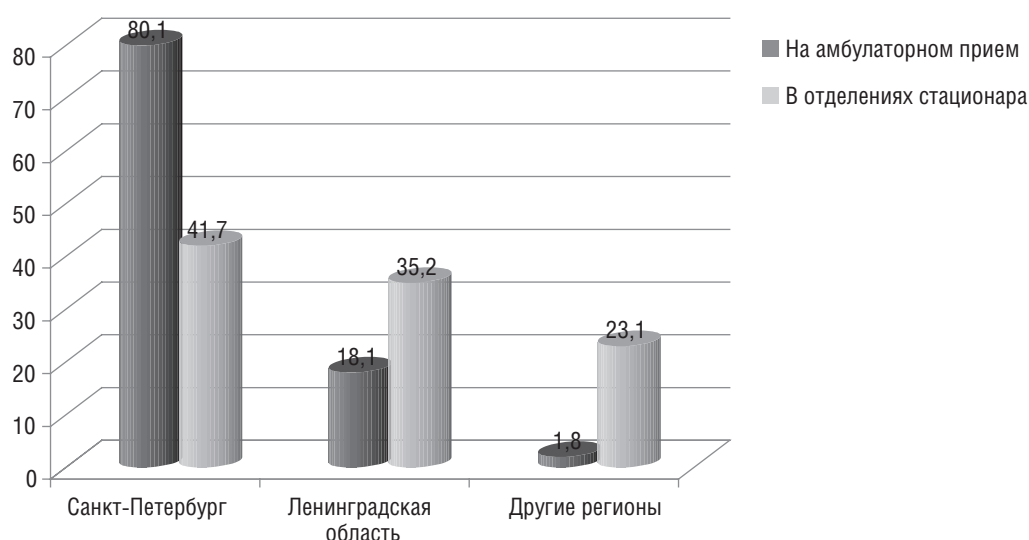


Рис. 1. Распределение пациентов врача-офтальмолога детского лечебно-реабилитационного комплекса по месту проживания (в %)

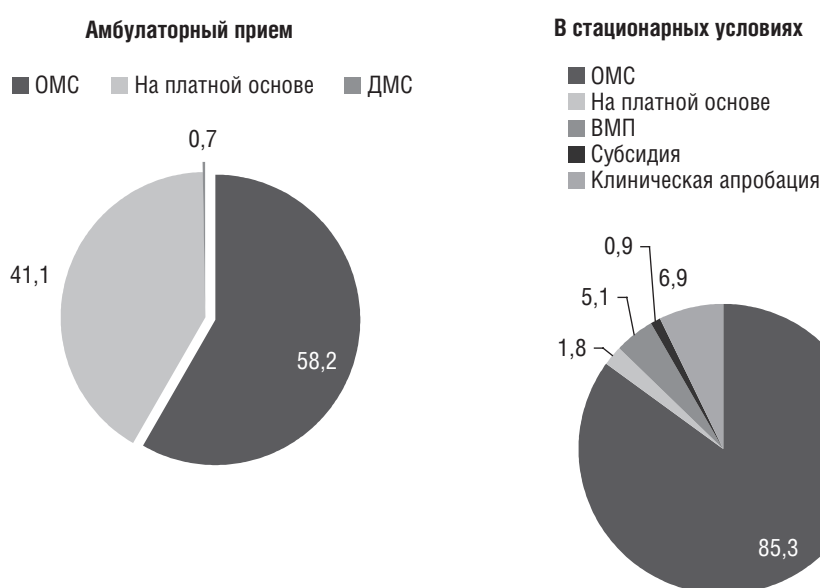


Рис. 2. Распределение пациентов врача-офтальмолога детского лечебно-реабилитационного комплекса в зависимости от источника финансирования (в%)

для статистического анализа, разработанного компанией StatSoft-Statistica 10.0.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При оценке возрастной структуры пациентов выявлено, что на амбулаторном приеме основными группами являются дети до 6 месяцев (30,2%) и старше 3 лет (45,0%). Тогда как на стационарном приеме группа детей до трех лет преобладала и составляла 74,6% (дети до 6 месяцев — 15,7%, дети от 6 месяцев до 1 года — 30,5%, дети от 1 года до 3 лет — 28,4%). Удельный вес детей старше 3 лет был 24,4%.

