

Рецензируемый  
научно-практический журнал

Основан в 2010 году  
в Санкт-Петербурге

ISSN 2079-7850

Key title: *Pediatr (Sankt-Peterburg)*

Abbreviated key title: *Pediatr (St.-Peterbg.)*

Ежеквартальное издание

Журнал реферируется  
РЖ ВИНТИ

Учредители:

Государственное образовательное  
учреждение высшего  
профессионального образования  
«Санкт-Петербургская государственная  
педиатрическая медицинская  
академия» Министерства  
здравоохранения и социального  
развития Российской Федерации,  
ООО «Издательство Н-Л»

*Проект реализован при финансовой  
поддержке Комитета по науке и  
высшей школе Правительства  
Санкт-Петербурга*

Проект-макет: Фролов В. Н.

Распространяется по подписке.

Электронная версия —  
<http://www.elibrary.ru>

Издатель, учредитель:

ООО «Издательство Н-Л»

Родин В. Г. (генеральный директор)

Титова Л. А. (выпускающий редактор)

Переверзев А. С. (верстка)

Думова Е. Н. (корректор)

Адрес: Автовская ул., 17, 1-й этаж,  
Санкт-Петербург, 198152;  
тел./факс: (812) 784-97-51;  
e-mail: nl@n-l.ru

Формат 60×90 1/8. Усл. печ. л. 11  
Отпечатано с готовых диапозитивов  
ООО «Издательство Н-Л»  
в ООО «Светлица». Тираж 1000 экз.

Полное или частичное воспроизве-  
дение материалов, содержащихся  
в настоящем издании, допускается  
только с письменного разрешения  
редакции.

Ссылка на журнал «Педиатр» обя-  
зательна.

© ООО «Издательство Н-Л»

# Педиатр

Научно-практический журнал для врачей

## ◆ ПЕРЕДОВАЯ СТАТЬЯ

*В. И. Орел, И. А. Кешишев*

Основные направления деятельности  
детского реабилитационно-восстановительного центра  
для детей-инвалидов в условиях федерального центра ..... 3

## ◆ ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

*С. Н. Агаджанова, В. И. Смирнова*

Оздоровление детей в дошкольных образовательных учреждениях ..... 8

*Е. Б. Либова, Е. Ю. Кузнецова, Л. Н. Либерман*

Современные особенности социального состава  
и здоровья воспитанников домов ребенка ..... 12

*Е. Ю. Кузнецова, Е. Б. Либова, Н. Д. Джангавадзе,  
В. И. Смирнова, О. Е. Фиясь*

Современные подходы реабилитации детей с ограниченными  
возможностями в условиях специализированного дома ребенка ..... 15

*О. В. Орел, О. В. Калиниченко*

Медико-социальные аспекты проблемы оказания помощи детям,  
лишившимся попечения родителей ..... 19

*Ю. П. Васильева, Н. В. Скрипченко, В. Н. Команцев, М. В. Савина*

Современные подходы в ультразвуковой диагностике нейроинфекций  
у детей ..... 22

*Д. А. Лиознов, С. Л. Николаенко*

Поведение, ассоциированное с риском заражения ИППП и возбудителями  
гемоконтактных инфекций, среди студентов высших и средних  
специальных учебных заведений Санкт-Петербурга ..... 29

*А. А. Цителадзе, В. И. Орел*

Андрологические аспекты в процессе медицинского  
сопровождения воспитанников военных образовательных учреждений  
среднего общего образования ..... 33

*Е. К. Жейвот*

Заболееваемость подростков 15–17 лет в мегаполисе ..... 38

*Н. А. Гурьева, В. И. Орел, О. В. Попова, О. В. Орел*

Оперативный контроль качества организации медицинской помощи ..... 41

*В. И. Сабанов, Е. Г. Попова*

Динамика профессионального самочувствия и оценка профессиональной защищенности врачей на амбулаторно-поликлиническом приеме ..... 44

*Г. М. Баишева, Б. Ю. Краснов*

Организация медико-социальной помощи детям, больным эпилепсией, в территориях с низкой плотностью населения ..... 49

*В. Н. Кривохиж, С. В. Михайлова, Н. А. Скрынник*

Организация работы в очагах туберкулеза в Адмиралтейском районе Санкт-Петербурга ..... 53

*Г. Х. Абдрафикова, Н. А. Гурьева*

Организация работы Центра восстановительной терапии для участников локальных военных конфликтов ..... 59

*А. Л. Балашов, О. В. Попова, П. В. Колобухов*

Региональный опыт оказания платных медицинских услуг ..... 62

*Р. А. Домашенко, А. Н. Хорошавин, А. А. Домашенко*

Реализация защиты прав человека в условиях реформирования системы здравоохранения Российской Федерации ..... 66

*И. А. Прялухин*

Влияние преобразования муниципального родильного дома в областной перинатальный центр на показатели работы акушерской и неонатологической служб области (на примере Кольского Севера) ..... 70

## ◆ СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

*И. В. Григорьева*

Клинико-эпидемиологический анализ летальных случаев гриппа сезона 2009–2010 гг в Санкт-Петербурге ..... 75

*О. И. Афанасьева, Е. Г. Головачева, Е. А. Никитина,  
В. П. Дринецкий*

Терапевтическая эффективность осельтамивира в педиатрии ..... 77

*К. Ю. Боярский, С. Н. Гайдуков*

Монохориальная диамниотическая беременность после переноса одного эмбриона в естественном модифицированном цикле ЭКО ..... 82

## ◆ ПЕРСОНАЛИИ

Скрипченко Наталье Викторовне присвоено почетное звание «Заслуженный деятель науки Российской Федерации» ..... 84

## ◆ ИНФОРМАЦИЯ

Правила для авторов ..... 86

### Редакционная коллегия:

**Главный редактор** —

д. м. н., профессор **В. В. Леванович**

**Зам. гл. редактора** —

д. м. н., профессор **Р. А. Насыров**

**Зам. гл. редактора** —

д. м. н., профессор **Ю. С. Александрович**

**Ведущий редактор** —

д. м. н., профессор **А. Г. Васильев**

**Технический редактор** —

**М. А. Пахомова**

д. м. н., профессор **Л. В. Эрман**

д. м. н., профессор **В. Г. Часнык**

д. м. н., профессор **Г. А. Новик**

д. м. н., профессор **Е. М. Булатова**

д. м. н., профессор **А. В. Губин** (г. Курган)

д. м. н., профессор **Л. А. Желенина**

д. м. н., профессор **Н. Д. Савенкова**

д. м. н., профессор **Д. С. Коростовцев**

д. м. н., профессор **Е. А. Корниенко**

д. м. н., профессор **Е. Н. Имянитов**

д. м. н., профессор **В. Н. Тимченко**

д. м. н., профессор **В. И. Орел**

д. м. н., профессор **И. Б. Осипов**

д. м. н., профессор **И. А. Комиссаров**

д. м. н., профессор **В. Г. Баиров**

### Редакционный совет:

д. м. н., профессор **Н. С. Абдукаева**

д. м. н., профессор **В. А. Аверин**

д. м. н., профессор **В. В. Бржеский**

д. м. н., профессор **Э. И. Валькович**

д. м. н., профессор **С. Н. Гайдуков**

д. м. н., профессор **В. И. Гордеев**

д. м. н., профессор **И. А. Горланов**

к. м. н., профессор **С. В. Гречаный**

профессор **Алексей Гром** (A. Grom) США

д. м. н., профессор **В. И. Гузева**

д. м. н., профессор **Ю. А. Гуркин**

д. м. н., профессор **Л. А. Данилова**

профессор **Питер Зауер** (Piter J. J. Sauer) Нидерланды

д. м. н., профессор **Н. Р. Карелина**

д. м. н., профессор **А. Г. Климов**

д. м. н., профессор **А. М. Королук**

д. м. н., профессор **Ю. В. Лобзин**

д. м. н., профессор **М. Э. Лозовская**

д. м. н., профессор **С. А. Лытаев**

д. м. н., профессор **В. Г. Мазур**

д. м. н., профессор **Г. Л. Микиртичан**

д. м. н., профессор **И. Б. Михайлов**

д. м. н., профессор **Ю. В. Наточин**

профессор **Сергей Нехай** (S. Nekhai)

США

д. м. н., профессор **А. Б. Пальчик**

д. м. н., профессор **Е. В. Синельникова**

д. м. н., профессор **Г. А. Сулова**

д. м. н., профессор **Л. В. Тыртова**

д. м. н., профессор **Э. А. Цветков**

д. м. н., профессор **В. К. Юрьев**



© В. И. Орел, И. А. Кешишев  
ГБОУ ВПО СПбГПМА

## ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЕТСКОГО РЕАБИЛИТАЦИОННО- ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЦЕНТРА ДЛЯ ДЕТЕЙ- ИНВАЛИДОВ В УСЛОВИЯХ ФЕДЕРАЛЬНОГО ЦЕНТРА

**Резюме.** Многопрофильная комплексная реабилитация детей-инвалидов является ведущим направлением в деятельности детского реабилитационного центра федерального уровня. Она включает в себя проведение мероприятий по профессиональной, социальной и психолого-педагогической реабилитации детей-инвалидов. Реализация этих аспектов реабилитации способствует, в дальнейшем, профессиональной и социальной адаптации и наиболее активной интеграции их в общество.

**Ключевые слова:** дети-инвалиды; многопрофильная комплексная реабилитация; федеральный центр.

Целью деятельности Центра является проведение детям-инвалидам многопрофильной комплексной реабилитации для максимально полной интеграции их в общество. Основными задачами Центра являются:

- выявление, учет и анализ контингента детей-инвалидов, нуждающихся в реабилитации на уровне федерального научно-практического центра; создание компьютеризированной базы данных;
- проведение реабилитационно-экспертной диагностики в части оценки реабилитационного потенциала у детей-инвалидов;
- коррекция и реализация индивидуальных программ абилитации и реабилитации у детей-инвалидов и разработка рекомендаций для дальнейшей реабилитации;
- консультирование родителей по основам психологических, социальных, юридических, медицинских знаний, умений и навыков проведения реабилитационных мероприятий в домашних условиях;
- повышение квалификации врачей-экспертов и специалистов учреждений педиатрического профиля государственных служб медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов;
- представление базы для проведения научных работ специалистам по многопрофильной комплексной реабилитации детей с ограниченными возможностями, апробации и внедрения результатов научных исследований.

Основные направления деятельности детского реабилитационно-восстановительного центра для детей-инвалидов при федеральном центре осуществляются в трех направлениях:

- многопрофильная комплексная реабилитация детей-инвалидов;
- информационно-методическая деятельность;
- организационно-методическая деятельность.

### *1. Многопрофильная комплексная реабилитация детей-инвалидов.*

Профессиональная, социальная и психолого-педагогическая реабилитация детей-инвалидов является ведущими направлениями деятельности Центра. Медицинские аспекты реабилитации осуществляются в виде поддерживающего восстановительного лечения [1].

Реализация этого направления планируется в рамках стационарного этапа и амбулаторного приема.

Важнейшим мероприятием в системе профессиональной реабилитации детей-инвалидов является профессиональная ориентация. Она представляет собой систему целенаправленных мероприятий

УДК: 614.2

(медицинских, психологических, социально-экономических и технических), обеспечивающих профессиональное самоопределение инвалида с учетом его индивидуальных способностей и требований общества; цель профориентации — адекватный профессиональный выбор субъекта.

В сфере профессиональной ориентации детей-инвалидов перед Центром стоят следующие задачи:

- трудовое и профессиональное воспитание, формирование трудового стереотипа;
- содействие формированию практической и социально-психологической готовности к труду;
- выявление задатков, способностей и возможностей (на основе оценки состояния здоровья, определения реабилитационного потенциала и трудового прогноза, выявления интересов и склонностей);
- оказание помощи в познании и осознании собственных способностей, возможностей, интересов;
- создание условий и подготовка к последующему самовыражению и непрерывному самообразованию, трудовому самоопределению;
- содействие формированию познавательных и деятельностных запросов и потребностей и помощь в создании условий для их удовлетворения;
- информация о возможностях профессионального обучения и трудового устройства;
- подбор доступных по состоянию здоровья и психологическому статусу профессий и видов труда;
- коррекция неадекватных установок на профессиональное обучение, труд и др.

С целью профориентации, профессионального подбора, профессионального самоопределения, самопознания и осознания собственных возможностей, формирование первоначальных профессиональных навыков проверяется способность подростка к выполнению тех или иных заданий, функциональные возможности на основе трудовых проб и предпрофессиональной подготовки по ряду направлений — швейному, ремонту бытовой техники, столярному, рукоделию, художественному, освоению современных информационных технологий.

Профориентационная работа проводится в следующих формах:

Профессиональная пропаганда — внедрение в сознание подростков и их родителей правильных представлений на возможности участия в общественном производстве. Методы — беседы,

консультации, лекции, экскурсии, наглядная агитация, стенды, предоставление информационного материала.

Профессиональное воспитание — формирование у подростков потребности в труде и подготовка к профессиональному выбору. Методы — трудовое и предпрофессиональное обучение, терапия «занятостью», трудотерапия, самообслуживание, устранение гиперопеки.

Профессиональная информация — обеспечение подростков необходимыми сведениями о рынке труда, возможностях профессиональной подготовки и трудоустройства. Методы — экскурсии, наглядная агитация, стенды, информационный материал, консультации.

Профессиональная консультация — помощь подростку и его родителям в выборе профессионального пути с учетом его интересов, склонностей, способностей и особенностей физического состояния, а также сложившихся социально-экономических реалий. Методы — беседы, обсуждение проблем, информирование по интересующим вопросам (об условиях, характере различных видов профессиональной деятельности, о тех требованиях, которые они предъявляют к человеку, о собственных возможностях, а также о вариантах получения той или иной профессии или трудоустройства).

Профессиональная агитация — формирование у подростков активных действий по реализации собственных трудовых возможностей и выдача рекомендаций по их участию в общественно-полезном труде. Методы — беседы, диспуты, встречи с инвалидами, реализовавшими себя в жизни, индивидуальная разъяснительная работа разных специалистов, участвующих в реабилитационном процессе (врачей, социальных работников и социальных педагогов, психологов и т. п.).

Коррекция профессиональных планов — осуществляется при наличии неадекватных профессиональных намерений у подростка — когда его интересы и стремления не совпадают с его возможностями. Методы — групповые и индивидуальные психотерапевтические занятия и тренинги, комплекс мероприятий по самопознанию, трудовые пробы.

Профессиональный подбор (профподбор) — выбор из всей совокупности профессий тех из них, которые в наибольшей степени соответствуют индивидуальным особенностям конкретного подростка, подбор профессий, в которых наиболее полно и эффективно могут быть реализованы психологические качества его личности, его возможности и способности, остаточная трудоспо-

способность, и в которых инвалид может быть конкурентноспособен на рынке труда.

Профподбор имеет медицинский, психофизиологический, психологический, социальный, социально-экономический и технический аспекты.

- медицинский аспект — определение медицинских показаний и противопоказаний к профессиональной деятельности, доступных характера, условий, режимов и форм организации труда, примерных профессий и видов труда (изучение медицинской документации, оценка состояния здоровья, степени нарушения функций, в том числе профессионально значимых, в процессе диагностики, в том числе психологической), определение реабилитационного потенциала и трудового прогноза;
- психофизиологический аспект — оценка пригодности подростка-инвалида к выполнению работы в показанных ему по состоянию здоровья профессиях. Оценка состояния профессионально важных качеств физиологическими и психологическими методами исследования и в том числе в процессе выполнения трудовых проб (физической работоспособности, особенностей сенсорной, сенсомоторной и моторной деятельности, интеллекта, памяти, внимания, эмоционально-волевой сферы и т.д.);
- психологический аспект — выяснение и учет при подборе профессий на основе детерминант субъективно личностной активности желательных видов профессиональной деятельности методами психологической диагностики, в том числе и тестирования;
- социальный аспект — учет при подборе профессиональной деятельности социальных факторов (уровень общего и профессионального образования, семейное и материальное положение, жилищные условия, расстояние от дома до места работы и способ передвижения и др.) в процессе социальной диагностики;
- социально-экономический аспект — учет при подборе профессий состояния и динамики рынка труда. Осуществляет социальный педагог в процессе беседы и консультации как подростка, так и родителей;
- технический аспект предлагает определение эргономических особенностей будущей трудовой деятельности в избранной профессии, в том числе планирование специального оборудования рабочего места, обеспечение необходимыми техническими средствами и приспособлениями и др. (для поддержания рабочей позы, для передвижения на производстве, управления, коммуникации, приспособления, обеспе-

чивающее безопасность труда). Осуществляет экономист, специалист по профессионально-производственной адаптации в процессе выполнения трудовых проб по планируемой специальности.

В системе профессиональной реабилитации детей-инвалидов в Центре определенное место занимают трудотерапия и терапия занятостью. Это система методов лечения в целях восстановления различных нарушенных функций организма с использованием определенных видов трудовой деятельности. Из различных видов трудотерапии используется ориентировочная трудотерапия, задачей которой является профессиональная ориентация и подготовка к труду, формирование положительных мотивов к трудовой деятельности в целом, расширение круга интересов и профессиональной информации, формирование умений и навыков, универсальных для различных видов деятельности [3].

Целью социальной реабилитации детей-инвалидов является восстановление и развитие способностей к самостоятельной общественной и семейно-бытовой деятельности. В рамках детского реабилитационно-восстановительного центра для детей-инвалидов при Санкт-Петербургском научно-практическом центре им. Альбрехта она проводится по двум основным видам — социально-средовой ориентации и социально-бытовой адаптации.

Основными задачами социально-средовой ориентации являются:

- обучение персональной сохранности — изучение предмета «Основы безопасности жизнедеятельности» с учетом имеющихся нарушений;
- обучение социальным навыкам — выполнение различных социальных ролей;
- обучение социальному общению — взаимодействие в различных социальных коллективах, преодоление конфликтных ситуаций, умение правильно вести себя при трудоустройстве;
- обучение социальной независимости — самостоятельности, принятию решений, ориентации в городе и на местности и в сложных ситуациях;
- обучение навыкам организации досуга, отдыха, творческих занятий.

Основными задачами социально-бытовой адаптации являются:

- обучение самообслуживанию, самостоятельному ведению домашнего хозяйства, пользованию бытовыми приборами и приспособлениями;
- консультации по адаптации жилищно-коммунальных условий, подбору технических средств реабилитации, индивидуальные кон-

сультации и практический подбор технических средств, изготовление индивидуальных приспособлений.

Основными задачами психолого-педагогической реабилитации детей-инвалидов являются:

- коррекция психологических нарушений в соответствии с клинической симптоматикой,
- психокоррекция общения, способов социальной ориентации, поведения в социальных группах (семейные отношения, межличностные контакты в детском коллективе, учебном и трудовом коллективе и др.);
- психологическое консультирование по вопросам социально-бытовой и социально-средовой адаптации;
- формирование и развитие психологических характеристик, обеспечивающих оптимизацию жизнедеятельности ребенка-инвалида.

Одним из видов деятельности Центра является проведение и оказание социально-правовой и консультативной работы с детьми-инвалидами и их семьями. С этой целью семью ребенка-инвалида активно включаем в процесс абилитации, реабилитации, что способствует более активному процессу адаптации и интеграции ребенка-инвалида в общество [2].

Основными задачами социально-правовой деятельности Центра являются:

- ознакомление и консультирование родителей детей-инвалидов с законами, нормативными актами, регламентирующими льготы и меры государственной поддержки и помощи семье, воспитывающей ребенка-инвалида;
- информирование об организациях, учреждениях и органах государственного управления, действовавших в решении проблем семей, имеющих детей-инвалидов.

Медицинские аспекты реабилитации детей-инвалидов проводятся на детских отделениях клиники Центра им. Альбрехта. В детском реабилитационно-восстановительном центре для детей-инвалидов проводится поддерживающая терапия в виде физиобальнеотерапии и лечебной физкультуры (ЛФК). Физиобальнеотерапия и ЛФК осуществляются по медицинским показаниям контингенту детей-инвалидов, находящихся как на стационарном, так и на амбулаторном лечении.

**2. Информационно-методическая деятельность Центра.**

На всех этапах проведения реабилитационно-экспертной диагностики и многопрофильной комплексной реабилитации детей-инвалидов осуществляется информационно-методическая деятельность.

Целью информационно-методической деятельности является информационно-методическая поддержка деятельности Центра, в том числе и процесса реабилитации в Центре. Задачами этой деятельности являются:

- информационная поддержка административно-хозяйственной деятельности;
- информационное обеспечение организации и проведения реабилитации;
- информационное обеспечение научно-практической деятельности.

Информационно-методическая деятельность представляет собой единое целое и состоит из четырех блоков:

- поддержка административно-управленческих решений;
- управление потоком пациентов и хозяйственной деятельностью;
- рабочие места специалистов;
- центральное хранилище данных.

**3. Организационно-методическая деятельность.**

Детский реабилитационно-восстановительный центр для детей-инвалидов совместно с другими структурными подразделениями Центра им. Альбрехта, как представляется, на федеральном уровне должен решать научно-практические и методические проблемы детской инвалидности и детей-инвалидов. На этой основе Центр осуществляет научно-методическое консультирование специалистов учреждений педиатрического профиля медико-социальной экспертизы и реабилитационных учреждений системы социальной защиты населения для детей с ограниченными возможностями, с преимущественным поражением опорно-двигательной системы, Российской Федерации.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Кешишев И. А.* Детский реабилитационно-восстановительный центр для детей-инвалидов // Вестник всероссийской гильдии протезистов-ортопедов. – СПб, 2005. – № 1. – С. 55–57.
2. *Кешишев И. А., Евдокимова Л. Ю., Денисова В. Н.* Федеральный детский реабилитационно-восстановительный центр для детей-инвалидов // 3-я Межрегиональная научно-практическая конференция «Медико-социальная экспертиза и реабилитация в педиатрии». – СПб, 2005. – С. 78–80.
3. *Шведовченко И. В., Шестаков В. П., Свинцов А. А. и др.* Современные технологии комплексной реабилитации детей-инвалидов в условиях реабилитационного центра федерального уровня // Вестник гильдии протезистов-ортопедов. СПб, 2003. – № 3. – С. 22–26.

**BASIC TRENDS OF REHABILITATION-AND-RECOVERY  
CHILDREN'S UNIT FUNCTIONING WITHIN RESEARCH  
AND PRACTICAL CENTER FOR MEDICO-SOCIAL  
EXPERTISE, PROSTHETICS AND REHABILITATION  
NAMED AFTER G.A. ALBRECHT**

*Orel V.I., Keshishev I.A.*

◆ **Resume.** Multi-type complex rehabilitation of disabled children is the leading trend in the activity of children's rehabilitation centre of federal level. It includes the measures directed to professional, social, and psychological and educational rehabilitation of disabled children. Realization of these aspects of rehabilitation will contribute to their later professional and social adaptation, and their active integration into society.

◆ **Key words:** Disabled children; multi-type complex rehabilitation; federal centre.

◆ Информация об авторах

*Орел Василий Иванович* – з. д. н., д. м. н., проф. зав. каф. социальной педиатрии и организации здравоохранения СПбГПМА. ГБОУ ВПО СПбГПМА Минздравсоцразвития России. 194100, Санкт-Петербург, Литовская ул., д. 2. E-mail: socp\_ozz@mail.ru.

*Orel Vasily Ivanovich* – honored Scientist of RF, doctor of Medical Sciences, full professor, Head of the Dpt of Social Pediatrics and Health Care Organization. Faculty of Continuous Education. Litovskaya street 2, Saint Petersburg, 194100. E-mail: socp\_ozz@mail.ru.

*Кешишев Илья Аристотелиевич* – ассистент кафедры социальной педиатрии и организации здравоохранения ФПК и ПП СПбГПМА. ГБОУ ВПО СПбГПМА Минздравсоцразвития. России. 194100, Санкт-Петербург, Литовская ул., д. 2. E-mail: socp\_ozz@mail.ru.

*Keshishev Iliya Aristotelievich* – assistant of Social Pediatrics and Health Care Organization. Faculty of Continuous Education. Litovskaya street 2, Saint Petersburg, 194100. E-mail: socp\_ozz@mail.ru.



© С. Н. Агаджанова<sup>1</sup>,  
В. И. Смирнова<sup>2</sup>

## ОЗДОРОВЛЕНИЕ ДЕТЕЙ В ДОШКОЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

<sup>1</sup> Государственное дошкольное образовательное учреждение «Центр развития ребенка» – детский сад № 136 с осуществлением физического и психического развития, коррекции и оздоровления всех воспитанников Выборгского административного района Санкт-Петербурга  
<sup>2</sup> ГБОУ ВПО СПбГПМА.

**Резюме.** Сегодня большинство детей дошкольного возраста нуждаются в активном и целенаправленном наблюдении и оздоровлении. Оптимальной базой для организации оздоровительной работы являются дошкольные учреждения, где ребенок проводит все дневное время. Рассмотрены методические подходы к формированию оздоровительных программ, определены основные разделы оздоровительной работы в дошкольном образовательном учреждении.

**Ключевые слова:** часто болеющие дети; оздоровительная работа в дошкольных учреждениях; профилактика в организованных коллективах; медицинская активность родителей.

Этапным событием для организации оздоровительной работы в дошкольных учреждениях нашей страны стала монография В. Ю. Альбицкого и А. А. Баранова «Часто болеющие дети — пути оздоровления», изданная в 1986 году [3]. Авторами были обоснованы и рассчитаны повозрастные критерии для выделения группы ЧБД. Исследованы причины частой заболеваемости, при этом выявлено приоритетное влияние на состояние здоровья ребенка факторов, характеризующих образ жизни семьи. Результаты исследования позволили обосновать комплекс организационных, профилактических и реабилитационных мероприятий, направленных на снижение заболеваемости ЧБД. В ходе организационного эксперимента впервые было доказано значение комплексного подхода к решению вопросов профилактики, тесного взаимодействия медицинских работников и педагогов; необходимость привлечения родителей к процессу оздоровления.

Дальнейшее развитие это направление социальной педиатрии получило в работах, выполненных под руководством Н. Г. Веселова [1, 10, 12]. Практически все программы оздоровления дошкольников в организованных коллективах, подготовленные в нашей стране в последующие годы, опираются на данные и разработки вышеупомянутых авторов [2, 5, 6, 7, 8]. В настоящее время оздоровительная работа в ДОУ продолжает развиваться, о чем свидетельствует большое количество публикаций, посвященных этой теме. Однако заболеваемость детей в ДОУ остается высокой и не имеет тенденции к снижению.

Сегодня большинство детей дошкольного возраста нуждаются в активном и целенаправленном наблюдении и оздоровлении [9, 13]. От эффективности этих мероприятий во многом зависит дальнейшая судьба ребенка, его здоровье, физическое и психическое развитие, возможность получения полноценного образования. Состояние здоровья детей из сугубо медицинской стало и педагогической проблемой. При низких показателях здоровья и плохой посещаемости не могут быть реализованы учебно-воспитательные программы в ДОУ и школе. Таким образом, вопрос совершенствования оздоровительной работы в образовательных учреждениях в настоящее время приобретает особую актуальность.

Появление большого количества новых оздоровительных программ, профилактических методик, препаратов, стимулирующих защитные силы организма, новых вариантов физиотерапевтического оборудования не только открывают широкие возможности, но и остро ставят вопрос правильного выбора.

По нашему мнению, все оздоровительные программы, независимо от выбора оздоровительных методик, должны включать в себя три основных раздела:

УДК: 614.2

1. Повышение медицинской активности родителей.
2. Строгое соблюдение санитарно-эпидемиологических требований к устройству, содержанию и организации режима работы ДООУ.
3. Укрепление иммунитета — повышение защитных сил организма ребенка.

Первый обязательный раздел оздоровительной программы — повышение медицинской активности родителей. Состояние здоровья родителей является одним из ведущих факторов, оказывающих непосредственное воздействие на здоровье ребенка, но это воздействие является не только чисто биологическим, но и проявляется опосредованно через систему условий, характеризующих образ жизни матери и отца, их установку на здоровье, степень медицинской активности. В социальной педиатрии под медицинской активностью понимают характер поведения человека с целью предупреждения заболеваний и во время их возникновения [4]. Осознание здоровья как ценности и наличие целенаправленных действий по его поддержанию и укреплению является важнейшим фактором, влияющим на здоровье населения, в первую очередь детского.

