

НИЗАМОВА ЭЛЬВИРА РУСТАМОВНА

**НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕДОНОШЕННЫМ ДЕТЯМ**

14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России)

Научный руководитель:

доктор медицинских наук,
профессор

Цыбульская Инна Сергеевна

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук,
профессор кафедры акушерства и гинекологии
с курсом перинатологии ФГАУО ВО
«Российский университет дружбы народов»
Министерства науки и высшего образования
Российской Федерации

Костин Игорь Николаевич

доктор медицинских наук,
главный научный сотрудник лаборатории
управления общественным здоровьем № 81
ФГБУ науки «Институт проблем управления имени
В.А. Трапезникова» Российской академии наук

Черкасов Сергей Николаевич

Ведущая организация: Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский университет)

Защита диссертации состоится «26» февраля 2021 г. в 10 часов на заседании Диссертационного Совета Д.208.110.01 при Федеральном государственном бюджетном учреждении «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России) по адресу: 127254, Россия, г. Москва, ул. Добролюбова, д. 11

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России по адресу: 127254, Россия, г. Москва, ул. Добролюбова, д. 11 и на сайте института: https://mednet.ru/images/stories/files/replay/Nizamova_text.pdf

Автореферат разослан «___» _____ 2021 г.

Ученый секретарь диссертационного совета,
доктор медицинских наук, профессор

Сабгайда Тамара Павловна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы диссертации. Развитие цивилизации, научно-технический прогресс, индустриализация неизбежно сопровождаются появлением и ростом экологических, социально-экономических и демографических проблем и, как следствие, – ухудшением здоровья: снижением защитных возможностей организма и повышением заболеваемости (Бергер П., Лукман Т., 1995; Бороздина Е., 2009; Алтухов Ю.П., 2004). В периоды войн, политических и социально-экономических кризисов рождаемость снижается, заболеваемость и смертность в обществе возрастает (Киселев А.С. и др., 2006; Стародубов В.И., 2001; Стародубов В.И., Иванова А.Е., 2009).

В мае 1998 г. на 51-ой сессии Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) мировым сообществом была принята Всемирная декларация по здравоохранению, согласно которой «Обеспечение здорового старта в жизни ребенка должно быть приоритетной задачей, стоящей перед любым обществом». Акцент был сделан на создание необходимых условий для беременной женщины и рождения ребенка, для здорового развития детей грудного и раннего возраста. В 2000 г. Генеральная Ассамблея Организации объединенных наций (ООН) приняла резолюцию «Цели развития тысячелетия», представляющую собой программу борьбы с бедностью и общего повышения уровня жизни. В 2002 г. в Нью-Йорке состоялся Специальный комитет полного состава 27-ой специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН, который обозначил всемирное движение «Создание мира, пригодного для жизни детей». Однако намерения, декларации, программы улучшения условий жизни общества (Повестка дня в области устойчивого развития ООН, 2016) в связи с реальными событиями в мире полностью реализовать не удастся. Совершенствование ресурсов здравоохранения используется для обеспечения демографической политики (Омельяновский В.В., Авксентьева М.В., Дергач Е.В., Свешникова Н.Д., 2011), что отражается на изменении сроков деторождения.

Показатель младенческой смертности является одним из основных оперативных критериев оценки санитарного благополучия населения, уровня и качества медико-социальной помощи, эффективности работы акушерской и педиатрической службы. В соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 07.05.2012 № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» необходимо было обеспечить к 2018 году снижение младенческой смертности, в первую очередь, за счет снижения ее в регионах с высоким уровнем данного показателя, до 7,5 на 1000 родившихся живыми. По данным Федеральной службы государственной статистики (Росстата) показатель младенческой смертности в Российской Федерации был достигнут уже в 2014

году и составил 7,4 на 1000 родившихся живыми, а в дальнейшем отмечалось устойчивое снижение показателя до 4,9 на 1000 родившихся живыми в 2019 году.

С 2013 г. в Российской Федерации увеличилась численность недоношенных детей, в том числе экстремально низкой массы тела при рождении (ЭНМТ), что потребовало значительных изменений всей системы оказания медицинской помощи женщинам группы высокого риска преждевременных родов и маловесному потомству: более активного внедрения трехуровневой системы оказания медицинской помощи по профилям «Акушерство и гинекология» и «Неонатология», их технического переоснащения, ресурсного, лекарственного и кадрового обеспечения, совершенствования маршрутизации пациентов и специальной подготовки врачебного и среднего медицинского персонала (Swazey J.P., Scher S.R., Ladd J., 1985; Чирикова А.Е., 2013).

В Российской Федерации с 2013 по 2017 гг. реализовывалась государственная программа «Развитие здравоохранения» (далее – Программа), утвержденная распоряжением Правительства Российской Федерации от 24 декабря 2012 г. № 2511-р, которая включала подпрограмму «Охрана здоровья матери и ребёнка» (далее – Подпрограмма), целью которой является создание условий для оказания доступной и качественной медицинской помощи детям и матерям; улучшение состояния здоровья детей и матерей; снижение материнской, младенческой и детской смертности; снижение уровня вертикальной передачи ВИЧ от матери ребенку. В постановлении Правительства Российской Федерации от 15.04.2014 № 294 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» сохранена Подпрограмма «Охрана здоровья матери и ребёнка».

Постановлением Правительства Российской Федерации от 26.12.2017 № 1640 утверждена государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения» на период с 2018 по 2024 гг., одной из целей которой является снижение к 2024 году младенческой смертности до 4,5 случая на 1 тыс. родившихся живыми.

Принятые порядки оказания медицинской помощи по акушерству, гинекологии и неонатологии включены в лицензионные требования и содержат как стандарты оснащения клинических подразделений, так и тактику действий при оказании медицинской помощи беременным и новорожденным.

Совершенствование медицинской помощи, несомненно, положительно влияет на социальные и экономические последствия высокой смертности, заболеваемости и инвалидизации детей исследуемой категории (Лебедева О.В., 2015).

В условиях улучшения материально-технической базы необходимо совершенствование организационных подходов на всех этапах оказания медицинской

помощи недоношенным и маловесным детям с целью дальнейшего повышения доступности и качества оказания медицинской помощи данной группе новорожденных.

Степень разработанности темы исследования. Проблеме организации оказания медицинской помощи матерям и детям уделяется большое внимание во всем мире. Организация объединённых наций запустила в 2015 году Глобальную стратегию по защите здоровья женщин, детей и подростков, одной из задач которой является снижение детской смертности (Van K., 2015). Основным риском рождения новорожденного является его смерть (Amiel-Tison С., 2008). Показатель неонатальной смертности среди недоношенных в Российской Федерации по данным различных авторов достигает 70%, значительно превышая аналогичный индикатор родившихся в срок (Радзинский Е.В., 2015). Выживаемость (до момента выписки из стационара) в России детей массой тела от 500 до 749 граммов при рождении составляет порядка 30% (Алексеев Н.Ю., 2017), при этом в мире данный показатель даже в части развитых стран может составлять меньшее значение: 15% в США (Nakhla T., Imaizumi S., Saslow J., 2005). В настоящее время необходимо разработать и провести мероприятия по совершенствованию системы организации медицинской помощи недоношенным и маловесным детям на последовательных этапах ее оказания.

Целью исследования является научное обоснование и разработка предложений по совершенствованию организации оказания медицинской помощи недоношенным, в том числе маловесным детям.

Задачи исследования:

1. Провести анализ структуры новорожденных, их физического развития при рождении, показателей заболеваемости и смертности недоношенных в Российской Федерации с 2005 по 2017 гг.

2. Определить факторы риска невынашивания и рождения маловесных детей с учётом характеристик здоровья, генеалогического анамнеза семьи, социального статуса и качества жизни родителей.