На амбулаторном приеме большинство пациентов проживали в Санкт-Петербурге (80,1%). Жителей Ленинградской области было 18,1%, а 1,8% больных были приезжими из других регионов России. В стационаре же наблюдалась обратная ситуация. Там преобладали в основном жители Ленинградской области (35,2%) и других регионов (23,1%), а из Санкт-Петербурга было менее половины пациентов (41,7%). Распределение пациентов по месту проживания представлено на рисунке 1.

Основная масса пациентов как на амбулаторном, так и на стационарном приеме врача-офтальмолога детского лечебно-реабилитационного комплекса получали медицинскую помощь в рамках ОМС (58,2% и 85,3% соответственно). Но если в стационаре это было подавляющее большинство (рис. 2), то для амбулаторного приема 41,1% платных услуг является слишком высоким показателем для федерального бюджетного учреждения. Это связа-

но, по словам пациентов, с трудностью получения направления в поликлинике по месту жительства.

При консультировании пациентов, проходящих лечение в отделениях стационара детского лечебно-реабилитационного комплекса, из общего числа назначенных консультаций врача-офтальмолога основная доля приходилась на первичные консультации 89,2%. Повторные консультации составляли 10,8%. На амбулаторном приеме эти показатели по отчетам были равны 65,3% первичных и 34,7% вторичных приемов. Но фактически, за счет динамического наблюдения детей с ретинопатией недоношенных (по протоколу их осматривают каждые 7–10 дней и чаще в случае пороговых стадий), доля повторных приемов должна быть значительно выше. Такая ситуация связана с неправильным оформлением случая обращения на стадии регистрации пациента. Распределение пациентов в зависимости от вида консультации представлено на рисунке 3.

Удельный вес посещений, связанных с заболеваниями на амбулаторном приеме, составил 55,4%, с профилактическими мероприятиями — 41,2%, для получения справки в ДДУ или школу — 3,4%.

Исследование показало, что на стационарном приеме отмечался высокий удельный вес диагноза «здоров» по результатам осмотра врачом-офтальмологом детского лечебно-реабилитационного комплекса (37,8%). Чаще всего это было связано с большим количеством необоснованных назначений консультаций специалиста из-за отсутствия обследо-

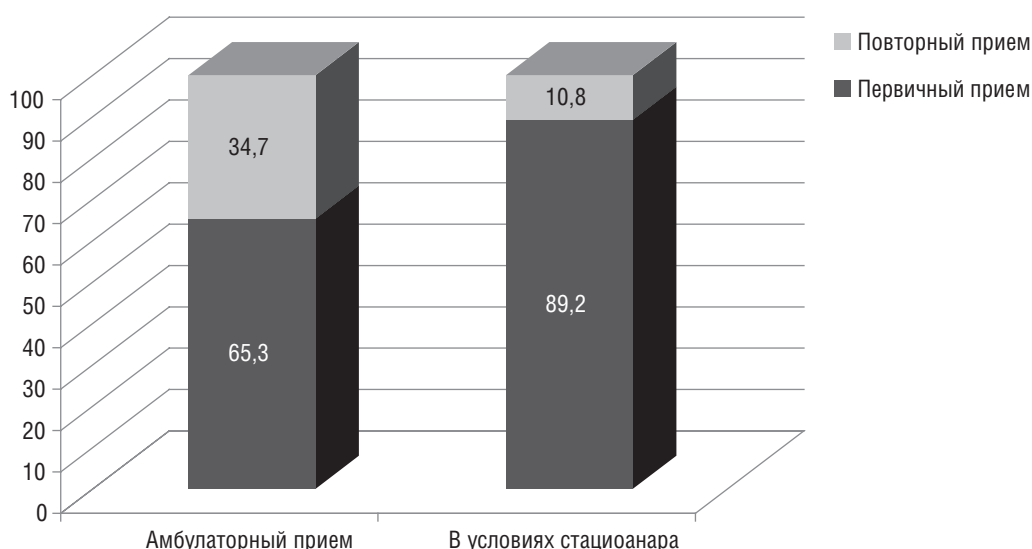


Рис. 3. Распределение пациентов врача-офтальмолога детского лечебно-реабилитационного комплекса в зависимости от вида консультации (в%)

