

УДК: 614.2

DOI 10.24412/2312-2935-2021-3-321-333

## ВОСТРЕБОВАННОСТЬ СПЕЦИАЛИСТОВ ПРИ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОМ ДИСПАНСЕРЕ

*О. В. Кирчагло<sup>1</sup>, В. А. Макашева<sup>1</sup>, А. И. Бабенко<sup>2</sup>, Е.А. Бабенко<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>ГБУЗ Новосибирской области «Новосибирский областной детский клинический психоневрологический диспансер», г. Новосибирск

<sup>2</sup>Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний», г. Новокузнецк

**Введение.** Развитие помощи детям с психическими расстройствами и расстройствами поведения все в большей степени ориентируется на лечение этого контингента в условиях дневного стационара. Важно не только оценить формирование потока пациентов в эти подразделения психоневрологических диспансеров, но и задействование специалистов, реализующих лечебные и реабилитационные технологии.

**Целью** исследования являлось установление востребованности специалистов различного профиля в дневном стационаре регионального детского психоневрологического диспансера.

**Материал и методы исследования.** Использовались материалы сплошной выборки из информационной базы данных диспансера за трехлетний период оказания помощи 2698 детям и подросткам по отдельным нозологическим формам заболеваний. Рассматривалось задействование специалистов: психолога, психотерапевта, невролога, логопеда, генетика, физиотерапевта, специалиста по социальной работе.

**Результаты.** Средняя длительность лечения пациентов в дневном стационаре составила 33,3 дня. Амплитуда колебания средних сроков лечения была от 28,0 дней при эмоциональных расстройствах и расстройствах поведения до 45,6 дней при поведенческих синдромах, связанных с физиологическими нарушениями. 86,2 % всего объема помощи приходится на лечащего врача-психиатра, а 13,8 % – на других специалистов. Из них 54,3 % объема помощи осуществляет психолог, 21,4 % – физиотерапевт, 12,0 % – специалист по социальной работе, а на остальных специалистов приходится 2,3–3,9 % помощи по каждому. При этом психолог чаще всего привлекается (430,4 на 100 пациентов) при лечении больных с поведенческим синдромом и при расстройствах настроения (342,1 на 100 пациентов). Физиотерапевт наиболее востребован при нарушениях психологического развития, органических психических расстройствах и умственной отсталости (105,2–118,7 на 100 пациентов). Специалист по социальной работе чаще привлекался для помощи больным с шизофренией и расстройствами настроения (78,9–83,0 на 100 пациентов).

Установленные уровни задействования специалистов в дневном стационаре психоневрологического диспансера свидетельствуют об объемах востребованности тех или иных видов технологий лечения и реабилитации детей с психическими расстройствами и расстройствами поведения.

**Ключевые слова:** детский психоневрологический диспансер, востребованность специалистов

## DEMAND FOR SPECIALISTS IN PROVIDING ASSISTANCE TO CHILDREN IN PSYCHONEUROLOGICAL DISPENSARY

*O.V. Kirchaglo<sup>1</sup>, VA. Makasheva<sup>1</sup>, A.I. Babenko<sup>2</sup>, E.A. Babenko<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> *State Budgetary Health Institution of the Novosibirsk Region "Novosibirsk Regional Children's Clinical Neuropsychiatric Dispensary", Novosibirsk*

<sup>2</sup> *Federal State Budgetary Scientific Institution "Research Institute of Complex Problems of Hygiene and Occupational Diseases", Novokuzneck*

**Introduction.** The development of care for children with mental and behavioural disorders is increasingly focused on the treatment of this contingent in a day-care setting. It is important not only to assess the formation of the flow of patients to these units of neuropsychiatric dispensaries, but also the use of specialists implementing medical and rehabilitation technologies.

The purpose of the study was to establish the demand of specialists of various profiles in the day hospital of the regional children's neuropsychiatric dispensary.

**Material and research methods.** A full sample was used from the information database of the dispensary for the three-year period of assistance to 2,698 children and adolescents on certain nosological forms of diseases. The involvement of specialists was considered: psychologist, psychotherapist, neurologist, speech therapist, geneticist, physiotherapist, specialist in social work.

