

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«СЕВЕРНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

*На правах рукописи*

Волова

Татьяна Леонидовна

**НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ  
ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ НА  
РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ**

3.2.3 Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения,  
медико-социальная экспертиза

Диссертация

на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Научный руководитель:

Шельгин Кирилл Валерьевич

доктор медицинских наук, доцент

Архангельск – 2023

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>ВВЕДЕНИЕ</b> .....	4
<b>ГЛАВА I. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И РАССТРОЙСТВ ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ (ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР)</b> .....	15
1.1 Эпидемиология заболеваемости детей психическими расстройствами и расстройствами поведения .....	15
1.2 Проблема инвалидности детей вследствие психической патологии .	16
1.3 Проблема психического здоровья детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Депривация как фактор риска формирования психического неблагополучия. ....	19
1.4 Особенности организации психиатрической помощи детям.....	23
<b>ГЛАВА II. ОРГАНИЗАЦИЯ, МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ</b> .....	29
<b>ГЛАВА III. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕТЕЙ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И РАССТРОЙСТВАМИ ПОВЕДЕНИЯ</b> .....	35
3.1. Динамика заболеваемости детей в возрасте 0-14 лет .....	35
3.2. Динамика заболеваемости детей в возрасте 15-17 лет .....	42
3.3. Структура заболеваемости детей 0-17 лет .....	48
3.3 Прогноз первичной заболеваемости детей психическими расстройствами и расстройствами поведения и ее недоучет в период пандемии COVID-19 .....	58
<b>ГЛАВА IV. СОСТОЯНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ-СИРОТ И ДЕТЕЙ, ОСТАВШИХСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ.</b> .....	61
<b>ГЛАВА V. ИНВАЛИДНОСТЬ ДЕТЕЙ ВСЛЕДСТВИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ</b> .....	66
5.1. Инвалидность детей вследствие психических расстройств: динамика и структура.....	67
5.2. Связь инвалидности и заболеваемости детей вследствие психических расстройств .....	72
<b>ГЛАВА VI. РЕСУРСНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ СИСТЕМЫ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ</b> .....	74
6.1. Кадровая обеспеченность и укомплектованность системы оказания психиатрической помощи детям в Архангельской области .....	74

<b>6.2 Анализ коечного фонда системы оказания психиатрической помощи детям .....</b>	<b>83</b>
<b>6.3 Ресурсный потенциал, нормативное регулирование и заболеваемость и инвалидность детей вследствие психических расстройств. ....</b>	<b>92</b>
<b>ГЛАВА VII. КОМПЛЕКС МЕР ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ 2018-2023 ГГ.....</b>	<b>95</b>
<b>ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ .....</b>	<b>105</b>
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....</b>	<b>124</b>
<b>ВЫВОДЫ .....</b>	<b>128</b>
<b>СПИСОК ТЕРМИНОВ .....</b>	<b>131</b>
<b>СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ .....</b>	<b>132</b>
<b>Приложение А. Постановка условий и выполнение отдельных математико-статистических вычислений.....</b>	<b>150</b>
<b>Приложение Б. Индивидуальная карта сопровождения и реабилитации ребенка.....</b>	<b>153</b>
<b>Приложение В. Положение о службе сопровождения детей .....</b>	<b>156</b>
<b>Приложение Г. Порядок межведомственного взаимодействия.....</b>	<b>159</b>
<b>Приложение Д. Приказ об организации Службы сопровождения детей .....</b>	<b>185</b>
<b>Приложение Е. Программа психосоциальной поддержки семей .....</b>	<b>186</b>
<b>Приложение Ж. Распоряжение Минздрава Архангельской области .....</b>	<b>194</b>

## **ВВЕДЕНИЕ**

### **Актуальность темы исследования**

За последние десятилетия в разных странах мира, в том числе и в Российской Федерации, регистрируется высокий уровень и продолжающийся рост психических расстройств и нарушений развития у детей [19, 25]. Важными задачами государственной социальной политики в рамках «Десятилетия детства» (2018-2027 гг.) являются разработка и реализация мер по укреплению психического здоровья [91].

Особенностью психических расстройств в детском возрасте является их частая хронизация, что приводит к росту численности инвалидов, ухудшению качества их жизни, возрастанию нагрузки на здравоохранение, увеличению экономических и трудовых потерь, ассоциированных с психической патологией [4, 37, 79]. В связи с этим, изучение структуры и динамических тенденций и факторогенеза заболеваемости и инвалидности детей является одной из важнейших задач, направленных на сохранение и преумножение детского здоровья.

Ресурсное обеспечение системы оказания психиатрической помощи детям является ключевым фактором, определяющим эффективность ее функционирования [55]. Имеющийся в отечественном здравоохранении дефицит и дисбаланс кадровых ресурсов проявился и в системе оказания психиатрической помощи детям. За последние 10 лет количество детских психиатров в РФ сократилось на 21,7% [19].

Обязательным условием повышения эффективности функционирования системы оказания психиатрической помощи детям является формирование проактивной управленческой позиции, основанной на максимально точном статистическом учете и прогнозировании, и направленной на упреждающее реагирование в связи с изменяющимися медико-демографическими условиями конкретного региона с целью формирования комплекса мер по совершенствованию организации оказания психиатрической помощи детям на региональном уровне.



## **Степень разработанности проблемы**

Ранее особенности организации медицинской помощи детям с психическими расстройствами освещались в работах отечественных и зарубежных исследователей в части изучения эпидемиологической ситуации, качества оказания помощи, степени удовлетворённости пациентов, клинико-статистического профиля пациентов, особенностей организации работы отдельных медицинских организаций, ресурсообеспеченности [12, 22, 43, 46, 65, 82, 113, 115, 138, 146, 147]. При этом исследования в контексте установления связи заболеваемости, инвалидности и ресурсного обеспечения системы здравоохранения немногочисленны, а анализ механизмов реагирования системы здравоохранения на изменяющуюся эпидемиологическую ситуацию не проводился [8, 28, 37, 48, 54, 67, 92, 104, 106]. Отдельным аспектом, требующим пристального исследовательского внимания, является изучение особенностей структуры заболеваемости и инвалидности особенной группы детей - детей сирот в зависимости от их пребывания в стационарных учреждениях и приемных семьях. Все это обуславливает актуальность проведения комплексной оценки при помощи современного методологического аппарата региональных особенностей заболеваемости детей психическими расстройствами, инвалидности, ресурсного потенциала, системы оказания медицинской помощи с целью совершенствования организации психиатрической помощи детям.

### **Цель исследования**

научное обоснование комплекса мер по совершенствованию организации оказания психиатрической помощи детям на региональном уровне.

### **Задачи исследования**

1. Установить динамические тенденции, нозологическую структуру, произвести прогнозирование заболеваемости детей психическими расстройствами на региональном уровне. Рассчитать недоучет заболеваемости детей психическими расстройствами в период пандемии COVID-19 в Архангельской области.

2. Охарактеризовать уровень патологической пораженности психической патологией в среде детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в зависимости от места их проживания, возрастного состава и степени охвата диспансеризацией.

3. Выявить динамические, структурные особенности инвалидности детей вследствие психических расстройств и ее связь с уровнем популяционного психического здоровья детского населения Архангельской области.

4. Исследовать региональные особенности ресурсного потенциала системы организации медицинской помощи детям с психическими расстройствами и расстройствами поведения, охарактеризовать его взаимосвязь с уровнями заболеваемости и инвалидности детей вследствие психических расстройств.

5. Разработать и внедрить комплекс мер по совершенствованию оказания психиатрической помощи детям на региональном уровне.

### **Научная новизна и теоретическая значимость результатов диссертационной работы**

Получены новые теоретические знания об особенностях течения, структуре заболеваемости и инвалидности детей с психическими расстройствами, их детерминированности, методологических подходах к изучению функционирования системы организации психиатрической помощи детям. Результаты исследования расширяют знания по комплексной системе профилактики психического неблагополучия детей на региональном уровне, базирующейся на междисциплинарном взаимодействии.

Современными методами анализа временных рядов осуществлен прогноз заболеваемости детей психическими расстройствами и расстройствами поведения, рассчитан недоучет первичной заболеваемости детей вследствие психических расстройств в период пандемии COVID-19 в Архангельской области.

Предложен набор показателей, позволяющих провести оценку статико-динамических характеристик уровней популяционного здоровья контингента детей с психическими расстройствами во взаимосвязи с детерминантами ресурсно-организационного обеспечения системы здравоохранения, а также проведена оценка типа реагирования системы здравоохранения на меняющуюся во временной динамике эпидемиологическую ситуацию.

Определены особенности связей индикаторов ресурсов и деятельности здравоохранения и показателей динамики первичной заболеваемости детей. Охарактеризованы особенности психического здоровья детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в зависимости от места их проживания, возрастного состава и степени охвата диспансеризацией.

Исследованы региональные особенности организации кадрового обеспечения, проанализированы показатели эффективности использования коечного фонда в медицинских организациях, оказывающих специализированную помощь детям и подросткам с психическими расстройствами и расстройствами поведения.

Результаты проведенного анализа легли в основу разработки комплекса мер по совершенствованию системы оказания психиатрической помощи детям на региональном уровне.

### **Практическая значимость диссертационной работы**

Проведенные расчеты показателей заболеваемости и инвалидности детей вследствие психических расстройств и расстройств поведения использованы для прогнозирования уровней заболеваемости детей, при разработке перспективных региональных программ в области охраны здоровья детей на среднесрочную перспективу, для обоснования мероприятий, направленных на профилактику психических и поведенческих расстройств у детей, для развития системы межведомственного взаимодействия по вопросам охраны психического здоровья детей.

Определены показатели обеспеченности и укомплектованности врачебными кадрами системы оказания психиатрической помощи детям на региональном

уровне, что позволяет совершенствовать подходы к сокращению кадрового дефицита и дисбаланса. Оценка показателей использования коечного фонда актуализирует возможности его оперативного изменения с целью обеспечения повышения медицинской и экономической эффективности.

Разработан и внедрен на региональном уровне комплекс мер, включая систему профилактики психического неблагополучия, базирующуюся на межведомственном взаимодействии.

### **Методология и методы исследования**

Вариант исследования: аналитическое, ретроспективное.

Методы исследования: эпидемиологический, математико-статистический, аналитический, компаративного анализа.

Объект исследования – система организации психиатрической помощи детям на региональном уровне.

Предмет исследования – уровни заболеваемости, инвалидности, кадровая обеспеченность, использование коечного фонда при организации психиатрической помощи детям на региональном уровне.

Единицы наблюдения: формы федеральных статистических наблюдений, отраслевые отчетные формы, сводные данные базы данных Росстата, статистические сборники ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, годовые отчеты государственного бюджетного учреждения здравоохранения Архангельской области Архангельской клинической психиатрической больницы (ГБУЗ АО «АКПБ»).

Период анализа: 2009 - 2022гг. Протяженность временного периода обусловлена требованиями к длительности динамических серий для ретроспективной оценки и моделирования процессов в общественном здравоохранении (Курилин Б. Л., 2019).

Территориальное образование: Архангельская область без учёта Ненецкого автономного округа (НАО). Средняя численность детского населения в возрасте 0-17 лет в 2022 году составила 216160 человек.

Психиатрическая помощь детям в Архангельской области организована в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.10.2022 № 668н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения».

Первичная специализированная медико-санитарная помощь детям с психическими и поведенческими расстройствами осуществляется в диспансерном отделении ГБУЗ АО «Архангельская клиническая психиатрическая больница», Северодвинском психоневрологическом диспансере, Котласском психоневрологическом диспансере, а также в кабинетах при ЦРБ. В других муниципальных образованиях консультации детей осуществляет врач-психиатр по обслуживанию взрослого населения, прошедший дополнительную тематическую подготовку по вопросам оказания психиатрической помощи детям.

Оказание специализированной психиатрической помощи детям в условиях стационара в Архангельской области осуществляется ГБУЗ АО АКПБ. В структуре больницы функционирует общепсихиатрическое отделение по обслуживанию детского населения с коечной мощностью 40 коек, из них 32 – психиатрические, 5 – наркологические, 3- реабилитационные койки. Психиатрическая помощь детям в условиях стационара в муниципальных районах области Архангельской области не оказывается. Психиатрическая помощь детям в условиях стационара оказывается на основе полипрофессионального «бригадного» подхода с участием: врачей-психиатров, врача-педиатра, клинических психологов, специалиста по социальной работе, воспитателей, медицинских сестер палатных, младших медицинских сестер по уходу, администраторов.

Обеспеченность врачами-психиатрами составила в 2022г. 0,56 на 10 тыс. детского населения (всего в регионе работают 12 детских врачей-психиатров, из них оказывают помощь в стационарных условиях 2 человека). В 2022 году 7 муниципальных районов области укомплектованы детскими врачами-психиатрами.

Анализировались стандартизованные по полу и возрасту прямым методом показатели заболеваемости и инвалидности детей 0-14 и 15-17 лет, показатели ресурсного обеспечения системы оказания психиатрической помощи детям. Для преобразования показателей использовались метод нормирования MinMax, взятие геометрических средних, степенное преобразование Бокса-Кокса. Для анализа применялись методы ординарной математической статистики (критериями Колмогорова-Смирнова (K-S), Шапиро-Уилка (W), U Манна Уитни, Хи-квадрат, коэффициент ранговой корреляции Спирмена ( $r_s$ )), методы анализа временных рядов (авторегрессии и проинтегрированного скользящего среднего, кросскорреляционной функции, автокорреляционной функции, определения аномальных значений Ирвина, оценки структурной стабильности Чоу). Динамический вклад отдельных составляющих оценивался индексным методом. Уровень значимости  $p \leq 0,05$ . Статистическая обработка полученных в исследовании данных проводилась с использованием компьютерных программ Microsoft® OfficeExcel, 2007, Statistica v. 10.0, SPSS 19.0.

### **Этические аспекты**

Составленная для исследования база данных не содержала личных или иных данных, позволявших персонифицировать отдельные случаи наблюдений. На проведение исследования получено разрешение Независимого междисциплинарного этического комитета ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (протокол № 02/05-19 от 29.05.2019 г.).

### **Степень достоверности полученных результатов**

Полученные результаты исследования, научные положения, выводы и соответствующие практические рекомендации, сформулированные автором, обладают высокой степенью достоверности, ввиду методологии, основанной на доказательных теоретических положениях. Достоверность представленных результатов исследования определяется достаточным объемом первичных

данных (сплошная выборка отчетных форм, сплошная выборка детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, всего проанализировано 15300 учетных признака из форм федерального и отраслевого статистического наблюдения), использованием обоснованных и адекватных поставленным задачам методов исследования.

Достоверность результатов исследования также подтверждается применением современных корректных методов обработки и анализа материала с использованием современного статистического инструментария (методов эконометрического и статистического анализа: критерии Чоу, U Манна Уитни и  $\chi^2$ , Колмогорова-Смирнова, Шапиро-Уилка, метод Ирвина, робастного сглаживания, индексный метод, метод авторегрессии проинтегрированного скользящего среднего (АРПСС, ARIMA), построение кросс-корреляционной функции (ККФ), их оценкой и интерпретацией.

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

1. В Архангельской области сохраняется неблагоприятная эпидемиологическая ситуация по заболеваемости и инвалидности детей вследствие психических расстройств с прогнозом ее ухудшения, отмечаются структурные сдвиги в нозологической структуре заболеваемости, свидетельствующие о нарастании невротических и соматоформных расстройств и росте заболеваемости расстройствами шизофренического спектра по мере взросления детского контингента. Среди детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в возрасте 0-14 лет, проживающих в стационарных учреждениях системы социальной защиты населения, выявлен высокий уровень патологической пораженности психической патологией.
2. Снижение кадрового потенциала системы оказания психиатрической помощи детям формируется отрицательными тенденциями кадрового обеспечения помощи в условиях стационара. Совместительство остается основным способом компенсации кадрового дефицита. Необходимость реорганизации коечного фонда для оказания психиатрической помощи детям в настоящее время

обусловлена установленным ростом фактического оборота коек, их избытком и значительным временем простоя койки.

3. Анализ динамических характеристик показателей ресурсного потенциала системы детской психиатрической помощи свидетельствует о ее запаздывающем во времени реагировании вслед за изменениями медико-демографической ситуации в регионе. Установленные особенности заболеваемости и инвалидности детей вследствие психических расстройств, региональной системы организации психиатрической помощи детям послужили основанием для разработки комплекса мероприятий, в том числе профилактических, проводимых на межведомственной основе.

#### **Личный вклад автора**

Автор диссертационной работы самостоятельно установил актуальность исследования, сформулировал его тему, цель и задачи, разработал дизайн и его методологическую основу, определил перечень необходимых методов исследования. Автор самостоятельно провел анализ отечественной и зарубежной литературы, непосредственно лично выполнял сбор исходных данных, систематизировал и обобщил полученные результаты, провел их статистическую обработку, разработал организационные технологии, сформулировал выводы и предложения для внедрения в практику. Анализ, интерпретация, изложение результатов, формулировка выводов выполнены автором самостоятельно. Доля участия автора в сборе статистического материала – 90 %, в обработке материала – 95%, в анализе результатов исследования, формулировании выводов и рекомендаций – 100 %.

#### **Научные публикации по теме диссертационной работы**

По теме диссертационного исследования опубликовано 24 научные работы, в том числе 6 научных статей в научных рецензируемых изданиях, рекомендованных ВАК при Министерстве науки и высшего образования Российской Федерации, включая 3 публикации в изданиях, индексируемых в международной базе данных SCOPUS.

#### **Внедрение результатов диссертационной работы**



Результаты исследования в части прогнозирования показателей заболеваемости и инвалидности детей, а также комплекса мер по совершенствованию оказания психиатрической помощи детям на региональном уровне используются в работе Министерства здравоохранения Архангельской области (акт внедрения от 12.04.2023), в части реализации комплексной системы профилактики психического неблагополучия детей используются в работе Министерства образования Архангельской области (акт внедрения от 19.04.2023), ГБУЗ АО «Архангельский областной центр общественного здоровья и медицинской профилактики» (акт от 02.05.2023), результаты исследования внедрены в учебный процесс кафедры общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы ФГБОУ ВО СГМУ (г.Архангельск) Минздрава России (акт внедрения от 02.05.2023).

#### **Апробация результатов исследования**

Основные положения и материалы диссертации представлены и обсуждены на научно-практической конференции по психиатрии «I Муратовские чтения: комплексность, интеграция, взаимодействие» (Архангельск, 2016), областной научно-практической конференции «Дети раннего возраста, воспитывающиеся в условиях специализированного дома ребенка: подходы к сохранению психического здоровья: медицинские, психолого-педагогические и социальные аспекты» (Архангельск, 2016), региональной конференции «IV Муратовские чтения, Преемственность и комплексный подход в оказании психиатрической помощи» (Архангельск, 2019), XVII Съезде психиатров России «Интердисциплинарный подход к коморбидности психических расстройств на пути к интегративному лечению» (Санкт-Петербург, 2021), III Российской Школе молодых ученых и врачей по детской психиатрии г.Москва, 2022), VI Муратовских чтениях (Архангельск, 2022), региональной научно-практической конференции по вопросам профилактики негативных явлений в детской и молодежной среде (Архангельск, 2023)., Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Общественное здоровье, социология и организация здравоохранения:

интеграция науки и практики», г. Якутск, 21–24 июня 2023, VII Муратовских чтениях (Архангельск, 2023) «Оказание психиатрической помощи сегодня: вызовы и возможности».

Апробация диссертации состоялась 18 мая 2023 года на проблемной комиссии по медико-социальным проблемам и социологии медицины ФГБОУ ВО СГМУ (г.Архангельск) Минздрава России (протокол №3).

### **Соответствие диссертации паспорту научной специальности**

Диссертационное исследование соответствует п.3 «Исследование теоретических и практических проблем охраны здоровья населения, определение закономерностей формирования популяционного и группового здоровья», п.5 «Медико-социальное исследование показателей заболеваемости населения, определение закономерности их изменения. Изучение важнейших социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих, с целью разработки основных направлений медико-социальной профилактики их распространения», п.7 «Изучение показателей инвалидности и закономерностей формирования ограничений жизнедеятельности у инвалидов в зависимости от их состояния здоровья, определение реабилитационного потенциала и оценка медико-социального прогноза», п.14 «Исследование ресурсной базы медицинских организаций различной формы собственности с целью разработки моделей их развития с учетом региональных и субрегиональных особенностей» паспорта научной специальности 3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза (медицинские науки).

### **Структура и объем диссертации**

Диссертация изложена на 195 страницах печатного текста. Состоит из введения, обзора литературы, описания материала и методов исследования, пяти глав собственного исследования, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы, включающего 154 источника: 129 - отечественных и 25 - иностранных авторов. Работа содержит 16 таблиц и 34 рисунка, приложения.

# **ГЛАВА I. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И РАССТРОЙСТВ ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ (ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР)**

## **1.1 Эпидемиология заболеваемости детей психическими расстройствами и расстройствами поведения**

Общая популяция детей в мире насчитывает порядка 2,2 миллиарда человек, что составляет примерно 28% населения нашей планеты [140]. В связи с этим, изучение распространённости, особенностей протекания психических расстройств в популяции детей, а также формирование активной, научно обоснованной и своевременной медицинской помощи представляется актуальной задачей.

Согласно исследованиям, проводимым в мире, отмечается рост психиатрической патологии у детей. Так, установлен рост психических расстройств в популяции детей Великобритании, США [144, 145]. Ряд психических расстройств могут дебютировать в детском возрасте. Известно, что у 1,0% взрослых, страдающих шизофренией, начало заболевания приходится на возраст до 13 лет, у 12-33% - до 18 лет [152]. При этом, манифестация до 18 лет, как правило, ассоциирована с более худшим психосоциальным исходом. По данным исследований, проведенным в США, Германии, Нидерландах, начало биполярного аффективного расстройства от 30,0% до 61,0% приходилось на возраст до 19 лет, что говорит о географических различиях, а также различиях в диагностических подходах [143]. В пользу этого говорит тот факт, что с 2000 по 2013 год число поставленных диагнозов БАР в Германии выросло на 18,0% [148]. Одной из причин искажений в диагностике психических расстройств, а значит и данных о заболеваемости, является стигматизированность, как психиатрической службы, так и отдельно детских психических расстройств, что снижает обращаемость детей, их родителей за медицинской помощью [142]. Установлена также связь между социально-экономическим благополучием и распространённостью психиатрической патологии у детей, при этом она

двусторонняя, наличие психического расстройства снижает социально-экономический статус [149].

Значительным вызовом для детской психиатрии, стала пандемия COVID-19. Основным методом борьбы с распространением этой инфекции в большинстве стран стала изоляция (локдаун), повсеместное закрытие учебных учреждений. Этот новый опыт стал во многом триггером к повышению стресса, развитию и обострению психических расстройств [141]. Показано, что пандемия может иметь более серьезные и долгосрочные последствия для детского населения, чем для взрослого [135].

В Российской Федерации отмечается неоднозначная эпидемиологическая картина показателей детского психического здоровья. Так, установлено, что общая и первичная заболеваемость у детей снижается, а в подростковом возрасте - имеет тенденцию к увеличению, что связывают с опережением снижения численности населения в возрасте 15-17 лет [59]. Отмечаются региональные отличия. Так, в сельских районах высокие показатели заболеваемостью умственной отсталостью, часть федеральных округов и отдельных регионов демонстрируют превышение показателей по сравнению с общероссийскими [62, 127].

В Северо-Западном Федеральном округе, к которому относится и Архангельская область, отмечается превышение значений заболеваемости над общероссийскими, однако значительного роста патологии не выявляется, что, по мнению исследователей, может быть связано, как с успехами медицинской службы, так и с недостаточной обращаемостью населения и недостаточной выявляемостью психических заболеваний у детей [101].

## **1.2 Проблема инвалидности детей вследствие психической патологии**

Изучению показателей инвалидизации детей с психическими заболеваниями уделяется постоянное внимание исследователей, что связано с её социальной значимостью, интересом к проблемам динамики тяжёлых детских психических болезней [197]. Данные официальной медицинской статистики последних десятилетий свидетельствуют о выраженной и стойкой тенденции

роста психических расстройств в детском возрасте, показатели заболеваемости детей превышают аналогичные показатели среди взрослого населения. Всё это обуславливает значительный рост инвалидизации детей, существенно ограничивает их жизнедеятельность и способствует утяжелению социальной адаптации и проблем интеграции детей в общество.

Считается, что наибольшее негативное влияние на последующую социальную адаптацию у инвалидов детства оказывали выраженность интеллектуального дефекта, сопутствующие нарушения и соматические расстройства (сложная структура дефекта), а также отсроченная диагностика, поздно начатая коррекция и неправильно выбранный профиль обучения. [2].

В последние годы исследователями все чаще подчеркивается значительная роль социально-экономических, экологических и медико-организационных факторов в формировании ограничений жизнедеятельности детей [3, 4].

Рост психической патологии необратимо влияет на изменения в динамике инвалидности [119]. Показано, что в последнее время изменилась структура нозологии детской инвалидности в сторону увеличения численности детей, страдающих расстройствами аутистического спектра и иными нарушениями общего развития. Отмечается, что на динамику инвалидности у детей могут оказывать влияние не только изменения заболеваемости, но и изменения в критериях инвалидности [120], используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы (МСЭ), которые были разработаны и законодательно внедрены в России [85] вслед за появлением «Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья» (International classification of functioning, disability and health) - МКФ, принятой ВОЗ в 2001 году. Осуществление МСЭ с учётом положений МКФ предполагает наряду с рассмотрением клинического диагноза, применение классификации стойких нарушений структур и функций организма, классификацию инвалидности по преимущественному виду помощи, в которой нуждается больной. С появлением новых критериев началом их использования, расширилось число родителей, имеющих возможность претендовать на признание их детей – лицами,

имеющими те или иные ограничения жизнедеятельности. Различия в распространенности психической патологии у детей объясняются разным уровнем доступности медицинской помощи, рентными установками родителей, культуральными особенностями в отношении к лицам с, например, умственной отсталостью, разными адаптационными возможностями системы обучения и др. [125].

Рост уровня инвалидности, обусловленной психическими расстройствами, связывают со сложностью диагностики психических расстройств в ранних возрастах, необращаемостью или поздней обращаемостью родителей в психиатрическую службу, что связано, в том числе, со стигматизацией психиатрической службы, рентными установками родителей, увеличением эффективности перинатологической службы, что приводит к росту выживаемости детей [137, 138, 146, 151]. Помимо этого, Кондакова Н.А., Нацун Н.Е. [45] указывают на связь роста уровня детской инвалидности в связи с психическими расстройствами, с распространённостью генетических, хронических заболеваний у родителей, перинатальной патологии, неблагоприятной экологической обстановкой, в частности природным дефицитом йода, недостаточной эффективностью служб, призванных выполнять реабилитацию и абилитацию детей, возросшей на них психологической нагрузкой, в целом, с неблагоприятными медико-демографическими тенденциями, с изменениями в сторону расширения критериев инвалидности [18, 110].

Таким образом, заболеваемость и инвалидность вследствие психических расстройств и расстройств поведения у детей – сложная многоуровневая и многофакторная социально-значимая проблема, факторогенез которой складывается, в том числе и не связанными с ней этиопатогенетически, факторами, в большей мере обусловленными ресурсной, в том числе, кадровой обеспеченностью, и управленческими реалиями современной системы психиатрической помощи детям. Знание региональных особенностей и причин возникновения инвалидности может являться теоретической и методологической

базой для научного обоснования предпринимаемых мер по сохранению и укреплению здоровья детей, совершенствованию системы профилактики и снижению уровня детской инвалидности в регионе.

### **1.3 Проблема психического здоровья детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Депривация как фактор риска формирования психического неблагополучия.**

Ранний возраст – особый период созревания всех органов и систем. Многие ученые мира считают, что половину пути умственного развития ребенок проходит в первые три года жизни. Н.М. Аксарина (1977), Л.С.Выготский (1934), А.В. Запорожец (1964), С.Л. Новоселова (2002), Д.Б. Эльконин (1964) и др. определяют период раннего детства как важнейший стартовый этап жизни человека. Это период бурного сенсорного развития: совершенствуются органы чувств, ребенок учится видеть, слышать, осязать, различать формы и размеры предметов, ориентироваться в пространстве, правильно координировать свои движения и действия и многое др. [1, 21, 124, 89].

Первый год жизни считается периодом формирования ядерных структур личности человека, происходит выбор между «базисным доверием/недоверием к миру». Отсутствие базисного доверия к миру рассматривается многими исследователями как самое первое, самое тяжелое и самое трудно компенсируемое следствие материнской депривации. Для полноценного развития ребенка необходимо, чтобы удовлетворялись его основные психические потребности. Отсутствие или недостаточность реализации какой-либо потребности приводит к возникновению психических нарушений.

Й. Лангмейер и З. Матейчек (1984) дают такое определение депривации: «психическое состояние, возникшее в результате таких жизненных ситуаций, при которых субъекту не предоставляется возможность для удовлетворения некоторых его основных (жизненных) психических потребностей в достаточной мере и в течение длительного времени» [51].

Впервые исследователями проблемы депривации были представители классического психоанализа: З. Фрейд (1917), Р.Шпиц (1937) А.Фрейд (1975),

Дж.Боулби (1958), С. Фрейберг (1975), М.Малер (1975), Д. Винникот (1937). В своих трудах они сводят психическую депривацию в детском возрасте к материнской депривации, к взаимоотношениям «мать - ребенок», различается лишь основные подходы к особенностям воздействия связи «мать-дитя» на развитие личности ребенка [117, 116, 122, 117]. Страдание ребенка в условиях материнской депривации Дж. Боулби (1958) объясняет развитием реакции дезадаптации в результате активизации поведения привязанности и отсутствия источников его удовлетворения. (прекращение контактов ребенка с матерью) [128]. Состояние ребенка в случаях разрыва связи с матерью Р.А.Шпиц назвал «анаклитической депрессией», которая может перейти в синдром госпитализма, который используется в отношении детей до полутора лет и отражает психическое состояние прогрессирующего недоразвития [32, 122].

На протяжении первого года жизни, на основе заботы и поддержки, оказываемых матерью, формируется привязанность ребенка к ней. В течение второго года жизни поведение привязанности стабилизируется, приобретая к третьему году характер устойчивой личностной структуры [32]. Различные отклонения в состоянии и поведении матери ведут к нарушению формирования надежной привязанности у ребенка и нарушениям его психофизического здоровья. Патологические, с точки зрения клинической психиатрии, виды привязанности могут привести к искажениям в социально-личностном развитии ребенка и затруднят его адаптацию к среде в будущем, повлияют на успешность межличностных отношений, установление эмоциональных связей в собственной семье.

Исследования привязанности установили ее роль в устойчивости к стрессам, влияние на развитие родительских и супружеских отношений, формирование стиля мотивации достижений. Особенно очевидно отношения привязанности страдают в условиях психической депривации. Эмоциональная составляющая является сердцевинной материнской депривации, проявления которой обнаруживаются очень рано: уже с двухмесячного возраста могут быть тяжелые соматические расстройства, между тремя и четырьмя месяцами у



младенцев не развивается социальная улыбка, не формируется чувство базисного доверия к миру, а также безопасная привязанность [47].

Выявлено, что факторы социальной среды, в которой жил и воспитывался больной ребенок, более значимы, чем влияние соматических заболеваний для возникновения психического расстройства [105].

Подростки, социализация которых протекает в неблагоприятных условиях, деструктивно влияющих на психосоциальное развитие и психическое здоровье ребенка (сиротство, насилие, вовлечение в криминальную среду, инвалидизация в связи с физическим или психическим дефектом), на современном этапе развития социальной помощи рассматриваются как группы повышенного социального риска дезадаптации [60].

Фактор сиротства является патогенным и формирующим нарушения психического развития ребенка. Чем в более раннем возрасте начинает действовать этот фактор, тем более тяжелые повреждения наносятся детской психике. У детей-сирот раннего возраста выявились специфические нарушения психического онтогенеза дефицитарного характера. Нарушения психических функций отмечаются в эмоциональной, коммуникативной и познавательной сферах. Отмечаются также задержки физического развития. Типичный характер нарушений психического развития детей-сирот раннего возраста позволил выделить единый симптомокомплекс, возникающий в условиях родительской депривации, с характерным типом нарушений, являющихся специфическими для депривации. Выявленный симптомокомплекс определен как «синдром сиротства». Он начинает формироваться с младенчества и к возрастному кризису 3 лет становится клинически выраженным. Главной причиной синдрома сиротства является несформированность (отсутствие) материнско-детских отношений. Психическая депривация вызывает искажение психического развития ребенка с нарушением его социализации [47]. Открытие Дж. Боулби феномена депривации сформировало отдельное направление в психологической науке, которое успешно развивается в настоящее время. Установлено, что родительская депривация, хроническое физическое и сексуальное насилие являются

стрессорными факторами, запускающими психический дизонтогенез, включающий в себя как неспецифические психические нарушения, наблюдающиеся во всех трех случаях и свойственные другим видам психогении в детском возрасте, так и специфические симптомокомплексы, характерные для конкретного психотравмирующего фактора [64]. Ранняя депривация ведет к депрессивному поведению, угнетенному состоянию психики, аутоагрессии, что является причиной девиантного поведения.

Наиболее острым явлением социальной депривации становится для детей, которые воспитываются вне семьи [90].

Ахметова В.В. и соавт. выявили эмоциональные и волевые нарушения у детей, воспитывающихся в условиях детского дома, показали особое значение семьи для формирования гармоничной личности ребенка [9].

Исследования Е. И. Николаевой, О. Р. Анжигановой, (2018), М.И.Лисиной (1974) подтверждают предположение о том, что семейная депривация негативно отражается на интеллекте ребенка, и это влияние тем выраженнее, чем дольше ребенок пребывал в детском доме. Более того, это пребывание уменьшает ресурс ребенка, который способствует преодолению трудностей при адаптации к условиям приемной семьи, поскольку со времен Ж. Пиаже именно интеллект считается эффективным инструментом адаптации в социальных условиях [70, 71,].

Психическое здоровье детей-сирот продолжает оставаться актуальной проблемой [16]. Важным аспектом является необходимость в комплексной лечебно-консультативной и реабилитационной помощи детям, оставшимся без попечения родителей, с участием врачей-психиатров, психотерапевтов, неврологов, психологов.

П.Л.Егорова и А.А.Портнова (2015) указывают, что подростки, воспитывающиеся в сиротских учреждениях, представляют собой группу риска возникновения психической патологии. Результаты исследований указывают на необходимость не только приближения психолого-психиатрической помощи к подросткам, воспитывающимся в казенных учреждениях, но и разработки

профилактических подходов к выявлению группы риска возникновения психической патологии, а также ранней диагностики психических заболеваний, в том числе и доклинических признаков [30]. Исследования показывают высокую распространенность психической патологии у детей, оставшихся без попечения родителей, – 71,6%, лишь 28,4% детей остаются психически здоровыми. Отмечено отсутствие сформированности механизмов адаптации у детей, оставшихся без попечения родителей: неумение устанавливать эмоциональный контакт с людьми; отсутствие разработанных аффективных стереотипов; неумение осваивать неизвестное, преодолевать препятствия, выстраивать гибкий диалог со средой. В итоге все это приводит к трудностям социальной адаптации ребенка-сироты [15].

Важным аспектом является динамическое наблюдение врачом-психиатром детей в домах ребенка не только в рамках диспансеризации, консультирование родителей, опекунов, планирующих взять ребенка на воспитание в семью.

Таким образом, представляется целесообразным изучение заболеваемости психическими расстройствами детей, находящихся в группе риска, на региональном уровне, с целью совершенствования мероприятий профилактической направленности, внедрению комплексных мер по раннему выявлению психического неблагополучия у детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, их медико-психолого-социальному сопровождению.

#### **1.4 Особенности организации психиатрической помощи детям**

Детская психиатрия представляет собой одну из наиболее проблемных областей современной медицины. Это обусловлено ростом ментальных нарушений у детей и подростков, недостаточной и поздней выявляемостью этих расстройств, полиморфностью картины болезни, диагностическими трудностями, невозможностью использовать современные достижения психофармакотерапии, тесной связью психических расстройств с социальными, в первую очередь семейными факторами, а также с высокой стигматизацией сферы душевного здоровья среди представителей родительского сообщества и в обществе в целом [13]. В настоящее время приоритетным становится лично

и проблемно ориентированный подход к диагностике, терапии, реабилитации и ресоциализации детей и подростков с нарушениями развития в службе охраны психического здоровья [60]. Проблемы семьи, условия семейного окружения и воспитания являются ведущими среди основных макро- и микросоциальных факторов, которые исследует детская психиатрия и социальная психиатрия детей и подростков.

В современном обществе основными целями реформ здравоохранения являются повышение эффективности использования ресурсов и обеспечение качества медицинской помощи [82]. По мнению ряда авторов, наличие выраженных различий в ресурсном обеспечении и объемах медицинской помощи при психических расстройствах в субъектах РФ определяет необходимость контроля качества этого вида деятельности на основе принципа стандартизации с использованием единых подходов к его организации и оценке эффективности. Возрастают требования к контролю качеству оказания психиатрической помощи [12, 59]. Поэтому первостепенное значение наряду с мониторингом психического здоровья детей и прогнозом возможных медико-социальных последствий приобретают вопросы повышения качества оказываемой психиатрической помощи данному контингенту. Спецификой медицинской помощи в сфере детской психиатрии, имеющей существенное отношение к управлению качеством, являются:

- 1) особенности правового обеспечения (наличие отдельного федерального закона, которым регулируется деятельность, – Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 02.07.1992 № 3185-1), а также, за малым исключением, отсутствие стандартов, клинических рекомендаций

- 2) бюджетный характер финансирования;

- 3) значительный удельный вес психолого-педагогического блока в предоставляемой помощи, а следовательно, деятельность многих сотрудников не регламентирована как утвержденными требованиями к образованию, так и к наличию учетно-отчетных и иных документов и статистических форм;

4) интересы детей представляют родители / законные представители, которые влияют на: своевременность оказания медицинской помощи, обоснованность оказания медицинской помощи, объем оказания медицинской помощи, преемственность оказания медицинской помощи, безопасность оказания медицинской помощи, эффективность оказания медицинской помощи;

5) деятельность системы психиатрической помощи детям связана с большим количеством внешних контрагентов (система образования, органы опеки и попечительства, суд, следственный комитет, многие другие организации и ведомства (приложение В);

6) стигматизация сферы психического здоровья детей.

Раннее выявление психических и поведенческих расстройств, с лечение и реабилитация дают максимальный эффект, в то время как позднее оказание помощи неизбежно приводит к инвалидности, суицидальному и/или криминальному поведению, социальной дезадаптации. По данным лонгитудинального исследования, проведенного в Швеции (1420 детей, период наблюдения до 20 лет), каждый четвертый ребенок, попавший в поле зрения врача-психиатра в детстве, нуждался в наблюдении психиатра во взрослом возрасте, у каждого третьего отмечалось криминальное поведение, 1,8% этих пациентов, став взрослыми, совершили самоубийство или погибли при невыясненных обстоятельствах. Необходимы интенсификация исследований, направленных на изучение этиопатогенетических факторов и выработку стратегий профилактики психических расстройств у детей, проведение клинических испытаний, направленных на расширение возрастных рамок и показаний, режимов дозирования и путей введения лекарственных препаратов и дестигматизационная и психопросветительская работа на всех уровнях нашего общества.

Однако все эти меры окажутся неэффективными без значительной организационной реформы детской психиатрической помощи. Только в таком случае помощь, оказываемая ребенку с психическими расстройствами, будет качественной, эффективной и безопасной [14].

Оказание психиатрической помощи детскому населению должно полностью соответствовать задачам развития здравоохранения и государственной социальной политике в целом – сохранению и улучшению здоровья детей, снижению смертности, заболеваемости, инвалидности, превенции суицида с повышением качества, доступности медицинской помощи, уровня социальной адаптации и интеграции детей с проблемами в состоянии психического здоровья.

Крайне важными остаются задачи регионального целевого планирования в области экономического обеспечения деятельности службы и подготовки кадров, региональный ранний скрининг, развитие медицинской реабилитации, широкое использование бригадных форм работы. Наиболее уязвимые категории детей – дети, находящиеся в трудной жизненной ситуации [58].

К безотлагательным проблемам отнесены кадровый дефицит профильных специалистов и сохранение стигматизации психиатрической службы.

Обеспеченность врачами системы оказания психиатрической помощи детям остается на низком уровне, что обусловлено снижением привлекательности специальности, постарением и выходом на пенсию части врачей, неразвитостью социально-экономической сферы и системы социальной поддержки специалистов-медиков, бессистемностью мероприятий, направленных на преумножение и сохранение медицинских кадров [100, 129]. В этом случае, последовательность развития событий могла быть следующей: нарастающий дефицит врачей в первой половине второго десятилетия нового века запустил особый механизм реагирования, проявившийся в стимуляции совместительства, который позволил скомпенсировать нарастающее падение обеспеченности врачами и укомплектованности штатных должностей физическими лицами, о чем свидетельствует зеркальная динамика обеспеченности и уровня совместительства в этот период, а также превышение укомплектованности по физическим лицам над укомплектованностью штатных должностей физическими лицами, в особенности в части специалистов, не относящейся к врачам, оказывающим психиатрическую помощь в амбулаторных

условиях. Достаточно давно признан факт, что рост совместительства повышает доступность медицинской помощи, но ведет к снижению её качества, поэтому этот механизм не является желательным, в противовес увеличению числа физических лиц врачей [99, 27]. Низкая укомплектованность детским врачами-психиатрами в сельской местности также приводит в ряде случаев к недостаточно качественной помощи; на фоне недостаточной укомплектованности именно детским психиатрами увеличению нагрузки способствуют и массовые профилактические осмотры детей и подростков.

Современная отечественная психиатрия требует дальнейшего всестороннего развития, причем большинство специалистов придерживается мнения о приоритете внебольничной помощи [58]. Необходимость значительного реформирования системы оказания психиатрической помощи детям, приоритет ее социальной направленности и увеличение ее роли как в целом, так и в отдельных регионах подчеркивают многие специалисты [29]. Отмечается необходимость развития прежде всего первичной специализированной медико-санитарной помощи детям в регионах, учет качества жизни детей с психическими заболеваниями.

Общие принципы организации психиатрической помощи детям были сформулированы В.В.Ковалевым (1995):

1. Учет возрастной периодизации (0-3 года, 4-6 лет, 7-9 лет, 10-14 лет, 15-17 лет) и возрастной структуры психических расстройств.
2. Преобладающий внебольничный характер помощи.
3. Особое значение имеет педагогическая реабилитация.
4. Преимущественно межведомственный характер организации помощи.
5. Тесная связь с педиатрической и детской неврологической службой.
6. «Бригадный метод» (участие в оказании помощи, наряду с психиатром, педагога-дефектолога, логопеда и психолога)

Организация психиатрической помощи детям и подросткам должна осуществляться в тесной интеграции с педиатрической службой, медицинскими психологами, педагогами. В настоящее время в РФ в различных регионах

сложился и продолжает развиваться многофункциональный («бригадный») подход при оказании психиатрической помощи детям, что соответствует и зарубежному опыту. Образовательная и психотерапевтическая работа с семьей психически больного особенно важна. В детской психиатрии семейное консультирование является важным инструментом, который может существенно увеличить эффективность лечения и реабилитации детей.

Таким образом, актуальными и социально значимыми проблемами и организационными направлениями в системе оказания психиатрической помощи детям являются: обеспеченность службы детскими психиатрами, медицинскими психологами, неврологами, повышение доступности психиатрических услуг детскому населению, причем не только городской, но и сельской местности, вопросы преемственности, профилактики психических расстройств у детей, комплексной межведомственной превенции суицида и суицидальных попыток, развитие современных видов медицинской реабилитации детей-инвалидов и комплексных методов социотерапевтической помощи детям, находящимся в особо трудных жизненных обстоятельствах (безнадзорность, криминальная среда, проживание в экологически грязных зонах, в регионах экономического застоя), детям, ставшим жертвами террористических актов и локальных войн [62]. Результаты исследований подтверждают вывод о необходимости проведения анализа региональной системы организации психиатрической помощи детям, с целью научного обоснования комплекса мероприятий по ее совершенствованию, включая профилактическое направление.



## ГЛАВА II. ОРГАНИЗАЦИЯ, МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

**Вариант исследования:** аналитическое, ретроспективное.

Научно-методологической основой настоящего исследования являются комплексный подход, анализ временных рядов, индексный метод. Исследование проводится на основании использования следующих методов: социально-гигиенического, математико-статистического, эпидемиологического.

**Объект исследования** – система организации психиатрической помощи детям на региональном уровне.

**Предмет исследования** – показатели заболеваемости, инвалидности, кадрового обеспечения, коечного фонда.

**Единицы наблюдения:** формы федеральных статистических наблюдений, отраслевые отчетные формы, сводные данные базы данных Росстата, статистические сборники ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, Разработочные таблицы ГБУЗ АО «АКПБ».

**Период анализа:** 2009 - 2022гг. Протяженность временного периода обусловлена требованиями к длительности динамических серий для ретроспективной оценки и моделирования процессов в общественном здравоохранении [20].

**Территориальное образование:** Архангельская область без учёта Ненецкого автономного округа (НАО). Средняя численность детского населения в возрасте 0-17 лет в 2022 году составила 216160 человек.

Психиатрическая помощь детям в Архангельской области организована в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.10.2022 № 668н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения».

Первичная специализированная медико-санитарная помощь детям с психическими и поведенческими расстройствами осуществляется в диспансерном отделении ГБУЗ АО «Архангельская клиническая психиатрическая больница», Северодвинском психоневрологическом

диспансере, Котласском психоневрологическом диспансере, а также в кабинетах при ЦРБ. В других муниципальных образованиях консультации детей осуществляет врач-психиатр по обслуживанию взрослого населения, прошедший дополнительную тематическую подготовку по вопросам оказания психиатрической помощи детям.

Оказание специализированной психиатрической помощи в условиях стационара в Архангельской области осуществляется в государственном бюджетном учреждении здравоохранения Архангельской области «Архангельская клиническая больница» (ГБУЗ АО АКПБ»). В структуре больницы функционирует общепсихиатрическое отделение по обслуживанию детского населения с коечной мощностью 40 коек, из них 32 – психиатрические, 5 – наркологические, 3- реабилитационные койки. Психиатрическая помощь детям в условиях стационара в Архангельской области без учета НАО не оказывается в муниципальных районах области. Психиатрическая помощь детям в условиях стационара оказывается на основе полипрофессионального «бригадного» подхода с участием: врачей-психиатров, врача-педиатра, клинических психологов, специалиста по социальной работе, воспитателей, медицинских сестер палатных, младших медицинских сестер по уходу, администраторов.

Обеспеченность врачами-психиатрами составила в 2022г 0,56 на 10 тыс. детского населения (всего в регионе работают 12 детских врачей-психиатров, из них оказывают помощь в стационарных условиях 2 человека). На 2022 год из 7 муниципальных районов области детскими врачами-психиатрами (физическими лицами) укомплектовано 7.

### Общая схема исследования

Цель исследования – научное обоснование комплекса мер по совершенствованию организации оказания психиатрической помощи детям на региональном уровне.		
Задача	Источники и объем информации	Методы анализа материала
1. Установить динамические тенденции, нозологическую структуру, произвести прогнозирование заболеваемости детей психическими расстройствами. Рассчитать недоучет заболеваемости детей психическими расстройствами в период пандемии COVID-19 в Архангельской области.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• сборники «Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения», ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации [33]</li> <li>• ***ФФСН №10; *ФФСН №30; **ФФСН №36</li> </ul>	эпидемиологический, компаративный анализ, математико-статистический
2. Охарактеризовать уровень патологической пораженности психической патологией в среде детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в зависимости от места их проживания, возрастного состава и степени охвата диспансеризацией.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ФФСН №103-РИК</li> <li>• отраслевые отчетные формы: №030-Д/с/о-13, № 030-ПО/о-17</li> </ul>	эпидемиологический, компаративный анализ, математико-статистический
3. Выявить динамические, структурные особенности инвалидности детей вследствие психических расстройств и ее связь с уровнем популяционного психического здоровья детского населения Архангельской области.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ФФСН №19</li> <li>• Росстат [112]</li> </ul>	эпидемиологический, компаративного анализа, математико-статистический
4. Исследовать региональные особенности ресурсного потенциала системы организации медицинской помощи детям с психическими расстройствами и расстройствами поведения, охарактеризовать его взаимосвязь с уровнями заболеваемости и инвалидности детей вследствие психических расстройств.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ФФСН №30; ФФСН №36</li> <li>• Разработочные таблицы ГБУЗ АО «АКПБ» «Сведения о движении больных и выполнении плановых статистических показателей по программе госгарантий»</li> <li>• Статистические сборники «Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения», ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации</li> <li>• Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, (Постановление правительства РФ №2497 от 29.12.2022),</li> <li>• Методические рекомендации о применении нормативов и норм ресурсной обеспеченности населения в сфере здравоохранения (Приказ Минздрава РФ от 20.04.2018 №182)</li> <li>• Методические рекомендации по развитию сети медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения (Приказ Минздрава РФ от 08.06.2016 №358)</li> </ul>	эпидемиологический математико-статистический
5. Разработать комплекс мер по совершенствованию оказания психиатрической помощи детям на региональном уровне.	ФФСН №10; ФФСН №30; ФФСН №36; ФФСН №41; №103-РИК	аналитический метод; компаративный анализ

\*Форма федерального статистического наблюдения №30 «Сведения о медицинской организации» (приказ Росстата от 27.12.2022 № 985)

\*\* Форма федерального статистического наблюдения №36 «Сведения о контингентах психически больных» (приказ Росстата от 30.06.2014г. №459)

\*\*\*Форма федерального статистического наблюдения №10 «Сведения о заболеваниях психическими расстройствами и расстройствами поведения (кроме заболеваний, связанных с употреблением психоактивных веществ)» (приказ Росстата от 30.06.2014г. №459)

Форма федерального статистического наблюдения №19 «Сведения о детях-инвалидах» (приказ Росстата от 27.12.2016г. №866). Выбор данного источника обусловлен наличием в нем разделения регистрируемых лиц по традиционным пятилетним интервалам, что дало возможность провести стандартизацию по возрасту прямым методом.

Форма федерального статистического наблюдения №41 «Сведения о доме ребенка» (приказ Росстата от 27.12.2022 № 985)

Форма федерального статистического наблюдения №103-РИК «Сведения о выявлении и устройстве детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей (приказ Росстата от 17.12.2021 № 928)

отраслевая отчетная форма №030-Д/с/о-13 «Сведения о диспансеризации несовершеннолетних» (приказ Минздрава России от 15.02.2013 №72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации»)

отраслевая отчетная форма Сведения о профилактических медицинских осмотрах несовершеннолетних № 030-ПО/о-17 (приказ Минздрава России от 10.08.2017 №514н «О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних»)

### **Методы преобразования данных**

- Показатель коэффициента хронизации вычислялся как отношение общей к первичной заболеваемости;
- Для выявления отношения динамик использовали расчёт коэффициентов опережения (отношение темпов роста);
- Сглаживание рядов осуществлялось методом робастного сглаживания 4253Н [84];
- Стандартизация проводилась прямым методом на 10000 населения соответствующего возраста, в качестве стандарта населения выбрана численность населения Архангельской области в возрасте 0-17 лет по соответствующим возрастным группам в 2019 году. Стандартизация проводилась, так как в рассматриваемый период происходили значительные изменения численности детского населения региона в различных возрастных группах;
- Приведение значений к единой размерности  $[0;1]$  производилось нормированием методом MinMax [132];
- Нормированные ряды привелись к единому ряду (интегрировались) путем взятия их геометрических средних; при несоответствии показателей нормальному распределению использовалось степенное преобразование Бокса-Кокса.