3. Выявить дефекты организации медицинской помощи на последовательных этапах её оказания новорожденным маловесным детям (в стационаре, при медицинской эвакуации на второй этап выхаживания и катамнестическом наблюдении за ребенком).

4. Разработать предложения по совершенствованию организации медицинской помощи недоношенным детям.

Научная новизна диссертационного исследования. В процессе выполнения данного исследования были изучены динамика рождаемости и качества маловесного потомства (весовые категории, уровни заболеваемости, адаптивности, выживаемости) в зависимости от

социально-экономических особенностей жизни населения с 2005 года, до и после перехода России на критерии ВОЗ рождения с 22 недель беременности при массе тела менее 500 г.

Определены факторы риска невынашивания и рождения маловесных детей на основании результатов сведений о матерях и маловесных детях, в том числе с массой тела при рождении менее 500 г при сроке гестации 22 и более недель, показателей их здоровья и факторах, способствующих прерыванию беременности и нарушениям развития плода.

Проведено исследование генеалогического анамнеза маловесных детей (частота встречаемости среди поколений их бабушек-дедушек, матерей-отцов, братьев и сестер наследственных, врожденных, мультифакториальных, инфекционных, пролиферативных заболеваний и аллергозов).

Дана оценка организации полноценного катамнестического наблюдения, обследования и оказания всей необходимой помощи глубоко недоношенным детям на амбулаторном этапе.

Проведён анализ процесса формирования и сбора статистических данных о женщинах-матерях и их новорожденном потомстве с 1985 года по 2017 год с оценкой целесообразности производимых перемен и рекомендациями по совершенствованию этого процесса.

Разработаны предложения по совершенствованию организации медицинской помощи недоношенным детям, направленные на повышение результативности оказания медицинской помощи детям и качества оформления медицинской документации, соблюдение принципа преемственности оказания медицинской помощи на последовательных этапах ее оказания.

Научно-практическая значимость работы. Определены дефекты организации медицинской помощи матерям и их маловесным детям на различных этапах оказания медицинской помощи в субъектах Российской Федерации и выявлены ошибки при заполнении отчетной документации в процессе представления статистических данных в годовых отчетах.

Разработан проект формы федерального статистического наблюдения № 32, где реализована возможность статистического учета детей, которые при рождении соответствовали только одному критерию новорожденности (масса тела при рождении менее 500 г. или срок гестации более 22 недель), получение необходимых сведений для полноценного анализа состояния здоровья детей экстремально низкой массой тела, частоты и причин их мертворождения.

Выявленные факторы невынашивания и рождения маловесных детей, усовершенствованная схема сбора генеалогического анамнеза маловесных детей могут использоваться в целях выявления риска рождения недоношенных детей.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Анализ динамики рождаемости, физического развития и заболеваемости новорожденных детей в Российской Федерации свидетельствует об относительном росте невынашивания и рождения маловесных детей, признаков незрелости у доношенных новорожденных, их высокой инфекционной заболеваемости и смертности.

2. Установлено наличие связи невынашивания и рождения маловесного потомства с социально-экономическим состоянием, качеством жизни семьи и ухудшающимся здоровьем матери.

3. Выявленные дефекты организации оказания медицинской помощи и оформления медицинской документации по недоношенным и маловесным детям на последовательных этапах их выхаживания существенно снижают качество оказания медицинской помощи.

4. Разработанные предложения позволяют повысить результативность оказания медицинской помощи маловесным детям на последовательных этапах их выхаживания.

Методология и методы исследования. В исследованиях были использованы статистический, социологический (опрос и заочное анкетирование) методы, метод экспертных оценок, аналитический метод с применением компьютерной математической программы многомерного анализа.

Математический аппарат включал традиционные методики: вычисление относительных (P), средних величин (M), определение их ошибок ($\pm m$), 95% доверительный интервал для пропорции и p , расчёт интенсивных и экстенсивных показателей. Выявленные различия показателей принимали за существенные при $p < 0,05$. Величина точности определяла степень надёжности. Надёжность обозначали буквой p .

Для своих исследований мы применяли надёжность, равную 95,0%. Статистическая значимость различий определялась с помощью критериев Стьюдента и χ -квадрат при $p < 0,05$. Оценка статистически значимых различий показателей и средних проводилась с использованием как параметрических (t -критерий Стьюдента), так и непараметрических критериев. Выявление связей между признаками определялось по критерию согласия-соответствия (χ^2).

При решении всех задач настоящего исследования использовались процедуры логического контроля и проверки собранной информации (анализа, синтеза, наблюдения и пр.).

Проведена группировка и классификация учетных признаков по типологическому и количественному признаку. Использовались графические методы: построение диаграмм (простых секторных и вторичных линейчатых), гистограмм; конструкция таблиц, составление схем.

Внедрение результатов работы в практику. Материалы диссертационного исследования использованы в работе Министерства здравоохранения Российской

Федерации, Министерства здравоохранения Республики Башкортостан, Правительства Сахалинской области, Территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по г. Москве и Московской области, Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Бюро судебно-медицинской экспертизы Департамента здравоохранения города Москвы», Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Московской области «Московской областной центр охраны материнства и детства», Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Московской области «Московская областная станция скорой медицинской помощи», Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Детская городская поликлиника №69 Департамента здравоохранения города Москвы» (имеются акты внедрения). В учебном процессе Государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Московский городской университет управления Правительства Москвы».

На основе результатов исследования были разработаны информационно-методические материалы: Руководство по анализу основных показателей охраны здоровья матери и ребенка, ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, 2016 г., 68 с.; аналитический обзор «Состояние здоровья матери и ребенка по данным территориальных отчетов Российской Федерации за 2015 и 2016 годы», ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, 2017 г., 54 с.; аналитическая справка «Проблемы воспроизводства населения в современной России» (анализ ситуации по данным статистики за 2015-2017 гг.).

Личный вклад автора. Автором сформулирована тема диссертационной работы, её цель и задачи, самостоятельно осуществлён поиск и анализ источников отечественной и зарубежной литературы по изучаемой проблеме, составлена программа исследования.

Автором проведено социологическое исследование матерей, с последующей оцифровкой полученных данных; проанализирована система медицинской эвакуации недоношенных детей из родовспомогательных медицинских организаций в отделения 2-го этапа выхаживания недоношенных по данным медицинской документации, катамнестическое наблюдение за недоношенными и маловесными детьми на амбулаторном этапе; проведена архивная работа по выкопировке данных учетной медицинской документации за 2005-2017 гг., с последующим анализом результатов с применением математико-статистической обработки (85%). Обобщены полученные результаты, сформулированы выводы и практические рекомендации (95%); подготовлены публикации по результатам диссертационного исследования (90%).

Степень обоснованности и достоверности научных положений, выводов и рекомендаций. Достоверность результатов исследования, положений, выносимых на защиту, выводов и практических рекомендаций основывается на достаточном по

репрезентативности материале. Математический аппарат включал методики расчета репрезентативности выборки, коэффициентов доверительной вероятности, среднеквадратичного отклонения, вычисление относительных (Р), средних (М) величин, расчет интенсивных и экстенсивных показателей. Обработка данных проводилась при помощи «StatSoft Statistica 6», «Microsoft Excel 2010». Для работы с текстовыми данными использовалось программное средство «Microsoft Word 2010».

Апробация результатов исследования. Материалы диссертационной работы доложены на Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Развитие российского здравоохранения на современном этапе» (Мурманск, 2013); II Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Развитие российского здравоохранения на современном этапе» (Мурманск, 2014); X Международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы современной науки в 21 веке» (Махачкала, 2016); XXIII Российском национальном конгрессе «Человек и лекарство» (Москва, 2016); Конференции Росздравнадзора по вопросам соблюдения медицинскими и фармацевтическими организациями требований законодательства Российской Федерации и прав граждан (Москва, 2017); Национальном конгрессе с международным участием «Здоровые дети – будущее страны» (Санкт-Петербург, 2018).