**Results.** The average duration of treatment of patients in a day hospital was 33.3 days. The amplitude of the variation in average treatment time was from 28.0 days for emotional and behavioral disorders to 45.6 days for behavioral syndromes associated with physiological disorders. 86.2% of the total amount of assistance is accounted for by the treating psychiatrist, and 13.8% - by other specialists. Of these, 54.3% of the assistance is carried out by a psychologist, 21.4% by a physiotherapist, 12.0% by a social work specialist, and the remaining specialists account for 2.3-3.9% of the assistance for each. At the same time, the psychologist is most often involved (430.4 per 100 patients) in the treatment of patients with behavioral syndrome and in mood disorders (342.1 per 100 patients). The physiotherapist is most in demand for disorders of psychological development, organic mental disorders and mental retardation (105.2-118.7 per 100 patients). A social work specialist was more often employed to help patients with schizophrenia and mood disorders (78.9-83.0 per 100 patients). The established levels of involvement of specialists in the day hospital of the neuropsychiatric dispensary indicate the volume of demand for certain types of technologies for the treatment and rehabilitation of children with mental disorders and behavior disorders.

**Keywords:** children's neuropsychiatric dispensary, demand of specialists

**Введение.** Психиатрическая помощь детям и подросткам в РФ ориентируется на развитие, прежде всего, полустационарной помощи с обеспечением амбулаторного приема и нахождения пациентов на лечении в дневном стационаре. Это, с одной стороны, позволяет привлечь к лечению и реабилитации детей с психическими нарушениями всех необходимых специалистов, а с другой – не удаляет ребенка при лечении из семейной (привычной для него) среды на длительное время, что в определенной степени является методом закрепления

коррекционных навыков. Эти функции активно реализуют региональные детские психоневрологические диспансеры (ДПНД).

Рост в последние годы распространенности среди детей и подростков психических расстройств и расстройств поведения, по данным многих исследователей [1–4], способствует интенсификации работы диспансеров и широкому применению современных методов лечения и коррекции психического здоровья с привлечением специалистов различного профиля: психологов, логопедов, неврологов, психотерапевтов, дефектологов, специалистов по социальной работе и др. При этом, как считает И. В. Макаров [5], эффективным является бригадный метод оказания медицинской и медико-социальной помощи, что улучшает адаптацию детей к жизни в обществе. Это, по мнению Г. М. Ланцевой [6], предопределяет необходимость разработки моделей взаимодействия всех специалистов, в т. ч. с учетом специфики психических расстройств [7].

Для планирования деятельности психоневрологического диспансера важно оценить не только характер формирования потока пациентов, но и определить потенциальную востребованность медицинских и медико-социальных технологий лечения. В этой связи важно изучить задействование специалистов, консультирующих и реализующих специфические технологии под руководством лечащего детского врача-психиатра при различных формах психических расстройств.

**Цель исследования:** установить востребованность специалистов различного профиля в дневном стационаре регионального детского психоневрологического диспансера.

**Материал и методы.** В качестве базы исследования был определен Новосибирский областной детский клинический психоневрологический диспансер. Материалами исследования являлись официальные статистические отчетные формы № 36 «Сведения о контингентах психических больных» за период 2017–2019 гг., а также материалы сплошной выборки из информационной базы данных диспансера за трехлетний оказания медицинской помощи 2698 детей и подростков различных возрастов по отдельным нозологическим формам заболеваний. Была проанализирована длительность лечения при отдельных нозологических формах заболеваний: органические, включая симптоматические, психические расстройства (шифр по МКБ-10: F00-F09); шизофрения, шизофренические состояния и бредовые расстройства (F20-F29); расстройства настроения (аффективные расстройства, F30-F39); неврологические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40-F49); поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическим

развитием (F50-F59); умственная отсталость (F70-F79); нарушения психологического развития (F80-F89); эмоциональные расстройства и расстройства поведения (F90-F99). Рассматривалась задействованность специалистов: психолога, психотерапевта, невролога, логопеда, генетика, физиотерапевта, специалиста по социальной работе.