### **Математико-статистические методы**

- Определение наличия выбросов (аномальных значений) в рядах устанавливалась: критерием Ирвина, получением разности сглаженных и не сглаженных рядов;
- Структурная стабильность анализируемых рядов проверялась при помощи критерия Чоу [134];
- Наличие тренда устанавливали вычислением автокорреляционной функции на первом лаге;
- Соответствие показателей нормальному распределению определяли критериями Колмогорова-Смирнова (K-S), Шапиро-Уилка (W);

- Отсутствие стационарности остатков моделей контролировалось по значениям частной автокорреляционной функции (ЧАКФ);
- Взаимосвязь между показателями временных рядов выявлялась путём построения модели авторегрессии и проинтегрированного скользящего среднего (АРПСС, ARIMA) с передаточной функцией, построением кросс-корреляционной функции (ККФ);
- Для приведения рядов к стационарному виду (элиминации тренда), использовалось получение остатков моделей АРПСС;
- Для прогнозирования использована модель авторегрессии и проинтегрированного скользящего среднего (АРПСС, ARIMA). Горизонт прогноза составил три периода наблюдения, то есть 2023, 2024, 2025 годы.
- Для изучения динамического вклада отдельных составляющих использовался индексный метод;
- Для выявления связи использовали коэффициент ранговой корреляции Спирмена ( $r_s$ );
- Степень связи оценивали по шкале Чеддока:  $0,1 < r_{t,t-1} < 0,3$ : слабая;  $0,3 < r_{t,t-1} < 0,5$ : умеренная;  $0,5 < r_{t,t-1} < 0,7$ : заметная;  $0,7 < r_{t,t-1} < 0,9$ : высокая;  $0,9 < r_{t,t-1} < 1$ : весьма высокая;
- Достоверность различий рассчитывалась при помощи критериев U Манна Уитни и хи-квадрат при уровне значимости  $p \leq 0,05$ ;

Статистическая обработка полученных в исследовании данных проводилась с использованием компьютерных программ Microsoft® Office Excel, 2007, Statistica v. 10.0, SPSS 19.0.

## ГЛАВА III. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕТЕЙ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И РАССТРОЙСТВАМИ ПОВЕДЕНИЯ

### 3.1. Динамика заболеваемости детей в возрасте 0-14 лет

#### *Первичная заболеваемость детей 0-14 лет*

Количественно уровень первичной заболеваемости психическими расстройствами в Архангельской области был выше на всём рассматриваемом временном отрезке, чем в СЗФО и в целом по стране. Графически, рассматриваемый период 2009-2022гг. изменения первичной заболеваемости психическими расстройствами детей в возрасте 0-14 лет делится на три этапа – 2009-2015гг, когда отмечалось достаточно планомерное понижение показателей, сменившееся затем ростом в Архангельской области и замедлением тенденции в СЗФО и РФ и резким снижением с последующим ростом в 2019-2022гг (Рисунок 1)

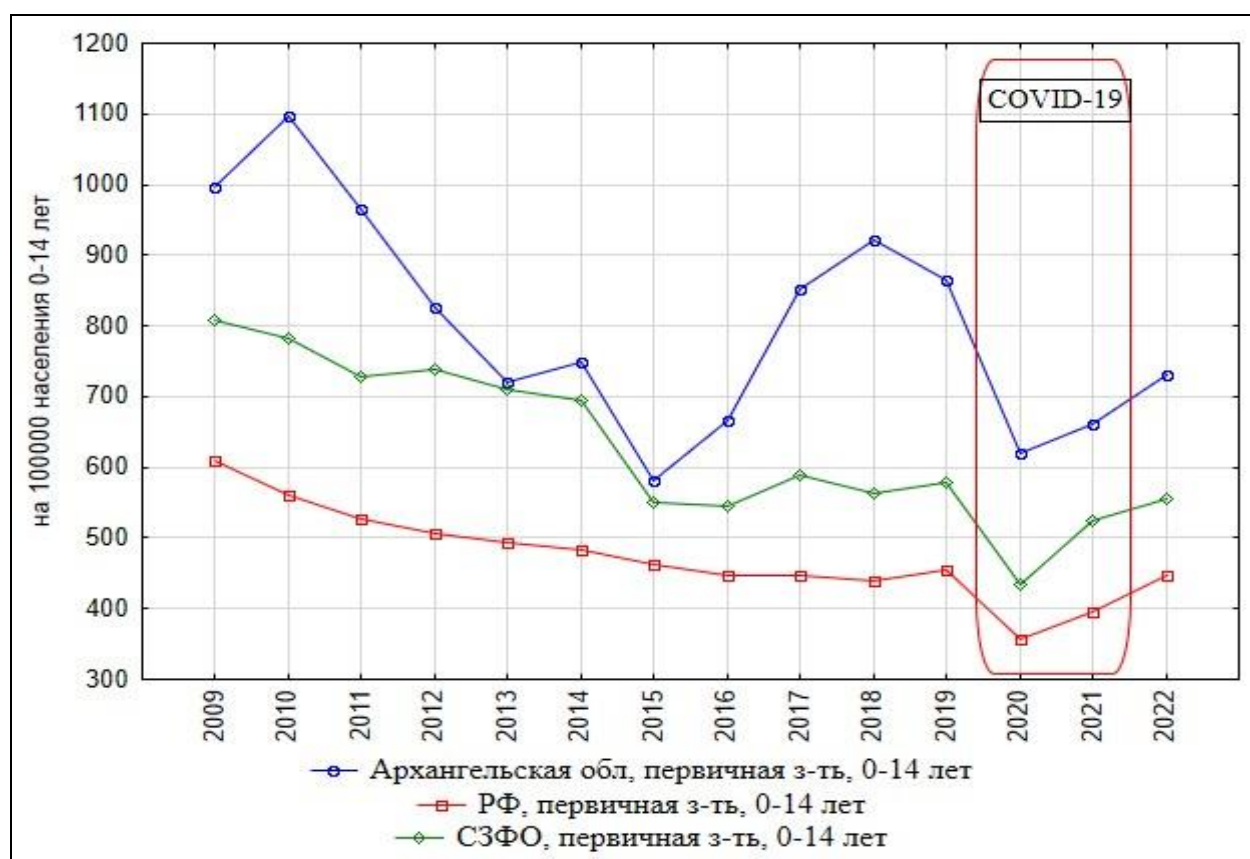


Рисунок 1 - Динамика стандартизованных показателей первичной заболеваемости психическими расстройствами, на 100000 населения 0-14 лет

Динамика снижения показателей в 2009-2015гг была максимальной в Архангельской области (темп убыли составил -41,7%, против -31,7% в СЗФО и -

24,2% в РФ). В последующем, к 2019 году, предшествовавшее понижение в Архангельской области было полностью нивелировано (темп прироста 47,5%). До 2015 года динамика первичной заболеваемости в Архангельской области была аналогична тенденциям таковой по СЗФО и РФ. Однако, начиная с 2016 года произошла смена направления тренда, в то время как в СЗФО и РФ он перешёл в горизонтальный. Для подтверждения этой гипотезы был произведен анализ критерием Чоу, который выявил структурную нестабильность динамических рядов, как в Архангельской области ( $F=15,15$ ,  $p=0,003$ ), так и в СЗФО ( $F=9,42$ ,  $p=0,010$ ) и РФ ( $F=28,25$ ,  $p=0,000$ ).

После 2018 года в Архангельской области наблюдалось резкое снижение на 20,7% заболеваемости детей в возрасте 0-14 лет психическими расстройствами, достигшей минимума в 2020 году (до уровня 2015-2016 годов), после чего вновь стал наблюдаться рост показателя, что может быть связано с восстановительным ростом уровня регистрации заболеваемости после ограничений во время пандемии COVID-19. Проверка методом Ирвина на наличие аномальных наблюдений (выбросов) ряда с 2015 до 2022 года выявил наличие аномального уровня значения в 2020 году ( $\lambda = 1,881$ ,  $\lambda_{кр} = 1,5$ ,  $p < 0,05$ ).

Графический анализ позволяет предположить наличие значительных выбросов показателей динамики первичной заболеваемости (помимо описанных) прежде всего в Архангельской области. С целью обнаружения таковых, а также для оценки постоянства дисперсии значений рядов, были проанализированы описательные статистики и остатки модели робастного сглаживания. Исходные ряды показателей первичной заболеваемости детей в возрасте 0-14 лет имели уменьшение дисперсии по мере перехода от данных по Архангельской области к данным в целом по стране (Архангельская область  $M=943,1 \pm 172,38$ , СЗФО  $M=743,1 \pm 132,92$ , РФ  $M=559,8 \pm 75,70$ ). Это наблюдение нашло своё подтверждение при анализе остатков модели робастного сглаживания. Как видно, наибольшие отклонения в переоценке и недооценке модели наблюдалось у данных по Архангельской области, достигавшие максимума в 2010, 2015, 2018. и 2020 годах (Рисунок 2)



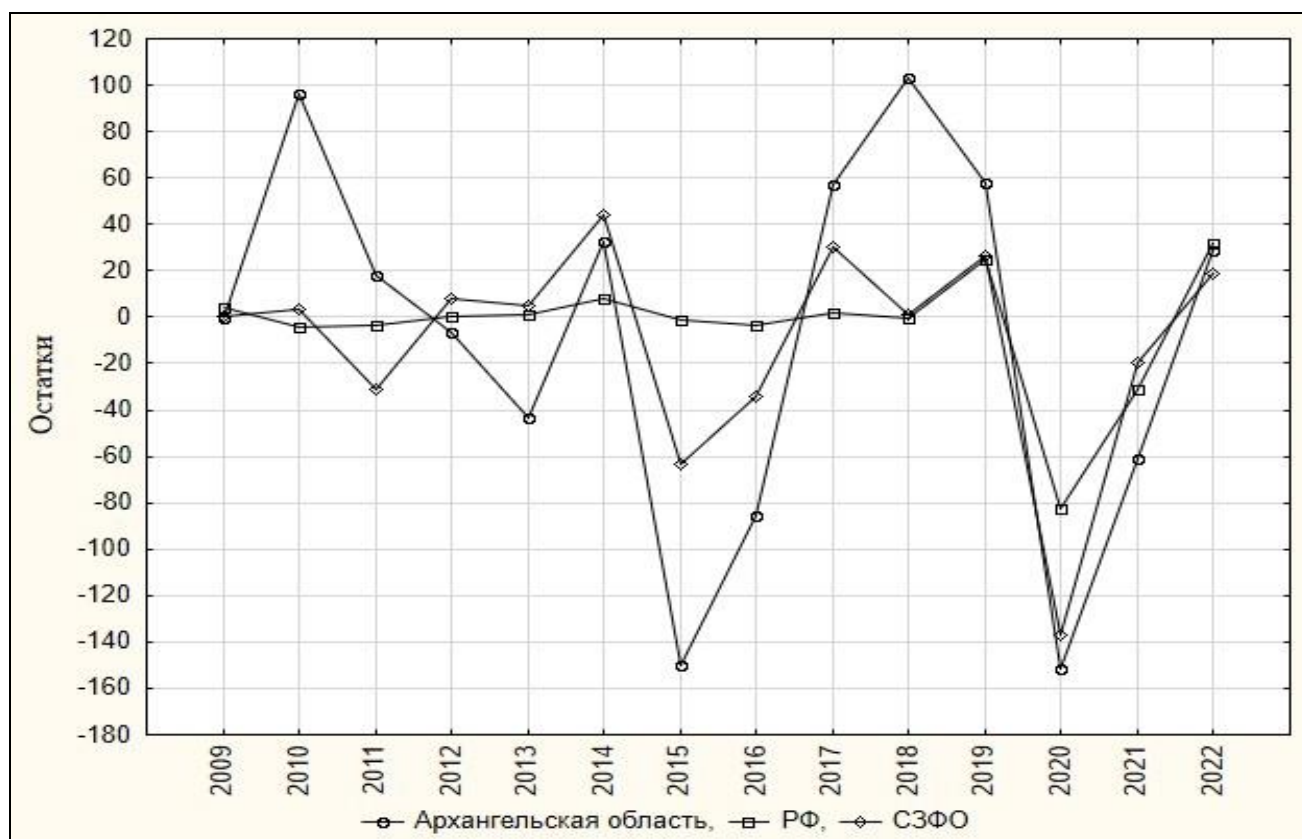


Рисунок 2 - Остатки модели робастного сглаживания первичной заболеваемости психическими расстройствами, на 100000 населения 0-14 лет

### ***Общая заболеваемость детей 0-14 лет***

Динамика общей заболеваемости психическими расстройствами детей в возрасте 0-14 лет в Архангельской области в целом соответствовала динамике первичной заболеваемости (Рисунок 3).

Однако, в отличие от первичной заболеваемости, показатели достигли своего минимума в 2016 году (темп убыли за период 2009-2016 составил -31,8%), после чего начался их рост (темп прироста за период 2016 - 2022 28,6%). За аналогичные временные периоды убыль (прирост) в целом по Российской Федерации составила - 15,9% и -6,9%, а по СЗФО – 18,9% и 0,6. Таким образом, в отличие от Архангельской области, в СЗФО и в целом по стране не отмечалось увеличения значительного роста показателя, но наблюдалось замедление темпа его убыли. Тем не менее, расчёт критерия Чоу выявил структурную нестабильность во всех анализируемых временных сериях с точкой разрыва в

2016 году: Архангельская область  $F= 14,20682$ ,  $p=0,003$ , РФ  $F= 5,18$ ,  $p=0,042$ , СЗФО  $F= 16,66$ ,  $p=0,002$ .

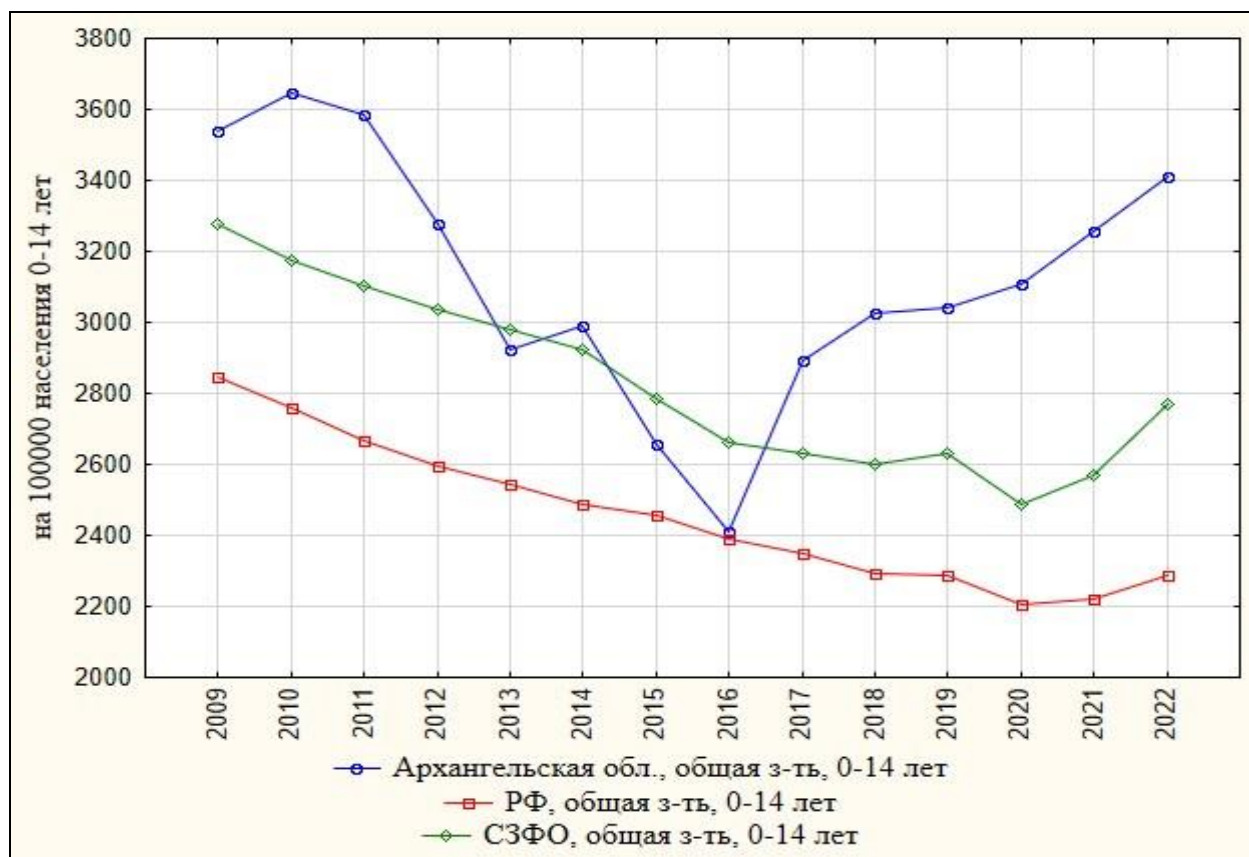


Рисунок 3 - Динамика стандартизованных показателей общей заболеваемости психическими расстройствами на 100000 населения в возрасте 0-14 лет

Графический анализ позволяет предположить наличие выбросов в динамических сериях, прежде всего в Архангельской области. Так же, как и в случае с первичной заболеваемостью, дисперсия рядов уменьшалась по мере перехода от показателей Архангельской области к наиболее крупному из анализируемых территориальных образований – Российской Федерации (Архангельская область  $M=3675,0\pm 399,2$ , СЗФО  $M=3345,4\pm 297,1$ , РФ  $M=2904,0\pm 239,5$ ). Анализ остатков моделей робастного сглаживания подтверждает этот тезис, поскольку максимальный выброс выявляется только в показателях Архангельской области в 2016 году (Рисунок 4).

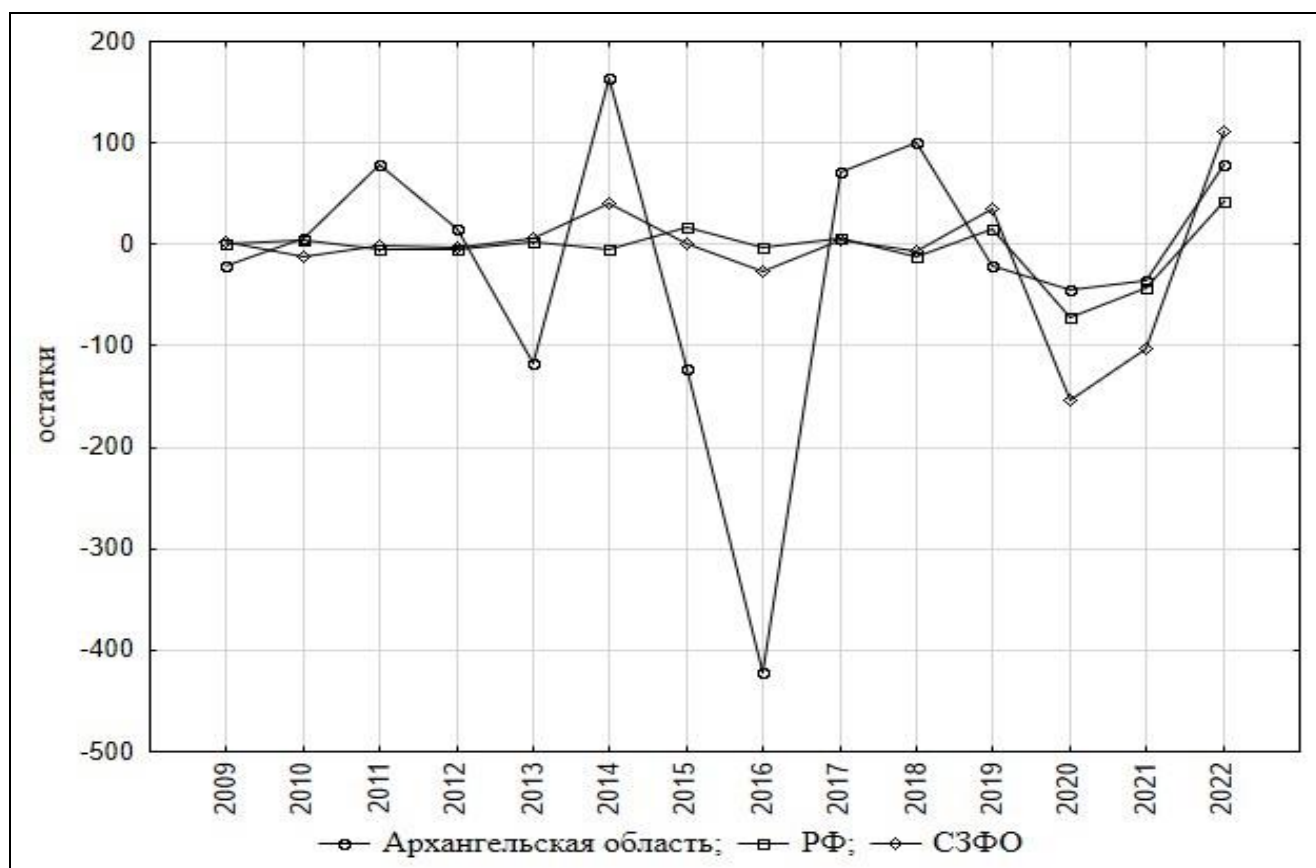


Рисунок 4 - Остатки модели робастного сглаживания общей заболеваемости психическими расстройствами на 100000 населения 0-14 лет

Таким образом, в Архангельской области четырнадцатилетний уровень общей заболеваемости был выше, чем в СЗФО и РФ.

#### ***Показатель хронизации заболеваний у детей 0-14 лет***

Показатель хронизации определяется как отношение общей заболеваемости к первичной заболеваемости (впервые в жизни зарегистрированной заболеваемости) и содержательно интерпретируется как степень перехода острой патологии в хроническую. Графический анализ коэффициентов хронизации показал два базовых явления: во-первых, на всех рассматриваемых территориях он был существенно выше 1, причём в целом по стране он выше, чем в СЗФО и Архангельской области, во-вторых, до 2015 года наблюдалось его достаточно планомерное увеличение, с последующим резким ростом в середине второго десятилетия нового века, сменившимся понижением (Рисунок 5). Отдельно обращает на себя внимание скачкообразный период повышения показателя в 2020 году с последующим резким снижением. При этом, в Архангельской области

отмечался наиболее выраженный подъем в 42,5% против 22,5% РФ и 26,7% в СЗФО.

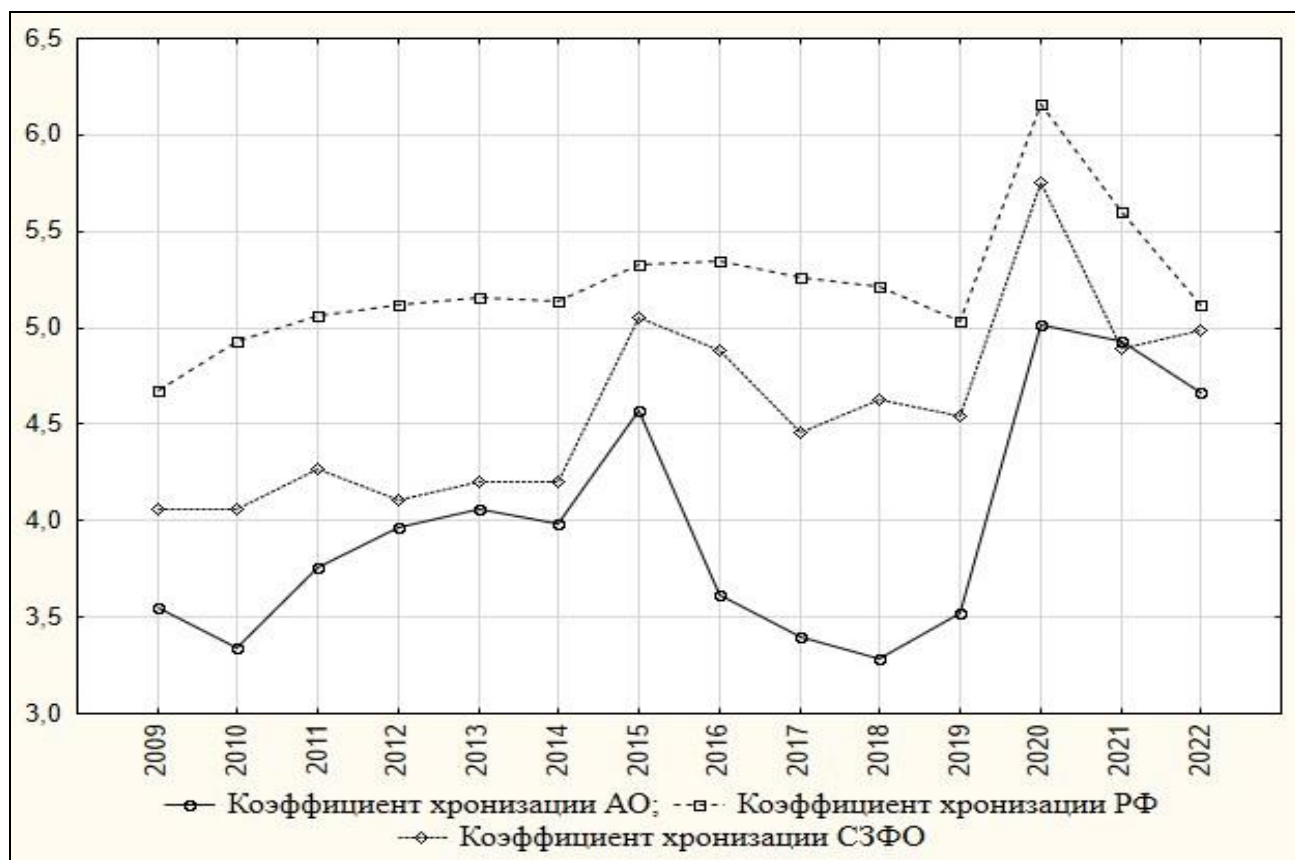


Рисунок 5 - Динамика коэффициента хронизации заболеваемости психическими расстройствами населения в возрасте 0-14 лет

Так же, как и в случае с анализом первичной и общей заболеваемости, своеобразным «водоразделом» двух тенденций явился 2015-2016 год. При этом анализ цепных темпов прироста показывает, что до этого момента увеличение показателей хронизации шло с постепенным торможением, однако в 2015-2016 годах эта затухающая тенденция сменилась резким набором возрастающей тенденции, что опять же указывает на существенность этого периода для динамики заболеваемости детей в возрасте 0-14 лет.

### ***Взаимосвязь первичной и общей заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения***

Поскольку нами было выявлено, что динамики показатели первичной и общей заболеваемости имеют выбросы с разницей в один год (в 2015 и 2016 годах соответственно), было сделано предположение о возможном влиянии колебаний первичной заболеваемости на общую заболеваемость с лагом (запаздыванием) в

один год. Для проверки данной гипотезы мы использовали метод построения математической модели временного ряда с передаточной функцией. Для приведения анализируемых рядов к стационарному виду взяты их первые разности. Как следует из показателей статистик согласия, модель с передаточной функцией имеет их лучшие характеристики. Следовательно, включение в модель в качестве передаточной функции показателей первичной заболеваемости улучшает её одномерный вариант, поскольку приводит к снижению ошибки и увеличению коэффициента детерминации (Таблица 1). Сама же модель достаточно качественная, поскольку в её остатках отсутствуют значимые автокорреляции, а сами остатки имеют нормальное распределение (критерий Колмогорова-Смирнова с поправкой Лиллиефорса  $p=0,2$ ).

Таблица 1 - Статистики согласия моделей авторегрессии и проинтегрированного скользящего среднего общей заболеваемости психическими расстройствами населения в возрасте 0-14 лет в Архангельской области, 2009-2022гг

Ряд	Тип модели	$R^2$	Квадратный корень из среднего квадрата ошибки	Средний относительный модуль ошибки, %	Нормализованный байесовский информационный критерий
Модель 1	(0.1.0)	0,679	234,9	4,8	11,1
Модель 2	(0.1.0)	0,850	156,1	3,6	10,5

Примечание: Модель 1 - Общая заболеваемость психическими р-вами, 0-14 лет; Модель 2 – Общая заболеваемость психическими р-вами, 0-14 лет с передаточной функцией.

Содержательно, полученные параметры модели с передаточной функцией интерпретируются как свидетельствующие о наличии взаимосвязи между первичной и общей заболеваемостями психическими расстройствами детей в возрасте 0-14 лет. При этом взаимосвязь положительная и обобщённо, можно говорить, что при увеличении первичной заболеваемости на 1 случай на 100000 населения соответствующего возраста, общая заболеваемость также растёт на нулевом лаге округлённо на 1,5 случая на 100000 населения этого же возраста (Таблица 2). Следует отметить, что наше предположение о наличии запаздывания

в реакции общей заболеваемости на изменения первичной заболеваемости, на данном этапе анализа не подтвердилось.

Таблица 2 - Параметры модели авторегрессии и проинтегрированного скользящего среднего общей заболеваемости психическими расстройствами детей в возрасте 0-14 лет в Архангельской области, 2009-2022гг. с передаточной функцией, а также показатели автокорреляционной функции остатков модели

Параметр		Оценка	Стандартная ошибка	t	p
Числитель	Лаг 0	1,484	0,393	3,777	0,007
	Лаг 1	-1,099	0,394	-2,794	0,027
<b>Показатели автокорреляционной функции</b>					
лаг	1	2	3	4	5
значение функции	-0,404	0,045	0,380	-0,450	0,035
стандартная ошибка	0,333	0,384	0,385	0,424	0,474

### **3.2. Динамика заболеваемости детей в возрасте 15-17 лет**

#### ***Первичная заболеваемость детей 15-17 лет***

Практически на всём рассматриваемом временном отрезке первичная заболеваемость лиц в возрасте 15-17 лет психическими расстройствами в АО была выше, чем в целом по стране и по СЗФО (Рисунок 6).

Во всех регионах происходило понижение первичной заболеваемости, за период 2009-2022гг базовые темпы убыли составили в РФ -37,1%, СЗФО -2,6%, в АО -7,3%. Однако, при детальном рассмотрении, выявляется некоторое отличие в динамике показателей. Пик заболеваемости в этом регионе пришёлся на 2010 - 2011 год. Однако с 2013 года все регионы демонстрируют конгруэнтную динамику значительного и поступательного понижения показателей вплоть до 2016 года, с лидерством АО (средний коэффициент убыли 2013-2016гг РФ -5,1%, СЗФО -4,1%, АО -6,7%), когда динамика на понижение в РФ замедлилась, в СЗФО перешла в горизонтальную тенденцию, а в АО отметилась тенденция к его развороту. Следует отметить, что Архангельская область вошла в период планомерного понижения первичной заболеваемости позже, чем СЗФО и РФ, посему, её лидерство в 2013-2016гг объясняется «догоняющей» тенденцией, при этом, период планомерного понижения первичной заболеваемости продлился



здесь менее короткий период, а начало понижения пришлось на более высокие уровни заболеваемости, отчего показатели не достигли уровня заболеваемости страны и СЗФО к концу периода понижения.

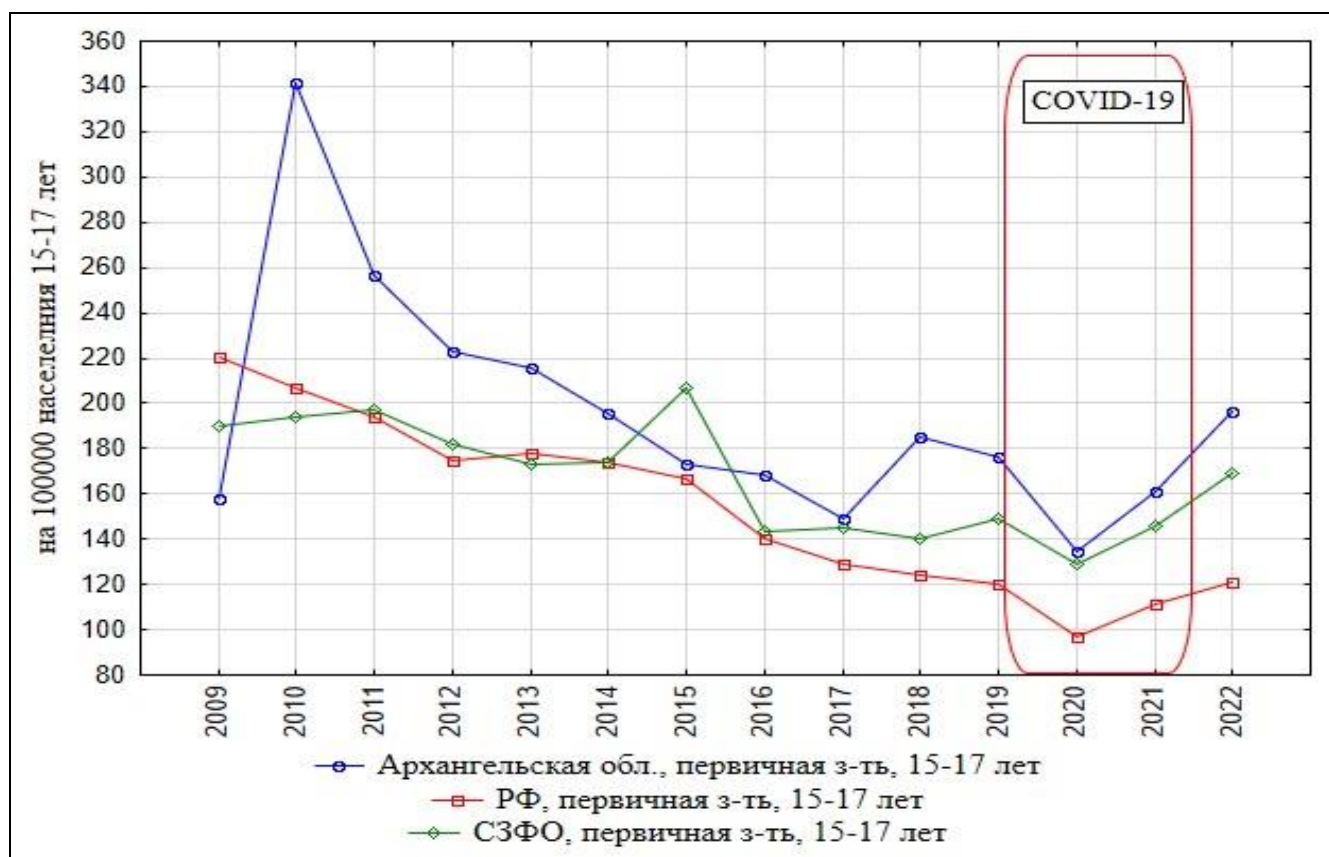


Рисунок 6 - Динамика стандартизованных показателей первичной заболеваемости психическими расстройствами на 100000 населения в возрасте 15-17 лет

В 2020 году и в Архангельской области, и в СЗФО, и в РФ отмечалось резкое понижение показателя первичной заболеваемости, сменившееся ростом в последующие два года, что может быть связано с ограничительными мероприятиями в период COVID-19. Графический анализ позволяет предположить наличие значительных выбросов показателей динамики первичной заболеваемости. Проверка рядов на наличие аномальных значений (выбросов), подтвердила это предположение для первичной заболеваемости по СЗФО. В отличие от СЗФО, динамика показателей первичной заболеваемости в Архангельской области, как и в целом по стране не имела аномальных значений. В Архангельской области, так же, как и в СЗФО и в целом по стране, за рассматриваемый период доля первичной заболеваемости в структуре всей

первичной заболеваемости достаточно планомерно снижалась. В результате, доля первичной заболеваемости психической патологией в АО понизилась с 2009 по 2022 год на 32,3, в СЗФО на 37,5, в РФ – на 49,8%. Следует отметить, что в АО наблюдался самый низкий уровень представленности психической патологии во всей первичной заболеваемости, в среднем 0,6%, в сравнении с СЗФО (0,7%) и РФ – 0,9%.

### ***Общая заболеваемость детей 15-17 лет***

Общая динамика общей заболеваемости в Архангельской области была конгруэнтна таковой в СЗФО и РФ. До начала второго десятилетия нового века отмечался рост показателя, затем некоторое плато с тенденцией к стагнации и затем, вплоть до наших дней, его снижение с выходом в горизонтальный тренд. При этом показатели РФ достигли максимума раньше, чем в АО на 2 года и СЗФО на один год, а вот снижение началось синхронно, за счет относительно короткого периода максимальных значений в СЗФО и особенно в АО (Рисунок 7).

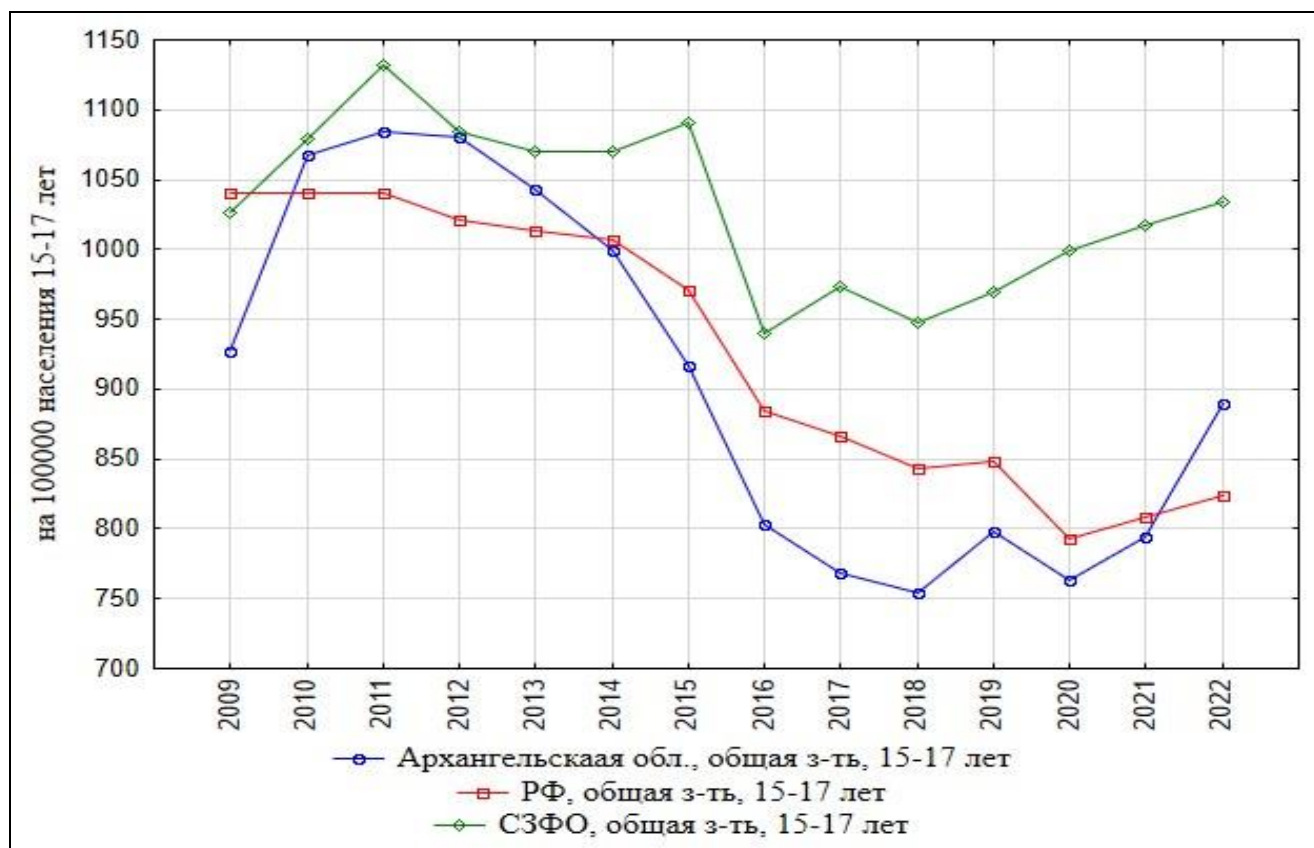


Рисунок 7 - Динамика стандартизованных показателей общей заболеваемости психическими расстройствами на 100000 населения в возрасте 15-17 лет



В периоды подъема и понижения общей заболеваемости уровень показателей АО был выше, чем в СЗФО и РФ. В Архангельской области, так же, как и в целом по стране, понижение показателей продолжилось до уровней, ниже начала наблюдения, в СЗФО они остались выше базисного уровня. По периоду снижения в АО (2013-2019), базовые темпы убыли составили для АО -19,8%, СЗФО – 9,4%, РФ -15,8%. Таким образом, в СЗФО процесс снижения общей заболеваемости шел с наименьшей скоростью. Следует отметить, что с 2021 года в Архангельской области отмечается рост показателя первичной заболеваемости детей в возрасте 15-17 лет.

Так же, как и в случае с первичной заболеваемостью, на всем изучаемом временном промежутке Архангельская область занимала наименьшую долю в общей заболеваемости психическими расстройствами в структуре всей заболеваемости детей в возрасте 15-17 лет. В среднем, доля психической патологии в общей заболеваемости этой группы населения в этом регионе составила 2,0%. В сравнении, средняя доля в СЗФО была 2,5%, а в целом по стране – 2,9%. Во всех регионах на всем изучаемом временном отрезке отмечалось понижение представленности психической патологии в структуре общей заболеваемости населения в возрасте 15-17 лет. С 2009 по 2022 гг в АО доля понизилась на 24,7%, в СЗФО – на 17,4, а в РФ - на 24,2%. В случае общей заболеваемости, в анализируемых динамических рядах, так же, как и в случае первичной заболеваемости, был выявлен выброс в ряду показателей по СЗФО в 2016 году ( $\lambda = 2,07$ ,  $\lambda_{кр} = 1,3$ ,  $p \leq 0,05$ ).

### ***Показатель хронизации заболеваний у детей 15-17 лет***

Графический анализ динамик показателя хронизации позволяет констатировать два базовых явления: во-первых, в Архангельской области, как и в СЗФО и РФ уровень этого показателя был больше 1, причём в АО этот показатель имел наименьшие значения (Рисунок 8).

Во-вторых, в регионах отличалась динамика показателя. Так, если СЗФО и РФ демонстрировали достаточно устойчивый рост, то в АО динамика тяготела к горизонтальному тренду. При этом анализ цепных темпов прироста показывает

относительную стабильность динамик временных рядов коэффициентов хронизации. Анализ аномальных значений рядов методом Ирвина выявил наличие таковых в динамике показателя хронизации в Архангельской области в 2010 ( $\lambda = 1,71$ ,  $\lambda_{кр} = 1,3$ ,  $p \leq 0,05$ ), 2020 ( $\lambda = 2,28$ ,  $\lambda_{кр} = 1,3$ ,  $p \leq 0,05$ ), 2021 ( $\lambda = 1,52$ ,  $\lambda_{кр} = 1,3$ ,  $p \leq 0,05$ ) годах и в СЗФО в 2016 ( $\lambda = 1,68$ ,  $\lambda_{кр} = 1,3$ ,  $p \leq 0,05$ ) и 2020 годах ( $\lambda = 1,55$ ,  $\lambda_{кр} = 1,3$ ,  $p \leq 0,05$ ).

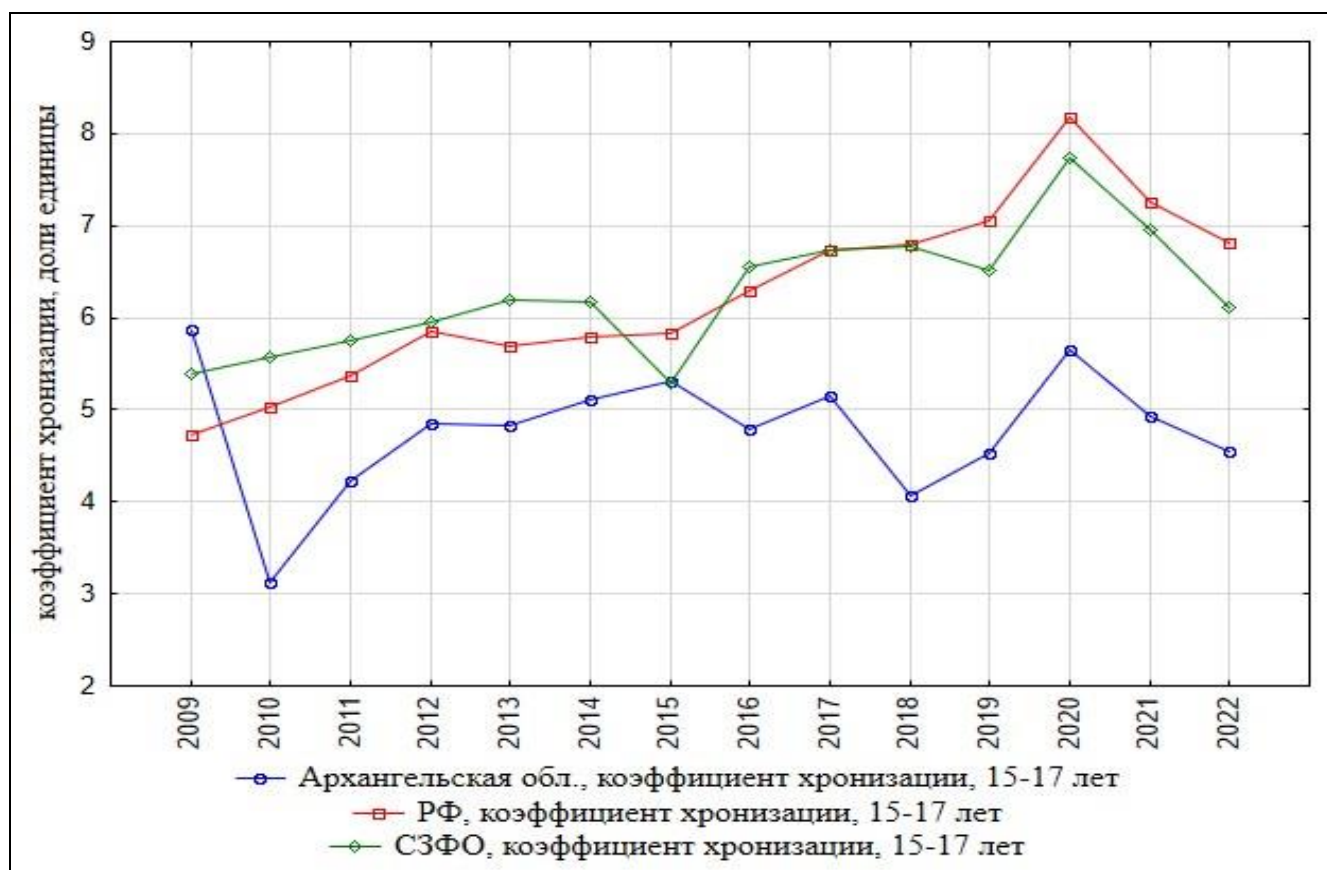


Рисунок 8 - Динамика коэффициента хронизации заболеваемости психическими расстройствами населения в возрасте 15-17 лет

### ***Взаимосвязь первичной и общей заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения***

Мы предположили наличие взаимосвязи между показателями хронической патологии и первичной заболеваемости психическими расстройствами, поскольку часть пациентов, изначально заболевших впервые в жизни, в последующем должны неминуемо перейти в разряд хронически больных. Для проверки данной гипотезы мы использовали метод построения математической модели временного ряда с передаточной функцией. Для приведения анализируемых рядов к

стационарному виду взяты их первые разности. Как следует из показателей статистик согласия, модель с передаточной функцией имела лучшие характеристики. Следовательно, включение в модель показателей первичной заболеваемости улучшает её одномерный вариант, поскольку приводит к снижению ошибки, увеличению коэффициента детерминации, снижению нормализованного байесовского информационного критерия (Таблица 3). Сама же модель достаточно качественная, поскольку в её остатках отсутствуют значимые автокорреляции, а сами остатки имеют нормальное распределение (критерий Колмогорова-Смирнова с поправкой Лильефорса  $p=0,655$ ).

Таблица 3 - Статистики согласия моделей авторегрессии и проинтегрированного скользящего среднего общей заболеваемости психическими расстройствами детей в возрасте 15-17 лет в Архангельской области, 2005-2022гг

Ряд	Тип модели	R <sup>2</sup>	Квадратный корень из среднего квадрата ошибки	Средний относительный модуль ошибки, %	Нормализованный байесовский информационный критерий
Модель 1	(0.1.0)	0,665	427,908	6,143	12,306
Модель 2	(0.1.0)	0,774	351,570	4,972	11,913

Примечание: Модель 1 - Общая заболеваемость психическими р-вами, 15-17 лет; Модель 2 – Общая заболеваемость психическими р-вами, 15-17 лет с передаточной функцией.

Содержательная интерпретация результата: наличествует взаимосвязь между первичной и общей заболеваемостями психическими расстройствами у детей в возрасте 15-17 лет. Взаимосвязь положительная. Количественно, при увеличении первичной заболеваемости на 1 случай на 100000 населения в возрасте 15-17 лет, общая заболеваемость увеличивается на нулевом лаге на 1,3 случая на 100000 населения этого же возраста (Таблица 4). Следует отметить, что данная взаимосвязь отмечается на нулевом лаге, то есть изменение показателей общей заболеваемости происходит вслед за изменением показателей первичной заболеваемости без задержки во времени.

Таблица 4 - Параметры модели авторегрессии и проинтегрированного скользящего среднего общей заболеваемости психическими расстройствами детей в возрасте 15-17 лет в Архангельской области, 2009-2022гг. с передаточной функцией, а также показатели автокорреляционной функции остатков модели

Параметр	Оценка	Стандартная ошибка	t	p	
Лаг 0	1,302	0,520	2,502	0,026	
Показатели автокорреляционной функции					
Лаг	1	2	3	4	5
Значение функции	0,375	0,388	0,065	-0,100	-0,034
Стандартная ошибка	0,267	0,303	0,336	0,337	0,339

### 3.3. Структура заболеваемости детей 0-17 лет

#### *Первичная заболеваемость детей в возрасте 0-14 лет*

На всем рассматриваемом временном периоде лидирующее место в структуре первичной заболеваемости детей в возрасте 0-14 лет занимали расстройства, относящиеся к группе «Психические расстройства непсихотического характера», эта группа составила основной массив первичной заболеваемости детей в возрасте 0-14 лет. Второе место занимала группа «Умственная отсталость» (Рисунок 9). Заболеваемость здесь значительно ниже, чем по группе – лидеру (в среднем, на 87,1%). В целом, динамика заболеваемости во всех трёх группах отличалась. Если заболеваемость в группе «Психозы и состояния слабоумия» росла вплоть до 2018 года, то заболеваемость в группе «Психические расстройства непсихотического характера» понижалась вплоть до 2015 года, после чего ее значения начали увеличиваться. Наконец, заболеваемость расстройствами, сгруппированными в группу «Умственная отсталость» отличалась достаточно стабильной динамикой, тяготеющей к горизонтальной тенденции.