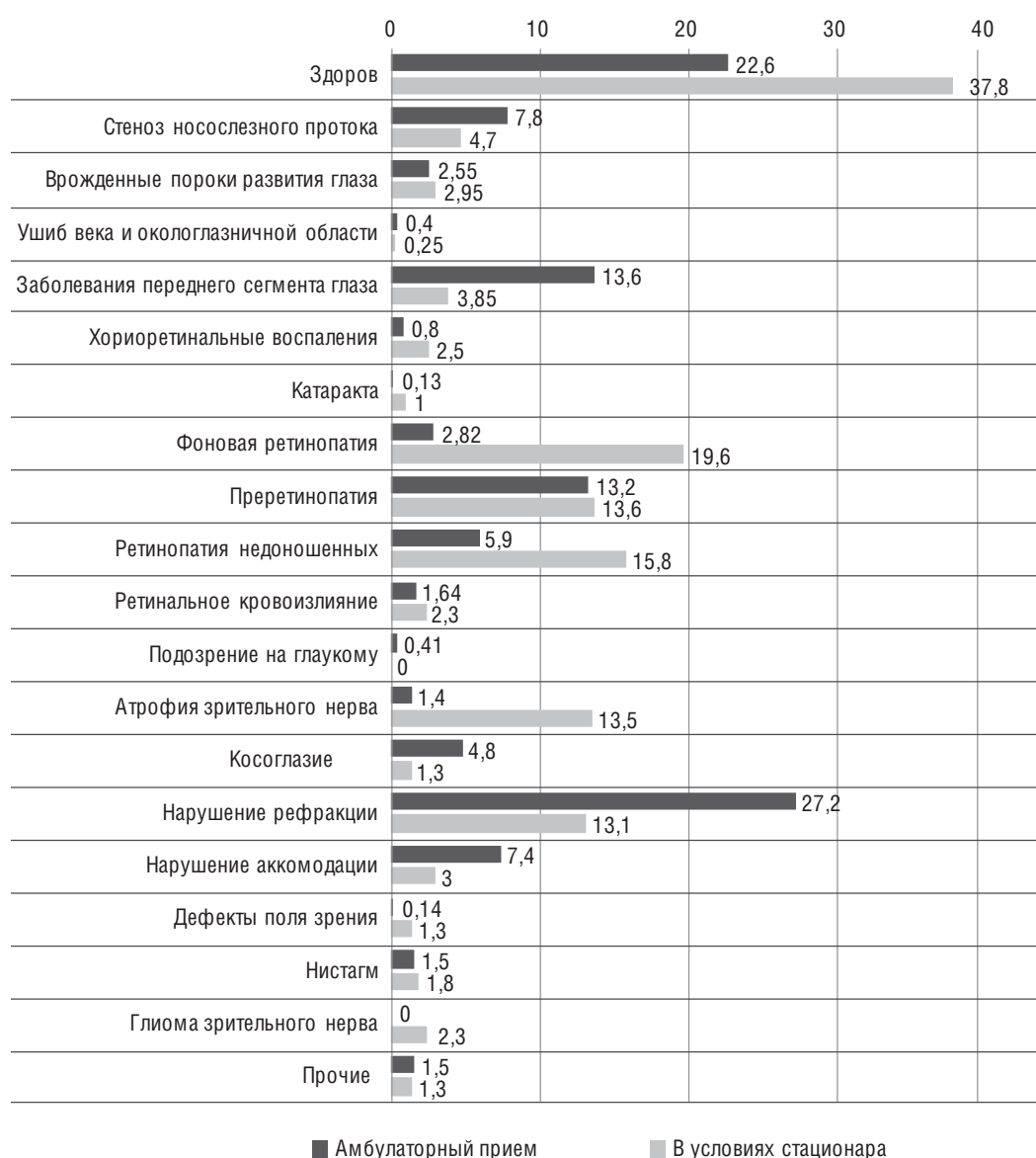


Рис. 4. Удельный вес отдельных диагнозов, установленных врачом-офтальмологом детского лечебно-реабилитационного комплекса на амбулаторном приеме и в условиях стационара (в %)