**Результаты и обсуждение.** Анализ потока пациентов в дневном стационаре диспансера показал, что наибольшую долю среди больных (таблица 1) составляли дети, страдающие нарушениями психологического развития (29,0 %) и с органическими психическими расстройствами (25,1 %). Меньший объем пациентов был с эмоциональными расстройствами и расстройствами поведения (15,0 %), умственной отсталостью (12,1 %), невротическими расстройствами (10,2 %). На больных с расстройствами настроения приходилось 4,2 %, шизофренией – 3,5 %, а наименьший удельный вес имели дети с поведенческим синдромом (0,9 %).

**Таблица 1**

Удельный вес (%) пациентов и длительность лечения в диспансере при отдельных формах психических расстройств и расстройствами поведения

<i>Название заболеваний</i>	<i>Удельный вес (%) пациентов</i>	<i>Средняя длительность лечения</i>	<i>Удельный вес (%) дней лечения</i>
Органические психические расстройства (F00-F09)	25,1	36,7	27,7
Шизофрения, шизофренические состояния и бредовые расстройства (F20-F29)	3,5	38,4	4,0
Расстройства настроения (F30-F39)	4,2	32,1	4,1
Невротические расстройства, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40-F48)	10,2	34,8	10,7
Поведенческий синдром, связанный с физиологическими нарушениями (F50-F59)	0,9	45,6	1,2
Умственная отсталость (F70-F79)	12,1	30,8	11,2
Нарушения психологического развития (F80-F89)	29,0	32,7	28,5
Эмоциональные расстройства и расстройства поведения (F90-F98)	15,0	28,0	12,6
Всего (F00-F98)	100,0	33,3	100,0

Средняя длительность лечения пациентов в дневном стационаре диспансера (таблица 1) составляла 33,3 дня с различиями по отдельным группам патологии. При органических психических нарушениях на лечение в среднем отводится 36,7 дня. При этом значительная часть (25,0 %) детей проходила курс лечения в течение 15–21 дня. У 24,5 % пациентов срок лечения составлял от 22 до 35 дней, а у 24,6 % – от 36 до 57 дней.

При шизофренических состояниях срок лечения колебался в пределах от 1 до 93 дней. Средняя длительность лечения была 38,4 дня, но выраженного модального срока не было отмечено. Со сроком лечения 15–21 день было отмечено 20,2 % пациентов с данным диагнозом.

С наличием расстройств настроения пациенты проходили курс лечения в течение 6–84 дней. Средний срок составлял 32,1 дня без значимой модальной длительности лечения. Со сроком лечения 15–21 день отмечено 21,1 % пациентов.

При невротических расстройствах лечение детей проводилось в течение 3–87 дней и в среднем составляло 34,8 дня. При этом 23,6 % больных лечилось от 15 до 21 дня.

У пациентов с поведенческим синдромом длительность лечения составляла от 6 до 86 дней. В среднем срок нахождения в ДПНД – 45,6 дня. В связи с тем, что детей с данными нарушениями проходило незначительное количество (всего за 3 года 23 пациента), модальная длительность лечения не установлена.

При умственной отсталости лечение пациентов продолжалось в сроки от 6 до 98 дней. В среднем длительность нахождения больных в стационаре составляла 30,8 дня, с модальным сроком от 14 до 21 дня, в течение которого было пролечено 39,0 % детей.

Длительность лечения пациентов с нарушениями психологического развития составляла от 2 до 104 дней со средним сроком 32,7 дня. При этом было отмечено 2 модальных срока нахождения детей в ДПНД: первый 14–21 день и второй 22–35 дней, лечение в которые проходили соответственно 30,2 и 33,6 % пациентов.

Дети с эмоциональными расстройствами и расстройствами поведения лечились в стационаре от 1 до 102 дней. Средний срок лечения составлял 28,0 дней. 32,8 % пациентов с данными расстройствами находились в ДПНД в сроки от 14 до 21 дня. Наблюдения за пациентами при подозрении на психические заболевания и нарушения поведения проводилось в среднем в течение 19 дней (от 13 до 23 дней).

Таким образом, в среднем длительность лечения детей в стационаре ДПНД при отдельных заболеваниях была в пределах от 28,0 дней (при эмоциональных расстройствах и

расстройствах поведения) до 45,6 дней (при наличии поведенческого синдрома). Модальный средний срок лечения составлял от 14 до 21 дня, в течение которого проходило лечение от 23,6 % (при невротических и соматоформных расстройствах) до 39,0 % (при умственной отсталости), а также в течение 22–35 дней при лечении 33,6 % детей с нарушениями психологического развития.