Рисунок 9 - Структура первичной заболеваемости психическими расстройствами детей в возрасте 0-14 лет по трём основным группам заболеваний, Архангельская область, 2010-2022 гг., %

В целом, в динамике первичной заболеваемости можно выделить три периода - снижения вплоть до 2015 года, последующего подъёма до 2018 года и далее резкого возвратного понижения. Для выявления вклада динамики каждой из рассматриваемых крупных групп психических расстройств в эти тенденции воспользовались индексным методом. Снижение уровня первичной заболеваемости психическими расстройствами детей в возрасте 0-14 лет в 2010-2015гг было обеспечено, в основном, за счёт снижения заболеваемости в группе «Психические расстройства непсихотического характера», вклад которой в общее снижение был подавляющим, на втором месте стоит группа «Умственная отсталость», обеспечившая общее снижение в 47,3% на 4,6%. Однако отрицательная динамика первичной заболеваемости была приуменьшена за счёт роста заболеваемости в группе «Психозы и состояния слабоумия» (Таблица 5). Два других рассматриваемых периода не отличались, в отличие от первого, разнонаправленностью вклада в общее изменение первичной заболеваемости, но продемонстрировали некоторые отличия в величине вклада групп заболеваний. Период увеличения заболеваемости 2015-2018гг, когда она выросла на 65,4%

явился следствием не только преобладающего вклада группы «Психические расстройства непсихотического характера», но и увеличением роли двух других групп, в совокупности обеспечивших 14,9% от общего роста заболеваемости. Последовавший за этим период был результатом снижения основной группы заболеваний - «Психические расстройства непсихотического характера». Две другие группы заболеваний обеспечили 4,4% снижения.

Таким образом, основной группой психических расстройств, определяющей динамические тенденции первичной заболеваемости психическими расстройствами детей в возрасте 0-14 лет в рассматриваемый период, являются «Психические расстройства непсихотического характера».

Таблица 5 - Динамический вклад основных групп первичной заболеваемости психическими расстройствами в общее изменение первичной заболеваемости психическими расстройствами, дети в возрасте 0-14, 15-17 лет, в %.

Период	Общее изменение	За счёт группы «Психозы и состояния слабоумия»	За счёт группы «Психические расстройства непсихотического характера»	За счёт группы «Умственная отсталость»
<b>0-14 лет</b>				
2010-2015	-47,3	+0,7	-43,5	-4,6
2015-2018	+65,4	+7,9	+50,6	+7,0
2018-2022	-20,3	-4,0	-11,9	-4,4
2010-2022	-30,4	+1,4	-27,2	-4,7
<b>15-17 лет</b>				
2010-2015	-57,9	-1,1	-45,9	-10,9
2015-2018	+173,9	+6,1	+150,3	+17,5
2018-2022	24,9	-0,2	33,0	-7,5
2010-2022	44,0	+0,7	+55,4	-12,1

Рассмотрим при помощи индексного метода вклад изменения показателей по отдельным подгруппам в динамику первичной заболеваемости этой группы (Таблица 6). Максимальный вклад в динамику заболеваемости рассматриваемой нами группы заболеваний, оказывали «Другие непсихотические расстройства...» и органические непсихотические расстройства. Так, снижение заболеваемости непсихотическими расстройствами к 2015 году, составившее -49,3% на 26,7% было обеспечено т.н. другими непсихотическими расстройствами, а на 13,5% -

органическими непсихотическими расстройствами. Вклад невротических, а тем более аффективных заболеваний был в разы меньшим.

Таблица 6 - Динамический вклад основных подгрупп в общее изменение первичной заболеваемости в группе «Психические расстройства непсихотического характера», дети в возрасте 0-14, 15-17 лет, в %

Период	0-14 лет					
	Общее изменение	За счёт подгруппы 1	За счёт подгруппы 2	За счёт подгруппы 3	За счёт подгруппы 4	
2010-2015	-49,3	-13,5	-2,3	-6,8	-26,7	
2015-2018	+59,8	+9,1	-1,4	-4,8	+56,9	
2018-2022	-14,5	-0,1	0,2	0,1	-14,7	
Период	15-17 лет					
	Общее изменение	За счёт подгруппы 1	За счёт подгруппы 2	За счёт подгруппы 3	За счёт подгруппы 4	За счёт подгруппы 5
2010-2015	-58,1	-3,5	-1,3	-24,6	-23,0	-5,6
2015-2018	+190,7	+29,3	+7,0	+97,2	+57,2	0,0
2018-2022	+39,5	+2,7	+2,5	+32,7	+1,6	0,0

\*Примечание: подгруппа 1 - органические непсихотические р-ва, подгруппа 2 - аффективные непсихотические расстройства, подгруппа 3 - невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства, подгруппа 4 - другие непсихотические расстройства, поведенческие расстройства детского и подросткового возраста, неуточненные непсихотические расстройства, подгруппа 5 – расстройства зрелой личности и поведения у взрослых

Рост заболеваемости 2015-2018 годов был практически всецело обеспечен ростом органических, а главное «Других непсихотических расстройств...», в то время как заболеваемость невротическими и аффективными расстройствами за счёт продолжившегося понижения показателей, наоборот, оказывала «тормозящий» вклад в процесс роста заболеваемости расстройствами непсихотического характера. Заболеваемость аффективными расстройствами не участвовала в динамике показателей рассматриваемой группы и в последующие годы, а вклад невротических расстройств свёлся к минимуму.

Таким образом, динамика заболеваемости психическими расстройствами непсихотического характера в рассматриваемый нами временной период обеспечивалась изменениями заболеваемости т.н. «Других непсихотических

расстройств, поведенческих расстройств детского возраста...» и, в меньшей степени, заболеваемостью органическими непсихотическими расстройствами, в то время как изменения показателей заболеваемости невротической и аффективной патологии или совсем не оказывали влияния на генерацию заболеваемости в группе или это влияние было минимальным.

Второй группой, оказывавшей, как мы выяснили, значительный вклад в первичную заболеваемость психическими расстройствами детей 0-14 лет, была группа болезней, обозначаемых как «Психозы и состояния слабоумия». Роль этой группы, со временем возрастала. Рассмотрим при помощи индексного метода вклад изменения показателей по отдельным подгруппам в динамику первичной заболеваемости этой группы (Таблица 7).

Таблица 7 - Динамический вклад основных подгрупп в общее изменение первичной заболеваемости в группе «Психозы и состояния слабоумия», дети в возрасте 0-14, 15-17 лет, в %

<b>0-14 лет</b>					
Период	Общее изменение	За счёт подгруппы «Органические психозы и (или) слабоумие»	За счёт подгруппы «Хронические неорганические психозы, детские психозы, неуточненные психотические расстройства»		За счёт подгрупп *
2010-2015	+58,3	-18,1	+86,8		-10,3
2015-2018	+204,9	+67,6	+137,3		0,0
2018-2022	-56,4	-19,6	-38,2		1,5
<b>15-17 лет</b>					
Период	Общее изменение	За счёт подгруппы «Органические психозы и (или) слабоумие»	За счёт подгруппы «Шизофрения»	За счёт подгруппы «Шизотипические расстройства»	За счёт подгрупп **
2010-2015	-30,6	-27,0	+36,3	-29,9	-10,1
2015-2018	+100,6	+28,6	-51,4	+61,7	+61,7
2018-2022	-13,6	-16,3	+28,3	-9,1	-16,3

*Примечание:* \*шизофрения, шизотипические р-ва, шизоаффективные психозы, аффективные психозы с неконгруэнтным аффекту бредом, острые и преходящие неорганические психозы.  
\*\*шизоаффективные психозы, аффективные психозы с неконгруэнтным аффекту бредом, острые и преходящие неорганические психозы, хронические неорганические психозы



С 2010 по 2018 год, как указывалось, шло нарастание уровня заболеваемости, причём, за период 2015-2018гг она выросла в два раза. Наибольший вклад в это увеличение внесли расстройства, объединённые в подгруппу «Хронические неорганические психозы, детские психозы, неуточненные психотические расстройства». В тоже время, вклад органических психозов был разнонаправленным, если в 2015-2018 годах, он был также положительным, увеличивая общий уровень заболеваемости на 67,6%, то в предшествующее шестилетие вклад был отрицательным, занижая тем самым рост заболеваемости в этой группе. С 2015 года динамики во всех ведущих подгруппах пришли к единому знаку и стали изменяться синхронно, отличаясь только по величине. Таким образом, вклад этих причин заболеваемости полностью нивелировался. Заболеваемость аффективными расстройствами на всем рассматриваемом нами периоде была околонулевой.

Таким образом, динамика заболеваемости в группе «Психозы и состояния слабоумия» обеспечивалась за счет причин, входящих в подгруппы «Хронические неорганические психозы, детские психозы, неуточненные психотические расстройства» и «Органические психозы и (или) слабоумие». Динамика этой группы отличалась последовательным нарастанием показателей, что привело к увеличению её роли в структуре первичной заболеваемости психическими расстройствами детей в возрасте 0-14 лет.

Наконец, третьей группой, вклад которой в общую структуру первичной заболеваемости детского населения, была группа умственной отсталости. Хотя вклад её в целом за рассматриваемый период был на втором месте после группы непсихотических расстройств, он отличался достаточной стабильностью. В структуре первичной заболеваемости умственной отсталостью, заболеваемость лёгкой её степенью занимала более половины всех регистрируемых впервые в жизни случаев этого психического расстройства. Вклад этой группы заболеваний, был достаточно стабильным, как по знаку, так и по величине вклада, на всем протяжении рассматриваемого периода.

Подводя итог, мы можем выделить особенности формирования первичной заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения детей в 0-14 (Рисунок 10).



Рисунок 10 - Схема формирования заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения детей 0-14 лет по структуре в Архангельской области  
Примечание: цифрами обозначены ранговые места

Таким образом, первичная заболеваемость детей в возрасте 0-14 лет в период 2010-2022гг в основе своей формировалась психическими расстройствами непсихотического характера в целом и другими непсихотическими расстройствами, поведенческими расстройствами детского и подросткового возраста, неуточненными непсихотическими расстройствами в частности. К 2022 году значительно понизилась первичная заболеваемость непсихотическими аффективными расстройствами и невротическими расстройствами. За рассматриваемый временной период отмечалось нарастание вклада заболеваний, объединённых в группу «Психозы и состояния слабоумия» за счёт хронических неорганических психозов, детских психозов, неуточненных психотических расстройств и органических психозов.

### ***Первичная заболеваемость детей в возрасте 15-17 лет***

Динамика первичной заболеваемости детей в возрасте 15-17 лет психическими расстройствами была схожа с динамикой заболеваемости в возрасте 0-14 лет (Рисунок 11). Однако, в отличие от группы 0-14 лет, здесь не

выявлялось нарастания доли заболеваемости психозами и состояниями слабоумия, отдельные флуктуации заболеваемости обеспечивались за счет изменения заболеваемости непсихотическими расстройствами, но в целом, изменение заболеваемости за 2010-2022гг было обеспечено снижением заболеваемости умственной отсталостью.

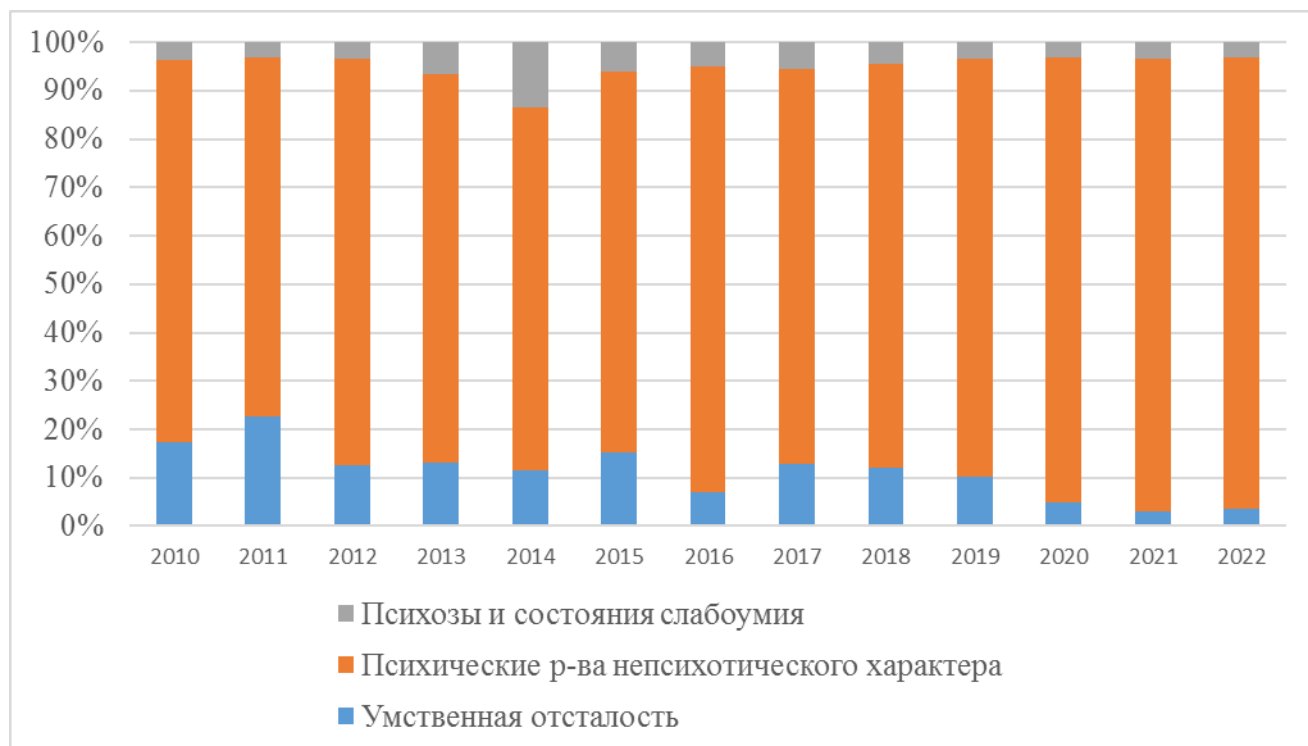


Рисунок 11 - Структура первичной заболеваемости психическими расстройствами детей в возрасте 15-17 лет по трём основным группам заболеваний, Архангельская область, 2010-2022 гг., %

Поскольку для отдельно взятых эволюций первичной заболеваемости психическими расстройствами детей в возрасте 15-17 лет наибольшее значение имеет группа «Психические расстройства непсихотического характера», рассмотрим её структуру в первую очередь (Таблица 7). Следует учесть, что в отличие от заболеваемости в группе 0-14 лет, в возрастной группе 15-17 лет появляется заболеваемость в подгруппе «Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых». Однако показатели заболеваемости в этой подгруппе фиксировались только в 2010,2011 годах, после чего заболеваемость стала нулевой. Если в возрасте 0-14 лет ведущими подгруппами в структуре непсихотических расстройств были «Другие непсихотические расстройства,

поведенческие расстройства детского и подросткового возраста, неуточненные непсихотические расстройства» и «Органические непсихотические расстройства», то в группе 15-17 лет «Другие непсихотические расстройства...» лидировавшие в начале периода наблюдения, уступили пальму первенства невротическим, связанным со стрессом и соматоформным расстройствам, а органические непсихотические расстройства стабильно занимали третье место. Динамические тенденции органических непсихотических расстройств и «других непсихотических расстройств» так же, как и в группе 0-14 лет, были конгруэнтны общей траектории заболеваемости в целом непсихотическими расстройствами. Заболеваемость же невротическими расстройствами после понижения к 2015 году, начала расти без какого-либо понижения после 2018 года. В целом, заболеваемость в этой подгруппе выросла с 2010 года на 176,9%, что выдвинуло эту подгруппу на первое место по приросту заболеваемости в этой группе расстройств. Заболеваемость же аффективными расстройствами, в отличие от таковых в группе 0-14 лет, после некоторого повышения в 2016 году, остаётся по сию пору практически на одном уровне. Рост первичной заболеваемости в 2015-2018 года был более выраженным, чем в группе 0-14 лет и в основном обеспечивался подгруппой невротических расстройств, а не за счёт «Других непсихотических расстройств...». В период повышения заболеваемости в 2018-2022гг вклад этой подгруппы оставался максимально положительным в сравнении с остальными группами. Наиболее значительное снижение показателей первичной заболеваемости в 2010-2015гг так же было в основном обеспечено снижением заболеваемости невротическими расстройствами.

Таким образом, ведущим отличием первичной заболеваемости в подгруппе 15-17 лет от первичной заболеваемости в группе 0-14 лет стало увеличение роли невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств, в то время как роль заболеваемости органическими и т.н. «другими» непсихотическими расстройствами уменьшилась.

Второй группой, участвовавшей в формировании первичной заболеваемости психическими расстройствами детей в возрасте 15-17 лет была

группа «Психозы и состояния слабоумия» (Таблица 7). Анализ индексным методом показал наше утверждение о росте значимости для данной группы заболеваний заболеваемости шизофренией и шизотипическими расстройствами. Заболеваемость этими расстройствами играла ведущую роль в колебаниях первичной заболеваемости группами психозов и состояний слабоумия в возрасте 15-17 лет. Отличительной чертой заболеваемости в данной подгруппе в возрасте 15-17 лет, в отличие от 0-14 лет, стало возрастание роли заболеваемости расстройствами шизофренического спектра. Динамика первичной заболеваемости умственной отсталостью детей в возрасте 15-17 лет была конгруэнтна общей динамике первичной заболеваемости психическими расстройствами. Так же, как и в случае с группой 0-14 лет, большая часть первичной заболеваемости умственной отсталостью была представлена её лёгкой формой ( $67,9 \pm 35,7\%$ ). Вклад этой группы был определяющим, однако для отдельных флуктуаций, наблюдавшихся на протяжении анализируемого периода, он был на втором месте. Особенности формирования первичной заболеваемости психическими расстройствами детей в возрасте 15-17 лет представлены на рисунке 12



Рисунок 12 - Схема формирования заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения детей 15-17 лет в Архангельской области

Примечание: цифрами обозначены ранговые места

Обобщая проведенный анализ, следует отметить, что так же, как и в группе 0-14 лет, первичная заболеваемость психическими расстройствами в возрасте 15-

17 лет динамически формировалась заболеваемость непсихотическими расстройствами и умственной отсталостью. Однако в рамках первичной заболеваемости значительно вырос вклад невротических расстройств, расстройств, связанных со стрессом и соматоформных расстройств, а также расстройств шизофренического спектра, а вклад расстройств органического спектра уменьшился.

Таким образом, динамика первичной и общей заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения детей в Архангельской области была конгруэнтна динамике заболеваемости в СЗФО и РФ, отличаясь степенью выраженности и динамическим запаздыванием. В Архангельской области существует прямая взаимосвязь между первичной и общей заболеваемостью психическими расстройствами детей. В изучаемый временной период во всех изучаемых регионах наблюдалась высокая степень хронизации детской психической патологии с тенденцией к росту в группе 0-14 лет. По мере взросления контингента лиц, имеющих психические расстройства, в структурной динамике психических расстройств наблюдается смещение патологии в сторону психотических и невротических расстройств.

### **3.3 Прогноз первичной заболеваемости детей психическими расстройствами и расстройствами поведения и ее недоучет в период пандемии COVID-19**

Проверка методом Ирвина выявила наличие аномальных значений первичной заболеваемости в 2020 году ( $\lambda = 1,669$  при  $\lambda_{кр.} = 1,3$ ). Поскольку по нашему предположению данный выброс обусловлен снижением заболеваемости, связанной со снижением обращаемости в условиях пандемии COVID-19, он нивелирован заменой фактического значения за 2020 год на значение средней хронологической для 2018, 2019, 2021, 2022 годов. Тип, параметры и статистики модели: (1.0.0); стационарный  $R^2 = 0,406$ ; средний относительный модуль ошибки 11,4; константа 914,1 ( $p=0,000$ ); порядок авторегрессии на 1 лаге 0,7 ( $p=0,009$ ). Остатки модели имели нормальное распределение ( $W_{(14)} = 0,94$ ,  $p = 0,484$ ), значимых автокорреляций не выявлено. Расчёт прогнозных значений первичной

заболеваемости населения в возрасте 0-17 лет показал её увеличение в 2024, 2025 годах (до 906,6, 909,2 на 100000 населения соответственно), что составляет 1,1 и 1,4 % по отношению к показателю 2022 года (Рисунок 13).

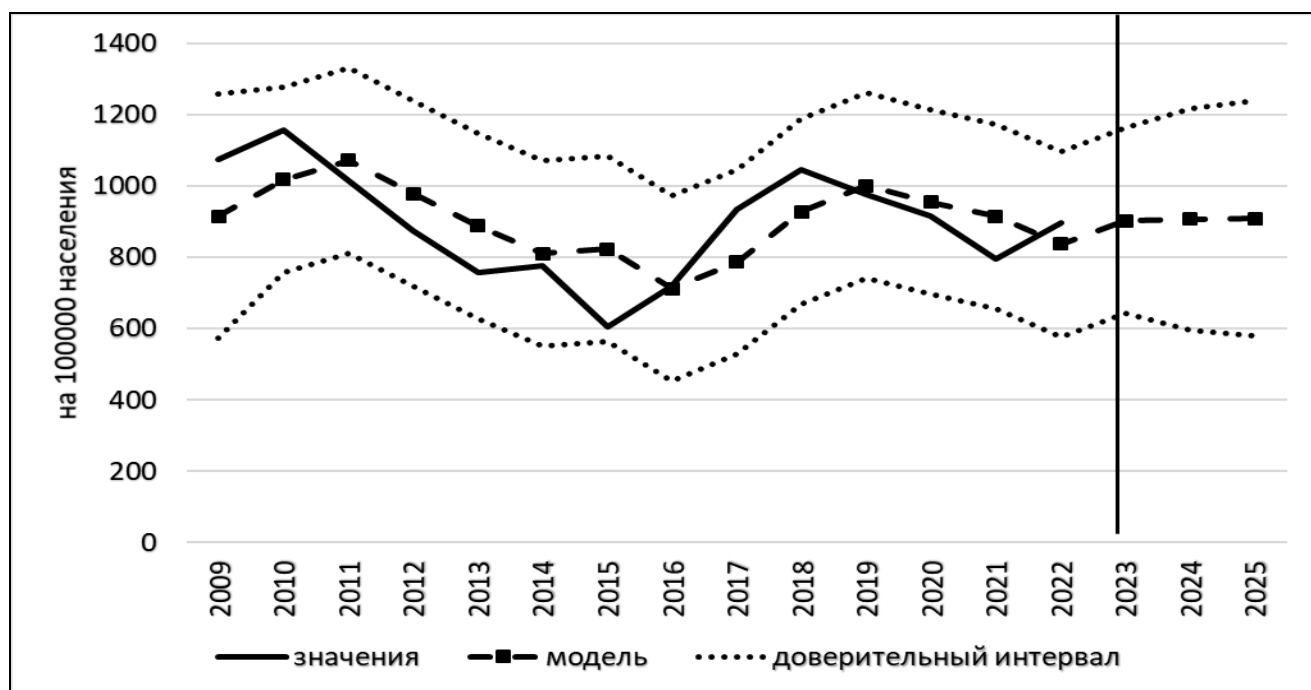


Рисунок 13 - Прогноз первичной заболеваемости психическими расстройствами населения в возрасте 0-17 лет, Архангельская область, 2024, 2025.

Наличие аномального выброса в 2020 году, когда снижение показателя первичной заболеваемости составило 27,5% (с 976,2 до 707,9 на 100000 населения в возрасте 0-17 лет), объясняется снижением выявляемости и обращаемости в условиях мер, принятых в рамках борьбы с пандемией COVID-19. Последующий рост заболеваемости на 26,7% к 2022 году носил компенсаторный характер и был вызван снятием ограничительных мер. Учитывая этот динамический вираж, вызванный пандемией COVID-19, мы можем рассчитать недоучет первичной заболеваемости детей для 2020 года. Поскольку динамика в период 2018 – 2022 носила практически линейный характер, мы можем построить расчёт на основе средней хронологической для этого периода, но с исключением показателя 2020 года. Значение средней хронологической составило 914,3 на 100000. С учетом фактического показателя в 2020 году 707,9 /100000, получили разницу в 206,4 /100000, или 463 человек, или 22,6%. Если учесть, что нами использован показатель средней хронологической для 4-х лет, можно утверждать, что

зафиксированное в 2020-м году снижение заболеваемости детей на 27,5% было практически полностью связано с её недоучетом, вызванным ограничительными мерами в рамках борьбы с пандемией COVID-19.

Прогноз выявил вероятный рост заболеваемости. Построенный прогноз базируется на модели, описывающей тенденции с 2009 года. Модель не может учитывать возможные интервенции, как административного, так и иного характера. Например, недоучет заболеваемости, во время пандемии COVID-19. В связи с этим следует принимать во внимание доверительный интервал прогноза, который, как видно, имеет тенденцию к расширению по мере отдаления прогнозного горизонта. Поэтому, в части прогноза можно принимать верхнюю и нижнюю границу доверительного интервала, констатируя направление тенденции. Так, построенная модель динамики показателей первичной заболеваемости позволяет спрогнозировать её рост. При этом при отсутствии каких-либо вмешивающихся факторов, показатель первичной заболеваемости с вероятностью 95,0% в 2024 году должен быть представлен в диапазоне 596,9 - 1216, в 2025 году 580,3 – 1238,1 на 100000 населения в возрасте 0-17 лет.

Для проверки адекватности построенной прогнозной модели сравнили значения интервала прогноза с известными значениями первичной заболеваемости детей в возрасте 0-17 лет: так, в 2019 году (перед пандемией COVID-19) зарегистрированная заболеваемость составила 914,3/100000, что укладывалось в прогнозный интервал для этого года (741,0-1259,7 на 100000 населения).

Таким образом, на основе модели динамики спрогнозирован рост первичной заболеваемости детей в возрасте 0-17 лет психическими расстройствами и расстройствами поведения на 11,4 и 3,4% (до 902,6, 906,6 на 100000 населения соответственно) в 2024, 2025 годах по отношению к 2022 году. Установлен недоучёт показателя первичной заболеваемости в размере 463 человек, или 22,6%, обусловленный ограничительными мерами в условиях пандемии COVID-19.



#### **ГЛАВА IV. СОСТОЯНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ-СИРОТ И ДЕТЕЙ, ОСТАВШИХСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ.**

Для анализа динамики выявления детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, использовались данные из отчётных форм №103-рик «Сведения о выявлении и устройстве детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей».

Динамика численности детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, на 100000 населения детей в возрасте 0-17 лет в Архангельской области характеризовалась понижающейся тенденцией (Рисунок 14). К 2022 году уровень показателя снизился на 25,1%. Уровень численности вновь выявленных детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, на 100000 населения детей в возрасте 0-17 лет снизился на 2,5%. Динамический рисунок в этом случае не имел линейного характера, отмечалось повышение показателя с 2016 по 2019 год. Анализ методом Ирвина выявил аномальные значения, не укладывающиеся в общую тенденцию ряда показателя вновь выявленных детей в 2016 ( $\lambda = 1,863$ ,  $\lambda_{кр} = 1,5$ ,  $p \leq 0,05$ ), 2020 ( $\lambda = 2,008$ ,  $\lambda_{кр} = 1,5$ ,  $p \leq 0,05$ ), 2021 ( $\lambda = 2,732$ ,  $\lambda_{кр} = 1,5$ ,  $p \leq 0,05$ ) годах, что соответствует годам наблюдения, в которых происходили повышения / уменьшения показателя.

Расчетом кросс-корреляционной функции не установлено значимых взаимосвязей между показателями численности впервые выявленных в течение года детей-сирот и детей, оставшихся без попечения, показателями общего числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения на 100000 населения детей в возрасте 0-17 лет и показателями численности детей в возрасте 0-17 лет ( $r=0,408$ ,  $p=0,333$ ;  $r=0,145$ ,  $p=0,378$ ), что свидетельствует об отсутствии изменений численности детей сирот, как впервые выявленных, так и их общего числа в зависимости от изменения численности населения в детских возрастных группах.

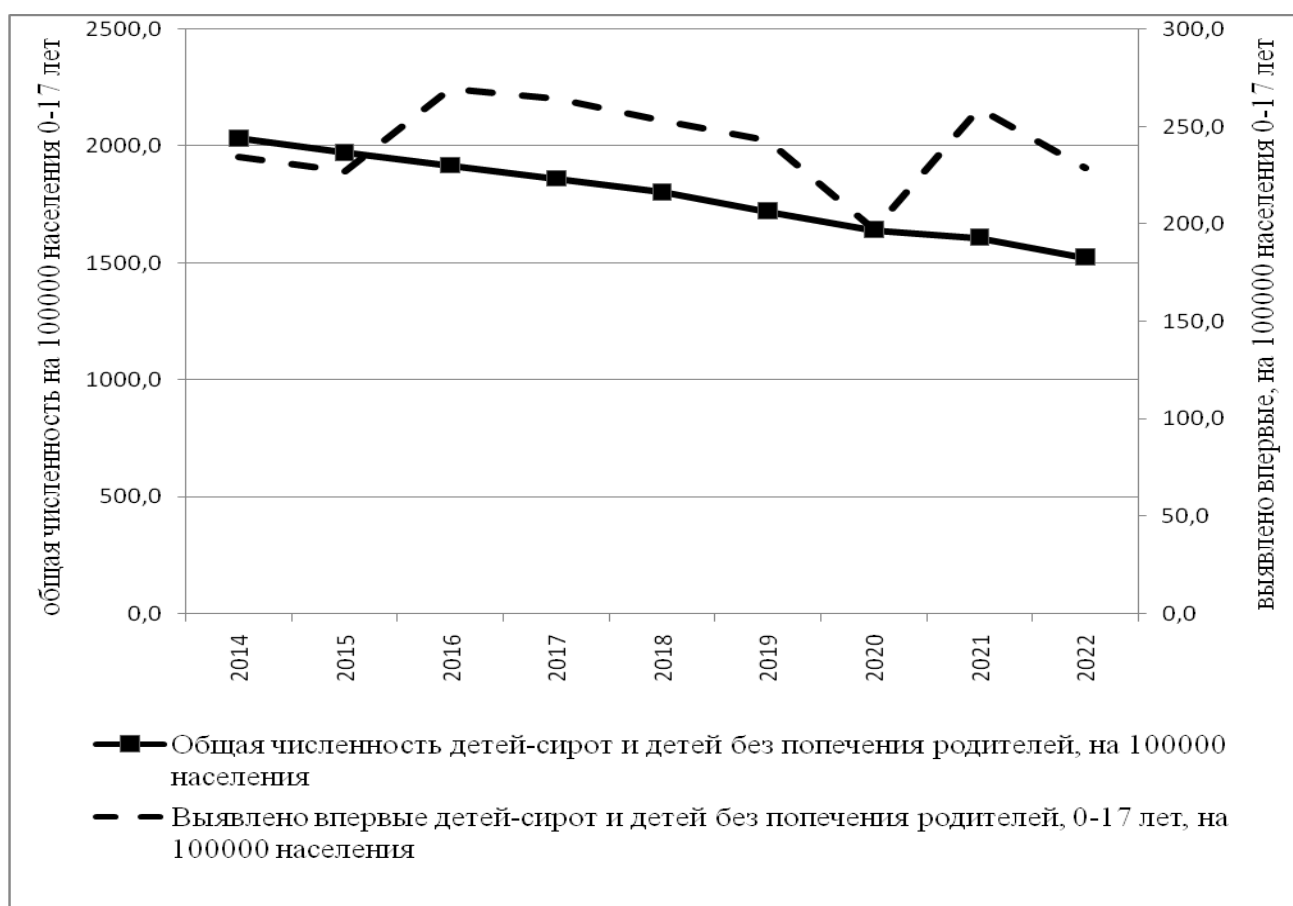


Рисунок 14 – Динамика общей численности и числа выявленных детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, Архангельская область без НАО, на 100000 населения в возрасте 0-17 лет

Для анализа патологической пораженности психическими расстройствами в среде детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, использовались данные из отчетных форм №030-Д/с/о-13, 030-ПО/о-17 «Сведения о диспансеризации несовершеннолетних» и согласно приказам Министерства здравоохранения РФ от 15.02.2013 г. № 72н о проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, от 11.04.2013г. № 216н о диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, от 10.08.2017 №514н «О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних». На основании данных, представленных в указанных статистических формах, были рассчитаны

показатели патологической поражённости (число заболеваний, выявленных при профилактических осмотрах на 1000 осмотренных лиц). Сравнивали усреднённые показатели за пять лет (2018-2022гг) в возрастных группах 0-14, 15-17, 0-17 лет по патологической поражённости психическими расстройствами среди детей-сирот, находящихся в стационарных учреждениях, находящихся в семьях (опека, удочерение, усыновление, попечительство, патронирование, т.е. в замещающих семьях) и детей не сирот (находящихся в нуклеарных семьях).

В связи с тем, что в отчётных формах, посвящённых профилактическим осмотрам в целом детей (не сирот и не без попечения), отсутствует деление на возрастные группы 0-14 и 15-17 лет, сравнение с этой группой детей производилось в целом, по группе 0-17 лет. Единица счёта: «Выявлено впервые заболеваний, состояний» (первичная патологическая поражённость).

На первом этапе изучено возможное отличие частоты встречаемости выявления психических расстройств между группами, удовлетворяющими двум критериям: возраст 0-17 лет, сирота/не сирота. Определили наличие связи между статусом сироты и выявлением психического расстройства. Связь между этими переменными была значимой  $\chi^2(1, N = 181528) = 677,6676, p=0,00001$ . Содержательная интерпретация: в группе детей в возрасте 0-17 лет частота выявления психических расстройств выше среди детей-сирот и без попечения родителей, чем в группе детей 0-17 лет, проживающих в нуклеарных семьях.

Оценили зависимость выявления психических расстройств среди детей-сирот от нахождения в стационаре или в приёмных семьях. Установлена значимая зависимость  $\chi^2(1, N = 4212) = 16,1209, p=0,000059$ . Содержательно: среди детей-сирот и детей без попечения, проживающих в стационарных условиях, частота выявления психических расстройств выше, чем среди детей, проживающих в замещающих семьях. Оценили зависимость выявления психических расстройств среди детей-сирот от возраста. Установлена значимая зависимость  $\chi^2(1, N = 7107) = 9,7922, p=0,001752$ . Содержательная интерпретация: частота выявления психических расстройств среди детей-сирот зависит от возраста. В возрастной группе 0-14 лет патологическая поражённость выше.

С целью проверки гипотезы о зависимости частоты выявляемости психических расстройств (патологической пораженности) от полноты охвата диспансеризацией, провели кросс-корреляционный анализ показателей, полученных для лиц, находящихся в условиях стационарных учреждений (Рисунок 15, Таблица 8). Выбор данной группы для анализа был обусловлен ее наибольшим уровнем охвата диспансеризацией. Поскольку в обоих рядах отсутствовала автокорреляция на первом лаге (ряды стационарны) (АКФ число осмотренных  $r_{t,t-1}=0,5796$ ,  $p=0,060$ , АКФ число выявленных заболеваний  $r_{t,t-1}=0,5196$ ,  $p=0,092$ ) провели их кросскорреляцию без предварительного приведения к стационарному виду. Результат: отсутствуют значимые связи. Таким образом, мы не выявили связи между числом осмотренных лиц и числом выявленных у них заболеваний в наиболее контролируемых для проведения диспансеризации условиях – среди лиц, пребывающих в стационарных учреждениях.

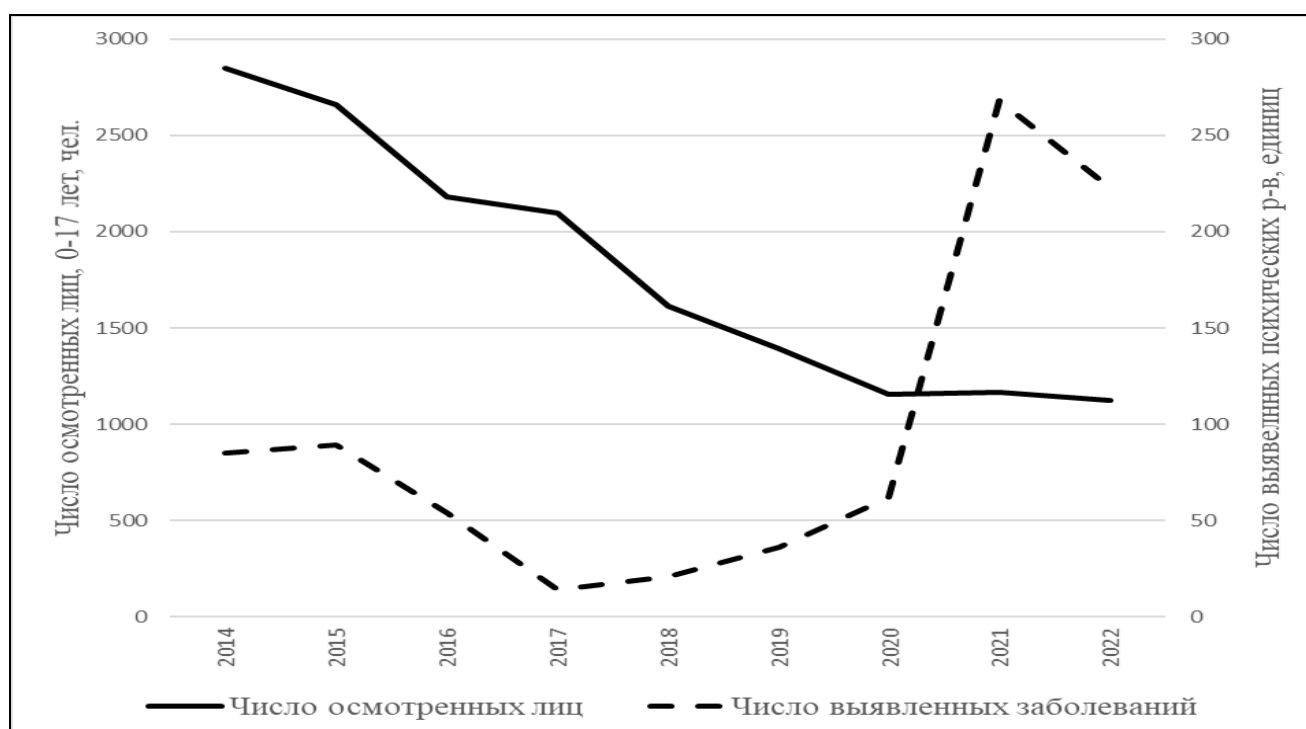


Рисунок 15 - Динамика показателя числа осмотренных лиц и числа выявленных у них психических заболеваний, лица в стационарных учреждениях, Архангельская область без НАО, человек, единиц

Таблица 8 - Кросскорреляционная функция (ККФ) между числом выявленных заболеваний и числом осмотренных лиц, дети-сироты, находящиеся в стационарных учреждениях, Архангельская область без НАО, 2014-2022 гг.

Лаг	-1	0	1
ККФ	0,204	0,553	0,669
Ст. ошибка	0,408	0,378	0,408

Таким образом, в Архангельской области, вне зависимости от изменения численности детского населения, снижается, как общая численность детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, так и их выявляемость. Установлено превалирование патологической пораженности психическими расстройствами среди детей-сирот в сравнении с детьми в общей популяции. Патологическая пораженность психической патологией среди детей – сирот, находящихся в стационарных условиях больше, чем у детей-сирот в замещающих семьях. Установлена большая патологическая пораженность психическими заболеваниями в группе детей-сирот 0-14 лет, чем в группе 15-17 лет. Отсутствует связь между уровнем охвата диспансеризацией и патологической пораженностью психическими расстройствами в среде детей-сирот, проживающих в стационарных условиях (домах-интернатах и домах ребенка).

## ГЛАВА V. ИНВАЛИДНОСТЬ ДЕТЕЙ ВСЛЕДСТВИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Первичная инвалидность детей 0-17 лет по всем заболеваниям в Архангельской области до 2014 года была выше, чем первичная инвалидность в целом по стране (Рисунок 16). В 2020 году и в РФ, и в Архангельской области отмечалось резкое снижение показателей первичной инвалидности детского населения, после чего отмечался значительный двухлетний рост, что может быть связано с влиянием ограничительных мер при COVID-19 с последующим компенсаторным увеличением показателей.

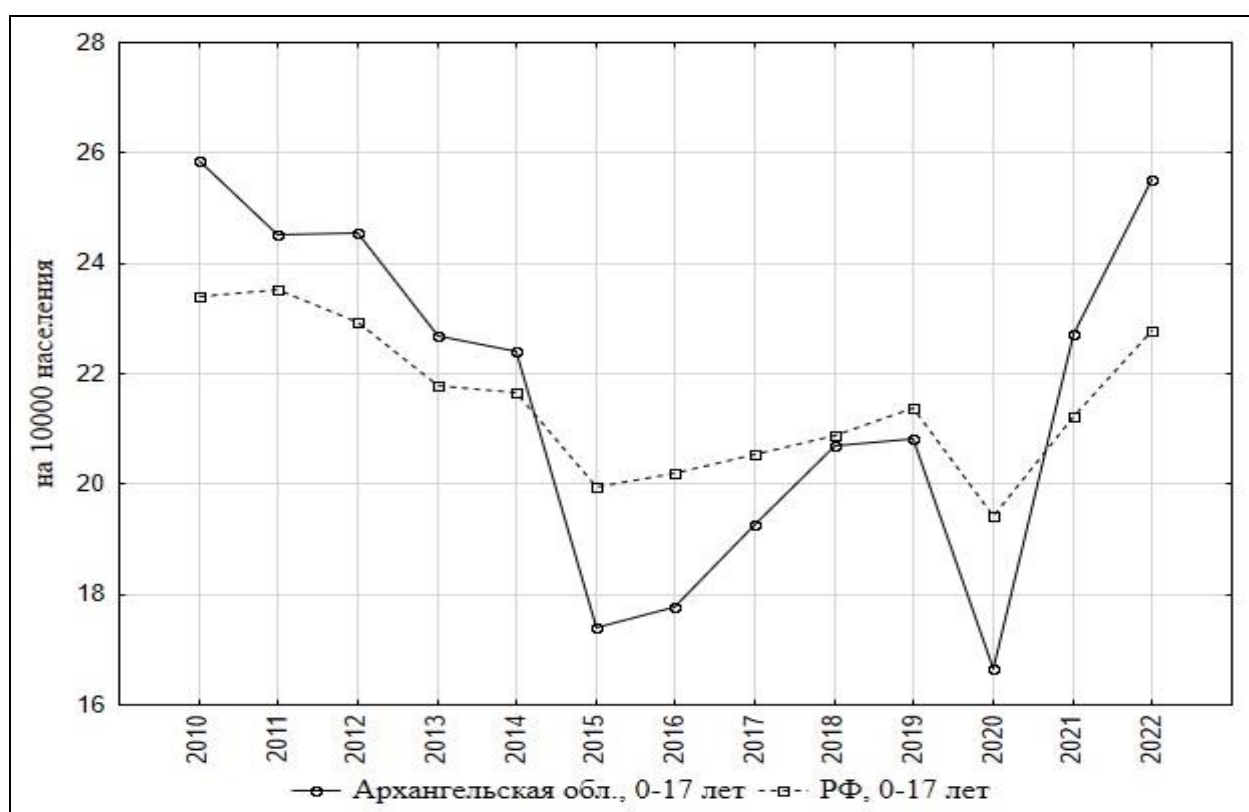


Рисунок 16 Динамика показателей первичной инвалидности детей 0-17 лет в Архангельской области и РФ, стандартизованные коэффициенты на 10000 населения

На всём анализируемом временном отрезке 2010-2022 гг. общая инвалидность детей в возрасте 0-17 лет была ниже, чем в целом по РФ, при этом, с 2016 этот разрыв увеличивался – если в период 2010-2014 общая инвалидность в Архангельской области (АО) была меньше в среднем на 2,9%, то в дальнейшем этот разрыв увеличился до 7,0% (Рисунок 17).

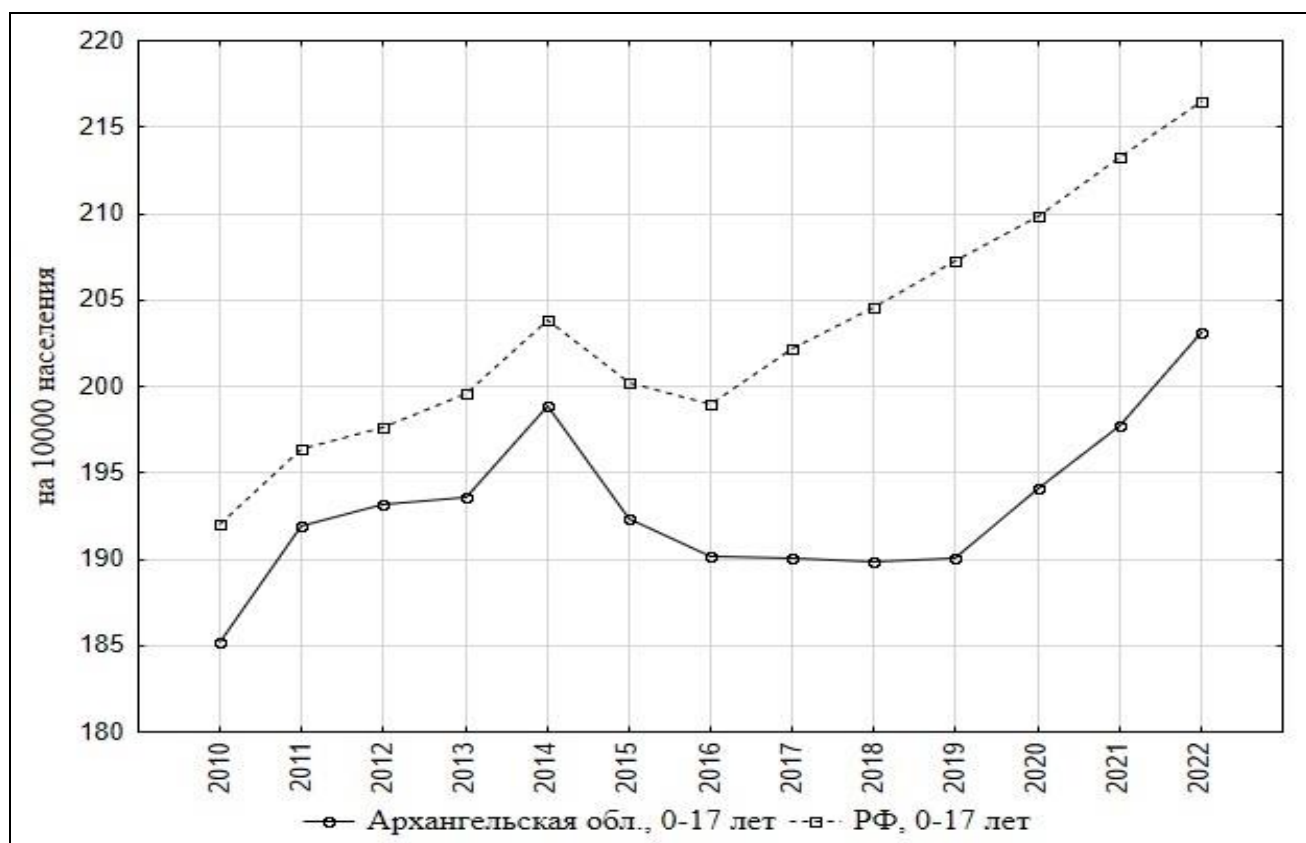


Рисунок 17 - Динамика показателей общей инвалидности детей 0-17 лет в Архангельской области и РФ, стандартизованные коэффициенты на 10000 населения

Доля детей-инвалидов в общей численности инвалидов, зарегистрированных в регионе, была в среднем 5,13%, что статистически значимо выше показателя по СЗФО 3,94% ( $F=0,000$ ,  $X^2 = 306,09$ ) и значимо меньше, чем в целом в РФ 5,78% ( $F=0,000$ ,  $X^2 = 70,24$ ).

### 5.1. Инвалидность детей вследствие психических расстройств: динамика и структура

В формах статистического наблюдения №19 «Сведения о детях-инвалидах» отсутствует выделение показателей впервые выявленных случаев, поэтому рассматривается общий уровень инвалидности детей по психическим расстройствам.

В Архангельской области, так же, как и в целом по стране за последнее десятилетие наблюдался рост показателей инвалидности вследствие психических расстройств (Рисунок 18).

