

## **Нозологическая структура заболеваемости детей в условиях дневного стационара**

*Кристина Алексеевна Дьячкова, Серафима Александровна Лебедева, Елена Валентиновна Сафина*

Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург, Россия

**Введение.** Одним из показателей здоровья населения является оценка общей и первичной заболеваемости как у взрослых, так и детей. За последнее десятилетие отмечается рост по различным классам болезней, в т. ч. среди детской инвалидности [1]. На рост заболеваемости среди детского населения влияют следующие факторы: медико-биологические, социально-экономические, экологические и др. [2, 3].

В современной медицине оказание помощи осуществляется в рамках стационарозамещающих технологий, например в условиях дневного стационара, который является структурным подразделением медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь. Дневной стационар организуется для осуществления лечебных и диагностических мероприятий при заболеваниях и состояниях, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения. Его основными функциями являются проведение сложных и комплексных диагностических исследований; подбор комплексного курсового лечения с реабилитацией; осуществление экспертизы состояния здоровья, степени утраты трудоспособности граждан и решение вопроса о направлении на медико-социальную экспертизу [4].

Профиль дневного стационара складывается из потребности конкретного района — структуры заболеваемости среди детей. Как правило, такое подразделение работает на базе поликлиники, осуществляет помощь в две смены, что позволяет провести полный охват пациентов с последующей передачей под наблюдение амбулаторной службы.

**Цель** — изучить структуру, возрастное и гендерное распределения среди детей, пролеченных в условиях дневного стационара, а также оценить его необходимость как стационарозамещающей технологии в современной медицине.

**Материалы и методы.** В рамках работы проведен ретроспективный анализ историй болезни (форма № 003/у) за период 2022–2024 гг. на базе дневного стационара № 1 Детской городской больницы № 8 (Екатеринбург). В ходе анализа данных использованы методы описательной статистики в программном пакете Microsoft Excel 2021 (Microsoft Corp., США).

**Результаты.** При анализе статических данных за последние 3 года отмечено, что выполнение плана коечного фонда составляет около 100 %. На рис. 1 изображены абсолютные показатели числа пролеченных пациен-

тов согласно плановому объему оказания медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

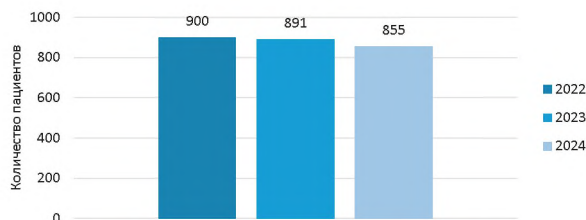


Рис. 1. Количество пролеченных пациентов в 2022–2024 гг.

При анализе гендерного распределения (рис. 2) установлено, что чаще болеют девочки, чем мальчики. Так, например, по наблюдению за 2024 г. соотношение мальчиков к девочкам составило 1,0 : 1,5 ( $\chi^2 = 74,036$ ;  $p < 0,001$ ).

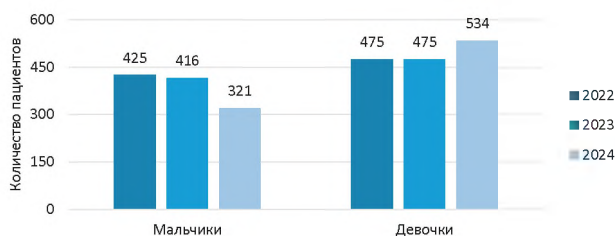


Рис. 2. Гендерное распределение по общей заболеваемости среди пролеченных пациентов в 2022–2024 гг.

В условиях дневного стационара № 1 пациенты проходят обследование и лечение по основным шести классам болезней: III — болезни крови и кроветворных органов; VI — болезни нервной системы; XI — болезни органов пищеварения; XII — болезни кожи и подкожной клетчатки; XIII — болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани; XIV — болезни мочеполовой системы.