Количество пациентов и длительность их лечения при соответствующих нозологических формах заболеваний предопределяли объем и структуру помощи. Исходя из того, что среднее количество дней лечения незначительно отличалось по отдельным нозологическим группам, то и структура распределения количества дней лечения несущественно различалась (таблица 1). Наибольший объем помощи (в днях лечения) был при нарушениях психологического развития (28,5 %) и органических психических расстройствах (27,7 %), а наименьший при расстройствах настроения (4,1 %), шизофрении (4,0 %) и, особенно, при поведенческом синдроме, связанным с физиологическими нарушениями (1,2 %). При остальных нозологических формах психических расстройств составлял от 10,2 до 15,0 % от всего объема дней лечения.

Лечебную и реабилитационную помощь в ДПНД оказывают детский психиатр, а также психолог, невролог, логопед, психотерапевт, физиотерапевт, генетик, специалист по социальной работе. 86,2 % всего объема помощи приходится на лечащего врача-психиатра, остальные 13,8 % – на других специалистов. При этом (таблица 2) из них более половины объема помощи (54,3 %) осуществляет психолог. 21,4 % – физиотерапевт, а 12,0 % – специалист по социальной работе. Участие в лечении психотерапевта, невролога, логопеда и генетика составляет от 2,3 до 3,9 % от всего объема помощи.

При отдельных нозологических формах психических расстройств и расстройств поведения структура задействования специалистов была различной (таблица 2). В целом они составляли долю от 10,5 (при шизофрении) до 17,8 % (при расстройствах настроения).

Среди рассматриваемых специалистов удельный вес задействования психолога колебался от 51,8 (при органических психических расстройствах) и 53,3 % (при умственной отсталости) до 73,3 % (при поведенческом синдроме). Доля задействования психотерапевта была от 0,4 % (при нарушениях психологического развития) и 1,4 % (при умственной отсталости) до 10,1 % (при шизофрении). Востребованность невролога колебалась от 2,2 % при расстройствах настроения до 6,9 % при шизофрении. Задействование логопеда имело наибольший удельный вес при умственной отсталости, а генетика – при шизофрении (3,4 %)

**Таблица 2**

Удельный вес (%) задействования специалистов в детском психоневрологическом диспансере

Наименование специалиста	Нозологические группы заболеваний* (шифры по МКБ-10)								Всего
	F00-F09	F20-F29	F30-F39	F40-F49	F50-F59	F70-F79	F80-F89	F90-F98	
Психолог	51,8	59,8	60,0	60,5	73,3	53,3	51,8	54,8	54,3
Психотерапевт	3,2	4,8	10,1	6,8	4,5	1,4	0,4	6,5	3,4
Невролог	4,5	6,9	2,2	3,6	5,0	3,0	3,7	3,9	3,9
Логопед	2,4	0,3	0,2	0,8	0,0	5,1	3,6	2,5	2,7
Генетик	1,8	3,4	0,5	1,7	0,0	2,2	3,9	1,3	2,3
Физиотерапевт	23,7	4,2	13,2	13,7	10,4	24,2	25,7	19,3	21,4
Специалист по социальной работе	12,6	20,6	13,8	12,9	5,9	10,8	10,9	11,7	12,0
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

\* F00-F09 – Органические психические расстройства; F20-F29 – Шизофрения, шизофренические состояния и бредовые расстройства; F30-F39 – Расстройства настроения; F40-F48 – Невротические расстройства, связанные со стрессом и соматоформные расстройства; F50-F59 – Поведенческий синдром, связанный с физиологическими нарушениями; F70-F79 – Умственная отсталость; F80-F89 – Нарушения психологического развития; F90-F98 – Эмоциональные расстройства и расстройства поведения

и нарушениях психологического развития (3,9 %). Физиотерапевт наиболее был востребован при органических психических расстройствах (23,7 %), умственной отсталости (24,2 %) и нарушениях психологического развития (25,7 %), а наименее всего – при шизофрении (4,2 %). Задействование специалиста по социальной работе было незначительным (5,9 %) при наличии поведенческого синдрома, а наиболее востребован он был для пациентов с шизофренией. Таким образом, при всех нозологических формах психических расстройств и расстройств поведения наиболее востребованным специалистом являлся психолог. В дополнение к нему при органических психических расстройствах значительный удельный вес занимает помощь физиотерапевта и специалиста по социальной работе, деятельность которого так же существенна при шизофрении. Эти специалисты являются ведущими при реализации лечебных и реабилитационных технологий.