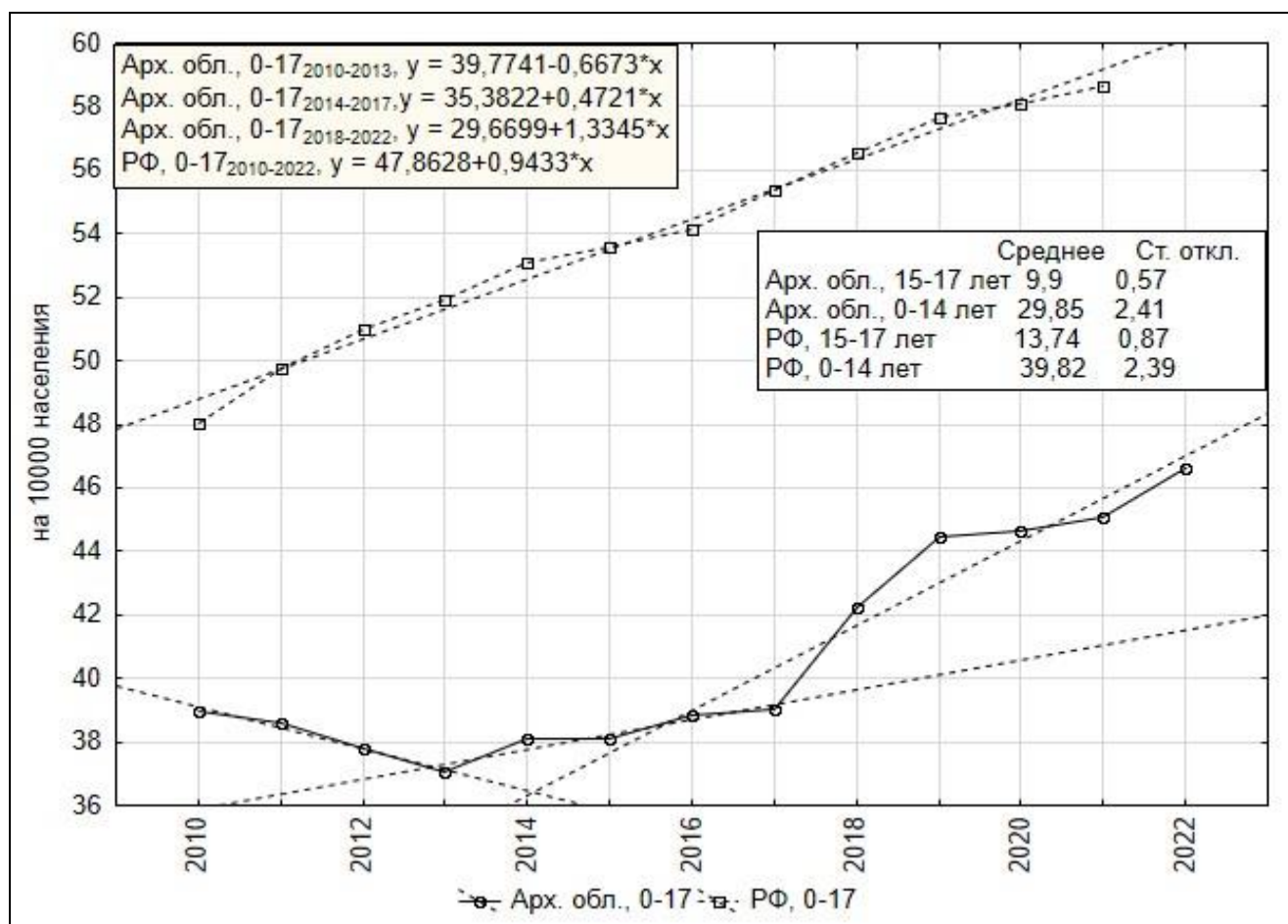


Рисунок 18 - Динамика стандартизованных показателей общей инвалидности вследствие психических расстройств детей в возрасте 0-17 лет в Архангельской области и Российской Федерации, на 10000 населения

Базовый темп прироста в РФ составил 25,3%, в АО – 19,6%. При этом, уровень общей детской инвалидности в АО был ниже, чем в РФ, в среднем на 25,2 ( $\pm 3,45$ )%. Графический анализ позволяет предположить, что на фоне общей поступательно-нарастающей тенденции, в отличие от общероссийских показателей, в Архангельской области наблюдалось несколько локальных трендов: понижение в 2010-2013гг, рост в 2014-2017гг. и его ускорение в 2018-2022гг. при меньшей дисперсии показателей в основных возрастных группах. В 2013 году, по-видимому, произошла смена тенденции в динамике показателя общей детской инвалидности вследствие психических расстройств. Данное предположение было проверено, прежде всего, в части доказательства наличия разной направленности динамики показателей до и после 2013 года. Для этого прибегли к проверке структурной стабильности ряда критерием Чоу. Как видно из



Таблицы 9 параметры модели структурно не стабильны (вероятность  $F(2,7) > 0,05$ ), что содержательно означает верность нашего предположения – в 2013 году произошла смена направленности динамики показателей. Данный разворот тенденции мог быть связан с влиянием внешних факторов – особенностями работы бюро МСЭ, изменениями в рентных установках родителей и т.п.

Таблица 9 - Показатели статистики критерия Чоу на структурную стабильность рядов общей инвалидности с точкой разрыва 2013 год

<b>Архангельская область, 0-17 лет</b>			
F-статистика	10,04245	Вероятность F(2,7)	0,0088
Логарифмическое отношение правдоподобия	14,88373	Вероятность Хи-квадрат	0,0006
Статистика Вальда	820,08491	Вероятность Хи-квадрат	0,0000

Динамические тенденции инвалидности по психическим расстройствам группы 0 - 14 лет соответствовали эволюциям общей инвалидности вследствие психических расстройств. Несмотря на кажущийся большой по волатильности динамический рисунок инвалидности 15-17 лет таковым не является, поскольку дисперсия показателей в этом ряду наименьшая и в действительности также повторяет общую динамику инвалидности. Единственным отличием является резкое понижение показателя в 2020-м году (на 9,9%), в то время как остальные возрастные группы продемонстрировали рост (Рисунок 19). Проверка ряда методом Ирвина показала, что в 2020 году уровень носит характер выброса ( $\lambda_{2020} = 1,885$  при  $\lambda_{кр} = 1,3$  для  $n=13$ ).

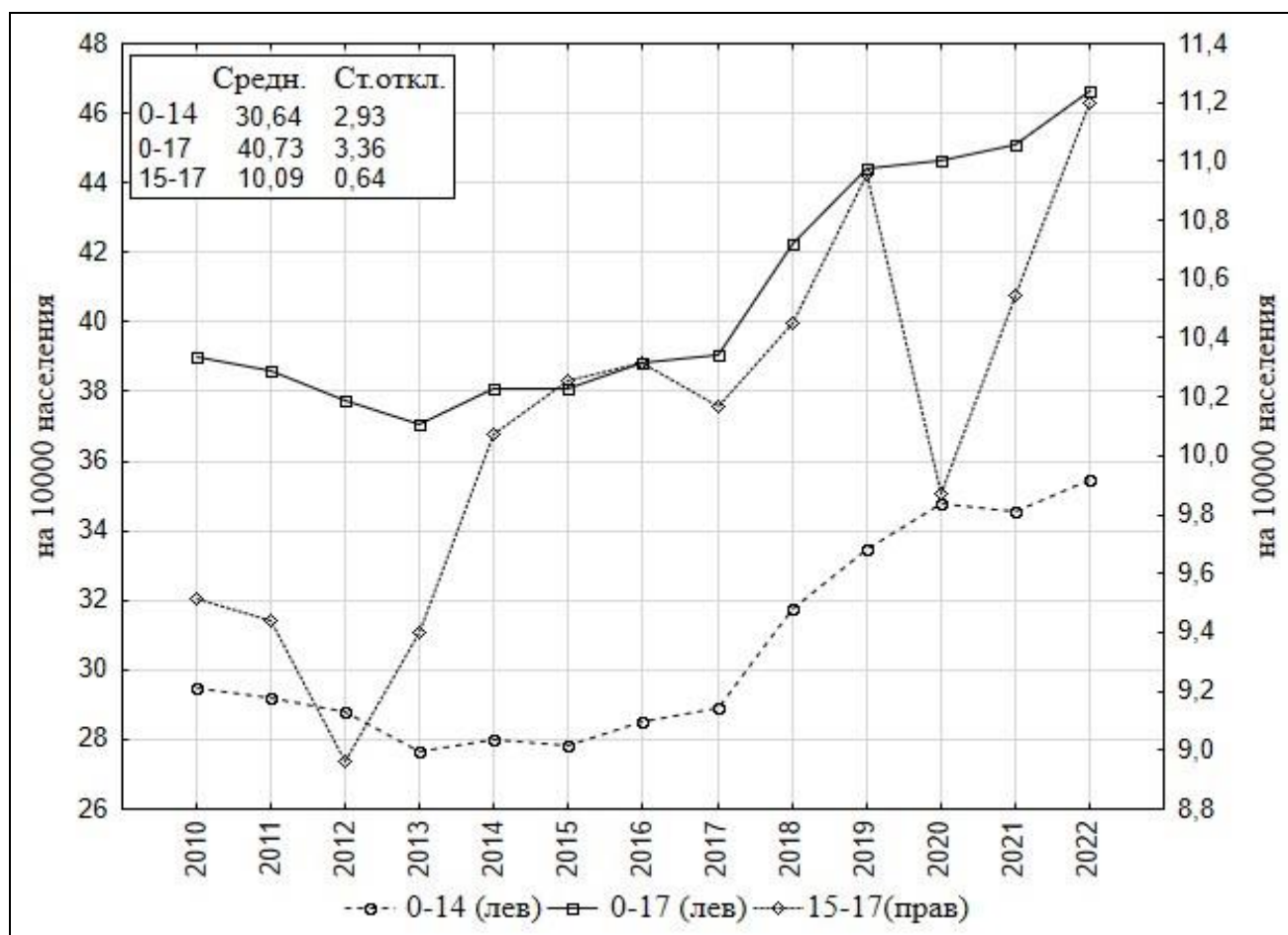


Рисунок 19 - Повозрастная динамика инвалидности вследствие психических расстройств и расстройств поведения, Архангельская область, 0-14, 15-17 лет, стандартизованные коэффициенты на 10000 населения

*Примечание:* L – левая ось ординат, 0-14, 017 лет, R – правая ось ординат, 15-17 лет.

В целом, представленность психических расстройств и расстройств поведения была различна в основных возрастных группах детей-инвалидов (Рисунок 20).

Максимальный уровень инвалидности наблюдался в группе 10-14 лет, как в начале рассматриваемого временного периода, так и в конце его. Следует отметить, что уровень инвалидности во всех возрастных группах был выше в 2018-2022, чем в 2010-2014гг.

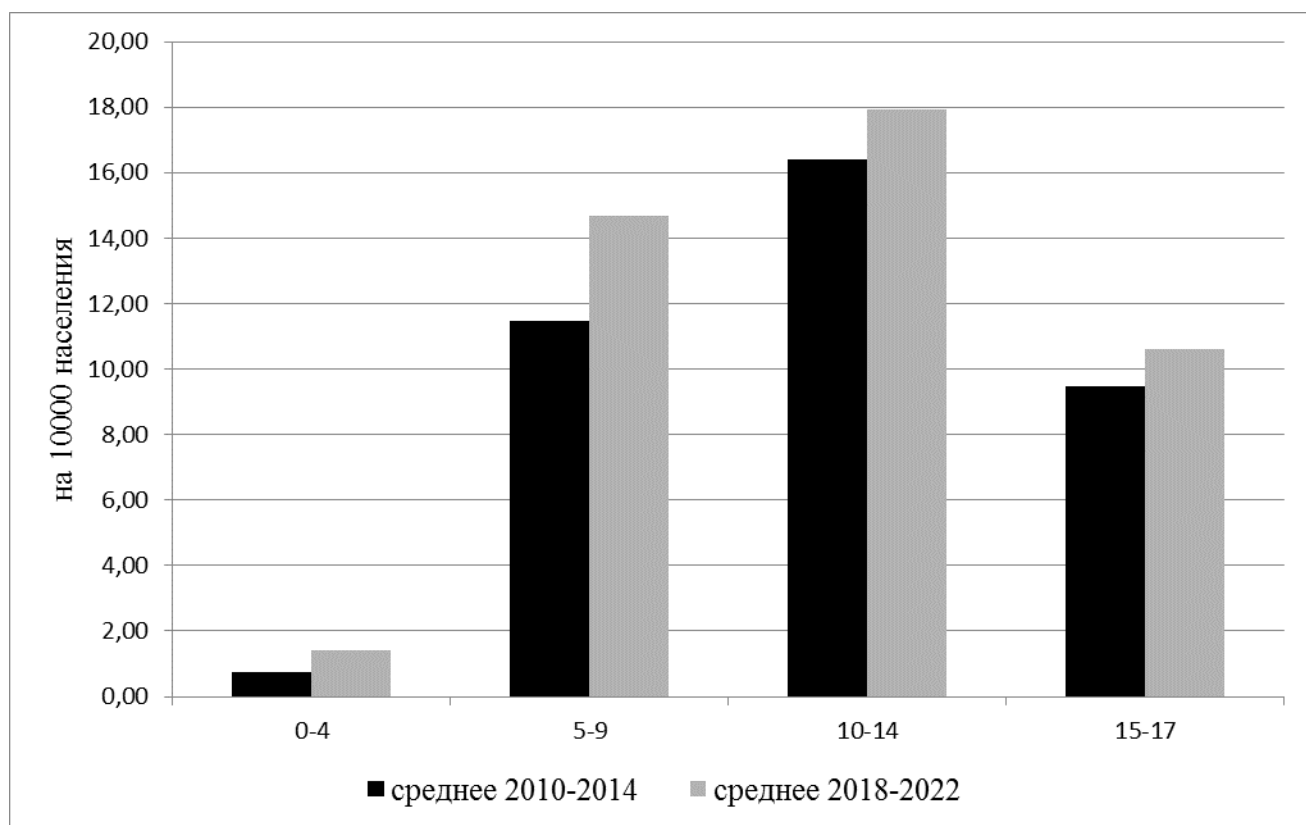


Рисунок 20 - Повозрастное распределение инвалидности вследствие психических расстройств, Архангельская область, стандартизованные коэффициенты на 10000 населения

Динамический вклад отдельных возрастных групп в общую динамику инвалидности вследствие психических расстройств оценили индексным методом. Как видно, наибольший вклад в динамику общего уровня инвалидности по данному классу заболеваний внесли возрастные группы 5-9 и 10-14 лет (Таблица 10).

Таблица 10 - Структурно-динамический вклад отдельных возрастных групп и нозологий в общую динамику инвалидности вследствие психических расстройств, %

Период	Возрастная группа				
	0-4	5-9	10-14	15-17	0-17
2010-2022	1,0	8,2	6,1	4,3	19,6
	Нозологическая группа				Всего
	Умственная отсталость	Прочие психические рас-ва			
2010-2022	-24,2	43,8			19,6

При исследовании динамического вклада отдельных нозологических групп в общую динамику инвалидности вследствие психических расстройств оказалось, что в целом, уровень её увеличился на 19,6%, при этом за счет т.н. «прочих психических расстройств» рост был большим (на 43,8%), однако он был приуменьшен за счёт снижения инвалидности по умственной отсталости на 24,2%.

Таким образом, в Архангельской области, так же, как и в целом по стране за последнее десятилетие наблюдался рост показателей инвалидности вследствие психических расстройств. Ведущей нозологической группой, ответственной за десятилетний рост инвалидности в детских возрастных группах, является группа «прочих психических расстройств», наибольший вклад в динамику общего уровня инвалидности по данному классу заболеваний внесли возрастные группы 5-9 и 10-14 лет.

## **5.2. Связь инвалидности и заболеваемости детей вследствие психических расстройств**

Уровень детской инвалидности вследствие психических расстройств, может детерминироваться прямыми (уровнем заболеваемости) и косвенными факторами (ресурсами и деятельностью здравоохранения) [92, 23, 31, 28, 48, 54, 55, 104,106]. Статистические показатели о детской инвалидности в РФ разрабатываются Министерством здравоохранения, Министерством труда, занятости и социальной защиты, Федеральной службой государственной статистики, Пенсионным фондом Российской Федерации и представлены в различных формах статистической отчетности и базах данных: Единой межведомственной информационно-статистической системе (ЕМИСС), Федеральном реестре инвалидов, ведомственных базах данных. В результате отсутствует единая система регистрации инвалидов, на основании которой можно было бы сформировать полную картину динамики и структуры детской инвалидности [87]. В связи с этим возможен недостаточный уровень регистрации числа инвалидов в рамках разработки статистической информации различными ведомствами и искажение анализа ее детерминированности. Учитывая это обстоятельство, изучили

взаимосвязи уровня детской инвалидности за период 2010-2022, представленной в форме статистического наблюдения №19 «Сведения о детях-инвалидах». Выбор данного источника обусловлен наличием в нем разделения регистрируемых лиц по традиционным пятилетним интервалам, что дало возможность провести стандартизацию по возрасту прямым методом.

Оценили взаимосвязи во времени между показателями, характеризующими уровень инвалидности по психическим расстройствам, т.е. зависимыми переменными (стандартизованные показатели общей инвалидности в группе 0-17 лет) и уровнем стандартизованных показателей общей заболеваемости по психическим расстройствам в данной возрастной группе (Тип модели 0.1.0,  $R^2 = 0,334$ , Оценка = 0,025,  $p = 0,134$ ). В паре общей инвалидности и общей заболеваемости статистической связи выявлено не было.

Таким образом, уровень стандартизованных показателей общей инвалидности детей в возрасте 0-17 лет не имеет статистически значимой связи с уровнем общей заболеваемости психическими расстройствами в данной возрастной группе.

## ГЛАВА VI. РЕСУРСНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ СИСТЕМЫ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

### 6.1. Кадровая обеспеченность и укомплектованность системы оказания психиатрической помощи детям в Архангельской области

Период 2010-2022 в регионе охарактеризовался снижением общей обеспеченности врачебными кадрами (Рисунок 21). В среднем (2010-2022), обеспеченность врачами всех специальностей составила 40,6, врачами-психиатрами 0,92, врачами-психиатрами, оказывающими помощь в амбулаторных условиях 0,24 на 10000 населения. Сравнение с обеспеченностью врачами-психиатрами в целом по стране и Северо-западным федеральным округом (СЗФО) в изучаемый период выявило: в среднем, обеспеченность врачами-психиатрами в АО была выше, чем в целом по стране на 10,0% (0,92/10000 против 0,84/10000), и ниже на 18,3%, чем в СЗФО (0,96/10000 против 1,13/10000).

В 2022 по сравнению с 2011 обеспеченность врачами-психиатрами уменьшилась на 0,42/10000 или на 38,4%. В среднем обеспеченность населения психиатрами с каждым периодом сокращалась на 2,5%. Иная картина наблюдалась в обеспеченности населения врачами-психиатрами, оказывающими помощь в амбулаторных условиях. С 2010 года уровень обеспеченности ими увеличивался. В 2022 по сравнению с 2010 обеспеченность ими увеличилась на 0,10 на 10000 населения или на 126,0%. В среднем обеспеченность врачами – психиатрами, оказывающими помощь в амбулаторных условиях, с каждым годом увеличивалась на 7,5%.

Графически можно предположить наличие восходящего тренда в динамике обеспеченности врачами-психиатрами, оказывающими помощь в амбулаторных условиях (Рисунок 21). Для выявления тренда построили автокорреляционную функцию на первом лаге (первого порядка). Для показателей общей обеспеченности врачами-психиатрами получили  $r_{2011-2022,t,t-1} = 0,465$ ,  $t = 1,56$ ,  $t_{крит} = 2,969$ ,  $p \geq 0,05$  (связь умеренная и прямая), в данном ряду динамики тенденции не наблюдается ( $r_{t,t-1} = 0,465 \rightarrow 0$ ). Для показателей обеспеченности врачами-психиатрами, оказывающими помощь в амбулаторных условиях, получили  $r_{2011-$

$2022, t, t-1 = 0,821$ ,  $t = 4,75$ ,  $t_{\text{крит}} = 2,969$ ,  $p \leq 0,05$  (связь высокая и прямая), в данном ряду динамики наблюдается тенденция ( $r_{t, t-1} = 0,821 \rightarrow 0$ ).

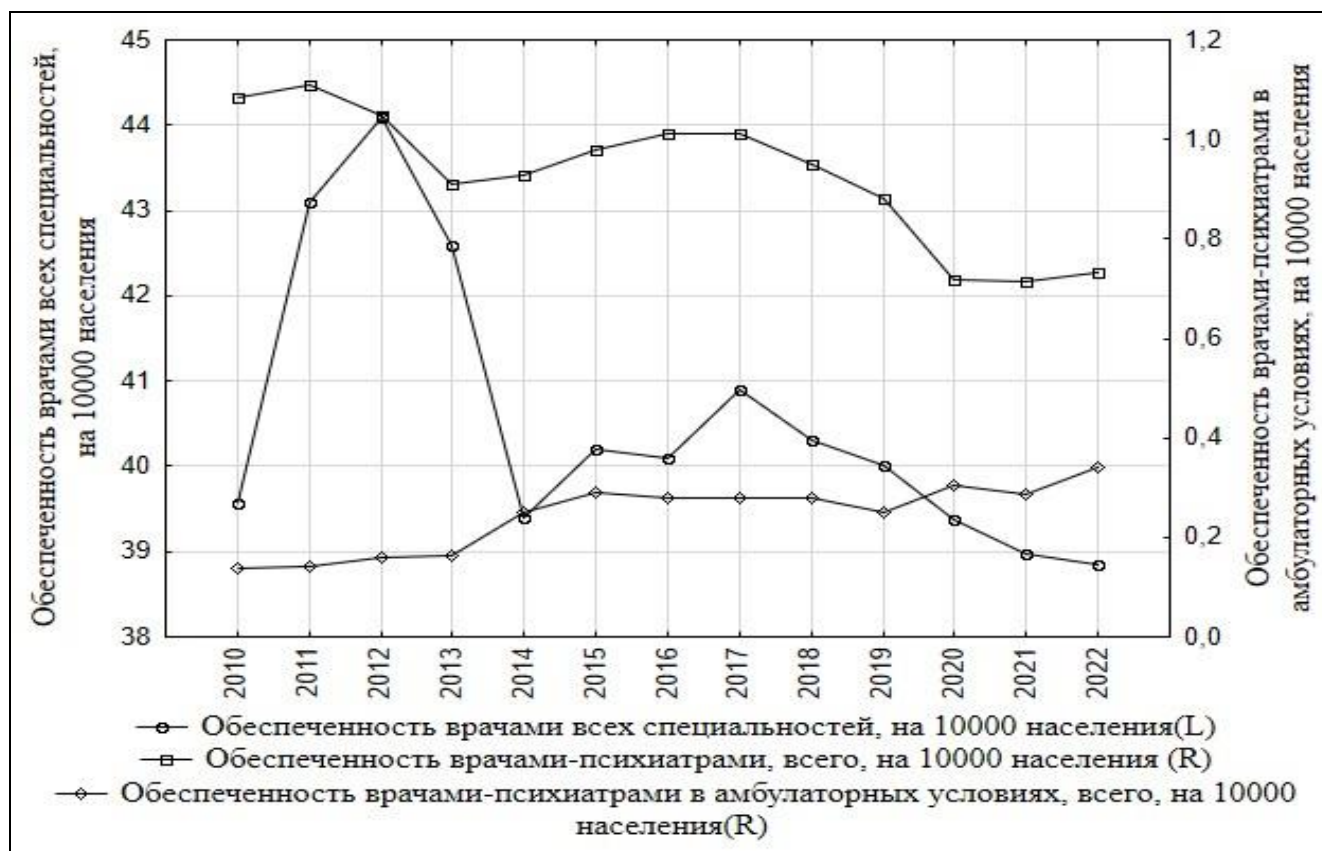


Рисунок 21 - Динамика обеспеченности врачами всех специальностей и врачами - психиатрами, Архангельская область без НАО, 2010-2022гг, на 10000 населения

Таким образом, на фоне снижения общей обеспеченности врачами-психиатрами наблюдалось увеличение обеспеченности врачами- психиатрами, оказывающими помощь в амбулаторных условиях.

Обеспеченность всеми детскими врачами-психиатрами в регионе в период 2014-2022 (период доступных нам данных) составила 0,5/10000 населения и была равна обеспеченности ими в среднем по РФ (0,5/10000) и ниже, чем по СЗФО (0,78/10000). Обеспеченность детскими врачами-психиатрами, оказывающими помощь в амбулаторных условиях, в среднем составила 0,39/10000 населения соответствующего возраста, что выше, чем в целом по стране (0,27/10000) и СЗФО (0,37/10000). Динамика обеспеченности детскими врачами-психиатрами состояла из двух выраженных периодов – снижения до 2013 и последующего роста (Рисунок 22). Обеспеченность всеми детскими психиатрами с каждым

годом сокращалась на 1,4%. Обеспеченность детскими врачами-психиатрами, оказывающими помощь в амбулаторных условиях, за анализируемый период составила 0,39/10000. Обеспеченность детскими врачами-психиатрами, оказывающими помощь в амбулаторных условиях, с каждым годом увеличивалась на 1,4%. Обеспеченность детскими врачами-психиатрами, оказывающими помощь в стационарных условиях, за анализируемый период составила 0,10/10000. Обеспеченность этими врачами с каждым годом сокращалась на 9,5%. В период наибольшего снижения с 2010 по 2014 год общая обеспеченность детскими врачами- психиатрами сократилась на 34,2%, врачами, оказывающими помощь в амбулаторных условиях – на 20,7%, врачами, оказывающими помощь в стационарных условиях - на 58,5%. В дальнейшем, отметившийся рост компенсировал снижение общей обеспеченности врачами, а обеспеченность детскими врачами-психиатрами, оказывающими помощь в амбулаторных условиях, стала выше на 18,4% в сравнении с базисным периодом.

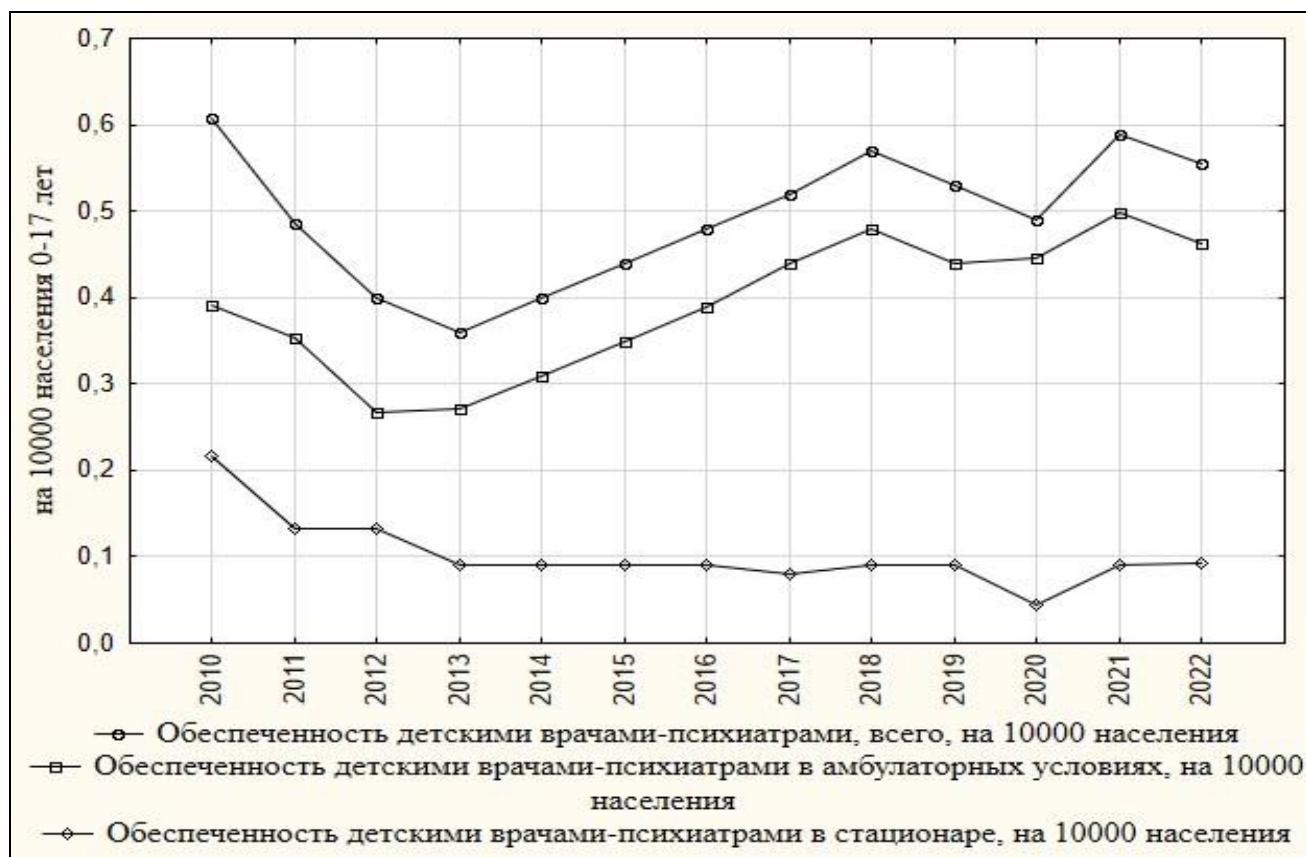


Рисунок 22 - Динамика обеспеченности детскими врачами-психиатрами, Архангельская область без НАО, 2010-2019, на 10000 соответствующего населения



Описанные данных динамических рисунков позволяет нам выдвинуть предположение о ведущей роли обеспеченности врачами, оказывающими помощь в амбулаторных условиях, что подтверждается расчётом вклада этих показателей в общую динамику обеспеченности индексным методом. За исследуемый период общая обеспеченность детскими врачами-психиатрами уменьшилась на 8,7%. Это снижение было обеспечено снижением обеспеченности врачами, оказывающими помощь в стационарных условиях на 20,5%, однако, данное снижение было приуменьшено за счёт роста обеспеченности врачами-психиатрами, оказывающими помощь в амбулаторных условиях на 11,8%.

Таким образом, нами показана ведущая роль обеспеченности врачами-психиатрами, оказывающими помощь в амбулаторных условиях в сдерживании отрицательной динамики изменения общей обеспеченности детскими врачами-психиатрами.

Отдельный анализ обеспеченности и укомплектованности детскими психиатрами, оказывающим помощь детям в возрасте 15-17 лет, затруднителен по следующим причинам: в период 2012 по 2017 год в регионе отсутствовали физические лица – врачи, занимающиеся медицинской помощью детям в возрасте 15-17 лет, а в остальные годы из рассматриваемого нами периода это был один, максимум два врача. Потребность в подростковых врачах отчасти компенсировалась за счёт внутреннего совместительства. В силу этих обстоятельств мы далее станем рассматривать показатели укомплектованности в целом. Общая динамика укомплектованности врачебными кадрами системы оказания психиатрической помощи детям состояла из двух периодов – снижения к 2014, 2015 году и последующего роста. В целом, общий паттерн динамики укомплектованности можно охарактеризовать как снижение с последующим восстановительным ростом, так как уровень не вернулся к изначальному. Наиболее выраженная динамика выявлялась в укомплектованности штатных должностей физическими лицами врачами, оказывающими помощь в амбулаторных условиях. В среднем, укомплектованность всей системы оказания психиатрической помощи детям на всем периоде наблюдения составляла 82,1%,

минимальное значение наблюдалось в 2014 году – 73,8%. Укомплектованность штатных должностей врачами, оказывающими помощь в амбулаторных условиях в среднем, была выше, чем общая укомплектованность и составила 90,5%, минимальный уровень наблюдался в 2015 году и составил 78,8%. Средний уровень укомплектованности штатными должностями врачей, оказывающих помощь в условиях стационара, был самым низким – 56,4%, минимальное значение наблюдалось в 2015 году – 0,0%. Укомплектованность физическими лицами на занятых должностях была в среднем на 18,2% меньше, чем укомплектованность штатными должностями, что приводило к повышению показателя совместительства. Расчёты индексным методом подтверждают главенствующую роль занятости штатных должностей детскими врачами-психиатрами, оказывающими помощь в амбулаторных условиях, в восстановительном росте 2014-2022гг, в то время как снижение занятости в период 2010-2014, приведшее к падению общей укомплектованности, было обеспечено снижением занятости штатных должностей детских врачей-психиатров, оказывающих помощь в стационарных условиях (таблица 11).

Таблица 11 - Динамический вклад занятости детскими врачами психиатрами, %

<b>Период</b>	<b>Общая занятость</b>	<b>Занятость должностей детскими врачами-психиатрами в амбулаторных условиях</b>	<b>Занятость должностей детскими врачами-психиатрами в условиях стационара</b>
2010-2014	-28,6	-9,5	-19,05
2014-2022	+17,8	+17,8	0,0

Таким образом, на всём периоде анализа отмечалась недостаточная укомплектованность врачебными кадрами, достигшая максимума к середине рассматриваемого периода. При этом, снижение укомплектованности было преимущественно обеспечено снижением занятости врачебных должностей в условиях стационара, в то время как последующий восстановительный рост – ростом занятости врачебных должностей в амбулаторных условиях. Укомплектованность врачебными кадрами при оказании помощи в условиях стационара ниже, чем укомплектованность врачебными кадрами при оказании

психиатрической помощи детям в амбулаторных условиях. Динамика как в целом показателя совместительства, так и в частности в амбулаторных и в стационарных условиях, имела два периода - роста с максимумом в 2013, 2014 году и последующего достаточно плавного снижения (Рисунок 23). В целом, подъем уровня совместительства составил 33,3%, для врачей, оказывающих помощь в амбулаторных условиях 104,2%, для врачей, работающих в условиях стационара 50,0%. Дальнейшее понижение общего уровня совместительства составило 26,4%, в среде врачей, оказывающих помощь в амбулаторных условиях 28,0%, в стационаре - 15,4%. В среднем, уровень совместительства для всех врачебных должностей для периода 2010-2022 составил 1,21, для врачей, оказывающих помощь в амбулаторных условиях 1,20, для врачей, оказывающих помощь в условиях стационара (за исключением 2010 и 2016 года, когда, согласно форме №30, в регионе отсутствовали физические лица и должности) – 1,29. Таким образом, практически на всем анализируемом периоде уровень совместительства был выше 1,0, при этом, уровень совместительства был наиболее высок в части врачей, оказывающих помощь в условиях стационара.



Рисунок 23 - Динамика коэффициента совместительства, система оказания психиатрической помощи детям, Архангельская области без НАО, 2010-2019, в долях единицы (коэффициент)

Отношения средней численности детского населения и численности детских врачей-психиатров (далее - врачей) графически имели два периода: противофазного движения в 2010-2013гг и синхронизма 2014-2022 (Рисунок 24).

Расчёт коэффициента опережения продемонстрировал превышение изменения темпов средней численности населения детей в возрасте 0-17 лет над изменением темпов численности врачей в первый период и обратную картину – во второй (за исключением показателей 2019 года). Содержательно это означает, изменение численности врачей является следствием изменения численности обслуживаемого населения, что, по-видимому, связано с замедленным реагированием системы здравоохранения на изменяющуюся медико-демографическую обстановку.

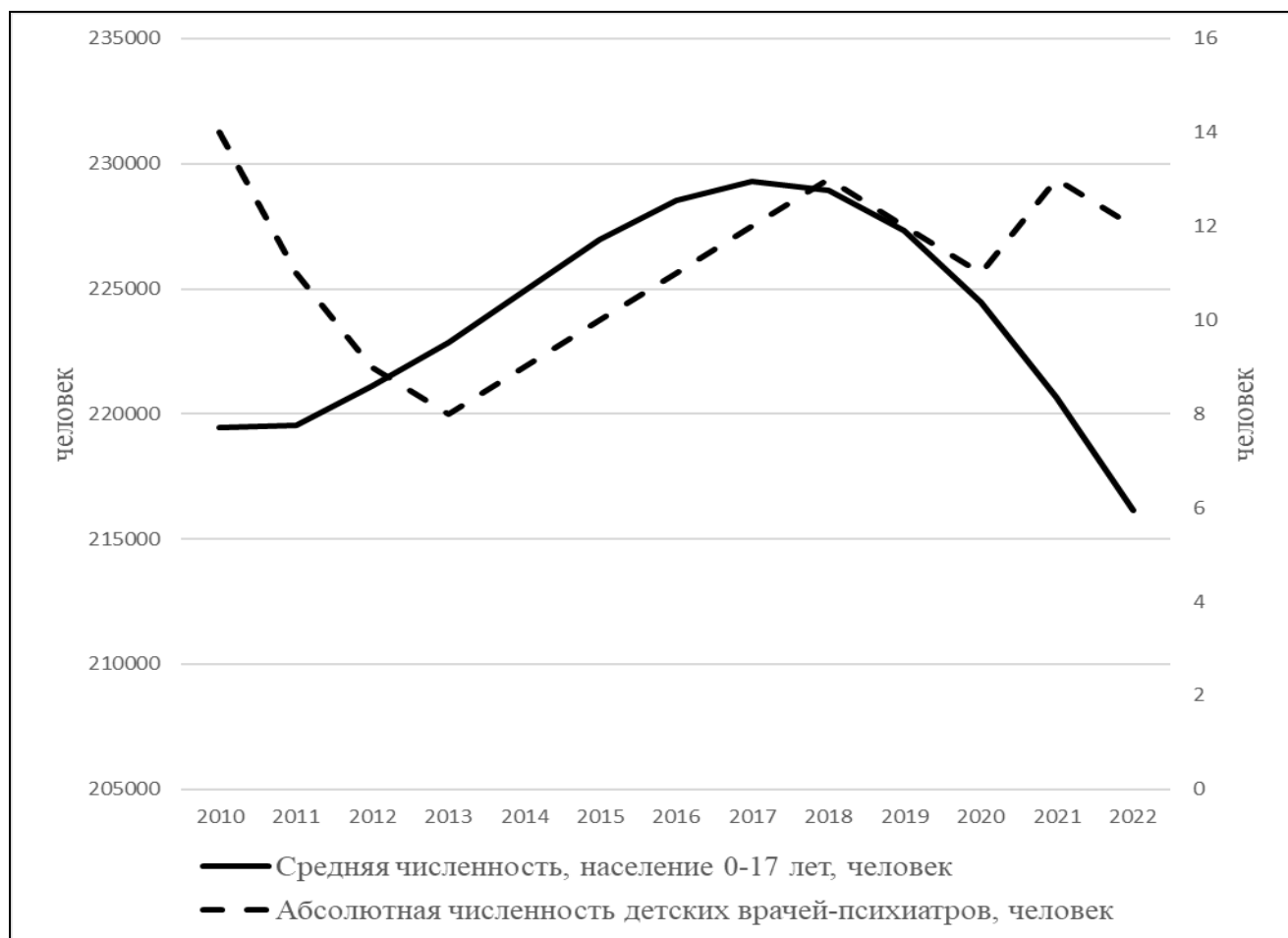


Рисунок 24 - Динамика средней численности населения 0-17 лет и численности детских врачей-психиатров, Архангельская область без НАО, 2010-2022, человек

Реагирование системы здравоохранения, в свою очередь, может идти двумя основными путями: через наращивание численности врачей и через изменения

укомплектованности штатных должностей. Для установления этих детерминант, рассчитали коэффициенты опережения между уровнями совместительства, абсолютного числа врачей и численности детского населения.

Позиция системы здравоохранения, связанная с запаздывающим реагированием, реализовывалась двумя механизмами: на первом этапе – роста численности детского населения (до 2014 года) наращивание врачебного потенциала, на фоне падения числа врачей, шло за счёт повышения уровня совместительства, на втором этапе, когда коэффициент совместительства достиг локального исторического максимума (1,5), включился второй механизм – увеличение абсолютной численности врачей начиная с 2018 года наблюдается снижение абсолютной численности врачей (Рисунок 25).

Для подтверждения связи между совместительством и обеспеченностью врачами построили кросскорреляционную функцию между остатками моделей АРПСС (ARIMA) динамических серий показателей. На нулевом лаге  $r = -0,751$ , ст. ошибка 0,316,  $p \leq 0,05$ . Интерпретация: уровень совместительства значимо высоко и обратно связан с уровнем обеспеченности кадрами. Содержательная интерпретация: уровень совместительства тем выше, чем ниже обеспеченность кадрами. При этом отсутствует временная задержка между изменениями этих показателей.

Показано: в случае если численность населения останется неизменной, показатель обеспеченности за период 2010-2022 уменьшится на 14,3%, то есть остается действовать только фактор числа врачей. В случае если число врачей останется неизменным, показатель обеспеченности за период 2010-2022 увеличится на 1,5%, то есть остаётся действовать только фактор численности населения. При фактических данных изменение показателя обеспеченности врачами составило 12,8% (Таблица 12).

Таким образом, содержательно показано, что для динамики изменения показателя обеспеченности врачами за период 2010-2022гг более важное значение имеет фактор изменения числа врачей, чем численности населения.

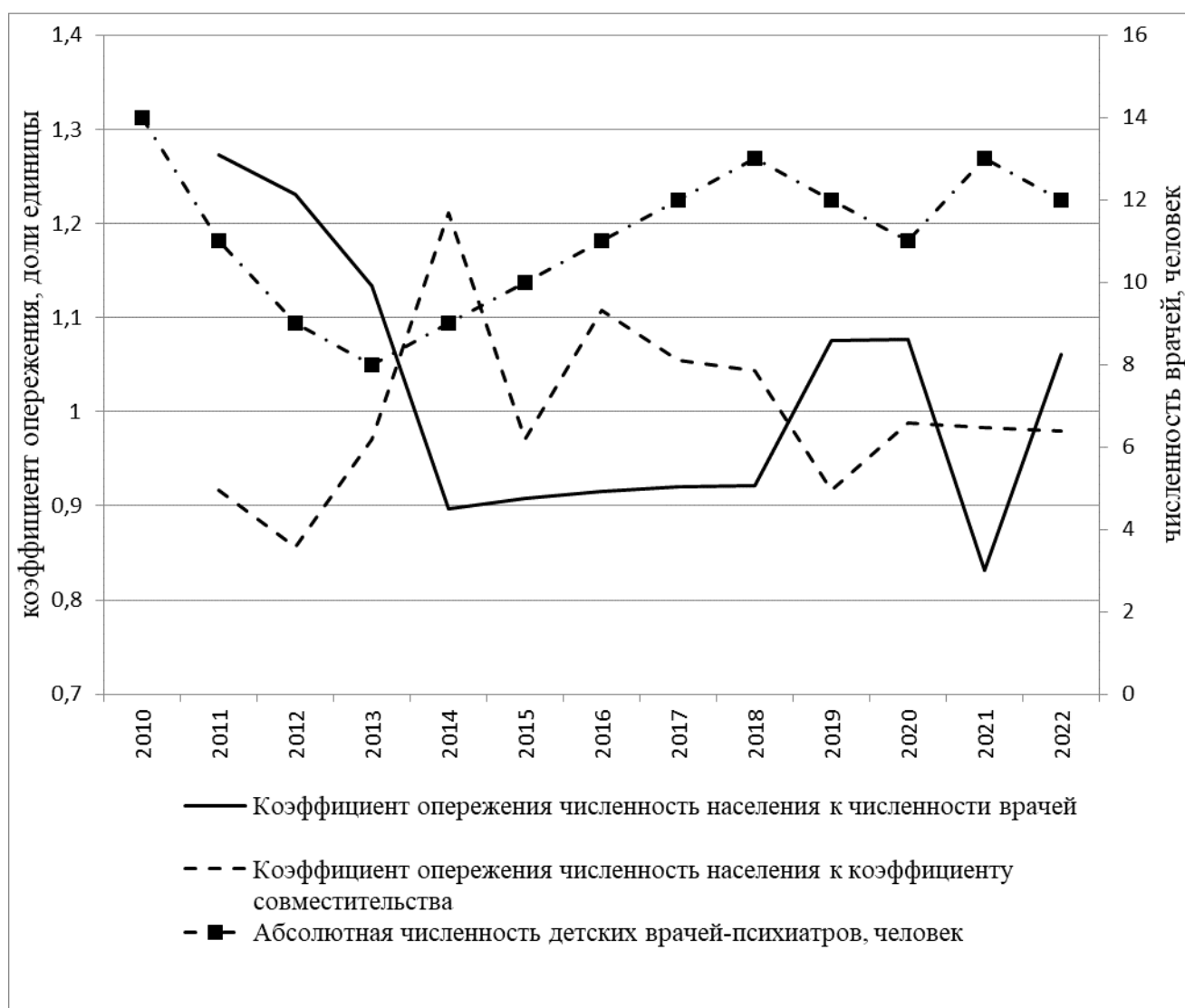


Рисунок 25 - Динамика опережающих коэффициентов и абсолютной численности врачей, Архангельская область без НАО, 2010-2022, доли единицы, человек

Таблица 12 - Изменение показателя обеспеченности детскими врачами-психиатрами в зависимости от изменения показателей численности населения и числа врачей, Архангельская область без НАО, %

Период	Изменение по фактическим показателям	Изменение при нивелировании	
		численности населения	числа врачей
2010-2022	-12,8	-14,3	+1,5
2010-2013	-43,7	-42,9	-1,5

Оценили возможную связь между числом должностей и фактическим числом врачей. Предположение: изменение численности фактического числа врачей имеет связь с изменением штатных должностей. В первом периоде до 2013 года, как показывает коэффициент опережения, скорость уменьшения штатных должностей была выше, чем скорость уменьшения числа врачей. Затем, поскольку

число штатных должностей стала иметь стабильную динамику без увеличения или уменьшения, а численность врачей возрастать, скорость изменения фактической численности врачебных кадров стала выше.

Для нахождения связи между числом штатных должностей и численностью врачей использовали кросскорреляционный анализ, не показавший значимой связи между изучаемыми параметрами ( $r = -0,271$ , ст. ошибка  $0,289$ ,  $p \geq 0,05$ ). Содержательный вывод: в период 2010-2022гг отсутствует связь между динамическим изменением числа штатных должностей и фактическим числом детских врачей - психиатров.

Резюмируя полученные нами данные, следует указать следующее: в целом, в регионе в указанный период времени обеспеченность врачами-психиатрами была выше, чем в среднем по стране. Однако в регионе сохраняется дефицит врачебных кадров в системе оказания психиатрической помощи детям. Ведущую роль для динамики общей обеспеченности детскими врачами-психиатрами региона играет обеспеченность врачами-психиатрами, оказывающими помощь в амбулаторных условиях. Нарращивание штатов не смогло компенсировать дефицит укомплектованности и физических лиц на врачебных должностях. Неукомплектованность врачебными кадрами в условиях стационара больше, чем неукомплектованность врачебными кадрами штатных должностей в амбулаторных условиях. Полученные нами результаты свидетельствуют о превалировании запаздывающего типа реагирования системы здравоохранения (реакция вслед за изменением) на изменение кадровой ситуации. Данный тип реагирования реализуется преимущественно через попытку устранения кадрового дефицита посредством увеличения совместительства, а не увеличения числа физических лиц врачей.

## **6.2 Анализ коечного фонда системы оказания психиатрической помощи детям**

### *Динамические характеристики показателей коечного фонда*

Отличительной чертой динамического развития коечного фонда за рассматриваемый временной период стало его уменьшение, как в абсолютном, так и в относительном выражении (Рисунок 26).

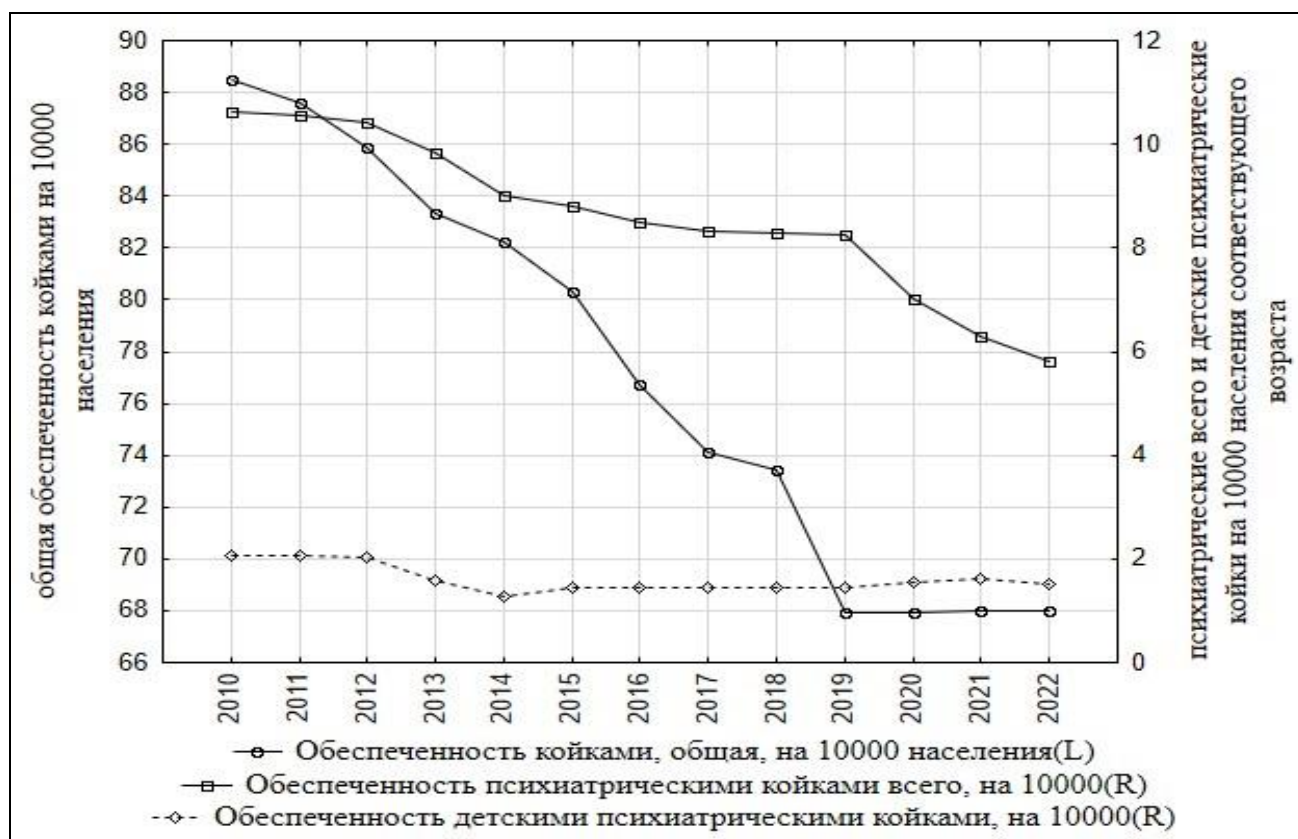


Рисунок 26 - Динамика обеспеченности койками, Архангельская область, 2010-2022, на 10000 соответствующего населения

При этом обеспеченность койками, как в целом, так и психиатрическими демонстрировала единую динамику поступательного уменьшения, отличающуюся незначительными флуктуациями. В 2022 году по сравнению с 2010 годом общая обеспеченность койками уменьшилось на 12,0 /10000 населения или на 13,6%, обеспеченность психиатрическими койками – на 4,8 / 10000 населения или на 45,5%. Данная разность в итоговом сокращении была обеспечена за счёт большей скорости сокращения обеспеченности психиатрическими койками в период 2015-2017гг, а также резкими ускорением этого процесса в 2019 году. После этих периодов резких сокращений уровень показателей обеспеченности всеми психиатрическими койками с 2019 по 2022 год уменьшалась, но с меньшими темпами.



Динамика обеспеченности психиатрическими койками для детей имела несколько иной рисунок. Горизонтальный тренд в период 2010-2012гг сменился резким двухлетним снижением (к 2014 году снижение составило 37,1%). Затем обеспеченность несколько увеличилась (на 12,8%) с последующей стабилизацией на этом уровне (переход в новый горизонтальный тренд). Этот вывод по графическому анализу подтверждается расчетом по методу Ирвина: в 2013 году выявляется аномальное значение ( $\lambda = 1,417$ ,  $\lambda_{кр} = 1,3p \leq 0,05$ , для  $n=13$ ). В целом, снижение обеспеченности детскими психиатрическими койками составило за 2010-2022гг 26,9%.

В силу разности динамик обеспеченности в целом коечного фонда системы психиатрической помощи и психиатрических коек для детей, представляет интерес их структурные отношения (Рисунок 27).