Для полноценной реабилитации ребенка и укрепления его здоровья необходима оптимизация условий жизни ребенка не только в ДООУ, но и в семье. Положительной динамики здоровья можно достичь только совместными действиями педагогов, медицинских работников и родителей. Для этого необходимо последовательное формирование навыков здорового образа жизни у детей и взрослых.

Работа с родителями может строиться по следующим направлениям:

- беседа с родителями и анкетирование при поступлении ребенка в ДООУ для получения дополнительной информации, в том числе для выявления индивидуальных противопоказаний для использования отдельных средств оздоровления;
- родительские собрания с участием медицинского персонала;
- оформление письменного согласия родителей на проведение оздоровительных мероприятий;
- консультации врача, психолога, инструктора ЛФК;
- информация для родителей по оздоровлению и профилактике в виде информационных стендов;
- письменные рекомендации для домашнего оздоровления — «Рецепты здоровья».

В настоящее время имеется большое количество изданий, посвященных вопросам профи-

лактики, оздоровления, здорового образа жизни. К сожалению, не вся эта литература является полезной. Поэтому целесообразно иметь в ДООУ материалы по вопросам оздоровления и список рекомендованных врачом книг.

Все вышеизложенное позволяет расширить знания родителей в вопросах медицины и профилактики, вовлечь их в проведение оздоровительных мероприятий, повысить интерес к собственному здоровью и здоровью своего ребенка, а следовательно, способствует улучшению показателей здоровья детей.

Второй обязательный аспект оздоровительной работы — соблюдение санитарно-гигиенических и противоэпидемических норм. Доказано, что среди причин высокой заболеваемости дошкольников существенное значение имеют нарушения теплового режима в дошкольном учреждении и нерациональная одежда детей в помещении и на улице. Переохлаждение и перегревание оказывают отрицательное влияние на функциональное состояние организма ребенка и, следовательно, приводят к повышению заболеваемости [3, 8, 10].

Общеизвестно также, что для сохранения физического и психического здоровья детей необходимо соответствие режима дня гигиеническим нормам. Санитарно-эпидемические требования к устройству, содержанию и организации режима работы ДООУ регламентируют все эти моменты [11]. Казалось бы, проблем не должно возникать — однако они существуют. Так, ежедневная суммарная продолжительность прогулки не достигает положенных 4–4,5 часов у большинства дошкольников. В холодное время года во многих учреждениях нарушается режим проветривания. Список нарушений можно продолжить. Говоря о длительности прогулок, режиме дня, рациональной одежде, функциональной обуви, о недопустимости посещения ДООУ детьми с признаками острых заболеваний, мы вновь возвращаемся к необходимости санитарного просвещения родителей.

Третий аспект оздоровительной работы — повышение реактивности организма ребенка, укрепление иммунитета. Основные мероприятия этого раздела оздоровительной программы: закаливание, массаж, ЛФК, физиотерапевтические и фитотерапевтические мероприятия, медикаментозные средства, направленные на повышение неспецифической резистентности организма ребенка.

Медикаментозные препараты, используемые в ДООУ, достаточно разнообразны. Практически во всех программах в той или иной форме используются витаминные препараты. Известно, что гипо-

витаминозный фон, значительно усугубляясь при любых воспалительных процессах и хронических заболеваниях, снижает эффективность всех лечебных мероприятий, следовательно, проведение витаминотерапии в коллективах часто болеющих детей является настоящей необходимостью. Не менее важным представляется использование эубиотиков, поскольку проявления дисбиоза наблюдаются у многих представителей группы ЧБД [3]. Широко используются иммуномодулирующие препараты, комплексные гомеопатические средства. Следует подчеркнуть, что для оздоровления детей могут использоваться только препараты, доказавшие свою эффективность в ходе многолетнего использования.

Среди закаливающих мероприятий наиболее часто используют влажные обтирания, контрастные воздушные ванны, контрастные ножные ванны [7, 8]. Известно, что целью закаливания организма детей, проживающих в условиях умеренного климата, является не адаптация к холоду, а формирование живой и адекватной реакции организма, в первую очередь его терморегулирующей системы, на постоянно изменяющиеся условия внешней среды. С этой точки зрения оптимальным видом закаливания следует считать круглогодичные занятия спортом на свежем воздухе.

Мероприятия, направленные на повышение защитных сил организма, являются важным, обязательным разделом любой оздоровительной программы, однако только эти мероприятия, не подкрепленные активным воздействием на образ жизни ребенка, не приводят к существенному снижению заболеваемости. Данное положение еще раз свидетельствует о необходимости комплексного подхода к организации оздоровительной работы.

Комплексный подход предполагает:

- научно-методическое обоснование оздоровительной программы;
- использование для оздоровления детей только хорошо изученных, апробированных в педиатрической практике профилактических методик;
- четкую организацию оздоровительных мероприятий;
- индивидуальный подход к каждому ребенку – учет и соблюдение имеющихся противопоказаний и сроков медицинских отводов;
- организацию и проведение врачебно-педагогического контроля;
- оценку эффективности оздоровительной программы.

Суммируя вышеизложенное, можно констатировать следующее: первоочередная задача ДООУ — создание оптимальных условий для роста и развития ребенка:

- индивидуальный подход к ребенку с учетом состояния его здоровья и уровня психического развития;
- доброжелательное отношение к ребенку, проведение всех мероприятий на положительном эмоциональном фоне;
- строгое соблюдение санитарно-эпидемиологических требований (в том числе оптимальный температурный режим и рациональная одежда в помещении и на улице);
- рациональное питание с заменой продуктов-аллергенов детям-аллергикам;
- оздоровительные мероприятия в рамках режима дня с соблюдением медицинских отводов (в том числе закаливание с использованием оптимальных схем и методов);
- физкультурные мероприятия с соблюдением ограничений по состоянию здоровья и сроков медицинских отводов;
- мероприятия, направленные на укрепление иммунитета, повышение защитных сил организма (фито- и физиотерапия, медикаментозные средства).

Охрана и укрепление здоровья детей является важнейшей задачей дошкольных учреждений с момента создания системы дошкольного образования. Дошкольные учреждения, где ребенок проводит все дневное время и где создаются наиболее благоприятные возможности для проведения профилактических мероприятий в привычной для детей обстановке, являются оптимальной базой для организации оздоровительной работы.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Агаджанова С. Н. Система оздоровления детей с патологией ЛОР-органов в условиях детского дошкольного учреждения: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб., 1995. — 19 с.
2. Агаджанова С. Н., Цветков Э. А. Комплексная реабилитация детей, страдающих аденонозиллярной патологией. — СПб.: СПбГПМА, 2001. — 28 с.
3. Альбицкий В. Ю., Баранов А. А. Часто болеющие дети: Клинико-социальные аспекты. Пути оздоровления. — Саратов: Саратовский университет, 1986. — 184 с.
4. Веселов Н. Г. Социальная педиатрия (Курс лекций). — СПб.: Ривьера, 1996. — С. 222-243.
5. Веселов Н. Г., Соловей С. Д., Агаджанова С. Н. и др. Дифференцированная диспансеризация, психокоррекция, реабилитация и оздоровление часто болеющих детей в дошкольных учреждениях — СПб: Ривьера, 1995. — 191 с.
6. Оздоровительная работа в дошкольных образовательных учреждениях: Учебное пособие // под редакцией В. И. Орла и С. Н. Агаджановой — СПб.: ДЕТСТВО-ПРЕСС, 2006. — 171 с.

7. Оздоровительная работа с группой часто болеющих детей в условиях детских поликлиник, дошкольных учреждений, санаториев-профилакториев промышленных предприятий: Информационное письмо для врачей, субординаторов и интернов. – Иваново, 1991. – 48 с.
8. Кузнецова М. Н. Система комплексных мероприятий по оздоровлению детей в дошкольных образовательных учреждениях: Пособие для медработников и воспитателей – М.: АРКТИ, 2002. – 64 с.
9. Медик В. И., Котова Т. Е., Сеченева Л. В. Особенности состояния здоровья детей по результатам Всероссийской диспансеризации // Здоровоохранение Российской Федерации. – 2004. – № 2. – С. 46–49.
10. Программа: принципы организации и система оздоровления часто болеющих детей в условиях детских дошкольных учреждений // Под ред. Н. Г. Веселова // Л.: ЛПМИ, 1990. – 58 с.
11. Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных учреждений. – СПб.: Политехнический университет, 2005. – 98 с.
12. Сулова Г. А. Социально-гигиеническая характеристика ЛОР-патологии у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 1992. – 16 с.
13. Шарпова О. В. Региональная политика в области охраны здоровья детей // Педиатрия. – 2005. – № 1. – С. 5–9.

#### HEALTH IMPROVEMENT IN CHILDREN ATTENDING PRE-SCHOOL EDUCATIONAL INSTITUTIONS

Agadzhanova S. N., Smirnova V. I.

◆ **Resume.** Nowadays most of pre-school children need to be actively and purposefully observed, so that their health could be improved. A pre-school educational institution where children spend most of the day provide a good opportunity to organize their health improvement. Some methodological approaches to developing health improving projects have been considered. Main trends of health improving measures in a pre-school educational institution have been offered.

◆ **Key words:** high incidence of illness in children; health improving measures in pre-school institutions; prevention in children's organizations; parental medical activity.

#### ◆ Информация об авторах

Агаджанова Светлана Николаевна – к. м. н., доцент, врач Государственного дошкольного образовательного учреждения «Центр развития ребенка» – детский сад № 136 с осуществлением физического и психического развития, коррекции и оздоровления всех воспитанников Выборгского административного района Санкт-Петербурга. 194354, Санкт-Петербург, Северный проспект, д. 10А, корпус 3.  
E-mail: d136@shko.la.

Смирнова Виктория Игоревна – ассистент. Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия. Кафедра социальной педиатрии и организации здравоохранения. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2.  
E-mail: socp\_ozz@mail.ru.

Agadzhanova Svetlana Nikolaevna – centre for Child's development – kindergarten № 136 Viborgskiy district of St. Petersburg. St. Petersburg State Pediatric Medical Academy. 194100, St. Petersburg, Severniy prospekt, 10 A.  
E-mail: d136@shko.la.

Smirnova Viktoriya Igorevna – assistant. St. Petersburg State Pediatric Medical Academy. Litovskaya street 2, St. Petersburg, 194100.  
E-mail: socp\_ozz@mail.ru.

© Е. Б. Либова, Е. Ю. Кузнецова,  
Л. Н. Либерман

ГБОУ ВПО СПбГПМА

## СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОГО СОСТАВА И ЗДОРОВЬЯ ВОСПИТАННИКОВ ДОМОВ РЕБЕНКА

**Резюме.** В статье представлены современные особенности формирования контингента детей, воспитывающихся в домах ребенка Санкт-Петербурга, правовые основания поступления детей в дома ребенка. Выявлены особенности социального статуса воспитанников. Помещение ребенка в дом ребенка одинокой матерью в большей степени продиктовано социальными причинами, а не наличием у ребенка заболевания. Выявлено неблагополучие в состоянии здоровья воспитанников домов ребенка. Обоснована необходимость проведения комплексной реабилитации, дана оценка ее эффективности.

**Ключевые слова:** воспитанник дома ребенка; социальный состав; здоровье; реабилитация.

В современных условиях социально-экономических преобразований и реформирования здравоохранения в стране охрана здоровья детей является важнейшей медико-социальной государственной задачей и одним из основных направлений деятельности органов и учреждений здравоохранения [1].

В России сиротство как социальная проблема существует до настоящего времени и является приоритетной в государственной социальной политике по улучшению положения детей.

Политика государства направлена на обеспечение социализации детей, оставшихся без попечения родителей, их полноценной реабилитации, в том числе социальной и психологической, успешной интеграции в общество [2].

В настоящее время в Санкт-Петербурге функционируют 12 психоневрологических домов ребенка общей мощностью на 1125 коек, в которых воспитываются 943 ребенка в возрасте от 7 дней до 4 лет.

Выявлены особенности формирования контингента воспитанников домов ребенка. Дети в дома ребенка Санкт-Петербурга поступают из роддомов, детских больниц, из дома по заявлению родителей, а также по направлению органов опеки и попечительства муниципальных образований. До 2008 г. большинство детей (до 80%) поступали из детских больниц, 13% — из роддомов и лишь в 6% случаев по направлению органов опеки и попечения. В 2008 г. более 50% детей поступили в дома ребенка из роддомов, 27% — из детских больниц. Каждый 5-й ребенок направлен органами опеки и попечения. В 2009 г. 61% детей поступили из больниц и каждый 5-й — из роддома или по направлению органов опеки.

Правовыми основаниями поступления детей в дома ребенка являются заявление родителей о согласии на усыновление, заявление родителей на временное помещение их детей и акты учреждений о том, что дети остались без попечения родителей.

Установлено, что наибольший удельный вес (53,3% в 2007 г. и 50% в 2009 г.) составили дети, поступившие в дома ребенка по акту; каждый 3-й ребенок, по данным 2009 г., помещен в доме ребенка временно, в 2007 г. таких детей было 28,5% от числа поступивших. Следует отметить, что в среднем в каждом пятом случае юридическим основанием поступления ребенка в дом ребенка является заявление родителей о согласии на усыновление, т. е. отказ от воспитания ребенка.

Определен социальный состав воспитанников домов ребенка.

Как правило, в дома ребенка дети поступают из малообеспеченных, асоциальных, неполных семей. Большинство родителей, дети которых поступают в дома ребенка, в них не заинтересованы. Основная масса детей, поступающих в дома ребенка, не имеют юридического статуса.

В таблице 1 представлены данные социального состава воспитанников домов ребенка за 2007–2009 гг. Следует отметить, что в среднем за трехлетний период доля детей, родители которых дали согласие на усыновление, составляет 26,9%. 70% детей этой категории от одиноких матерей. С 2007 г. выросла доля детей, временно помещенных в дом ребенка, соответственно с 16,3% до 25% в 2009 г., причем 59% таких детей — от одиноких матерей.

УДК: 364.4.046.6

Неблагополучным является то, что большинство детей (63%), родители которых дали согласие на усыновление, находятся в домах ребенка по социальным причинам и 37% — по заболеванию. 67% родителей поместили своих детей временно по социальным причинам, 33% — по заболеванию, и 36% родителей не навещают своих детей. 27% детей, временно помещенных, находятся в доме ребенка более года, 78% из них являются детьми-инвалидами.

Все это свидетельствует о социальном неблагополучии семей, из которых поступают дети в дом ребенка.

С родителями временно помещенных детей проводится большая работа: беседы, где разъясняются их права и обязанности по участию в воспитании и содержании детей; патронажи в адреса проживания родителей, как самостоятельно, так и совместно с органами опеки и попечительства муниципальных образований и органами милиции.

Следует отметить, что у воспитанников домов ребенка выявлен высокий удельный вес неблагоприятных перинатальных факторов, определяющих неблагополучие в состоянии здоровья детей. Осложненное течение беременности и родов отмечено соответственно у 92% и 60% матерей. Недоношенными родились 38% детей. 82% новорожденных отнесены к III группе здоровья. 53% детей нуждались в реанимационных мероприятиях.

Выявлен высокий уровень общей заболеваемости детей в домах ребенка независимо от пола ребенка во все возрастные периоды. Особенности заболеваемости детей в домах ребенка следующие:

1. Высокая частота болезней перинатального периода.
2. Высокие показатели распространенности болезней нервной системы, болезней глаз и уха и врожденных пороков развития. За последнее десятилетие заболеваемость данными классами болезней возросла в 2 раза [3].
3. На 1-м году жизни в каждом 4-м случае регистрируются болезни органов дыхания, а среди детей 2-го и 3-го годов жизни — в каждом 3-м случае.

Все воспитанники домов ребенка отстают в психическом развитии, причем в основном это дети первого года жизни. Каждый 2-й ребенок отстает в физическом развитии, каждый 3-й ребенок является инвалидом детства. Каждый 5-й ребенок в возрасте до 1 года страдает алкогольной или наркотической фетопатией.

Неблагополучие в социальном статусе и состоянии здоровья детей, воспитывающихся в доме ребенка, требует проведения индивидуальной, комплексной медико-психолого-педагогической и социальной реабилитации детей.

Социальный состав воспитанников домов ребенка (в %)

Юридический статус	2007 г.	2008 г.	2009 г.
Дети, родители которых дали согласие на усыновление, от одиноких матерей	27,4	27,8	25,5
Дети, помещенные временно, от одиноких матерей	72,0	67,0	68,0
Дети, помещенные временно, от одиноких матерей	16,3	16,4	25,0
	57,0	61,0	60,0

Реабилитационные мероприятия должны быть ориентированы на обеспечение потребностей, адекватных возрасту детей, и основываться:

- на комплексной оценке состояния здоровья,
- на анализе психологического статуса,
- оценке образовательных возможностей ребенка.

Комплексный подход предусматривает тесное взаимодействие всех специалистов в ходе обследования ребенка для составления целостного представления о его соматическом и психическом состоянии, а также обеспечение реабилитации по всем направлениям — это набор лечебно-оздоровительных и психолого-педагогических мероприятий; вовлечение воспитателей в процесс реабилитации детей [4].

В домах ребенка Санкт-Петербурга внедрена модель комплексного психолого-медико-педагогического сопровождения детей, включающая в себя четыре этапа: 1-й — отбор детей для введения их в систему реабилитации; 2-й — коллегиальное обсуждение результатов обследования и определение объемов необходимой медицинской помощи; 3-й — реализация лечебных мер и содействие проведению реабилитации по другим направлениям, 4-й — коллегиальное обсуждение конечного результата реабилитации. Все дома ребенка имеют хорошо оснащенные реабилитационные отделения, применяются современные методы реабилитации.

В результате применения комплексного подхода к реабилитации детей 20% воспитанников возвращаются в биологическую семью. 67,3% детей передаются на воспитание в семью: 54% детей — на усыновление, 12% детей — под опеку, 1,3% — в приемную семью.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Неблагополучие в состоянии здоровья воспитанников домов ребенка, характеризующееся повышенным уровнем заболеваемости, отставанием в физическом и нервно-психическом развитии, высоким уровнем инвалидизации, определяется медико-социальной характеристикой поступающих в дом ребенка детей, наличием неблагоприятных медико-демографических, социально-гигиенических и социально-психологических факторов жизнедеятельности семьи.

Система реабилитации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, основанная на стратегии и тактике комплексного психолого-медико-педагогического сопровождения ребенка в условиях специализированного дома ребенка, позволяет повысить эффективность реабилитационных мероприятий с учетом индивидуальных медико-социальных потребностей ребенка на каждом этапе реабилитации.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов А. А., Лапин Ю. Е., Антипова Н. Д. и др. Концепция законопроекта «Об охране здоровья детей в Российской Федерации» (обсуждение) // Права ребенка. – 2004. – № 1. – С. 8–11.
2. Конова С. Р., Веселова Н. А. Совершенствование медицинского обеспечения детей, воспитывающихся в домах ребенка // Права ребенка. – 2003. – №1. – С.48–49.
3. Либова Е. Б. Медико-социальная характеристика детей, воспитывающихся в домах ребенка, и пути их реабилитации: Автореф. дисс... канд. мед. наук. – СПб., 2003. – 22 с.

4. Медико-организационные технологии в работе врача дома ребенка // Под общ. ред. В. И. Орла, Л. В. Эрмана. – СПб.: Издание СПбГПМА, 2004. – С. 98–113.

#### CONTEMPORARY SPECIFIC FEATURES OF SOCIAL ORIGIN AND HEALTH OF INMATES OF CHILDREN'S HOMES

*Libova E. B., Kuznetsova E. Y., Liberman L. N.*

◆ **Resume.** The paper presents the information on specific features of contemporary-contingent formation of St. Petersburg children's homes and legal reasoning of children's admission there. The character of their social status is described. Admission of a child of a single mother to a specialized children's home relies in most cases on social reasons rather than on some childhood diseases. However, problems of such children's health have been detected. The necessity of complex rehabilitation is proved and its efficiency is estimated.

◆ **Key words:** inmate of children's home; social structure; health; rehabilitation.

#### ◆ Информация об авторах

*Либова Елена Борисовна* – доцент, к. м. н. Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия. Кафедра социальной педиатрии и организации здравоохранения. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: socp\_ozz@mail. ru.

*Кузнецова Елена Юрьевна* – к. м. н., доцент, доцент кафедры социальной педиатрии и организации здравоохранения ФПК и ПП СПбГПМА. Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия. Кафедра социальной педиатрии и организации здравоохранения. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: socp\_ozz@mail. ru.

*Либерман Лариса Николаевна* – ассистент. Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия. Кафедра реабилитологии. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: socp\_ozz@mail. ru.

*Libova Elena Borisovna* – PhD, associate professor. St.-Petersburg State Pediatric Medical Academy, Department of Social Pediatrics and Public Health Care Organization of Advanced and Professional Training Faculty Litovskaya St., 2, St.-Petersburg, Russia 194100 E-mail: socp\_ozz@mail. ru.

*Kuznetsova Elena Yurievna* – PhD, associate professor. St.-Petersburg State Pediatric Medical Academy, Department of Social Pediatrics and Public Health Care Organization of Advanced and Professional Training Faculty Litovskaya St., 2, St.-Petersburg, Russia 194100 E-mail: socp\_ozz@mail. ru.

*Liberman Larisa Nikolayevna* – junior lecturer. St.-Petersburg State Pediatric Medical Academy, Department of Rehabilitation of Advanced and Professional Training Faculty Litovskaya St., 2, St.-Petersburg, Russia 194100 E-mail: socp\_ozz@mail. ru.

© Е. Ю. Кузнецова, Е. Б. Либова,  
Н. Д. Джангавадзе,  
В. И. Смирнова, О. Е. Фиясь

## СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ДОМА РЕБЕНКА

ГБОУ ВПО СПбГПМА

**Резюме.** В статье представлена медико-социальная характеристика детей, воспитывающихся в одиннадцати домах ребенка Санкт-Петербурга. Проанализирован социальный состав воспитанников домов ребенка, выделены особенности их здоровья. Деятельность современных домов ребенка направлена на обеспечение медико-социальных потребностей, социальной адаптации и интеграции детей с различными отклонениями в развитии. Представлена методология комплексного подхода к реабилитации детей и оценка эффективности проводимых мероприятий. Модель комплексной реабилитации детей в домах ребенка, основанная на принципах этапности, непрерывности, индивидуальной направленности, предусматривает сочетание минимального медикаментозного воздействия и немедикаментозных технологий восстановления нарушенных функций с коррекционными мероприятиями психологического и педагогического характера. Показателями эффективности реабилитации являются положительная динамика в состоянии здоровья и доля детей, отданных на воспитание в семью.

**Ключевые слова:** дом ребенка; ребенок с ограниченными возможностями; здоровье; модель комплексной реабилитации; оценка эффективности.

В настоящее время политика Российской Федерации как социального государства определяется обязательством по выполнению Конвенции ООН о правах ребенка, ратифицированной в России в 1990 г. Президент России в своем Послании Федеральному Собранию 30 ноября 2010 года заботу о будущих поколениях выделил как приоритетное направление государственной политики: «26 миллионов детей и подростков, живущих в нашей стране, должны полноценно развиваться, расти здоровыми и счастливыми, стать ее достойными гражданами» [4].

В особой заботе государства нуждаются дети, оказавшиеся в трудной жизненной ситуации, это дети, лишенные родительского попечения, дети-инвалиды. Большое значение имеет решение задач по созданию условий для их нормальной жизнедеятельности, реализации индивидуальных возможностей, повышение качества жизни, обеспечение их социализации, полноценной реабилитации и успешной адаптации в общество [1, 2, 3].

В Санкт-Петербурге, по данным 2010 г., проживает 14643 ребенка-инвалида, в одиннадцати специализированных домах ребенка воспитывается 844 ребенка в возрасте до 4 лет. Один из домов ребенка города № 16 предназначен для приема ВИЧ-инфицированных детей и детей от ВИЧ-инфицированных матерей мощностью 150 коек. Исходя из того, что все дети, направленные в специализированные дома ребенка, относятся к категории «детей с ограниченными возможностями, вызванными различными отклонениями в состоянии здоровья», определение медико-социальных потребностей детей в реабилитации и направленности реабилитации основывалось на углубленном изучении состояния их здоровья.

Разработанная и апробированная в исследовании методика комплексного изучения медико-социальной характеристики детей, воспитывающихся в специализированных домах ребенка, и их семей позволила выделить ряд особенностей, характеризующих состояние здоровья воспитанников домов ребенка в современных условиях.

В последние годы изменился социальный состав воспитанников домов ребенка. Каждый 2-й ребенок поступает в дом ребенка по акту полиции из социально неблагополучной семьи, в 2 раза вырос удельный вес детей от родителей, лишенных родительских прав, с 13% в 2002 г. до 28% в 2010 г. Каждый 4-й ребенок помещен временно по заявлению родителей. Среди воспитанников домов ребенка существенно выросла доля подкидышей с 1% в 2002 г. до 8% по данным 2010 г., одновременно снизился удельный вес детей, от которых родители отказались и дали согласие на усыновление, соответственно с 38,3% до 23%. По-прежнему истинные сироты составили лишь 1,0%. 60% детей — от одиноких матерей.

Неблагополучие в состоянии здоровья детей характеризуется:

- высоким уровнем заболеваемости — 3058,6 на 1000 детей, в основном за счет болезней органов дыхания (555,4), болезней нервной системы (452,1), болезней эндокринной системы, расстройств питания (327,1), болезней перинатального периода (288,0) и врожденных пороков развития (269,5);
- высоким удельным весом детей-инвалидов — 24,8%;
- подавляющее большинство детей — воспитанников домов ребенка (95%) отстают в психическом развитии;

УДК: 364.4.046.6

- в структуре психиатрической патологии в 70% случаев выявляются смешанные специфические расстройства развития;
- в структуре неврологической патологии высокий удельный вес принадлежит органическому поражению ЦНС — 42,7% и церебральной ишемии I–II степени — 34%.

Установлено, что воспитание детей в домах ребенка осложняется различными видами депривации (сенсорной, информационной, материнской и др.). У детей формируется недостаточная реакция на речь взрослого, задержка развития базовых компонентов высших психических функций, появляются стереотипные движения и расторможенность.

Поэтому деятельность специализированных домов ребенка ориентирована на обеспечение потребностей, адекватных возрасту детей, и на решение проблем, связанных со своевременным выявлением, воспитанием, обучением, социальной адаптацией и интеграцией детей с различными отклонениями в развитии, исходя из индивидуальных особенностей каждого конкретного ребенка.

Комплексный подход к реабилитации детей и оценка эффективности проводимых мероприятий основаны на стратегии деятельности реабилитолога по медицинскому сопровождению ребенка в условиях специализированного дома ребенка.

В основу были положены следующие принципы реабилитации детей:

1. Реабилитация должна проводиться поэтапно. На каждом этапе должны быть четко сформулированы ближайшая цель реабилитации и пути ее достижения.
2. Реабилитация должна начинаться на самых ранних стадиях болезни, осуществляться непрерывно, иметь индивидуальную направленность, учитывающую особенности личности ребенка и своеобразие патологических, морфологических и функциональных изменений.
3. Специализированный дом ребенка должен располагать возможностями для восстановительного лечения, высококвалифицированными кадрами, имеющими в достаточном объеме средства эффективного контроля.
4. Процесс восстановительного лечения должен быть комплексным, поскольку конечной целью реабилитации в домах ребенка является улучшение не только показателей физического здоровья детей, но и психологическая адаптация ребенка.

Комплексный подход предусматривает тесное взаимодействие всех специалистов в ходе обследования ребенка для составления целостного представления о его соматическом и психическом состоянии, также обеспечение реабилитации по всем

направлениям: 1) набор лечебно-оздоровительных мероприятий; 2) набор психолого-педагогических мероприятий; 3) вовлечение воспитателей в процесс реабилитации детей.

Деятельность врача-невролога как координатора всех реабилитационных мероприятий в доме ребенка направлена на обеспечение коллегиальной деятельности группы специалистов различного профиля: педиатра, педагога-дефектолога, педагога-психолога, социального работника.

Основой совместной деятельности является выявление истинных потребностей ребенка в медико-социальной помощи на конкретном этапе реабилитации. Первый включает в себя первичное обследование ребенка специалистами, определение последовательности (приоритетности) реабилитационных курсов. Первый этап заканчивается составлением специально разработанного документа «Заключение комиссии психолого-медико-педагогического сопровождения ребенка в специализированном доме ребенка» на основании индивидуальных заключений, данных всеми специалистами. Второй этап комплексного психолого-медико-педагогического сопровождения ребенка — коллегиальное обсуждение результатов обследования, которое позволяет выработать единое представление о характере и особенностях ребенка, определить комплекс конкретных реабилитационных мероприятий как оздоровительного, так и развивающего коррекционного характера. Второй этап завершается обсуждением последовательности взаимодействия специалистов друг с другом.