При расстройствах настроения помимо вышеуказанных специалистов определенную значимость при лечении имеет психотерапевт. Для пациентов с другими формами психических заболеваний чаще всего привлекаются психолог, физиотерапевт и специалист по социальной работе, которые в целом вместе с лечащим врачом-психиатром оказывают медицинскую и медико-социальную помощь больным.

Востребованность специалистов анализировалась на основе расчетов их уровня задействования в среднем на 100 пациентов (таблица 3). Результаты исследования показали, что в среднем психолог на каждого пациента привлекается 2,5 раза. Наиболее часто (430,4 на 100 пациентов) для лечения больных с поведенческим синдромом, а также при расстройствах настроения (342,1 на 100 пациентов).

Вторым по значимости специалистом является физиотерапевт, который был задействован практически при лечении каждого пациента (98,0 на 100 пациентов). В большей степени он привлекался при лечении детей с нарушениями психологического развития (118,7 на 100 пациентов), при органических психических расстройствах (110,0 на 100 пациентов) и умственной отсталости (105,2 на 100 пациентов).

Немаловажное значение при реабилитации детей и подростков имеет использование специалиста по социальной работе. В среднем к лечению каждого второго ребенка он привлекался (55,3 на 100 пациентов). При этом чаще всего это были больные шизофренией (83,0 на 100 пациентов) и расстройствами настроения (78,9 на 100 пациентов).

Востребованность других специалистов была незначительна, составляя от 10,6 (генетик) до 17,8 на 100 пациентов (невролог). При этом логопед и генетик вообще не



**Таблица 3**

Уровень востребованности специалистов при оказании медицинской и медико-социальной помощи пациентам в детском психоневрологическом диспансере (на 100 пациентов)

Наименование специалиста	Нозологические группы заболеваний* (шифр по МКБ-10)								Всего
	F00-F09	F20-F29	F30-F39	F40-F49	F50-F59	F70-F79	F80-F89	F90-F98	
Психолог	240,4	240,4	342,1	299,3	430,4	231,3	239,0	228,1	248,9
Психотерапевт	15,0	19,1	57,9	33,8	26,1	6,1	1,8	26,9	15,9
Невролог	20,6	27,7	12,3	17,8	34,8	13,2	17,0	16,3	17,8
Логопед	10,9	1,1	0,9	4,0	-	20,1	16,4	10,3	12,2
Генетик	8,4	13,8	2,6	8,4	-	9,5	17,8	5,2	10,6
Физиотерапевт	110,0	17,0	75,4	67,6	60,9	105,2	118,7	80,5	98,0
Специалист по социальной работе	58,4	83,0	78,9	63,6	34,8	46,9	50,4	48,9	55,3

\* F00-F09 - Органические психические расстройства; F20-F29 – Шизофрения, шизофренические состояния и бредовые расстройства; F30-F39– Расстройства настроения; F40-F48 – Невротические расстройства, связанные со стрессом и соматоформные расстройства; F50-F59 – Поведенческий синдром, связанный с физиологическими нарушениями; F70-F79 – Умственная отсталость; F80-F89 – Нарушения психологического развития; F90-F98 – Эмоциональные расстройства и расстройства поведения

привлекались для лечения пациентов с наличием поведенческого синдрома и почти не были задействованы при лечении расстройств настроения и невротических нарушениях.

Таким образом, установленные уровни задействования специалистов свидетельствуют об их востребованности при лечении соответствующих форм психических расстройств и расстройств поведения у детей и подростков, что является одним из элементов планирования стратегии в подготовке и использовании кадрового потенциала диспансера.