Таблица 1

Распределение пациентов врача-офтальмолога детского лечебно-реабилитационного комплекса, консультируемых в отделениях стационара, в зависимости от специализации отделений (в%)

Отделение	Всего консультаций (в %)	Из них:	
		Первичных	Повторных
Онкогематологии	0,5	100	0
Реанимация	5,8	55	45
Кардиология	12,9	95	5
Подростковая гинекология	2,5	100	0
Педиатрии и реабилитации детей до 3 лет	34,3	80	20
Эндокринологии, педиатрии и реабилитации детей 3–17 лет включительно	44 Из них ВМП 4% Клиническая апробация 7,5%	98	2

ния врачом-офтальмологом по месту жительства, либо неполного объема, проведенного им обследования.

В силу того, что отделения детского лечебно-реабилитационного комплекса являются «вторым и третьим этапом» выхаживания и реабилитации недоношенных детей, то у пациентов на стационарном приеме выявлено характерное преобладание офтальмопатологии недоношенных детей (преретинопатия (13,6%) и ретинопатия (15,8%)). Кроме того, характерной особенностью является высокий удельный вес фоновой ретинопатии (19,6%) и других ретинальных нарушений, характерных для эндокринологических и кардиологических больных, и пациентов с перинатальной патологией. Удельный вес отдельных ди-

агнозов, установленных на амбулаторном приеме и в условиях стационара отображен на рисунке 4.

Для пациентов с перинатальной патологией также был характерен высокий удельный вес атрофии зрительного нерва (13,5%), наличие врожденных пороков развития глаза и его придаточного аппарата (2,95%) и нистагм (1,8%).

На амбулаторном приеме из офтальмопатологии преобладали нарушения рефракции (27,2%) и аккомодации (7,4%), что соответствовало общероссийским показателям (по данным В.В. Нероева, среди выпускников школ частота миопии достигает 26%, гимназий и лицеев до 50%) [5]. Кроме того, на амбулаторном приеме осуществлялся катамнез недоношенных детей,

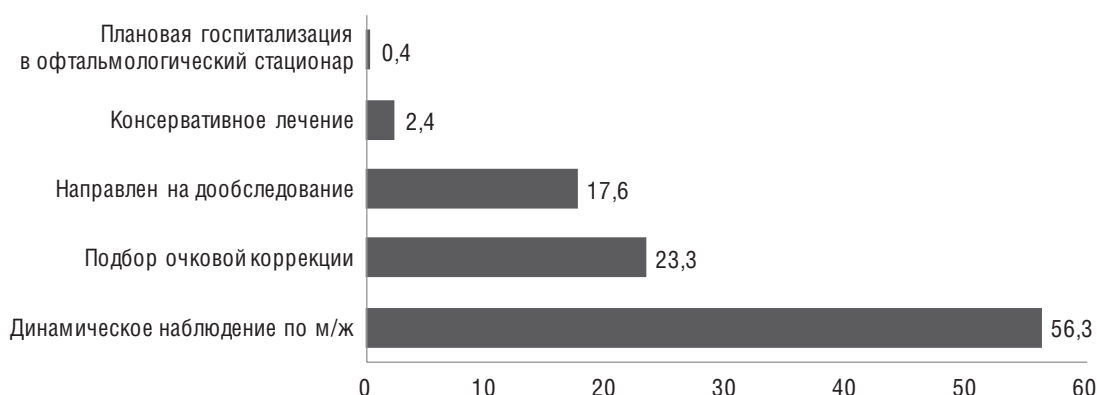


Рис. 5. Распределение стационарных пациентов в зависимости от результатов консультирования врачом-офтальмологом детского лечебно-реабилитационного комплекса (в %)