При изучении структуры заболеваемости пролеченных пациентов в условиях дневного стационара № 1 выявлено (рис. 3), что по классу III (болезни крови и кроветворных органов; анемии, в т. ч. железодефицитные) в 2023 г. зафиксировано резкое увеличение показателя (с 5 до 31 случая), причем в 100 % это были девочки; пик заболеваемости пришелся на подростковый период — 84 % ( $n = 26$ ).

По классу VI (болезни нервной системы) прослеживается аналогичная ситуация. Нужно отметить, что в 2023 г. наибольшая встречаемость заболеваний по сравнению с 2022 и 2024 гг. — 292 против 217 и 232 соответственно.

Заболеваемость по гендерному признаку почти одинакова, за 3 года в целом соотношение девочек к мальчикам составляет 1 : 1.

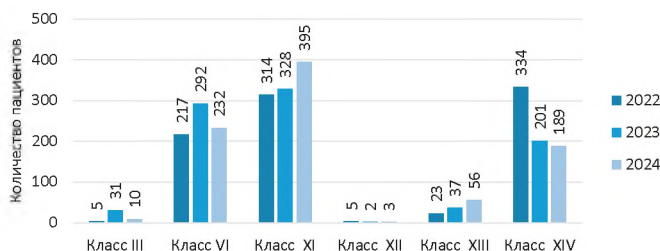


Рис. 3. Заболеваемость по отдельным классам болезней среди пролеченных пациентов в 2022–2024 гг.

За последние 3 года регистрируется неуклонный рост по классу XI (болезни органов пищеварения). Так, в сравнении с 2022 г. показатель заболеваемости увеличился на 26 % к 2024 г. В структуре этого раздела лидирующую позицию занимают гастриты и дуодениты. Также с 2022 г. отмечается рост по функциональным нарушениям кишечника.

По классу XII (болезни кожи и подкожной клетчатки) более чем в 2 раза (–60 %) отмечается снижение количества пациентов с 2022 г.

При изучении заболеваемости по классу XIII (болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани) отмечается неуклонный рост за последние 3 года на 140 %. Класс представлен одной нозологией — юношеские артриты, которые представляют собой артриты неустановленной причины длительностью более 6 недель, развивающиеся у детей в возрасте не старше 16 лет при исключении другой патологии суставов.

Отмечено, что показатель заболеваемости по классу XIV (болезни мочеполовой системы), по сравнению с 2022 г., уменьшился в 1,7 раза.

Анализ гендерного и возрастного показателя выполнен на основе данных отчетного периода за 2024 г. (табл. 1). При изучении этого показателя в зависимости от возраста установлено, что заболеваемость у девочек выше почти в 2 раза, чем у мальчиков.

Таблица 1

**Показатели гендерного и возрастного признаков пролеченных пациентов в 2022–2024 гг., абс. (отн.)**

Возрастной период	Девочки	Мальчики
Всего	534 (62,5)	321 (37,5)
Грудной (до 12 месяцев)	44/534 (8,3)	39/321 (12,1)
Ранний (1–3 года)	45/534 (8,4)	24/321 (7,5)
Дошкольный (4–6 лет)	98/534 (18,4)	41/321 (12,8)

Окончание табл. 1

Возрастной период	Девочки	Мальчики
Младший и средний школьный (7–14 лет)	248/534 (46,4)	179/321 (55,8)
Подростковый (15–17 лет)	99/534 (18,5)	38/321 (11,8)

В раннем периоде заболеваемость одинакова среди детей и составляет около 5 % от общего числа пролеченных пациентов. С периода раннего возраста и до 18 лет достоверно преобладают (в 2 раза) девочки по числу пролеченных пациентов в дневном стационаре. Половина пациентов ( $n = 427$  (49,9 %)) — это дети младшего и среднего школьного возраста из всего числа пролеченных пациентов. В подростковом периоде также преобладают девочки над мальчиками в 2,6 раз.

При изучении структуры заболеваемости среди разных возрастных групп (табл. 2) установлено, что болезни крови (железодефицитная анемия) чаще встречаются среди пациентов подросткового возраста в сравнении с другими периодами и составляют около 80 % от всего класса болезней.

Болезни нервной системы приходятся на подростковый период, 74 % от общего числа обращений по классу, 19 % приходится на младший и средний школьный возраст, 7 % дети дошкольного возраста.