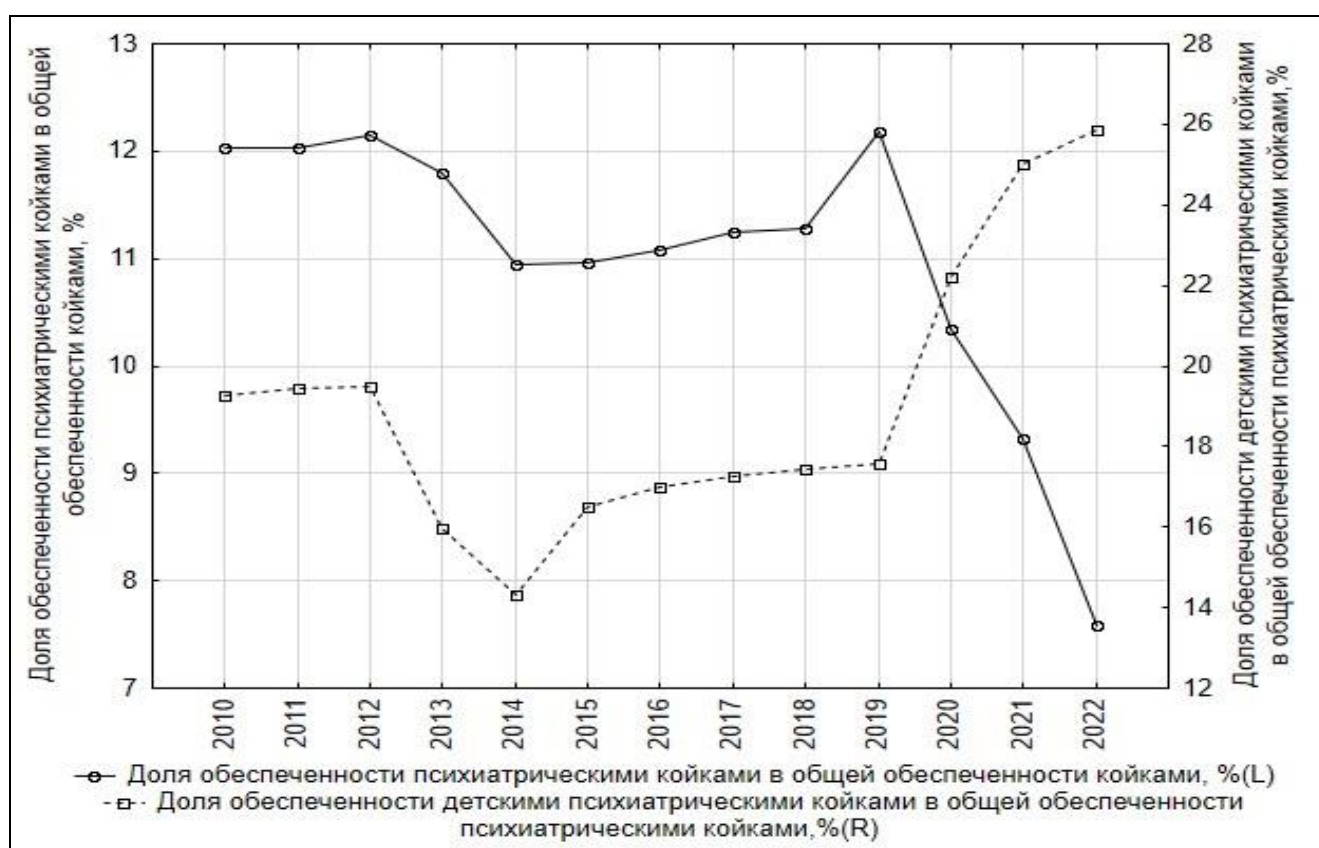


Рисунок 27 - Доля обеспеченности психиатрическими койками, Архангельская область, 2010-2022, %

Как видно, долевая представленность, как общей обеспеченности психиатрическими койками, так и обеспеченности психиатрическими койками

для детей, была конгруэнтна. Примечательно, что и здесь основным периодом резкого снижения показателей были 2013,2014 годы. Это обстоятельство, наряду с наблюдаемым в этот же период резким снижением обеспеченности психиатрическими койками для детей, может свидетельствовать о необоснованном одномоментном сокращении коечной мощности. Период 2020-2022 охарактеризовался ростом долевой представленности детских психиатрических коек в общей обеспеченности всеми психиатрическими койками и резким сокращением доли обеспеченности психиатрическими койками в общей обеспеченности всеми койками. Резкость изменения этих паттернов позволяет сделать предположение об их вынужденности и обусловленности перепрофилированием коечного фонда в период пандемии COVID-19.

Таким образом, динамика изменения обеспеченности психиатрическими койками для детей в регионе отличалась от динамики общей обеспеченности психиатрическими койками меньшим сокращением.

### ***Эффективность использования коечного фонда***

Динамика обеспеченности психиатрическими койками для детей находится в канве динамики общей коечной обеспеченности, снижаясь со временем. Это актуализирует необходимость изучения эффективности использования коечного фонда с целью изыскания внутренних резервов её повышения.

Анализ показателей работы коечного фонда системы оказания психиатрической помощи детям за период 2010-2022гг отдельно по койкам для детей 0-14 и 15-17 лет затруднен ввиду влияния организационных мер в рамках борьбы с пандемией COVID-19 и в силу реорганизации в 2021 году, когда было произведено объединение детских и подростковых коек. В связи с этим, анализ работы коечного фонда осуществлялся для детей в возрасте 0-17 лет.

Рисунок среднегодовой занятости детских психиатрических коек за 2010-2022г имел волнообразный вид с ростом к середине десятилетия и последующим спадом (Рисунок 28). При этом на пике повышения фактические показатели занятости койки были выше расчётных. В среднем за рассматриваемый период отмечалось меньшее, чем плановое значение занятости у психиатрических коек

для детей  $98,7 \pm 6,9\%$ . Обращает на себя внимание максимальное снижение занятости коек в 2021 году, что может быть связано с влиянием ограничительных мер в период пандемии COVID-19. В 2020 году отношение фактической к плановой занятости составило 100,4%, что было обеспечено резким снижением плана на 30,9% и ограничениями госпитализаций детей в связи с пандемией. В 2022 году показатели увеличились, что может свидетельствовать о восстановительном росте функционирования стационарной психиатрической помощи после пандемии.

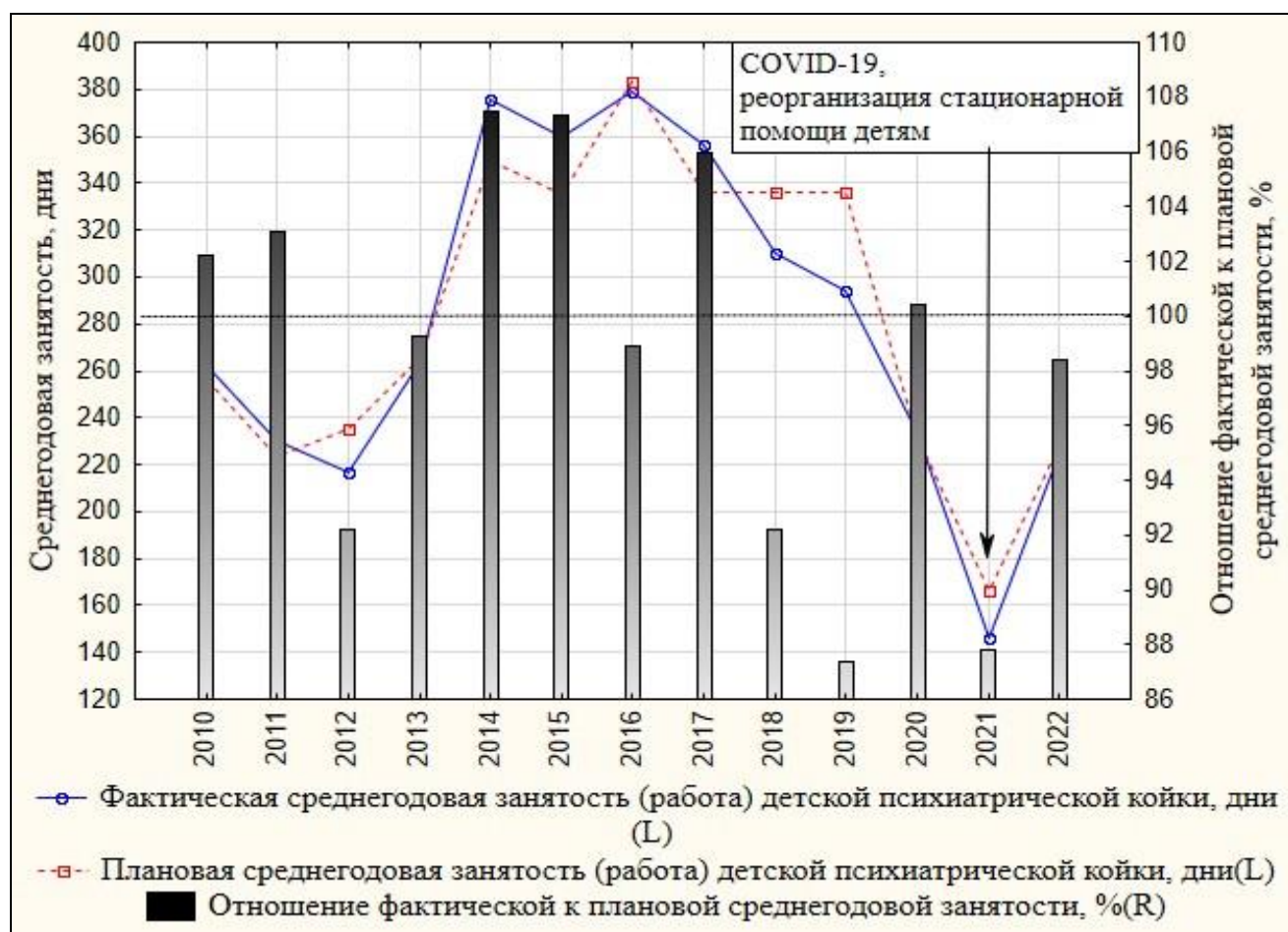


Рисунок 28 Среднегодовая занятость психиатрической койки для детей 0-17 лет Архангельская область без НАО, 2010-2022, дни, %

Анализ показывает рост фактического оборота психиатрических коек для детей. В целом, за период 2010-2022гг фактический оборот психиатрических коек для детей вырос на 65,6% (Рисунок 29). Наличие восходящей тенденции подтверждается значимой автокорреляции на первом лаге у динамического ряда показателей оборота психиатрических коек ( $r_{t,t-1} = 0,668$ ,  $t = 3,28$ ,  $t_{крит} = 2,752$ , при

$p \leq 0,05$ ). В среднем за весь период, отношение фактического оборота к плановому составило для психиатрических коек для детей в возрасте 0-17 лет  $78,9 \pm 18,2\%$ . Наименьшая разница между фактическим и плановым оборотом достигала в середине рассматриваемого периода – 2014-2017 гг.

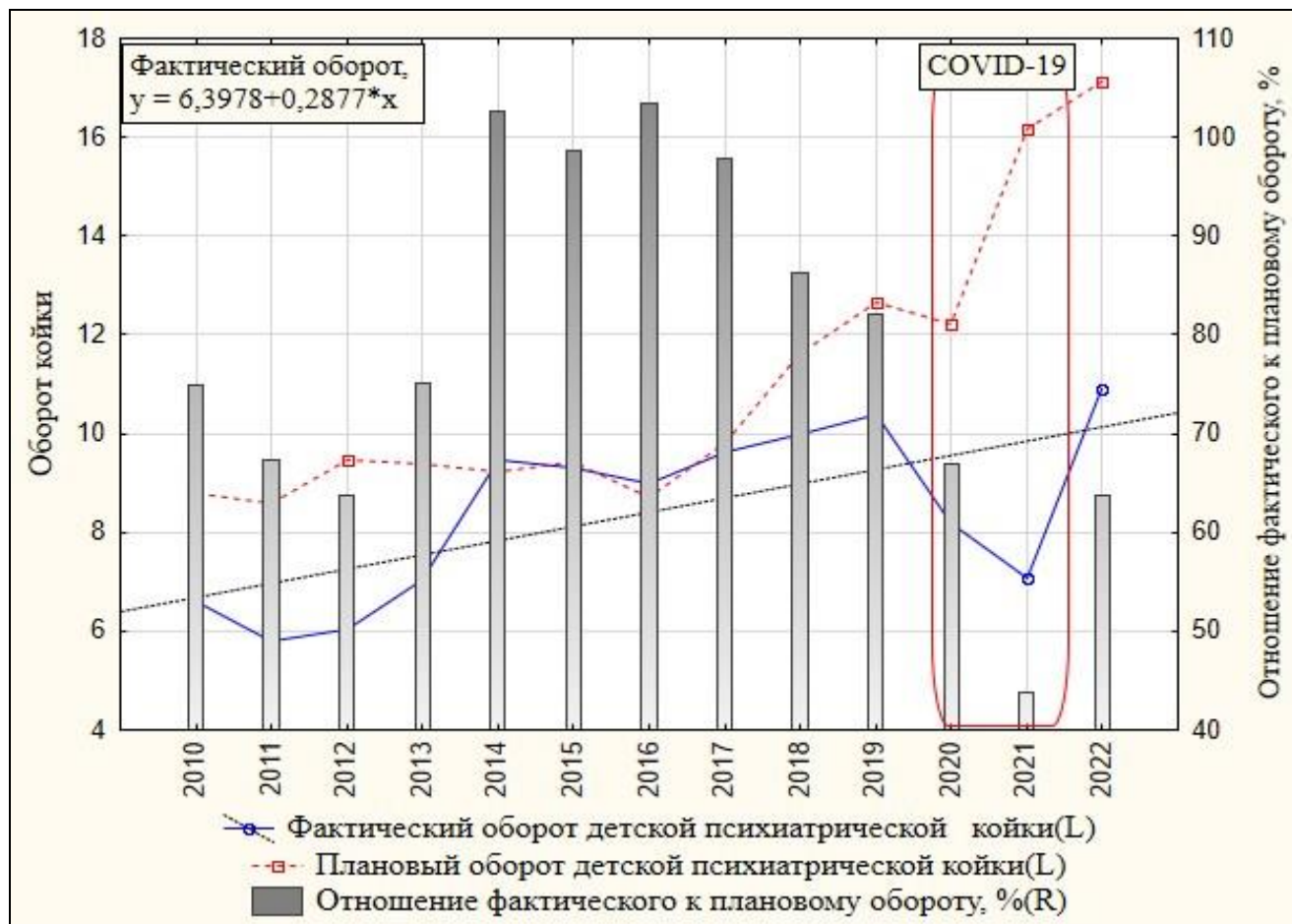


Рисунок 29 Динамика показателей оборота психиатрических койки для детей 0-17 лет, Архангельская область без НАО, 2010-2022 гг, дни, %

Таким образом, разница в фактическом и плановом оборотах койки для детей уменьшалась в первую половину рассматриваемого периода и нарастала во вторую на фоне общего роста фактического оборота. Поскольку непосредственное количество койки – фундаментальный показатель по отношению к рассматриваемым нами показателям работы койки фонда, представляет интерес анализ соотношения его фактического и планового значений. Общая динамика отношения фактического числа психиатрических койки для детей по отношению к расчетным значениям была идентична и представляла собой три периода сменяющихся подъемов и спадов (Рисунок 30).

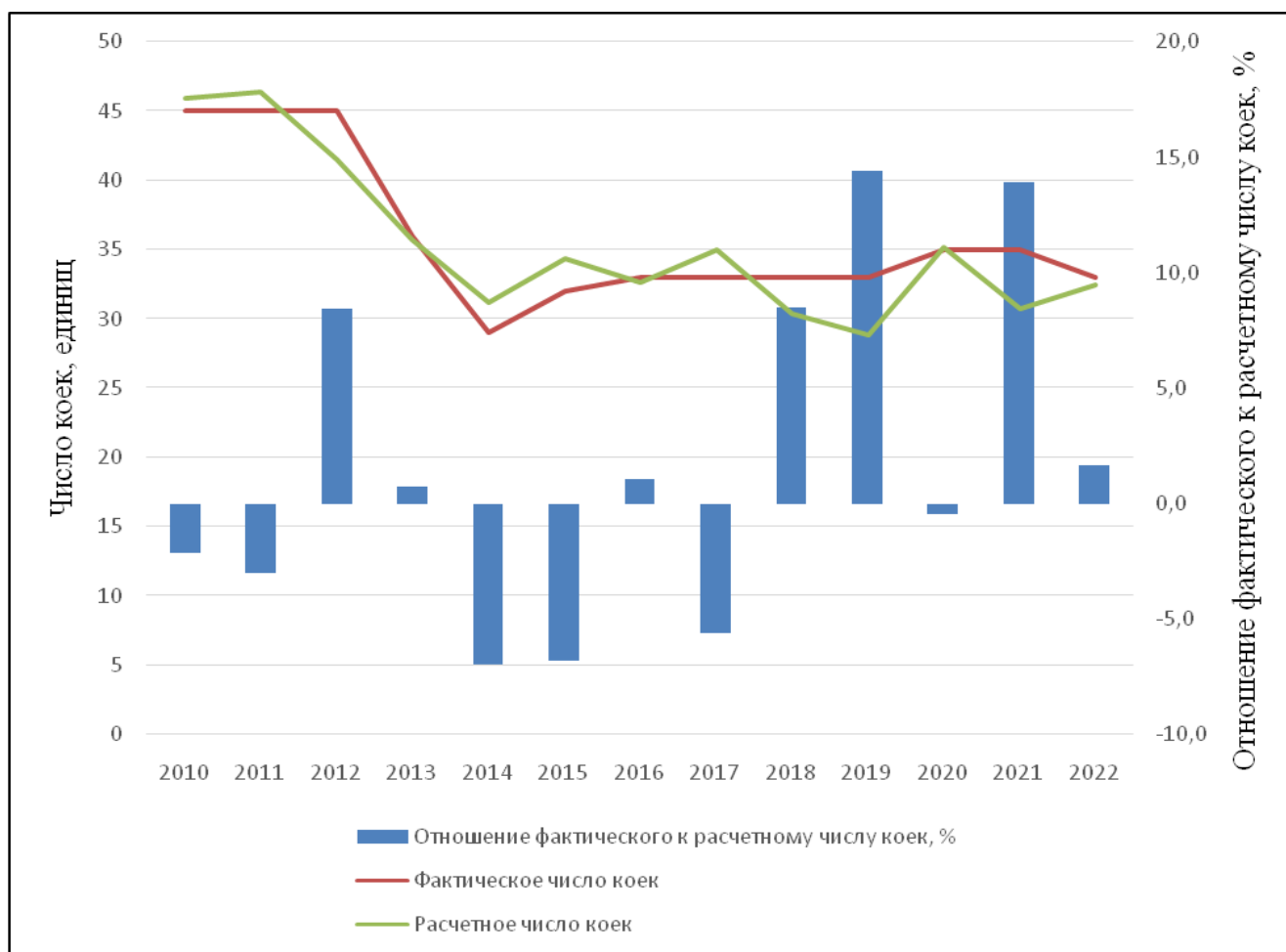


Рисунок 30 - Динамика показателей количества психиатрических коек для детей 0-17 лет, Архангельская область, 2010-2022, единица, %

За анализируемый период значение фактического числа коек к расчётному для детей 0-17 лет составила  $101,8 \pm 7,3\%$ . Период наименьших значений (2014-2017гг) имел средние значения  $95,8 \pm 4,6\%$ . В этот период отмечался дефицит коечного фонда. Динамика времени простоя койки демонстрировала максимальные значения в первой половине рассматриваемого периода, в период с 2014 по 2017 год простой был минимальным и в дальнейшем вновь стал увеличиваться. При этом средний простой за весь период детского сегмента коечного фонда составил  $11 \pm 7,7$  дней. Максимальный уровень простоя койки был выявлен в 2021 году (31 день), что могло быть связано с ограничительными мерами в период пандемии COVID-19. Поскольку базовым показателем, лежащим в основе в целом эксплуатации коечного фонда, является количество коек, следует предположить его наиважнейшее влияние на изучаемые нами здесь процессы. Мы установили, что в 2013-2014гг произошло резкое сокращение

кочного фонда, что неминуемо повлекло за собой изменение показателей, характеризующих его эксплуатацию. Изменение числа поступающих больных (уровень госпитализации) – второй фактор, который мог повлиять на улучшение показателей в середине исследуемого периода. Показатель недостаточности (избытка) коек, как для детей, так и для подростков, резко снизился в середине периода, что было связано с уменьшением количества коек. В этот же период отмечается некоторое повышение показателя уровня госпитализаций детей. Расчеты тестом Чоу показывают наличие структурных сдвигов после 2014 года в рядах показателей госпитализации детей, избытка (недостатка) коек для детей и подростков (Таблица 13). Таким образом, в 2014 году динамические тенденции показателей госпитализации детей, избытка (недостаточности) коечного фонда изменились. Следовательно, мы можем оценить их возможное влияние на динамику показателей использования коечного фонда. В связи с тем, что период пандемии COVID-19 характеризовался значительными ограничительными мерами, что повлияло на работу коечного фонда, рассматривали взаимосвязи в период 2010-2019гг.

Таблица 13 - Результаты проверки рядов тестом Чоу на наличие структурных сдвигов, точка разрыва 2014 год,  $p \leq 0,05$

Ряд	F(1,9)	p	Есть/нет структурный сдвиг
Госпитализация детей на 1000 населения	8,0656	0,019	+
Избыток (недостаточность) коек, детская психиатрия	5,61015	0,042	+

Использовали модель АРПСС (ARIMA) с передаточной функцией (показатели рядов госпитализации детей и избыточности (недостатка) коечного фонда). Наличие связи между предиктором и зависимой переменной оценивали по улучшению статистик согласия модели в ситуации без и после включения в модель предиктора. Качество моделей оценивали тестом Шапиро-Уилка. Предикторная переменная вносит полезную информацию в модели, описывающие динамику показателей эксплуатации коечного фонда, как для детей, так и для подростков (Таблица 14). Таким образом, существует статистически значимая

связь между количеством, недостатком или избыточностью и функционированием коечного фонда. Госпитализация как предиктор вносит значимую информацию в модели показателей динамики оборота и простоя коек для детей в возрасте 0-14 лет, показатели госпитализации детей в возрасте 15-17 лет не имели статистически значимой связи. За анализируемый период выявлен дисбаланс использования коечного фонда, проявляющийся в его сниженном использовании, переизбытке и значительном времени простоя. Наличие выявленного дисбаланса открывает перспективы проактивной коррекции эксплуатации коечного фонда в условиях его сокращения.

Таблица 14 - Статистики моделей АРПСС, показатели использования коечного фонда

	R <sup>2</sup>	Корень квадратный из среднего квадрата ошибки	Средний относительный модуль ошибки	Шапиро-Уилк	
				Статистика	p
Психиатрические койки, дети 0-14 лет					
Оборот коек	0,310	1,473	13,352	0,97	0,92
Оборот коек с избыток коек	0,658	0,764	0,861	0,94	0,56
Средняя занятость койки	0,00	0,00	53,07	0,96	0,74
Средняя занятость койки с избыток коек	0,981	8,101	1,992	0,98	0,97
Простой коек	0,000	7,854	166,138	0,95	0,68
Простой коек с избыток коек	0,936	1,991	36,487	0,94	0,58
Психиатрические койки, дети 15-17 лет					
Оборот коек	0,904	0,524	5,053	0,91	0,29
Оборот коек с избыток коек	0,766	0,772	7,835	0,94	0,58
Средняя занятость койки	0,442	55,522	14,927	0,94	0,59
Средняя занятость койки с избыток коек	0,966	13,614	3,777	0,92	0,40
Простой коек	0,000	7,854	166,138	0,95	0,68
Простой коек с избыток коек	0,888	2,773	34,882	0,93	0,38
Госпитализация, дети 0-14 лет					
Оборот коек	0,310	1,473	13,352	0,97	0,92
Оборот коек с госпитализация	0,815	0,763	6,813	0,94	0,60
Простой коек	0,000	7,854	166,138	0,95	0,68
Простой коек с госпитализация	0,335	6,751	167,120	0,91	0,24



### **6.3 Ресурсный потенциал, нормативное регулирование и заболеваемость и инвалидность детей вследствие психических расстройств.**

Ресурсы системы здравоохранения, её нормативно-правовое регулирование должны выступать в качестве опережающих факторов, имеющих целью сохранение состояния здоровья. Исследовали связь ресурсной обеспеченности, а также введение в правовой оборот нормативных актов с динамикой уровней заболеваемости и инвалидности. При анализе взаимосвязей ресурсной обеспеченности и показателей заболеваемости и инвалидности использованы:

- независимая переменная – интегральный показатель, отражающий ресурсную обеспеченность. Получен путем нормирования с последующим взятием средних значений исходных показателей (обеспеченность врачами-психиатрами на 10000, обеспеченность койками на 10000, мощность АПУ на 10000 населения),
- зависимые переменные (первичная и общая заболеваемость и инвалидность детей).

Интегральный показатель ресурсной обеспеченности и показатели заболеваемости и инвалидности «выбелены» построением модели ARIMA для получения остатков. Далее для выявления взаимосвязей построены кросс-корреляционные функции (ККФ) между остатками моделей независимой и зависимой переменных.

#### ***Ресурсная обеспеченность и заболеваемость***

Построением кросс-корреляционной функции (ККФ) остатков, установлена положительная связь на отрицательном лаге номер 2 в паре индикатора ресурсов здравоохранения и первичной заболеваемости детей в возрасте 15-17 лет ( $r=0,731$ , ст. ошибка 0,333,  $p \leq 0,05$ ). То есть наблюдается эффект обратной связи во времени уровня заболеваемости с уровнем ресурсной обеспеченности, что содержательно означает запаздывание изменения показателей системы здравоохранения по отношению к изменению показателей ресурсной обеспеченности к заболеваемости во времени на два года. В практическом содержании это означает изменение показателей ресурсного обеспечения с тем же знаком через два года



после изменения показателей заболеваемости, что свидетельствует о запаздывающем реагировании системы здравоохранения на эпидемиологическую ситуацию.

### ***Ресурсная обеспеченность и инвалидность детей по психическим расстройствам***

Анализ взаимосвязей между интегральным показателем ресурсной обеспеченности и инвалидности выявил ряд значимых связей: на нулевом лаге (без задержки во времени) между индикатором ресурсов здравоохранения и уровнем общей инвалидности в возрасте 0-17 лет ( $r=0,674$ ; ст. ошибка = 0,333,  $p \leq 0,05$ ) и 15-17 лет ( $r=0,674$ ; ст. ошибка = 0,302,  $p \leq 0,05$ ).

### ***Нормативно-правовое регулирование и заболеваемость***

Изучалось возможное влияние на динамику показателей заболеваемости следующих нормативных актов: Приказ Минздрава России от 21.12.2012 №1346 «О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров...», Приказ Минздрава России от 15.02.2013 №72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот...», Приказ Минздрава России от 11.04.2013 №216н «Об утверждении Порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью», Приказ Минздравсоцразвития РФ от 27.12.2011 № 1687н «О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке ее выдачи» [40, 73, 74]. Предположили, что данные нормативные акты могли повлиять на динамику анализируемых временных серий. Предположение строилось на том, что рождение детей с низкой и экстремально низкой массой тела является предрасполагающим фактором к развитию различной, в том числе и нервно-психической, патологии [17, 35, 39, 44, 69, 102]. Использован метод построения моделей авторегрессии и проинтегрированного скользящего среднего с включением в модель фиктивных переменных, при этом не было выявлено значимого улучшения статистик моделей при включении переменной, обозначающей влияние нормативных актов (Таблица 15), т.е. не выявлено

значимого влияния введения нормативно-правовых актов на динамику показателей первичной и общей заболеваемости.

Таблица 15 - Параметры моделей ARIMA (АРПСС) первичной и общей заболеваемости психическими расстройствами детей 0-17 лет с включением влияния нормативно-правовых актов.

Модель	Оценка	Стандартная ошибка	t	Знач.(p)
Без влияния приказов №№ 1346, 72н и 216н				
АО первичная заболеваемость	-16,430	42,907	-0,383	0,711
АО общая заболеваемость	-61,980	93,146	-0,665	0,522
С влиянием приказов №№ 1346, 72н и 216н				
АО первичная заболеваемость	-16,430	42,907	-0,383	0,711
АО общая заболеваемость	-61,980	93,146	-0,665	0,522
Без влияния приказа №1687н				
АО первичная заболеваемость	-16,430	42,907	-0,383	0,711
АО общая заболеваемость	-61,980	93,146	-0,665	0,522
С влиянием приказа №1687н				
АО первичная заболеваемость	-16,430	42,907	-0,383	0,711
АО общая заболеваемость	-61,980	93,146	-0,665	0,522

Таким образом, не выявлена связь показателей заболеваемости с нормативными нововведениями, направленными на изменение организации медицинской помощи детям и подросткам. Установлено статистически значимое изменение ресурсной обеспеченности вслед за показателями заболеваемости (обратная во времени связь), что может свидетельствовать о запаздывающем по времени типе реагирования системы здравоохранения на изменение эпидемиологической ситуации. Выявлена положительная статистическая связь между уровнем ресурсной обеспеченности и показателями общей инвалидности в детских возрастных группах.

## ГЛАВА VII. КОМПЛЕКС МЕР ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ 2018-2023 ГГ.

На основании полученных данных комплексного анализа ситуации по организации психиатрической помощи детям в Архангельской области были определены стратегические направления по ее совершенствованию, которые реализовывались на региональном уровне в 2018-2023 годы и продолжают совершенствоваться (Таблица 16).

Таблица 16 - Комплекс мероприятий по совершенствованию организации оказания психиатрической помощи детям в Архангельской области 2018-2023 гг.

<b>Организационные</b>	
реализация проекта по гранту, консультирование замещающих семей	проведение фармакоэкономического анализа, рационализация фармакотерапии
методическое сопровождение медицинской деятельности интерната, контроль диспансеризации	оценка эффективности планирования в системе управления, корректировка критериев
Служба сопровождения детей в трудной жизненной ситуации	кадровый менеджмент
Индивидуальная карта сопровождения и реабилитации ребенка	прогнозирование потребности в коечном фонде, оценка эффективности его использования
программа психосоциальной поддержки семей, в том числе замещающих	форма мониторинга незавершенных попыток, суицидов
<b>Образовательные</b>	
обучение руководителей, воспитателей, медицинских работников, психологов Новодвинский детский дом интернат	семинары для специалистов учреждений для детей-сирот (воспитатели, социальные педагоги, психологи)
семинар для специалистов специальной коррекционной школы	обучение: педагоги, психологи, социальные педагоги образовательных организаций
цикл лекций-бесед для родителей «Психическое здоровье детей и подростков»	циклы повышения квалификации педагогов по вопросам сохранения психического здоровья детей
циклы повышения квалификации для врачей психиатров и организаторов здравоохранения по вопросам повышения эффективности использования финансовых средств для проведения лекарственной терапии, повышению эффективности использования коечного фонда. по вопросам межведомственного взаимодействия	уроки здоровья (онлайн) для детей подростков по вопросам психического здоровья (поведение в стрессе, конфликте, профилактика депрессий и пр.)
<b>Информационно-издательские</b>	
популяризация вопросов профилактики психического неблагополучия у детей через средства массовой информации	на сайте рубрика "Задай вопрос врачу-психиатру"
тиражирование и распространение печатных информационных материалов для родителей и подростков по вопросам психического здоровья	книжка для воспитанников учреждений для детей-сирот "Я живу в детском доме. Хочу быть счастливым"

- реализован проект «Психическое здоровье детей в трудной жизненной ситуации» с 01.11.2019 по 29.02.2020 в рамках гранта Фонда Тимченко «Курс на семью». Цель проекта: улучшение качества жизни детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, с ментальными нарушениями, медико-психологическое сопровождение замещающих семей, воспитывающих детей с ментальными нарушениями, с целью снижения возвратов детей в учреждения. Главным специалистом детским психиатром Архангельской области организовано консультирование замещающих семей с целью раннего выявления психического неблагополучия, рекомендаций, сопровождения, повышения родительских компетенций в вопросах психического здоровья, профилактики отказов от детей.

- организована курация и методическое сопровождение медицинской деятельности в ГБУ АО «Новодвинский детский дом для детей с тяжелыми нарушениями в интеллектуальном развитии», контроль диспансеризации воспитанников учреждений для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

- создана Служба сопровождения детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, с ментальными нарушениями (приказ главного врача ГБУЗ АО «АКПБ» от 06.05.2020 №596) в общепсихиатрическом отделении по обслуживанию детского населения ГБУЗ АО «Архангельская клиническая психиатрическая больница» (приложение В, Д.). Основными функциями службы являются вопросы организации раннего выявления, диагностики, лечения психических расстройств у детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, разработки программы комплексной реабилитации и сопровождения ребенка после курса стационарного лечения, обучение специалистов учреждений для детей-сирот (руководителей, психологов, медицинских работников, воспитателей) вопросам организации психологического сопровождения, образовательного процесса, медикаментозной коррекции в условиях учреждения для детей-сирот, консультирование замещающих семей, имеющих детей с ментальными нарушениями, в том числе на этапе принятия решения взять

ребенка на воспитание из домов ребенка, информационно-методическая поддержка родителей.

- разработана и внедрена индивидуальная карта сопровождения и реабилитации ребенка, с целью совершенствования преемственности между медицинской организацией, оказывающей специализированную психиатрическую помощь детям и учреждениями для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей (Приложение Б).

- разработана и внедрена программа психосоциальной поддержки семей, в том числе замещающих, воспитывающих детей с ментальными расстройствами «Родительская приемная» (утверждена приказом главного врача ГБУЗ АО «АКПБ» от 25.12.2021) (приложение Е). Цель реализации программы: повышение качества жизни и социального функционирования детей и подростков психическими расстройствами и членов их семей, в т.ч. замещающих семей.

- вопросы профилактики психического неблагополучия у детей и подростков включены в программу циклов повышения квалификации педагогов, педагогов-психологов в Архангельском областном институте открытого образования.

- разработана форма мониторинга незавершенных попыток суицида, несуйцидального самоповреждающего поведения, суицида несовершеннолетних в Архангельской области, осуществляется анализ данных, осуществляется сбор и анализ информации о завершенных попытках суицида несовершеннолетних (распоряжение министерства здравоохранения Архангельской области от 26.04.2020 г №265-рд) (приложение Ж).

- утверждено Положение об организации работы по выявлению детей и семей, находящихся в социально опасном положении и взаимодействию медицинских работников с органами и учреждениями системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних (утверждено приказом главного врача ГБУЗ АО «АКПБ» от 23.06.2020 №859) (Приложение В, Д).

- для специалистов (руководителей, воспитателей, медицинских работников, психологов, дефектологов) ГБУ АО «Новодвинский детский дом для

детей с тяжелыми нарушениями в интеллектуальном развитии» проведен семинар с целью обучения технологиям реабилитационной работы с детьми с ментальными нарушениями, в т.ч. нарушениями интеллекта, по вопросам сопровождаемого проживания детей-инвалидов, индивидуальным программам сопровождения для маломобильных детей и пр.

- организованы обучающие семинары для специалистов (руководителей, воспитателей, психологов, социальных педагогов) учреждений для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей в Архангельской области по вопросам сохранения психического здоровья воспитанников, включая раннее выявление психического неблагополучия, сопровождение в условиях учреждения детей с психическими расстройствами, лечение и психосоциальная реабилитация, вопросы преемственности с медицинской организацией, оказывающей специализированную психиатрическую помощь и пр.

- организован и проведен региональный семинар – практикум для специалистов педагогов, психологов, дефектологов на базе ресурсного центра сопровождения инклюзивного образования ГБОУ АО «Специальная (коррекционная) общеобразовательная школа №5» г.Новодвинск на тему: «Дети с ограниченными возможностями здоровья: особенности медико-психолого-педагогического сопровождения».

- организованы и проведены обучающие семинары для специалистов образовательных организаций в районах Архангельской области на тему «Психическое здоровье ребенка и школа». Цель: повышение компетентности педагогов в вопросах сохранения психического здоровья детей и подростков, раннего выявления депрессий, неврозов, профилактика буллинга, стрессов, суицидальных тенденций у школьников.

- организовано проведение цикла лекций-бесед для родителей «Психическое здоровье детей и подростков».

- проводится популяризация вопросов профилактики психического неблагополучия у детей через средства массовой информации.

- на сайте ГБУЗ АО «Архангельский областной центр общественного здоровья и медицинской профилактики» открыта рубрика «Задай вопрос психиатру»

- обеспечено тиражирование и распространение печатных информационных материалов для родителей и подростков по вопросам психического здоровья («Кибербулинг», «Компьютерная зависимость у подростков», «как не пропустить психическое заболевание у ребенка», «Психологические трудности у подростка, связанные со стрессом. Как помочь и понять», «Ребенок не хочет идти в школу», «Агрессивный ребенок», «Ребенок и стресс», «Как воспитывать ребенка, чтобы сохранить его психическое здоровье»). Издана мини-книжка для воспитанников учреждений для детей – сирот и детей, оставшихся без попечения родителей: «Я живу в детском доме. Хочу стать счастливым».

Динамика показателей заболеваемости и инвалидности у детей вследствие психических расстройств и расстройств поведения может служить основой для оценки состояния психического здоровья подрастающего поколения и принятия необходимых мер по совершенствованию деятельности соответствующих служб, включая развитие профилактического направления в системе организации оказания психиатрической помощи детям.

Безусловно, что первым, кто может заметить признаки психического неблагополучия у ребенка, является близкий взрослый или лицо, которое заменяет его (воспитатель, педагог, психолог и пр.). Учитывая данный факт, важным акцентом в профилактике психического неблагополучия у детей является информирование и обучение специалистов сферы образования вопросам раннего выявления психической патологии, мотивации родителей (опекунов, попечителей) на своевременное обращение к врачу-психиатру. Врачи-педиатры также должны обладать специальными знаниями в области психического здоровья ребенка, в том числе осуществлять скрининг с целью раннего выявления расстройств аутистического спектра.

Одной из ключевых особенностей, отражающих специфику проведения психосоциальных вмешательств в детской психиатрии, является активное вовлечение родителей в лечебно-реабилитационный процесс с одновременным усилением ответственности за его результаты. Семья психически больного ребенка рассматривается в качестве наиболее значимого источника в достижении его успешного социального функционирования. Психическое заболевание у ребенка может быть причиной семейного кризиса. Тяжелое психическое расстройство вносит ограничения в организацию быта семьи, требует изменения привычного жизненного уклада всех ее членов, соблюдение особого режима, заставляет отказаться от каких-то привычек, изменить планы на будущее, перераспределить обязанности, в тоже время могут возникать ощущения страха, беспомощности, неопределенности как у больного, так и у родственников. Часто семья, имеющая ребенка с симптомами психического неблагополучия, оказывается в изоляции, родители испытывают «чувство вины и стыда».

Чтобы родственникам психически больного ребенка было легче справляться с возникающими проблемами, им необходима информация о болезни, методах лечения, прогнозе, системе организации психиатрической и социальной помощи, основах психосоциальной реабилитации, методах воспитания ребенка с психическим неблагополучием. С этой целью должны организовываться Школы для родителей, имеющих детей с ментальными расстройствами.

Особой категорией семей, требующих дополнительного внимания специалистов, работающих в сфере охраны психического здоровья детей и подростков, являются замещающие семьи. Часто причиной отказов от детей и возвратов их в государственные учреждения является диагностирование у ребенка психического расстройства, выраженные поведенческие нарушения и прочие признаки психического неблагополучия. В рамках программы «Родительская приемная» замещающие семьи, имеющие детей с ментальными проблемами, могут получить поддержку и сопровождение, консультацию специалиста врача-психиатра, психолога,



Дети-инвалиды подвержены особому влиянию семьи, так как от сценариев поведения родителей в отношении особенного ребенка зависит качество его жизни и социальной адаптации. У близких родственников ребенка-инвалида в большинстве случаев наблюдается хронический стресс, вызванный болезнью ребенка, проблемами его лечения, высокий уровень тревожности, страх, чувство вины, опустошенность, невротическая усталость и пр. В рамках программы «Родительская приемная» родственники ребенка-инвалида, имеющего психические расстройства, могут получить информацию о психических проблемах ребенка, возможностях социальной адаптации и психической реабилитации ребенка, получить психологическую поддержку.

По данным нашего исследования в последние годы выявлен значительный рост уровня невротических и связанных со стрессом расстройств у детей. В тоже время, учитывая динамически изменяющуюся социально-экономическую ситуацию, возникновение факторов, способствующих развитию у детей посттравматических стрессовых и тревожных расстройств. Дети, находящиеся в трудной жизненной ситуации (дети, оставшиеся без попечения родителей, дети-жертвы насилия, дети-инвалиды и пр.) имеют высокий риск развития различных форм психического неблагополучия, в связи с чем, совершенствование системы профилактики у данной категории детей приобретает особую актуальность. Как правило, специалисты, работающие в учреждениях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, не обладают достаточными знаниями об особенностях работы с детьми с психическими и поведенческими расстройствами, отмечается дефицит дефектологов, поэтому важным акцентом в профилактической работе является обучение специалистов учреждений для детей-сирот (руководителей, воспитателей, социальных педагогов, психологов) вопросам психического здоровья воспитанников.

Система профилактики психического неблагополучия у детей базировалась на междисциплинарном подходе (Рисунки 31,32,33,34)

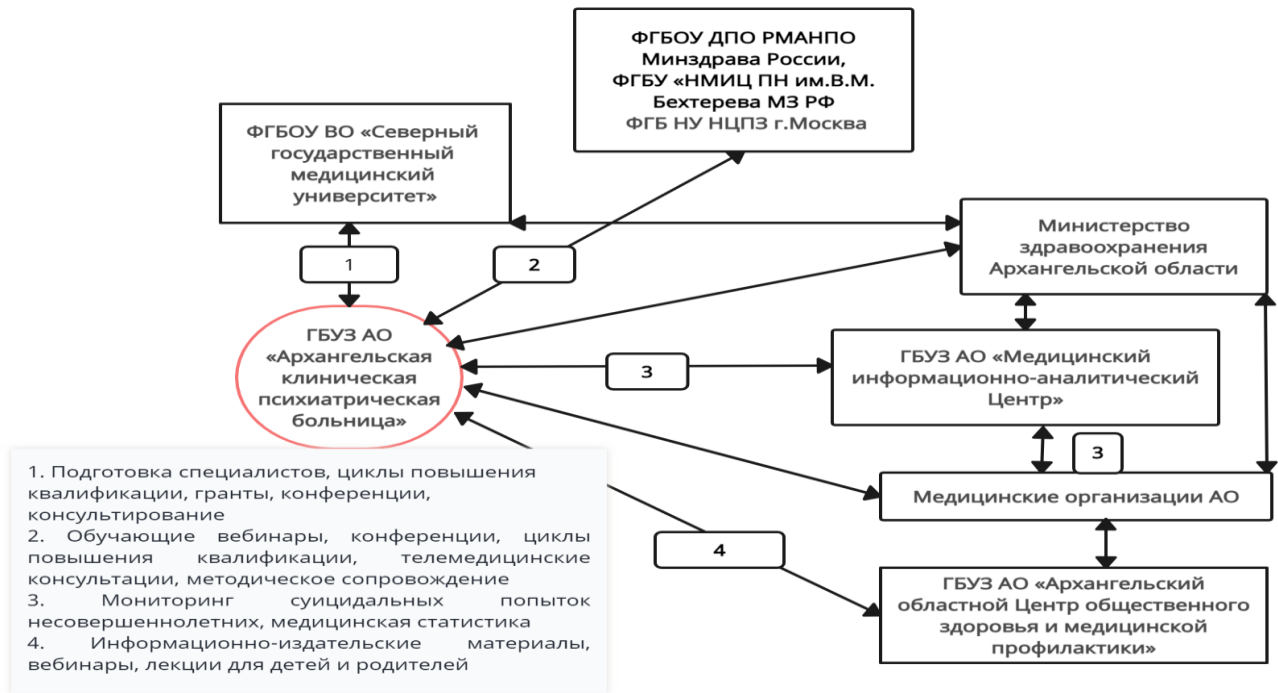


Рисунок 31 - Схема межведомственного взаимодействия детской психиатрической службы с организациями, подведомственными министерству здравоохранения Архангельской области

Использовалось как внутриведомственное, так и межведомственное взаимодействие.



Рисунок 32 - Схема межведомственного взаимодействия детской психиатрической службы с организациями, подведомственными министерству труда, занятости и социального развития Архангельской области

Совместная деятельность специалистов системы образования, здравоохранения, социального обслуживания, правоохранительных структур,

некоммерческих организаций, родительских сообществ и пр. будет способствовать раннему выявлению психических и поведенческих расстройств у детей, снижению стигматизации у населения, своевременной терапии и психосоциальной реабилитации, и, следовательно, профилактике хронизации психической патологии у детей.

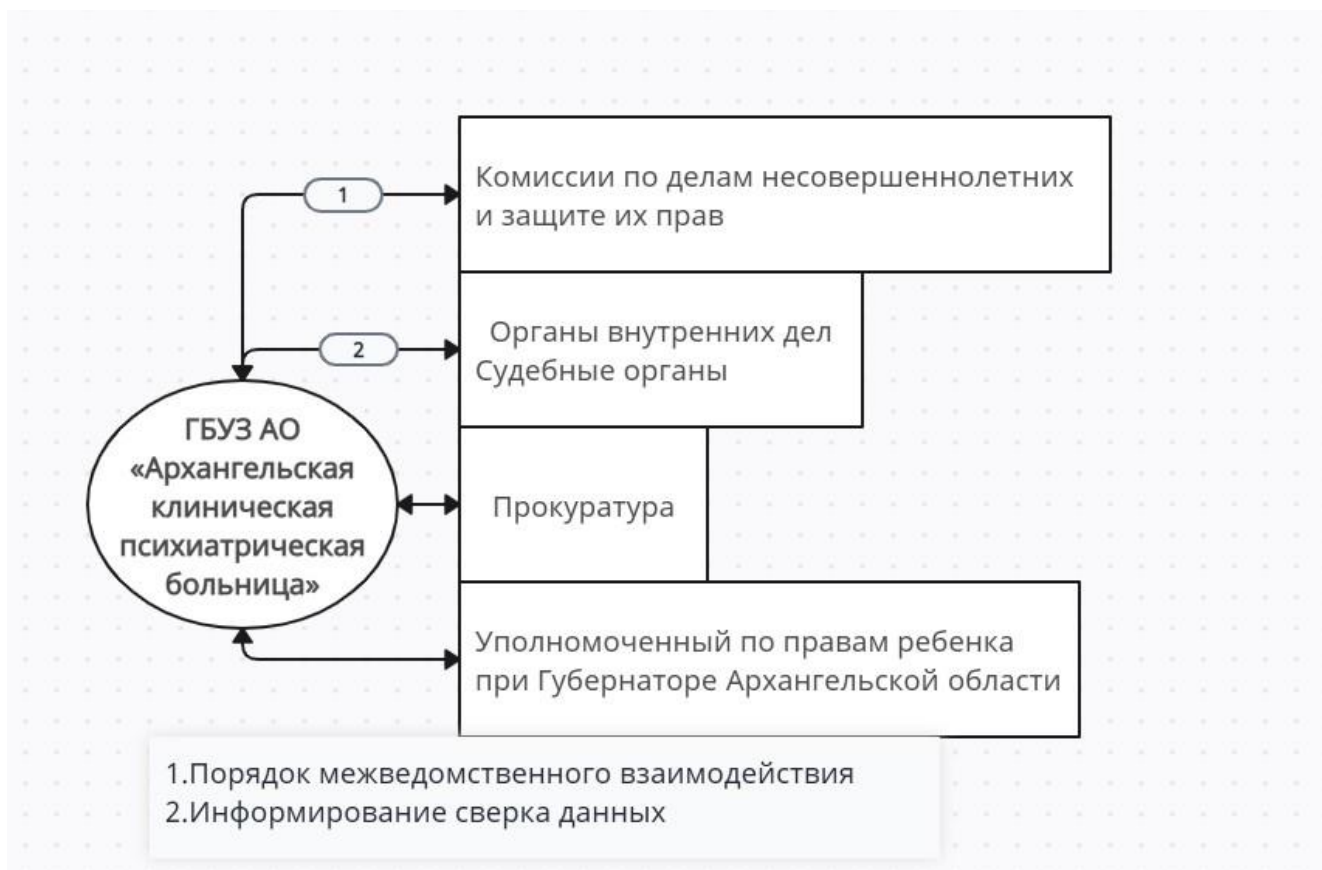


Рисунок 33 - Схема межведомственного взаимодействия детской психиатрической службы с административными структурами и органами системы профилактики

Важным аспектом является совершенствование системы профилактики стрессов, неврозов, суицидальных тенденций у детей. Внимания требуют не только дети из группы риска по возникновению психического неблагополучия, но и нормотипичные дети, включая категорию одаренных детей. Данная задача может решаться посредством дополнительного обучения педагогов, информирования родителей и иных законных представителей детей по вопросам предупреждения психической патологии, ранним признакам психических расстройств и видам комплексной медико-психолого-социальной помощи детям.



Рисунок 34 - Схема межведомственного взаимодействия детской психиатрической службы с организациями, подведомственными министерству образования Архангельской области

В целях совершенствования оказания психиатрической помощи детям в Архангельской области требуется: развитие стационарзамещающих технологий (открытие дневного стационара в ГБУЗ АО «Архангельская клиническая психиатрическая больница»), подготовка кадров, реализация требований нового Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения, дальнейшее внедрение клинических рекомендаций по лечению психических и поведенческих расстройств у детей, рациональной психофармакотерапии при оказании психиатрической помощи детям в условиях стационара.

## ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Проведённый анализ динамических серий первичной и общей заболеваемости психическими расстройствами среди детей в возрасте 0-14 лет за период 2009 – 2019 годы, показал, что он делится на два основных временных отрезка, наблюдающихся как на уровне Архангельской области, так и на более «крупных» уровнях – в СЗФО и в целом по стране. По результатам исчислений становится ясно наличие временной границы 2015-2016 года. Причина нивелировки выраженности динамических изменений в сравнении показателей Архангельской области, СЗФО и Российской Федерации, кроется, по-нашему мнению, в «маскировке» структурной нестабильности рядов, за счёт уменьшающейся по мере «укрупнения» региона дисперсии показателей, что напрямую связано с ростом числа наблюдений. Таким образом, мы имеем дело с чисто математическим эффектом, когда рост числа наблюдений приводит к выравниванию динамики, между тем как основной эффект – изменение направление тенденции остаётся. С учётом этого, а также принимая во внимание резкость разворота тенденции, мы можем предположить, что он был обусловлен некоей одномоментной интервенцией. Таким фактором могли стать прохождение несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них [73], введение диспансеризации в сентябре 2013 года [74, 77], а также выхаживание детей с 22 недель с весом 500 грамм в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 27.12.2011 №1687н «О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке его выдачи» [39, 72]. В этом случае, введение всех этих мер могло вызвать представленный эффект смены тенденций с временной задержкой.

На следующем этапе выдвинутое нами предположение о наличии запаздывания между первичной и общей заболеваемостями не подтвердилось, однако нашла своё подтверждение сама взаимосвязь между ними, что представляется логичным ввиду того, что общая заболеваемость формируется в том числе и первичной заболеваемостью, когда ряд пациентов, впервые

обратившихся за медицинской помощью, в последствии переходят в разряд «хронических». И в этом аспекте определённый интерес представляют результаты изучения процесса хронизации, как соотношения общей и первичной заболеваемости психическими расстройствами у детей в возрасте 0-14 лет. Этот коэффициент важен именно для оценки заболеваемости детей, поскольку в детских возрастах минимизировано негативное влияние постарения населения. Выявленный рост этого соотношения до 2015 года свидетельствует о наблюдавшемся в то время росте хронической патологии, сменившее же его снижение – о появлении неких факторов, способствующих либо выявлению, либо действительному росту первичной заболеваемости. Следует отметить, что, не смотря на снижение показателя хронизации, он остаётся весьма высоким, что свидетельствует о преобладании хронической патологии и, естественно, увеличивает нагрузку на систему здравоохранения. Известно, что колебания показателей хронизации у детей могут находиться в зависимости от поведенческих факторов риска, обеспеченности педиатрическими койками и врачами-педиатрами, что влияет на профилактическую работу с детьми, саму доступность педиатрической помощи [108, 110]. Важно отметить, что, так же, как и в случае с первичной и общей заболеваемостью, смена тенденции в хронизации пришлась на 2015-2016 годы, что может косвенно свидетельствовать о наличии вмешивающегося фактора, вызвавшего этот разворот. В качестве такого фактора могли быть изменения в системе здравоохранения и оказания медицинской помощи детям.