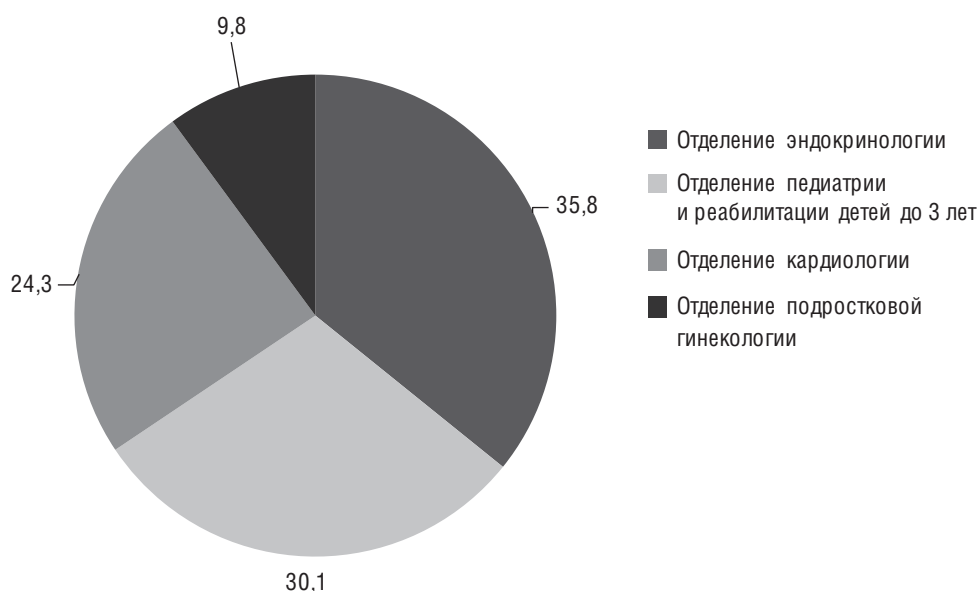


Рис. 6. Распределение необоснованных консультаций по отделениям стационара детского лечебно-реабилитационного комплекса (в %)

рожденных в перинатальном центре клиники им. В.А. Алмазова, что объясняло 13,2% преретинопатий и 5,9% ретинопатий недоношенных в структуре всей офтальмопатологии на амбулаторном приеме. Так же среди часто встречаемых диагнозов на амбулаторном приеме традиционно были воспалительные заболевания переднего сегмента глаза (13,6%) и различные виды косоглазия (4,8%). Диагноз «здоров» на амбулаторном приеме встречался в 22,6%, в основном у детей младшего возраста, нуждающиеся в получении справок перед поступлением в садик или школу.

В ходе анализа структуры стационарного приема врача-офтальмолога детского лечебно-реабилитационного комплекса выявлено преобладание пациентов, направленных на консультацию врачами отделения эндокринологии (44,0%) и отделения педиатрии и реабилитации детей до 3 лет (34,3%). Распределение пациентов, консультируемых в отделениях стационара, в зависимости от специализации отделений представлено в таблице 1.

Проведенный анализ показал, что из всех детей, которым была назначена консультация, 43,0% не были обследованы до приема по месту жительства, а 45,2% обследованы не в полном объеме. Именно поэтому 37,8% посещений офтальмолога заканчивались констатацией диагноза «здоров».

По результатам приема, 56,3% пациентов было назначено динамическое наблюдение врача-офтальмолога по месту жительства, 23,3% — подбор адекватной очковой коррекции, 17,6% — требовалось дообследование, 2,4% — назначено консервативное лечение, а 0,4% — рекомендована плановая госпитализация в офтальмологический стационар. Распределение стационарных пациентов в зависимости от результатов консультирования врачом-офтальмологом детского лечебно-реабилитационного комплекса отображено на рисунке 5.

В результате анализа установлено, что среди всех стационарных пациентов полностью обоснованным проведение приема данного специалиста можно признать только в 67,3% случаев, частично обоснованным — в 31,5% и полностью необоснованным — в 1,2% посещений. Причем из необоснованных назначений 35,8% приходится на отделение эндокринологии, а 30,1% — на отделение педиатрии и реабилитации детей старше 3 лет. Распределение необоснованных консультаций по отделениям стационара детского лечебно-реабилитационного комплекса представлено на рисунке 6.