Такая же ситуация наблюдается по болезням органов пищеварения: 65 % случаев приходится на подростковый период, младшего и среднего возраста — 20 %, дошкольной — 20 %, 1 % среди детей раннего возраста.

Таблица 2

**Возрастная заболеваемость в зависимости от класса МКБ, абс. (отн.)**

Возрастной период	Класс					
	III ( $n = 10$ )	VI ( $n = 232$ )	XI ( $n = 395$ )	XII ( $n = 3$ )	XIII ( $n = 56$ )	XIV ( $n = 189$ )
Грудной (до 1 года)	—	—	—	1 (33)	—	12 (6,5)
Ранний (1–3 года)	1 (10)	—	6 (1)	2 (67)	—	28 (15)
Дошкольный (4–6 лет)	—	16 (7)	55 (14)	—	—	35 (18,5)
Младший и средний школьный (7–14 лет)	1 (10)	44 (19)	78 (20)	—	18 (32)	78 (41)
Подростковый (15–17 лет)	8 (80)	172 (74)	256 (65)	—	38 (68)	36 (19)

Болезни кожи чаще встречаются среди детей раннего возраста (около 67 %).

Заболевания соединительной ткани в основном представлены в подростковом периоде (68 %); 32 % — дети младшего и среднего школьного возраста.

По заболеваниям мочеполовой системы получены следующие данные: 41 % — дети младшего и среднего школьного возраста, 19 % — подросткового, 18,5 — дошкольного, 15 % — раннего, 6,5 % — грудного.

**Обсуждение.** В ходе изучения работы дневного стационара установлено, что выполнение плана по количеству пролеченных пациентов составляет около 100 %. Это подтверждает необходимость такого вида помощи населению, как стационаросберегающая технология, представленная в виде дневного стационара.

Среди всех классов болезней, по которым осуществляются обследование и лечение в условиях дневного стационара, лидирующую позицию занимает класс XI — болезни органов пищеварения. Наибольшее число пациентов представлено в когорте подростков, что объяснимо, во-первых, началом самостоятельной жизни у школьников, бесконтрольным потреблением продуктов, содержащих углеводы, сахар и пр., во-вторых, длительными перерывами между едой, массовым отказом школьников от горячего питания, а также влиянием социальных сетей на пищевые пристрастия школьников и подростков [5].

Болезни нервной системы стоят на втором месте по уровню заболеваемости с преобладанием в подростковом возрасте. Такой результат объясним тем, что в подростковом периоде из-за интенсификации роста происходит дестабилизация гормональной и нервной регуляции, а также влияние социальной среды в условиях цифровизации [6].

При изучении структуры заболеваемости пролеченных пациентов в условиях дневного стационара № 1 выявлено, что по классу III (болезни крови и кроветворных органов) показатель увеличился в 3 раза — вероятно, это связано с массовым охватом подросткового населения и повышенной настороженностью педиатра, гинеколога. Преобладание девочек в подростковом периоде возрастного показателя, вероятно, связано еще с гормональной перестройкой во время полового созревания, а также вклад вносят социальные аспекты воспитания и исходный уровень здоровья [7].

По классу XII (болезни кожи и подкожной клетчатки) отмечается снижение количества пациентов — вероятно, это связано с отлаженной маршрутизацией пациентов на специализированную койку. Болезни кожи чаще встречаются среди детей раннего возраста, что совпадает с литературными данными, когда пик приходится именно на эти периоды, что связано с реактивностью незрелых систем и генетическими механизмами.

Показатель по классу XIV (болезни мочеполовой системы) снижается, что объяснимо грамотной маршрутизацией пациентов. В возрастной структуре заболеваемости преобладает когорта детей младшего и среднего школьного возраста. Такие данные объясняются подъемом микробно-воспалительных заболеваний в школьном периоде, а также выявлением отклонений на этапе профосмотров. В грудном и раннем периоде заболеваемость объясняется также проведением профосмотров, но среди причин заболевания мочевыделительной системы превалируют пороки ее развития у детей, которые нередко осложняются микробно-воспалительным процессом, что трактуется необходимостью обследования уже в ранние годы [8].