На третьем этапе осуществляется непосредственная реализация лечебных мер и содействие проведению реабилитации по другим направлениям. Лечебные мероприятия проводятся в индивидуальном или групповом режиме. Интенсивность, продолжительность и кратность реабилитационных курсов в цикле определяется в соответствии с особенностями развития ребенка и состоянием его здоровья, а также спецификой учреждения. Цикл (этап) рассчитан на 12 календарных месяцев. На каждого ребенка заполняется реабилитационная карта, в которой отмечается выполнение назначенных лечебных мероприятий и основные показатели динамики изменений состояния ребенка. Завершением этого этапа является оценка состояния ребенка после окончания цикла реабилитационных мероприятий. Плановые обсуждения проводились один раз в полгода. Внеплановые — только по запросам специалистов, участвующих в системе индивидуальной реабилитации ребенка (врач, психолог, педагог).

Четвертый этап — это коллегиальное обсуждение конечного результата. Работа с ребенком либо завершалась, если цель, поставленная на данном этапе, была достигнута, либо продолжалась с повторением

циклов второго и третьего этапов. Определялись перспективы дальнейшей судьбы ребенка. Роль воспитателя в реабилитации заключается в обеспечении структуризации режима больного ребенка, применении наиболее адекватных способов взаимодействия с ребенком с учетом его личностных особенностей.

Оценка эффективности реабилитации, основанная на сравнении данных первичных и итоговых заключений, отражающих как динамику объективных показателей здоровья ребенка, так и субъективную «качественную» оценку четырех специалистов (невролога, педиатра, педагога-дефектолога, педагога-психолога) включает в себя: 1 — оценку состояния здоровья детей и выявление отклонений в их здоровье; 2 — анализ психологического статуса при поступлении ребенка в учреждение, в процессе пребывания и в итоге; 3 — оценку образовательных возможностей и логопедическое обследование; 4 — оценку состояния ребенка непосредственно воспитателями, постоянно наблюдающими за ним в группе.

Разработанная стратегия деятельности реабилитолога-невролога, как координатора реабилитационных мероприятий, позволяет оптимизировать весь процесс реабилитации: по срокам проведения, по

приоритетности, по интенсивности воздействия на определенном промежутке времени в соответствии с текущими медико-социальными потребностями ребенка и поставленной целью на данном этапе.

Комплексная реабилитация детей в домах ребенка предусматривает сочетание минимального медикаментозного воздействия и не медикаментозных технологий восстановления нарушенных функций органов и систем ребенка с направленными развивающими коррекционными мероприятиями, психологического и педагогического характера (дифференцированная кинезотерапия, лечебная Монтессори-педагогика, метод сенсорной реабилитации «Снузлин» или «сенсорная комната»).

Модель организации комплексной реабилитации детей в специализированных домах ребенка Санкт-Петербурга представлена на схеме 1.

Следует отметить, что проведение реабилитационных мероприятий в течение одного года привело к положительной динамике в состоянии детей, подтвержденной мнением четырех экспертов у 63,8% детей. Наивысшая эффективность отмечается при рано начатом комплексном лечении детей (78,0%), а также у пациентов с более тяже-

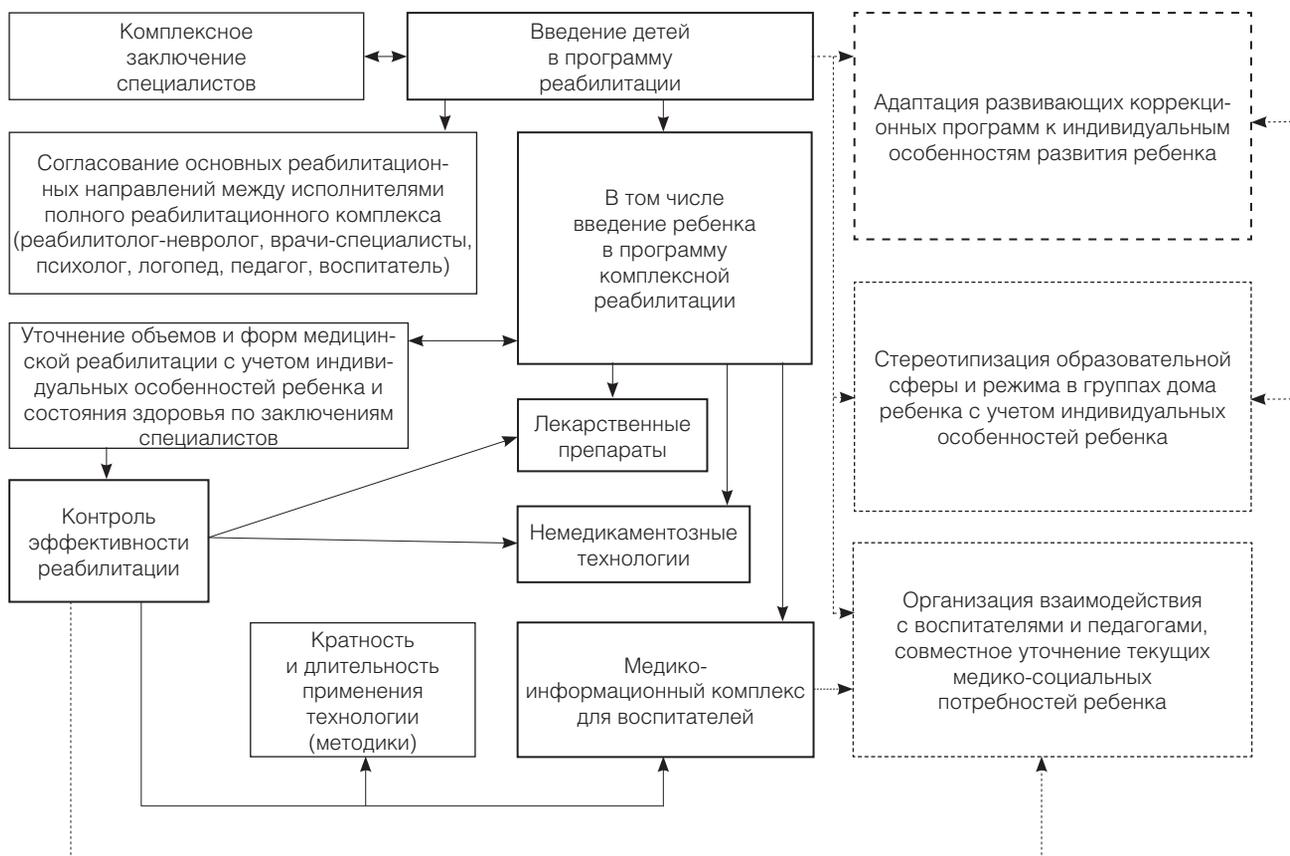


Рис. 1. Модель организации комплексной реабилитации детей в специализированных домах ребенка Санкт-Петербурга.

лыми комбинированными нарушениям нервно-психического развития (74,3%).

Применение комплексного подхода к реабилитации детей позволяет в каждом шестом случае изменить рекомендации по дальнейшей судьбе ребенка.

По результатам анализа установлено, что в последние годы до 80% детей из домов ребенка Санкт-Петербурга отдаются на воспитание в семью, причем 63% детей усыновляются и 15% возвращаются в биологическую семью, что свидетельствует о высокой эффективности проводимых реабилитационных мероприятий.

Таким образом, для повышения эффективности медико-социальных мероприятий работа в доме ребенка должна быть направлена на обеспечение потребностей детей и проводиться дифференцированно в зависимости от возраста и пола ребенка, его социального статуса, комплексной оценки здоровья, особенностей патологии, необходимости восстановительного лечения путем составления комплексной программы оздоровительных и реабилитационных мероприятий. Внедрение модели организации комплексной реабилитации детей с учетом индивидуальных медико-социальных потребностей ребенка на каждом этапе реабилитации требует следующего: усиления материально-технической базы домов ребенка; обеспечения укомплектованности штатами; проведения профильной подготовки, переподготовки и повышения квалификации специалистов домов ребенка по работе с детьми с ограниченными возможностями; развития у персонала педагогических качеств при работе с детьми с психоневрологическими отклонениями; психологическую поддержку сотрудников.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов А. А., Альбицкий В. Ю., Зелинская Д. И., Терлецкая Р. Н. Инвалидность детского населения России. — М., 2008. — 208с.

2. Камаев И. А., Позднякова М. А. Ребенок-инвалид: организация медико-социального обеспечения. — Н.Новгород: Изд-во НГМА, 2004. — 247 с.
3. Медико-организационные технологии в работе врача дома ребенка // Под общ. ред. В. И. Орла, Л. В. Эрмана. — СПб.: Издание СПбГПМА, 2004. — С. 98–113.
4. Послание Президента Федеральному Собранию. 30 ноября 2010 г., 13:00 /Москва, Кремль/ — 2010. — URL: <http://президент.рф/news/9637> (дата обращения: 02.02.11).

## MODERN APPROACH TO REHABILITATION OF CHILDREN WITH LIMITED ABILITIES IN A SPECIALIZED CHILDREN'S HOME

*Kuznetsova E. Y., Libova E. B., Dzhangavadze N. D., Smirnova V. I., Fiyas O. E.*

◆ **Resume:** The article gives the medical and social characteristics of those children who are brought up in eleven children's homes of St.-Petersburg. The social status of these children is analyzed and the features of their health are described. The activity of a contemporary children's home is directed towards meeting their medical and social needs, towards social adaptation and integration of children with various mental and somatic problems. The aspects of complex methodological approach to rehabilitation of children are described, the efficiency of measures being taken are estimated. The model of complex rehabilitation of children at children's homes, based on staging, continuity and individual approach provides the combination of minimal medication influence associated with non-medication technologies to restore the decreased functions with the help of psychological and educational correction. The indicators of rehabilitation effectiveness in this case are the positive dynamics of the children's health and the percentage of children adopted by families.

◆ **Key words:** children's home; child with limitations; health; complex rehabilitation model; rehabilitation effectiveness.

### ◆ Информация об авторах

*Кузнецова Елена Юрьевна* — к. м. н., доцент.

*Либова Елена Борисовна* — доцент, к. м. н.

*Джангавадзе Нугзар Давидович* — доцент, к. м. н.

*Смирнова Виктория Игоревна* — ассистент.

*Фиясь Ольга Евгеньевна* — интерн.

Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия. Кафедра социальной педиатрии и организации здравоохранения ФПК и ПП.

194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2.

Телефон: 5540583.

E-mail: [socp\\_ozz@mail.ru](mailto:socp_ozz@mail.ru).

*Kuznetsova Elena Yurievna* — PhD, associate professor.

*Libova Elena Borisovna* — PhD, associate professor.

*Dzhangavadze Nugzar Davidovich* — PhD, associate professor.

*Smirnova Viktoriya Igorevna* — junior lecturer.

*Fiyas Olga Evgenyevna* — resident.

St.-Petersburg State Pediatric Medical Academy, Department of Social Pediatrics and Public Health Care Organization of Advanced and Professional Training Faculty

Litovskaya St., 2, St.-Petersburg, Russia 194100.

Telephone: 5540583

E-mail: [socp\\_ozz@mail.ru](mailto:socp_ozz@mail.ru).

© О. В. Орел, О. В. Калиниченко

ГБОУ ВПО СПбГПМА

## МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ДЕТЯМ, ЛИШИВШИМСЯ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ

**Резюме.** В статье анализируются основные проблемы, связанные с оказанием медико-социальной помощи детям, лишившимся попечения родителей. Приводятся данные, характеризующие низкий уровень их здоровья. Отмечается недостаточная преемственность в работе учреждений здравоохранения и социальной защиты, недостаточная подготовленность опекунов и приемных родителей к выполнению своих функций. Приводится ряд предложений, направленных на оптимизацию ситуации.

**Ключевые слова:** дети, лишившиеся попечения родителей; медико-социальная помощь.

### ВВЕДЕНИЕ

Социально-экономический кризис в стране, начавшийся в конце прошлого столетия и продолжающийся в настоящее время, среди прочего привел к увеличению числа детей, лишившихся попечения родителей и оказавшихся в трудной жизненной ситуации. Данные категории детей требуют особых мер медико-социальной помощи [2]. Последние десятилетия все большее внимание ученых, педагогов привлекает проблема детских и подростковых стрессов, которые влекут за собой различные болезни психоневрологического характера и повышенную соматическую заболеваемость [3]. Кроме того, в настоящее время большое количество детей и подростков нуждается в помощи специалистов психологических и иных служб. В ходе исследования, проведенного в 2011 году, были выявлены основные группы проблем, с которыми они обращаются на телефон доверия: семейная проблематика, отношения со сверстниками, проблемы взаимоотношений полов, учебные проблемы, травматическая ситуация, проблемы здоровья, проблемы принятия себя [1]. Особенно это актуально для детей, лишившихся попечения родителей в результате оказавшихся в совершенно новой для себя среде.

Нельзя не отметить также, что, как показало исследование, проведенное в Санкт-Петербурге [4], 27% детей проживает в семьях, которые нуждаются в социальной помощи со стороны государства, а 1% детей — в семьях максимальной социальной напряженности. Дети из социально незащищенных семей имеют худшие характеристики здоровья. На 1000 таких детей ежегодно регистрируется более 600 дополнительных случаев заболеваний, связанных с социальной незащищенностью. Травмы и отравления в 70% случаев происходят у этих детей. Распространенность хронических заболеваний среди данной группы детей в 1,7 раз выше, чем у прочих. В то же время в силу более редкой обращаемости за медицинской помощью три четверти обращений заканчивается экстренной госпитализацией. У 25% данных детей наблюдается девиантное поведение; у 33% — склонность к употреблению психоактивных веществ; у 33% — склонность к совершению противоправных действий [5]. Это делает проблему оказания данной категории лиц адекватной медико-социальной помощи особенно актуальной.

### ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить состояние проблемы оказания медико-социальной помощи детям, лишившимся попечения родителей.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование включало в себя следующее: анализ нормативно-правовой базы в области организации медико-социальной помощи данному контингенту детей; выкопировку сведений из личных дел и амбулаторных карт детей, лишившихся попечения родителей; социологический опрос работников специальных подразделений Центра социальной защиты населения, отделов опеки и попечительства местной администрации муниципальных образований, социально-реабилитационного центра и детского дома.

УДК: 364.4.046.6

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В Санкт-Петербурге существует достаточно стройная система мер, обеспечивающих медико-социальную помощь детям, лишившимся попечения родителей. Выявление данного контингента детей проводится должностными лицами (дошкольных образовательных учреждений, общеобразовательных учреждений, лечебных учреждений и других учреждений) и иными гражданами, располагающими сведениями о таких детях. Они обязаны сообщить об этом в органы опеки и попечительства по месту фактического нахождения детей. После этого органы опеки и попечительства решают, в какое специализированное учреждение необходимо определить ребенка. К данным учреждениям относятся: учреждения системы здравоохранения (дома ребенка) учреждения социального обслуживания населения (детские дома-интернаты для детей-инвалидов с умственной отсталостью и физическими недостатками, социальные приюты, социально-реабилитационные центры помощи детям, оставшимся без попечения родителей).

При решении вопроса о местонахождении ребенка, лишившегося попечения родителей, органы опеки и попечительства руководствуются целым рядом обстоятельств, немаловажным из которых является состояние здоровья. В связи с указанным отметим, что по данным нашего исследования среди воспитанников социально-реабилитационного центра здоровыми были признаны 64,7% детей; у 21,6% имелось одно отклонение (патология, патологическое состояние, функциональное нарушение) в состоянии здоровья; у 4,9% — два; у 8,8% — три и более. Доля лиц с отклонениями здоровья была наибольшей (50,9%) среди находившихся в стационарном отделении (т. е. в отделении, где дети определенный период их жизни пребывают постоянно), причем в 15,1% случаев число имевшихся отклонений превышало 3. Изучение характера имевшихся хронических заболеваний показало, что патология ЛОР-органов имела у 11,3% воспитанников; костно-мышечной системы — у 12,8%; психические расстройства — у 9,8%; болезни органов пищеварения — у 3,9%; глаза и его придаточного аппарата — у 6,9%; прочие — у 12,8%.

Среди девочек (девушек) доля признанных здоровыми была выше (75,7%), чем среди юношей (58,5%). Среди достоверных ( $p \leq 0,05$ ) гендерных различий частоты выявления той или иной патологии можно отметить следующее. Среди девушек выше, чем среди юношей, был процент имевших ЛОР-патологию (10,8% и 3,1% соответственно) и ниже — имевших психические заболевания (5,4% и 12,3%), болезни органов пищеварения (2,7% и 4,6%), патологию глаз (2,7% и 9,2%).

Уровень здоровья различался среди различных категорий воспитанников. В частности, хуже он был среди оставшихся без попечения родителей. Если среди детей-сирот доля признанных здоровыми составила 46,9% (а у 16,3% имелось три и более заболевания или патологических состояния), то среди попавших в трудную жизненную ситуацию показатель был существенно выше (83,7%), причем преимущественно было зарегистрировано только одно заболевание. В частности, среди данной категории регистрировалась патология костно-мышечной системы (в 8,2% случаев), психические расстройства (в 4,1%), болезни органов пищеварения (в 3,8%), прочие (в 4,5%). Заболевания ЛОР-органов, костно-мышечной системы, органов пищеварения, глаза и его придаточного аппарата были зарегистрированы только у выпускников детских домов, доля же имеющих психические расстройства была выше среди выпускников школ-интернатов (50%) по сравнению с выпускниками детских домов (16,1%). Здоровыми были 26,7% детей, оставшихся без попечения родителей в связи с их смертью, и 43% — в случае лишения родительских прав. Инвалидность имела место у 13,9% воспитанников. Были инвалидами 6,1% детей-сирот и 2,8% попавших в трудные жизненные ситуации.

По результатам профилактического осмотра распределение воспитанников по группам здоровья было следующим: к I группе были отнесены 10,1% из них; ко II — 59,6%, к III — 30,3%. Последний показатель среди юношей был достоверно ( $p < 0,05$ ) выше (33,9%), чем среди девушек (23,5%). Хуже был уровень здоровья среди детей-сирот. Третья группа здоровья оказалась у 45,8% детей, чьи родители были лишены родительских прав, и у 24,1% детей, чьи родители умерли.

Указанные данные свидетельствуют о необходимости тесной интеграции учреждений социальной защиты и здравоохранения, владения персоналом указанных учреждений основами медицинских знаний, знаний в области психологии и психосоматики. К сожалению, одной из нерешенных проблем является отсутствие специальной подготовки у значительной части специалистов, работающих в сфере обеспечения медико-социального благополучия детей, лишившихся попечения родителей. Опрос специалистов, работающих в различных учреждениях здравоохранения и социальной защиты одного из районов Санкт-Петербурга, показал, что специальное обучение в области социальной работы (в тех или иных формах — от различных курсов до института) прошла только четверть (24,1%) опрошенных. Остальные обучались «на рабочем месте». При этом практически никто не получил каких-либо знаний и навыков медицинского характера.

Данная проблема усугубляется тем, что отсутствует должное взаимодействие социальных и медицинских служб, на что указали 78,3% опрошенных социальных работников.

Как отмечалось выше, у значительной части детей имеются те или иные отклонения в психической сфере, а также (как свидетельствует результаты психологического тестирования) — проблемы, связанные с адаптацией. Причем, эти проблемы проявляются как при общении со сверстниками, так и с опекунами. Опрошенные социальные работники указали в качестве основной (названной в 85,7% случаев) проблемы отношений опекунов и приемных родителей с опекаемыми и приемными детьми — отсутствие должного взаимопонимания (как правило, из-за переходного возраста детей и связанных с этим сложностей в их поведении и воспитании).

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Приведенные данные свидетельствуют о необходимости усиления взаимодействия и координации работы учреждений социальной защиты и здравоохранения. Целесообразным представляется ввести систему обучения и психологической подготовки для кандидатов в опекуны и усыновители. Необходимо шире информировать опекунов, приемных родителей, а также детей о существующих учреждениях социальной, психологической и медицинской помощи и о возможностях данных учреждений. Следует, на наш взгляд, сделать обязательным специализированное обучение для работников учреждений социальной защиты. Очень важным представляется привлечение детей, лишившихся попечения родителей, в различные клубы, секции, что будет способствовать профилактике асоциального поведения и большей социализации детей.

#### ◆ Информация об авторах

*Орел Олег Васильевич* — доцент кафедры социальной педиатрии и организации здравоохранения ФПК и ПП. Санкт-Петербургская Государственная педиатрическая медицинская академия.

194100 Санкт-Петербург, Литовская ул., 2.

Телефон: 542-64-80.

E-mail: socp\_ozz@mail.ru.

*Калиниченко Олег Владимирович* — аспирант кафедры социальной педиатрии и организации здравоохранения ФПК и ПП. Санкт-Петербургская Государственная педиатрическая медицинская академия.

194100 Санкт-Петербург, Литовская ул., 2.

Телефон: 554-05-53.

E-mail: olegkalinichenko@bk.ru.

### ЛИТЕРАТУРА

1. *Можаров Н. С., Поплавская О. В.* Телефон доверия как метод профилактики суицидального поведения у подростков // Инновационные технологии в медицине: научно-практическая конференция, 5-я: Материалы. — Шарджа (ОАЭ), 2011. — С. 55–56.
2. *Никифоров С. А.* Муниципальное здравоохранение: пути повышения ресурсного потенциала // Здравоохранение РФ. — 2008. - №4. — с. 19-21.
3. *Санитарова Н. Д.* Здоровый образ жизни школьников и акмеологическая образовательная среда. // Здоровье и образование: 5-я научно-практическая межвузовская конференция: Материалы. — Санкт-Петербург, 2008. — С. 97–99.
4. *Стволинский И. Ю.* Научное обоснование методологических и организационных подходов к обеспечению медико-социальных потребностей детского населения при медицинском обслуживании: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. — СПб., 2003. — 42 с.
5. *Эпельман Б. В., Петрова Н. Г.* Современные подходы к организации медико-социальной помощи в условиях крупного города. — СПб.: Издательство «ВВМ», 2010. — 172 с.

### MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS OF PROBLEM OF GIVING ASSISTANCE TO THOSE CHILDREN WHO HAVE LOST PARENTAL CUSTODY

*Orel V. I., Kalinichenko O. V.*

◆ **Resume.** The paper discusses the basic problems connected with giving medical and social assistance to those children who do not have the parental custody. The data characterizing their low health standard are given. Inadequate cooperation between health care and social care institutions, insufficient training of custodians and adopting parents to perform their functions is noted. A series of possible suggestions to optimize the situation is presented.

◆ **Key words:** children without parental custody; medical and social assistance.

*Orel Vasily Ivanovich* — honored Scientist of RF, doctor of Medical Sciences, full professor, Head of the Dpt of Social Pediatrics and Health Care Organization. Faculty of Continuous Education. Saint-Petersburg State Pediatric Medical Academy.

194100, St. Petersburg, Litovskaya street, 2.

Telephone: 542-64-80

E-mail: socp\_ozz@mail.ru

*Kalinichenko Oleg Vladimirovich* — post-graduate student St.-Petersburg State Pediatric Medical Academy, Department of Social Pediatrics and Public Health Care Organization of Advanced and Professional Training Faculty.

Litovskaya St., 2, St. Petersburg, Russia 194100.

Telephone: 554-05-53

E-mail: olegkalinichenko@bk.ru

© Ю. П. Васильева, Н. В. Скрипченко,  
В. Н. Команцев, М. В. Савина

ФГБУ «Научно-исследовательский институт  
детских инфекций ФМБА России»

## СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКЕ НЕЙРОИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ

**Резюме.** В статье представлены результаты комплексного структурно-функционального обследования методами нейросонографии и транскраниального дуплексного сканирования 30 пациентов в возрасте от 1 месяца до 17 лет, поступивших в отделение реанимации и интенсивной терапии на 1–14 день заболевания с менингитом, энцефалитом разной этиологии. Описаны возможности комплексного исследования состояния головного мозга и интракраниального кровотока, позволяющие оценить выраженность структурно-функционального дефицита в острый период заболевания, осложненное течение.

**Ключевые слова:** нейросонография; транскраниальное дуплексное сканирование; энцефалит; менингит; диагностика; дети.

### ВВЕДЕНИЕ

Острые инфекции центральной нервной системы у детей по-прежнему остаются актуальной проблемой в нейропедиатрии. Заболеваемость у детей бактериальными гнойными менингитами, в 80 % случаев вызываемые *N. meningitidis*, *S. pneumoniae* и *H. influenzae*, у пациентов старше 1 года составляет 5 на 100 тыс. населения, а до 1 года 20–100 на 100 тыс. населения. Несмотря на достижения антибактериальной терапии, летальность от бактериальных гнойных менингитов у детей остается в пределах 10–30 %. Вирусные энцефалиты и менингиты в структуре инфекционных заболеваний нервной системы занимают 2-е место, составляя 25–38 %. Заболеваемость колеблется от 4,1 до 5 случаев на 100 тыс. населения, а летальность у пациентов детского возраста достигает 10–70 %. Грозным осложнением нейроинфекций у детей является отек головного мозга. Повышение внутричерепного давления приводит к снижению церебрального перфузионного давления и развитию ишемии головного мозга, вызывая дополнительное повреждение центральной нервной системы. Развитие дислокационного синдрома усугубляет критическое состояние пациента и делает прогноз выздоровления сомнительным. Формирование субдурального выпота, эмпиемы, абсцесса, развитие инфаркта утяжеляет состояние детей. Дислокация, окклюзионная гидроцефалия приводят к вторичному страданию мозга и развитию ишемических нарушений. Кистозно-атрофическая дегенерация головного мозга ведет к формированию стойкого неврологического дефицита у пациентов детского возраста [3, 4, 7, 8].

Распространенность, высокая летальность, большой процент остаточного неврологического дефицита после перенесенного заболевания заставляют практического врача постоянно повышать требования к набору диагностических методов, а врача-диагноста — искать новые диагностические методики и пути увеличения информативности используемых методик. Несомненно, что первостепенную роль в оценке структуры головного мозга играют магнитно-резонансные и рентгено-радиологические методики, диагностический ультразвук является вторым по значению в данной группе. Но любой метод диагностики, наряду с информативностью, оценивается и с точки зрения применимости у постели конкретного пациента. Невозможность проведения КТ и МРТ-исследований у постели больного, ограниченные возможности мониторинга, невозможность скрининг-диагностики, наличие лучевой нагрузки создают дополнительные сложности для применения данных методов исследования в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ). Поэтому в настоящее время особое значение имеет использование методик, характеризующихся информативностью, безвредностью, абсолютной неинвазивностью, доступностью, оперативностью получения необходимой информации, отсутствием противопоказаний и специальной подготовки больного, возможностью мониторинга [3, 6, 8].

Современным подходом в ультразвуковой диагностике инфекционного поражения головного мозга является использование структурно-функционального комплекса диагностических методик.

УДК: 616.99

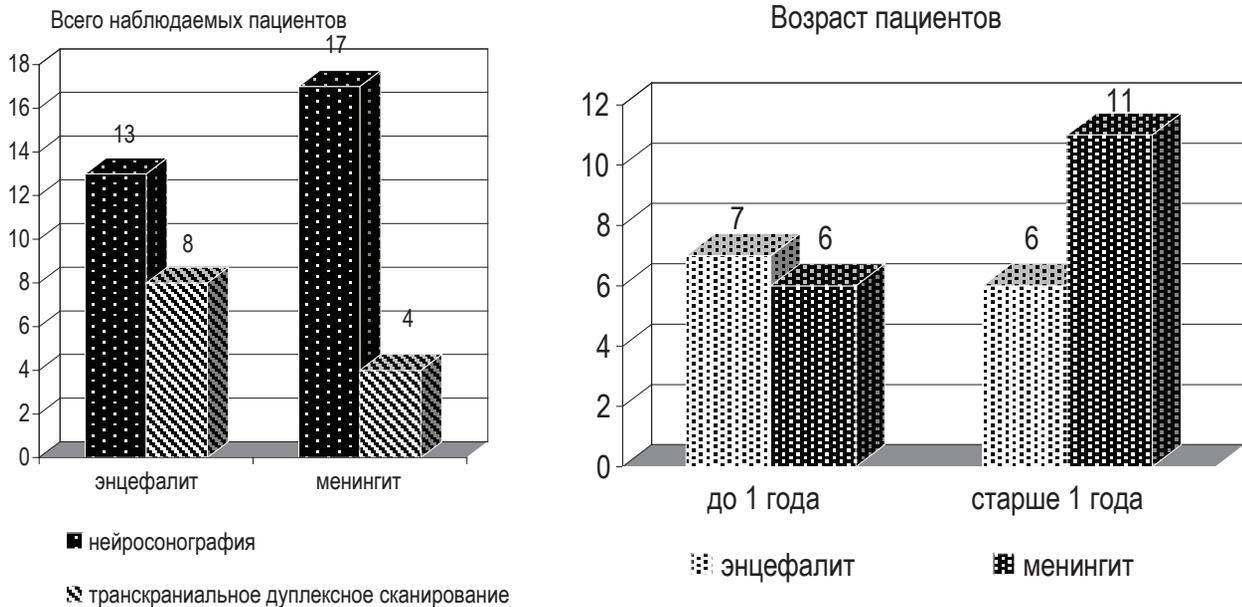


Рис. 1. Группы исследования (чел.)