ВЫВОДЫ

На амбулаторном приеме основными возрастными группами являются дети до 6 месяцев (30,2%) и старше 3 лет (45,0%), в отличие от стационарного приема, где группа детей до трех лет преобладала и составляла 74,6%, а удельный вес детей старше 3 лет был 24,4%.

Большинство пациентов на стационарном приеме врача-офтальмолога детского лечебно-реабилитационного комплекса составляют дети, проживающие в Ленинградской области и других регионах России, в отличие от амбулаторного приема, где большая часть пациентов являются жителями Санкт-Петербурга.

Основная доля амбулаторных пациентов детского лечебно-реабилитационного комплекса самостоятельно оплачивают консультацию врача-офтальмолога по причине отказа в выдаче направлений врачами амбулаторно-поликлинических учреждений по месту жительства.

Для стационарного приема характерно преобладание первичных консультаций, на амбулаторном приеме доля первичных консультаций составила 65%. Из всех амбулаторных пациентов более 1/2 приходит по поводу заболевания, остальные с профилактической целью или для получения справок в детские дошкольные образовательные организации и школы.

Ведущей патологией на амбулаторном приеме является нарушение рефракции, воспалительные заболевания глаза и придаточного аппарата, преретинопатия и ретинопатия недоношенных. Основная патология среди стационарных пациентов — фоновая ретинопатия, ретинопатия недоношенных и преретинопатия, атрофия зрительного нерва, нарушения рефракции.

Практически все стационарные пациенты либо не были обследованы врачом-офтальмологом по месту жительства, либо обследованы не в полном объеме, что влечет за собой высокий процент необоснованно назначенных консультаций детского лечебно-реабилитационного комплекса и повышение его нагрузки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М. Состояние здоровья современных детей и подростков и роль медико-социальных факторов в его формировании. Вестник российской академии медицинских наук. 2009; N5: 6–11.
2. Баскаков В.С., Кучумова Н.Г., Витенко Н.В., Горшков В.С., Панунцева К.К., Харбедия Ш.Д. Ре-