Публикации. По теме диссертации опубликованы 20 научные работы, в том числе 6 в изданиях, рекомендованных ВАК при Министерстве науки и высшего образования Российской Федерации, 1 – в издании, входящем в международные реферативные базы данных и системы цитирования («Scopus»).

Объем и структура диссертации. Диссертационная работа изложена на 218 страницах состоит из введения, обзора литературы, материалов и методов исследования, трех глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы, приложений. Список литературы содержит 186 публикаций, из них 39 зарубежных. Диссертация иллюстрирована 40 таблицами, 14 рисунками, 3 схемами.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

В первой главе «Медико-организационные аспекты невынашивания и выхаживания недоношенных детей (обзор литературы)» дана общая характеристика проблемы невынашивания и маловесности потомства, рассмотрены вопросы организации медицинской помощи при рождении и выхаживании недоношенных детей, нормативно-правового обеспечения при оказании медицинской помощи недоношенным детям, описаны особенности статистического учета в системе охраны материнства и детства.

Во второй главе «Материалы и методы исследования» представлены программа, методы, источники информации и объемы исследования (таблица 1).

Таблица 1 - Методы и этапы исследования

Этапы	Задачи этапа	Методы исследования	Источники информации	Материалы исследования, объем
1	Изучение отечественной и зарубежной литературы Составление программы исследования	Аналитический	Отечественная и зарубежная литература, нормативно-правовая документация	Публикации, нормативно-правовые акты (n=186)
2	Оценка структуры новорожденных, их физического развития при рождении, показателей заболеваемости и смертности недоношенных в Российской Федерации с 2005 по 2017 гг.	Статистический	Данные форм ФСН, рассчитываемые интенсивные и экстенсивные показатели	Формы ФСН № 32, ФСН № 14 за 2005-2017 гг., Вкладыш №232 за 2013-2017 гг., по 85 субъектам Российской Федерации
3	Определение факторов риска невынашивания и рождения маловесных детей с учётом характеристик здоровья, генеалогического анамнеза семьи, социального статуса и качества жизни родителей.	Социологический Статистический Аналитический	Матери недоношенных детей Истории болезни стационарного больного, содержащие сведения анамнеза жизни матерей Пояснительная записка субъекта Российской Федерации	Анкета женщины и ее ребенка (n=102) Генеалогический анамнез недоношенного ребенка (451 член семьи) Опросник о детях массой тела менее 500 г, 511 шт.
4	Выявление дефектов организации медицинской помощи на последовательных этапах её оказания новорожденным маловесным детям	Социологический Экспертных оценок Аналитический	Опрос экспертов (главных внештатных акушеров-гинекологов, неонатологов) Российской Федерации Сведения о недоношенных детях при их транспортировке на второй этап выхаживания Данные выкопировки из выписных эпикризов (форма 112/у) Данные выкопировки из историй развития ребенка (форма 112/у)	Карты экспертная оценки (n=16) Опрос главных внештатных специалистов 65 субъектов Российской Федерации Карты вызова скорой медицинской помощи, 519 шт. Выписной эпикриз (n=108) История развития ребенка (форма 112/у) (форма 112/у) (n=91)
5	Анализ организационных проблем сбора и обработки данных отчетных форм	Аналитический	Ресурсы здравоохранения субъектов Российской Федерации Данные форм ФСН	Опрос главных внештатных специалистов 65 субъектов Российской Федерации Формы ФСН № 32, вкладыш №232
6	Разработка предложений по совершенствованию организации медицинской помощи недоношенным детям	Аналитический	Результаты предшествующих этапов работы настоящего исследования	

Объект исследования: состояние здоровья матерей, недоношенных и маловесных детей. **Предмет исследования:** организация оказания медицинской помощи матерям, недоношенным и маловесным детям. **Единица наблюдения:** недоношенные и маловесные дети.

Исследование проводилось в шесть этапов.

На *первом этапе* с использованием аналитического метода были изучены публикации отечественных и зарубежных авторов, нормативные и правовые документы, регламентирующие организацию оказания медицинской помощи при рождении и выхаживании на последовательных этапах маловесных детей (в том числе экстремально низкой массой тела) и определена программа исследования.

На *втором этапе* проведена оценка структуры новорожденных, их физического развития при рождении, показателей заболеваемости и смертности недоношенных в Российской Федерации за 2005-2017 годы по данным форм федерального статистического наблюдения (ФСН) № 32 «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам», № 14 «Сведения о деятельности стационара» (таблица 3000) за 2005-2017 гг. и вкладыша 232 к форме ФСН № 32 «Сведения о регионализации акушерской и перинатальной помощи в родильных домах (отделениях) и перинатальных центрах» за 2013-2017 гг., данные субъектов Российской Федерации о новорожденных массой тела менее 500 г при сроке гестации 22 недели и более за 2015 - 2017 гг., включающие сведения о матери, особенностях течения беременности и родов, новорожденном. Использован статистический метод.

На *третьем этапе* определены факторы риска невынашивания и рождения маловесных детей с учетом характеристик здоровья, генеалогического анамнеза семьи, социального статуса и качества жизни родителей на основании результатов анкетирования 102 матерей, имеющих недоношенных детей массой тела до 2500 г., генеалогического анамнеза родственников недоношенного ребенка (451 член семьи), сведений о 511 детях массой тела менее 500 г из 36 субъектов Российской Федерации. Используются социологический, статистический, аналитический методы.

На *четвертом этапе* проведено выявление дефектов организации медицинской помощи на последовательных этапах ее оказания новорожденным маловесным детям. Применен метод экспертной оценки, социологический, аналитический методы.

Изучение проблемы невынашивания и организации выхаживания маловесного потомства в целом включало исследование мнения экспертов (главных внештатных акушеров-гинекологов, неонатологов Российской Федерации) по вопросам организации в субъектах Российской Федерации медицинской помощи беременным, роженицам и детям,

рождающимся низкой и экстремально низкой массой тела, экспертной оценки ведения маловесных детей в акушерском стационаре (на основании переводных эпикризов), на этапе медицинской эвакуации детей с первого на второй этап выхаживания и в амбулаторных условиях по данным анализа специально разработанных карт транспортировки новорожденных и сведений из учетной формы № 112/у «История развития ребенка», а также оценки проблемы сбора и обработки отчетных данных по течению и исходам беременности и родов, здоровья новорожденных.

На *пятом этапе* определены организационные проблемы акушерства и неонатологии, сбора и обработки данных отчетных форм на основании результатов опроса главных внештатных специалистов из 65 субъектов, характеризующие созданную региональную систему выхаживания маловесных новорожденных и существующие проблемы в 2017 году, форм ФСН №№ 32, 14, вкладыша № 232. Использован аналитический метод.

На *шестом этапе* на основании результатов проведенного исследования сформулированы предложения по совершенствованию организации медицинской помощи недоношенным детям на последовательных этапах оказания и улучшению всей системы сбора и обработки учетной медицинской документации и отчетных форм в акушерстве и неонатологии. Применен аналитический метод.

Базами исследования являлись два субъекта Российской Федерации: город федерального подчинения Москва и Московская область. В работе использовались сведения по организации медицинской помощи маловесным детям, полученные при проведении деперсонифицированных исследований в 8 медицинских организациях города Москвы и ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России.