В настоящем сообщении представлены предварительные результаты использования комплексной оценки структуры головного мозга методом нейросонографии (НСГ) и скоростных показателей церебральной гемодинамики методом транскраниального дуплексного сканирования (ТКДС) интракраниальных сосудов.

Цель исследования — оценить роль и место нейросонографии и транскраниального дуплексного сканирования церебрального кровотока в комплексной структурно-функциональной диагностике энцефалитов, менингитов у детей.

#### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось на ультразвуковых аппаратах Toshiba Xario модель SSA-660A и Aloka SSD-3500 линейным, секторным, конвексным датчиками. В основу ультразвуковой диагностики головного мозга пациентов с нейроинфекциями легла методика чрезродничково-транскраниальной ультрасонографии (Иова А. С., 1996), заключающаяся в полипозиционной визуализации мозга через большой родничок (чрезродничковый доступ — ЧРД) и височное ультразвуковое окно (транскраниальный височный доступ — ТКВД). Оценивались экзогенность оболочек мозга, проходимость и размеры ликворсодержащих пространств, эхоархитектоника паренхимы головного мозга, толщина эпандимы желудочковой системы, смещение срединных структур. Метод дуплексного сканирования артерий и вен головного мозга включал в себя исследование сосудов каротидного бассейна: М 1 сегмента средней мозговой артерии, А 1 сегмента передней мозговой артерии (ТКВД);

сосудов вертебро-базиллярного бассейна: Р2 сегмента задней мозговой артерии (ТКВД), V4 сегмента позвоночной артерии и основной артерии (субокципитальный доступ); венозной системы: вены Розенталя (ТКВД), прямого синуса (ЧРД), верхнего сагиттального синуса и вены Галена (ЧРД). Оценивались скоростные показатели (максимальная систолическая скорость, максимальная диастолическая скорость, средневзвешенная скорость), показатели периферического сопротивления, церебро-вазкулярная реактивность.

Материалом исследования послужили данные, полученные при проведении комплексного структурно-функционального обследования пациентов с энцефалитами и менингитами в возрасте от 1 месяца до 17 лет, поступивших на ОПИТ в период заболевания от 1 суток до 14 дней (рис.1). Всем пациентам проводился ультразвуковой мониторинг.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При бактериальных менингитах скопление воспалительного экссудата обычно локализуется в проекции лобных долей и по ходу межполушарной щели [3, 6, 9]. При оценке структуры головного мозга методом НСГ в первые 2–3 суток заболевания были выявлены ультразвуковые признаки воспаления оболочек мозга: у 95% пациентов обнаружили яркие утолщенные борозды (рис. 2, стрелки); в 90% случаев наблюдали усиление экзогенности сосудистых сплетений; в 28% имело место расширение наружных ликворных пространств; расширение желудочковой системы визуализировали у 82% детей. У 17% пациентов с бактериальными менингитами чет-

ких ультразвукографических признаков патологических отклонений выявлено не было.

При проведении дуплексного сканирования транскраниальных сосудов при неосложненном течении менингита было выявлено усиление кровотока по артериям каротидного бассейна статистически недостоверное, что по нашему мнению обусловлено малочисленностью группы исследования. Необходимо проведение дальнейших исследований в этом направлении.

Нейросонографический мониторинг проводился 17 пациентам с бактериальными менингитами с учетом критериев гладкого течения (табл. 1). В результате исследования в 94% случаев мы наблюдали динамику ультразвукографическую.



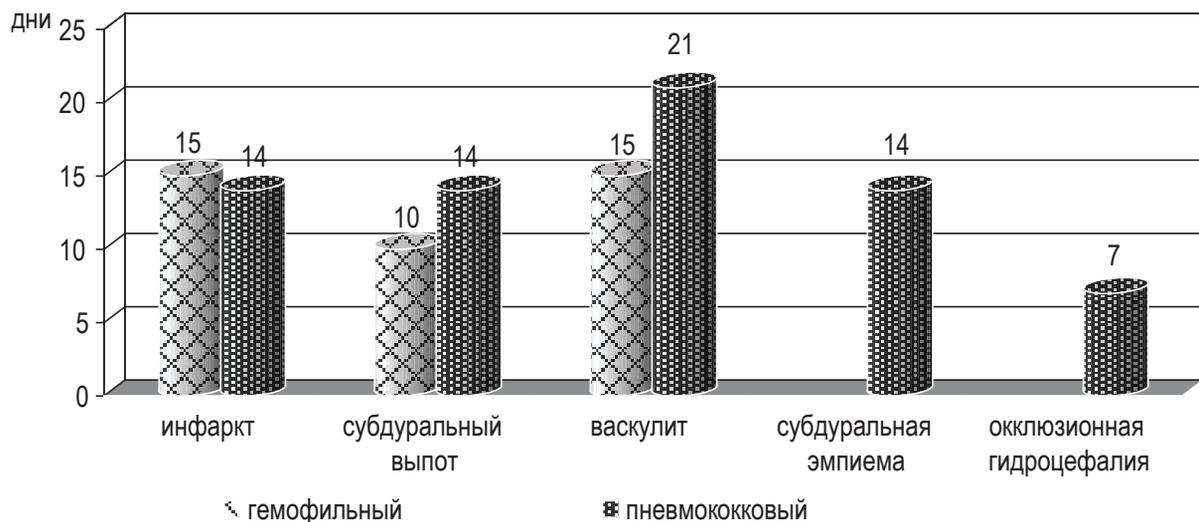
**Рис. 2.** В-режим. Утолщенные борозды головного мозга при сагиттальном сканировании через большой родничок у больной К. 8 мес. с генерализованной формой гемофильной инфекции, менингитом, сепсисом.

ческого выздоровления. Исследование пациентов с бактериальными менингитами в ОРИТ каждые 1–3 дня позволило оценить характер течения заболевания, эффективность антибактериальной терапии и своевременно выявить формирование осложнений.

На основании многолетних исследований, проведенных в отделе нейроинфекций НИИДИ (1981–2009 гг.) выявлены особенности характера и время возникновения клинических проявлений осложненного течения менингитов у детей. Данные наблюдений представлены на рис. 3. Так, на 1-й неделе могут сформироваться васкулит, инфаркт, субдуральный выпот, на 2–3-й неделе — субдуральная эмпиема, вентикулит, окклюзионная гидроцефалия [3, 9].

В настоящем исследовании только один пациент с гемофильным менингитом имел осложненное течение заболевания с развитием на 2-й неделе лечения двухстороннего субдурального выпота (рис. 4, 5), что связано, в том числе, и с поздним поступлением ребенка в ОРИТ, поздним началом этиотропной терапии и неблагоприятным преморбидным фоном.

Использование методики дуплексного сканирования интракраниальных сосудов позволило нам провести дифференциальный диагноз между субдуральным выпотом и наружной гидроцефалией у нашего пациента (рис. 5). Так, характерными ультразвуковыми признаками субдурального выпота являются: анэхогенное содержимое (серая стрелка), отсутствие кровотока (пунктирная белая стрелка), акустический феномен «пограничного усиления». Выявлены снижение скорости кровотока



**Рис. 3.** Частота развития осложнений при менингитах у детей (%).

Таблица 1

Критерии гладкого течения менингита у детей (НИИДИ, 2000)

БАКТЕРИАЛЬНЫЙ МЕНИНГИТ	БАКТЕРИАЛЬНО-ГРИБКОВЫЙ МЕНИНГИТ
Регресс ультразвуковой картины на 3–5-е сутки лечения	Уменьшение наружной и внутренней гидроцефалии при отсутствии локальных и диффузных изменений паренхимы
Полная нормализация ультразвуковой картины на 8–14-й день санации церебро-спинальной жидкости	Нормализация желудочков на 11–14-е сутки, исчезновение наружной гидроцефалии через 3-6 месяцев
	Нормализация яркости и толщины эпендимы на 10–15-е сутки с начала антифунгальной терапии

ка по верхнему сагиттальному синусу, что свидетельствовало о компрессии синуса субдуральным выпотом (рис. 5, белая стрелка), а также паттерн затрудненной перфузии в артериях субарахноидальной оболочки, сдавленных подболобочным скоплением (рис. 6, стрелка).

В результате проведения НСГ пациентам с энцефалитами в 23% случаев в острый период заболевания выявлены четкие ультразвукографические признаки очагового поражения паренхимы мозга, а именно — нарушение эохарактеристики головного мозга, очаги повышенной плотности в паренхиме вещества мозга (рис. 7), смещение срединных структур по объемному типу. В дальнейшем НСГ-мониторинг позволил проследить эволюцию этих очагов с формированием очагов кистозной дегенерации головного мозга (рис. 8).

В 38% случаев на НСГ были выявлены признаки отека головного мозга, что явилось абсолютным противопоказанием для проведения диагностической церебро-спинальной пункции. По данным НСГ ультразвуковыми признаками отека головного мозга явились повышение эохарактеристики мозговой ткани, ступенчатость эохарактеристики головного мозга, сужение наружных ликворных пространств, сужение желудочковой системы, исчезновение ультразвукографических признаков базальных цистерн (черная стрелка), феномен «пестрого» мозга (рис. 9).

У одного пациента было выявлено грозное осложнение отека головного мозга в виде дислокационного синдрома (рис. 10), для которого была характерна деформация рисунка ножек мозга (белая стрелка) с исчезновением щели Биша (черная стрелка).

В результате исследования в 14% случаев были выявлены признаки крайне неблагоприятного течения острой нейроинфекции — окклюзионной гидроцефалии. Быстрое нарастание внутренней гидроцефалии на 2-3 мм в неделю при сужении наружных



Рис. 4. Субдуральный выпот (стрелка) в левой теменно-височной области при транскраниальном височном доступе у больной В. 9 мес. с гемофильным менингоэнцефалитом.

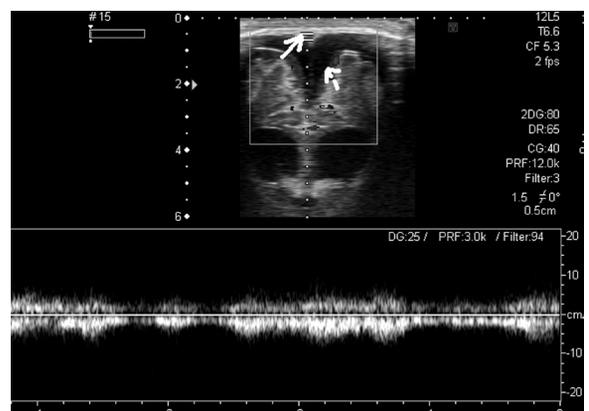
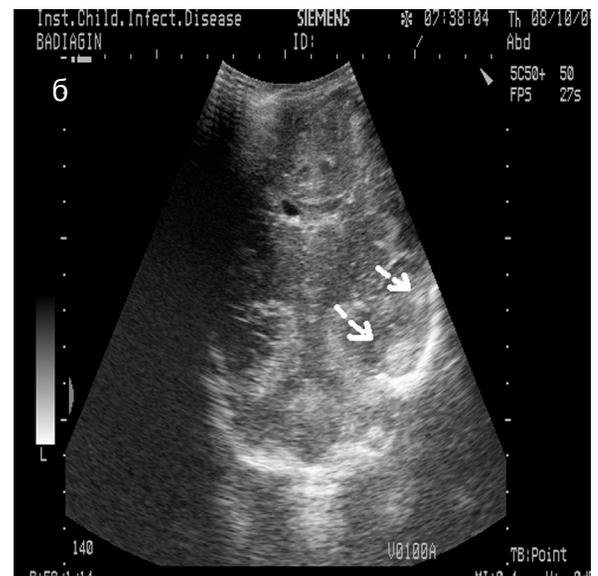


Рис. 5. В-режим + режим цветного доплеровского картирования (ЦДК). Фронтальная плоскость сканирования. Периодический венозный отток и снижение скорости кровотока по верхнему сагиттальному синусу (сплошная стрелка) при субдуральном выпоте (пунктирная стрелка) в теменно-височных областях с двух сторон у больной В. 9 мес. с гемофильным менингоэнцефалитом.



Рис. 6. В-режим + режим цветного доплеровского картирования. Тот же ребенок.



**Рис.7.** Гиперэхогенные очаги округлой формы с нечеткими краями в затылочно-теменной области (а) (стрелка) при сагиттальном сканировании и в левой височной доле (б) (пунктирные стрелки) при фронтальном сканировании у больного Б. 1 мес. с генерализованной вирусно-бактериальной инфекцией, менингоэнцефалитом.



**Рис.8.** Мультикистозная энцефаломалация. Порэнцефалические субкортикальные кисты, локализующиеся парасагиттально в области правой лобной доли у больного Б. 1 мес. с генерализованной вирусно-бактериальной инфекцией, менингоэнцефалитом.



**Рис.9.** Отек головного мозга у больного Г. 5 мес. с менингоэнцефалитом неясной этиологии, синдромом полиорганной недостаточности. Сагиттальная плоскость сканирования через большой родничок.

ликворных пространств свидетельствовало об исчезновении резервов компенсации. В результате проведения ТКДС пациентам с окклюзионной гидроцефалией выявлены косвенные признаки окклюзии и повышения внутричерепного давления по всем интракраниальным артериям, что проявилось доплерографическим паттерном «затрудненной перфузии» — резким повышением систолической и снижением диастолической скоростей. При оценке венозного кровотока у пациентов с окклюзионной гидроцефалией нами выявлен прерывистый характер кровотока по прямому синусу, что свидетельствовало о развитии грубой венозной дисциркуляции (рис. 11).

В результате проведенных исследований у 7% пациентов выявлены ультразвукографические признаки эпендиматита (рис. 12): утолщение эпендимы до 2–3 мм (стрелки), перегородки и спайки в просвете боковых желудочков.

## ВЫВОДЫ

Таким образом, современный подход в ультразвуковой диагностике инфекционного поражения головного мозга у детей, включающий в себя комплексную оценку структуры головного мозга в режиме реального времени в сочетании с исследованием скоростных параметров

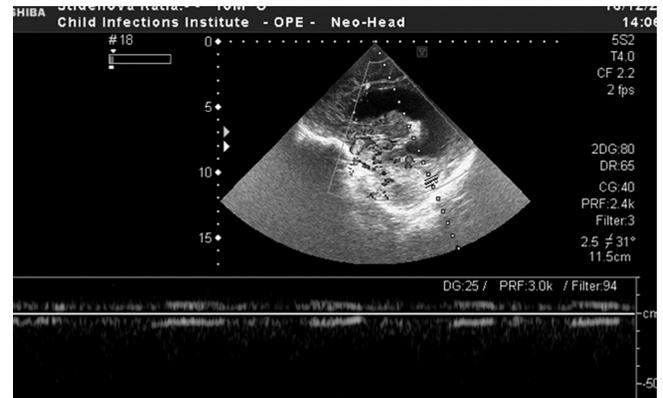


**Рис.10.** Отек головного мозга, дислокационный синдром, аксиальное вклинение. Транскраниальный височный доступ у больного Г. 5 мес. с менингоэнцефалитом неясной этиологии, полиорганной недостаточностью.

кровотока, позволяет оценить выраженность структурно-функционального дефицита в острый период заболевания. Проведение комплексного диагностического подхода при исследовании инфекционного поражения головного мозга на ультразвуковом аппарате экспертного класса, оснащенного линейным, секторным, конвексным датчиками, позволяет своевременно диагностировать осложнения инфекционного поражения головного мозга, а именно — отек головного мозга, дислокационный синдром, окклюзионную гидроцефалию, субдуральный выпот, васкулит, инфаркт, эпендиматит. Комплексный структурно-функциональный мониторинг дает более надежные критерии для прогнозирования течения инфекционного заболевания головного мозга у детей.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. *Иова А. С., Гармашов Ю. А., Андриященко Н. В., Паутницкая Т. С.* Ультрасонография в нейроредиапии (Новые возможности и перспективы). Ультрасонографический атлас. — СПб.: Петроградский и К<sup>о</sup>, 1997.—160 с.
2. *Росин Ю. А.* Допплерография сосудов головного мозга у детей. — СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2006.—120 с.
3. *Сорокина М. Н., Трофимова Т. Н., Злотникова Т. Н., Карасев В. В.* Современные аспекты диагностики и терапии бактериальных гнойных менингитов у детей // *Нейрохирургия и неврология детского возраста.*— 2003 — №1 — С. 32–40.
4. *Сорокина М. Н., Скрипченко Н. В.* Вирусные энцефалиты и менингиты у детей: Руководство для врачей. — М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2004. — 416 с.



**Рис.11.** В-режим + режим ЦДК. Прерывистый кровоток по прямому синусу при сагиттальной плоскости сканирования через большой родничок у больной С. 8 мес. с вирусным энцефалитом.



**Рис.12.** Больная С. 3 мес. с менингоэнцефалитом, эпендиматитом. Фронтальная плоскость сканирования.

5. *Ультразвуковая доплеровская диагностика сосудистых заболеваний / Под ред. Никитина Ю. М., Труханова А. И.* — М.: Видар, 1998. — 432 с.
6. *Centeno R. S., Winter J., Bentson J. R., Kneeland W. F.* CT evaluation of *Haemophilus influenzae* meningitis with clinical and pathologic correlation // *Comput Radiol.* — 1983 Jul–Aug;7(4) — 243-9.
7. *Goitein K., Tamir I.* Cerebral perfusion pressure in central nervous system infections of infancy and childhood // *The Journal of Pediatrics* — 1983 — V. 103, Issue 1 — P.40–43.
8. *Muller M. L.* Meningitis. Bacterial. Updated: Apr 26, 2010 // <http://emedicine.medscape.com/article/961497> — overview.

## MODERN APPROACHES TO THE DIAGNOSIS OF ULTRASOUND IN CHILDREN NEUROINFECTION

*Vasileva J. P., Skripchenko N. V., Komantsev V. N., Savina M. V.*

◆ **Resume.** The paper presents the results of a comprehensive structural and functional examination techniques neurosonography and transcranial duplex scanning 30 patients aged 1 month to 17 years admitted to the intensive care unit and intensive care at the 1–14 day of illness with meningitis, encephalitis different etiology. We describe the possibility of a comprehensive study of the state of the brain and intracranial blood flow to assess the severity of the structural and functional deficits in the acute phase of the disease, complicated course.

◆ **Key words:** neurosonography; transcranial duplex scanning; encephalitis; meningitis; diagnosis; children.

### ◆ Информация об авторах

*Васильева Юлия Петровна* – ст. научный сотрудник отдела функциональных и лучевых методов диагностики, к. м. н. ФГБУ «Научно-исследовательский институт детских инфекций ФМБА России». 197376, г. Санкт-Петербург, ул. Проф. Попова д., 9. E-mail: vasiliev.yar@gmail.com.

*Скрипченко Наталья Викторовна* – зам. директора по научной работе, д. м. н., профессор. ФГБУ «Научно-исследовательский институт детских инфекций ФМБА России». 197376, г. Санкт-Петербург, ул. Проф. Попова д., 9. E-mail: niidi@niidi.ru.

*Команцев Владимир Николаевич* – руководитель отдела функциональных и лучевых методов диагностики, ведущий научный сотрудник, д. м. н. ФГБУ «Научно-исследовательский институт детских инфекций ФМБА России». 197376, г. Санкт-Петербург, ул. Проф. Попова д., 9. E-mail: emger@mail.ru.

*Савина Маргарита Владимировна* – научный сотрудник отдела функциональных и лучевых методов диагностики, к. м. н. ФГБУ «Научно-исследовательский институт детских инфекций ФМБА России». 197376, г. Санкт-Петербург, ул. Проф. Попова д., 9. E-mail: niidi@niidi.ru.

*Vasileva Julia Petrovna* – senior fellow of the functional and radiological methods of diagnosis, PhD. FGBU “Scientific-Research Institute of childhood infections FMBA of Russia”. 197376, Saint-Petersburg, st. Prof. Popov, N 9. E-mail: vasiliev.yar@gmail.com.

*Skripchenko Natalia Viktorovna* – Deputy Director for Science, Doctor of Medical Sciences, Prof. FGBU “Scientific-Research Institute of childhood infections FMBA of Russia”. 197376, Saint-Petersburg, st. Prof. Popov, N 9. E-mail: niidi@niidi.ru.

*Komantsev Vladimir Nikolaevich* – head of the functional and radiological methods of diagnosis, leading researcher, MD FGBU “Scientific-Research Institute of childhood infections FMBA of Russia”. 197376, Saint-Petersburg, st. Prof. Popov, N 9. E-mail: emger@mail.ru.

*Savina Margarita Vladimirovna* – fellow of the functional and radiological methods of diagnosis, PhD. FGBU “Scientific-Research Institute of childhood infections FMBA of Russia”. 197376, Saint-Petersburg, st. Prof. Popov, N 9. E-mail: niidi@niidi.ru.

© Д. А. Лиознов<sup>1</sup>,  
С. Л. Николаенко<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии с курсом ВИЧ-медицины, Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И. П. Павлова;

<sup>2</sup> Лаборатория хронических вирусных инфекций НИЦ, Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И. П. Павлова.

**Резюме.** В работе проведена оценка поведения, ассоциированного с риском заражения ИППП и возбудителями гемоконтактных инфекций, среди студентов высших и средних специальных учебных заведений Санкт-Петербурга в 2005–2008 гг. Показано, что среди молодежи достаточно большое число лиц, подпадающих под определение «группы риска», в том числе по девиантным формам поведения, прежде всего, аддиктивного.

**Ключевые слова:** ИППП; ВИЧ-инфекция; рискованное поведение.

## ПОВЕДЕНИЕ, АССОЦИИРОВАННОЕ С РИСКОМ ЗАРАЖЕНИЯ ИППП И ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ГЕМОКОНТАКТНЫХ ИНФЕКЦИЙ, СРЕДИ СТУДЕНТОВ ВЫСШИХ И СРЕДНИХ СПЕЦИАЛЬНЫХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

Важнейшей особенностью современной ситуации по ВИЧ-инфекции, вирусным гепатитам и инфекциям, передающимся половым путем (ИППП), является вовлечение в эпидемический процесс в основном молодежи [4, 5]. Пренебрежение моральными нормами, отсутствие половой культуры, недостаточная осведомленность о способах профилактики ИППП и их не соблюдение способствуют распространению этих заболеваний, в том числе ВИЧ-инфекции. К патологическим состояниям, несомненно, также обусловленным поведением, следует отнести наркоманию и алкоголизм. Инъекционное употребление наркотиков определяет основной путь заражения ВИЧ и вирусами гепатитов В и С в Российской Федерации [3, 4, 5, 6]. Кроме того, наркотическое или алкогольное опьянение являются факторами риска заражения ИППП, включая ВИЧ-инфекцию [2].

Цель работы — выявить особенности поведения лиц молодого возраста, способствующего инфицированию возбудителями гемоконтактных инфекций.

### ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

Для оценки поведенческих факторов риска заражения инфекциями с гемоконтактным механизмом передачи и ИППП провели опрос 396 студентов вузов и колледжей Санкт-Петербурга (преимущественно медицинского профиля) в 2005–2008 гг. с использованием оригинальных опросников, разработанных при участии Федерального Северо-Западного центра по борьбе и профилактике СПИД и Фонда «Центр социального развития и информации». Анонимная анкета, позволяющая оценить модели сексуального поведения, опыт употребления психоактивных веществ и уровень информированности о ВИЧ/СПИДе и ИППП включала 139 вопросов.

Математико-статистическую обработку результатов исследований проводили с помощью компьютерной программы SPSS-10.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Средний возраст опрошенных студентов составил  $19,4 \pm 2,4$  лет, женщин было 64%.

Большинство респондентов (90%) обучались в высших учебных заведениях, преимущественно в медицинских, 10% — в средних специальных учебных заведениях.

Значительное число студентов (42%) употребляли алкоголь ежедневно или несколько раз в неделю (табл. 1). Опыт употребления наркотических веществ был у 30% респондентов, инъекционных наркотиков — у 3% ответивших на этот вопрос. Как видно из данных таблицы 2, несмотря на то что небольшое число опрошенных студентов согласились с утверждениями «алкоголь и наркотики усиливают удовольствие от секса», вызывает озабоченность достаточно высокая доля тех, кто не смог ответить на этот вопрос. Склонность к рискованному поведению и гедонистическая направленность 16% респондентов отразилась в согласии с утверждением, что «ради получения сексуального удовольствия можно подвергнуть себя большей опасности» (табл. 2).

УДК: 616.97

Об опыте половых отношений сообщили 71% опрошенных, из них большинство (70%) приобрели его до 18 лет. В официальном браке состояли лишь 4% респондентов (15 человек), из них для 5 человек незапланированная беременность была основной причиной вступления в брак.

За последние 12 месяцев у 36% ответивших был более чем один половой партнер (от 2 до 20 человек и более). Об использовании презервативов во время последнего сексуального контакта сообщили 56% имеющих постоянного полового партнера и 71% имевших контакт с непостоянным или случайным половым партнером (табл. 3). Для 70% респондентов основной причиной использования презервати-

вов было предохранение от нежелательной беременности и, в меньшей степени, профилактика ИППП.

Пользовались услугами проституток 12% опрошенных мужчин; при этом 3% женщин и 3% мужчин получали деньги за сексуальные отношения. На перенесенные ИППП указали 14% студентов. Среди опрошенных студентов 43% проходили тестирование на ВИЧ. В то же время 5% обследованных на наличие антител к ВИЧ не знают о его результатах. 6 человек из 40 ответивших указали, что инфицированы ВИЧ. Аборт делали 7% опрошенных женщин.

Студенты продемонстрировали высокую информированность о путях передачи и способах профилактики ИППП, включая ВИЧ-инфекцию и вирусные гепатиты В и С. Результаты опроса респондентов о риске инфицирования ВИЧ представлены в таблице 4. Выявлен достаточно высокий уровень знаний о рисках заражения ВИЧ, в то же время сохраняются мифы о бытовой и трансмиссивной передаче возбудителя. Вызывает озабоченность тот факт, что 55% респондентов испытывают страх перед любыми контактами с больными ВИЧ-инфекцией и полагают, что они представляют серьезную опасность для общества.

Опрос об источниках получения информации о сексуальной жизни, включая репродуктивное здоровье и профилактику ИППП, и доверии этим источникам показал, что в большинстве случаев респонденты получали знания из литературы и от друзей (рис. 1). Велико значение средств массовой информации. Обращает на себя внимание то, что

Таблица 1.

Опыт употребления алкоголя и наркотиков студентами

Критерии	Число лиц, давших утвердительный ответ (n = 388)	
	абс.	%
Употребление алкоголя, из них:	337	87%
- ежедневно	11	3
- несколько раз в неделю	151	39
- реже 1 раза в неделю	175	45
Употребление наркотических веществ (ингаляционные, инъекционные, другие), из них:	118	30
- курение наркотиков	110	28
- инъекционное употребление наркотических веществ	10	3

Таблица 2.

Результаты опроса студентов о влиянии психоактивных веществ на сексуальную активность

Вопросы анкеты	Согласен		Не согласен		Не знаю		Отказ от ответа	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Алкоголь усиливает удовольствие от секса	62	16	235	60	86	22	7	2
Наркотики, вводимые в/в, усиливают удовольствие от секса	13	3	168	43	196	51	13	3
Ради получения сексуального удовольствия можно подвергнуть себя большей опасности	62	16	283	72	34	9	11	3

Таблица 3.