Нами установлено, что в целом, как в случае с первичной заболеваемостью, так и в случае с общей заболеваемостью детей в возрасте 15-17 лет, их динамики в АО были конгруэнтны таковым в СЗФО и РФ, что входит в согласие с ранее полученными для СЗФО и РФ данными [11, 61, 101]. Тем не менее, нами установлено, что динамика заболеваемости в АО имела запаздывающий характер по отношению к таковой в СЗФО и РФ, что может свидетельствовать о более «ригидном» реагировании эпидемических процессов в этом регионе,

обусловленном запаздыванием в изменении социально-экономической ситуации, что приводит к «догоняющей» тенденции в динамике показателей.

Анализ динамик заболеваемости психическими расстройствами в АО, так же, как и в СЗФО и РФ свидетельствует о том, что наблюдавшаяся тенденция на её неуклонное повышение, была переломлена в 2010-2012 гг. Последовавшее вслед за этим снижение продолжилось последующие пять-семь лет. Однако, замедление с 2017 года снижения уровней первичной и общей заболеваемости психическими расстройствами в СЗФО и РФ, и тенденция к развороту тренда в АО свидетельствует об исчерпании импульса, заданного в начале второго десятилетия нового века. В случае если это так, то вслед за периодом понижения возможно развитие новой волны повышения заболеваемости.

Сравнение уровней и динамики стандартизованных по возрасту показателей первичной заболеваемости показало более неблагоприятную ситуацию в АО в сравнении с СЗФО и РФ в целом, что может свидетельствовать как о большем уровне выявляемости первичной психической патологии среди детей 15-17 лет, так и о возможном влиянии региональных социально-экономических условий, отмеченных ранее другими авторами [66]. Выброс показателей первичной заболеваемости в СЗФО в 2015 году, скорее всего, носил аддитивный характер, поскольку уже в 2016 году уровень заболеваемости резко компенсаторно понизился. Помимо этого, флуктуация 2015 года наблюдалась на фоне общего нисходящего тренда, начавшегося в 2012 году. Анализ показал аддитивный характер выброса 2016 года в динамике общей заболеваемости от психических расстройств детей в возрасте 15-17 лет в СЗФО. В пользу этого говорит возврат значений после него к генеральной нисходящей тенденции. Кроме того, в 2014-2015 годах наблюдалось некоторое повышение показателя, не носящего, однако степени аномального. С учётом этого обстоятельства, резкое понижение в 2016 году могло носить отчасти компенсаторный характер, свидетельствуя о возврате динамики анализируемого ряда к генеральной тенденции. Определяемый рост показателя хронизации в СЗФО и РФ свидетельствует об увеличении уровня хронической патологии. В противоположность этому, достаточно равномерный

уровень показателя хронизации в АО может говорить о стабильном уровне хронизации психической патологии у детей в возрасте 15-17 лет в этом регионе. Следует отметить, что сами уровни коэффициента более 1 свидетельствуют о преобладании хронической патологии, что приводит к возрастанию нагрузки на систему здравоохранения. Считается, что колебания хронизации находятся в зависимости от комплекса поведенческих факторов риска, обеспеченности медицинским персоналом, доступности медицинской помощи [108]. Выявленные аномальные значения в динамике коэффициента хронизации в СЗФО имеют схожий аддитивный характер с таковыми в динамиках первичной и общей заболеваемости в этом регионе. Аномальные значения в АО пришлись на 2007, 2009, 2010 гг. Анализ позволяет констатировать, что эти выбросы так же имели аддитивный характер, поскольку они не привели ни к смене тенденции, ни к сдвигу ряда на другой уровень. Помимо этого, учитывая относительную малость числа наблюдений, формирующих первичную и общую заболеваемость, использующихся при исчислении коэффициента хронизации, каждое, даже незначительное их изменение в отдельно взятом году может приводить к одномоментному относительному росту или понижению показателя, что отражается на динамике ряда. По мере увеличения числа наблюдений, например, по мере «укрупнения» региона, этот эффект снижается и полностью нивелируется на уровне РФ. Наряду с этим, во всех регионах происходит снижение представленности психической патологии, как в структуре первичной заболеваемости, так и в структуре общей заболеваемости, что может свидетельствовать о снижении обращаемости как самих подростков, так и их родителей за медицинской помощью из-за угрозы стигматизации, а также о снижении доступности медицинской помощи, что приводит к недостаточной выявляемости психической патологии у подростков [101].

Результаты исчислений, направленных на выявление и количественную оценку взаимосвязей между первичной и общей заболеваемостями психической патологией в АО подтвердили выдвинутую гипотезу о наличии такой связи. Данное обстоятельство, по нашему мнению, объясняется достаточно высоким



уровнем хронизации психиатрической патологии, когда часть лиц, заболевших психическими расстройствами в последствии, переходят в разряд «хронических». Структурно-динамические изменения заболеваемости детского населения, могут быть связаны с различными группами факторов. К таковым относят:

1. Демографические (изменение численности детско-подросткового населения, изменения плодовитости лиц с психическими расстройствами, увеличение наследственного фактора);

2. Социально-экономические (недостаточность финансовых средств у населения);

3. Организационные (степень развитости амбулаторно-поликлинической службы, развитие частных медицинских услуг, изменения в диагностических подходах, развитие службы родовспоможения);

4. Социально-психологические, культуральные (стигматизация психиатрической помощи, злоупотребление психоактивными веществами как в целом в популяции, так и беременными женщинами, диетические факторы, факторы экологической обстановки, изменение форм поведения в подростковой среде, социокультурная депривация). Следует отметить, что заболеваемость в ранних детских возрастах может быть более неустойчивой в структурном плане, поскольку в этих возрастах клиническая картина заболеваний менее очерчена, нежели в подростковом возрасте, когда психические расстройства могут в большей степени обращать на себя внимание окружающих и специалистов.

Одним из указанных выше факторов является демографический [59]. В самом деле, динамика численности населения изучаемых нами возрастных групп и числа заболевших впервые в жизни лиц может наталкивать на мысль о влиянии численности детей на уровень их заболеваемости. Но данное предположение можно подвергнуть сомнению, поскольку если популяция достаточно большая (а мы имеем дело с генеральной выборкой детей), то у её представителей средний риск заболеть будет равным коэффициенту заболеваемости.

Для нивелирования влияния возрастной структуры стандартизовали соответствующие коэффициенты заболеваемости, в качестве стандарта населения

выбрали население Архангельской области в 2019 году. Исчисления показывают, что индексы динамики нестандартизованных и стандартизованных коэффициентов заболеваемости в изучаемых возрастных группах одинаковы, что означает, что изменение уровня заболеваемости в этих возрастных группах не испытывает влияния изменения численности населения в них.

Одной из выявленных нами существенных особенностей, было снижение заболеваемости детей в возрасте 0-14 лет невротическими, а в особенности, аффективными расстройствами. В частности, с 2010 по 2020 год первичная заболеваемость аффективными расстройствами в этой группе населения понизилась на 75,1%. Данное понижение, носившее достаточно планомерный характер, могло быть связано с изменениями в системе оказания медицинской помощи, когда в ней задействуются иные организации и лица – частнопрактикующие врачи, врачи других специальностей, психологи, дефектологи, различные медицинские центры и т.п. [118].

В обеих возрастных группах основной динамический вклад в изменения общей динамики заболеваемости вносила группа «Психические расстройства непсихотического характера», а в ней – в возрасте 0-14 лет – «Другие непсихотические расстройства, поведенческие расстройства детского и подросткового возраста, неуточненные непсихотические расстройства», а в группе 15-17 лет – невротические расстройства. То есть наблюдается некоторое смещение в структуре заболеваемости по мере взросления пациентов. Подгруппа «Другие непсихотические расстройства, поведенческие расстройства детского и подросткового возраста, неуточненные непсихотические расстройства» представлена, в том числе расстройствами, кодируемыми в МКБ-10 F90–F99 «Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте».

Доминирование поведенческих расстройств в детском возрасте и снижение их в подростковом, может быть объяснено тем, что в силу психологических особенностей (несформированность или находящиеся в начальной стадии формирования самооценка и самосознание), ребенок не в состоянии

рефлектировать на своё психическое неблагополучие и не предъявляет жалобы, а невротические реакции проявляются в виде нарушения поведения. При этом ребенок не может контролировать (изменять) своё поведение под требования социальной нормы так как не способен установить причинно-следственные связи между эмоциональным состоянием и поведением. Нарушение поведения доступно внешнему наблюдению и именно оно в этом случае является причиной обращения к специалисту. Увеличение невротической патологии можно объяснить неблагоприятной социально-демографической ситуацией: распадом семей, безнадзорностью, ростом отклоняющегося поведения [66]. Отмечаемые и другими исследователями [59] изменения у детей в возрасте 0-14 лет в виде нарастания заболеваемости психозами может быть косвенно связано со снижением доли аффективной и невротической патологии. В этом случае, это нарастание носит компенсаторный характер и продиктовано изменением структуры обращающихся за медицинской помощью лиц в силу того, что другие специалисты и организации не занимаются лечением психотических расстройств, как более сложных в терапевтическом смысле. В этом случае, родители ребенка, следуя все остающейся стигматизированности психиатрической помощи, предпочтут обратиться за помощью к специалистам иного рода, нежели врачам-психиатрам, и это может возыметь действие в случае аффективного или невротического расстройства, но значительно затруднено в случае расстройства психотического уровня. Аналогично можно объяснить и рост представленности заболеваемости шизофренией, шизотипическим и шизоаффективным расстройством у подростков. Помимо этого, более взрослая представленность заболеваемости расстройствами шизофренического спектра находится в логике эпидемиологии этих расстройств [88]. Известно, что превалирование в детском возрасте заболеваемости шизотипическим расстройством объясняется незрелостью личности, полиморфностью, неопределённостью, динамичностью клинических проявлений [126]. Кроме того, известно, что шизофрения диагностируется позднее у лиц с низким экономическим уровнем. Поэтому, можно предположить, что экономическое положение родителей может оказывать

влияние на их обращаемость за медицинской помощью как в целом при подозрении на психическое расстройство у ребенка или подростка, так и в частности при расстройствах шизофренического спектра. В целом, смещение структуры заболеваемости в сторону расстройств психотического уровня в перспективе может привести к увеличению нагрузки на здравоохранение, относящееся к государственному сектору.

Известно, что заболеваемость некоторыми психическими расстройствами детей может быть связана с нарушениями питания, дефицитом микро и макроэлементов [26]. В частности, было показано, что плохой пренатальный уход, дефицит питания может способствовать увеличению заболеваемости шизофренией [130, 150, 154]. В этом случае, увеличение заболеваемости отдельными психическими расстройствами может быть продиктовано ухудшением экономической ситуации, ведущей к падению уровня, как медицинской помощи, так и экономического положения населения.

Одной из ведущих групп заболеваний, генерировавших, прежде всего общее изменение динамики заболеваемости, была группа умственной отсталости. В целом, показатели распространённости этой патологии разнятся как в мире, так и в разных регионах одной страны. Это связывают с разным уровнем выявляемости, культуральными особенностями, степенью толерантности к умственно отсталым [125]. Помимо этого, возможно предположить, что с возрастом часть пациентов с ранее выставленным диагнозом задержки психического развития, он переквалифицируется на диагноз умственной отсталости. Ведущей группой, обуславливающей структурно-динамические изменения заболеваемости детского населения в обеих возрастных группах, являются психические расстройства непсихотического характера. В свою очередь, в группе детей 0-14 лет, динамика этой ведущей группы заболеваний формируется заболеваемостью так называемыми «другими непсихотическими расстройствами...», а вот у детей 15-17 лет её заменяет подгруппа невротических расстройств. Отмечается постепенное нарастание доли группы «Психозы и состояния слабоумия» в заболеваемости детей 0-14 лет. Еще одним отличием двух возрастных групп

является рост значимости заболеваний шизофренического спектра по мере взросления контингента впервые заболевших. Помимо прочего, следует отметить снижение уровня заболеваемости у детей 0-14 лет невротическими и аффективными расстройствами.

Мы установили, что уровень патологической пораженности психическими расстройствами выше в целом среди детей – сирот. При этом максимально высокий уровень отмечается среди детей-сирот, находящихся в стационарных учреждениях, то есть домах ребенка и домах-интернатах. Эти результаты согласуются с ранее полученными [80]. Если обратиться к характеристикам выборок, то становится ясно, что в этих условиях наибольший охват медицинскими осмотрами был в группе лиц, находящихся в стационарных условиях. Более того, показатель доли осмотренных детей в этой группе больше 100,0%, что может быть объяснено дублированным прохождением медицинских осмотров отдельными детьми, дефектами регистрации [81]. Максимальный уровень охваченности осмотрами в этой группе объясняется её пребыванием в стационарных условиях, что значительно облегчает проведение мероприятий диспансеризации. Подтверждением тому является уровень охваченности детей-сирот, находящихся на попечении, усыновленных, под опекуном, то есть не проживающих в стационарных учреждениях (в среднем  $98,3 \pm 2,4\%$ ), и еще меньший охват детей из нуклеарных семей ( $95,6 \pm 5,6\%$ ). То есть, по-видимому, по мере уменьшения административного контроля снижается уровень охваченности медицинскими осмотрами. Этот тривиальное предположение подтверждается расчетом критерия  $\chi^2$  при сравнении объединённой группы детей-сирот и детей из нуклеарных семей. В этом случае охват среди детей-сирот (и находящихся в стационарных условиях и в семьях) составляет  $99,1 \pm 2,3\%$ , детей в нуклеарных семьях  $95,6 \pm 5,6\%$ ,  $\chi^2(1, N = 572151) = 458,5435, p \leq 0,00001$ . Следует отметить, что факт снижения уровня охваченности осмотрами в зависимости от возрастной группы на Северо-Западе страны известен достаточно давно [87]. С другой стороны, выдвинутое нами предположение не подтверждается графически с позиции уровня выявляемой изучаемой патологии от уровня числа осмотренных

лиц, находящихся в условиях стационара. Поскольку в обоих рядах отсутствует автокорреляция на первом лаге (ряды стационарны) (АКФ число осмотренных  $r_{t,t-1}=0,5796$ ,  $p=0,060$ , АКФ число выявленных заболеваний  $r_{t,t-1}=0,5196$ ,  $p=0,092$ ) проведем их кросскорреляцию без их предварительного приведения к стационарному виду. Результат: отсутствуют значимые связи. Таким образом, мы не выявили связи между числом осмотренных лиц и числом выявленных у них заболеваний в наиболее «удобных» для этого условиях – среди лиц, наиболее полно обследуемых. В связи с этим, мы считаем, что наши выкладки в части более высокого уровня патологической поражённости среди детей-сирот, приближенными к истине.

Помимо условия проведения медицинских осмотров, полученные результаты можно объяснить предпочтением взятия в замещающие семьи более здоровых, в том числе и по психическим заболеваниям, детей. Достаточно давно известно, что сама родительская депривация, даже в комфортабельных условиях дома-интерната, способствует нарушениям здоровья [136]. Еще одним фактором, на который указывают исследователи, является фактор патоморфоза заболеваний психическими расстройствами, когда через год после перемещения ребенка в замещающую среду часть психопатологической, прежде всего невротического уровня симптоматики редуцируется, что связывают с попаданием в более благоприятную микросоциальную среду, однако и в этом случае, уровень заболеваемости психическими расстройствами среди таких детей все-равно оставался выше, чем уровень заболеваемости среди детей, воспитывающихся в нуклеарных семьях [93]. Наконец, в качестве фактора, определяющего больший уровень психическими расстройствами среди детей – воспитанников домов ребенка и интернатов, указывается нездоровый образ жизни их биологических родителей (употребление никотина, алкоголя, наркотических средств и.т.п.), а также наследственную отягощённость по психическим расстройствам [70, 131, 139].

Рост уровня инвалидности обусловленной психическими расстройствами, связывают со сложностью диагностики психических расстройств в ранних

возрастах, необращаемостью или поздней обращаемостью родителей за психиатрической помощью, что связано, в том числе, с ее стигматизацией, рентными установками родителей, увеличением эффективности перинатологической службы, что приводит к росту выживаемости детей [137, 138, 146, 151]. Помимо этого, указывают на связь роста уровня детской инвалидности в связи с психическими расстройствами, с распространённостью генетических, хронических заболеваний у родителей, перинатальной патологии, неблагоприятной экологической обстановкой, в частности природным дефицитом йода, недостаточной эффективностью служб, призванных выполнять реабилитацию и абилитацию детей, возросшей на них психологической нагрузкой, в целом, с неблагоприятными медико-демографическими тенденциями, с изменениями в сторону расширения критериев инвалидности [18, 110].

При изучении динамики инвалидности детей, обусловленной психическими расстройствами в возрасте 15-17 лет, было выявлено резкое, входящее в диссонанс с динамикой остальных возрастных групп, снижение в 2020 году. Нами было установлено, что данное снижение носит характер аномальности (выброса). По нашему мнению, данное явление, а вернее его резкий характер, можно объяснить тем, что сама по себе численность детей-инвалидов в данном возрасте в регионе не столь велика (по состоянию на 2019 год – 249 человек, т.е. 8,0%) и поэтому снижение в 2020 году сразу на 20 человек, сформировало данный выброс. Если рассмотреть динамику показателя инвалидности в этой группе, то окажется, что подобные колебания были и ранее, например, в 2012, 2018 годах, однако проверка методом Ирвина показывает, что они не носили характер выбросов, поскольку после них показатели возвращались к основной тенденции ( $\lambda_{2012} = 0,838$  и  $\lambda_{2018} = 0,489$  при  $\lambda_{кр} = 1,3$  для  $n=11$ ). Это обстоятельство, вкуче с установленной высокой дисперсией динамических показателей инвалидности в группе 15-17 лет, позволяет нам утверждать, что и резкое снижение 2020 года является отдельной флуктуацией, а не началом новой тенденции, а потому содержательно ничтожно.

Еще одной особенностью явились локальные тренды, наблюдающиеся на фоне общей восходящей тенденции в Архангельской области. Они не могут быть объяснены величиной дисперсии, а значит, малым числом абсолютных значений. Из них особого внимания заслуживает период снижения 2010-2013гг, в то время как период роста 2014-2017гг уже укладывается в общую тенденцию и мог иметь компенсаторный характер после предваряющего его снижения показателей. В этом случае, мы полагаем, что в 2013 году произошла смена тенденции в динамике показателя общей детской инвалидности вследствие психических расстройств. Данная гипотеза требует проверки, прежде всего в части доказательства наличия разной направленности динамики показателей до и после 2013 года. Прибегнем для этого к проверке структурной стабильности ряда критерием Чоу: параметры модели структурно не стабильны (вероятность  $F(2,7) > 0,05$ ), что содержательно означает верность нашего предположения – в 2013 году произошла смена направленности динамики показателей. Данный разворот тенденции мог быть связан с влиянием внешних факторов – особенностями работы бюро МСЭ, изменениями в рентных установках родителей и т.п.

Нами установлено, что наибольший вклад в динамику общей инвалидности вносят её изменения в возрастных группах 5-9 и 10-14 лет. Поскольку мы использовали в нашем анализе стандартизованные показатели, то можно исключить влияние возрастно-половой структуры детского населения региона. В этом случае превалирующая роль означенных возрастных групп может быть объяснена уровнем заболеваемости в них. Данные официальной статистики, в частности Формы №10 «Сведения о заболеваниях психическими расстройствами и расстройствами поведения (кроме заболеваний, связанных с употреблением психоактивных веществ)», не позволяют вычлнить отдельно показатели по заболеваемости в возрасте 5-9 лет, поэтому установление связи между уровнем заболеваемости и инвалидности представляет собой отдельную задачу. Тем не менее, следует отметить, что наличие этой связи подвергается сомнению, так же, как и приводятся аргументы в пользу недоучёта детской инвалидности [87].



Учитывая это, мы можем предположить, что роль данных возрастных периодов обусловлена тем, что в возрасте 5-9 лет ребёнок практически неизбежно начинает попадать в поле зрения педагогов, психологов, психиатров, проходит медицинские осмотры при поступлении в общеобразовательные учреждения, что увеличивает вероятность выявления патологии. Помимо этого, по мере взросления, становится возможным более точная диагностика психических расстройств за счёт расширения репертуара их клинических проявлений, развития способности к саморефлексии у ребенка, общего созревания его психических функций. Преобладание в структуре инвалидности детей-инвалидов с умственной отсталостью подтверждает ранее полученные данные [87, 147]. Однако, несмотря на это её динамическая роль не является определяющей. За рост инвалидности в рамках психических расстройств в большей степени ответственны все остальные, кроме умственной отсталости, психические заболевания. По нашему мнению, с учётом того, что наибольшее значение в структуре инвалидности, психические расстройства имеют в старших детских возрастах, данное явление может быть объяснено, во-первых, динамикой заболеваемости умственной отсталостью, а во-вторых, ростом численности детей с психическими расстройствами с поздней выявляемостью, прежде всего аутистического спектра [40].

Мы предположили, что уровень детской инвалидности вследствие психических расстройств, может детерминироваться прямыми (уровнем заболеваемости) и непрямыми факторами (демографическим, социально-экономическим, ресурсов и деятельности здравоохранения). Это предположение базировалось на ранее проведённых исследованиях, показавших связь детской инвалидности с рядом показателей, отражающих уровень социально-экономического развития, развитости сети системы здравоохранения регионов, возрастно-половой структурой населения, экологическими параметрами окружающей среды [23, 28, 31, 48, 54, 55, 92, 104, 106]. В тоже время, ранее было показано, что в РФ имеется недоучёт как взрослой, так и детской инвалидности [103]. Исходя из этих двух предпосылок, мы и построили своё изучение факторогенеза детской инвалидности вследствие психических расстройств. Ход

нашего рассуждения был таков: основными факторами, генерирующими уровень инвалидности должен быть уровень первичной, а затем и общей заболеваемости, поскольку, прежде чем получить статус инвалида, ребенок должен быть обследован на наличие у него психического расстройства (в том числе и психолого-педагогической комиссией), какое-то время наблюдаться. Эта, своего рода идеальная схема, может корректироваться своеобразными конфаундерами, а именно: доступностью психолого-психиатрической и в целом, медицинской, помощи и её развитием, рентными установками населения, изменениями критериев инвалидности, изменениями в возрастно-половом составе детей, общим уровнем здравоохранительного поведения населения, уровнем стигматизированности психиатрической помощи в глазах населения, различиями в регистрации инвалидностей различными ведомствами и др.[41, 42, 45, 57]. Прежде всего, следовало ожидать выявления значимых связей с прямыми детерминантами (заболеваемостью). Отсутствие связи в паре общей заболеваемости и общей инвалидности может быть обусловлено действием иных факторов, нивелирующих взаимосвязи между показателями общей инвалидности и заболеваемости (недоучет инвалидности, особенности работы МСЭ и др.).

Система оказания психиатрической помощи детям является частью общей системы психиатрической помощи. Поэтому логичным является предположение о единстве тенденций ресурсной обеспеченности, что нашло подтверждение в нашем исследовании. В целом, установлено нарастание представленности системы по оказанию психиатрической помощи в амбулаторных условиях, как в целом, так и в части оказания помощи детям, которая особенно стала выраженной к концу рассматриваемого нами периода. Этот дисбаланс мог быть обусловлен изменениями в нормативных требованиях проведения диспансеризации. Выявленные тенденции обеспеченности и укомплектованности были схожи с ранее описанными [109]. В целом, рост штатных единиц и обеспеченности врачебными кадрами системы помощи в амбулаторных условиях находится в логике кадровой политики последних лет [97]. Тем не менее, механическое увеличение штатов не смогло компенсировать врачебный дефицит и дефицит

укомплектованности. Снижение показателей в 2019 году может быть связано с необходимостью достижения показателя укомплектованности врачами в 95,0% при коэффициенте совместительства не более 1,2 [113,114].

Установлено, что главным фактором, влияющим на неуккомплектованность, является численность врачей, которая могла быть связана с падением привлекательности специальности, постарением и выходом на пенсию части врачей, что может иметь большое значение в условиях и так незначительного их количества, неразвитостью социально-экономической сферы и системы социальной поддержки специалистов-медиков, бессистемностью мероприятий, направленных на приумножение и сохранение медицинских кадров [100, 129]. В этом случае, последовательность развития событий могла быть следующей: нарастающий дефицит врачей в первой половине второго десятилетия нового века запустил особый механизм реагирования, проявившийся в стимуляции совместительства, который позволил скомпенсировать нарастающее падение врачебной обеспеченности и укомплектованность физическими лицами, о чем свидетельствует зеркальная динамика обеспеченности и уровня совместительства в этот период, а также превышение укомплектованности физическими лицами над укомплектованностью штатными должностями, в особенности в части специалистов, оказывающим помощь в стационарных условиях. Достаточно давно признан факт, что рост совместительства повышает доступность медицинской помощи, но ведет к снижению её качества, поэтому этот механизм не является желательным, в противовес увеличению числа физических лиц врачей [27, 99]. В пользу малой привлекательности специальности косвенно говорит установленное отсутствие связи между количеством штатных должностей и количеством физических лиц врачей.

Обеспеченность койками – показатель, вычислительно связанный с численностью населения и абсолютным числом коек. Исходя из этого – это два фундаментальных фактора, влияющих на его значение. В рассматриваемый нами период, вплоть до 2017 года в регионе наблюдалось неуклонное увеличение численности населения в возрасте 0-17 лет, что может вычислительно влиять на

рассматриваемый показатель. В тоже время, с 2010 года в РФ происходит реформирование системы здравоохранения, одной из черт которого является сокращение медицинских организаций, и, как следствие, абсолютного числа коек [3, 95]. Одновременно с этим, происходил перенос акцента в оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях, что считается оптимальным в условиях развития профилактической направленности здравоохранения [49, 94]. Поэтому, следует ожидать, что на рассматриваемый нами показатель значительное влияние оказывает административное снижение численности коечного фонда. Конгруэнтность описанной нами динамики, характер единого периода резкого снижения показателей долевого представительства обеспеченности в 2013, 2014 году свидетельствует о единстве тенденций, лежащих в основе этих изменений. Исходя из этого и вышесказанного, снижение обеспеченности коечным фондом в системе оказания психиатрической помощи, установленное нами, – закономерное явление, находящееся в логике реформирования системы здравоохранения. В тоже время, сокращение коечного фонда неизбежно ведет к снижению доступности специализированной медицинской помощи в условиях стационара, а интенсивное наращивание амбулаторных мощностей – к кадровому дисбалансу [97]. Остается определить, какой из факторов (демографический – изменение численности детского населения или административный – сокращение коечного фонда) в большей степени повлиял на изменение обеспеченности койками. Можем исключить влияние демографического фактора, поскольку сокращение коечного фонда происходило на фоне роста численности населения (с 2010 по 2017 год прирост составил 4,5%). Поэтому, административный фактор можно признать главенствующим.

Динамика обеспеченности психиатрическими койками для детей в 2010-2014 гг. говорит о ее аддитивном характере и характеризуется как сдвиг уровня, когда один тренд сменяется другим через резкое и кратковременное изменение. В этом случае, резкое снижение показателя 2013, 2014 г – следствие необоснованного сокращения, приведшего к излому тенденции и выходу ее через

«аномалию» 2013, 2014 годов на новый, более низкий уровень обеспеченности. На различия в динамике обеспеченности койками на различном уровне – общей обеспеченности всеми койками в стационарах региона, общей обеспеченности психиатрическими койками, и, наконец обеспеченности психиатрическими койками для детей, может оказывать эффект малых чисел, когда по мере «разукрупнения» уровня все большую значимость приобретают даже незначительные колебания абсолютных значений.

Установлено, что динамика показателей, характеризующих эффективность использования коечного фонда в течение рассматриваемого временного периода, имеет обобщенно три периода: 2010-2013 – дисбаланса, 2014-2017 – относительного баланса и 2017-2022 – дисбаланса. Как видим, во всех случаях, период 2014-2017гг являлся периодом, для которого было характерно максимальное приближение исследуемых показателей к планово-прогноznым уровням, что свидетельствует о максимальной эффективности использования коечного фонда круглосуточного стационара. Исходя из этого, представляет интерес определение ключевых факторов, способствующих этому. Нами показана превалирующая предикторная роль изменения численности коечного фонда для изменения основных показателей его функционирования. Из этого следует, что основным внутренним резервом, который необходимо учитывать при прогнозировании и планировании функционирования коечного фонда системы оказания психиатрической помощи детям с целью повышения ее эффективности, является фактор физического наличия, числа, недостаточности (избытка) коек. Своевременное, проактивное маневрирование численностью коек позволит минимизировать дисбалансы в эффективном использовании коечного фонда.

Установили, что, как частные показатели коэффициентов опережения при оказании помощи в амбулаторных условиях и в условиях стационара, так и общий коэффициент опережения, продемонстрировали опережение темпов роста целевых показателей над фактическими. Однако, во всех случаях, данное опережение постепенно замедлялось. Наиболее ярко это было продемонстрировано в части оказания помощи в условиях стационара, где

опережение темпов за рассматриваемый период понизилось на 41,0%. Данное обстоятельство, по-видимому, говорит нам об «истощении» постоянного роста целевых показателей, формируемых административно в ответ на падение возможностей системы достигать их, то есть о запаздывающем реагировании системы управления. Об этом говорит опережающая динамика темпа прироста целевых показателей по отношению к фактическим и постепенное замедление этого процесса с течением времени по мере нарастания разрыва в значениях этих показателей. Было показано, что основную роль в обеспеченности детского населения психиатрической помощью, за счёт кадрового перераспределения, играют врачи-психиатры, оказывающие помощь в амбулаторных условиях, что позволило компенсировать рост целевых показателей увеличением фактических в большей степени, нежели в условиях стационара.

Основным результатом исследования связи заболеваемости и ресурсного обеспечения стало обнаружение значимой связи между индикатором ресурсов и деятельности здравоохранения и показателями динамики первичной заболеваемости детей в возрасте 15-17 лет. Ранее, другими исследователями были показаны схожие результаты и не только при изучении заболеваемости детского населения [8, 37]. Схожее с нашим исследованием были проведены Н.А. Боханом с соавторами в 2015, а ранее Б.Д. Менделевичем и М.П. Шуваловой в 2009 году [67, 92]. В них также было выявлена положительная корреляционная связь между показателями системы оказания психиатрической помощи детям и показателями заболеваемости детей в возрасте 15-17 лет и между социально-экономическими показателями и заболеваемостью непсихотическими психическими расстройствами. В отличие от исследования Б.Д. Менделевича, нам удалось установить, что связь не только положительна по знаку, но и наблюдается на отрицательном лаге. Содержательно это означает, что наблюдается эффект обратной связи, в нашем случае, изменения показателей ресурсов здравоохранения изменяются с тем же знаком, что и показатели заболеваемости, но с задержкой в два года. Следовательно, предположение о том, что ресурсы и деятельность служб здравоохранения влияют на уровень заболеваемости, следует

признать неверным, а принять обратное утверждение. Как мы полагаем, это явление можно объяснить запаздывающим реагированием, когда ресурсы здравоохранения организационно меняются вслед за изменением эпидемиологической ситуации. Выявлена прямая связь на нулевых лагах индикатора ресурсов и деятельности здравоохранения с уровнями инвалидности в возрастных группах 0-17 и 15-17. На общий уровень инвалидности в детских возрастах, по-видимому, оказывают влияние ресурсы здравоохранения, видимо за счёт увеличения доступности медицинской помощи. При этом если мы обратимся к полученным результатам о связи индикатора здравоохранения и уровня заболеваемости, то выстраивается следующая логическая связь: здравоохранение с задержкой реагирует на изменения заболеваемости, увеличивая свои ресурсы, прежде всего, обеспеченность врачами, что приводит к росту выявляемости заболеваний и, как следствие, росту показателей инвалидности. Выявленное нами отсутствие значимого влияния введения нормативных актов на динамику показателей заболеваемости и коэффициента хронизации подтверждает ранее сделанные другими исследователями выводы о том, что диспансеризация в части выявления хронических заболеваний может не достигать своей цели, в том числе за счет недостаточного охвата диспансеризацией детского населения, нечётких рекомендаций по лечению, реабилитации [34, 81]. Помимо этого, мы полагаем, что отсутствие значимого влияния можно отнести на счёт достаточно узкой направленности двух из трех изучаемых нормативных актов, направленных на относительно небольшую группу детей – сирот (приказы №№ 72 и 216н). В самом деле, в Архангельской области, по данным Росстата на 2017 год в домах ребёнка числилось детей сирот и детей, оставшихся без попечения 61 человек, а численность постоянного населения в возрасте 0 - 14 лет на 1 января 2017 года составила 208261 человек. Соответственно, доля детей-сирот была только 0,03%. Не было выявлено значимого влияния нормативного акта, изменяющего медицинские критерии рождения (приказ № 1687н). Это можно объяснить более отложенным во времени его влиянием на показатели психической патологии, чем продолжительность анализируемого временного периода.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представленное исследование своей основной целью имело научное обоснование комплекса мер по совершенствованию организации оказания психиатрической помощи детям на региональном уровне на основании изучения уровней психического популяционного здоровья детей и ресурсного потенциала системы детской психиатрической помощи. Для реализации этой цели необходимо было рассмотреть два объекта исследования. Во-первых, структурные и динамические характеристики заболеваемости детей и, как их логическое следствие, инвалидность детей по психическим расстройствам. Во-вторых, собственно особенности организации и функционирования системы оказания медицинской помощи детям с психическими расстройствами и расстройствами поведения. Поскольку, как заболеваемость детей психическими расстройствами, так и деятельность системы оказания психиатрической помощи детям, являются неотъемлемыми составляющими медико-демографических процессов и функционирования системы здравоохранения в целом, их изучение проводилось в контексте и сравнении с объектами более высокого уровня (показателями по РФ и СЗФО, показателями организации и функционирования региональной системы здравоохранения в целом). Данный подход позволил выявить основные недостатки в деятельности региональной системы оказания медицинской помощи детям с психическими расстройствами и расстройствами поведения и разработать комплекс мер по ее совершенствованию.

Сравнение уровней и динамики стандартизованных по возрасту показателей первичной заболеваемости показало более неблагоприятную ситуацию в АО в сравнении с СЗФО и РФ в целом, что может свидетельствовать как о большем уровне выявляемости первичной психической патологии среди детей, в особенности в группе 15-17 лет, так и о возможном влиянии региональных социально-экономических условий. Помимо этого, установлено, что в регионе имеется достаточно высокий уровень хронизации психиатрической патологии у детей, что неизбежно увеличивает нагрузку на систему здравоохранения. Помимо этого, установлено, что в последнее десятилетие происходили структурные



сдвиги в нозологической структуре заболеваемости, свидетельствующие о нарастании невротических и соматоформных расстройств и росте заболеваемости расстройствами шизофренического спектра по мере взросления детского контингента. Данные изменения могут быть обусловлены, как социальными и организационными факторами (стигматизированность психиатрической помощи, её недостаточная доступность вследствие кадрового дефицита, появление конкурирующих форм медицинской помощи в виде частной медицины и т.п.), так и средовыми (ухудшение социальной обстановки, рост психотравматизации, недостаточность потребления нутриентов и др.). Результаты оценки структурно-динамических тенденций заболеваемости детей психическими расстройствами были учтены нами при разработке комплекса мер по профилактике психического неблагополучия у детей, в том числе из группы риска. Оценка статуса заболеваемости детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, выявила большую патологическую пораженность среди детей-сирот, находящихся в домах ребенка и домах-интернатах, что не связано с их доступностью при медицинских осмотрах, а связано, по-видимому, с иными факторами, относящимися к социальным (предпочтение усыновления/удочерения, патронирование, опека более здоровых детей, улучшение адаптированности к среде после взятия в семью и др.). Наконец, не было установлено значимых связей изменения уровня заболеваемости с нормативным регулированием, что может говорить о недостаточной охваченности детского населения диспансеризацией, её недостаточным качеством.

Прогноз первичной заболеваемости детей психическими расстройствами и расстройствами поведения выявил ее вероятный рост, что необходимо учитывать при проактивном планировании организации детской психиатрической помощи на региональном уровне.

Одним из основных результатов нашего исследования связи заболеваемости и кадрового обеспечения стало обнаружение значимой связи между индикатором ресурсов и деятельности здравоохранения и показателями динамики первичной заболеваемости детей в возрасте 15-17 лет. Изменения показателей ресурсов

здравоохранения изменяются с тем же знаком, что и показатели заболеваемости, но с задержкой в два года. Следовательно, предположение о том, что ресурсы и деятельность служб здравоохранения влияют на уровень заболеваемости, следует признать неверным, а принять обратное утверждение. Как мы полагаем, это явление можно объяснить запаздывающим реагированием, когда ресурсы здравоохранения организационно изменяются вслед за изменением эпидемиологической ситуации.

Итогом анализа динамики детской инвалидности по психическим расстройствам явилась констатация факта наличия ее связи с уровнем кадрового обеспечения. На общий уровень инвалидности в детских возрастах, по-видимому, оказывают влияние ресурсы здравоохранения, видимо за счёт увеличения доступности медицинской помощи. Если обратиться к полученным результатам о связи индикатора здравоохранения и уровня заболеваемости, то выстраивается следующая логическая связь: здравоохранение с задержкой реагирует на изменения заболеваемости, увеличивая свои ресурсы, прежде всего, обеспеченность врачами, что приводит к росту выявляемости заболеваний и, как следствие, росту показателей инвалидности.

Оценка кадровой обеспеченности и коечного фонда системы оказания психиатрической помощи детям, было вторым направлением нашей работы. Анализ динамики кадровой обеспеченности показал, что в регионе существует и прогрессирует дефицит врачебных кадров, при этом он выраженнее при оказании психиатрической помощи в условиях стационара. За последние десять лет произошло перераспределение укомплектованности врачебными кадрами в пользу системы оказания помощи детям с психическими расстройствами в амбулаторных условиях. Основным методом компенсации кадрового дефицита остаётся повышение уровня совместительства, а не увеличение числа физических лиц врачей, что говорит о преобладании тактического уровня планирования, приводит к снижению качества медицинской помощи, стратегически бесперспективно в силу ограниченности уровня наращивания совместительства и,

в конечном итоге, увеличивает нагрузку на систему здравоохранения в силу нарастания коморбидной и вторичной патологии.

Динамика обеспеченности психиатрическими койками для детей имеет сходные тенденции с общей коечной обеспеченностью региона. Анализ коечного фонда выявил дисбаланс в эффективности его использования. За анализируемый период выявлены рост фактического оборота коек, их переизбыток и значительное время простоя.

Таким образом, проведенное исследование позволило оценить основные проблемные локусы в организации психиатрической помощи детям, разработать комплекс мер по совершенствованию ее оказания на региональном уровне, включая профилактическое направление, а также сформулировать следующие выводы.

## ВЫВОДЫ

1. Региональный уровень первичной и общей заболеваемости детей психическими расстройствами и расстройствами поведения в Архангельской области выше, чем в СЗФО и РФ, что сопровождается высоким уровнем хронизации психических расстройств и ростом на 1,5 и 1,3 случая общей заболеваемости на 1 случай на 100000 населения первичной заболеваемости в возрастных группах 0-14 и 15-17 лет соответственно. У детей в возрасте 0-14 лет выявлена тенденция к росту психотических расстройств, в группе 15-17 лет – невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств (на 104,8%). Ожидаемый прогнозный рост первичной детской заболеваемости психическими расстройствами в возрасте 0-17 лет составляет 1,1 и 1,4% в 2024 и 2025 годах по отношению к 2022 году. Недоучёт показателя первичной заболеваемости психической патологией в период пандемии COVID-19 составил 22,6% (463 человека).

2. Патологическая пораженность психической патологией среди детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, выше, чем среди детей в общей популяции ( $X^2 = 677,7, p=0,000, df=1$ ). Среди детей-сирот в возрасте 0-14 лет патологическая пораженность психической патологией больше ( $X^2=9,79, p=0,002, df=1$ ), чем в возрасте 15-17 лет и больше в группе проживающих в стационарных условиях, чем проживающих в приемных семьях ( $X^2=16,12, p=0,000, df=1$ ). В группе детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, отсутствует связь между уровнем охвата диспансеризацией и уровнем патологической пораженности психическими расстройствами ( $r=0,553, p\geq 0,05$ ).

3. Увеличение детской инвалидности по психическим расстройствам в АО составило за 2010—2022 гг. 19,6% и было обусловлено её ростом в группах 5-9 (на 8,2%) и 10-14 лет (на 6,1%) за счёт всех психических расстройств (на 43,8%), кроме умственной отсталости. Статистически значимой связи между изменением показателей общей инвалидности и заболеваемости детей психическими расстройствами не установлено ( $p\geq 0,05$ ).

4. Обеспеченность детскими врачами-психиатрами в АО ниже на 35,9%, чем в СЗФО. За период 2010-2022гг. обеспеченность детскими врачами-психиатрами

уменьшилась на 8,7%, преимущественно за счёт снижения обеспеченности врачами-психиатрами, оказывающими помощь в условиях стационара, на 20,5%. Укомплектованность детскими врачами-психиатрами в системе оказания психиатрической помощи детям в течение всего периода наблюдения составила 82,1%, укомплектованность врачами, оказывающими помощь в амбулаторных условиях - 90,5%, врачами, оказывающими помощь в стационарных условиях - 56,4%. Основным способом компенсации кадрового дефицита, вслед за изменением численности детского населения, являлось совместительство. За период 2010-2022 гг. обеспеченность психиатрическими койками для детей сократилась на 26,9%. Избыток коечного фонда ( $101,8 \pm 7,3\%$ ) сопровождается высоким уровнем простоя койки ( $11,0 \pm 7,7$  дней) и пониженным уровнем ее оборота ( $78,9 \pm 18,2\%$ ). Численность коек является более значимым предиктором работы коечного фонда, чем численность госпитализаций ( $p \leq 0,05$ ).

5. Установлено статистически значимое изменение ресурсной обеспеченности вслед за показателями заболеваемости (обратная во времени связь) ( $\text{lag} = -2$ ,  $r=0,731$ ,  $p \leq 0,05$ ), что свидетельствует о запаздывающем по времени на два года типе реагирования системы здравоохранения на изменение эпидемиологической ситуации. Выявлена положительная статистическая связь между уровнем ресурсной обеспеченности и показателями общей инвалидности в детских возрастных группах ( $\text{lag} = 0$ ,  $r=0,674$ ,  $p \leq 0,05$ ).

6. Разработанный и внедренный комплекс мер по профилактике психического неблагополучия детей, включающий организационное, образовательное и информационно-издательское направления, базирующийся на межведомственном подходе, направлен на совершенствование системы организации оказания психиатрической помощи детям в Архангельской области.

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. Для органов исполнительной власти в сфере здравоохранения:

- использовать предложенный метод прогноза заболеваемости по психическим расстройствам у детей с целью повышения информационной

значимости эпидемиологического мониторинга в области охраны здоровья детей, планирования кадрового обеспечения и коечного фонда.

2. Для руководителей медицинских организаций, оказывающих специализированную психиатрическую помощь в условиях стационара:

- ввести на постоянной основе дискретное мониторинговое наблюдение уровня эффективности использования коечного фонда с целью повышения оперативного маневрирования им в зависимости от эпидемиологической и медико-демографической ситуации;

3. Для образовательных организаций высшего и среднего профессионального образования:

- проводить дополнительные циклы повышения квалификации для врачей непсихиатрических специальностей, сотрудников образовательных организаций и социальных служб с целью повышения уровня психопатологической настороженности специалистов для увеличения уровня выявляемости психиатрической патологии у детей.

4. Для руководителей государственных медицинских организаций по профилю «педиатрия»:

- повышать информированность родителей (законных представителей) по вопросам сохранения психического здоровья детей, путем организации лекций, вебинаров, публикации печатных материалов.

### **ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ**

Имеются перспективы дальнейшей разработки темы диссертационного исследования в виде проведения организационного эксперимента по оперативному проактивному маневрированию ресурсами психиатрической помощи детям на основе прогнозирования эпидемиологической ситуации, оценки эффективности предложенного комплекса мер по совершенствованию оказания психиатрической помощи детям.

## СПИСОК ТЕРМИНОВ

*базисный темп (коэффициент) роста:* Показатель изменения уровней временного ряда. Отношение последующего уровня ряда к базисному, за который обычно принимается первое значение ряда. Оценивает, во сколько раз уровень текущего периода выше или ниже уровня базисного периода (Куприенко Н. В., Пономарева О. А., Тихонов Д. В. Статистика. Анализ рядов динамики: учеб. пособие. СПб. : Изд-во Политехн. ун-та, 2009. С.38.)

*временной ряд (динамический ряд, временная серия, ряд динамики):* Последовательность наблюдений некоторого признака в последовательные моменты времени (Кремер Н.Ш., Путко Б.А. Эконометрика. М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2005. С.133.)

*кросс-корреляция:* В анализе временных рядов – метод оценки взаимных корреляций показателей двух временных рядов, их лагов (задержек) и периодичностей. Высокие корреляции могут служить индикатором причинно-следственных связей, величина лага указывает временную задержку в передаче взаимодействия (Анализ и прогнозирование временных рядов с помощью SPSSForecasting / SPSS. М.: 2011. 176с.)

*лаг (lag):* В анализе временных рядов – задержка во времени показателей одного ряда по отношению к показателям другого ряда (Анализ и прогнозирование временных рядов с помощью SPSSForecasting / SPSS. М.: 2011. 176с.)

*тренд (тенденция):* Компонент временного ряда, характеризующий процесс изменения явления за длительное время (Афанасьев В.Н., ЮзбашевМ.М.Анализ временных рядов и прогнозирование. М.: Финансы и статистика, 2001. 228 с.)

*элиминация:* Устранение влияния фактора или составляющей на изучаемый процесс. (Борисов В. А. Демография. М.: NOTABENE, 1999. С.76; Райзберг Б. А., Лозовский Л. Ш., Стародубцева Е. Б. Современный экономический словарь. 5-е изд., перераб. и доп. М.: ИНФРА-М, 2007. 495 с.)

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Аксарина Н. М. Воспитание детей раннего возраста. - М.; Медицина, 1977. - 303 с.
2. Алексеева Н. В. Анализ проблем развития кадрового потенциала сферы здравоохранения / Н. В. Алексеева, Е. А. Маршалкина // Правовестник. – 2018. – Т. 3, № 5. – С. 54–59.
3. Алпеева Т. А. О результативности использования коечного фонда и врачебного персонала в системе здравоохранения региона / Т. А. Алпеева, К. Л. Ермакова, К. В. Штоколова // Региональный вестник. – 2017. – Т. 1, № 6. – С. 21–23.
4. Альбицкая Ж. В. Проблемы ранней инвалидности и социальной адаптации у детей с психическими расстройствами / Ж. В. Альбицкая // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2017. – № 4 (97). – С. 57–61.
5. Анализ качества ранней диагностики сердечно-сосудистых заболеваний у обучающихся в образовательных учреждениях г. Хабаровска (по данным профилактических осмотров) / М. Ф. Рзынкина, О. В. Каплиева, О. В. Лемещенко, Е. Н. Андрюшкина // Дальневосточный медицинский журнал. – 2020. – № 4. – С. 13–16.
6. Анализ самооценки здоровья жителями Унцукульского района республики Дагестан (по результатам анкетирования) / П. А. Бекшокова, Г. М. Абдурахманов, К. С. Бекшоков [и др.] // Юг России: экология, развитие. – 2018. – Т. 13, № 3. – С. 107–119.
7. Аношкина Е. В. Динамика заболеваемости болезнями органов дыхания детского населения страны / Е. В. Аношкина, И. В. Гаммель, С. В. Кононова // Медицинский альманах. – 2018. – № 3 (54). – С. 120–123.
8. Артемьева А. А. Анализ пространственно-временной динамики показателей заболеваемости населения, экономического и медико-экологического развития в муниципальных образованиях Удмуртии / А. А. Артемьева // Вестник Удмуртского университета. Серия «Биология. Науки о Земле». – 2020 – № 2. – С. 223–230.



9. Ахметова В.В. Эмоциональные и волевые нарушения у детей в условиях материнской депривации», Казань, ООО «Бук». – 2020. - 162 с.
10. Балашова Е. А. Качество диспансеризации детей первого года жизни в поликлинике / Е. А. Балашова // Российский педиатрический журнал. – 2017. – № 3. – С. 152–155.
11. Бантьева М. Н. Динамика заболеваемости юношей 15–17 лет в Российской Федерации / М. Н. Бантьева, Е. М. Маношкина, Э. Н. Матвеев // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2020. – Т. 65, № 2. – С. 80–85.
12. Бебчук М. А. Особенности практического внедрения системы внутреннего контроля качества в детской психиатрии / М. А. Бебчук // Уральский медицинский журнал. – 2022. – Т. 21, № 4. – С. 42–48.
13. Бебчук М.А. Реорганизация службы психического здоровья детей и подростков: предпосылки и ожидания / М.А. Бебчук., Е.С. Ляпина, Е.А. Гимранова, И.В. Богдан, М.В. Гурылина., Д.П. Чистякова // Психиатрия. -2021. - 19(2). - С. 77–86.
14. Бебчук М.А. Социальные и медицинские проблемы детской психиатрии / М.А. Бебчук, А.Я. Басова и др.// Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021 - 29(6)/ - С. 1498-1504.
15. Бодагова, Е. А. Распространенность психических и аддиктивных расстройств среди детей, оставшихся без попечения родителей / Е. А. Бодагова // Современные проблемы науки и образования. – 2020. – № 6. – С. 122.
16. Бодагова Е. А. Психическое и соматическое здоровье детей, оставшихся без попечения родителей / Е. А. Бодагова // Актуальные проблемы психиатрии и наркологии в современных условиях: материалы всероссийской научно-практической конференции, Чита, 10–11 июня 2021 года. - 2021. – С. 16-18.
17. Божкова Е. Д. Расстройства аутистического спектра: современное состояние проблемы (обзор) / Е. Д. Божкова, О. В. Баландина, А. А. Коновалов // Современные технологии медицины. – 2020. – № 2. – С. 111–120.