В третьей главе «Характеристика недоношенных детей» проанализированы статистические показатели за 2005-2017 гг. с разбивкой на периоды: до (в 2011-2012 гг.) и после внедрения новых медицинских критериев рождения (приказ Минздравсоцразвития России от 27.12.2011 № 1687н) и порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (приказ Минздрава России от 01.11.2012 № 572н).

Сравнительный анализ статистических данных за 2013-2017 гг. выявил положительные сдвиги: снизился уровень заболеваемости и смертности доношенных детей и повысилась выживаемость маловесных новорожденных, произошедшие в стране благодаря проводимым системным преобразованиям в области родовспоможения и детства.

Однако на фоне общего снижения заболеваемости произошло нарастание признаков незрелости организма и снижения адаптации доношенных новорожденных. В период с 2014 по 2017 года у доношенных регистрируется рост респираторного дистресс-синдрома (с 5,84 до 6,81‰), неонатальной желтухи (с 61,8 до 67,66‰), бактериального сепсиса (с 0,13 до

0,18%), внутрижелудочковых кровоизлияний (с 2,18 до 2,78%), гемолитической болезни новорожденных (с 8,47 до 10,31%) и врожденных аномалий (с 27,63 до 29,56%). Негативные отклонения регистрируются и в показателях здоровья недоношенных и маловесных детей: растет число новорожденных с инфекционными заболеваниями (в т.ч. врожденной пневмонией, бактериальным сепсисом), гемолитической болезнью новорожденных, с нарушениями церебрального статуса (таблица 2).

Таблица 2 - Сравнительный анализ заболеваемости доношенных и недоношенных детей массой тела 1000 г и более в Российской Федерации за 2013-2017 гг. (%)

Наименование отдельных классов болезней и нозологии	Доношенные					Недоношенные					Соотн. недоношенные/доношенные (разы)	Соотн. недоношенные/доношенные (разы)
	2013	2014	2015	2016	2017	2013	2014	2015	2016	2017	2013	2017
Родилось больными и	296,60	293,80	280,70	279,30	279,00	987,10	978,70	989,00	937,30	997,90	3,3	3,6
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	358,50	350,90	338,20	334,10	338,00	2159,30	2124,00	2138,20	2141,30	2222,80	6,0	6,6
Замедление роста и недостаточность питания	72,80	71,22	69,40	65,20	64,02	223,80	213,30	210,70	190,45	173,80	3,1	2,7
Родовая травма – всего	28,30	28,60	28,10	27,60	26,90	16,00	14,32	12,10	11,24	10,10	0,6	0,4
из них: - разрыв внутричерепных тканей и кровоизлияние вследствие родовой травмы	0,60	0,54	0,74	0,51	0,47	1,00	0,94	0,70	0,61	0,38	1,7	0,8
Внутриутробная гипоксия, асфиксия при родах	65,30	59,67	51,90	44,26	42,22	305,50	280,10	256,50	241,76	234,00	4,7	5,5
Респираторные нарушения у новорожденных, возникшие в перинатальном периоде - всего	18,30	18,50	18,20	19,52	21,14	470,20	458,90	490,80	487,90	526,30	25,7	24,9
из них: - дыхательное расстройство у	5,81	5,84	5,83	6,38	6,81	338,30	329,50	348,70	334,40	372,40	58,2	54,7
- врожденная пневмония	5,50	5,82	5,72	6,12	5,19	83,76	79,72	81,40	85,90	87,14	15,2	16,8
- неонатальные аспирационные синдромы	4,06	3,80	3,69	3,28	3,60	5,64	6,16	4,80	4,95	4,72	1,4	1,3
- неонатальная аспирационная пневмония	0,79	0,76	0,69	0,68	0,58	1,31	1,23	1,05	0,79	0,65	1,7	1,1
Инфекционные болезни, специфичные для перинатального периода	10,40	10,70	10,30	10,39	10,13	82,20	83,38	98,30	92,98	94,70	7,9	9,3
из них: бактериальный сепсис новорожденного	0,11	0,13	0,14	0,17	0,18	3,85	3,07	4,12	4,49	4,26	35,0	23,7
Перинатальные гематологические нарушения	8,36	7,43	7,59	7,06	7,09	54,90	50,98	49,31	55,84	57,03	6,6	8,0
Внутрижелудочковые кровоизлияния	2,48	2,18	2,40	2,55	2,78	40,36	38,75	34,40	35,65	40,43	16,3	14,5
Гемолитическая болезнь плода и новорожденного, водянка плода, ядерная желтуха	7,94	8,47	9,00	9,66	10,31	15,56	17,44	17,80	17,62	19,98	2,0	1,9
Неонатальная желтуха, обусловленная чрезмерным гемолизом, другими неуточненными причинами	61,27	61,80	62,30	65,04	67,66	306,30	312,90	308,90	312,70	308,90	5,0	4,6
Церебральные нарушения	54,50	52,40	49,10	47,17	46,94	355,40	379,10	369,90	362,10	360,10	6,5	7,7
Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	27,70	27,63	27,90	27,93	29,56	62,95	58,19	56,80	58,79	64,94	2,3	2,2
Прочие болезни	13,50	12,94	11,80	10,81	10,30	44,32	49,68	49,00	44,13	41,12	3,3	4,0
Число заболеваний на 1 больного	1,36	1,34	1,35	1,34	0,38	2,28	2,23	2,24	2,24	2,33	1,7	6,1

Показатели смертности с 2013 по 2017 гг. имели тенденцию к снижению, у недоношенных максимально выражено при родовой травме и инфекционных заболеваниях,

специфичных для перинатального периода (с 2,22 до 0,53% и с 3,83 до 2,97% соответственно), у доношенных - при разрыве внутрочерепных тканей и кровоизлияниях вследствие родовой травмы (с 2,65 до 0,68%), при родовой травме (с 0,08 до 0,003%) (таблица 3). В 2017 году сохраняются высокие показатели смертности в акушерских стационарах детей ЭНМТ, особенно в СКФО (43,2%), на фоне низкого процента переводов новорожденных на 2 этап выхаживания (13,1%) в сравнении с общероссийским (47,4%).

Таблица 3 - Сравнительные показатели смертности доношенных и недоношенных новорожденных детей в акушерских стационарах в Российской Федерации, 2013-2017 годы (в %)

Наименование отдельных классов болезней и нозологий	Доношенные					Недоношенные				
	2013	2014	2015	2016	2017	2013	2014	2015	2016	2017
Число умерших по отношению к числу родившихся больными и заболевшим	0,32	0,28	0,25	0,22	0,19	2,26	1,97	1,70	1,48	1,23
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	0,19	0,16	0,13	0,12	0,10	0,86	0,74	0,60	0,56	0,44
Замедление роста и недостаточность питания	0,004	0,007	0,005	0,004	0,003	0,04	0,05	0,02	0,01	0,02
Родовая травма – всего	0,080	0,060	0,060	0,040	0,003	2,22	2,07	1,12	1,13	0,53
из них: - разрыв внутрочерепных тканей и кровоизлияние вследствие родовой травмы	2,65	2,35	1,27	0,13	0,68	26,92	25,5	11,10	14,29	0,39
Внутриутробная гипоксия, асфиксия при родах	0,23	0,22	0,17	0,19	0,18	0,77	0,70	0,70	0,54	0,56
Респираторные нарушения у новорожденных, возникшие в перинатальном периоде - всего	1,71	1,24	1,10	0,89	0,62	1,97	1,53	1,20	1,00	0,63
из них: - дыхательное расстройство у новорожденного	0,98	0,79	0,60	2,05	0,23	1,87	1,30	0,90	0,76	0,52
- врожденная пневмония	2,91	1,91	1,70	1,52	1,41	2,59	2,54	1,10	1,99	1,14
- неонатальные аспирационные синдромы	1,45	1,14	0,90	1,08	0,80	2,05	2,18	2,20	1,97	0,68
- неонатальная аспирационная пневмония	2,60	3,73	2,60	1,35	1,22	2,21	5,47	1,80	2,47	-
Инфекционные болезни, специфичные для перинатального периода	1,12	1,03	0,85	0,70	0,01	3,83	3,87	3,10	3,12	2,97
из них: бактериальный сепсис новорожденного	20,20	21,89	24,40	16,67	18,05	24,50	36,25	30,80	25,22	23,48
Перинатальные гематологические нарушения	0,06	0,10	0,11	0,08	0,05	0,21	0,32	0,40	0,17	0,06
Внутрижелудочковые кровоизлияния	0,69	0,54	0,70	0,31	0,37	5,72	4,72	4,60	4,38	3,17
Гемолитическая болезнь плода и новорожденного, водянка плода, ядерная желтуха	0,19	0,16	0,12	0,09	0,07	2,54	2,64	2,50	2,16	1,88
Неонатальная желтуха, обусловленная чрезмерным гемолизом, другими неуточненными причинами	0,00	0,00	0,00	0,00	-	0,01	0,01	0,01	0,02	0,01
Церебральные нарушения	0,02	0,03	0,04	0,02	0,01	0,05	0,08	0,10	0,04	0,04
Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	0,88	0,92	0,79	0,69	0,60	5,43	5,43	5,30	4,40	3,53
Прочие болезни	0,15	0,13	0,10	0,13	0,19	0,70	0,58	0,30	0,42	0,44