Использование презервативов студентами во время последнего полового контакта

С кем вы занимались сексом в последний раз?	Использовали ли вы презерватив, когда в последний раз занимались сексом?		Всего
	да	нет	
С мужем/женой	8	16	24
С любимым человеком – постоянным партнером	104	73	177
С любимым человеком – непостоянным партнером	16	7	23
С непостоянным партнером, с которым бывают контакты время от времени	24	11	35
С непостоянным партнером, с которым познакомились в день сексуального контакта	9	2	11
С постоянным партнером, с которым занимались сексом за деньги	1	0	1
Всего	162	109	271

Таблица 4.

Уровень информированности студентов о рисках распространения ВИЧ-инфекции

Вопросы анкеты (n – число ответивших на вопрос)	Утвердительный ответ	
	абс.	%
ВИЧ может передаваться:		
- при уколе инфицированной иглой (n = 387)	383	99
- от инфицированной матери ребенку в родах (n = 391)	364	93
- от инфицированной матери ребенку через молоко (n = 388)	243	63
- при пользовании общей посудой (n = 387)	25	7
- при укусе комара (n = 392)	44	11
Снизить риск заражения ВИЧ возможно:		
- используя презерватив (n = 388)	338	87
- имея одного неинфицированного сексуального партнера (n = 385)	344	92
- воздерживаясь от сексуальных контактов (n = 381)	296	78
- при переходе на неинъекционные наркотики (n = 376)	154	68

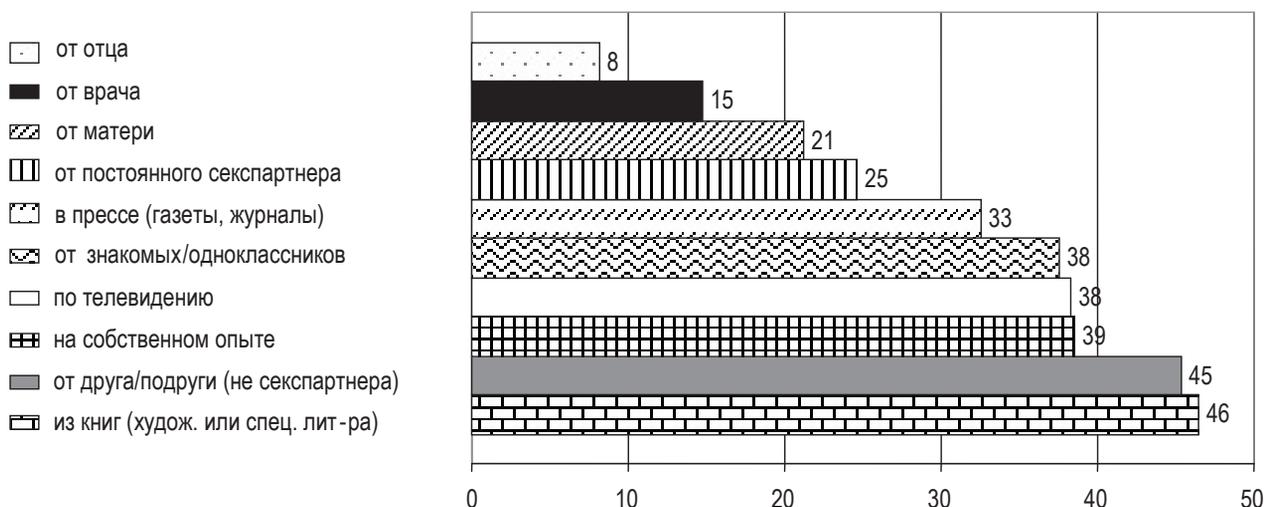


Рисунок 1. Источники получения студентами информации о сексуальной жизни (%).

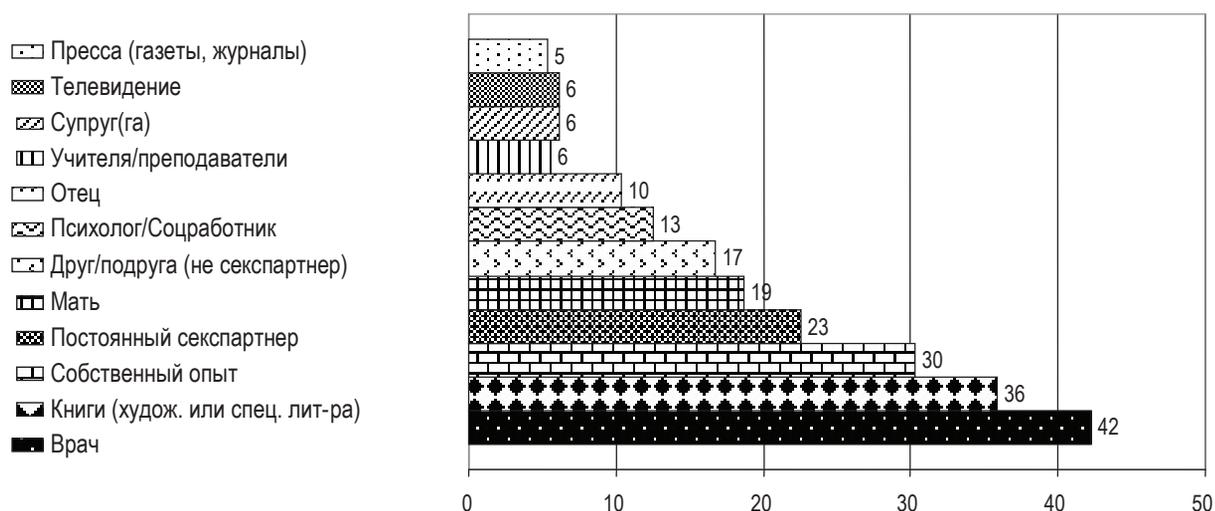


Рисунок 2. Источники информации о сексуальной жизни, пользующиеся доверием у студентов

такие источники информации как родители и медицинские работники занимали скромное место в общем перечне.

В то же время среди источников, пользующихся наибольшим доверием, респонденты указали врачей, художественную и специальную литературу (рис. 2).

Анкетирование подтвердило высокий риск формирования наркологических заболеваний в молодежной среде. Так, значительное число респондентов употребляли алкоголь ежедневно или несколько раз в неделю. Опыт употребления наркотических веществ имел место почти у трети респондентов.

По нашим данным, высокий уровень знаний о профилактике ИППП и ВИЧ-инфекции не способствовал формированию безопасных поведенческих стереотипов молодежи. Жажда новых ощущений и удовольствия, характерная для молодежи, превышала боязнь (опасения) заразиться ИППП и гемоконтактными инфекциями, стать наркозависимым или алкоголиком.

## Выводы

На примере студентов высших и средних специальных учебных заведений – наиболее образованной и социально адаптированной когорты молодых людей – показано, что среди молодежи достаточно большое число лиц, попадающих под определение «группы риска», в том числе по девиантным формам поведения, прежде всего, аддиктивного. Несмотря на выявленный достаточно высокий уровень знаний о ВИЧ-инфекции и ИППП, способах их профилактики, молодые люди пренебрегали методами предупреждения заражения, практикуя небезопасное сексуальное поведение, употребляя наркотики, злоупотребляя алкоголем. Это обосновывает необходимость новых

подходов к совершенствованию профилактических мероприятий, направленных на снижение заболеваемости социально значимыми болезнями среди молодых людей.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Звартау Э. Э., Крупицкий Е. М., Лиознов Д. А., и др. Коморбидность наркологических и социально значимых инфекционных заболеваний в Санкт-Петербурге и Ленинградской области // Вопросы наркологии. – 2005. – № 2. – С. 68–73.
2. Онищенко Г. Г. Пандемия ВИЧ-инфекции: экспертные оценки, принимаемые меры со стороны государства // Журн. микробиол. – 2006. – № 6. – С. 25–30.
3. Онищенко Г. Г. Проблема ВИЧ-инфекции в Российской Федерации // Здравоохранение РФ. – 2005. – № 5. – С. 19–25.
4. Покровский В. В. Когда наступит перелом в борьбе с ВИЧ/СПИДом? // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2006. – № 6. – С. 4–9.
5. Ясавеев И. Г. Распространение ВИЧ/СПИДа в России как социальная проблема // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2006. – № 6. – С. 20–23.

## HIGH RISK BEHAVIOR AMONG STUDENTS OF HIGHER AND VOCATIONAL EDUCATION SCHOOLS

*Lioznov D. A., Nikolaenko S. L.*

◆ **Resume.** Risk behavior was estimated in students of higher and vocational education schools in St. Petersburg in 2005–2008. It was shown that significant part of students had experience of drug and alcohol using.

◆ **Key words:** STI; HIV-infection; Risk Behavior.

## ◆ Информация об авторах

*Лиознов Дмитрий Анатольевич* – зав. кафедрой, доцент. Кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии с курсом ВИЧ-медицины. ГБОУ ВПО СПбГМУ им. И. П. Павлова Минздравсоцразвития России. 197022, г. Санкт-Петербург, ул. Л. Толстого, д. 6/8. Телефон: +7 (812) 9095103. E-mail: dlioznov@yandex.ru.

*Николаенко Светлана Леонидовна* – старший научный сотрудник. Лаборатория хронических вирусных инфекций. ГБОУ ВПО СПбГМУ им. И. П. Павлова Минздравсоцразвития России. 197022, г. Санкт-Петербург, ул. Л. Толстого, д. 6/8. E-mail: nikolaenkos@yandex.ru.

*Lioznov Dmitry Anatolevich* – head of Department, lecturer. Department of Infectious Diseases and Epidemiology, Pavlov State Medical University. 6/8 Lev Tolstoy st. 197022, St. Petersburg. E-mail: dlioznov@yandex.ru. Phone: +7 (812) 9095103.

*Nikolaenko Svetlana Leonidovna* – senior researcher. Center for Chronic Viral Infections Research. Pavlov State Medical University. 6/8 Lev Tolstoy st. 197022, St. Petersburg. E-mail: nikolaenkos@yandex.ru.

© А. А. Цителадзе<sup>1</sup>,  
В. И. Орел<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ФГУ «442 Окружной военный  
клинический госпиталь» Минобороны  
России;

<sup>2</sup>ГБОУ ВПО СПбГПМА

**Резюме.** Проведены анализ системы медицинского освидетельствования подростков при поступлении в училища, комплексная оценка состояния их здоровья. Показана актуальность андрологической патологии у подростков, обучающихся в ДВОУ. Выявлен значительный рост в течение последних 3–4 лет распространенности среди воспитанников варикоцеле. В условиях реформирования системы военного образования необходима межведомственная интеграция при проведении основных этапов медицинского освидетельствования подростков, поступающих в училища, и медицинских осмотров обучающихся на базе детских медицинских учреждений Минздрава РФ.

**Ключевые слова:** детские военные общеобразовательные учреждения (ДВОУ); оценка состояния здоровья подростков; варикоцеле; межведомственная интеграция.

## АНДРОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В ПРОЦЕССЕ МЕДИЦИНСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ВОСПИТАННИКОВ ВОЕННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ СРЕДНЕГО ОБЩЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

Состояние здоровья и организационно-методические проблемы медицинского обеспечения детей подросткового возраста приводит к негативной ситуации при решении ряда медико-социальных вопросов, в том числе при проведении медицинского освидетельствования [1]. До 80% подростков имеют медицинские ограничения при выборе профессии; 12–28% учащихся профессиональных училищ имеют медицинские противопоказания к выбранным и изучаемым профессиям [5].

Ежегодно более двадцати тысяч юношей проходят конкурсный отбор при поступлении в довузовские военные общеобразовательные учреждения (ДВОУ) — суворовские военные училища и кадетские корпуса, основными задачами которых является подготовка обучающихся к поступлению и продолжению обучения в ведомственных образовательных учреждениях Минобороны России с учетом их состояния здоровья [4]. ДВОУ — это учреждениями интернатного типа, часто расположенные в других регионах страны от основного места жительства обучающихся. Круглосуточное пребывание в «закрытом коллективе» в отрыве от семьи, строгая регламентация повседневной деятельности и быта, усиленная физическая подготовка и другие особенности интенсивного учебного процесса в училище увеличивают физическую, психоэмоциональную и социальную нагрузку на детский организм при известной его повышенной чувствительности и низкой устойчивости к воздействию факторов напряженного учебного процесса на фоне активных процессов роста и развития в подростковом возрасте. В условиях реформирования системы военного образования и приема на обучение детей в возрасте от 10 лет вопросы медицинского освидетельствования подростков при поступлении ДВОУ и их последующего медицинского сопровождения приобретают особую актуальность.

Для выпускников училища важность оценки состояния здоровья определяется рядом обстоятельств: завершением 11-го класса — итогового этапа школьного образования, риски которого кумулируются и способствуют развитию болезни; медицинскими проблемами дальнейшего профессионального выбора, зависящего от заключения о состоянии здоровья и профессиональной пригодности к избранной профессии или специальности; для решения экспертных медицинских вопросов по определению годности к службе в армии.

Определяющим в оценке здоровья подростков является благополучие пубертатного периода, когда ярко проявляются андрологические особенности. Среди заболеваний, актуальных для пубертатного периода, особо следует рассмотреть состояние нарушения кровообращения в яичках, обусловленное варикозным расширением вен семенного канатика — варикоцеле (ВЦ).

### ЦЕЛЬ ИСЛЕДОВАНИЯ

Провести оценку состояния здоровья юношей, обучающихся в ДВОУ, и актуальности андрологических проблем в процессе медицинского сопровождении указанного контингента.

УДК: 614.2

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ состояния здоровья подростков проведен путем выкопировки данных из книг протоколов, карт медицинского освидетельствования кандидатов, поступающих в ДВОУ, за период с 1996 по 2008 г. (6859 юношей 12–15 лет) и результатов профилактического медицинского осмотра первокурсников, зачисленных в училище в 2004–2008 гг. (n = 1184) и 2009–2011 гг. (n = 280).

Изучены информационно-регистрационные документы с оценкой результатов медицинского освидетельствования выпускников (714 юношей 16–17 лет), профилактических медицинских осмотров 3835 юношей 10–17 лет, обучающихся в ДВОУ Санкт-Петербурга и выкопировки первичной информации о структуре и динамике заболеваемости и госпитализации воспитанников за период с 1998 г. в базу данных, составленную в соответствии с задачами исследования.

На репрезентативной выборке проведен комплекс антропометрических, физиометрических и соматометрических исследований, лабораторные и инструментальные исследования.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В целях определения годности к поступлению или обучению ранее проводилось медицинское освидетельствование — изучение и оценка состояния здоровья и физического развития граждан на момент освидетельствования. Для граждан, поступающих в ДВОУ, освидетельствование проводилось военно-врачебными комиссиями (ВВК) военных комиссариатов субъектов РФ и ВВК училищ с привлечением врачей-специалистов, в том числе хирурга (по показаниям уролога). Регламентированный по-

рядок ВВЭ в целом позволял эффективно проводить индивидуальную оценку категории годности граждан к поступлению в училище в соответствии с «Расписанием болезней» [3]. В 1996–2008 гг. при проведении окончательного медицинского освидетельствования в Санкт-Петербургском СВУ у 7–10% подростков выявлены заболевания, препятствующие по состоянию здоровья поступлению в училище, структура которых представлена в таблице 1.

При этом в структуре болезней системы кровообращения (I ранговое место) ведущей нозологической формой (79,4%) являлось ВЦ преимущественно второй и третьей стадии, с 2003 г. ВЦ первой стадии исключено из перечня медицинских противопоказаний для поступления в ДВОУ. Таким образом, с учетом VI рангового места болезней мочеполовой системы (преимущественно – фимоз, аномалии яичек и др.), можно говорить о значимости андрологических проблем у подростков 13–14 лет, в том числе при решении экспертных медицинских вопросов при поступлении в ДВОУ.

В 2009 г. ведомственными документами Минобороны РФ решено экспертную оценку состояния здоровья проводить без медицинского обследования кандидатов, только по результатам изучения медицинской карты. При этом, на практике до 60% представленных медицинских карт оказались малоинформативными для решения экспертных вопросов. При «упрощенном» порядке медицинского отбора вне поля зрения оказались заболевания и состояния, верификация которых возможна только при медицинском обследовании. Как следствие, по результатам медицинских осмотров первокурсников, обучающихся в училище, отмечена тенденция увеличения случаев

Таблица 1

Структура заболеваний, препятствующих поступлению в училище по состоянию здоровья в 1996–2008 гг. (%)

Ранговое место	Основные нозологические формы и заболевания	Число признанных негодными по состоянию здоровья
I	Болезни системы кровообращения	30,7
II	Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	14,3
III	Болезни глаз и придаточного аппарата	13,9
IV	Болезни органов пищеварения	7,7
V	Болезни нервной системы	7,5
VI	Болезни мочеполовой системы	7,1
VII	Эндокринные болезни, расстройства питания и нарушения обмена веществ	5,3
VIII	Болезни органов дыхания	4,7
IX	Болезни кожи и подкожной клетчатки	4,2
X	Психические расстройства	3,2
XI	Другие неуказанные болезни	1,4
Всего		100,0

заболеваний и отклонений в состоянии здоровья (таблица 2).

При этом в структуре болезней системы кровообращения ведущей нозологической формой (52,5%) являлось ВЦ различной степени выраженности — 121,4%. В среднем ВЦ выявлено у 9,7% первокурсников (подростки 10–12 лет), что с учетом болезней мочеполовой системы свидетельствует о тенденции нарастания груза андрологических проблем у воспитанников в условиях отсутствия предварительного медицинского отбора.

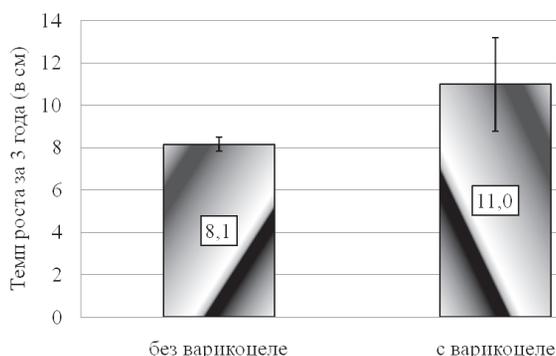
В настоящее время частота ВЦ в популяции подростков в возрасте от 12 до 16 лет составляет 16,3% с учетом субклинических форм заболевания, среди которых тяжелые формы с признаками орхопатии составляют около 8% [6]. Основной причиной появления ВЦ принято считать наличие почечной венной гипертензии из-за стеноза почечной вены вследствие анатомических особенностей ее впадения в полую вену, аномалий развития почки и ее сосудистой ножки, нефроп-

тоза, другими причинами ущемления по ходу почечной вены. В то же время отмечается, что ВЦ окончательно формируется после периода полового созревания [2].

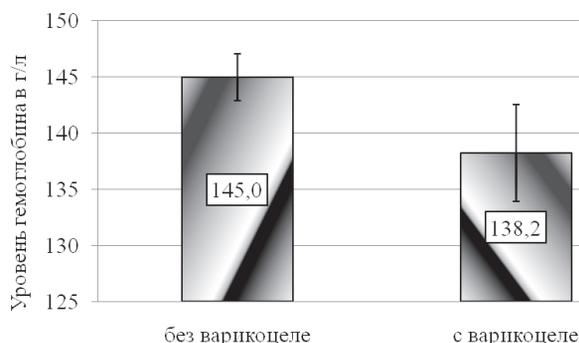
В 2003–2008 гг. у 17–19% воспитанников 15–17 лет по результатам ежегодного медицинского осмотра было верифицировано ВЦ различной степени выраженности. В процессе онтогенеза данный возрастной период является чрезвычайно напряженным периодом морфофункциональных перестроек на фоне «ростового скачка», когда мальчики в возрасте около 14 лет вырастают в среднем на 10 см в год.

При ретроспективном анализе динамики антропометрических показателей у воспитанников училища за период обучения выявлена зависимость манифестации варикоцеле в том числе и от индивидуальных темпов роста подростков (рисунок 1)

Кроме того, отмечена тенденция к более низкому уровню гемоглобина у подростков с варикоцеле по сравнению со здоровыми (рисунок 2). Но данный факт требует отдельного изучения.



**Рисунок 1.** Темпы роста у подростков 16–17 лет с варикоцеле и без варикоцеле.



**Рисунок 2.** Уровень гемоглобина у подростков 16–17 лет с варикоцеле и без варикоцеле.

Таблица 2

Уровень заболеваемости первокурсников по результатам медицинских осмотров (%)

Заболевания и отклонения в состоянии здоровья по основным нозологическим формам	Уровень заболеваемости	
	2001–2008 гг.	2009–2011 г.
Эндокринные болезни, расстройства питания и нарушения обмена веществ	5,2	156,6
в том числе – ожирение	0	116,2
Болезни крови, всего	0	20,4
Болезни нервной системы, всего	8,4	182,2
Болезни глаз и придаточного аппарата, всего	91	110,8
Болезни органов дыхания, всего	13,2	268,1
Болезни системы кровообращения, всего	7,3	231,6
Болезни органов пищеварения, всего	0	80,5
Болезни костно-мышечной системы, всего	33,5	275,4
в том числе – сколиоз	10,9	95,1
Болезни мочеполовой системы, всего	5,3	271,6
в том числе – фимоз	0	109

Таблица 3

Уровень заболеваемости воспитанников 16-17 лет по результатам медицинского освидетельствования в 2005 – 2008 гг.

Заболевания и отклонения в состоянии здоровья по актуальным нозологическим формам	Уровень заболеваемости									
	2005 г.		2006 г.		2007 г.		2008 г.		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Вялая осанка/сколиоз	58	34,5	72	40,7	58	30,1	45	25,9	163	32,6
Варикоцеле	34	20,2	19	10,7	23	11,9	28	16,1	104	18,8
ЛОП-патология	16	9,5	13	7,3	22	11,4	28	16,1	79	14,3
Болезни глаз	15	8,9	14	7,9	27	14	13	7,5	69	12,5
Всего обследовано	168	100	177	100	193	100	176	100	714	100

К окончанию училища ВЦ было выявлено у 18,8% воспитанников по результатам обследования 714 подростков 16–17 лет при проведении медицинского освидетельствования выпускников в 2005–2008 гг. (табл. 3).

При этом для положительного решения экспертного вопроса о годности к поступлению в ВВУЗы большинство из них были направлены на оперативное лечение, что отразилось на качестве учебного процесса в связи с пропусками занятий в период лечения и последующими ограничениями физических нагрузок в период послеоперационной реабилитации.

В 2010 г. в ходе организационно-штатных изменений в училищах медицинские структуры и штатные должности медицинского персонала выведены из состава училищ, медицинское обеспечение воспитанников возложено на военно-медицинские учреждения по месту дислокации училищ, организационно-штатная структура не позволяет осуществлять медицинское сопровождение воспитанников училищ в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи подросткам, в том числе в отношении проведения медицинских осмотров в декретированных группах подростков в полном объеме. Система детской андрологии сегодня практически не представлена в лечебно-профилактических учреждениях, осуществляющих медицинское обеспечение воспитанников ДВОУ. По настоящее время отсутствует целостная система мер охраны репродуктивного здоровья юношей, обучающихся в ДВОУ, что может представлять в будущем угрозу инфертильности.

Как следствие, возникают сложности и по медицинскому сопровождению воспитанников училищ с отклонениями в состоянии здоровья в соответствии требованиями руководящих документов Минздрава РФ, что затрудняет своевременное и полноценное проведение комплекса мер, необходимых для раннего выявления заболеваний и факторов риска возникновения патологии, учета выявленной патологии для дальнейшей разработки медико-организационных мероприя-

тий, направленных на максимальное оздоровление будущих воинов, а также обоснование, по показаниям комплексов диагностических и лечебных мероприятий.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные результаты свидетельствуют о негативных тенденциях состояния здоровья воспитанников ДВОУ в условиях отсутствия предварительного медицинского отбора кандидатов, которые могут усугубиться в процессе обучения и явиться причиной ограничения дальнейшего профессионального выбора подростков в соответствии с предназначением училищ. Это определяет актуальность проведения медицинского освидетельствования кандидатов и оптимизации межведомственной координации по медицинскому сопровождению обучающихся в ДВОУ.

Опыт работы по проведению профилактических осмотров свидетельствует об актуальности ежегодного осмотра воспитанников ДВОУ урологом/андрологом для верификации манифестирующих в подростковом возрасте отклонений в состоянии здоровья и заболеваний, определения степени их выраженности.

Высокие индивидуальные темпы роста определяют группу риска подростков по манифестации и прогрессированию ВЦ.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов А. А. Кучма В. Р. Профилактические основы развития приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения в интересах детей // Здравоохранение Российской Федерации. – 2008. – №1. – С. 10–11.
2. Лопаткин Н. А., Пугачева А. Г. Детская урология (руководство). – М.: Медицина, 1996. – 495 с.
3. Постановление Правительства РФ от 25 февраля 2003 г. № 123 «Об утверждении Положения о военно-врачебной экспертизе» // Собрание законодательства РФ. – 2003. – №10. – ст. 902.
4. Постановление Правительства РФ от 30 апреля 2008 г. № 328 «Об утверждении Типового положения о суворовских военных, нахимовских военно-морских,

военно-музыкальном училищах и кадетских (морских кадетских) корпусах» // Собрание законодательства РФ. – 2008. – №19. – ст. 2169.

5. Рапопорт И. К. Состояние здоровья школьников и проблемы выбора профессии // Гигиена и санитария. – 2009. – №2. – С. 36–38.
6. Румянцев А. Г., Панков Д. Д. Актуальные проблемы подростковой медицины. – М., 2002. – 367 с.

## THE MEDICAL PROVISION SYSTEM FOR MILITARY COLLEGE PUPILS AND ANDROLOGICAL PROBLEMS

*Tsiteladze A. A., Oryol V. I.*

◆ **Resume.** The study conducted the analysis of the medical examination of adolescents to enroll in military schools (college), a comprehensive assessment of their health status. The importance of andrological pathology in adolescents of college is presented. In the past 3–4 years, there has been an appreciable increase in the rates of varicocele. In reforming the military education system interagency integration is necessary in carrying out the basic stages of a medical examination of young people of the military school in child health clinics of the Ministry of Health.

◆ **Key words:** military school of general secondary education (college); assessment of adolescent health status; varicocele, interdepartmental integration.

### ◆ Информация об авторах

*Цителадзе Алексей Асланович* – педиатр ФГУ «442 Окружной военный клинический госпиталь» Минобороны России. 193163, г. Санкт-Петербург, Суворовский проспект, д. 63.  
E-mail: tsitalex@mail.ru.

*Орел Василий Иванович* – заслуженный деятель науки РФ, д. м. н., профессор, зав. кафедрой социальной педиатрии и организации здравоохранения ФПК и ПП ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия» Минздравсоцразвития России. 194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2.  
E-mail: spb@gpma.ru.

*Tsiteladze Alexey Aslanovich* – the pediatricist of «442 District military clinical hospital» of Department of Defense, «442 District military clinical hospital» of Department of Defense 193163, Saint-Petersburg, Suworov str., 63.  
E-mail: tsitalex@mail.ru.

*Oryol Vasily Ivanovich* – doctor of Medicine, Professor, Honoured Scientist of Russia, head of State educational institution for high professional education «Saint-Petersburg State Pediatric Medical Academy» by Department of Health and Social Development. 194100, Saint-Petersburg, Litovskaya str. 2.  
E-mail: spb@gpma.ru.

© Е. К. Жейвот

ГБОУ ВПО СПбГПМА. Кафедра  
социальной педиатрии и организации  
здравоохранения  
ФПК и ПП

**Резюме.** Сохранение здоровья подростков является первоочередной задачей современного государства, так как именно они представляют собой ближайший репродуктивный, социальный, экономический, военный, интеллектуальный и культурный резерв общества. Вместе с тем демографические показатели детей подросткового возраста остаются очень тревожными.

**Ключевые слова:** здоровье; подростки; заболеваемость; структура.

## ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПОДРОСТКОВ 15–17 ЛЕТ В МЕГАПОЛИСЕ

Состояние здоровья детей именно подросткового возраста вызывает пристальное внимание — ведь именно подростки составляют человеческий фактор демографического, трудового, экономического, интеллектуального и военного потенциала общества и государства на ближайшее будущее [1, 3, 7].