18. Болезнь Фабри: особенности заболевания у детей и подростков / Л. М. Кузенкова, Л. С. Намазова-Баранова, Т. В. Подклетнова [и др.] // Вопросы современной педиатрии. – 2015. – № 3. – С. 341–348.
19. Бородин В. И. Детская психиатрия в современной России / В. И. Бородин // Психическое здоровье. – 2020. – № 6. – С. 45–60.
20. Выбор метода прогнозирования основных статистических показателей работы ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы» / Б. Л. Курилин, В. Я. Киселевская-Бабинина, Н. А. Карасёв [и др.] // Журнал им. Н.В. Склифосовского «Неотложная медицинская помощь». – 2019. – Т. 8, № 3. – С. 246–256.
21. Выготский Л. С. Психология развития человека. - М.: Смысл: Эксмо, 2003. - 1134 с.
22. Гасиловская Т. А. Качество специализированной амбулаторно-поликлинической помощи детям с проблемами в психическом здоровье / Т. А. Гасиловская // Вопросы современной педиатрии. – 2012. – № 11 (3). – С. 94–97.
23. Давлетшина Л. А. Статистический анализ брачности и разводимости в Российской Федерации и ее регионах / Л. А. Давлетшина, Е. А. Долгих // Вестник ГУУ. – 2018. – № 7. – С. 88–92.
24. Демография в России: объединенные панельные данные за 1990-2019 годы [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://rosstat.gov.ru/opendata/7708234640-7708234640-dataset2021>.
25. Демчева Н. К. Динамика распространенности психических расстройств Российской Федерации в 1991-2018 гг. (возрастной аспект) / Н. К. Демчева, А. В. Яздовская, Б. А. Казаковцев // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2020. – № 2. – С. 7–15.
26. Дефицит полиненасыщенных жирных кислот и детская психоневрологическая заболеваемость / О. В. Быкова, Ю. А. Климов, С. В. Тихонов, С. В. Дарьина // Медицинский совет. – 2020. – № 18. – С. 173–178.

27. Деятельность и обеспеченность специалистами первичного звена / В. И. Стародубов, М. А. Иванова, М. Н. Бантьева [и др.] // Российский медицинский журнал. – 2014. – № 6. – С. 4–7.
28. Динамика и структура первичной инвалидности среди детей, проживающих в городской и сельской местности Российской Федерации в 2002-2015 гг. / Е. П. Какорина, Г. А. Александрова, А. В. Поликарпов [и др.] // Социальные аспекты здоровья населения. – 2017. – № 1. – С. 1–13.
29. Дмитриева Т.Б. Психиатрия. Национальное руководство / Т.Б.Дмитриева, В.Н. Краснов, Н.Г. Незнанов, В.Я. Семке, А.С. Тиганов // М.; – ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 624 с.
30. Егорова П.Л. Факторы риска возникновения психических нарушений у сирот в подростковом возрасте / Егорова П.Л., Портнова А.А. // Вестник Ивановской медицинской академии. – 2015. - Т. 20, № 2. - С.57-61
31. Ершова О. Н. Детская инвалидность на уровне региона Европейской части России: вопросы профилактики / О. Н. Ершова, Н. В. Макарова // Известия вузов. Поволжский регион. Медицинские науки. – 2014. – № 4 (32). – С. 99–110.
32. Жданова М. А. Проблемы современной семьи в контексте теории психической депривации ребенка / М. А. Жданова // Человек и образование. - 2013. - № 2 (35). – С.79-83.
33. Заболеваемость детского населения России ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://mednet.ru/miac/meditsinskaya-statistika>.
34. Заболеваемость населения в условиях активной диспансеризации / И. П. Артюхов, В. Ф. Капитонов, А. Ю. Сенченко, Ф. В. Капитонов // Сибирское медицинское обозрение. – 2019. – № 2 (116). – С. 110–116.
35. Заваденко Н. Н. Недоношенность и низкая масса тела при рождении как факторы риска нарушений нервно-психического развития у детей / Н. Н. Заваденко, Л. А. Давыдова // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2018. – Т. 63, № 4. – С. 43–51.

36. Зелинская Д. И. Инвалидность подростков в Российской Федерации / Д. И. Зелинская, Р. Н. Терлецкая // Социальные аспекты здоровья населения. – 2008. – Т. 8, № 4. – С. 2.
37. Иванова М. А. Анализ посещаемости врачей-педиатров участковых в Российской Федерации / М. А. Иванова, В. В. Люцко, В. Г. Кудрина // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2018. – № 11-12. – С. 42–50.
38. Имильбаева Р. Р. Влияние оптимизационных мероприятий на эффективность системы здравоохранения: сравнительная характеристика регионов Приволжского федерального округа / Р. Р. Имильбаева // ВЭПС. – 2016. – № 3. – С. 148–151.
39. Инвалидность детей раннего возраста, родившихся с массой тела менее 1500 г. / Е. А. Матвеева, О. М. Филькина, А. И. Малышкина [и др.] // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2017. – № 3. – С. 66–70.
40. Инвалидность детей с психическими расстройствами в Москве / А. А. Портнова, С. А. Трущелёв, О. В. Серебровская [и др.] // Российский психиатрический журнал. – 2018. – № 2. – С. 4–9.
41. Инвалидность и социальное положение инвалидов в России / ред. Т. М. Малева. – М. : Издат. дом «Дело» РАНХиГС, 2017. – 256 с.
42. Информационное обеспечение статистического наблюдения в части детской инвалидности / И. М. Сон, А. В. Поликарпов, Е. В. Огрызко, Т. Ю. Голубева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2016. – № 4. – С. 223–229.
43. Итоги и проблемы развития стационарозамещающих технологий при оказании медицинской помощи детскому населению / И. М. Сон, Л. В. Руголь, Н. А. Голубев, С. И. Шляфер // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2019. – № 2. – С. 173–196.
44. Комкова Г. Н. Медицинские и правовые проблемы выхаживания новорожденных детей с экстремально низкой массой тела / Г. Н. Комкова, А. В. Басова // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2020. – № 2. – С. 99–103.

45. Кондакова Н. А. Инвалидность детского населения как медико-социальная проблема / Н. А. Кондакова, Л. Н. Нацун // Здоровье человека, теория и методика физической культуры и спорта. – 2019. – № 4 (15). – С. 285–296.
46. Краснов Б. Ю. Клинико-статистическая характеристика детей и подростков, получавших медицинскую помощь психиатрического профиля / Б. Ю. Краснов, А. З. Лихтшангоф // Медико-фармацевтический журнал «Пульс» – 2017. – Т. 19, № 12. – С. 208–212.
47. Кремнева Л.Ф. К вопросу об этиологии синдрома сиротства / Л.Ф. Кремнева, М.О. Проселкова, Г.В.Козловская, М.В.Иванов // Социальная и клиническая психиатрия - 2017. - Т. 27, № 1. – С.20-25.
48. Крылова В. В. Моделирование ожидаемой продолжительности жизни и перспективы ее роста в России / В. В. Крылова // Хроноэкономика. – 2017. – № 4 (6). – С. 33–36.
49. Куандыков Г. Б. Проблемы профилактического здравоохранения в России / Г. Б. Куандыков // Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. – 2017. – Т. 19, № 11. – С. 146–151.
50. Кузнецова Е. А. Социальная депривация, как фактор влияния на психическое состояние детей-сирот: введение в проблему / Е. А. Кузнецова // Альманах Казанского федерального университета/ - 2018. – С. 101-105.
51. Лангмейер Й., Матейчек З. Психическая депривация в детском возрасте / Й. Лангмейер, З. Матейчек // Прага: Авиценум, 1984. - 334 с.
52. Лапочкин О. Л. Экспертиза лекарственного обеспечения в детской психоневрологической больнице / О. Л. Лапочкин // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2010. – № 2. – С. 28–32.
53. Латуха О. А. Возможности применения бенчмаркинга в здравоохранении / О. А. Латуха // Science for Education Today. – 2013. – № 6 (16). – С. 90–95.
54. Липатова Л. Н. Основные тенденции и проблемы развития человеческого потенциала России в постсоветский период / Л. Н. Липатова, В. Н. Градусова // Управленческое консультирование. – 2019. – № 6 (126). – С. 102–113.

55. Масякин А.В. Анализ ресурсообеспеченности медицинских организаций, оказывающих помощь в амбулаторных условиях по профилю «психиатрия» города Москвы /А.В. Масякин //Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2019. - № 2. – С. 280-294.

56. Мажаева Т. В. Влияние покупательной способности населения на структуру питания и заболеваемость / Т. В. Мажаева // Foodindustry. – 2018. – № 1. – С. 56–66.

57. Макаренцева А. О. Как оценить число инвалидов в России / А. О. Макаренцева, С. А. Васин, Р. Р. Хасанова // Демоскоп Weekly. – 2016. – № 695–696. – С. 1–20.

58. Макаров И. В. Психиатрия детского возраста. Руководство для врачей / - СПб.: Наука и Техника, 2019. - С. 926-937

59. Макушкина О.А., Яздовская А.В. Психиатрическая служба Российской Федерации: вопросы организации и мониторинг показателей (2011-2021 гг.) / О.А. Макушкина, А.В. Яздовская // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. - 2022. - № 4 (117). - С. 72-82.

60. Макушкин Е.В. Детская психиатрическая служба страны: монография / Е.В.Макушкин, Ю.А.Фесенко, Д.Ю. Шигашов, М.А.Бибчук. – М.: Издательство Юрайт. - 2019. - 259 с.

61. Макушкин Е. В. Динамика и сравнительный анализ детской и подростковой заболеваемости психическими расстройствами в Российской Федерации в 2000–2018 годах / Е. В. Макушкин, Н. К. Демчева // Российский психиатрический журнал. – 2019. – № 4. – С. 4–15.

62. Макушкин Е. В. Психическое здоровье детей и подростков в Российской Федерации в 2000–2012 гг. / Е. В. Макушкин, Н. К. Демчева, Н. А. Творогова // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2013. – № 4. – С. 10–19.

63. Малер М.С. Психологическое рождение человеческого младенца: симбиоз и индивидуация / М. С. Малер, Ф. Пайн, А. Бергман // - М.: Когито-Центр, - 2011. – 411 с.
64. Марголина И. А. Психический дизонтогенез у детей, подвергшихся психической депривации / И. А. Марголина, Н. В. Платонова, Г. В. Козловская, М. В.Иванов // Психиатрия. – 2016. – № 1(69). – С. 12-18.
65. Масякин А. В. Анализ ресурсобеспеченности медицинских организаций, оказывающих помощь в амбулаторных условиях по профилю «Психиатрия» города Москвы / А. В. Масякин // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2019. – № 2. – С. 280–294.
66. Менделевич Б. Д. Особенности заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения детского населения Российской Федерации / Б. Д. Менделевич // Социальные аспекты здоровья населения. – 2009. – № 3. – С. 7.
67. Менделевич Б. Д. Оценка влияния региональных показателей на уровень заболеваемости психическими расстройствами детей России / Б. Д. Менделевич, М. П. Шувалова // Вопросы современной педиатрии. – 2009. – № 5. – С. 5–8.
68. Нацун Л. Н. Ограничения жизнедеятельности и негативная самооценка здоровья как индикаторы риска латентной инвалидности: анализ в разрезе половозрастных групп населения / Л. Н. Нацун // Анализ риска здоровью. – 2021. – № 2. – С. 145–155.
69. Нефедьева Д. Л. Особенности течения ante- и перинатального периодов у недоношенных детей: оценка нейробиологических факторов риска, влияющих на развитие ребенка / Д. Л. Нефедьева, М. В. Белоусова // Практическая медицина. – 2019. – Т. 17, № 3. – С. 89–95.
70. Николаева Е. И. Связь интеллекта ребенка с длительностью пребывания в детском доме (на примере приемных семей Республики Хакасия) /

Е. И. Николаева // Психология образования в поликультурном пространстве. – 2016. – № 3 (35). – С. 25–33.

71. Николаева Е. И. Влияние материнской и семейной депривации на уровень интеллекта младшего подростка / Е. И. Николаева, О. Р. Анжиганова // Культурно-исторический подход в современной психологии развития: достижения, проблемы, перспективы : М.: Сб. тез. - 2018. – С. 304-306.

72. О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке ее выдачи [Электронный ресурс] : приказ Минздравсоцразвития РФ от 27.12.2011 г. № 1687н. – Режим доступа : <http://base.garant.ru/70113066/#ixzz6xpljPq84>.

73. О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них [Электронный ресурс] : приказ Минздрава России от 21.12.2012 г. № 1346. – Режим доступа : <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70255102>.

74. О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации [Электронный ресурс] : приказ Минздрава России от 15.02.2013 г. № 72н. – Режим доступа : <https://minzdrav.gov.ru/documents/5528>.

75. Об утверждении «Порядка установления стимулирующих выплат руководителям государственных казенных, бюджетных и автономных учреждений здравоохранения, подведомственных министерству здравоохранения Архангельской области» [Электронный ресурс] : распоряжение Министерства здравоохранения Архангельской области от 30 декабря 2014 года N 112-ро. – Режим доступа: <https://docs.cntd.ru/document/574878848>.

76. Об утверждении значений государственных заданий на оказание государственных услуг (выполнение работ) государственным бюджетным и автономным учреждениям здравоохранения Архангельской области на 2015, 2016, 2017, 2018, 2019 годы соответственно [Электронный ресурс] : Распоряжения Министерства здравоохранения Архангельской области. – Режим доступа : <https://docs.cntd.ru/document/420301486>.



77. Об утверждении Порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью [Электронный ресурс] : приказ Минздрава России от 11.04.2013 г. № 216н. – Режим доступа : <https://minzdrav.gov.ru/documents/5509>.

78. Об утверждении развития системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних на период до 2025 г. [Электронный ресурс] : Распоряжение Правительства Российской Федерации от 22.03.2017 г. № 520-р. – Режим доступа : <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71543618/>.

79. Основные тенденции в состоянии здоровья детей и подростков, проживающих на территории Архангельской области, в критические возрастные периоды / Л. И. Меньшикова, О. А. Игнатова, И. М. Пастбина [и др.] // Вестник Уральской медицинской академической науки. – 2014. – № 2 (48). – С. 81–83.

80. Особенности заболеваемости и физического развития детей, оставшихся без попечения родителей и воспитывающихся в разных социальных условиях / О. М. Филькина, О. Ю. Кочерова, Е. Н. Антышева, Т. В. Слабинская // Вестник Ивановской медицинской академии. – 2016. – Т. 21, № 2. – С. 16–19.

81. Оценка качества проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних в Российской Федерации / А. А. Баранов, Л. С. Намазова-Баранова, Р. Н. Терлецкая [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2017. – № 1. – С. 23–29.

82. Оценка работы специализированной психиатрической помощи детскому населению / В. И. Орел, В. М. Середина, Н. А. Гурьева, Б. Ю. Краснов // Педиатр. – 2016. – Т. 7, № 1. – С. 73–79.

83. Оценка эффективности региональных расходов на здравоохранение в России. Фармакоэкономика / Н. А. Авксентьев, В. М. Байдин, О. А. Зарубина [и др.] // Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. – 2015. – Т. 8, № 4. – С. 10–20.

84. Позолотин В. Е. Применение алгоритмов преобразования данных при анализе временных рядов на предмет устранения выбросов / В. Е. Позолотин, Е.

А. Султанова // Программные системы и вычислительные методы. – 2019. – № 2. – С. 33–42.

85. Приказ Минтруда России от 27.08.2019 N 585н (ред. от 06.10.2021) О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=413705>

86. Проблемы детской инвалидности в переходный период в странах ЦВЕ/СНГ и Балтии : точка зрения «Инноченти». – Florence : ЮНИСЕФ, Исслед. центр «Инноченти», 2005. – 70 с.

87. Проблемы детской инвалидности в современной России / А. А. Баранов, Л. С. Намазова-Баранова, Р. Н. Терлецкая, Е. В. Антонова // Вестник РАМН. – 2017. – Т. 72, № 4. – С. 305–312.

88. Психиатрия : рук. для врачей : в 2 т. / ред. А. С. Тиганов. – М. : Медицина 2012.

89. Психология детей дошкольного возраста. Развитие познавательных процессов / ред. А. В. Запорожца, Д. Б. Эльконина. – М.: Просвещение, 1964. - 352 с.

90. Психология сиротства / Прихожан А.М., Толстых Н.Н. - СПб.: Питер, 2005. - 400 с.

91. Распоряжение Правительства РФ от 23 января 2021 г. № 122-р Об утверждении плана основных мероприятий, проводимых в рамках Десятилетия детства, на период до 2027 года (с изменениями на 25 мая 2022 года) [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://static.government.ru/media/files/3WkqE4GAwQXaIGxpAipFLmqCYZ361Kj0.pdf>

92. Распространенность непсихотических психических расстройств в Сибирском федеральном округе: взаимосвязь с региональными социально-экономическими трендами развития / Н. А. Бохан, А. В. Гычев, Л. Д. Рахмазова,

Н. А. Васильева // Социальная и клиническая психиатрия. – 2015. – Т. 25, № 2. – С. 78–81.

93. Распространенность, структура и динамика психических расстройств и расстройств поведения у детей раннего возраста, воспитывающихся в замещающих семьях / В. В. Чубаровский, Е. Н. Антышева, О. Ю. Кочерова, О. М. Филькина // Здоровье населения и среда обитания. – 2017. – № 7 (292). – С. 37–40.

94. Репринцева Е. В. О тенденциях развития амбулаторно-поликлинического звена в здравоохранении РФ / Е. В. Репринцева // Иннов: электронный научный журнал. – 2018. – № 6 (39). – С. 24.

95. Репринцева Е. В. Экономические аспекты изменения уровня обеспеченности койками в федеральных округах РФ / Е. В. Репринцева // Азимут научных исследований: экономика и управление. – 2018. – Т. 7, № 4 (25). – С. 253–256.

96. Розанов В. А. Психическое здоровье детей и подростков - попытка объективной оценки динамики за последние десятилетия с учетом различных подходов / В. А. Розанов // Социальная и клиническая психиатрия. – 2018. – Т. 28, № 1. – С. 62–73.

97. Руголь Л. В. Влияние кадрового обеспечения первичной медико-санитарной помощи на эффективность ее деятельности / Л. В. Руголь, И. М. Сон, Л. И. Меньшикова // Социальные аспекты здоровья населения. – 2020. – Т. 66, № 3. – С. 10.

98. Русанова Л.С. Комплексная программа сопровождения детей раннего возраста с нарушениями в развитии и/или риском возникновения нарушений в развитии и их родителей «Маленькие ладошки» / Л.С. Русанова, Е.Н. Шипкова, Н.С. Баранцова, О.Ю. Игнатова, Ю.Е. Бугрецова // учебное пособие, 2020. – 212 с.

99. Сергеева Н. М. Направления обеспечения укомплектованности персоналом в медицинском учреждении / Н. М. Сергеева // Карельский научный журнал. – 2017. – Т. 6, № 4 (21). – С. 293–296.

100. Современные тенденции кадрового обеспечения врачами общей практики в Краснодарском крае / С. Н. Алексеенко, А. Н. Редько, В. Р. Хан, И. С. Лебедева // Кубанский научный медицинский вестник. – 2020. – Т. 27, № 2. – С. 18–28.
101. Состояние заболеваемости психическими расстройствами детей и подростков в Северо-Западном федеральном округе / И. В. Макаров, В. Э. Пашковский, Ю. А. Фесенко, Н. В. Семёнова // Российский психиатрический журнал. – 2019. – № 6. – С. 16–24.
102. Состояние здоровья детей первого года жизни, родившихся недоношенными / В. Р. Амирова, А. Я. Валиулина, А. А. Залалова, О. В. Рыбалко // Медицинский вестник Башкортостана. – 2019. – № 1 (79). – С. 69–77.
103. Состояние здоровья детей современной России / А. А. Баранов, В. Ю. Альбицкий, Л. С. Намазова-Баранова, Р. Н. Терлецкая. – М. : ПедиатрЪ, 2020. – 116 с.
104. Стародубов В. И. Как анализировать системы здравоохранения и формировать стратегии / В. И. Стародубов, Г. Э. Улумбекова // ОРГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ. – 2016. – № 1 (3). – С. 33–52.
105. Сухарева Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста / М.: Медгиз, 1955. - Т.1 - 448 с.
106. Телеш О. В. Возможные пути снижения младенческой смертности в отдельных регионах РФ / О. В. Телеш, Ю. В. Петренко, Д. О. Иванов // Педиатр. – 2017. – № 1. – С. 89–94.
107. Тенденции заболеваемости и динамика хронизации патологии у детей 0-14 лет в Российской Федерации / М. Н. Бантьева, Е. М. Маношкина, Т. А. Соколовская, Э. Н. Матвеев // Социальные аспекты здоровья населения. – 2019. – № 5 (65). – С. 10.
108. Тенденции заболеваемости и состояние здоровья детского населения Российской Федерации / А. А. Баранов, В. Ю. Альбицкий, А. А. Иванова [и др.] // Российский педиатрический журнал. – 2012. – № 6. – С. 4–9.

109. Теркаспарьянц Н. С. Оценка кадрового потенциала психиатрической службы города Москвы / Н. С. Теркаспарьянц, А. В. Масякин // Социология. – 2018. – № 1. – С. 203–210.

110. Трущелёв С.А., Инвалидность вследствие психических расстройств в Российской Федерации / КекелидзеЗ.И., ДемчеваН.К. // Российский психиатрический журнал. – 2019. - №3. – С.4-10

111. Улумбекова Г. Э. Демографические показатели детей и подростков / Г. Э. Улумбекова, А. В. Калашникова, А. В. Мокляченко // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучения. Вестник ВШОУЗ. – 2016. – № 3-4 (5-6). – С. 18–33.

112. Федеральная служба государственной статистики (Росстат) : сайт. – Режим доступа : <http://www.gks.ru>.

113. Федеральный проект «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru/poleznyeresursy/natsproektzdravoohranenie/kadry>.

114. Федеральный проект «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <https://www.rosminzdrav.ru/poleznyeresursy/natsproektzdravoohranenie/pervichka>.

115. Фесенко Ю. А. Организация лечебно-консультативной помощи детям в условиях крупного городского психиатрического центра / Ю. А. Фесенко // Медицина: теория и практика. – 2019. – Т. 4, № 5. – С. 568–569.

116. Фрейберг С. Призраки в детской: психоаналитический подход к нарушенным отношениям младенца и матери / С. Фрейберг, Э.Адельсон, В. Шапиро // Журнал Американской академии детской психиатрии. – 1975. - № 14 (3). – С. 387-422.

117. Фрейд А. Разлука с матерью. Лишенные родительского попечительства: Хрестоматия: Учебное пособие / ред. В.С.Мухина. М.: Просвещение - 1991. - С. 142–143.

118. Чуркин А. А. Динамика показателей распространенности непсихотических психических расстройств, среди детей и подростков в г. Москве

в 2000-2009 гг. / А. А. Чуркин, Е. А. Ходырева // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2011. – № 11. – С. 3–9.

119. Шестилетний тренд динамики инвалидности детей и подростков, страдающих психическими заболеваниями / А. Г. Головина, О. П. Шмакова, О. В. Овсянникова [и др.] // Детская психиатрия: современные вопросы диагностики, терапии, профилактики и реабилитации: сб. материалов Всерос. научно-практ. конф. с международ. участием. – Санкт-Петербург, 2014. – С. 13–14.

120. Шмакова О. П. Структурно-динамические особенности ранней инвалидности вследствие психических болезней // Медико-фармацевтический журнал «Пульс». – 2020. – Т. 22, № 10. – С. 62–67.

121. Шматова Ю. Е. Позитивные и негативные тенденции в сфере общественного психического здоровья населения России в 2005-2018 годах / Ю. Е. Шматова // Society and Security Insights. – 2020. – Т. 3, № 4. – С. 202–214.

122. Шпиц Р.А. Первый год жизни: психоаналитическое исследование нормального и отклоняющегося развития объектных отношений / Рене А. Шпиц, У. Годфри Коблинер // - Москва: Академический Проект, 2006. - 351 с.

123. Шульгина С. В. Общественное мнение в оценке эффективности системы здравоохранения / С. В. Шульгина // Современная медицина: актуальные вопросы. – 2015. – № 40. – С. 79–83.

124. Эльконин Д.Б. К проблеме периодизации психического развития в детском возрасте / Д.Б. Эльконин // Вопросы психологии. - 1971. - № 4. - С.6-20

125. Эпидемиология нарушений психического развития в детском возрасте / Н. В. Филиппова, Ю. Б. Барыльник, Е. В. Бачило, А. С. Исмаилова // Российский психиатрический журнал. – 2015. – № 6. – С. 45–51.

126. Эпидемиология расстройств шизотипического спектра и некоторые показатели качества жизни больных / Е. Л. Усачева, О. Ф. Панкова, Р. О. Макаров, М. А. Чумак // Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. – 2013. – № 6. – С. 38–41.

127. Яздовская А. В. Динамика первичной заболеваемости психическими расстройствами непсихотического характера в РФ и федеральных округах в 1991–

2017 гг. / А. В. Яздовская, Н. К. Демчева, Б. А. Казаковцев // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2019. – № 3 (110). – С. 16–26

128. Ярославцева И.В. Психическая депривация в детском и подростковом возрасте. – Иркутск: Изд-во ИГУ, 2014. – 190 с.

129. Ясакова А. Р. Проблемы кадрового обеспечения в системе здравоохранения / А. Р. Ясакова, Е. В. Шестакова // Проблемы современной науки и образования. – 2017. – № 38 (120). – С. 26–30.

130. A review of vulnerability and risks for schizophrenia: Beyond the two hit hypothesis / J. Davis, H. Eyre, F. N. Jacka [et al.] // *Neurosci. Biobehav. Rev.* – 2016. – Vol. 65. – P. 185–194.

131. Akcinar B. Development of externalizing behaviors in the context of family and non-family relationships / B. Akcinar, N. Baydar // *Journal of Child and Family Studies.* – 2016. – Vol. 25. – P. 1848–1859.

132. Barua Bacchus. Provincial Healthcare Index 2013. Studies in Health Policy. FraserInstitute. <http://www.fraserinstitute.org>.

133. Benchmarking statewide trauma mortality using Agency for Healthcare Research and Quality's patient safety indicators / D. Ang, M. McKenney, S. Norwood [et al.] // *Journal of Surgical Research.* – 2015. – Vol. 198. – P. 34–40.

134. Chow G. C. Tests of equality between sets of coefficients in two linear regressions / G. C. Chow // *Econometrica.* – 1960. – Vol. 28. – P. 591–605.

135. Diagnosis, treatment, and prevention of 2019 novel coronavirus infection in children: experts' consensus statement / K. Shen, Y. Yang, T. Wang [et al.] // *World J. Pediatr.* – 2020. – N 16. – P. 223–231.

136. Effect of early institutionalization and foster care on long-term white matter development: a randomized clinical trial / J. Bick, T. Zhu, C. Stamoulis [et al.] // *JAMA Pediatr.* – 2015. – Vol. 169, N 3. – P. 211–219.

137. Effects of targeting lower versus higher arterial oxygen saturations on death or disability in preterm infants / L. M. Askie, B. A. Darlow, P. G. Davis [et al.] // *The Cochrane Database Syst. Rev.* – 2017. – Vol. 11, N 4. – P. CD011190.

138. Extremely low gestational age and very low birthweight for gestational age are risk factors for autism spectrum disorder in a large cohort study of 10-year-old children born at 23–27 weeks' gestation / R. M. Joseph, S. J. Korzeniewski, E. N. Allred [et al.] // *Am. J. Obstet. Gynecol.* – 2017. – Vol. 216, N 3. – P. 1–16.

139. Gabrielli J. Associations between maltreatment history and severity of substance use behavior in youth in foster care / J. Gabrielli, Y. Jackson, S. Brown // *Child. Maltreatment.* – 2016. – Vol. 21, N 4. – P. 298–307.

140. Global population of children 2100. Statista. (2019) [Electronic resource]. – Access mode : <https://www.statista.com/statistics/678737/total-number-of-children-worldwide>.

141. Impact of COVID-19 and lockdown on mental health of children and adolescents: A narrative review with recommendations / S. Singh, D. Roy, K. Sinha [et al.] // *Psychiatry. Res.* – 2020. – Vol. 293. – P. 113429.

142. Kaushik A. The stigma of mental illness in children and adolescents: A systematic review / A. Kaushik, E. Kostaki, M. Kyriakopoulos // *Psychiatry Res.* – 2016. – Vol. 243. – P. 469–494.

143. Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication--Adolescent Supplement (NCS-A) / K. R. Merikangas, J. P. He, M. Burstein [et al.] // *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry.* – 2010. – Vol. 49, N 10. – P. 980–999.

144. Lu W. Adolescent depression: national trends, risk factors, and healthcare disparities / W. Lu // *American Journal of Health Behavior.* – 2019. – N 43. – P. 181–194.

145. Mental health and well-being trends among children and young people in the UK, 1995–2014: analysis of repeated cross-sectional national health surveys / J. Pitchforth, K. Fahy, T. Ford [et al.] // *Psychological Medicine.* – 2019. – Vol. 49. – P. 1275–1285.

146. Neonatal diffusion tensor brain imaging predicts later motor outcome in preterm neonates with white matter abnormalities / D. Y. Kim, H. K. Park, N. S. Kim [et al.] // *Ital. J. Pediatr.* – 2016. – Vol. 42, N 1. – P. 104.



147. Prevalence of mental disorders and associated disability: Results from the cross-sectional CZEch mental health Study (CZEMS) / T. Formánek, A. Kagström, P. Cermakova [et al.] // *European psychiatry*. – 2019. – Vol. 60. – P. 1–6.

148. Rapoport J. L. Childhood onset schizophrenia: support for a progressive neurodevelopmental disorder / J. L. Rapoport, N. Gogtay // *Int. J. Dev. Neurosci.* – 2011. – Vol. 29, N 3. – P. 251–258.

149. Reiss F. Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: a systematic review / F. Reiss // *Soc. Sci. Med.* – 2013. – Vol. 90. – P. 24–31.

150. Reproductive planning, vitamin knowledge and use, and lifestyle risks of women attending pregnancy care with a severe mental illness / J. Frayne, Y. Hauck, T. Nguyen [et al.] // *Scand. J. Prim. Health Care*. – 2021. – Vol. 39, N 1. – P. 60–66.

151. Risk of neurodevelopmental impairment for outbornextremelypreterm infants in an Australian regional network / K. Mahoney, B. Bajuk, J. Oei [et al.] // *J. Matern. Fetal. Neonatal. Med.* – 2017. – Vol. 30, N 1. – P. 96–102.

152. The incidence of schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders in Denmark in the period 2000-2012. A register-based study / J. O. G. Kühl, T. M. Laursen, A. Thorup, M. Nordentoft // *Schizophr. Res.* – 2016. – Vol. 176, N 2-3. – P. 533–539.

153. The multicenter benchmarking study of burn injury: A content analysis of the outcome measures using the international classification of functioning, disability and health / C. L. Osborne, C. Petersson, J. E. Graham [et al.] // *Burns*. – 2016. – Vol. 42. – P. 1396–1403

154. Vitamin D, Folate and the Intracranial Volume in Schizophrenia and Bipolar Disorder and Healthy Controls / K. N. Jørgensen, V. Lonning, A. O. Berg [et al.] // *Sci. Rep.* – 2018. – Vol. 8, N 1. – P. 10817.

## Приложение А. Постановка условий и выполнение отдельных математико-статистических вычислений

### *Вычисление вклада отдельных нозологических групп в динамику заболеваемости*

Выделим для анализа три периода – 2010-2015, 2015-2018 и 2018-2022 гг. Изменение первичной заболеваемости психическими расстройствами генерируется тремя группами заболеваний. Пусть  $I_{\Delta}$  – изменение первичной заболеваемости за периоды 2010-2015, 2015-2018, 2018-2020 соответственно  $I_a$  – изменение заболеваемости в группе «Психозы и состояния слабоумия»,  $I_b$  – изменение заболеваемости в группе «Психические расстройства непсихотического характера»,  $I_c$  – изменение заболеваемости в группе «Умственная отсталость» за эти же периоды,  $a_0, b_0, c_0$  – показатели заболеваемости по соответствующим группам в 2010, 2015, 2018 годах, т.е. базисные показатели для периодов 2010-2015, 2015-2018 и 2018-2022 соответственно,  $a_1, b_1, c_1$  – показатели заболеваемости по соответствующим группам в 2015, 2018 и 2022 году.

Исходное уравнение:  $I_{\Delta} = I_a + I_b + I_c$ .

Тогда:

$$I_{\Delta} = \frac{(a_1 + b_0 + c_0)}{(a_0 + b_0 + c_0)} + \frac{(a_0 + b_1 + c_0)}{(a_0 + b_0 + c_0)} + \frac{(a_0 + b_0 + c_1)}{(a_0 + b_0 + c_0)} = \left( \left( \frac{(a_1 + b_0 + c_0)}{(a_0 + b_0 + c_0)} \right) * 100 - 100 \right) + \left( \left( \frac{(a_0 + b_1 + c_0)}{(a_0 + b_0 + c_0)} \right) * 100 - 100 \right) + \left( \left( \frac{(a_0 + b_0 + c_1)}{(a_0 + b_0 + c_0)} \right) * 100 - 100 \right)$$

### *Вычисление вклада отдельных возрастных групп и нозологий в динамику инвалидности*

Обобщённая система индексов:

$$I_{\Delta} = I_a + I_b + I_c + I_d,$$

где  $I_{\Delta}$  – общее изменение инвалидности в связи с психическими расстройствами за 2010-2020 гг,  $I_a$  – изменение инвалидности в группе 0-4 года,  $I_b$  – изменение инвалидности в группе 5-9 лет,  $I_c$  – изменение инвалидности в группе

10-14лет,  $I_d$ - изменение инвалидности в группе 15-17лет, или  $I_a$ - изменение инвалидности вследствие умственной отсталости,  $I_b$ - изменение инвалидности, обусловленное прочими психическими расстройствами. Обозначим  $a_0, b_0, c_0$  и  $d_0$  значения коэффициентов инвалидности для возрастных периодов 0-4, 5-9, 10-14 и 15-17 лет соответственно в базисном годе наблюдения (в 2010), тогда  $a_1, b_1, c_1$  и  $d_1$ - значения коэффициентов в этих же возрастных периодах в 2020 году. Аналогично,  $a_0, b_0$ - уровни показателей умственной отсталости и прочих психических расстройств в 2010г,  $a_1, b_1$ - в 2020 году.

Развернутая система индексов (для нозологических единиц без  $c_0, d_0, c_1$  и  $d_1$ ):

$$I_{\Delta} = \frac{(a_1 + b_0 + c_0 + d_0)}{(a_0 + b_0 + c_0 + d_0)} + \frac{(a_0 + b_1 + c_0 + d_0)}{(a_0 + b_0 + c_0 + d_0)} + \frac{(a_0 + b_0 + c_1 + d_0)}{(a_0 + b_0 + c_0 + d_0)} + \frac{(a_0 + b_0 + c_0 + d_1)}{(a_0 + b_0 + c_0 + d_0)}$$

$$= \left( \left( \frac{(a_1 + b_0 + c_0 + d_0)}{(a_0 + b_0 + c_0 + d_0)} \right) * 100 - 100 \right) + \left( \left( \frac{(a_0 + b_1 + c_0 + d_0)}{(a_0 + b_0 + c_0 + d_0)} \right) * 100 - 100 \right)$$

$$+ \left( \left( \frac{(a_0 + b_0 + c_1 + d_0)}{(a_0 + b_0 + c_0 + d_0)} \right) * 100 - 100 \right) + \left( \left( \frac{(a_0 + b_0 + c_0 + d_1)}{(a_0 + b_0 + c_0 + d_0)} \right) * 100 - 100 \right)$$

***Расчет вклада отдельных элементов кадровой обеспеченности в общую обеспеченность детскими врачами-психиатрами.***

Общее изменение обеспеченности детско-подростковыми психиатрами:  $I_{\Delta} = I_a + I_b$

Развёрнуто  $I_{\Delta} = (((a_1 + b_0) / (a_0 + b_0)) * 100 - 100) + (((a_0 + b_1) / (a_0 + b_0)) * 100 - 100)$

Условные обозначения:  $I_{\Delta}$  – изменение уровня общей обеспеченности детско-подростковыми врачами-психиатрами за 2010-2019гг,  $I_a$  – изменение за тот же период обеспеченности участковыми детско-подростковыми психиатрами,  $I_b$  – изменение за тот же период обеспеченности детско-подростковыми психиатрами не участкового звена,  $a_1, b_1$ , - показатели обеспеченности в 2019 году,  $a_0, b_0$  - показатели обеспеченности в 2010 году.

*Оценка влияния на обеспеченность врачами численности врачей и численности населения*

Примем за основу два очевидных факта:

1. Вычислительно, обеспеченность врачами рассчитывается по формуле:

$$Z = a/b \cdot 10000$$

где  $a$  – число врачей,  $b$  – численность населения

2. Изменение динамики коэффициентов обеспеченности в долях единицы (статистически – базисный темп роста в долях единицы):

$$Z_{\Delta} = Z_1 / Z_0$$

где  $Z_1$  = значение коэффициента в расчетном (отчетном) периоде,  $Z_0$  = значение коэффициента в базисном периоде.

Далее, пусть  $a_1$  – число врачей в отчетном периоде,  $a_0$  – число врачей в базисном периоде,  $b_1$  – численность населения в отчетном периоде,  $b_0$  – численность населения в базисном периоде.

Развернём изменение динамики коэффициентов обеспеченности (в долях единицы):

$$Z_{\Delta} = (a_1 / b_1) / (a_0 / b_0)$$

Исключим влияние численности населения:  $Z_{\text{учл1}} = a_1 / b_0$ , исключим влияние числа врачей  $Z_{\text{учл1}} = a_0 / b_1$  (4)

Выражение для первого исключения:  $Z_{\Delta} = (a_1 / b_0) / (a_0 / b_0)$ .

Выражение для второго исключения:  $Z_{\Delta} = (a_0 / b_1) / (a_0 / b_0)$ .

### ***Расчет прогноза первичной заболеваемости детей психическими расстройствами и расстройствами поведения***

1. Этап. Динамический ряд проверен на наличие аномальных значений (выбросов) методом Ирвина.

2. Этап. Для прогнозирования использована модель авторегрессии проинтегрированного скользящего среднего (АРПСС, ARIMA). Горизонт прогноза составил три периода наблюдения, то есть 2023, 2024, 2025 годы.

## Приложение Б. Индивидуальная карта сопровождения и реабилитации ребенка

### Карта оценки

#### индивидуальной программы сопровождения и реабилитации ребенка

**Ф.И.О.** ребенка, возраст \_\_\_\_\_

**Место проживания** \_\_\_\_\_

**Социальный статус** (подчеркнуть, указать): ребенок – сирота, оставшийся без попечения родителей, помещен в учреждение временно (родители не лишены прав) \_\_\_\_\_

**Период госпитализации** в Центр детской и подростковой психиатрии ГБУЗ АО «АКПБ»

с \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. по \_\_\_\_\_

(заполняют сотрудники учреждения для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей: медицинский работник, психолог, социальный педагог, воспитатель).

Карта возвращается в Центр детской и подростковой психиатрии в случае повторной госпитализации ребенка

Медицинский блок	а	б	в	г
<b>1. Получал ли ребенок поддерживающее лечение после выписки по рекомендации врача-психиатра (нарколога) стационара?</b>				
а) да, получал в соответствии с рекомендациями				
б) не получал лечение в связи с отсутствием лекарственного препарата				
в) не получал лечение в связи с отказом от приема лекарств				
г) получал лечение нерегулярно, только при ухудшении состояния				
<b>2. Проводились ли ребенку консультации врачом-психиатром по месту жительства с целью наблюдения за состоянием или коррекции терапии?</b>				
а) проводились: 1 раз,				
б) проводились неоднократно				
в) консультации не проводились				
г) по месту жительства нет врача-психиатра (нарколога)				
<b>3. Изменялась ли лекарственная терапия, рекомендованная врачом-психиатром стационара:</b>				
а) не изменялась, получал лекарственные препараты по рекомендации стационара				
б) изменялась после консультации врачом-психиатром по месту жительства				
в) терапию меняли самостоятельно в условиях детского дома				
<b>4. Как ребенок переносил поддерживающее лечение?</b>				
а) удовлетворительно				
б) отмечались побочные действия лекарственных препаратов (сонливость, слабость, скованность в движениях, слюнотечение, тремор, заторможенность и т.д.)				
<b>5. Основные проявления заболевания у ребенка (подчеркнуть):</b>				
- нарушения сна				
-агрессивное поведение				
-суицидальные высказывания, попытки				
-употребление психоактивных веществ				
-депрессия				
-нарушение коммуникации с детьми				
-уходы с территории детского дома				
- галлюцинации				
-иное (указать): _____				
Дополнительные сведения:				

<b>Педагогический блок</b>				
(педагогу оценить ребенка по шкале от 1 до 5)				
<b>Образовательный маршрут:</b> общеобразовательная программа, адаптированная основная общеобразовательная программа для обучающихся с множественными нарушениями индивидуальное обучение _____				
1. Я нахожу подход к ребенку:	1	2	3	4 5
2. Ребенок понимает объяснения учителя и выполняет задания:	1	2	3	4 5
3. Во время занятия часто отвлекается на посторонние дела:	1	2	3	4 5
4. Ребенок может самостоятельно работать во время урока:	1	2	3	4 5
5. Ребенок общается с учителем без конфликтов:	1	2	3	4 5
6. Ребенок соблюдает правила поведения на уроке	1	2	3	4 5
7. Ребенок выполняет домашние задания:	1	2	3	4 5
8. Ребенок пропускает занятия без уважительной причины:	1	2	3	4 5
9. Ребенку требуется индивидуальное обучение:	1	2	3	4 5
10. Ребенок умеет работать с книгой:	1	2	3	4 5
11. Знания и навыки у ребенка не соответствуют требованиям программы данного класса:	а) да		б) нет	
12. Ребенок в поведении на занятиях непредсказуем:	1	2	3	4 5
13. Дополнительные сведения:				
<b>Психологический блок</b>				
<b>1. Проводились ли с ребенком психокоррекционные занятия (индивидуальные или групповые):</b>	<b>а</b>	<b>б</b>	<b>в</b>	
а) да, проводились				
б) нет, не проводились				
<b>2. Проводились ли психообразовательные занятия с законными представителями/воспитателями:</b>				
а) да, проводились				
б) нет, не проводились				
<b>3. Отмечена ли положительная динамика в психическом состоянии после занятий с психологом:</b>				
а) да				
б) нет				
в) незначительная				
<b>3. Проводилась ли дополнительно психологическая диагностика:</b>				
а) да				
б) нет				
(указать результаты при наличии) _____				
<b>Социальный блок</b>				
<b>1. Проводится ли работа с родителями:</b>	<b>а</b>	<b>б</b>	<b>в</b>	
а) да				
б) нет				
в) не нуждается				
<b>2. Проводится ли обучение ребенка социально-бытовым навыкам:</b>				
а) да				
б) нет				

<b>3. Проводится ли обучение ребенка навыкам самообслуживания:</b> а) да б) нет			
<b>4. Ребенок:</b> а) нуждается в мерах социальной защиты (направлении на МСЭ) б) имеет категорию ребенок-инвалид в) не нуждается в установлении инвалидности			
<b>5. Осуществляется ли контроль за выполнением ИПРА ребенка-инвалида:</b> а) да б) нет в) не имеет инвалидности			
<b>6. Нуждается в постановке на очередь в интернат, так как после совершеннолетия самостоятельно прожить не сможет</b> а) да, нуждается б) нет, не нуждается в) решение не принято причина: _____ <b>7. Нуждается ли в решении вопроса о признании недееспособным или в ограничении дееспособности</b> а) да, нуждается б) нет, не нуждается			
<b>Воспитатель</b>			
<b>1. Игры, занятия, которые увлекают ребенка (указать):</b> _____ _____ <b>2. Особенности поведения в конфликтной ситуации (провоцирует конфликты, агрессивно реагирует на обиды со стороны других детей, может ударить, может контролировать себя):</b> _____ _____ <b>3. Сон у ребенка (трудности засыпания, прерывистый сон, достаточный хороший сон, снохождение, сноговорение, энурез, прочее указать):</b> _____ _____ <b>4. Аппетит у ребенка (снижен, повышен, достаточный):</b> _____ <b>5. Особенности черты характера ребенка (указать):</b> _____ _____ _____			

## Приложение В. Положение о службе сопровождения детей

3

Утверждаю:

Главный врач ГБУЗ Архангельской области «АКПБ»

В.А. Яшкович

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ год

### ПОЛОЖЕНИЕ о Службе сопровождения детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, с ментальными нарушениями

#### 1. Общие положения

Служба сопровождения детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, с ментальными нарушениями (далее – Служба сопровождения) создается на базе Центра детской и подростковой психиатрии ГБУЗ АО «АКПБ» в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ, Федеральным законом «Об основных гарантиях прав ребенка в РФ» от 9 июля 1998 г., распоряжением Правительства Российской Федерации от 22 марта 2017 г. № 520-р, письмом Минздрава России от 25 мая 2017 г. № 15-2/10/2-3461 «Об организации трехуровневой системы медико-социальной помощи детям в трудной жизненной ситуации и в целях улучшения качества жизни детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, имеющих ментальные нарушения, профилактики психических расстройств, снижения частоты повторных госпитализаций в психиатрический стационар детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей»

В своей деятельности Служба сопровождения руководствуется Конституцией Российской Федерации, федеральными законами, указами и распоряжениями Президента Российской Федерации, постановлениями и распоряжениями Правительства Российской Федерации, нормативными правовыми актами федеральных органов исполнительной власти, законами и иными нормативными правовыми актами Архангельской области, распоряжениями министерства здравоохранения Архангельской области.

Служба сопровождения функционирует во взаимодействии с ГБУ «Центр Надежда», ГАУ Архангельской области «Молодежный Центр», Архангельский Центр медицинской профилактики, органами опеки и попечительства Архангельской области, учреждениями для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

#### II. Функции Службы сопровождения

1. Оказание специализированной психиатрической помощи детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей, детям с суицидальным поведением, в т.ч. несуицидальным самоповреждающим поведением, детям, пережившим жестокое отношение и пр., с ментальными нарушениями (диагностика, лечение и реабилитация).

2. Профилактика психических расстройств у детей сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, профилактика суицидального поведения у детей и подростков.



3. Разработка и контроль за реализацией программы сопровождения и реабилитации ребенка – сироты после окончания курса стационарного лечения.

4. Повышение компетентности специалистов учреждений для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей по вопросам психического здоровья воспитанников, в т.ч. профилактике суицидов.

5. Консультирование замещающих семей с целью профилактики психического неблагополучия у детей, раннего выявления психических расстройств.

6. Консультирование и сопровождение замещающих семей, имеющих детей с ментальными нарушениями, с целью снижения возвратов детей в учреждения для детей-сирот.

7. Участие специалистов Службы сопровождения в семинарах, круглых столах, встречах и других совместных мероприятиях со специалистами учреждений для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей в целях реализации индивидуальных программ сопровождения и реабилитации ребенка.

8. Организационно-методическая помощь специалистам Новодвинского детского дома – интерната по вопросам психического здоровья, консультирование детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, имеющих инвалидность в связи с психическим расстройством.

### **III. Порядок создания и деятельности Службы сопровождения**

Служба сопровождения создается приказом главного врача учреждения, Положение о Службе, регламентирующее цели, задачи, состав Службы, утверждается главным врачом.

Деятельность Службы сопровождения организует заведующий Центром детской и подростковой психиатрии ГБУЗ Архангельской области «АКПБ».

В состав Службы сопровождения включаются:

1. Специалисты диспансерного психиатрического отделения ГБУЗ Архангельской области «АКПБ» (заведующий отделением, врачи-психиатры, врач-психотерапевт, психологи, логопед).

2. Специалисты Центра детской и подростковой психиатрии ГБУЗ Архангельской области «АКПБ» (заведующий детским, подростковым отделением, врачи-психиатры, врач-педиатр, психологи, специалист по социальной работе, учитель-дефектолог, логопед, воспитатели, педагоги).

Программа сопровождения и реабилитации ребенка-сироты и оставшегося без попечения родителей (далее - Программа сопровождения) разрабатывается в период курса лечения в условиях психиатрического стационара, корректируется в динамике после выписки из стационара и включает следующие разделы:

1. Медицинский блок (терапевтические мероприятия в условиях диспансерного отделения, стационара).

2. Психологический блок (первичная патопсихологическое исследование, рекомендации психолога по сопровождению в условиях детского дома).

3. Педагогический блок (образовательный маршрут, рекомендации для воспитателя и педагога).

4. Медико-социальный блок (решение вопросов установления инвалидности и пр.).

5. Организация досуговой деятельности, рекомендации по улучшению социального функционирования, социализации.

Контроль за реализацией и оценка результативности Программы сопровождения осуществляется совместно со специалистами учреждения для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей с периодичностью не реже 1 раз в квартал, и по мере необходимости. Для оценки результатов наблюдения ребенка в динамике используется Карта учета результатов сопровождения ребенка, которую заполняют специалисты учреждений (педагоги, медицинские работники, психологи, воспитатели). При повторном поступлении ребенка в стационар Карта учета результатов сопровождения должна быть передана специалистам Службы сопровождения.

Утвержден  
постановлением комиссии по делам  
несовершеннолетних и защите их прав  
при Правительстве Архангельской области  
№ 8/2 от 07.08.2017  
(с изменениями и дополнениями  
от 27.11.2019 постановление № 11/2  
от 25.02.2022 постановление 2/2)

**Порядок  
межведомственного взаимодействия по профилактике  
суицидальных попыток, несуицидального самоповреждающего  
поведения и суицидов несовершеннолетних  
(далее – Порядок)**

**1. Общие положения**

1. Настоящий межведомственный Порядок разработан с целью оказания своевременной комплексной помощи (медицинской, социально-психологической, психолого-педагогической помощи) несовершеннолетним и их родителям.

Комплексная помощь несовершеннолетнему, пережившему попытку суицида и его семье, проводится в сроки, необходимые для устранения причин и условий, способствовавших суицидальному поведению;

устранения негативных последствий попытки суицида для физического и психического здоровья несовершеннолетнего.

Результатом оказания помощи является стабилизация психоэмоционального состояния несовершеннолетнего, пережившего попытку суицида, мобилизация его физических, духовных, личностных, интеллектуальных ресурсов для выхода из кризисного состояния, расширение диапазона приемлемых средств для самостоятельного решения возникших проблем и преодоления трудностей, укрепление уверенности в себе.

**2. Задачи межведомственного взаимодействия:**

обеспечение взаимодействия субъектов системы профилактики в процессе проведения комплексной помощи с детьми, совершившими суицидальные попытки, а также их семьями;

обеспечение взаимодействия субъектов системы профилактики в процессе проведения комплексной помощи с окружением детей, совершивших суицид;

организация раннего выявления несовершеннолетних, склонных к суицидальному поведению;

анализ кризисной ситуации, выявление и установление причины попыток суицидов среди несовершеннолетних.



профилактика рецидивного суицидального поведения несовершеннолетнего, совершившего суицидальную попытку;

разработка, выполнение плана совместных действий специалистов по проведению индивидуальной профилактической работы с ребенком-суицидентом, его семьей, социальным окружением;

мотивация родителей на защиту интересов ребенка;

направление детей и родителей в организации и учреждения для получения комплексной помощи с выдачей рекомендаций по работе с семьей;

организация обмена информацией о несовершеннолетних в случае незавершенного суицида и о ходе выполнения плана индивидуальной профилактической работы (далее – план ИПР) с ребенком-суицидентом, его семьей, социальным окружением;

внедрение в систему деятельности специалистов субъектов системы профилактики мониторинга по выявлению суицидальных попыток, несуицидального самоповреждающего поведения, суицидов и организации дальнейшей комплексной помощи.