В четвертой главе «Оценка социального статуса и здоровья родителей недоношенных детей с выделением прогностически значимых факторов риска рождения маловесных детей» представлены результаты медико-социологического исследования, позволяющие сделать заключение о том, что основные факторы,

способствующие невынашиванию и рождению маловесного потомства, имеют медико-биологический характер. Среди этих факторов – поздний возраст матерей: женщины, родившие детей массой до 2500 г, относятся в большинстве своём к возрастной группе от 30 до 39 лет, а имеющие детей менее 500 г при сроке гестации 22 недели и более – чаще других возрастных групп находятся в период беременности и родов в возрасте 40 лет и старше.

При этом ведущую роль в нарушении репродуктивной функции и рождения маловесного потомства играет наличие у женщин хронических заболеваний, выявленных у 50,6% матерей, родивших недоношенными детей.

Чем выше маловесность потомства – тем большая патология регистрируется у родственников маловесных детей – старшего поколения (бабушек и дедушек) и среднего поколения (матерей, отцов, их братьев и сестер) – и тем более выражена патология непосредственно у их матерей (таблица 4).

Таблица 4 - Данные генеалогического анамнеза маловесных детей (в %)

Группы заболеваний:	наследственные	врожденные	мультифакториальные	инфекционные	аллергические	пролиферативные
Заболееваемость родственников всех обследованных маловесных детей (менее 2500 г)						
Всего	1,77	1,77	51,44	23,06	24,17	10,2
Старшее поколение	1,26	0,84	58,16	7,11	4,18	12,13
Родители	2,36	2,83	43,87	41,04	46,7	8,02
Заболееваемость родственников маловесных детей массой тела при рождении 1000-1999 г						
Всего	1,17	1,94	45,97	19,07	8,17	10,57
Старшее поколение	0,71	0,71	48,57	6,43	4,29	2,4
Родители	1,71	4,27	38,46	34,19	12,81	8,55
Заболееваемость родственников маловесных детей массой тела при рождении 500-999 г						
Всего	2,58	1,03	61,34	28,35	9,28	9,79
Старшее поколение	2,02	1,01	71,72	8,08	4,04	12,12
Родители	3,16	1,05	50,53	49,47	14,74	7,37

По результатам генеалогического анамнеза маловесного потомства выявлено, что в семьях, где особенно часто рождаются дети, имеющие массу тела менее 1000 г, наиболее часто проявляются мультифакториальные, инфекционные и аллергические заболевания. При этом нарастание частоты инфекционных и аллергических заболеваний от старшего к среднему поколению в группе детей массой тела при рождении менее 1000 г происходит более быстрыми темпами (инфекций – в 6,1 раза по сравнению с 5,3 раза в группе детей 1000 г и более и аллергозов – в 3,6 раза по сравнению с 3,0 раза в группе детей более 1000 г).

У женщин, дети которых имеют массу тела при рождении менее 500 г при сроке гестации 22 и более недель, нарушения соматического анамнеза достигают 70,3% (в том числе неинфекционные – 58,5% и хронические инфекционные патологии – 28,6%); осложненное течение беременности составляет 70,8% (преобладает тяжелые плацентарная недостаточность, преэклампсия и эклампсия) и патология родов – 49,3%.

Пятая глава «Организация оказания медицинской помощи маловесным детям на последовательных этапах их выхаживания» отражены проблемы в оказании медицинской помощи маловесным детям, а также дана оценка полноты статистического учета в целях получения достоверной информации для принятия управленческих решений.

Таблица 5 – Проблемы организации оказания медицинской помощи матерям и детям в субъектах Российской Федерации по мнению экспертов и пути их решения

Проблемы организации оказания медицинской помощи матерям и детям в субъектах Российской Федерации по мнению экспертов	Предложения экспертов по совершенствованию оказания медицинской помощи в Российской Федерации
Нехватка врачей акушеров-гинекологов, анестезиологов-реаниматологов, неонатологов, акушерок	Принять экстренные меры по кадровому обеспечению служб родовспоможения врачами акушерами-гинекологами, врачами анестезиологами-реаниматологами, врачами-неонатологами, акушерками. Расширять возможности телемедицинских технологий, в том числе с возможностью их проведения в круглосуточном режиме. Соблюдать четкую преемственность ведения маловесных детей на этапах медицинского обслуживания
Низкий уровень практических навыков у специалистов	Расширить сеть и повысить доступность симуляционных тренинговых центров и мультимедийных обучающих систем для отработки практических умений в родовспоможении и неонатологии. Соблюдать регулярное обновление клинических протоколов по родовспоможению и неонатологии (при фето-плацентарной недостаточности, внутриутробной гипоксии, др.). Усилить борьбу с нарастающим бесплодием, в т.ч. провести модернизацию центров планирования семьи и репродукции.
Дефицит коек интенсивной терапии и реанимации новорожденных, коек 2-го этапа	Усилить развитие фетальной хирургии, хирургии новорожденных. Разработать федеральные программы по модернизации оборудования и капитальным ремонтам зданий.
Недостаток современного оборудования и расходных материалов	Обеспечить строительство современных детских больниц.
Высокий износ оборудования и зданий	Дифференцированно подходить к вопросу строительства перинатальных центров в субъектах с малым числом родов при крайне низкой плотности населения и сложности транспортировки
Недостаточное финансирование выхаживания глубоко недоношенных детей	Повысить тарифы на лечение и выхаживание недоношенных (в соответствии с фактическими затратами).
Проблемы организации генетического консультирования	Расширить федеральную программу скрининга наследственных заболеваний, совершенствовать систему медико-генетического консультирования. Организовать государственную поддержку функционирования информационных систем, обеспечивающих мониторинг за беременными группы высокого риска. Разработать нормативную документацию по организации пренатальной диагностики нарушений развития плода. Усилить межведомственное взаимодействие с социальными службами по профилактике поздней постановки на учет в женские консультации.
Проблемы осуществления катамнеза недоношенных детей с перинатальной патологией	Создать сеть центров катамнеза и разработать систему оплаты (ОМС) на обследование детей ЭНМТ
Отсутствие 3 этапа выхаживания недоношенных детей	Создать центры реабилитации и паллиативной помощи (3-ий и 4-ый этапы выхаживания) для детей с перинатальными поражениями. Разработать законопроект, регламентирующий возможность отказа родителей от реанимации глубоко недоношенных детей с перинатальными повреждениями.