Заболевания соединительной ткани в основном представлены в подростковом периоде. В настоящее время нет четкого представления о механизмах и триггерных факторах заболевания, но есть доказанная роль наследственности, вирусов, бактерий, влияние травм, псориаза. Ювенильные артриты относятся к орфанным заболеваниям.

**Заключение.** За последние 3 года зафиксирован рост хронической патологии среди детского населения на примере анализа пролеченных пациентов в дневном стационаре, что подтверждает необходимость наличия такого вида медицинской помощи.

В нозологической структуре на первом месте находятся патологии органов пищеварения, далее нервной системы и мочевыводящих путей, причем пик приходится на подростковый период, и чаще у девочек. Наименьшая заболеваемость отмечается среди патологий кожи. Безусловно на эти тенденции влияют медико-биологические и социальные факторы.

В настоящий момент нет сомнений в необходимости стационарозамещающих технологий в виде дневного стационара, который выполняет возложенный план в 100 % в системе обязательного медицинского страхования.

#### Список источников

1. Здравоохранение в России. 2023 : стат. сб. / Росстат. М., 2023. 179 с. URL: <https://clck.ru/3QePXb>.
2. Левченко О. В., Герасимов А. Н., Кучма В. Р. Влияние социально-экономических факторов на заболеваемость детей и подростков социально значимыми и основными классами болезней // Здоровье населения и среда обитания — ЗНиСО. 2018. № 8. С. 21–25. EDN: <https://elibrary.ru/XXHLAD>.
3. Калдохова Л. А. Анализ состояния здоровья школьников // Молодой ученый. 2019. № 3. С. 88–89. EDN: <https://elibrary.ru/YUQYNF>.
4. Рациональное использование стационарозамещающих технологий при оказании первичной медико-санитарной помощи / М. Г. Карайланов, И. Т. Русев, Г. А. Степушкина [и др.] // Медицина и организация здравоохранения. 2018. Т. 3, № 2. С. 31–38. EDN: <https://elibrary.ru/XSBGZN>.
5. Анализ заболеваемости детей в условиях социальной изоляции в период COVID-19 / Е. И. Аксенова, А. М. Подчернина, Я. О. Качкуркина [и др.] // Здоровье мегаполиса. 2022. № 2. DOI: <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2023.v.4i3;13-25>.
6. Марцев А. А. Комплексный анализ первичной заболеваемости и оценка риска здоровью детей на региональном уровне // Здоровье населения и среда обитания. 2023. Т. 31, № 12. С. 46–53. DOI: <https://doi.org/10.35627/2219-5238/2023-31-12-46-53>.
7. Рапопорт И. К. Тенденции заболеваемости детей и подростков России в процессе цифрового обновления школы // Пациентоориентированная медици-

на и фармация. 2025. Т. 3, № 3. С. 86–97. DOI: <https://doi.org/10.37489/2949-1924-0107>.

8. Врожденные пороки развития почек и мочевыводящих путей: возможности пренатальной диагностики и взаимосвязь с генетическими синдромами / Т. Н. Хвощина, А. Ю. Гаевая, К. О. Попова, Е. А. Лапшина // Национальный вестник медицинских ассоциаций. 2024. Т. 1, № 1. С. 11–14. EDN: <https://elibrary.ru/DDTBYY>.

### Информация об авторах

**Кристина Алексеевна Дьячкова** — ординатор кафедры детских болезней, институт педиатрии и репродуктивной медицины, Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург, Россия. E-mail: [kristina\\_dyachkova1999@mail.ru](mailto:kristina_dyachkova1999@mail.ru).

**Серафима Александровна Лебедева** — ординатор кафедры детских болезней, институт педиатрии и репродуктивной медицины, Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург, Россия. E-mail: [simalebedeva@live.ru](mailto:simalebedeva@live.ru).

**Елена Валентиновна Сафина** — кандидат медицинских наук, доцент кафедры детских болезней, институт педиатрии и репродуктивной медицины, Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург, Россия. E-mail: [evsafina84@mail.ru](mailto:evsafina84@mail.ru).