Выделение приоритетных направлений и их целевое финансирование стали эффективными методами решения самых острых социальных задач и проблем, в том числе и в охране здоровья детей, как, например, углубленная диспансеризация детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, увеличение объемов высокотехнологичной медицинской помощи детям [2, 4]. Вместе с тем многие показатели остаются очень тревожными [7]. Сокращается число детей в возрасте 0–17 лет включительно: с 31, 6 млн. в 2002 г. до 25,4 млн. человек в 2009 г. За период с 2000 г. по 2008 г. численность детей в возрасте 15–17 лет сократилась почти на 30% — с 7543 тыс. человек до 5274 тыс. человек в 2009 г.

На кафедре социальной педиатрии и организации здоровья и здравоохранения ФПК и ПП нами было проведено исследование заболеваемости подростков 15–17 лет трех районов Санкт-Петербурга: Невского, Фрунзенского и Выборгского — за 2006–2009 гг. Исходным материалом стал анализ отчетов по государственной медицинской статистике (ф.12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районах обслуживания лечебного учреждения» за 2006–2009 гг.). В исследуемую группу вошли дети 15–17 лет, проживающие в данных районах.

Показатель общей заболеваемости за период исследования по всем исследуемым районам отличался нестабильностью. В Невском районе, за период с 2006–2009 гг., показатель снизился почти в 2 раза и составил в 2009 г. 393,54‰ (2006 г. — 544,06‰), во Фрунзенском районе этот показатель имел тенденцию к росту (2006 г. — 1347,41‰; 2009 г. — 2100,09‰), в Выборгском районе показатель общей заболеваемости к 2009 г. вырос на 3,89% (2006 г. — 1007,98‰, 2009 г. — 1047,27‰).

Во всех исследуемых районах частота заболеваемости по классам в отдельные годы имела волнообразный характер.

В Невском районе рост показателя общей заболеваемости произошел по следующим классам заболеваний: болезни крови и кровеносных органов (+22,76%); болезни эндокринной системы и расстройства питания выросли в 2 раза; болезни нервной системы за период 2006–2009 гг. выросли в 3,5 раза; болезни глаза и его придаточного аппарата (+2,14%); болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (+21%); симптомы, признаки и отклонения от нормы выросли в 2,5 раза, травмы и отравления (+5,39%).

Снижение показателя общей заболеваемости в Невском районе произошло по следующим классам: показатель инфекционных болезней и новообразований в исследуемом районе снизился в 2 раза; болезни уха и сосцевидного отростка в 2,5 раза; болезни органов дыхания и пищеварения с 2006–2009 гг. снизился в 1,5 раза; болезни мочеполовой системы в 1,5 раза.

Ранговая структура заболеваемости подростков 15–17 лет, проживающих в Невском районе за исследуемый период: болезни орга-

УДК: 616-01/09-053.6/7

нов дыхания (1); болезни глаза и его придаточного аппарата (2); болезни органов пищеварения (3); болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (4); болезни мочеполовой системы (5).

Во Фрунзенском районе за исследуемые годы показатель общей заболеваемости вырос за счет следующих классов болезней: новообразования и болезни эндокринной системы и расстройства питания в 2 раза; болезни нервной системы в 2 раза; болезни уха и сосцевидного отростка в 2,5 раза; болезни системы кровообращения в 2,5 раза; болезни органов дыхания выросли в 3 раза; болезни органов пищеварения в 2,5 раза; болезни кожи и подкожно-жировой клетчатки (+11,16%); болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани в 1,5 раза; травмы и отравления в 2 раза.

Снижение заболеваемости в данном районе за исследуемый период произошло по следующим классам: инфекционные болезни в 1,5 раза; болезни крови и кроветворных органов (на 29,85%); болезни глаза и его придаточного аппарата (на 5,47%); болезни мочеполовой системы в 2 раза; симптомы, признаки и отклонения от нормы в 2 раза.

Ранговая структура заболеваемости подростков Фрунзенского района: болезни органов дыхания (1); болезни органов пищеварения (2); болезни глаза и его придаточного аппарата (3); болезни системы кровообращения (4); болезни уха и сосцевидного отростка (5).

В Выборгском районе рост общей заболеваемости наблюдался за счет: болезни крови и кроветворных органов в 2,5 раза; болезни нервной системы (+1,58%); болезни глаза и его придаточного аппарата (+8,35%); болезни органов пищеварения увеличились в 2 раза; болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани выросли в 3 раза; болезни мочеполовой системы в 1,5 раза.

Снижение показателя общей заболеваемости наблюдались по следующим классам болезней: инфекционные болезни в 1,5 раза; новообразования (на 7,66%), болезни эндокринной системы и расстройства питания в 3 раза; болезни уха и сосцевидного отростка в 2 раза; болезни кожи и подкожной клетчатки (на 18,29%); симптомы, признаки и отклонения от нормы (на 5,05%).

Ранговая структура подростков Выборгского района за 2006–2009 гг.: болезни органов дыхания (1); болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (2); болезни глаза и его придаточного аппарата (3); болезни нервной системы (4); болезни органов пищеварения (5).

При оценке ранговой структуры заболеваемости подростков 15–17 лет проживающих в различных районах Санкт-Петербурга за период

(2006–2009) обращает на себя внимание тот факт, что заболевания, занимающие первые пять ранговых мест, не изменялись в течение всего изучаемого периода. Этот устойчивый тренд, с одной стороны, дает возможность выявить медико-социальные факторы риска в данных районах, обозначить приоритеты клинического и организационного характера, а с другой — является критерием их эффективности [5, 6].

Результаты проведенной работы в трех районах Санкт-Петербурга свидетельствуют о том, что на каждую тысячу несовершеннолетних петербуржцев приходится более четырех тысяч всевозможных заболеваний.

В связи с загруженностью детей в школе, использованием новейших компьютерных технологий растет нагрузка на органы зрения, что отражается в увеличении числа выявляемых заболеваний глаза и его придаточного аппарата. Нарушение режима и качества питания приводит к росту числа заболеваний пищеварительной системы, а гиподинамия — к заболеваниям костно-мышечного аппарата.

В данных районах не организованы на должном профессиональном уровне медицинские осмотры подросткового населения в дошкольных и школьных учреждениях ввиду отсутствия или нехватки квалифицированных специалистов.

Исходя из вышеизложенного, необходимо уделять особое внимание углубленному изучению состояния здоровья детей подросткового поколения.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Альбицкий В. Ю., Антонова Е. В., Модестов А. А. Современные подходы к изучению заболеваемости детского населения // Рос. педиатр. журн. — 2009. — № 4. — С. 4–7.
2. Альбицкий В. Ю., Баранов А. А., Камаев И. А. Часто болеющие дети. — Н. Новгород : НГМА, 2003. — 174 с.
3. Баранов А. А., Кучма В. Р., Сухарева Л. М. Оценка состояния здоровья детей. Новые подходы к профилактической и оздоровительной работе в образовательных учреждениях. — М.: Гэотар-Медиа, 2008.— 432 с.
4. Баранов А. А., Кучма В. Р. Профилактические основы развития приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения в интересах детей // Здравоохранение Российской Федерации. — 2008. — № 1. — С. 10–11.
5. Баранов А. А., Альбицкий В. Ю., Антонова Е. В. и др. Современные подходы в изучении заболеваемости детского населения России // Рос. педиатр. журн. — 2008. — № 5. — С. 4–7.

6. Баранов А. А., Яковлева Т. В., Альбицкий В. Ю. и др. Сокращение предотвратимых потерь здоровья детского населения – стратегия социальной педиатрии // *Вопр. современ. педиатрии*. – 2008. – Т. 7, № 4. – С. 6–8.
7. Антонова Е. В. Здоровье Российских подростков 15–17 лет: состояние, тенденции и научное обоснование программы его сохранения и укрепления: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 2011. – 54 с.

#### **MORBIDITY RATE AMONG TEENAGERS AGED 15-17, LIVING IN A MEGALOPOLIS**

*Zheyvot E. K.*

◆ **Resume.** Teenagers' health preservation is one of the priorities of a modern state as they represent the future reproductive, social, economic, military, intellectual, and cultural resource of the society. However, the demographic indicators of this group of adolescents still remain alarming.

◆ **Key words:** health; teenagers; morbidity rate; structure.

---

#### ◆ Информация об авторах

*Жейвот Евгения Константиновна* – очный аспирант кафедры социальной педиатрии и организации здравоохранения ФПК и ПП СПбГПМА. Санкт-Петербургская Государственная Педиатрическая Медицинская Академия. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д.2.  
E-mail: e.zheyvot@mail.ru.

*Zheyvot Evgenya Konstantynovna* – postgraduate of the Dpt of Social Pediatrics and Health Care Organization. Faculty of Continuous Education. Saint-Petersburg State Pediatric Medical Academy. 194100, St.Petersburg, Litovskaya street, 2.  
E-mail: e.zheyvot@mail.ru.

© Н. А. Гурьева, В. И. Орел,  
О. В. Попова, О. В. Орел

## ОПЕРАТИВНЫЙ КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

ГБОУ ВПО СПбГПМА

**Резюме.** Оказание медицинской помощи надлежащего качества во многом способствует повышению качества жизни пациентов. В связи с этим понятие надлежащего качества медицинской помощи определяется степенью соответствия оказанной медицинской помощи современным представлениям о ее необходимом уровне и объеме с учетом индивидуальных особенностей больного и возможностей конкретного учреждения. Изучение удовлетворенности больных состоянием и качеством оказываемой медицинской помощи является одним из методов оперативного контроля качества организации лечебного процесса, позволяющего принимать управленческие решения по улучшению работы лечебно-профилактического учреждения. В статье представлены данные по изучению мнения пациентов о качестве медицинской помощи как в государственных лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ), так и в учреждениях, оказывающих платные услуги.

**Ключевые слова:** оперативный контроль; удовлетворенность пациентов; качество; медицинская помощь.

Качество медицинской помощи определяется выполнением обследования и лечения больного в полном соответствии с видом патологии и категорией медицинского учреждения. Оно не всегда полностью удовлетворяет пациента из-за ограниченных возможностей коррекции реального патологического состояния средствами современной медицины [1]. С учетом этой особенности понятие надлежащего качества медицинской помощи учеными формулируется как соответствие оказанной медицинской помощи современным представлениям о ее необходимом уровне и объеме при данном виде патологии с учетом индивидуальных особенностей больного и возможностей конкретного учреждения [2].

Одним из источников социальной информации в период реформирования здравоохранения является изучение удовлетворенности больных состоянием и качеством оказываемой медицинской помощи. Выяснение мнения пациентов является одним из методов оперативного контроля качества организации лечебного процесса, представляющего текущую научно обоснованную информацию, позволяющую принимать современные надежные управленческие решения по улучшению работы лечебно-профилактического учреждения [5].

С учетом рекомендаций ВОЗ в российском здравоохранении было принято наиболее доступное определение качества медицинской помощи — это содержание взаимодействия врача и пациента, основанное на квалификации профессионала, т. е. его способности снижать риск прогрессирования имеющегося у пациента заболевания и возникновения нового патологического процесса, оптимально использовать ресурсы медицины и обеспечивать удовлетворенность пациента его взаимодействием с системой здравоохранения [3, 4].

В 2008 г. Минздравсоцразвития России впервые предложило регионам установить в территориальных программах госгарантий бесплатной медицинской помощи целевые показатели, первый пункт в списке которых — удовлетворенность жителей региона медицинской помощью. Уже в 2009 г. во многих регионах РФ территориальными фондами ОМС и страховыми организациями были разработаны анкеты для опроса пациентов. Результаты анкетирования анализировались по негативным фактам, отмеченным пациентами.

В некоторых стационарах Мурманской области с различными системами финансирования и моделями управления, помимо мониторинга медицинских и экономических индикаторов качества, некоторыми исследователями оценивались такие социальные критерии, как удовлетворенность пациентов качеством организации медицинской помощи и удовлетворенность в целом от контакта с медицинским учреждением. Подобные исследования способствовали выявлению имеющихся недостатков и оценке управленческих решений по совершенствованию деятельности лечебно-профилактических учреждений. Однако, подобные исследования не проводились на уровне первичного звена, то есть в районных больницах, поликлиниках и амбулаториях, разбросанных по Кольскому полуострову и удаленных от областного центра. Кроме того, не найдено публикаций исследований, посвященных оценке качества организации медицинской помощи в частных клиниках.

Материалами для данного изыскания явились анкеты, предложенные для заполнения жителям Североморского района Мурманской

УДК: 614.2

Таблица 1

Структура ответов респондентов по проблемам качества медицинской помощи государственных и частных ЛПУ

Параметры	Государственные клиники		Частные клиники	
	абс.	%	абс.	%
Нехватка специалистов	217	36,1	128	21,3
Нехватка среднего медперсонала	91	15,1	78	13,0
Длительное ожидание приема	125	20,8	2	0,39
Низкая обеспеченность современным оборудованием	114	19,0	37	6,1
Низкая квалификация персонала	52	8,6	153	25,5
Высокая стоимость услуг	0	0	133	22,1
Сомнительные моральные качества медработников	1	0,1	69	11,5

области, обращавшихся как в государственные ЛПУ, так и в учреждения, оказывающие платные услуги.

На вопрос: «Удовлетворены ли Вы качеством медицинской помощи, оказываемой в государственных ЛПУ Мурманской области?» положительно ответили 47% респондентов, 35% опрошенных не удовлетворены качеством медицинской помощи, 18% затруднились ответить. Тем же пациентам задавался вопрос об удовлетворенности качеством работы частных клиник. Ответ «Да» прозвучал в 39%, недовольны 24%, остальные 37% пациентов затруднились ответить, причем часть последних никогда не обращалась за помощью в коммерческие ЛПУ Мурманской области.

В таблице № 1 приведены результаты проводимых исследований, где представлена структура ответов респондентов на вопросы анкеты.

При сравнительном анализе работы государственных и частных ЛПУ выявлено, что большинство опрошенных не удовлетворены нехваткой специалистов как в ЛПУ, работающих в системе обязательного медицинского страхования, так и в платных клиниках. Одинаково остро чувствуется нехватка кадров среднего звена во всех исследуемых объектах. Помимо кадровых проблем пациентов, обращающихся в государственные медицинские учреждения, беспокоит длительное ожидание приема и низкая обеспеченность больницы и ее структурных подразделений современным оборудованием, из-за чего больные вынуждены обращаться в частные клиники либо длительное время ожидать проведения многих исследований в клиниках г. Мурманска.

Из основных недостатков коммерческих медицинских учреждений большинство пациентов выделяют высокую стоимость услуг. Четверть опрошенных сомневаются в квалифицированности персонала и моральных качествах сотрудников платных клиник. Наряду с этим многие респонденты все же отмечают нехватку частных ЛПУ.

## ВЫВОДЫ

1. Проводимое сравнение показателей качества направлено на побуждение пациентов, клиницистов и других заинтересованных групп использовать информацию о качестве медицинской помощи в целях улучшения работы. К примеру, эта методика может использоваться в рамках одной больницы, принимающей участие в программе сбора и сравнения данных, а также как на добровольной, так и на обязательной основе в ряд больниц определенной территориальной принадлежности для сбора, документирования и обобщения данных.
2. Анализ ответов респондентов о качестве оказания медицинских услуг частными ЛПУ позволит чиновникам здравоохранения контролировать деятельность данных клиник с целью предотвращения появления на рынке медицинских услуг недобросовестных предпринимателей.
3. Некоторые сравнительные данные теперь доступны общественности, так что и пациенты могут способствовать принятию мер по улучшению качества обслуживания.
4. Оценка мнения пациентов как одного из индикаторов качества организации медицинской помощи должна являться базой для принятия управленческих решений.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Амозова А. М., Кунгуров Н. В., Зильберберг Н. В. Роль социальных индикаторов качества в комплексной оценке уровня оказания специализированной медицинской помощи больным дерматовенерологического профиля // Дальневосточный вестник дерматовенерологии – 2009. – № 3. – С. 29–31.
2. Котова Г. Н., Нечаева Е. Н., Гучек П. А., Карасева Л. И. Социологическая оценка качества медицинской помощи // Здравоохранение Российской Федерации. – 2001. – № 4. – С. 22–26.

3. Полунина Н. В., Доронкина М. В., Попов В. В. Медико-организационные новации в деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений // Российский медицинский журнал. – 2005. – № 6. – С. 48–49.
4. Подушкина И. В., Зубков В. М., Курносов А. В., Петров В. Н. Качество медицинской помощи и возможности использования методологии медико-социальных исследований в его оценке // Вестник Нижегородского университета им. Н. И. Лобачевского. – 2009. – № 1 (13). – С. 53–61.
5. Ямлиханов Г. Т. Удовлетворенность пациентов – значимая характеристика качества медицинской помощи населению Республики Башкортостан // Проблемы управления здравоохранением. – 2008. – № 3 (42). – С. 17–26.

#### MEDICAL AID MANAGMENT ON-LINE QUALITY CONTROL

Guryeva N. A., Orel V. I., Popova O. V., Orel O. V.

◆ **Resume.** Infant mortality is leading in the mortality rate of children aged 0-14. Infant mortality is one of the most important characteristics of demographic situation, so its decrease is a priority of the policy of the state.

The paper presents an analysis of infant mortality in a region of the North-West of Russia, Vologda Region. The regional peculiarities of the infant mortality rate revealed are to be taken into account when purposeful medical organizational measures are developed in order to reduce child mortality in the region.

◆ **Key words:** infant mortality; regional peculiarities; priorities.

#### ◆ Информация об авторах

*Гурьева Наталья Алексеевна* – доцент кафедры социальной педиатрии и организации здравоохранения ФПК и ПП СПбГПМА. ГБОУ ВПО СПбГПМА Минздравсоцразвития России 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2.  
E-mail: socp\_ozz@mail.ru.

*Орел Василий Иванович* – з. д. н., д. м. н., профессор заведующий кафедрой социальной педиатрии и организации здравоохранения ФПК и ПП СПбГПМА. ГБОУ ВПО СПбГПМА Минздравсоцразвития России. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2.  
E-mail: socp\_ozz@mail.ru.

*Попова Ольга Валерьевна* – аспирант кафедры социальной педиатрии и организации здравоохранения ФПК и ПП СПбГПМА. ГБОУ ВПО СПбГПМА Минздравсоцразвития России 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2.  
E-mail: socp\_ozz@mail.ru.

*Орел Олег Васильевич* – доцент кафедры социальной педиатрии и организации здравоохранения ФПК и ПП Санкт-Петербургская Государственная педиатрическая медицинская академия. 194100 Санкт-Петербург, Литовская, д. 2.  
E-mail: socp\_ozz@mail.ru.

*Guryeva Natalya Alekseevna* – PhD in medicine, ass. Professor of the Dpt of Social Pediatrics and Health Care Organization. Faculty of Continuous Education. Saint-Petersburg State Pediatric Medical Academy. 194100, St.Petersburg, Litovskaya street, 2.  
E-mail: socp\_ozz@mail.ru.

*Orel Vasily Ivanovich* – honored Scientist of RF, doctor of Medical Sciences, full professor, Head of the Dpt of Social Pediatrics and Health Care Organization. Faculty of Continuous Education. Saint-Petersburg State Pediatric Medical Academy. 194100, St.Petersburg, Litovskaya street, 2.  
E-mail: socp\_ozz@mail.ru.

*Popova Olga Valerevna* – postgraduate of the Dpt of Social Pediatrics and Health Care Organization. Faculty of Continuous Education. Saint-Petersburg State Pediatric Medical Academy. 194100, St.Petersburg, Litovskaya street, 2.  
E-mail: socp\_ozz@mail.ru.

*Orel Oleg Vasilevich* – associate professor St.-Petersburg State Pediatric Medical Academy, Department of Social Pediatrics and Public Health Care Organization of Advanced and Professional Training Faculty. Litovskaya St., 2, St.-Petersburg, Russia 194100.  
E-mail: socp\_ozz@mail.ru.

© В. И. Сабанов, Е. Г. Попова

ГОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет»,  
г. Волгоград

**Резюме.** Представлены результаты анкетирования 246 врачей, сотрудников муниципальных поликлиник и частных медицинских центров, отражающие динамику профессионального самочувствия и оценку профессиональной защищенности врачей на амбулаторно-поликлиническом приеме в условиях реформирования системы здравоохранения и несовершенства законодательной базы, регламентирующей профессиональную деятельность.

**Ключевые слова:** врач, профессиональная защищенность, поликлиника, самочувствие, реформирование здравоохранения, законодательная база.

## ДИНАМИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО САМОЧУВСТВИЯ И ОЦЕНКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЗАЩИЩЕННОСТИ ВРАЧЕЙ НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ

Практическая деятельность медицинского работника сопряжена с постоянным риском причинить вред здоровью пациента даже при надлежащем выполнении профессиональных обязанностей.

И. В. Давыдовский определил понятие врачебной ошибки как добросовестное заблуждение врача, обусловленное либо несовершенством самой врачебной науки и ее методов, либо возникшее в результате атипичного течения заболевания или недостаточной подготовки врача, если при этом не обнаруживаются элементов халатности, невнимательности и медицинского невежества [1]. Такая точка зрения подразумевает возможность существования плюрализма мнений при обсуждении проблем, возникающих при оказании пациентам медицинских услуг, позволяет интерпретировать действия врача с позиции презумпции невиновности. По мнению Р. Ригельмана, трактовка понятия должна быть жестче и подразумевать нежелательные результаты в лечении больного, связанные с неведением или недомыслием врача по причине нехватки информации о пациенте и его болезни — эта формулировка заведомо указывает на виновность доктора [2]. Понятие — «дефект медицинской помощи» подразумевает не оказание или некачественное оказание медицинской помощи, выражающееся в нарушении процесса диагностики, лечения или организации медицинской помощи, которые привели или могут привести к ухудшению здоровья пациента. «Дефект медицинской помощи» и «ненадлежащее оказание медицинской помощи» — тождественные понятия. Юридического определения понятий «врачебная ошибка» и «дефект медицинской помощи» не существует. Нет этих терминов ни в гражданском, ни в уголовном праве. Однако констатация факта возникновения врачебных ошибок, их причин и следствий постоянно обсуждается не только медиками-профессионалами (что понятно и объяснимо с точки зрения приобретения опыта в организации оказания медицинской помощи, совершенствования технологий ее оказания и оперативного принятия организационно-управленческих решений для оптимизации процесса оказания медицинских услуг), но и весьма вольно трактуется людьми, не обладающими медицинским образованием, с обывательской и часто предвзятой ангажированной позиции. Средствами массовой информации у населения с завидным упорством формируется образ «врача-палача», «врача-убийцы», хотя с точки зрения врачебного сообщества, ошибочные действия медицинского работника только в случае доказанного в суде факта умышленного причинения вреда здоровью пациента могут быть предметом широкого общественного обсуждения. И врачебная ошибка, является ли она результатом заблуждения врача или его неоправданным, ошибочным действием/бездействием, и дефект медицинской помощи в случае причинения вреда пациенту, приобретают юридическое значение, становятся предметом судебного разбирательства. Каждый врач ежесекундно находится в условиях возможности возникновения судебного прецедента и уже в медицинском вузе студента учат оформлять первичную медицинскую документацию «для прокурора».

УДК: 614.2

Экспертиза врачебных ошибок включает в себя оценку действия или бездействия врача в соответствии с принятым в установленном порядке стандартом, научно обоснованным подходом и сложившейся практикой оказания медицинской помощи. Сам по себе стандарт не является юридическим документом, исполнение или неисполнение которого служит основанием для привлечения врача к гражданской или уголовной ответственности, но в то же время вопрос о соответствии действий врача принятым стандартам оказания медицинской помощи относится к категории правовых норм, обеспечивающих надлежащее качество медицинской помощи.

На амбулаторном приеме в поликлинике врач в среднем за рабочую смену принимает 16–26 пациентов, не менее одной трети из них — первично. Врач практически работает «на конвейере», не имея права на ошибку. Технология его работы подразумевает исполнение общего для всех медицинских специальностей алгоритма действий: диагностика заболевания (осмотр, инструментальное и лабораторное обследование), выбор тактики оказания медицинской помощи, назначение лечения, динамическое наблюдение, организация противорецидивного или восстановительного лечения. Казалось бы, все очень просто, обследуй пациента, определись с диагнозом и лечи, тем более что на помощь врачу в настоящее время пришли федеральные стандарты оказания медицинской помощи по многим нозологиям (исполнение стандартов защищает больного от некомпетентности врача), но... каждый пациент индивидуален, проявления и течение болезни, преморбидный фон и сочетание патологий имеет множество комбинаций. Формализованные стандарты диагностики и лечения лишь приблизительно очерчивают действия врача, не принимая во внимание дефицитное финансирование программ ОМС (в настоящее время в некоторых регионах оно составляет до 40%), не учитывают возможностей конкретного ЛПУ, объективных трудностей с обеспечением медицинским оборудованием (расходными материалами)

и транспортом, наличия очередей на диагностические процедуры и т. д. Схемы назначения лекарственных препаратов, их комбинации, частота проведения контрольных мероприятий при одном и том же диагнозе у разных пациентов могут быть совершенно различными, а многообразие клинических форм заболеваний и их сочетания не учтены и не могут быть учтены в официальных стандартах. В определенной мере проблемы с применением установленных стандартов могут быть связаны и с необходимостью использования методов обследования, которые не выполнимы в конкретной ситуации в связи с особенностями состояния больного или представляют потенциальную опасность для пациента. Значит, процесс лечения больного человека, как и 100 лет назад, остается персонифицированным, а соблюдение стандарта диагностики и лечения, как и его невыполнение, при определенном стечении обстоятельств может иметь равнозначный исход — причинение вреда пациенту. Разница лишь в том, что при неисполнении стандарта врачу может грозить судебный иск, при его исполнении — суд совести. Моральная, этическая ответственность имеет важнейшее значение в профессии врача. Это единственная профессия, в которой каждый ее представитель закрепляет приверженность долгу клятвой. Ситуация усугубляется невозможностью организации наблюдения за больным вне стен поликлиники (особенность оказания амбулаторной медицинской помощи), а значит, тревога за «своего» пациента, находящегося один на один с болезнью дома, отсутствие возможности проконтролировать правильность выполнения назначенного лечения не оставляют поликлинического врача и после окончания рабочего дня. Результат — хронический стресс, эмоциональная нестабильность, депрессия, развитие на их фоне соматической патологии.

В предложенных нами врачам анкетах при изучении латентной внутриличностной конфликтности были заданы вопросы о частном аспекте восприятия профессионального самочувствия — степени профессиональной защищенности (рис. 1).

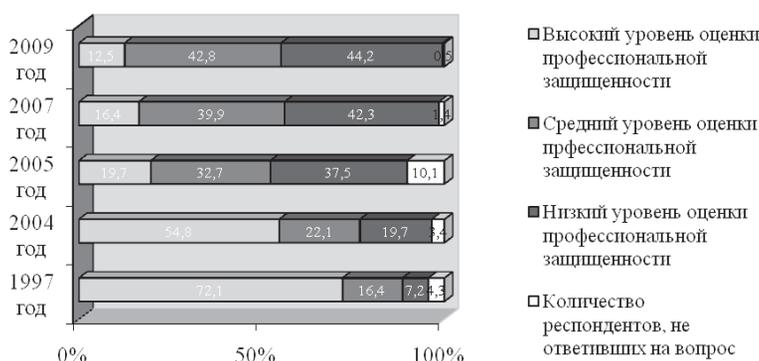


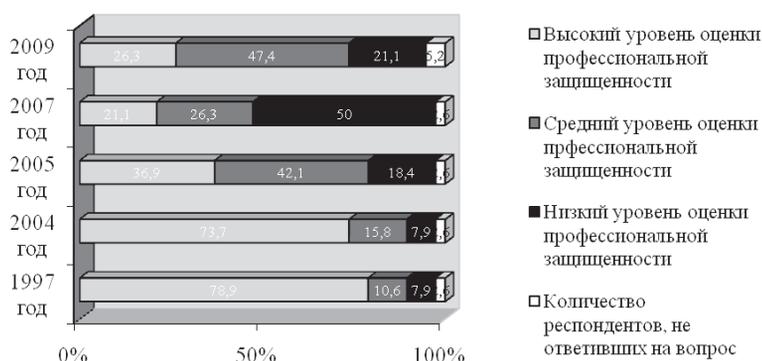
Рисунок 1. Динамика профессионального самочувствия и оценки профессиональной защищенности врачей муниципальных ЛПУ (по результатам ответов на вопрос анкеты)

На вопросы анкет ответило 246 врачей разных специальностей (84,6% из них являлись сотрудниками муниципальных учреждений здравоохранения, 15,4% — работало в частных медицинских фирмах). Количество медицинских работников, ответивших на анкету дважды, в 1997 и 2004 годах, составило 71,2% от общего числа респондентов, трижды — в 1997, 2004 и 2005 годах — 70,3%, четырежды — в 1997, 2004, 2005 и 2007 годах — 68,5%, пять раз — в 1997, 2004, 2005, 2007 и 2009 годах — 68,1%.