По результатам проведенного двухэтапного опроса 16 экспертов-главных внештатных специалистов по акушерству и гинекологии, педиатрии из 9 субъектов Российской Федерации выявлены проблемы в организации оказания медицинской помощи матерям и детям (таблица 5).

Проблемы при эвакуации новорожденных из акушерского стационара на второй этап выхаживания связаны с организацией медицинской эвакуации врачами перинатальных центров, которые совмещают работу в отделении и выезды, а не врачами выездных бригад, не имеющих иных функциональных обязанностей. Недостаточное нормативное регулирование ведёт к применению различных форм медицинской документации, разным подходам к внутреннему контролю качества и безопасности данного вида медицинской помощи. Отсутствие регулирования маршрутизации может приводить к рискам выбора неоптимального срока и направления эвакуации, что также было выявлено в рамках данного исследования (определение маршрута самими отделениями, отсутствие сведений о койках в диспетчерских перинатальных центрах, имеющих выездные бригады). Выявленные дефекты в организации медицинской эвакуации новорожденных и недоношенных детей в г. Москве послужили основой для разработки нового алгоритма организации оказания специализированной медицинской помощи новорожденным в городе Москве (схема 1).

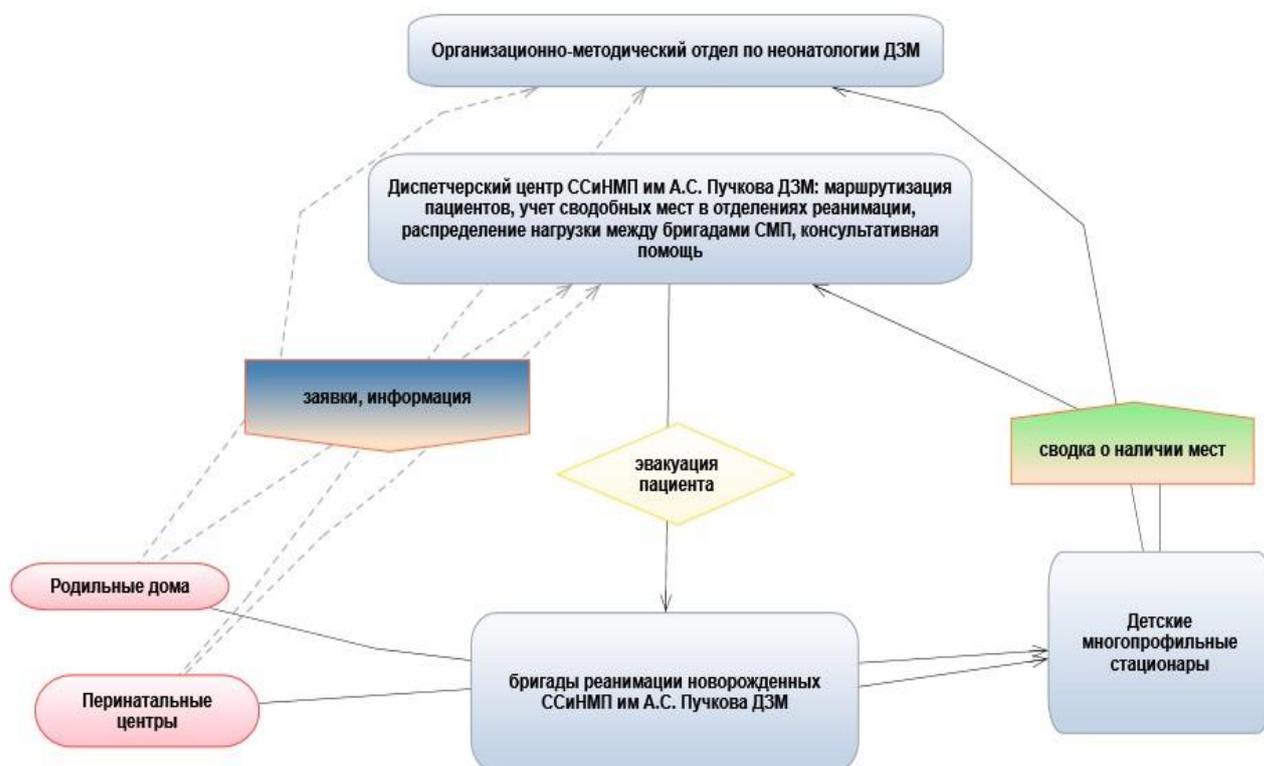


Схема 1 - Модель организации медицинской эвакуации новорожденных в г. Москве с 2017 г.

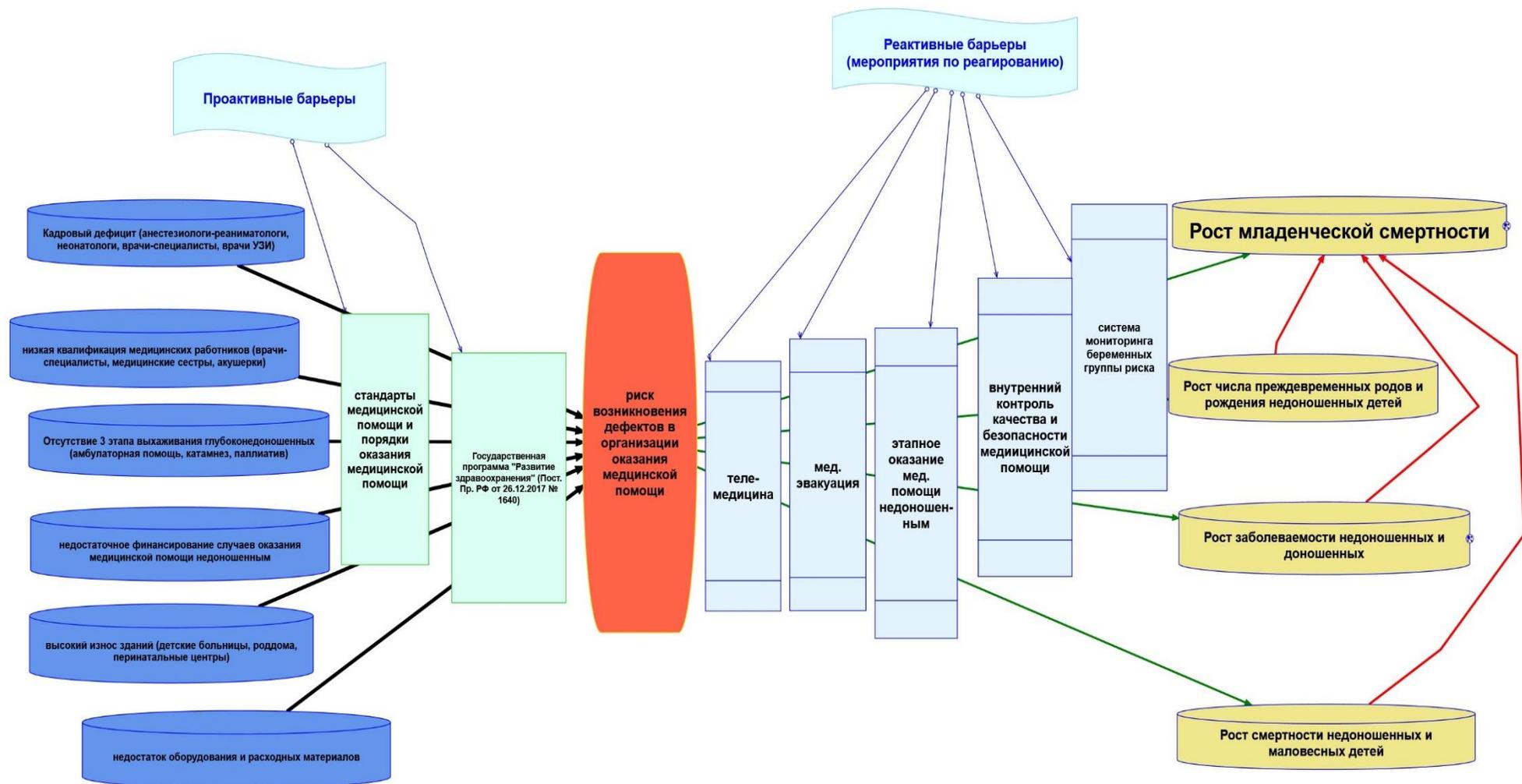


Схема 2 - Анализ причинно-следственных связей при разработке предложений по совершенствованию оказания медицинской помощи недоношенным и маловесным детям.