- зультаты субъективной оценки деятельности медицинского персонала стационара. В сб.: Проблемы городского здравоохранения. СПб.; 2010: 169–170.
3. Заславский Д.В., Харбедия Ш.Д., Хведелидзе М.Г., Исенов С.К., Витенко Н.В., Кучумова Н.Г. Результаты оценки пациентами деятельности медицинского персонала. В сб.: Новые горизонты: инновации и сотрудничество в медицине и здравоохранении. Материалы IX российско-немецкой научно-практической конференции Форума им. Р. Коха и И.И. Мечникова. Новосибирск: Сибирский Центр Деловых Технологий; 2010: 28–29.
 4. Моисеева К.Е. Особенности медико-социальной характеристики детей с хроническими заболеваниями. В сб.: Проблемы городского здравоохранения. СПб.; 2014: 379–384.
 5. Нероев В.В. Новые аспекты проблемы патологии сетчатки и зрительного нерва. Вестник офтальмологии. 2000; N5: 14–16.
 6. Сидоренко Е.И. Доклад по охране зрения детей. Проблемы и перспективы детской офтальмологии. Вестник офтальмологии. 2006; 122 (1): 41–42.
 7. Сомов Е.Е., Рудник А.Ю. Организация офтальмологического наблюдения за детьми с ретинопатией недоношенных в Санкт-Петербурге. Сборник научных трудов. 9-й съезд офтальмологов России. М.; 2010: 55–56.
 8. Тахчиди Х.П., Нероев В.В., Ходжаев Н.С., Жаров В.В. Организация офтальмологической помощи в Российской Федерации. Офтальмология: Национальное руководство. Под ред. С.Э. Аветисова. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2008.
 9. Харбедия Ш.Д., Моисеева К.Е., Александрова М.Н. Медико-социальная характеристика семей, имеющих детей с хроническими заболеваниями. Современные проблемы науки и образования. 2017; N3: 45.
 10. Хватова А.В. Состояние и современные аспекты детской офтальмологии. В кн.: Материалы научно-практической конференции «Детская офтальмология: итоги и перспективы». М.; 2006: 1123.
 11. Шушканова В.Н., Моисеева К.Е. Самооценка здоровья подростками, обучающимися в техникуме. В кн.: Фундаментальная наука и клиническая медицина: Тезисы XIX Международной медико-биологической конференции молодых исследователей. СПб.: Изд-во СПбГУ; 2016: 390–391.
 12. Юрьев В.К., Пузырев В.Г., Глущенко В.А., Моисеева К.Е., Здоровцева Н.В., Харбедия Ш.Д. Экономика здравоохранения. Часть 1: учебно-методическое пособие. СПб.: ГПМУ; 2015.
 13. Юрьев В.К., Моисеева К.Е., Глущенко В.А., Здоровцева Н.В., Пузырев В.Г., Харбедия Ш.Д. Основы организации стоматологической помощи населению: учебно-методическое пособие для студентов стоматологического факультета. СПб.: СПбГПМУ; 2016.
 14. Юрьев В.К., Артамонова К.В., Харбедия Ш.Д., Хведелидзе М.Г., Куприянова В.И. Оценка пациентами качества стационарной помощи. В сб.: Проблемы городского здравоохранения. Сб. тр. Вып. 19. СПб.; 2012: 249–252.
 15. Юрьев В.К., Артамонов К.В., Харбедия Ш.Д., Витенко Н.В., Моисеева К.Е. Некоторые результаты оценки качества стационарного лечения больных сифилисом. В сб.: Общественное здоровье: правовые, экономические и организационные аспекты модернизации здравоохранения Российской Федерации. Материалы II международной научно-практической конференции. Новосибирск: Сибмедииздат; 2010: 705–707.

REFERENCES

1. Baranov A.A., Kuchma V.R., Sukhareva L.M. Sostoyaniye zdorov'ya sovremennykh detey i podrostkov i rol' mediko-sotsial'nykh faktorov v yego formirovani. [The state of health of modern children and adolescents and the role of medical and social factors in its formation]. Vestnik ros-siyskoy akademii meditsinskikh nauk. 2009; N5: 6–11. (in Russian).
2. Baskakov V.S., Kuchumova N.G., Vitenko N.V., Gorshkov V.S., Panuntseva K.K., Kharbediya Sh.D. Rezul'taty sub'yektivnoy otsenki deyatel'nosti meditsinskogo personala stacionara. [The results of the subjective assessment of the activities of the medical staff of the hospital]. In: Problemy gorodskogo zdravookhraneniya. SPb.; 2010: 169–170. (in Russian).
3. Zaslavskiy D.V., Kharbediya Sh.D., Khvedelidze M.G., Isenov S.K., Vitenko N.V., Kuchumova N.G. Rezul'taty otsenki patsiyentami deyatel'nosti meditsinskogo personala. [The results of the evaluation of the patient's medical staff]. In: Novyye gorizonty: innovatsii i sotrudnichestvo v meditsine i zdravookhraneni. Materialy IX rossiysko-nemetskoy nauchno-prakticheskoy konferentsii Foruma im. R. Kokha i I.I. Mechnikova. Novosibirsk: Sibirskiy Tsentr Delovykh Tekhnologiy; 2010: 28–29. (in Russian).
4. Moiseyeva K. Ye. Osobennosti mediko-sotsial'noy kharakteristiki detey s khronicheskimi zabolevaniyami. [Peculiarities of medical and social characteristics of children with chronic diseases]. In: Problemy gorodskogo zdravookhraneniya. SPb.; 2014: 379–384. (in Russian).
5. Neroyev V.V. Novyye aspekty problemy patologii setchatki i zritel'nogo nerva. Vestnik oftal'mologii. [New aspects of the problem of pathology of the retina and optic nerve]. 2000; N5: 14–16. (in Russian).
6. Sidorenko Ye.I. Doklad po okhrane zreniya detey. Problemy i perspektivy detskoy oftal'mologii. [Report on the protection of children's vision. Problems and prospects of pediatric ophthalmology]. Vestnik oftal'mologii. 2006; 122 (1): 41–42. (in Russian).