В динамике выявлена устойчивая тенденция к преобладанию в оценке отрицательных суждений: 1997 год (активное внедрение системы обязательного медицинского страхования в регионе, задержки выплат заработной платы в ЛПУ до 3–6 месяцев, дефицитное финансирование медицинских учреждений, становление частных медицинских лечебно-диагностических центров) — 23,6% врачей муниципальных поликлиник отметили свою профессиональную незащищенность, 2004 год (стабильное дефицитное финансирование ЛПУ (30–70% от потребности по различным статьям), обветшание материально-технической базы поликлиник, существенный разрыв по заработной плате в бюджетных отраслях и промышленном секторе, рост доли платных медицинских услуг и их теневого рынка) — 41,8%, 2005 год (начало реализации программы дополнительного лекарственного обеспечения, существенное увеличение нагрузки на врачей поликлиник) — 70,2%, 2007 год (реализация основных направлений приоритетного национального проекта «Здоровье», дисбаланс заработной платы врачей амбулаторно-поликлинического звена, экономический рост в стране) — 82,2%, 2009 год (мировой финансовый кризис, относительно стабильное финансирование ЛПУ на фоне значительных сокращений работников промышленных предприятий и снижения до-

ходов в частном секторе экономики) — 87,0%, и это на фоне укрепления правовой базы в системе здравоохранения. Резкий рост напряжения после публикации негативной информации о работе врачей в СМИ стабильно отмечали восемь из десяти респондентов. Около четверти опрошенных систематически высказывали сожаление о том, что связали свою жизнь с медициной (основной рефрен: работа с бумажками, деньгами, техникой менее ответственна и выше оплачивается, просчеты и ошибки не рассматриваются как вредительство). Отметим, что большинство среди них составляли врачи со стажем работы более 10 лет, имеющие первую и высшую квалификационные категории!

Проблема профессиональной защищенности актуальна и для врачей частных медицинских клиник, но в них ситуация имеет несколько иную окраску. Как правило, в частных медицинских центрах еще на этапе обращения пациента в регистратуру производится своеобразная «медицинская сортировка». Заведомо тяжелобольному в корректной, вежливой форме под тем или иным предлогом будет отказано в приеме (нет осмотра пациента — нет проблем). Если же ситуация выходит из-под контроля, вопросы урегулирования конфликта в подавляющем большинстве оперативно решаются руководителями клиник совместно с юристами в досудебном порядке. И в этом случае оберегается не столько врач, сколько защищается имидж медицинской организации, ведь отрицательные отзывы о работе врачей клиники неизбежно приведут к финансовым потерям. А что же врач? Чаще всего он сразу же увольняется «по собственному желанию», теряя работу, непрерывный стаж, а иногда и профессию. Проиллюстрируем результатами проведенного опроса оценку степени профессиональной защищенности у врачей частных медицинских организаций (рис. 2.).



**Рисунок 2.** Динамика профессионального самочувствия и оценки профессиональной защищенности врачей частных медицинских центров (по результатам ответов на вопрос анкеты)

В целом степень профессиональной защищенности врачи частных клиник оценили несколько выше, чем их коллеги в муниципальных ЛПУ. Частично эта ситуация может быть объяснена более высокими критериями, предъявляемыми к работе врачей муниципальных поликлиник, а также большим количеством негативных публикаций в СМИ, посвященных «врачебным ошибкам» с трагическим исходом, фигурантами которых были врачи муниципальных учреждений здравоохранения. Для формирования такого мнения важен и тот факт, что пресса многократно информировала население о наказаниях, вынесенных врачам государственных ЛПУ по результатам судебных исков пострадавших граждан, но практически не предоставляла сведений о судебном преследовании врачей, работающих в частных медицинских центрах.

Конституция РФ гарантирует право граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь. В соответствии со статьей 41 Конституции в полном объеме должны реализовываться федеральные и региональные программы охраны и укрепления здоровья населения, приниматься меры по оптимальному развитию государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, поощряться деятельность по укреплению здоровья человека, санитарно-эпидемиологическому благополучию. Однако существует масса серьезных причин, препятствующих исполнению Основного Закона. Главная — недостаточное финансирование отрасли, сохраняющееся несмотря на значительные денежные потоки, поступающие в систему в связи с реализацией инновационных проектов (программы дополнительного лекарственного обеспечения, Приоритетный национальный проект «Здоровье»). В этих условиях декларируемые государством обязательства, широко рекламируемые в СМИ, не могут быть в полной мере выполнены врачами ЛПУ (даже при их беззаветной преданности своему долгу, высоком профессионализме и соблюдении всех этических принципов при оказании медицинской помощи). Но так как врач является для пациента единственным исполнителем гарантированных государством обязательств по предоставлению бесплатной, своевременной и качественной медицинской помощи, именно его обвиняют в проблемах, возникающих при ее получении. Расширение прав пациентов и признание факта оказания медицинской помощи — медицинской услугой, также отражается на взаимоотношениях в диаде «врач-пациент». Борьба пациента за свои права как потребителя медицинских услуг (консюмеризм) в условиях объективных факторов, ограничивающих возможности врача, нередко достигает уровня потребительского экстремизма. Спе-

циалисты связывают появление «профессиональных пациентов» и «профессиональных жалобщиков», зарабатывающих на досудебном предъявлении претензий муниципальным ЛПУ и частным медицинским организациям, с действующим законодательством, а именно с законом Российской Федерации от 7 февраля 1992 года №2300-1 «О защите прав потребителей». Отсутствие адекватных мер по защите медицинских работников приводит к увеличению количества жалоб, вовлечению в конфликты большого числа медицинских работников, представителей органов управления здравоохранением, страховых медицинских организаций, юристов, огромным временным, физическим, моральным, а иногда и финансовым потерям. Вывод: добросовестный, грамотный, порядочный врач нуждается в адекватной правовой защите.

В настоящее время в России принято более 30 законов федерального уровня, регулирующих правоотношения в сфере охраны здоровья граждан. Всего по стране вместе с законодательством субъектов федерации действует более 250 законодательных актов, огромный массив подзаконных (ведомственных) документов, в той или иной степени затрагивающих правовую составляющую в отношениях врача и пациента [3]. Однако четкого алгоритма решения проблем, возникающих при оказании амбулаторно-поликлинической помощи, позволяющего со всей ясностью представлять, с кого, за что и в каких пределах спрашивать по закону, вне зависимости от различающихся обстоятельств, конкретных ситуаций, невзирая на специфику медицинской деятельности и возможные изменения законодательных конструкций ее регулирования, нет. Одной из действенных мер по защите профессиональной чести и достоинства, признанной во всем мире, является страхование врачебной ответственности, но практика российского здравоохранения и реальное положение медицинского работника таковы, что в настоящее время нет достаточных правовых, организационных, финансовых и моральных механизмов, которые могли бы его обеспечить. Отсутствие всеобъемлющей законодательной базы, четко регламентирующей профессиональную деятельность врача, — основа внутренней напряженности и профессионального дискомфорта медицинского сообщества, одна из причин возникновения конфликтов при оказании медицинской помощи.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Давыдовский И. В. Проблема причинности в медицине (этиология) // М.: Государственное издательство медицинской литературы, 1964. — 176 стр.

2. *Ригельман Р.* Как избежать врачебных ошибок. Книга практикующего врача: / Пер. с англ. – М.: Практика, 1994. – 203 стр.
3. Социальное законодательство: здравоохранение, образование, культура, наука, физкультура и спорт, пенсии, жилище / Отв. ред. Тихомиров Ю. А., Зенков В. Н. / Институт законодательства и сравнительного правоведения при правительстве РФ. – М.: ИНФРА – М: Контракт, 2005. – 339 стр.

**DYNAMICS OF PROFESSIONAL WELL-BEING  
AND ESTIMATION OF PROFESSIONAL PROTECTABILITY  
OF DOCTORS DURING THEIR CONSULTING HOURS AT  
OUT-PATIENT CENTER**

*Sabanov V. I., Popova E. G.*

◆ **Resume.** The article presents the results of questioning of 246 doctors working in both state and private out-patient medical centers. The given data reflect the dynamics of professional well-being and estimation of professional protectability of doctors at out-patient centers under the circumstances of health care system reorganization and imperfect legislation regulating professional activity.

◆ **Key words:** doctor, professional protectability; out-patient center; well-being; health care system reorganization; legislation.

◆ Информация об авторах

*Валерий Иванович Сабанов* – к. м. н., профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Волгоградского государственного медицинского университета. ГБОУ ВПО Волгоградский ГМУ Минздравсоцразвития России. 400131, Волгоград, пл. Павших борцов, 1.  
E-mail: visabanov@yandex.ru.  
Телефон: 8(8442) 382178

*Попова Екатерина Георгиевна* – ассистент, к. м. н. кафедра общественного здоровья и здравоохранения Волгоградского государственного медицинского университета. 400131, Волгоград, пл. Павших борцов, 1.  
E-mail: visabanov@yandex.ru.  
Телефон: 8(8442) 382178

*Sabanov Valery Ivanovich* – PhD, Professor, Head of the Department of Public Health and Health Care. Volgograd State Medical University.  
Pavshikh bortsov Square, 1, Volgograd 400131.  
E-mail: visabanov@yandex.ru.  
Phone: 8(8442) 382178

*Popova Ekaterina Georgievna* – PhD, junior lecturer Department of Public Health and Health Care, Volgograd State Medical University. Pavshikh bortsov Square, 1, Volgograd 400131.  
E-mail: visabanov@yandex.ru.  
Phone: 8(8442) 382178

© Г. М. Баишева, Б. Ю. Краснов

Северо-Восточный федеральный университет им. М. К. Аммосова, г. Якутск

**Резюме.** В Республике Саха (Якутия) изучена эпидемиология эпилепсии у детей. Использованы методы эпидемиологического, клинического и статистического анализа. Согласно нашим исследованиям, распространенность составила 5,2%, в динамике 4,8%. Учитывая, что наибольшее количество больных проживает в г. Якутске, с 2009 г. в структуре Детской городской больницы организован кабинет городского детского эпилептолога, где ведется прием детей с пароксизмальными состояниями, проводится видео-ЭЭГ-мониторинг. С 2005 г. в г. Якутске зарегистрирована Якутская городская общественная организация родителей детей, больных эпилепсией, которая имеет социальное направление.

**Ключевые слова:** эпилепсия; распространенность; Якутия; эпилептолог.

## ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ, БОЛЬНЫМ ЭПИЛЕПСИЕЙ, В ТЕРРИТОРИЯХ С НИЗКОЙ ПЛОТНОСТЬЮ НАСЕЛЕНИЯ

### ВВЕДЕНИЕ

Современные достижения последних десятилетий показали, что эпилепсия представляет собой большую группу нозологически самостоятельных форм, имеющих определенные клинические проявления, лечение и прогноз. Эпилепсия — тяжелое, но потенциально излечимое заболевание нервной системы.

Эпилепсия является одним из наиболее распространенных заболеваний нервной системы. В мире насчитывается около 50 млн. больных эпилепсией [8], число случаев длительной инвалидизации при этом заболевании достигает 10 млн. Согласно мировой статистике, ежегодно регистрируемая заболеваемость эпилепсией составляет в среднем 70 на 100 тысяч населения [4, 12]. Дети, по мнению зарубежных исследователей [14, 15], составляют 18 % всех больных эпилепсией. Эпилепсия чаще встречается у детей до 15 лет, а также у лиц старше 65 лет [11]. Частота эпилепсии в популяции детского населения очень высока и достигает 1 % [7]. Распространенность эпилепсии в общей популяции большинства стран Европы, согласно Shorvon S., составляет 5–10 случаев на 1000 населения, тогда как распространенность судорог — 17–20 случаев на 1000 [16].

По данным Shorvon S., ежегодно регистрируемая заболеваемость эпилепсией в различных странах, исключая фебрильные судороги и единичные пароксизмы, варьирует от 20 до 120 случаев на 100 тысяч населения в год, в среднем 70 на 100 тысяч населения в год [16]. Заболеваемость эпилепсией детей до 15 лет в разных странах мира обобщена Hauser A (1995) и колеблется от 39 до 190 на 100 000 детей до 15 лет [13].

Распространенность эпилепсии в развивающихся странах гораздо выше (в ряде случаев в 4–5 раз), чем в промышленно развитых странах. Так, в Гане, ЮАР, Заире, Уганде — составляет 6–8 случаев на 1000 населения, в Эфиопии и Сенегале — 8, в Лагосе — 13,9, Сант-Яго — 19, в Боготе и Венесуэле — 19,5, в Танзании — 20 [3].

В нашей стране масштабные эпидемиологические исследования эпилепсии проводились в 1960–1970 гг. Показатели распространенности для СССР варьировали от 1,1 до 5–6 на 1000 населения [6, 8].

Отечественный и зарубежный опыт показывает, что наиболее эффективно процесс лечения и реабилитации больных осуществляется в условиях эпилептологического центра определенной административной территории или населенного пункта [5]. При этом сохраняется в полном объеме, реализуется взаимодействие амбулаторной и стационарной служб. В эпилептологическом центре решаются вопросы диагностики, дифференциальной диагностики, терапии, военной и трудовой экспертизы.

Эпилептологический центр координирует научные исследования, оказывает высококвалифицированную медицинскую помощь, активно выявляя больных и осуществляя профилактические мероприятия. В задачи центра входит активное выявление больных эпилепсией, дифференциальная диагностика и терапия.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Использованы методы эпидемиологического, клинического и статистического анализа. Эпидемиологический метод направлен на изучение заболеваемости и распространенности эпилепсии в Якутии. Сбор пер-

УДК: 614.2

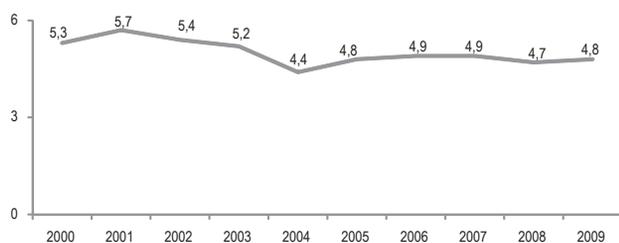
вичного материала проводился путем заполнения разработанной формализованной карты. Были проанализированы амбулаторные карты, истории болезни, данные медицинских осмотров. Диагноз эпилепсии ставился на основании клинических, электроэнцефалографических и нейрорадиологических данных, согласно Международной классификации эпилепсии, эпилептических синдромов и схожих заболеваний (Нью-Дели, 1989). При описании синдромов использовалась классификация эпилептических приступов (Киото, 1981). Для обработки полученных данных использовался персональный компьютер типа IBM PC Pentium IV с применением пакета прикладных программ статистической обработки Excel.

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В Якутии первое эпидемиологическое исследование эпилепсии в детской популяции проводилось в 1985 г. Е. А. Кривогорницкой [9]. В результате анкетирования были получены данные о 322 детях, находившихся на диспансерном учете у невропатологов и психиатров в 32 районах республики и г. Якутске.

В Республике Саха (Якутия) изучена эпидемиология эпилепсии у детей. По нашим исследованиям, распространенность составила 5,2‰ [2]. Инвалидность установлена у 33,8% детей с диагнозом эпилепсия. В динамике за 10 лет отмечается относительно одинаковый уровень распространенности эпилепсии у детей в республике (рис. 1).

Показатели распространенности эпилепсии у детей в Якутии коррелировали с показателями других регионов. В последнее десятилетие в России проводились отдельные эпидемиологические исследования. Так,



**Рисунок 1.** Динамика распространенности эпилепсии у детей Республики Саха (Якутия), 2000–2009 гг.

суммарный показатель распространенности эпилепсии и сходных патологических состояний в республике Башкортостан составил 4,2 на 1000 детского населения. Распространенность эпилепсии в Башкортостане имела неравномерный характер с колебаниями от 1,9 до 5,9 на 1000 детского населения. Распространенность эпилепсии в Воронежской области составляет в среднем 3 на 1000 населения. Заболеваемость эпилепсией в Калининградской области составляет 5 человек на 1000 населения, 44% составляют дети [5]. Частота

заболевания на территории Еврейской автономной области оказалась равной 2,9 на 1000 населения [10]. Распространенность эпилепсии на разных территориях бывшего СССР варьирует от 1,9 до 10 на 1000 населения: в Москве — 2,2, в Московской области — 2,4, в Санкт-Петербурге — 1,9, в Ленинградской области — 3,0, в Казахстане — 2,3, на БАМе — 10, в Ереване — 0,96 на 1000 населения [4, 6].

В настоящее время не существует нормативных документов в отношении организации и планирования приема эпилептолога. Однако многие вопросы могут быть решены на уровне лечебно-профилактического учреждения, управления здравоохранения, министерства здравоохранения республики.

В 2004 г., на основании полученных эпидемиологических данных, приказом Министра здравоохранения Республики Саха (Якутия) открыт Республиканский детский эпилептологический центр, включающий в свою структуру кабинет врача-эпилептолога в детском клинко-консультативном отделении, психоневрологические отделения № 1, 2 Педиатрического центра Национального центра медицины. За годы существования центра ведется регистр детей, больных эпилепсией, внедряются новые препараты в лечении эпилепсии (депакин, топамакс, ламотриджин, кеппра).

Большое внимание уделяется социальным проблемам эпилепсии. Изучено качество жизни детей, страдающих эпилепсией [1]. В 2004 г. свою работу начала «Школа эпилепсии», целью которой является ведение просветительной работы среди родителей детей, страдающих эпилепсией. Задачи «Школы»: объединение усилий врачей и родителей в лечении эпилепсии у детей, расширение круга взаимодействия и взаимоподдержки среди родителей, оказание социально-психологической помощи детям с эпилепсией и их родителям. 21.11.2005 г. в г. Якутске зарегистрирована «Якутская городская общественная организация родителей детей, больных эпилепсией». Ассоциация имеет социальную направленность. Родители больных детей и врачи интенсивно работают над координацией и объединением разрозненных усилий отдельных семей, имеющих больных детей, для решения социально значимых проблем. В «Школе» проводятся занятия по разным вопросам эпилепсии, праздники для детей, обсуждаются имеющиеся проблемы семей с детьми с эпилепсией.

С учетом того, что наибольшее количество больных проживает в г. Якутске, Управлением здравоохранения города одобрена и принята разработанная нами подпрограмма «Эпилепсия и пароксизмальные состояния у детей в г. Якутске» в составе программы «Охрана здоровья детей и женщин г. Якутска», предусматривающая приобретение аппарата видео-ЭЭГ, мониторинга, дополнительное финансирование на при-

обретение антиконвульсантов. Так, в 2009 г. открыт кабинет детского эпилептолога при Детской городской больнице, проводится видео-ЭЭГ, мониторинг (Энцефалан-видео, Медиком-МТД, Россия).

С января 2009 г. в структуре Детской городской больницы организован кабинет городского детского эпилептолога, где ведется прием детей с пароксизмальными состояниями. Целью создания кабинета эпилептолога является выявление детей и подростков, страдающих эпилепсией; оказание высококвалифицированной консультативной, диагностической помощи детям от 0 до 17 лет, больным эпилепсией и пароксизмальными состояниями с применением современных медицинских методик; проведение обследования и лечения больных эпилепсией, а также динамического наблюдения за ними и осуществления медико-социальных и реабилитационных мероприятий; проведение организационно-методической работы по координации деятельности детских неврологов г. Якутска; координация научных исследований по внедрению методов лечения и реабилитации больных эпилепсией.

На сегодня в кабинете городского детского эпилептолога наблюдаются 226 человек, из них 52 человека имеют инвалидность, что составляет 23%. Ведется активная работа по первичной выявляемости, а также постановка на диспансерный учет, по возможности, всех детей, страдающих эпилепсией, г. Якутска и пригородов.

За текущий год проведено 1464 консультации, первично 31%, повторные консультации составили 69%. Данные этих детей внесены в регистр больных эпилепсией, который позволяет проводить разносторонний мониторинг по данной проблеме в городе, а также определять необходимый объем годовой потребности в антиконвульсантах и формировать заявки в Управление здравоохранения г. Якутска на их приобретение. Проведя анализ обращаемости по поликлиникам, а также сравнив данные Якутского Республиканского Медицинского Информационно-аналитического центра, можно сделать вывод, что на сегодня картина по заболеваемости в городе является неполной.

Кабинет городского эпилептолога активно ведет работу, о чем говорит увеличение диспансерной группы на 42,1%. При необходимости проводится госпитализация детей в психоневрологические отделения № 1, 2 Национального центра медицины, неврологическое отделение Центра экстренной медицины.

В 100% случаев детям проведена рутинная ЭЭГ, в 57,1% случаев проведена видео-ЭЭГ на базе неврологического отделения Детской городской больницы.

Из наблюдаемых детей улучшение наступило у 61,5%, из них в 30% случаев достигнута положитель-

ная клиническая динамика, проявляющаяся урежением частоты приступов, в 31,5% случаев достигнута полная клинико-электроэнцефалографическая ремиссия. У 33,7% ремиссии на настоящий момент не достигнута, значительной положительной динамики не отмечено. В 11 случаях (4,3%) отмечается отрицательная динамика, в виде учащения приступов. В трех случаях это объясняется злокачественной формой течения заболевания, в двух случаях — низким уровнем комплаентности, еще в двух — самоотмена родителями препарата.

В дальнейшем в работе необходимо проведение фармакомониторинга антиконвульсантов в крови для наблюдения за динамикой терапии и улучшения качества проводимого лечения.

## ВЫВОДЫ

Проведенное клинико-эпидемиологическое исследование эпилепсии у детей в Якутии позволило объективно оценить ситуацию, определить и научно обосновать необходимость специализированной помощи детям, больным эпилепсией в республике. В г. Якутске открыт кабинет детского эпилептолога, внедрен метод видео-ЭЭГ-мониторирования, работает республиканский детский эпилептолог в Национальном центре медицины. Эпилептологами проводится диагностика, дифференциальная диагностика, диспансерное наблюдение за больными, ведется регистр больных эпилепсией. Ведение регистра позволяет распределить пациентов по возрасту, формам заболевания, а также определить необходимый адекватный объем потребности в антиконвульсантах. В республике необходимо внедрение метода фармакомониторинга антиконвульсантов в крови для наблюдения за динамикой терапии и улучшения качества проводимого лечения.

Исследование качества жизни детей, страдающих эпилепсией, и их семей выявило необходимость социально-психологической поддержки больных и их родных. Созданная «Якутская городская общественная организация родителей детей, больных эпилепсией» объединяет семьи с детьми с эпилепсией.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Андреева А. К. Качество жизни детей школьного возраста, больных эпилепсией, в Республике Саха (Якутия): Автореф. дис... к. м. н. — СПб., 2006. — 25 с.
2. Баишева Г. М. Клинико-эпидемиологическая характеристика и оптимизация терапии эпилепсии у детей в Республике Саха (Якутия): Автореф. дис... к. м. н. — СПб., 2004. — 20 с.
3. Бологова Т. В. Сравнительная клинико-статистическая характеристика больных эпилепсией и анализ взаимоотношений в их семьях: Дис... к. м. н. — Томск, 2000. — 218 с.

4. Гехт А. Б., Гусев Е. И., Куркина И. В., Локшина О. Б. Эпилепсия — эпидемиология и социальные аспекты // Вестник Российской Академии медицинских наук. — 2001. — № 7. — С. 22–26.
5. Громов С. А., Заславский Л. Г., Катаева М. Ф. Реабилитация больных эпилепсией в условиях административного региона. — СПб., — 1994. — 14 с.
6. Громов С. А., Беги Е., Михайлов В. А., Липатова Л. В. Эпидемиология эпилепсии и риск ухудшения качества жизни больных // Неврологический журнал. — М., 1997. — Т. 97. — № 2. — С. 27–30.
7. Гузева В. И., Шарф М. Я. Основные принципы медикаментозной терапии эпилепсии у детей // Нейрохирургия и неврология детского возраста. — М., 2004. — № 1. — С. 68–83.
8. Карлов В. А. Ключевые вопросы эпилепсии // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2003. — Т. 103. — № 3. — С. 4–8.
9. Кривогорницына Е. А. К вопросу эпидемиологии и особенности течения детской эпилепсии в условиях ЯАССР // Эпидемиология нервных и психических заболеваний в ЯАССР (сборник научных трудов). — Якутск, 1985. — С. 43–45.
10. Тойтман Л. Л., Тойтман О. Л. Клинико-эпидемиологическая характеристика эпилепсии в Еврейской автономной области // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2000 — № 9. — С. 45–47.
11. Хопкинс Э., Элтон Р. Эпилепсия: факты — М.: Медицина, 1998. — 206 с.
12. Эпилептология детского возраста / Под ред. А. С. Петрухина — М.: Медицина, 2000. — 623 с.
13. Эпилепсия и судорожные синдромы у детей / Под ред. П. А. Темина, М. Ю. Никаноровой — М.: Медицина, 1999 — 653 с.
14. Cavazzutti G. Epidemiology of different types of epilepsy in school age children of Modena, Italy // *Epilepsy*. — Vol. 21. — P. 57–62.
15. Siddenvall R., Forsgren L., Blomquist H., Heijbey J. A. community-based prospective incidence study of epileptic seizures in children // *Acta Paediatrica*. — 1993. — Vol. 82. — P. 60–65.
16. Shorvon S. The epidemiology of epilepsy // In Duncan J. S., Gill J. Q. *Lecture notes British branch of the International League against epilepsy*. — Oxford: Keble College. — 1995. — P. 1–6.

#### ORGANIZATION OF MEDICAL AND SOCIAL ASSISTANCE TO CHILDREN WITH EPILEPSY LIVING IN REGIONS WITH LOW POPULATION DENSITY

Baisheva G. M., Krasnov B. Y.

◆ **Resume.** The epidemiology of epilepsy in children has been recently studied in Sacha Republic (Yakutia). The methods of epidemiologic, clinical and statistical analysis have been applied. According to the research data the prevalence is 5,2%, and 4,8% in dynamics. Taking into account the information that most of such patients live in Yakutsk, a special city children's epileptologist's consulting room has been included into the structure of Children's City Hospital, where the children with paroxysmal conditions can be examined by means of video-EEG monitoring. In 2005 a socially active city public organization of parents with children who have epilepsy was registered in Yakutsk.

◆ **Key words:** epilepsy; prevalence; Yakutia; epileptologist.

#### ◆ Информация об авторах

*Байшева Галина Максимовна* — к. м. н., доцент кафедры неврологии и психиатрии Медицинского института Северо-Восточного федерального университета им. М. К. Аммосова, Медицинский институт Северо-Восточного федерального университета им. М. К. Аммосова. 677019, г. Якутск, ул.Белинского, д.58, кафедра неврологии и психиатрии  
E-mail: [baishevagm@mail.ru](mailto:baishevagm@mail.ru).  
Phone (4112) 39-56-20

*Краснов Борис Юрьевич* — зав. отделением СПб ГУЗ ЦВЛ «Детская психиатрия им. С. С. Мнухина».  
СПб ГУЗ ЦВЛ «Детская психиатрия им. С. С. Мнухина». 197376, Санкт-Петербург, Песочная наб., д. 4.  
E-mail [bkrasnov.cvl@mail.ru](mailto:bkrasnov.cvl@mail.ru).

*Baisheva Galina Maksimovna* — PhD, associate professor Medical Institute of North-Eastern Federal University named after M.K.Amosov, Department of Neurology and Psychiatry. Belinskogo Street, 58, Yakutsk 677019.  
E-mail: [baishevagm@mail.ru](mailto:baishevagm@mail.ru).  
Phone: (4112) 39-56-20

*Krasnov Boris Yurievich* — head of the Department, St.-Petersburg State Health Care Institution Rehabilitation Treatment Centre "Children's Psychiatry named after S. S. Mnuchin". Pesochnaya Emb., 4, St.-Petersburg 197376.  
E-mail [bkrasnov.cvl@mail.ru](mailto:bkrasnov.cvl@mail.ru).  
Phone: (812) 234-23-33

© В. Н. Кривохиж<sup>1</sup>, С. В. Михайлова<sup>1</sup>, Н. А. Скрынник<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО СПбГПМА;

<sup>2</sup>СПб ГБУЗ «Противотуберкулезный диспансер № 12» Адмиралтейского района

**Резюме.** В статье представлена организация работы в очагах туберкулезной инфекции. Изучено эпидемиологическое состояние 363 очагов туберкулезной инфекции на территории Адмиралтейского района Санкт-Петербурга в период 2006–2010 гг., в которых находилось 472 ребенка. Использование картографического метода позволяет проводить анализ эпидемиологического процесса на территории района, контролировать проведение дезинфекций в очагах туберкулеза и работу участковой службы диспансера. Применение метода визуального наблюдения с использованием картографирования повышает качество эпидемиологического мониторинга обстановки по туберкулезу в исследуемом районе, упрощает планирование проведения противоэпидемической работы в очагах и позволяет улучшить ее качество.