При оценке оказания медицинской помощи маловесным детям в акушерских стационарах установлены дефекты, которые относились к трем категориям: диагностике (недостаточный объем диагностических исследований); лечению (несвоевременность и недостаточность назначения и приема лекарственных средств) и низкому качеству выписных эпикризов. Наиболее частыми выявленными дефектами являлись: при проведении диагностики (отсутствие своевременной консультативной помощи врачей-специалистов, невыполнение клинических анализов крови, мочи, нейросонографии, эхокардиографии, низкая частота бактериологических исследований), при оказании медицинской помощи (позднее начало энтерального питания при отсутствии противопоказаний, неприменение сурфактанта при наличии показаний, нерациональная антибиотикотерапия и пр.), при оформлении медицинской документации (отсутствие информации о проведенных обследованиях, лечении и их результатов, отсутствие рекомендаций по дальнейшему обследованию, наблюдению за пациентом и лечению, сведений о питании ребенка).

Медицинская помощь маловесным детям в амбулаторных условиях после выписки из стационара осуществляется в детских городских поликлиниках и центрах катамнеза. Выявленные дефекты организации оказания медицинской помощи (неполное обследование детей на амбулаторном этапе) связаны с отсутствием преемственности между детскими поликлиниками и центрами катамнеза, а также организации обмена информацией.

На основании анализа данных динамики рождаемости, заболеваемости и смертности новорожденных, оценки факторов риска рождения маловесного потомства, а также проблем системы организации оказания медицинской помощи маловесным детям на последовательных этапах их выхаживания разработаны и представлены предложения по совершенствованию медицинской помощи недоношенным, формированию статистической отчетности (схема 2).

ВЫВОДЫ

1. В Российской Федерации с 2005 по 2017 годы среди новорожденных отмечено увеличение доли маловесных детей до 2500 г – с 5,41 до 6,15%, в том числе с очень низкой массой тела от 1000 до 1499 г – с 0,49 до 0,66% и экстремально низкой массой тела от 500 до 999 г – с 0,22 до 0,37%. После введения новых критериев рождения тенденция не изменилась.

2. На фоне увеличения маловесности у рождающегося потомства в 2013-2017 гг. произошел рост врожденных аномалий (у доношенных на 6,7% – с 27,7 до 29,56‰ и у недоношенных на 3,2% – с 62,95 до 64,94‰). Нарастают признаки незрелости организма и

снижаются его адаптивные возможности. У доношенных новорожденных это проявилось увеличением заболеваемости неонатальной желтухой на 10,4%, развитием внутрижелудочковых кровоизлияний - на 12,1%, дыхательных нарушений (всего и в виде дистресс-синдрома - на 15,5 и 17,2% соответственно), гемолитической болезни новорожденных - на 29,8% и бактериального сепсиса - на 63,6%. У недоношенных новорожденных отмечен рост инфекций, специфических для перинатального периода - на 15,2%, врожденной пневмонии - на 4,0%, перинатальных гематологических нарушений - на 3,9%, отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде - на 2,9%, церебральных нарушений - на 1,3%.

3. Показатели смертности детей экстремально низкой массой тела (менее 1000 г) за период 2005-2017 гг. удалось снизить с 64,18% до 24,11%; массой тела 1000-1499 г - с 15,3 до 4,63%; 1500-1999 г - с 5,63 до 1,53%. По результатам пребывания детей ЭНМТ на обоих этапах выхаживания (в акушерском и педиатрическом стационарах) показатели смертности в 2017 г сохраняются относительно высокими (выше среднероссийского уровня 31,2%) в СКФО (44,8%), в ЮФО (34,2%), в ПФО (33,0%), в СЗФО (31,7%) и в УФО (31,4%).

4. По результатам комплексного медико-социального исследования и данных семейного генеалогического анамнеза маловесных детей, основные факторы, способствующие невынашиванию и рождению маловесного потомства, имеют как медико-биологический характер (осложненный генеалогический анамнез, поздний возраст матерей, позднее рождение первого ребенка; наличие у женщин хронических, в том числе хронических инфекционных заболеваний), так и медико-социальный характер (низкий материальный уровень семьи, производственные вредности, табачная и алкогольная зависимость, отсутствие планирования беременности).

5. Выявлены дефекты организации оказания медицинской помощи новорожденным, связанные с неправильной маршрутизацией рожениц группы риска по рождению недоношенного ребенка в акушерские стационары низкого уровня и неоптимальной организацией процесса медицинской эвакуации недоношенных детей из акушерского в педиатрический стационар в целях дальнейшего выхаживания маловесных детей, а также недостатки в организации амбулаторного наблюдения и контроля за полнотой и качеством оказываемых услуг недоношенным детям ЭНМТ в центрах катамнеза при перинатальных центрах и в поликлиниках по месту жительства.

6. По результатам проведенного исследования разработаны предложения по совершенствованию организации медицинской помощи в отношении матерей и их маловесных детей, которые включают:

- контроль за своевременной маршрутизации беременных в соответствии со степенью медицинского риска в стационары высокого уровня;
- ведение мониторинга беременных группы риска;
- организацию медицинской эвакуации новорожденных и недоношенных детей в каждом субъекте Российской Федерации;
- соблюдение этапности и преемственности при оказании медицинской помощи недоношенным;
- внедрение службы контроля качества и безопасности медицинской организации в целях предупреждения и выявления дефектов оказания медицинской помощи.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

На уровне Российской Федерации

Внести изменения в форму федерального статистического наблюдения № 32, которые позволят получать необходимые сведения для полноценного анализа состояния здоровья детей, рожденных с экстремально низкой массой тела, частоты и причин их мертворождения, для чего следует дополнить форму данными о детях, которые при рождении соответствовали только одному критерию новорожденности (масса тела при рождении менее 500 г. или срок гестации более 22 недель), а также сведениями о диагнозах мертворожденных детей ЭНМТ.

На уровне субъектов Российской Федерации

Органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации для повышения эффективности государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности по родовспоможению и выхаживанию регулярно проводить комплексный анализ причин рождения маловесных детей для достижения прогнозных показателей федерального проекта «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям», в части снижения показателя младенческой смертности.

На уровне медицинских организаций

Обеспечивать своевременное внедрение системы непрерывного профессионального развития медицинского персонала, участвующего в оказании медицинской помощи беременным, роженицам, новорожденным.

Проводить мероприятия по повышению доступности медицинской помощи женщинам, планирующим беременность, включающие обучение и консультирование (в том числе генетическое), санирование очагов инфекций и устранение иных факторов риска рождения недоношенных и маловесных детей.

Предусмотреть обязательный анализ факторов риска рождения недоношенного ребенка, включая сбор генеалогического анамнеза.