**Выводы.** Средняя длительность лечения детей в дневном стационаре психоневрологического диспансера составляет 33,3 дня, с амплитудой колебаний по отдельным нозологическим группам психических расстройств от 28,0 до 45,6 дня.

86,2 % всего объема лечебной и реабилитационной помощи оказывает лечащий врач-психиатр, 13,8 % – другие специалисты, среди которых наиболее востребованы психолог с удельным весом значимости 54,3 %, физиотерапевт – 21,4 % и специалист по социальной работе – 12,0 %.

Психолог наиболее часто востребован при лечении больных с поведенческим синдромом (430,4 на 100 пациентов) и при расстройствах настроения (342,1 на 100 пациентов), физиотерапевт – при нарушениях психологического развития, органических психических расстройствах и умственной отсталости (105,2–118,7 на 100 пациентов), специалист по социальной работе – при шизофрении и расстройствах настроения (78,9–83,0 на 100 пациентов).

Установленные уровни задействования специалистов при оказании помощи больным в детском психоневрологическом диспансере свидетельствуют об объемах востребованности тех или иных видов технологий лечения и реабилитации детей с психическими расстройствами и расстройствами поведения.

#### Список литературы

1. Гудимова Ж. В., Толькова Е. И., Жернакова Г. И., Гегечкори И. В. Сравнительная характеристика психических расстройств у подростков в федеральных округах России и регионах Сибирского федерального округа за период 2005–2013 гг. *Современные проблемы науки и образования*. 2015;5: 89.
2. Дониёрова Ф. А. Соматический и неврологический статус детей с аутизмом. *Молодой ученый*. 2017;20(154): 189–192.

3. Макушкин Е. В., Демчева Н. К. Динамика и сравнительный анализ детской и подростковой заболеваемости психическими расстройствами в Российской Федерации в 2000–2018 годах. Российский психиатрический журнал. 2019;4: 4–15.

4. Шматова Ю. Е. Динамика статистических и социологических показателей состояния психического здоровья населения России. Проблемы развития территории. 2019;3(101): 76–96.

5. Макаров И. В. Организация психиатрической помощи детям и подросткам. Педиатрия. 2004;3: 74–77.

6. Ланцева Г. М. Организация психиатрической помощи детям и подросткам в условиях стационара. Медицина и здравоохранение: материалы III Международной научной конференции. Казань: Бук, 2015; 98–101.

7. Давыдова Н. И. Специфика коррекционной работы с детьми, имеющими расстройства аутистического спектра. Современное дошкольное образование. 2018;3(85): 68–71.

#### References

1. Gudimova J. V., Tolkova E. I., Zhernakova G. I., Gegechkori I. V. Sravnitel'naja harakteristika psihicheskikh rasstrojstv u podrostkov v federal'nyh okrugah Rossii i regionah Sibirskogo federal'nogo okruga za period 2005–2013 gg. [Comparative characteristics of mental disorders in adolescents in the federal districts of Russia and the regions of the Siberian Federal District for the period 2005-2013]. Sovremennye problemy nauki i obrazovanija [Modern problems of science and education]. 2015;5: 89. (In Russian)

2. Donijorova F. A. Somaticheskij i nevrologicheskij status detej s autizmom [Somatic and neurological status of children with autism]. Molodoj uchenyj [Young scientist]. 2017;20(154): 189–192. (In Russian)

3. Makushkin E.V., Demcheva N.K. Dinamika i sravnitel'nyj analiz detskoj i podrostkovojoj zaboлеваemosti psihicheskimi rasstrojstvami v Rossijskoj Federacii v 2000–2018 godah [Dynamics and comparative analysis of childhood and adolescent incidence of mental disorders in the Russian Federation in 2000-2018]. Rossijskij psihiatricheskij zhurnal [Russian psychiatric journal]. 2019;4: 4–15. (In Russian)

4. Shmatova Yu. E. Dinamika statisticheskikh i sociologicheskikh pokazatelej sostojanija psihicheskogo zdorov'ja naselenija Rossii [Dynamics of statistical and sociological indicators of the state of mental health of the Russian population]. Problemy razvitija territorii [Problems of territory development]. 2019;3(101): 76–96. (In Russian)