Субъекты, работающие с несовершеннолетними, совершившими суицидальную попытку, несуицидальное самоповреждающее поведение, несут персональную ответственность за разглашение информации, доступной им в силу служебных обязанностей для сохранения стабильного эмоционального состояния несовершеннолетнего, предупреждения повторных рисков.

### 3. Субъекты межведомственного взаимодействия.

Участниками межведомственного взаимодействия по оказанию помощи несовершеннолетним и их семьям в случае суицидальных попыток и суицидов являются:

комиссия по делам несовершеннолетних и защите их прав при Правительстве Архангельской области

министерство труда, занятости и социального развития Архангельской области

министерство образования Архангельской области

министерство здравоохранения Архангельской области

Управление Министерства внутренних дел Российской Федерации по Архангельской области

Следственное управление Следственного комитета по Архангельской области и Ненецкому автономному округу

муниципальные комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав

государственные медицинские организация Архангельской области

учреждения социального обслуживания населения, подведомственные министерству труда, занятости и социального развития Архангельской области, осуществляющие функции по профилактике безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних,

органы опеки и попечительства муниципальных образований

муниципальные органы управления образованием  
государственные и муниципальные образовательные организации  
территориальные органы внутренних дел  
иные органы, организации и учреждения, участвующие в процессе оказания помощи несовершеннолетним в случае суицидальных попыток и суицидов.

Взаимодействие субъектов осуществляется путем обмена информацией, осуществления совместных мероприятий, участия в совещаниях и проведения профилактической работы с семьей и несовершеннолетним, совершившим суицидальную попытку, несуицидальное самоповреждающее поведение либо суицид.

#### 4. Термины и определения:

**Дети, находящиеся в трудной жизненной ситуации** (согласно статье 1 Федерального закона от 24 июля 1998 г. N 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации») – дети, оставшиеся без попечения родителей; дети-инвалиды; дети с ограниченными возможностями здоровья, то есть имеющие недостатки в физическом и (или) психическом развитии; дети – жертвы вооруженных и межнациональных конфликтов, экологических и техногенных катастроф, стихийных бедствий; дети из семей беженцев и вынужденных переселенцев; дети, оказавшиеся в экстремальных условиях; дети – жертвы насилия; дети, отбывающие наказание в виде лишения свободы в воспитательных колониях; дети, находящиеся в специальных учебно-воспитательных учреждениях; дети, проживающие в малоимущих семьях; дети с отклонениями в поведении; дети, **жизнедеятельность которых объективно нарушена в результате сложившихся обстоятельств и которые не могут преодолеть данные обстоятельства самостоятельно или с помощью семьи.**

**Ребенок-суицидент** – несовершеннолетний в возрасте до 18 лет, совершивший попытку суицида, либо демонстрирующий суицидальные намерения.

**Суицидальное поведение** – вариант поведения личности, характеризующийся осознанным желанием покончить с собой (цель – смерть, мотив – разрешение или изменение психотравмирующей ситуации путем добровольного ухода из жизни), то есть любые внутренние и внешние формы психических актов, направляемые представлениями о лишении себя жизни. Имеет определенные формы, способы осуществления, стадии развития, предикторы, факторы риска.

**Суицид (самоубийство)** – осознанные преднамеренные действия, направленные на добровольное лишение себя жизни и приведшие к смерти;

**Суицидальная попытка** – суицидальный акт, не завершившийся летально.

**Несуицидальное самоповреждающее поведение** – наносимые себе повреждения, не поддерживаемые желанием уйти из жизни, с целью привлечения внимания, снятия напряжения или улучшения самочувствия.



**Психологический дебрифинг после завершения суицида несовершеннолетнего** – специально организованная процедура, которая представляет собой групповой психолого-педагогический метод дискуссии под руководством специалистов-психологов, предназначенный для минимизации негативных психологических последствий суицида и профилактики суицидального поведения несовершеннолетних.

**Межведомственное взаимодействие органов системы профилактики** – комплекс мер по осуществлению сотрудничества органов системы профилактики, направленного на профилактику суицидального поведения несовершеннолетних. Межведомственное взаимодействие включает такие формы сотрудничества, как информационный обмен, разработка единого порядка действий, проведение совместных мероприятий.

**Муниципальная группа оперативного реагирования** – рабочая группа, состоящая из специалистов здравоохранения, образования, учреждений социального обслуживания, органов опеки и попечительства, территориальных отделов полиции с целью оказания комплексной помощи подростку с суицидальным поведением и его окружению.

**Куратор случая** – специалист, сопровождающий несовершеннолетнего и (или) его семью с целью преодоления кризисного состояния.

Куратор является посредником между несовершеннолетним и (или) семьей и муниципальной группой оперативного реагирования.

Под организацией **медицинской помощи** понимается система лечебно-профилактических мероприятий, направленных на оказание специализированной помощи несовершеннолетним с суицидальными (аутоагрессивными) проявлениями. Медицинскую помощь оказывает медицинская организация по месту жительства (пребывания) несовершеннолетнего. В случае отсутствия специалиста, прошедшего подготовку по суицидологии или кризисной психотерапии, ответственным за оказание помощи несовершеннолетним, пережившим попытку суицида и нуждающимся в лечении и наблюдении, является врач-психиатр.

Медицинская помощь включает в себя организацию медицинской, в том числе психиатрической помощи, индивидуальной и групповой психотерапевтической помощи в течение определенного периода времени, необходимого для преодоления последствий попытки суицида и устранения причин и условий, способствовавших ее совершению, в соответствии с порядками и стандартами оказания медицинской помощи.

Под организацией **социально-психологической помощи** понимается система мероприятий, направленных на выявление и анализ причин суицидального поведения несовершеннолетних, переживших попытку суицида, источника их психического напряжения, кризисных ситуаций, поиск средств и способов их устранения, а также оказание комплексной психологической помощи несовершеннолетним по восстановлению, коррекции психических функций и состояний, оказавшимся в трудной жизненной ситуации и социально опасном положении и их родителям. Социально-психологическую помощь и социально-психологические услуги



оказывают представители органов и (или) учреждений социального обслуживания и (или) образования. Психолог проводит индивидуальные и групповые психокоррекционные занятия с несовершеннолетним, членами его семьи в течение 6 месяцев и более, необходимые для устранения причин и условий, способствовавших совершению суицида, в том числе в рамках организации индивидуальной профилактической работы, социально-психологического патронажа. Психокоррекционные занятия по истечении реабилитационного периода могут возобновляться по запросу самого несовершеннолетнего или его семьи. Психокоррекционная работа с родителями (законными представителями) должна быть направлена на недопущение повторных суицидальных попыток у несовершеннолетнего.

Социальные услуги предоставляются специалистами учреждений социального обслуживания и должны быть направлены на восстановление социальных связей несовершеннолетнего, мобилизацию его социального окружения и семьи, коррекцию межличностных семейных взаимоотношений и взаимодействие членов семьи.

Под организацией *психолого-педагогической помощи* понимается формирование у несовершеннолетних жизненных качеств, позволяющих сопротивляться негативным влияниям среды, эффективно преодолевать жизненные трудности, трансформируя их в ситуации развития, система профессиональной деятельности педагогов, направленная на решение личности ребенка с отклонениями в социально неуверенном поведении.

## **II. Перечень законодательных и нормативных правовых актов, регулирующих профилактику суицидального поведения**

Конституция Российской Федерации.

Кодекс об административных правонарушениях Российской Федерации.

Уголовный кодекс Российской Федерации.

Семейный кодекс Российской Федерации.

Закон Российской Федерации от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

Федеральный закон от 24.07.1998 № 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации».

Федеральный закон Российской Федерации от 24.06.1999 № 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних».

Федеральный закон от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

Федеральный закон от 29.12.2010 № 436-ФЗ «О защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и развитию».

Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации».

Федеральный закон от 28.12.2013 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации».

Постановление Министерства труда и социального развития Российской Федерации от 19.07.2000 № 53 «Об утверждении методических рекомендаций по организации деятельности государственного (муниципального) учреждения «Центр психолого-педагогической помощи населению».

Постановление Правительства Российской Федерации от 26.10.2012 № 1101 «О единой автоматизированной информационной системе «Единый реестр доменных имен, указателей страниц сайтов в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» и сетевых адресов, позволяющих идентифицировать сайты в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», содержащие информацию, распространение которой в Российской Федерации запрещено».

Указ Президента Российской Федерации от 09.10.2007 № 1351и «Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года».

Приказ Министерства социальной защиты Российской Федерации от 18.05.1994 № 68 «Об утверждении Примерных положений об учреждениях психологической помощи населению».

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.05.1998 № 148 «О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением».

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17.05.2012 № 566н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения».

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.12.2015 №1034н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» и Порядка диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и (или) расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ».

Письмо Минобразования РФ от 29.05.2003 № 03-51-102ин/22-03 «О мерах по усилению профилактики суицида среди детей и подростков».

Письмо Минобрнауки России от 18.01.2016 № 07-149 «О направлении методических рекомендаций по профилактике суицидального поведения детей и подростков в образовательных организациях».

Письмо Минобрнауки России от 28.04.2018 № 07-2498 «Методические рекомендации для педагогов-психологов и социальных педагогов образовательных организаций по проведению профилактической работы с несовершеннолетними, склонными к суицидальному поведению».



и методические рекомендации для педагогов-психологов и социальных педагогов по работе с родителями обучающихся образовательных организаций по проведению профилактической работы с несовершеннолетними, склонными к суицидальному поведению».

Письмо Минпросвещения России от 30.10.2020 № 07-6586 «Рекомендации, подготовленные, по проведению в образовательных организациях субъектов Российской Федерации мероприятий для родителей (законных представителей) по формированию культуры профилактики суицидального поведения несовершеннолетних с освещением вопросов, касающихся психологических особенностей развития детей и подростков, факторов поведения, необходимости своевременного обращения к психологам и психиатрам в случаях неадекватного или резко изменившегося поведения несовершеннолетнего».

Закон Архангельской области от 19.10.2006 № 251-внеоч.-ОЗ «О профилактике безнадзорности и правонарушений среди несовершеннолетних в Архангельской области».

Закон Архангельской области от 02.07.2013 № 712-41-ОЗ «Об образовании в Архангельской области».

Постановление Правительства Архангельской области от 07.12.2010 № 373-пп «Об утверждении Положения о формировании, ведении и использовании единого областного банка данных о несовершеннолетних и (или) семьях, находящихся в социально опасном положении, несовершеннолетних и (или) семьях, требующих особого внимания государства и общества, и Порядка взаимодействия органов и учреждений системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних по выявлению, учету и организации индивидуальной профилактической работы в отношении несовершеннолетних и (или) семей, находящихся в социально опасном положении, несовершеннолетних и (или) семей, требующих особого внимания государства и общества, на территории Архангельской области» (далее – Постановление 373-пп).

### **III. Организация работы по Порядку**

#### **1. Организация профилактической работы с несовершеннолетними, совершившими суицидальную попытку, несуйцидальное самоповреждающее поведение:**

1.1. Органы и учреждения системы профилактики в случае выявления несовершеннолетнего, совершившего суицидальную попытку, несуйцидальное самоповреждающее поведение, в течение одного рабочего дня информируют руководителя муниципальной группы оперативного реагирования о выявленном случае в соответствии с бланком «Уведомления» (приложение 2 к Порядку), а также:

1) рекомендуют законным представителям ребенка-суицидента получить комплексную помощь с целью предупреждения рецидивного поведения и стабилизации психологического состояния ребенка;

2) при положительном решении о комплексной помощи ребенка получают письменное согласие родителей (законных представителей) или самого суицидента в возрасте от 15 лет и старше по форме согласно приложению 1 к Порядку.

При выявлении несовершеннолетнего, относящегося к категории детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, совершившего суицид, суицидальную попытку, несуицидальное самоповреждающее поведение, органы опеки и попечительства муниципальных образований Архангельской области незамедлительно информируют об этом муниципальную группу оперативного реагирования и министерство образования Архангельской области.

1.2. Руководитель муниципальной группы оперативного реагирования в течение двух рабочих дней с момента регистрации случая организует выход в семью (**пункт 3.6.**) и в течение двух дней **после выхода в семью** организует рассмотрение происшествия на заседании муниципальной группы оперативного реагирования.

1.3. Муниципальная комиссия по делам несовершеннолетних и защите их прав (далее – муниципальная комиссия) организует и координирует профилактическую работу с несовершеннолетним и его семьей, а именно выносит постановление об организации работы с несовершеннолетним, совершившим суицидальную попытку, несуицидальное самоповреждающее поведение, его семьей и окружением при наличии информации, поступившей от учреждения социального обслуживания (руководителя муниципальной группы оперативного реагирования), в случае:

несогласованности действий органов и учреждений системы профилактики;

отказ (по необъективным причинам) одного из органов системы профилактики подключаться к работе с несовершеннолетним, его семьей и окружением.

Муниципальная комиссия принимает меры по своевременному направлению информации о фактах суицидального поведения, несуицидального самоповреждающего поведения в муниципальную группу оперативного реагирования.

1.4. Учреждение социального обслуживания при наличии оснований для постановки несовершеннолетнего и (или) семьи несовершеннолетнего, совершившего суицидальную попытку, в том числе **повторное** несуицидальное самоповреждающее поведение, на учет в категорию находящихся в социально опасном положении организует работу в соответствии с технологией работы с несовершеннолетними и семьями, находящимися в социально опасном положении (Постановление 373-пп).

Если семья и (или) несовершеннолетний состоят на учете в категории социально опасного положения, незамедлительно организует работу по включению в утвержденный ранее план ИПР дополнительных мероприятий



с учетом совершенной суицидальной попытки либо повторного несуицидального самоповреждающего поведения.

В остальных случаях осуществляется постановка несовершеннолетнего и (или) семьи на контроль для последующего наблюдения и оказания необходимой социальной помощи в рамках Федерального закона от 28.12.2013 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации».

1.5. В плане ИПР в обязательном порядке включаются мероприятия специалистов других субъектов системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних: психологов, врачей, специалистов, имеющих специальную подготовку по работе с несовершеннолетними, находящимися в кризисном состоянии, из медицинских организаций, учреждений социального обслуживания, центров психолого-педагогической и медико-социальной помощи, некоммерческих организаций и других, в соответствии с возможностями (ресурсами) муниципального образования.

В случае получения несовершеннолетним медицинской помощи в стационарных условиях, в плане ИПР также учитываются рекомендации врачей-специалистов по дальнейшему сопровождению ребенка. Рекомендации (без диагноза), полученные по результатам лечения, выдаются несовершеннолетнему (15 лет и старше) или его законному представителю (младше 15 лет) и могут быть предоставлены ими по запросу муниципальной группы оперативного реагирования.

1.6. В случае отказа родителей от помощи специалистов органов системы профилактики учреждением социального обслуживания проводится разъяснение родителям (законным представителям) последствий данного решения, предлагается письменное подтверждение отказа родителей от помощи за исключением категории социально опасного положения.

1.7. Мероприятия плана ИПР определяются:

целью снижения суицидального риска несовершеннолетнего; задачами, направленными на укрепление личностных ресурсов и индивидуальными личностными потребностями несовершеннолетнего, с учетом особенностей конкретного случая.

1.8. Информация о результатах работы с несовершеннолетним, его семьей, состоящих на учете в социально опасном положении, и окружением направляется в муниципальную комиссию. По истечении запланированного срока индивидуальной профилактической работы на заседании муниципальной комиссии проводится общий анализ результатов работы с несовершеннолетним и семьей. Анализ проводится на основании результатов психолого-педагогического обследования несовершеннолетнего и информационного сообщения от каждого субъекта профилактики, включенного в план ИПР.

Окончание реализации индивидуальной профилактической работы определяет учреждение социального обслуживания на основании результатов работы уполномоченных органов и учреждений.



## **2. Организация профилактической работы с окружением несовершеннолетнего, совершившего суицид:**

2.1. Органы и учреждения системы профилактики при выявлении факта суицида несовершеннолетнего незамедлительно передают информацию руководителю учреждения социального обслуживания, расположенного на территории соответствующего муниципального образования Архангельской области в соответствии с бланком «Уведомления» (приложение 2 к Порядку).

Учреждение социального обслуживания незамедлительно сообщает информацию в Центр по ведению единого учета суицидальных попыток, несуицидального самоповреждающего поведения и суицидов в Архангельской области (государственное бюджетное комплексное учреждение Архангельской области общего типа «Архангельский центр помощи семье и детям» (далее – ГБКУ АО «Архангельский ЦПСиД»).

2.2. Руководитель муниципальной группы оперативного реагирования в течение первых суток организует рассмотрение происшествия на экстренном заседании муниципальной группы оперативного реагирования.

Руководитель указанной группы имеет право привлечь к работе медицинского работника, представителей образовательной организации, муниципальной комиссии, отдела полиции, центров психолого-педагогической и медико-социальной помощи, следственного отдела СУ СК России по Архангельской области и НАО и др.

2.3. На заседании муниципальной группы оперативного реагирования определяются необходимые меры по оказанию психологической, социальной, медицинской (при обращении) помощи членам семьи несовершеннолетнего (родителям, другим несовершеннолетним), являющимся близким окружением несовершеннолетнего, с завершённым суицидом.

2.4. В случае если в семье воспитываются несовершеннолетние, учреждение социального обслуживания принимает решение о необходимости проведения профилактической работы с несовершеннолетним и его семьей в соответствии с Постановлением 373-пп.

2.5. Образовательные организации с целью профилактики суицидального поведения несовершеннолетних и минимизации негативных психологических последствий суицида осуществляют следующие действия:

2.5.1. Психолог образовательной организации привлекает специалиста центра психолого-педагогической и медико-социальной помощи (далее – ППМС-центр) для проведения процедуры дебрифинга в классе (учебной группе) в котором(ой) произошел суицид.

2.5.2. Психолог образовательной организации совместно со специалистом ППМС-центра проводит родительские собрания: в классе (учебной группе) в котором(ой) произошел суицид, в параллельных классах (учебных группах), также на усмотрение администрации образовательной организации может быть проведено общешкольное родительское собрание.



2.5.3. Психолог образовательной организации совместно со специалистом ППС-центр проводит занятие с педагогическим коллективом.

2.6. На ближайшем заседании муниципальной комиссии анализируется проведенная работа субъектов системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних, выявляются причины и условия, способствовавшие совершению суицида, упущений в работе учреждений, ведомств. Принимаются меры в соответствии с законодательством.

#### **IV. Организация деятельности муниципальной группы оперативного реагирования**

3.1. Муниципальная группа оперативного реагирования создается при учреждении социального обслуживания, подведомственного министерству труда, занятости и социального развития Архангельской области.

3.2. В состав муниципальной группы оперативного реагирования входят специалисты здравоохранения, образования, учреждений социального обслуживания, опеки и попечительства, территориальных отделов полиции, обученных по проблеме суицидологии.

3.3. Из членов состава муниципальной группы оперативного реагирования выбирается руководитель и секретарь.

В случае временного отсутствия руководителя муниципальной группы оперативного реагирования его обязанности выполняет лицо, назначенное руководителем муниципальной группы оперативного реагирования, из числа членов муниципальной группы оперативного реагирования.

Заседания муниципальной группы оперативного реагирования оформляются протоколом заседания, который ведет секретарь муниципальной группы оперативного реагирования.

3.4. Муниципальная группа оперативного реагирования создается для выездной работы на территории муниципального образования.

3.5. Муниципальная группа оперативного реагирования оказывает комплексную помощь при поступлении информации о попытке суицида несовершеннолетнего, несуицидального самоповреждающего поведения либо свершившегося суицида, определяет уровень суицидального риска.

3.6. При получении поручения руководителя муниципальной группы оперативного реагирования в связи с попыткой суицида, несуицидального самоповреждающего поведения либо суицида муниципальная группа оперативного реагирования в течение двух рабочих дней выезжает по месту фактического пребывания ребенка-суицидента либо свершившего суицида для оказания первичной помощи, изучения ситуации и получения согласия родителей (иных законных представителей), а также несовершеннолетних старше 15 лет на проведение с ними дальнейшей комплексной помощи.

В случае совершения суицидальной попытки, несуицидального самоповреждающего поведения несовершеннолетним, являющимся воспитанником специального учебно-воспитательного учреждения закрытого

типа (далее – СУВУЗТ), руководитель (заместитель руководителя) муниципальной группы принимает участие в рабочей группе при СУВУЗТ по анализу совершения воспитанником суицидального поведения, несуицидального самоповреждающего поведения и выработке решений с целью оказания комплексной помощи.

Результаты заседания рабочей группы при СУВУЗТ руководитель (заместитель руководителя) муниципальной группы оформляет справкой с указанием решений, принятых на заседании рабочей группы при СУВУЗТ. Справка хранится в муниципальной группе оперативного реагирования.

3.7. Руководитель муниципальной группы оперативного реагирования назначает куратора случая из членов муниципальной группы оперативного реагирования.

В случае совершения суицидальной попытки, несуицидального самоповреждающего поведения несовершеннолетним, относящимся к категории детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, помещенным под надзор в организацию для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, куратором случая назначается представитель государственной организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

3.8. Задачи куратора случая:

взаимодействие со специалистами всех органов и учреждений системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних и социальным окружением несовершеннолетнего;

организация комплексной помощи в соответствии с планом ИПР;

помощь в организации занятости подопечного через вовлечение его в различные мероприятия (социальные, досуговые, спортивные) и трудовую деятельность;

информирование несовершеннолетнего о местах и возможностях получения необходимой помощи для разрешения трудной жизненной ситуации;

оперативное реагирование на сигналы от других субъектов профилактики;

наблюдение за поведением и эмоциональным состоянием несовершеннолетнего;

при ухудшении ситуации либо при подозрении на угрозу повторной суицидальной попытки – определение уровня риска;

в случае выявления повторного факта суицидального поведения, уведомление руководителя муниципальной группы оперативного реагирования;

направление анализа случая (приложение № 6 к Порядку) в государственное бюджетное учреждение Архангельской области для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи, «Центр психолого-медико-социального сопровождения «Надежда» (далее – Центр «Надежда») в течение 10 дней с момента регистрации факта руководителем муниципальной группы оперативного реагирования;



анализ эффективности проведенной работы на итоговом заседании муниципальной группы оперативного реагирования по истечению установленного срока сопровождения.

3.9. Руководитель муниципальной группы оперативного реагирования:

организует ежемесячную трехстороннюю сверку данных по количеству совершенных суицидальных попыток, несуицидального самоповреждающего поведения, суицида, привлекая сотрудников территориального отдела полиции, государственной медицинской организации, ответственных за передачу данных в вышестоящие ведомства;

направляет информацию по форме приложения № 7 в муниципальную комиссию и районную (городскую) прокуратуру до 10 числа каждого месяца, по городскому округу «Город Архангельск» – до 15 числа каждого месяца.

3.10. Руководитель муниципальной группы должен учитывать, что количество анализов случаев (приложение № 6 к Порядку), направляемых куратором случая в Центр «Надежда», должно совпадать с общим количеством случаев.

3.11. В случае неразрешимых затруднений руководитель муниципальной группы, куратор случая обращаются в Центр «Надежда» (8(8182) 20-62-80, 69-93-69 г. Архангельск, ул. Попова, 43).

#### **V. Порядок ведения единого учета суицидов, суицидальных попыток, несуицидального самоповреждающего поведения**

4.1. Персональный учет несовершеннолетних, совершивших суицидальную попытку, несуицидальное самоповреждающее поведение, суицид, ведется министерством труда, занятости и социального развития Архангельской области через подведомственное учреждение социального обслуживания.

4.2. Информация в ГБКУ АО «Архангельский ЦСПСиД» поступает из учреждений социального обслуживания, ежемесячно до 5 числа месяца, следующего за отчетным периодом, по формам согласно приложениям № 3-5 Порядку.

4.3. ГБКУ АО «Архангельский ЦСПСиД» ежемесячно до 10 числа месяца, следующего за отчетным периодом, направляет обобщенную информацию (приложения № 3-5) в министерство труда, занятости и социального развития Архангельской области, комиссию по делам несовершеннолетних и защите их прав при Правительстве Архангельской области.

4.4. Центр «Надежда» анализирует поступившую информацию (приложение № 6 к Порядку) и направляет в комиссию по делам несовершеннолетних и защите их прав при Правительстве Архангельской области результаты анализа причин и условий, способствовавших совершению суицидальных попыток, несуицидального самоповреждающего

14

поведения, суицида по итогам каждого квартала – до 1 мая, до 1 августа,  
до 1 ноября, до 1 февраля.

---



## РАСПИСКА

Я \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О., контактные данные)

законный представитель несовершеннолетнего \_\_\_\_\_

(Ф.И.О., дата рождения несовершеннолетнего)

даю (не даю) согласие на проведение в отношении моего сына (дочери) комплексной помощи (медицинской, социально-психологической, психолого-педагогической помощи).

Я проконсультирован(а) о возможности получения медицинской, психологической, социальной и иных видов помощи.

Я имел(а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы. Мне в доступной форме разъяснены возможные последствия отказа.

дата, подпись

## РАСПИСКА

Я \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. несовершеннолетнего старше 15 лет, дата рождения, контактные данные)

\_\_\_\_\_, даю (не даю) согласие на проведение со мной комплексной помощи (медицинской, социально-психологической, психолого-педагогической помощи).

Я проконсультирован(а) о возможности получения медицинской, психологической, социальной и иных видов помощи.

Я имел(а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы. Мне в доступной форме разъяснены возможные последствия отказа.

дата, подпись

ШТАМП  
ОРГАНИЗАЦИИ

Приложение № 2 к Порядку

**УВЕДОМЛЕНИЕ  
о факте совершения суицидальной попытки,  
несуицидального самоповреждающего поведения,  
суицида несовершеннолетним**

Руководителю  
организации социального  
обслуживания граждан

Доводим до Вашего сведения, что "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года выявлен факт совершения суицидальной попытки, несуицидального самоповреждающего поведения, суицида несовершеннолетним (нужное подчеркнуть):

Ф.И.О. ребенка \_\_\_\_\_

дата рождения (либо возраст) \_\_\_\_\_

место учебы/работы несовершеннолетнего \_\_\_\_\_

Адрес фактического проживания \_\_\_\_\_

Ф.И.О. родителей (иных законных представителей), телефон \_\_\_\_\_

Источник информации о совершенной суицидальной попытке, несуицидального самоповреждающего поведения \_\_\_\_\_

Описание места происшествия \_\_\_\_\_

Описание обстоятельств совершения суицидальной попытки, несуицидального самоповреждающего поведения, суицида \_\_\_\_\_

Информация о ранее совершенных(-ом) суицидальных попытках, несуицидальном самоповреждающем поведении или иных факторах неблагополучия, приведших к совершению суицидальной попытки, несуицидального самоповреждающего поведения (при наличии) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(должность специалиста,  
подготовившего информацию,  
телефон)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

\_\_\_\_\_  
(дата)

**Мониторинг учета несовершеннолетних, совершивших суицид,  
на территории муниципального района \_\_\_\_\_ за \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ года**

№	ФИО и/летнего, адрес м/жительства	Дата рожд., возраст	Род занятий (обучающийся школы, СПО, работает, не учится и не работает и др.)	Статус несовершеннолетнего		Описание происшествия (указать дату, способ)	Причина	Факт совершения ранее суицидальных попыток, несущидального самоповреждающего поведения			Учет	
				д/дом	Опекунск. (приемная) семья			Впервые	Повтор (два факта)	Неоднократно (три и более)	СОП	контроль
1	2	3	4	5		6	7	8			9	

\* в столбцах 5,8,9 – проставлять «+»

\* в столбце 8 ставить «+» и пояснять: с/п – суицидальная попытка; н/с поведение – несущидальное самоповреждающее поведение.

**Мониторинг учета несовершеннолетних, совершивших суицидальную попытку,  
на территории муниципального образования \_\_\_\_\_ за \_\_\_\_\_ 20\_\_ года**

№	ФИО н/летнего, адрес м/жительства	Дата рожд., возраст	Род занятий (обучающийся школы, СПО, работает, не учится и не работает и др.)	Статус несовершеннолетнего		Описание происшествия (указать дату, способ)	Причина	Факт совершения ранее суицидальных попыток несудимого самоповреждающего поведения		Учет
				д/дом	Опеку нская (прямая) семья			Впервые	Повтор (два факта), указать дату каждого	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	

\*с/п – суицидальная попытка

\*н/с поведение – несудимое самоповреждающее поведение.

**Мониторинг учета несовершеннолетних, совершивших несуицидальное самоповреждающее поведение,  
на территории муниципального образования \_\_\_\_\_ за \_\_\_\_\_ 20\_\_ года**

№	ФИО и/летнего, адрес м/жительства	Дата рожд., возраст	Род занятий (обучающийся школы, СПО, работает, не учится и не работает и др.)	Статус несовершеннолетнего		Описание происшествия (указать дату, способ)	Причина	Факт совершения ранее несуицидального самоповреждающего поведения		Учет	
				д/дом	Опекунская (приемная) семья			Впервые	Повтор (два факта), указав дату каждого ГО	Неоднократно (три и более), указав дату каждого ГО	СОП
1	2	3	4	5	6	7	8	9			

\* н/с поведение – несуицидальное самоповреждающее поведение

\* с/п – суицидальная попытка.



**Форма анализа случая (суицидов, суицидальной попытки,  
несуицидального самоповреждающего поведения)**

*Все пункты формы обязательны для заполнения*

Пункт	Ответ
<b>1. Общая информация</b>	
Ф.И.О. несовершеннолетнего	
Дата рождения	
Место учебы (класс/группа)	
Адрес проживания	
Категория учета (СОП, группа риска, норма)	
Дата совершения	
<b>2. Характеристика случая</b>	
Описание происшествия, обстоятельства	
Выявленные причины, условия, место	
Принятые меры по устранению причин и условий (беседа с законными представителями – прогноз поведения н/л; консультация психиатра, нарколога; устранение средств, способствующих самоповреждению; педагогический консилиум; бдительное наблюдение за поведением; и т.д.)	
<b>3. Характеристика семьи</b>	
Полная (да/нет)	
Многодетная (да/нет)	
Опекунская (да/нет)	
Приемная (да/нет)	
Проживал(-ет) в семье с отчимом/мачехой (да/нет)	
Взаимоотношения в семье (доброжелательные/конфликтные; в состоянии развода, смерть родителей; злоупотребление ПАВ родителями и т.д.)	
Наличие хронической психопатологии у родителей (наблюдение у психиатра, нарколога)	

Является воспитанником учреждения для детей-сирот, детей оставшихся без попечения родителей	
Другое	
<b>4. Характеристика несовершеннолетнего</b>	
Состоял на учете у психиатра (да/нет)	
Состоял на учете у нарколога (да/нет)	
Состоял на учете в органах системы профилактики (указать какой: межведомственный либо ведомственный (какой)). Причина постановки на учет.	
Состоял ли на внутришкольном учете	
Взаимоотношения в школьном коллективе (принят/не принят)	
Наличие серьезных проблем в соматическом здоровье (инвалидность, выраженная потеря слуха, зрения и т.д.)	
Наблюдение за поведением н/л в школе, в быту (проявления эмоциональной нестабильности, агрессивности, лживости, конфликтности и т.д.)	
Другое	
<b>5. Результаты диагностики психолога</b>	
Проективные методики	
Определение уровня тревоги	
Определение состояния депрессии	
Изучение самооценки	
Наличие акцентуированных черт характера (демонстративность, тревожность, замкнутость, импульсивность, ригидность, повышенная впечатлительность, ранимость и т.д.)	
Оценка суицидального риска	
1. Наличие стресса (хронический или актуальный)	
2. Симптомы (эмоциональные, поведенческие, когнитивные, саморазрушающие поведение, ПАВ)	
3. План суицида (есть/нет, детализированность плана: время,	

место, средства)	
4. Наличие факта суицида у родственников, ближайшего окружения	
5. Наличие ранних суицидальных попыток	
6. Ресурсы (семья, друзья, хобби, планы на будущее и т.д.)	
Поведение в конфликтной ситуации	
Другое	
<b>6. Дальнейшая профилактическая работа</b>	
Помощь психолога (если оказывалась ранее – отразить динамику и результаты)	
Медицинская помощь	
Иная помощь	
Составление плана индивидуальной профилактической работы (ИПР), ответственный специалист, планируемый результат и дата завершения сопровождения (стабилизация психоэмоционального состояния несовершеннолетнего, пережившего попытку суицида, мобилизация его физических, духовных, личностных, интеллектуальных ресурсов для выхода из кризисного состояния)	

Подпись куратора случая, телефон \_\_\_\_\_  
(ФИО)

Подпись руководителя  
муниципальной группы  
оперативного реагирования \_\_\_\_\_  
(ФИО)

Дата заполнения формы \_\_\_\_\_



Количество информации,  
 поступившей в муниципальную группу оперативного реагирования  
 о суициде, суицидальном поведении,  
 несуицидальном самоповреждающем поведении  
 за \_\_\_\_\_ 202\_\_ года

№	ФИО несовершеннолетнего	Информация, поступившая в муниципальную группу оперативного реагирования	Информация, поступившая в территориальный отдел полиции	Информация, поступившая в медицинскую организацию	Причина расхождения

**Индикаторы суицидального риска у несовершеннолетних**

Употребление ПАВ, курение, девиантное поведение;  
уходы из дома, самоизоляция;  
изменение привычек (пренебрежение внешним видом, неряшливость и др.); утрата интересов, мотивации к деятельности; апатия;  
внезапные изменения в поведении, нетипичное поведение для данного ребенка;  
резкая утрата интереса к учебе, снижение успеваемости, сопровождающееся жалобами на отсутствие настроения, нежелание что-либо делать, отсутствие сил;  
склонность к рискованным поступкам, нарушения дисциплины;  
агрессивное и аутоагрессивное поведение;  
раздача вещей, ритуалы прощания, прощальные записки (в том числе в сети Интернет);  
интерес к депрессивной музыке, кинофильмам, субкультурам, эксплуатирующим тему смерти, депрессии, суицида;  
поисковые запросы в сети Интернет на тему смерти, суицида, способов совершения самоубийства;  
самоповреждающее поведение, действия, имитирующие суицид («игры» в удушение, имитация на теле следов удушения, порезов);  
косвенные высказывания «Скоро все закончится», «Ничего уже не важно», «Без меня всем будет лучше» и т.д.;  
нежелание идти домой после школы, страх перед родителями;  
шутки, ироничные высказывания на тему смерти и суицида, похорон;  
прямые сообщения о суицидальных намерениях, сообщения о конкретном плане суицида (например, «Возьму и повешусь»);  
негативные оценки своей личности, окружающего мира и будущего;  
чувство беспомощности/бессилия/безнадежности;  
переживание горя, признаки депрессии, тревоги;  
подавленное настроение, чувство тоски;  
чувство вины, малозначимости («Никто не любит», «Никому не нужен», «Я хуже других»);  
эмоциональная неустойчивость, повышенная слезливость, плаксивость;  
возбуждение, агрессия, ненависть к себе либо окружающим;  
снижение аппетита, веса;  
нарушения сна;  
удаление своих аккаунтов, электронной почты, страниц в социальных сетях;  
удаление себя из списка друзей «Вконтакте», уход из групп в сети Интернет;

рассылки прощальных записок, прямых угроз совершения суицида или в каких-то случаях угроза насильственных действий по отношению к окружающим.

---

**Факторы суицидального риска у несовершеннолетних**

Тяжелое хронического заболевания, инвалидность;  
психическое расстройство, в том числе депрессия;  
наличие в семье человека, страдающего психическим расстройством;  
употребление ПАВ;  
алкогольная зависимость, зависимость от наркотиков;  
наличие в семье человека, страдающего алкоголизмом /наркоманией;  
ранее совершенная попытка суицида (50 процентов тех, кто уже однажды пытался покончить жизнь самоубийством, повторяют попытку, но уже со смертельным исходом);  
наличие в семье или близком окружении (друзья, одноклассники) людей, совершивших или попытавшихся совершить самоубийство;  
личностные особенности несовершеннолетнего (эмоциональная неустойчивость, агрессивность, импульсивность, конфликтность, отчужденность, эмоциональная закрытость, демонстративность, незрелость, инфантильность, тревожность, сензитивность);  
конфликтные, холодные, отчужденные отношения в семье;  
воспитание в условиях дисгармоничной/дисфункциональной семьи;  
родительский перфекционизм, авторитарный стиль воспитания;  
развод родителей;  
утрата социального статуса родителей (проблемы или потеря работы, финансовые проблемы, выход на пенсию);  
отсутствие социальной поддержки;  
травля, конфликты, неприятие одноклассниками, в том числе кибербуллинг;  
смерть близких людей;  
острые стрессы;  
пережитое насилие (физическое, психологическое, сексуальное);  
проблемы с законом, риск тюремного заключения.

---



**Приложение Д. Приказ об организации Службы сопровождения детей.**

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Архангельской области  
«АРХАНГЕЛЬСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»**П Р И К А З**

06 мая 2020 года.

п.Талаги

№ 596

**Об организации Службы сопровождения детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, с ментальными нарушениями**

В целях совершенствования оказания медико-психолого-социальной помощи детям в трудной жизненной ситуации, медико-психологической поддержки замещающих семей, развития системы профилактики ментальных расстройств у детей группы риска

**п р и к а з ы в а ю :**

1. Создать на базе Центра детской и подростковой психиатрии ГБУЗ Архангельской области «АКПБ» Службу сопровождения детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, имеющих ментальные нарушения, в составе:

- руководитель Службы сопровождения;
- врачи-психиатры диспансерного отделения и Центра детской и подростковой психиатрии;
- врач-психотерапевт;
- врач-педиатр;
- медицинские психологи;
- специалист по социальной работе;
- учитель-дефектолог, логопед;
- воспитатели.

2. Руководство Службой сопровождения возложить на и.о. заведующего Центром детской и подростковой психиатрии Волову Т.Л.

3. Утвердить Положение о Службе сопровождения детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, имеющих ментальные нарушения.

4. Приказ вступает в силу со дня его подписания.

**Приложение Е. Программа психосоциальной поддержки семей.**

Министерство здравоохранения Архангельской области  
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Архангельской области  
«Архангельская клиническая психиатрическая больница»

УТВЕРЖДАЮ  
Главный врач ГБУЗ АО «АКПБ»  
В.А. Яшкович  
« 25 » декабря 2021 г.

**Программа  
психосоциальной поддержки семей,  
в том числе замещающих,  
воспитывающих детей  
с ментальными расстройствами**

**Родительская приёмная**

г. Архангельск, 2021 г.

## ПАСПОРТ ПРОГРАММЫ

- Название программы:** Программа психосоциальной поддержки семей, в том числе замещающих, воспитывающих детей с ментальными расстройствами «Родительская приемная»
- Цель:** повышение качества жизни и социального функционирования детей и подростков с психическими расстройствами и членов их семей, в том числе замещающих семей
- Целевая группа:** Родители (в т.ч. замещающие) детей и подростков с психическими расстройствами
- География реализации:** Архангельская область
- Учреждение:** Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Архангельской области «Архангельская клиническая психиатрическая больница»
- Авторы:** Волова Татьяна Леонидовна, заведующая детско-подростковым отделением ГБУЗ АО «АКПБ», главный внештатный детский психиатр министерства здравоохранения Архангельской области  
Зелянин Артем Николаевич, медицинский психолог ГБУЗ АО «АКПБ», аспирант кафедры психологии и педагогики «Северный (Арктический) федеральный университет имени М.В. Ломоносова»

**Адрес:** Приморский район, Архангельская область, п.Талаги, д.31, 163530

**Контактные телефоны:** (8182) 66-96-55  
+79115633924



### Обоснование программы

Важнейшим принципом реабилитации психически больных признано единство биологических и психосоциальных воздействий, направленных и на организм, и на личность, и на среду больного человека.

К одной из основных задач психосоциальной реабилитации детей и подростков с ментальными расстройствами относится поддержка семьи. Одной из ключевых особенностей, отражающих специфику проведения психосоциальных вмешательств в детской психиатрии, является активное вовлечение родителей в лечебно-реабилитационный процесс с одновременным усилением ответственности за его результаты.

Семья психически больного ребенка рассматривается в качестве наиболее значимого источника в достижении его успешного социального функционирования. В исследованиях установлено влияние коммуникативного стиля семьи на течение заболевания: обнаружена зависимость между частотой обострения болезни и уровнем эмоциональной экспрессии в семье — высокий уровень семейной критики и других негативных эмоций вдвое увеличивал количество рецидивов заболевания. Напротив, прочные социальные связи, высокий уровень социальной поддержки способствовали благоприятному течению заболевания.

Психическое заболевание у ребенка может быть причиной семейного кризиса. Тяжелое психическое расстройство вносит ограничения в организацию быта семьи, требует изменения привычного жизненного уклада всех ее членов, соблюдение особого режима, заставляет отказаться от каких-то привычек, изменить планы на будущее, перераспределить обязанности, в тоже время могут возникать ощущения страха, беспомощности, неопределенности как у больного, так и у родственников. Часто семья, имеющая ребенка с симптомами психического неблагополучия, оказывается в изоляции, родители испытывают «чувство вины и стыда».

Чтобы родственникам психически больного ребенка было легче справляться с возникающими проблемами, им необходима информация о болезни, методах лечения, прогнозе, системе организации психиатрической и



социальной помощи, основах психосоциальной реабилитации, методах воспитания ребенка с психическим неблагополучием. Эти сведения, а также социально-психологическую поддержку родители могут получить в Школе для родителей, имеющих детей с ментальными расстройствами.

Особой категорией семей, требующих дополнительного внимания специалистов, работающих в сфере охраны психического здоровья детей и подростков, являются замещающие семьи, в которых воспитываются дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей, имеющие ментальные расстройства. Часто причиной отказов от детей и возвратов их в государственные учреждения является диагностирование у ребенка психического расстройства, выраженные поведенческие нарушения и прочие признаки психического неблагополучия.

В рамках программы «Родительская приемная» замещающие семьи, имеющие детей с ментальными проблемами, могут получить консультацию специалиста врача-психиатра, психолога, осуществляется сопровождение семьи, взявшей ребенка под опеку (попечительство).

Ребенок с особыми нуждами, дети-инвалиды подвержены особому влиянию семьи. От сценариев поведения родителей в отношении ребенка-инвалида зависит качество его жизни, уровень интегрированности в социум. По сценарию поведения родителя, их отношения к недугу и самому ребенку формируется жизненный сценарий ребенка. У близких родственников ребенка-инвалида в большинстве случаев наблюдается хронический стресс, вызванный болезнью ребенка, проблемами его лечения, высокий уровень тревожности, страх, чувство вины, опустошенность, невротическая усталость и пр.

В рамках программы «Родительская приемная» родственники ребенка-инвалида, имеющего психические расстройства, могут получить информацию о психических проблемах ребенка, возможностях социальной адаптации и психической реабилитации ребенка, получить психологическую поддержку.

**Цель программы:**

повышение качества жизни и социального функционирования детей и подростков с психическими расстройствами и членов их семей, в том числе замещающих семей

**Задачи программы:**

1. выявление клинико-социальных потребностей родителей (опекунов)
2. формирование у родителей адекватных представлений о болезни ребенка, улучшение навыков совладания и взаимодействия с больным ребенком
3. обучение родителей (опекунов) распознавать симптомы болезни, начала обострения
4. снижение стигматизации и эмоциональной напряженности родителей (опекунов)
5. формирование терапевтического сообщества (терапевтический альянс) для создания обстановки сотрудничества с одновременным повышением ответственности родителей (опекунов) за результаты лечебно-реабилитационного процесса
6. формирование поддержки со стороны других родителей, включенных в группу
7. повышение мотивации к лечению, соблюдение врачебных предписаний (комплаенс), предупреждение обострений состояния и профилактика отказов от лечения
8. усиление роли родителей (опекунов) в лечебно-реабилитационном процессе
9. повышение компетентности в вопросах психического здоровья замещающих семей, имеющих детей с ментальными расстройствами.

Программа психосоциальной поддержки семей, воспитывающих детей с ментальными расстройствами, «Родительская приемная» включает следующие разделы:

1. **Школа для родителей**, имеющих детей с психическими расстройствами

(психосоциальная терапия)

Состоит из 3-х тематических модулей:

- расстройства шизофренического спектра
- непсихотические психические расстройства (органические непсихотические, невротические, поведенческие расстройства)
- дети-инвалиды, дети с ТМНР с психическими расстройствами

## **2. Сопровождение замещающих семей**

Индивидуальное консультирование замещающих семей (врач-психиатр, психолог)

Образовательная программа (лекторий)

Информационные печатные материалы

### **Участники программы:**

**Ведущие программы:** специалисты Службы сопровождения детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, имеющих ментальные нарушения ГБУЗ АО «АКПБ»

### **Участники программы:**

Родители (законные представители) детей с ментальными нарушениями, проживающих на территории Архангельской области.

## **Раздел 1 Школа для родителей, имеющих детей с психическими расстройствами (психосоциальная терапия)**

Кратность занятий – по мере формирования групп.

### **Этапы организации Школы для родителей:**

1. Предварительный отбор участников с изучением клинико-социального статуса пациентов и их ближайшего окружения (изучение медицинской документации, осмотр и беседа с ребенком и родителями)
2. Первичная беседа с матерью (или другим родственником), получение согласия на участие в программе
3. Проведение психосоциальной терапии (по модульному принципу) с родителями
4. Оценка результатов психосоциальной терапии с родителями (методом анкетирования)

### **Основные принципы проведения Школы для родителей (психосоциальной терапии):**

1. выявление потребностей участников
2. интерактивное обсуждение различных аспектов, касающихся психического заболевания ребенка



3. предоставление возможности высказаться всем участникам
4. установление и поддержание партнерских отношений, т.е. совместная работа врача и родителей (терапевтический альянс) с уважительным отношением к родительским проблемам и нуждам
5. повышение ответственности и расширение участия родителей в решении вопросов, связанных с лечением и реабилитацией ребенка

#### **Структура занятий:**

1. Вводная часть (15 минут)
  - определение темы занятия
  - уточнение потребностей участников в рамках темы занятия
2. основная часть (35-45 мин.)
  - лекционная
  - интерактивное обсуждение в рамках темы занятия
3. заключительная часть (15 минут)
  - итоги и краткое резюме проведенного занятия
  - определение темы следующей встречи, домашнее задание

#### **Модуль №1 Расстройства шизофренического спектра у детей и подростков**

Тематический план занятий;

1. Расстройства шизофренического спектра: первые признаки заболевания, особенности острого периода, организация психиатрической помощи детям и подросткам с расстройствами шизофренического спектра
2. Период ремиссии, поддерживающая терапия, проблема рецидивов болезни
3. Проблемы взаимодействия с детьми и подростками, страдающими расстройствами шизофренического спектра (*психолог*)

#### **Модуль №2 Непсихотические психические расстройства (невротические и связанные со стрессом психические расстройства, поведенческие и органические расстройства у детей и подростков)**

Тематический план занятий:

1. Органические расстройства: особенности клиники, диагностики, лечения.
2. Невротические, связанные со стрессом, расстройства. Несуицидальное самоповреждающее поведение у детей. Основные клинические проявления, лечение и профилактика.
3. Направления гармонизации взаимодействия с ребенком с особенностями в поведении и эмоциональными расстройствами (*психолог*)

#### **Модуль №3 Дети-инвалиды, дети с ТМНР, с психическими расстройствами:**

Тематический план занятий:

1. Социальная адаптация с элементами развивающего ухода, формирование бытовых навыков, коммуникации, социализации ребенка-инвалида.
2. Психические расстройства, проявления, признаки ухудшения психического состояния, основные подходы к терапии психических расстройств и психосоциальной реабилитации
3. Проблемы взаимодействия с ребенком с тяжелыми формами психических расстройств, подходы к гармонизации взаимоотношений.

## **Раздел 2 Сопровождение замещающих семей**

Программа по сопровождению замещающих семей включает:

1. Индивидуальное консультирование родителей (законных представителей) с детьми, имеющими ментальные нарушения
2. Образовательная программа (лекторий):

Тематический план лектория:

1. Особенности психического развития приемного ребенка, профилактика психического неблагополучия
2. Формы трудного поведения приемных детей: агрессия
3. Эффективные поведенческие стратегии приемных родителей в контексте «трудного поведения ребенка»
4. Профилактика синдрома эмоционального выгорания замещающих родителей.

**Приложение Ж. Распоряжение Минздрава Архангельской области.**

ПРАВИТЕЛЬСТВО АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ****РАСПОРЯЖЕНИЕ**

от 06 сентября 2022 года № 507-рд

г. Архангельск

**О внесении изменений в форму мониторинга незавершенных попыток суицида, несуйцидального самоповреждающего поведения, суицида несовершеннолетних в Архангельской области**

Во исполнение Федерального закона от 24.06.1999 № 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних», приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24.06.2021 № 664н «Об утверждении Порядка информирования медицинскими организациями органов внутренних дел в случаях, установленных пунктом 5 части 4 статьи 13 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и порядка межведомственного взаимодействия по профилактике суицидальных попыток, несуйцидального самоповреждающего поведения и суицидов несовершеннолетних, утвержденного постановлением комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав при Правительстве Архангельской области № 8/2 от 07.08.2017:

1. Изложить форму мониторинга незавершенных попыток суицида, несуйцидального самоповреждающего поведения, суицида несовершеннолетних в Архангельской области (далее – Форма), утвержденную распоряжением министерства здравоохранения Архангельской области от 27.04.2020 № 265-рд, в новой редакции (прилагается);

2. Главным врачам государственных медицинских организаций Архангельской области, оказывающих медицинскую помощь детям, обеспечить предоставление на портал <http://suicide.miac29.ru:88/TeenSuicide> ГБУЗ Архангельской области «Медицинский информационно-аналитический центр» персонализированной информации о случае незавершенной попытке суицида, несуйцидального самоповреждающего поведения и завершенной попытке суицида несовершеннолетних в соответствии с Формой в срок



до 5 числа месяца, следующего за отчетным.

3. Директору ГБУЗ Архангельской области «Медицинский информационно-аналитический центр»:

1) организовать мониторинг сведений по случаям незавершенных попыток суицида, несуицидального самоповреждающего поведения несовершеннолетних и завершенных попыток суицида несовершеннолетних;

2) направлять информацию по итогам мониторинга в министерство здравоохранения Архангельской области ежемесячно до 10 числа месяца следующего за отчетным по защищенному каналу связи в отдел медицинской помощи детям и службы родовспоможения управления организации здравоохранения министерства здравоохранения Архангельской области.

4. Контроль за исполнением настоящего распоряжения возложить на заместителя министра – начальника управления организации здравоохранения министерства здравоохранения Архангельской области Русинову Т.В.

5. Настоящее распоряжение вступает в силу со дня его подписания.

**Исполняющий обязанности  
министра**

**Т.В. Русинова**