Для обеспечения преемственности лечения и выхаживания маловесных недоношенных детей отслеживать дефекты организации медицинской помощи на всех этапах выхаживания, в том числе качество и полноту оформления медицинской документации.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Публикации в изданиях, рекомендованных ВАК при Министерстве науки и высшего образования Российской Федерации

1. Цыбульская, И.С. Здоровье детей города и села в Российской Федерации / И.С. Цыбульская, В.Б.Цыбульский, С.А. Леонов, **Э.Р. Низамова** // Социальные аспекты здоровья населения. – 2014. – № 2 (36). – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/556/30/lang.ru/> (1,25 п.л., авт – 0,31)
2. Низамова, Э.Р. Опыт организации медицинской транспортировки новорожденных на второй этап выхаживания в городе Москва / **Э.Р. Низамова** // Социальные аспекты здоровья населения. – 2016. – № 4 (50). – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/766/30/lang.ru/> (0,56 п.л., авт – 0,56)
3. Цыбульская, И.С. Проблемы формирования здоровья женщин-матерей и их потомства в современной России / И.С. Цыбульская, **Э.Р. Низамова** // Менеджер здравоохранения. – 2016. – № 7. – С.29-45 (1,1 п.л., авт – 0,53)
4. Низамова, Э.Р. Медико-социальные факторы, влияющие на возможность рождения недоношенного ребенка / **Э.Р. Низамова** // Социальные аспекты здоровья населения. – 2017. – № 1 (53) – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/808/30/lang.ru/> (0,87 п.л., авт – 0,87)
5. Цыбульская, И.С. Анализ материнских смертей в Российской Федерации за 2016 год. / И.С. Цыбульская, **Э.Р. Низамова** // Менеджер здравоохранения. – 2017. – № 5. – С. 12-24. (0,81 п.л., авт – 0,41)
6. Низамова, Э.Р. Организация медицинской помощи детям с экстремально низкой массой тела: взгляд регионов / **Э.Р. Низамова** // Менеджер здравоохранения. – 2017. – № 3. – С. 17-21. (0,31 п.л., авт – 0,31)

Публикации в изданиях, входящих в зарубежные реферативные базы

7. Низамова, Э.Р. Проблемы сбора и обработки отчетных данных по течению и исходам беременности и родов, здоровья новорожденных / **Э.Р. Низамова**, И.С. Цыбульская, С.А.

Леонов, А.В. Поликарпов, Д.О. Рошин // *Акушерство и гинекология*. – 2017 – № 3. – С.115-123. (0,56 п.л., авт – 0,11)

Основные работы, опубликованные в других научных изданиях

8. Низамова, Э.Р. Младенческая смертность – важнейший показатель социального развития и благополучия общества / **Э.Р. Низамова**, И.С. Цыбульская // *Сборник научных трудов Всероссийской медицинской научно-практической конференции «Развитие российского здравоохранения на современном этапе»*. – Мурманск, 2013. – С. 72-81. (0,62 п.л., авт. – 0,31)

9. Цыбульская, И.С. Категории развития, здоровья и качества жизни детей. Методы их тестирования и учета / И.С. Цыбульская, Е.В. Бахадова, В.Б. Цыбульский, Т.А. Соколовская, О.В. Армашевская, **Э.Р. Низамова**, С.А. Стерликов – Ставрополь: Изд-во СтГМУ, 2014 – 340 с. (21,25 п.л., авт – 3)

10. Низамова, Э.Р. Распространенность сепсиса в реанимации новорожденных и недоношенных детей / **Э.Р. Низамова**, Д.О. Рошин // *Сборник научных трудов Второй Всероссийской медицинской научно-практической конференции «Развитие российского здравоохранения на современном этапе»*. – Мурманск, 2014. – С. 50-52. (0,19 п.л., авт – 0,1)

11. Леонов, С.А. Анализ заболеваемости детей России за период 2009-2013 гг. / С.А. Леонов, И.С. Цыбульская, **Э.Р. Низамова** // *Менеджер здравоохранения*. – 2014. – № 10. – С. 20-32. (0,81 п.л., авт – 0,27)

12. Низамова, Э.Р. Состояние здоровья детей, проживающих в сельской местности / **Э.Р. Низамова**, И.С. Цыбульская, В.Б. Цыбульский // *Материалы VIII Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Здоровье населения – основа процветания России» (24-25 апреля 2014 г.)*. – Анапа: Изд-е филиала РГСУ в г. Анапе, 2014. – С. 207-210 (0,25 п.л., авт – 0,1)

13. Низамова, Э.Р. Транспортировка новорожденных: федеральное и региональное нормативное обеспечение (на примере города Москвы) / **Э.Р. Низамова** // *Научные труды III Всероссийской медицинской научно-практической конференции «Развитие российского здравоохранения на современном этапе»*. – Мурманск, 2015. – С. 58-61. (0,25 п.л., авт – 0,25)

14. Nizamova, E.R. Policy of the accounting and analysis of the causes of maternal and infant mortality in the Russian Federation / **E.R. Nizamova**, I.S. Tsibulskaya, S.A. Leonov // *Health and Social Care Journal*. – 2016. – № 2 (3). – С. 42-44. (0,19 п.л., авт – 0,1)

15. Низамова, Э.Р. Анализ нормативного регулирования медицинской транспортировки новорожденных в Российской Федерации / **Э.Р. Низамова**, Д.О. Рошин // *Сборник материалов X Международной научно-практической конференции «Актуальные проблемы современной науки в 21 веке»*. – Махачкала, 2016. – С. 231-234. (0,25 п.л., авт – 0,12)

16. Низамова, Э.Р. К вопросу о качестве медицинского наблюдения детей, родившихся с низкой и экстремально низкой массой тела / **Э.Р. Низамова**, Д.О. Рощин // Actualscience. – 2016. – № 7 (2). – С. 7-8. (0,12 п.л., авт – 0,06)

17. Низамова, Э.Р. Проблемы транспортировки недоношенных и тяжелобольных новорожденных детей на примере города Москвы / **Э.Р. Низамова**, Д.С. Оприщенко // Сборник материалов XXIII Российского национального конгресса «Человек и лекарство». Тезисы докладов. – 2016. – С. 104. (0,06 п.л., авт – 0,03)

18. Цыбульская, И.С. О состоянии здоровья женщин-матерей по данным статистических отчетов за 2015-2016 годы / И.С. Цыбульская, **Э.Р. Низамова** // Health and Social Care Journal. – 2017. – № 2 (5). – С. 40-52. (0,81 п.л., авт – 0,4)

19. Низамова, Э.Р. Обязательные требования и практика оказания амбулаторной помощи недоношенным детям / **Э.Р. Низамова** // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2017. – № 6. – С.14-22 (0,56 п.л., авт. – 0,56)

20. Низамова, Э.Р. О состоянии здоровья новорожденных детей по данным статистических отчетов за 2015-2016 годы / **Э.Р. Низамова**, И.С. Цыбульская // Health and Social Care Journal. – 2018. – № 1 (6). – С. 31-41. (0,69 п.л., авт – 0,35)

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ СОКРАЩЕНИЙ

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ДЗМ – Департамент здравоохранения города Москвы

ООН – Организация Объединенных наций

ОМС - Обязательное медицинское страхование

ПФО – Приволжский федеральный округ

Росстат – Федеральная служба государственной статистики

СЗФО – Северо-Западный федеральный округ

СКФО – Северо-Кавказский федеральный округ

СМП – Скорая медицинская помощь

ССиНМП им. А.С.Пучкова ДЗМ – «Станция скорой и неотложной медицинской помощи им.

А.С. Пучкова» Департамента здравоохранения города Москвы

УФО – Уральский федеральный округ

ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России – Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Форма ФСН – форма Федерального статистического наблюдения

ЭНМТ – экстремально низкая масса тела при рождении

ЮФО – Южный федеральный округ