5. Makarov I. V. Organizacija psihiatricheskoj pomoshhi detjam i podrostkam [Organization of psychiatric care for children and adolescents]. *Pediatrics* [Pediatrics]. 2004;3: 74–77. (In Russian)

6. Lanceva G. M. Organizacija psihiatricheskoj pomoshhi detjam i podrostkam v uslovijah stacionara [Organization of psychiatric care for children and adolescents in hospital]. *Medicina i zdravoohranenie: materialy III Mezhdunarodnoj nauchnoj konferencii* [Medicine and Health: materials of the III International Scientific Conference]. Kazan': Buk, 2015; 98–101. (In Russian)

7. Davydova N. I. Specifika korekcionnoj raboty s det'mi, imejushhimi rasstrojstva autisticheskogo spectra [The specifics of corrective work with children with autism spectrum disorders]. *Sovremennoe doskol'noe obrazovanie* [Modern preschool education]. 2018;3(85): 68–71. (In Russian)

**Финансирование.** Исследование не имело спонсорской поддержки.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Acknowledgments.** The study did not have sponsorship.

**Conflict of interests.** The authors declare no conflict of interest.

#### Сведения об авторах

**Кирчагло Ольга Викторовна**, заместитель главного врача по медицинской части Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Новосибирский областной детский клинический психоневрологический диспансер», 630091, ул. Гоголя 24, e-mail: [9488168@ngs.ru](mailto:9488168@ngs.ru), ORCID: 0000-0001-5603-8372

**Макашева Валентина Анатольевна**, кандидат медицинских наук, профессор, главный врач Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Новосибирский областной детский клинический психоневрологический диспансер», 630091, г. Новосибирск, ул. Гоголя 24б, e-mail: [v.a.makasheva@gmail.com](mailto:v.a.makasheva@gmail.com), SPIN-код автора: 3948-1498 Author ID: 374489

**Бабенко Анатолий Иванович**, доктор медицинских наук, профессор, заведующий лабораторией медико-социальных проблем и стратегического планирования в здравоохранении, Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний», 654041, г. Новокузнецк, ул. Кутузова, 23, e-mail: [bai@centercem.ru](mailto:bai@centercem.ru), ORCID: 0000-0001-6652-7903, SPIN-код автора: 4988-2400

**Бабенко Евгений Анатольевич**, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник лаборатории медико-социальных проблем и стратегического планирования в здравоохранении, ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний», 654041, г. Новокузнецк, ул. Кутузова, 23, E-mail: [bai@centercem.ru](mailto:bai@centercem.ru), ORCID: 0000-0001-6973-1002

#### About the authors

**Kirchaglo Olga Viktorovna**, Deputy Chief Physician for the Medical Department of the State Budgetary Healthcare Institution "Novosibirsk Regional Children's Clinical Psychoneurological Dispensary", 630091, st. Gogol 24, e-mail: 9488168@ngs.ru, ORCID: 0000-0001-5603-8372

**Makasheva Valentina Anatolyevna**, Candidate of Medical Sciences, Professor, Chief Physician of the State Budgetary Healthcare Institution "Novosibirsk Regional Children's Clinical Psychoneurological Dispensary", 630091, Novosibirsk, st. Gogol 24, e-mail: v.a.makasheva@gmail.com, SPIN of the author: 3948-1498, Author ID: 374489

**Babenko Anatoly Ivanovich**, the doctor of medical sciences, professor, the head of the laboratory of medico-social problems and strategic planning in health care, Federal public budgetary scientific institution "Research Institute of Complex Problems of Hygiene and Occupational Diseases", 654041, Novokuznetsk, Kutuzov St., 23, e-mail: bai@centercem.ru , ORCID: 0000-0001-6652-7903  
SPIN code of the author: 4988-2400

**Babenko Evgeny Anatolyevich**, Candidate of Medical Sciences, Senior Researcher of the Laboratory of Medical and Social Problems and Strategic Planning in Health Care, FSBNU "Research Institute of Complex Problems of Hygiene and Occupational Diseases," 654041, Novokuznetsk, Kutuzov St., 23, e-mail: [bai@centercem.ru](mailto:bai@centercem.ru), ORCID: 0000-0001-6973-1002

Статья получена: 18.05.2021 г.  
Принята к публикации: 28.09.2021 г.