ЭФФЕКТИВНОСТЬ КИПР РАННЕГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ДЕТЕЙ ГРУППЫ РИСКА: ТЕЛЕМЕДИЦИНА И ЦИФРОВОЙ МОНИТОРИНГ

Алимова И.А., Шерматов Р.М.
Ферганский институт общественного здоровья

Актуальность: Рост числа детей раннего возраста группы риска по нарушениям развития повышает потребность в доступной и непрерывной реабилитации на амбулаторном этапе. Комплексная индивидуальная программа реабилитации (КИПР) службы раннего вмешательства ориентирована на конкретные цели ребёнка и активное участие семьи, однако её результативность во многом определяется регулярностью контактов, своевременной коррекцией плана и приверженностью родителей. Телемедицина и цифровой мониторинг (электронные медицинские записи, дистанционные дневники, анализ регистров) могут снизить барьеры доступности, улучшить контроль выполнения рекомендаций и ускорить принятие клинических решений.

Цель исследования — оценить эффективность КИПР при использовании телемедицинского сопровождения и цифрового мониторинга у детей раннего возраста группы риска в амбулаторных условиях.

Материал и методы исследования: Проведено проспективное сравнительное исследование на базе Ферганского регионального филиала Республиканского центра социальной адаптации детей. Организационный период и набор пациентов составили 6–12 месяцев, эффективность курса КИПР оценивали на протяжении 12 недель. В исследование включены дети 0–3 лет группы риска по нарушениям нервно-психического и/или соматического развития (недоношенность, перинатальные поражения ЦНС, задержка моторного/речевого развития, частые заболевания и др.). Критерии включения: возраст 0–36 месяцев, наличие факторов риска, информированное согласие родителей; критерии исключения: тяжёлые декомпенсированные состояния, необходимость стационарного наблюдения, отсутствие возможности регулярного контакта, отказ от участия. Сформированы две группы: основная — КИПР с телемедицинским сопровождением и цифровым мониторингом; группа сравнения — стандартная КИПР с очными визитами без системного дистанционного мониторинга.

КИПР формировали индивидуально на 8–12 недель с постановкой измеримых целей и планом вмешательств (педиатр, невролог/реабилитолог, логопед/дефектолог, психолог — по показаниям). Программа включала рекомендации по режиму и питанию, упражнения и занятия со специалистами, домашние задания для семьи; коррекцию КИПР проводили по результатам контроля. В основной группе применяли видеоконсультации и асинхронную связь (чат/сообщения), электронные напоминания и формы наблюдения. Родители вели цифровые дневники (сон, питание, симптомы, выполнение занятий) и чек-листы приверженности; при необходимости направлялись фото/короткие видео выполнения навыков. Данные фиксировались в электронных медицинских записях и/или региональном клиническом регистре. Оценивали клиническую эффективность (динамика развития по стандартизированным шкалам/скринингам и доля достигнутых индивидуальных целей КИПР), организационные показатели (пропуски контактов, внеплановые обращения, время до коррекции плана, приверженность рекомендациям) и удовлетворённость родителей. Статистическую обработку выполняли методами описательной статистики; для

сравнения использовали t-критерий/Манна–Уитни, χ^2 или точный критерий Фишера; уровень значимости $p<0,05$.

Результаты: всего включено n=96 детей: 48 — в основную группу и 48 — в группу сравнения; группы были сопоставимы по возрасту, полу и ведущим факторам риска ($p>0,05$). По итогам курса доля детей, достигших ≥70% индивидуальных целей КИПР, была выше в основной группе — 70,8% (34/48) против 50,0% (24/48) ($p<0,05$). Положительная динамика по скрининговой оценке развития отмечена у 79,2% детей основной группы и у 60,4% детей контроля ($p<0,05$), наиболее выраженно — в доменах коммуникации и мелкой моторики. Приверженность выполнению домашних заданий по цифровым чек-листам составила 82% в основной группе и 61% в группе сравнения ($p<0,01$). Доля пропусков плановых контактов была ниже при дистанционном сопровождении — 10,4% против 25,0% ($p<0,05$). Среднее время от фиксации проблемы до корректировки КИПР оказалось меньше в основной группе — 3,2±1,4 дня, чем в контроле — 9,6±3,1 дня ($p<0,001$); доля «затяжных» случаев без своевременной коррекции составила 8,3% против 20,8% ($p<0,05$). Частота внеплановых обращений была ниже при цифровом сопровождении — 0,6±0,3 на ребёнка против 0,9±0,4 ($p<0,05$). Удовлетворённость родителей сопровождением была выше в основной группе: доля высоких оценок 87,5% против 62,5% ($p<0,01$).

Заключение: таким образом, интеграция телемедицины и цифрового мониторинга в реализацию КИПР раннего вмешательства у детей раннего возраста группы риска в амбулаторных условиях ассоциируется с более высокой достижимостью индивидуальных целей, большей приверженностью семей, меньшим числом пропусков и более быстрой коррекцией программы. Полученные результаты подтверждают целесообразность развития региональной модели раннего вмешательства с использованием электронных медицинских записей и клинических регистров для повышения доступности и управляемости реабилитационной помощи.