7. Somov Ye. Ye., Rudnik A.YU. Organizatsiya oftal'mologicheskogo nablyudeniya za det'mi s retinopatiyey nedonoshennykh v Sankt-Peterburge. [Organization of ophthalmological observation of children with retinopathy of prematurity in St. Petersburg]. Sbornik nauchnykh trudov. 9-yy s"yezd oftal'mologov Rossii. M.; 2010: 55–56. (in Russian).
8. Takhchidi KH.P., Neroyev V.V., Khodzhayev N.S., Zharov V.V. Organizatsiya oftal'mologicheskoy pomoshchi v Rossiyskoy Federatsii. [Organization of ophthalmic care in the Russian Federation]. Oftal'mologiya: Natsional'noye rukovodstvo Pod red. S.E. Avetisova. M.: GEOTAR-Media; 2008. (in Russian).
9. Kharbediya Sh.D., Moiseyeva K. Ye., Aleksandrova M.N. Mediko-sotsial'naya kharakteristika semey, imeyushchikh detey s khronicheskimi zabolevaniyami. [Mediko-social characteristics of families with children with chronic diseases]. Sovremennyye problemy nauki i obrazovaniya. 2017; 3: 45. (in Russian).
10. Khvatova A.V. Sostoyaniye i sovremennyye aspekty detskoy oftal'mologii. [State and modern aspects of pediatric ophthalmology]. In.: Materialy nauchno-prakticheskoy konferentsii «Detskaya oftal'mologiya: itogi i perspektivy». M.; 2006: 1123. (in Russian).
11. Shushkanova V.N., Moiseyeva K. Ye. Samootsenka zdorov'ya podrostkami, obuchayushchimisya v tekhnikum. [Self-assessment of health by adolescents studying at a technical school]. In: Fundamental'naya nauka i klinicheskaya meditsina: Tezisy XIX Mezhdunarodnoy mediko-biologicheskoy konferentsii molodykh issledovateley. SPb.: Izd-vo SPbGU; 2016: 390–391. (in Russian).
12. Yur'yev V.K., Puzyrev V.G., Glushchenko V.A., Moiseyeva K. Ye., Zdorovtseva N.V., Kharbediya Sh.D. Ekonomika zdavookhraneniya. [Ekonomika Health]. Chast' 1: uchebno-metodicheskoye posobiye. SPb.: GPMU; 2015. (in Russian).
13. Yur'yev V.K., Moiseyeva K. Ye., Glushchenko V.A., Zdorovtseva N.V., Puzyrev V.G., Kharbediya Sh.D. Osnovy organizatsii stomatologicheskoy pomoshchi naseleniyu. [Osnovy of the organization of dental care to the population]: uchebno-metodicheskoye posobiye dlya studentov stomatologicheskogo fakul'teta. SPb.: SPbGPMU; 2016. (in Russian).
14. Yur'yev V.K., Artamonov K.V., Kharbediya Sh.D., Khvedelidze M.G., Kupriyanova V.I. Otsenka patsiyentami kachestva statsionarnoy pomoshchi. [Patient assessment of the quality of inpatient care]. In: Problemy gorodskogo zdavookhraneniya: sb. tr. Vyp. 19. SPb.; 2012: 249–252. (in Russian).
15. Yur'yev V.K., Artamonov K.V., Kharbediya Sh.D., Vitenko N.V., Moiseyeva K. Ye. Nekotoryye rezul'taty otsenki kachestva statsionarnogo lecheniya bol'nykh sifilisom. [Some results of the quality assessment of inpatient treatment of patients with syphilis]. In: Obshchestvennoye zdorov'ye: pravovyye, ekonomicheskiye i organizatsionnyye aspekty modernizatsii zdavookhraneniya Rossiyskoy Federatsii. Materialy II mezhdunarodnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii. Novosibirsk: Sibmedizdat; 2010: 705–707. (in Russian).