**Ключевые слова:** организация работы; очаги туберкулеза; дети; картографирование.

## ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ В ОЧАГАХ ТУБЕРКУЛЕЗА В АДМИРАЛТЕЙСКОМ РАЙОНЕ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в России остается напряженной, так как за последние годы показатели инфицированности и заболеваемости сохраняются на высоком уровне [1, 5, 8]. Основными источниками заражения детей являются взрослые больные туберкулезом, особенно страдающие распространенными формами туберкулеза с бактериовыделением. Ухудшают эпидемиологическую ситуацию по туберкулезу и неучтенные очаги инфекции, неизвестные противотуберкулезным службам [3, 6].

Устойчивость возбудителя туберкулеза во внешней среде, многообразие источников и путей передачи туберкулезной инфекции, высокая восприимчивость к ней детей обуславливают необходимость использовать различные методы профилактики туберкулеза. В основном они направлены на оздоровление источника инфекции, прерывания путей и факторов передачи инфекции и создание невосприимчивости детского населения к туберкулезной инфекции.

Проводя анализ эпидемиологической ситуации по туберкулезу в Санкт-Петербурге, нами было отмечено, что с начала 90-х годов прошлого века начался подъем заболеваемости туберкулезом. При этом рост детской заболеваемости по времени опережал общую заболеваемость, а с 1994 г. стал расти быстрыми темпами на фоне «застывших» показателей общей заболеваемости. Это свидетельствовало о наличии неучтенных очагов туберкулезной инфекции в городе, что заставило нас изучать возможные скрытые источники туберкулеза на территории района [3, 6].

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Базой исследования послужил ГБУЗ «Противотуберкулезный диспансер № 12» (ПТД № 12) Адмиралтейского района Санкт-Петербурга. Изучено эпидемиологическое состояние 363 очагов туберкулезной инфекции на территории Адмиралтейского района в период 2006–2010 гг., в которых находилось 472 ребенка.

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В своей работе противотуберкулезная служба района руководствуется не только федеральными и региональными директивными документами, но и своими подходами к проведению профилактической работы в очагах туберкулезной инфекции.

На каждого больного, проживающего на территории района, с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, в том числе посмертно, участковый фтизиатр противотуберкулезного диспансера заполняет учетную форму 089 Т/У–2003 «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза и с рецидивом туберкулеза» и в 3-дневный срок направляет данное извещение в центр Роспотребнадзора и организационно-методический кабинет городского противотуберкулезного диспансера. Если у больного туберкулезом установлено выделение микобактерий туберкулеза, то участковым фтизиатром заполняется «Экстренное извещение» (форма 058–У) и в течение 12 часов направляется в центр Роспотребнадзора по месту регистрации, фактического проживания и работы или учебы больного. В целях более

УДК: 614.2

оперативного проведения противоэпидемических мероприятий в очагах туберкулеза информация о впервые выявленных больных активным туберкулезом и бактериовыделителях дублируется передачей по телефону в течение 12 часов в указанные отделы.

С момента получения экстренного извещения в течение 3 дней участковый фтизиатр и врач-эпидемиолог противотуберкулезного диспансера №12 проводят совместное эпидемиологическое обследование очага больного с установленным выделением микобактерий туберкулеза или при регистрации активной формы туберкулеза в стадии распада. По результатам обследования участковым фтизиатром заполняется «Карта эпидемиологического обследования и наблюдения за очагом туберкулеза» по единой форме для противотуберкулезного учреждения и центра Роспотребнадзора, утвержденной в установленном порядке. При выявлении туберкулеза у ребенка к обследованию туберкулезного очага привлекается участковый фтизиатр детского отделения.

Для выявления возможных источников распространения туберкулезной инфекции устанавливают лиц, контактировавших с заболевшим в семье, квартире, доме, уточняют место фактического проживания и возможность его проживания по другим адресам, сведения о месте работы или обучения больного туберкулезом, в том числе по совместительству, уточняют профессию больного. Сведения на всех контактных детей передаются помощником врача-эпидемиолога под наблюдением участковых фтизиатров детского отделения по специально разработанной форме по передаче контактных лиц. Данная работа тщательно контролируется врачом-эпидемиологом противотуберкулезного диспансера № 12. В детском отделении ведется картотека (в том числе электронный вариант картотеки) на все очаги больных с активными формами туберкулеза (I и II группы диспансерного учета), контактных с ними детей, проживающих совместно с больным и подлежащих обследованию.

Основным источником туберкулеза является больной открытой формой туберкулеза — бактериовыделитель, который представляет наибольшую опасность для окружающих. Источниками инфекции являются и больные активным туберкулезом органов дыхания без установленного бактериовыделения любым из обязательных при обследовании методов (бактериоскопия, посев). Ввиду выделения незначительного количества микобактерий они опасны в основном для высоковосприимчивых детей и лиц со сниженным имму-

нитетом. Наиболее оптимальной формой изоляции больного бактериовыделителя из очага является его госпитализация в специализированные туберкулезные учреждения. В районе за исследуемый период участковыми фтизиатрами впервые выявлено 363 человека, из них больные бактериовыделители составили 170 человек (46,8%). Всего госпитализировано 153 (90,5%) бактериовыделителя, а 17 (9,5%) относились к категории социально-дезадаптированных лиц и подлежали привлечению к принудительному лечению в судебном порядке.

При выявлении активной формы туберкулеза у больного без установленного бактериовыделения, имеющего в контакте детей, но проживающего в удовлетворительных материально-бытовых условиях и соблюдающего все требования по выполнению санитарно-гигиенического режима, в исключительных случаях возможно его лечение в условиях дневного стационара противотуберкулезного диспансера. Все больные, получающие лечение в дневном стационаре, представляются участковыми фтизиатрами на клиническую экспертную комиссию (КЭК), организованную в противотуберкулезном диспансере и состоящую из высококвалифицированных специалистов (фтизиатров, рентгенологов, пульмонологов, педиатров, эпидемиологов), решающих вопрос о возможности прохождения лечения в дневном стационаре. За изучаемый период 137 (38,0%) больных с ограниченными процессами без установленного бактериовыделения получали лечение в дневном стационаре ПТД № 12.

Одним из важных мероприятий в работе по предупреждению заболеваний среди контактных лиц является выделение больным бактериовыделителям отдельной жилой площади. Отдельная жилая площадь предоставляется на основании специальных списков, предъявляемых противотуберкулезным диспансером в жилищный отдел Администрации Адмиралтейского района и далее в Городской жилищный отдел. Ежегодно в среднем в районе учтено по спискам 70 больных бактериовыделителей, нуждающихся в предоставлении отдельной жилой площади, а выделяется отдельной жилой площади 1–2 больным от показанных, и не каждый год.

Для предохранения заражения лиц, находящихся в контакте с больным, выделяющим возбудителей туберкулеза, большое внимание должно уделяться соблюдению в таких очагах общего санитарно-гигиенического режима и проведению в них необходимого комплекса профилактических дезинфекционных мероприятий. Наиболее эффективные мероприятия должны проводиться в оча-

гах, в которых проживают дети, в особенности раннего возраста, где больной-бактериовыделитель нарушает режим и имеются неудовлетворительные жилищные условия. При первичном посещении туберкулезного очага участковый фтизиатр совместно с участковой медицинской сестрой оценивают жилищно-бытовые условия и санитарный уровень культуры как самого больного, так и контактировавших с ним лиц, рассказывают о комплексе противоэпидемических мероприятий, которые запланировано провести в очаге. Медицинские работники диспансера проводят обучение больных туберкулезом по правильному сбору мокроты и соблюдению личной гигиены, а членов их семей и соседей по коммунальной квартире — правилам проведения текущей дезинфекции, которая заключается в обеззараживании всех выделений больного, посуды, предметов ухода, остатков пищи, во влажной уборке помещений, сборе белья в отдельные мешки и его обеззараживание. Дезинфекционные средства выдаются участковыми медицинскими сестрами диспансера контактными лицам бесплатно. Заключительная дезинфекция проводится по заявке противотуберкулезного диспансера силами дезинфекционных организаций. Обычно заключительная дезинфекция проводится во всех случаях выбытия больного из домашнего очага в больницу, санатории, при изменении места жительства, выбытии больного из очага на длительный срок, смерти больного не позднее 24 часов с момента получения заявки. Необходимо проводить заключительную дезинфекцию в очагах туберкулеза не реже 1 раза в год: в месте проживания больных заразными формами туберкулеза; в месте проживания детей и подростков; в коммунальных квартирах и общежитиях. Внеочередную заключительную дезинфекцию проводят перед возвращением родильниц из роддома; перед сносом старых домов, где проживали больные туберкулезом; в случае смерти больного от туберкулеза на дому (в том числе и когда умерший не состоял на учете в противотуберкулезном диспансере).

Всего за изучаемый период проведено 744 дезинфекции. Охват дезинфекционной обработкой в районе очагов I группы эпидемической отягощенности составил 98,3%, а III группы эпидемической отягощенности — всего 9,1%, так как на основании новых методических рекомендаций дезинфекционная обработка проводится в данных очагах по показаниям. Но учитывая высокий уровень инфицированности детей, проживающих в очагах туберкулеза, относящихся к III группе эпидемической отягощенности, следует проводить дезинфекционные мероприятия в них регулярно в полном объеме, а не по показаниям [5].

Дети из очагов туберкулеза наблюдаются участковыми фтизиатрами детского отделения по IV группе диспансерного учета. Участковый фтизиатр назначает комплексное обследование детей из контакта, включающее в себя проведение индивидуальной туберкулинодиагностики, постановку диаскинтеста, лучевое исследование органов грудной клетки, лабораторную диагностику, УЗИ органов брюшной полости. Если после обследования у ребенка диагноз туберкулеза не подтверждается, то дети, неинфицированные МБТ без дополнительных медико-социальных факторов риска из семейных и квартирных контактов с больными-бактериовыделителями, получают 3-месячный курс профилактического лечения одним противотуберкулезным препаратом. По окончании курса химиопрофилактики, при сохранении отрицательной пробы Манту с 2 ТЕ, ребенок остается под наблюдением диспансера в IV группе диспансерного учета и подлежит ревакцинации БЦЖ в декретированные сроки. Детям из очагов туберкулезной инфекции туберкулинодиагностика проводится 2 раза в год до снятия больного — источника инфекции — с диспансерного учета.

Дети с «виражом» туберкулиновых проб, гиперергической чувствительностью к туберкулину, с нарастанием чувствительности к туберкулину более чем на 6 мм по сравнению с результатами предыдущей туберкулиновой пробы, дети и находящиеся в контакте с больным-бактериовыделителем наблюдаются по VI группе диспансерного учета и получают превентивное лечение двумя противотуберкулезными препаратами в течение 3 месяцев в амбулаторных условиях, а при выявлении дополнительных медико-социальных факторов риска (таких как сочетание виража с гиперергической туберкулиновой пробой или с сопутствующими заболеваниями и др.) — в санаторных условиях до шести месяцев. Повторные курсы химиопрофилактики проводятся в весенне-осенние месяцы ежегодно: в очагах с массивным бактериовыделением 2 раза в год по 3 месяца в течение 2 лет; в очагах со скудным бактериовыделением — 2 раза в год в течение 1 года. При продолжении контакта более 2–3 лет курс химиопрофилактики проводится индивидуально по показаниям.

Детям из семейного и квартирного контакта с больным активным туберкулезом без установленного бактериовыделения назначается один курс химиопрофилактики в течение 3 месяцев, а при сохранении контакта — на усмотрение фтизиопедиатра с учетом медицинских и социальных показаний.

Охват детей района из семейных и квартирных очагов химиопрофилактикой туберкулеза с больными бактериовыделителями за изучаемый период

составлял в среднем 95,0 % (отказы — 5,0 %), а из семейных и квартирных очагов с больными без установленного бактериовыделения — 92,0 % (отказы — 8,0 %).

Отдельно хочется остановиться на организации специфической профилактики среди новорожденных детей в очагах туберкулеза в современных условиях. Здоровому новорожденному ребенку от матери, больной активной формой туберкулеза, независимо от наличия или отсутствия у нее бактериовыделения, в родильном доме делают прививку против туберкулеза. При этом ребенок сразу при рождении переводится на искусственное вскармливание и изолируется от больной матери не менее чем на 2 месяца, для выработки иммунитета, для чего новорожденного помещают в специализированное отделение для выхаживания или ребенка выписывают домой к родственникам. Мать ребенка из родильного дома госпитализируют для лечения в противотуберкулезный стационар. Перед выпиской ребенка из родильного дома всем взрослым из окружения новорожденного проводится обследование на туберкулез и дезинфекция всех помещений, где он будет находиться. Если новорожденный не был разобщен с больной матерью в момент рождения (рождение ребенка вне медицинского учреждения), вакцинация против туберкулеза не проводится. После консультации фтизиатра ребенку назначается курс химиопрофилактики на 3 месяца и только после этого при отрицательной пробе Манту с 2 ТЕ проводится вакцинация против туберкулеза с обязательной изоляцией ребенка из очага туберкулезной инфекции. Если туберкулез у матери новорожденного установлен позднее (после выписки из родильного дома), химиопрофилактика ребенку проводится независимо от сроков вакцинации против туберкулеза. Эти дети находятся под тщательным наблюдением фтизиатров как наиболее угрожаемая группа риска по заболеванию туберкулезом. Все неинфицированные МБТ дети при отрицательной пробе Манту с 2 ТЕ из очагов туберкулезной инфекции подлежат вакцинации и ревакцинации против туберкулеза в декретированные сроки или после снятия медицинских противопоказаний от прививок БЦЖ. Таким детям рекомендуется проведение предварительного курса химиопрофилактики в течение 3 месяцев перед проведением прививок против туберкулеза с последующей изоляцией ребенка на 2 месяца после прививки для выработки противотуберкулезного иммунитета.

В целях изучения эффективности вакцинации БЦЖ в профилактике инфицирования и заболевания туберкулезом нами было проанализировано качество проведенных прививок против туберкулеза у наблюдаемых детей. Для этого мы использовали один из методов объективной оценки эф-

фективности противотуберкулезной вакцинации по наличию и величине прививочных кожных знаков. Все дети, находящиеся в контакте с больным туберкулезом, были привиты против туберкулеза в родильном доме. Процент формирования рубчиков после проведения вакцинации от туберкулеза составил у детей из контакта 94,5 %, что характеризует достаточно высокое качество вакцинопрофилактики в районе. Поствакцинальные рубчики у большинства детей из контакта были размером от 5 до 9 мм у 85,5 %. Рубчики малых размеров от 2 до 4 мм составили 9,0 %, а отсутствовали — у 5,5 % детей. Максимальное отсутствие поствакцинальных рубчиков у детей из контакта приходится на возраст 7–11 лет, а 21,5 % детей из контакта в возрасте 4–11 лет имеют рубчики малых размеров. Следовательно, некачественная вакцинопрофилактика у детей из очагов туберкулезной инфекции (отсутствие поствакцинального рубчика или его малые размеры — рубец менее 5 мм в диаметре), позволяет отнести их к группе риска по развитию инфицирования и заболевания туберкулезом.

При анализе эпидемической ситуации в середине первого десятилетия этого столетия нами был отмечен рост на территории района очагов туберкулеза, образованных лицами, не имеющими статуса постоянных жителей, что связано с усилением миграционных процессов, в основном трудовой миграции. Об эпидемической значимости указанных выше категорий больных свидетельствует их удельный вес от 29,0 % в 2008 г. до 39,8 % в 2010 г. среди всех заболевших туберкулезом за 2008–2010 гг. в Адмиралтейском районе. В связи с этим в 2008 г. в диспансере был организован кабинет по работе с мигрантами с проведением комплекса противотуберкулезных мероприятий как среди заболевших, так и в очагах туберкулеза среди контактных лиц [2].

Важной особенностью работы районного противотуберкулезного диспансера является применение с 1995 г. эпидемиологического картографирования как метода визуального контроля за эпидемиологической ситуацией по туберкулезу в районе. Основу метода составляет нанесение на карту обследуемой территории всех известных очагов заболевания по необходимым параметрам, а также объектов и структур, способных влиять на распространение данной инфекции на указанной территории. Метод позволяет наглядно оценить эпидемическую обстановку на территории в конкретный момент, проследить динамику эпидемического процесса в пространстве и во времени, определить места концентрации эпидемических очагов, оценить их взаимное расположение как относительно друг друга, так и относительно

эпидемически значимых объектов. До введения «Системы эпидемиологического мониторинга туберкулеза» (СЭМТ) вся работа по эпидемиологическому картографированию велась вручную [7].

Компьютерная программа «Система эпидемиологического мониторинга туберкулеза» (СЭМТ) позволила разработать картографический модуль как метод эпидемического картографирования в условиях крупного мегаполиса на качественно иной основе. Нами была сформирована база данных пациентов в программе СЭМТ и в течение нескольких лет формировалась оперативная информация о динамике заболеваемости, болезненности и смертности, что значительно облегчило и улучшило качество контроля за противотуберкулезными мероприятиями на территории района. Данный модуль программы СЭМТ позволяет автоматически формировать посредством любой выборки по заданным параметрам помимо обычных табличных данных визуальную информацию, нанесенную на карту территории (Адмиралтейский район Санкт-Петербурга), где находятся строго фиксированные адреса — улица, дом, что исключает ошибки при вводе данных в базу данных.

С использованием картографического метода нами проводится анализ эпидемиологического процесса на территории района или, например, сравнительный анализ социального состава больных, контроля за проведением дезинфекций в очагах туберкулеза, с целью контроля работы участковой службы диспансера. Метод картографического эпидемиологического анализа позволяет увидеть и показать данные как качественные (адрес), так и количественные (число выбранных) на карте района. Применение метода визуального наблюдения с использованием картографирования повышает качество эпидемиологического мониторинга обстановки по туберкулезу в исследуемом районе, оптимизирует противотуберкулезные мероприятия на уровне района, упрощает планирование проведения противоэпидемической работы в очагах и улучшает ее качество. Представленный метод достаточно доступен и презентабелен, что дает возможность успешно использовать его для работы с населением, а также в качестве визуальной информации при принятии управленческих решений.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате проводимых комплексных лечебно-профилактических и организационных мероприятий в районе за изучаемый период в 2010 г. из очага туберкулеза был выявлен лишь один ребенок с локальной формой туберкулеза, который находился в социально неблагополучной

семье, где не выполнялись показанные профилактические мероприятия. В то же время в очагах туберкулезной инфекции с больными бактериовыделителями сохраняется высокий уровень инфицированности детей с тенденцией к стабилизации и некоторым снижением за последние годы. Так, инфицированность детей за изучаемый период составляла 2006 г. — 52,8%; 2007 г. — 50,9%; 2008 г. — 48,6%; 2009 г. — 49,0%; 2010 г. — 49,3%. Это требует усиления профилактической работы, направленной не только на снижение заболеваемости, но и инфицированности детей из очагов туберкулезной инфекции.

## ВЫВОДЫ

1. Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в Адмиралтейском районе СПб. остается напряженной, что подтверждается тем, что практически половину (46,8%) среди впервые выявленных больных составляют больные туберкулезом с бактериовыделением.
2. Ухудшает эпидемиологическую ситуацию то обстоятельство, что из общего числа больных заразными формами туберкулеза, которым по Федеральному законодательству показано предоставление изолированной жилой площади, получают ее лишь около 5%.
3. Неблагоприятную эпидемиологическую ситуацию в районе создают больные мигранты, удельный вес которых в 2010 г. составил 39,8% среди всех заболевших туберкулезом.
4. Учитывая высокий уровень показателя инфицированности детей (36,0–38,0%), проживающих в очагах туберкулеза, относящихся к III группе эпидемической отягощенности, целесообразно в очагах этой группы проводить дезинфекционные мероприятия в обязательном порядке в полном объеме, а не по показаниям.
5. Активная работа сотрудников ПТД № 12 по наблюдению и оздоровлению очагов туберкулезной инфекции, где имеются дети (госпитализация больных-бактериовыделителей — источников инфекции, санитарная обработка очагов и их эпидемиологический мониторинг, химиопрофилактика и диспансерное наблюдение детей) снижают возможность распространения туберкулезной инфекции среди населения.
6. Комплекс проводимых лечебно-профилактических и организационных мероприятий и внедрение новых методов работы в ПТД № 12 направлены на улучшение эпидемической ситуации по туберкулезу в Адмиралтейском районе Санкт-Петербурга.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Аксенова В. А. Основные направления борьбы с туберкулезом у детей в Российской Федерации // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2006. – Том 51, № 6. – С.5–8.
2. Голубева И. В., Скрынник Н. А., Шевырева Е. В. Противотуберкулезная помощь мигрантам в условиях диспансера // Профилактическая и клиническая медицина. – 2011. – № 1. – С. 209.
3. Захарова О. П. Эпидемиологические основы организации противотуберкулезной помощи детям и подросткам в Санкт-Петербурге // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2007. – № 7. – С. 53.
4. Кривохиж В. Н., Орел В. И., Скрынник Н. А. и др. Раннее выявление и профилактика туберкулезной инфекции у детей из очагов туберкулеза: Метод. рекомендации для врачей. Утверждены КЗ по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга. – СПб., 2008. – 24 с.
5. Овсянкина Е. С. Актуальные проблемы противотуберкулезной помощи детям и подросткам // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2009. – № 1. – С.3–5.
6. Скрынник Н. А. Проблема неизвестных очагов туберкулезной инфекции в условиях современного города // Туберкулез и город: проблемы профилактики, диагностики и лечения. СПб., 1996. – С. 28–30.
7. Скрынник Н. А., Новицкий С. В., Федоров С. В. и др. Эпидемиологическое картографирование как метод контроля за эпидемиологической ситуацией по туберкулезу в Адмиралтейском районе Санкт-Петербурга // Научные труды Всероссийской научно-практической конференции под редакцией члена-корреспондента РАМН Ю.Н. Левашева. СПб.: НИИФП. 2006. – С.40-44.
8. Туберкулез в Российской Федерации 2009 г. – Аналитический обзор статистических показателей по туберкулезу, используемых в Российской Федерации. – М., 2010. С.83–96.

**ORGANIZATION OF WORK IN THE FOCI OF TUBERCULOSIS IN THE ADMIRALTY DISTRICT OF ST. PETERSBURG**

*Mikhailova S. V., Skrynnik N. A., Krivokhizh V. A.*

◆ **Resume.** The article presents the organization of work in the foci of tuberculosis infection. Studied the epidemiological status of 363 foci of tuberculosis infection in the Admiralty district of St. Petersburg in 2006–2010. In which there were 472 children. Using the mapping method allows the analysis of the epidemiological process in the district, to monitor disinfection in the foci of tuberculosis and the work of the district service clinic. Application of the method of visual observation using a mapping improves the quality of epidemiological monitoring of the situation of tuberculosis in the study area, facilitates the planning of anti-epidemic work in the foci and helps to improve the quality of.

◆ **Key words:** organization of work; foci of tuberculosis; children and mapping.

## ◆ Информация об авторах

*Михайлова Светлана Владимировна* – зав. детским отделением, к. м. н. СПб ГБУЗ «Противотуберкулезный диспансер № 12» Адмиралтейского района Санкт-Петербурга. Санкт – Петербург, наб. реки Фонтанки, дом 152 - А. E-mail: kamochna@mail.ru.

*Скрынник Наталья Алексеевна* – главный врач, к. м. н., СПб ГБУЗ «Противотуберкулезный диспансер № 12» Адмиралтейского района Санкт-Петербурга. Санкт – Петербург, наб. реки Фонтанки, дом 152 - А. E-mail: skrinik@rambler.ru.

*Кривохиж Валентин Николаевич* – зав. кафедрой фтизиатрии ФПК и ПП ГБОУ ВПО СПбГПМА Минздравсоцразвития России, профессор, д. м. н. ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия Минздравсоцразвития России. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. Кафедра фтизиатрии ФПК и ПП. E-mail: krivohizh@yandex.ru.

*Mikhailova Svetlana Vladimirovna* – head of the Children's Department, Candidate of Medical Sciences. St. Petersburg GBUZ "TB facility № 12" Admiralty district of St. Petersburg. nab. Fontanka House 152 - A, St. Petersburg. E-mail: kamochna@mail.ru.

*Skrynnik Natalia Alekseevna* – head doctor, Candidate of Medical Sciences, St. Petersburg GBUZ "TB facility № 12" Admiralty district of St. - Petersburg. nab. Fontanka House 152 - A, St. Petersburg. E-mail: skrinik@rambler.ru.

*Krivokhizh Valentin Nikolaevich* – head of the Department of Phthiology pediatrics postgraduate education SPbGPMA of Health Ministry of Russia, Professor, Doctor of Medicine. St. Petersburg State Pediatric Medical Academy of Health Ministry of Russia. ul. Litovskaya, 2, St. Petersburg, 194100. E-mail: krivohizh@yandex.ru.

© Г. Х. Абдрафикова,  
Н. А. Гурьева

ГБОУ ВПО СПбГПМА

## ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ЦЕНТРА ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ УЧАСТНИКОВ ЛОКАЛЬНЫХ ВОЕННЫХ КОНФЛИКТОВ

**Резюме.** Ухудшение состояния здоровья участников боевых действий обусловлено появлением на фоне военных травм новых заболеваний и осложнений, связанных с возрастом, стрессами в семье, на работе.

Вопросами реабилитации и восстановительного лечения участников локальных военных конфликтов, особенно инвалидов, занимаются специализированные центры, основными направлениями в работе которых являются лечебные мероприятия, профессиональная и социальная ориентация, помощь в трудоустройстве. Одним из таких учреждений является Центр восстановительной терапии им. М. А. Лиходея.

**Ключевые слова:** участники локальных военных конфликтов; центр восстановительного лечения; реабилитация; медико-социальная помощь.

Состояние здоровья участников локальных военных конфликтов требует особого внимания, так как на фоне травм, полученных во время боевых действий, возникают новые заболевания, вызванные возрастом, стрессовыми ситуациями в семье, на работе [2].

Проведение боевых действий характеризуется большим количеством раненых, наибольшую тяжесть из которых представляют раненые с комбинированными травмами, такими как контузия головного мозга, ожоги различной степени тяжести, отрывы конечностей, черепно-мозговые травмы, травмы глаз, осколочные и пулевые ранения различной локализации, которые в последствии могут привести к тяжелым осложнениям, а порой и инвалидности, требующим восстановительного лечения в специализированных центрах [1].

Реабилитация участников локальных событий, особенно инвалидов, направлена на возвращение или включение их в общественно полезный труд в соответствии с состоянием здоровья и трудоспособности, личными желаниями и возможностями [3].

Сегодня в Московской области успешно работает Центр восстановительной терапии им. М. А. Лиходея (ЦВТ) для участников локальных военных конфликтов и их семей. Все началось с того, что населенный пункт — деревня Дьяково Рузского района Московской области — уступил свою территорию санаторно-курортному комплексу «Русь». Строительство шло масштабное и интенсивное. Достаточно напомнить, что шло оно 10 лет. Курировал стройку заведующий лечебным сектором ЦК КПСС. Материалы привозили из Финляндии и Италии. Таким образом, была создана инфраструктура для кремлевских чиновников.

В 1991 году на уровне высшего государственного руководства было принято решение о передаче в бессрочное пользование имущественного комплекса санатория «Русь» некоммерческой организации — Российскому фонду инвалидов войны в Афганистане (РФИВА), основателем которого был гвардии подполковник Михаил Александрович Лиходей — инвалид I группы, награжденный за мужество и отвагу орденом Красной Звезды и многими медалями при выполнении воинского долга в Афганистане. Санаторий «Русь» был перепрофилирован в специализированный Центр восстановительной терапии для воинов интернационалистов, который теперь носит имя М. А. Лиходея.

Медицинская деятельность ЦВТ осуществляется на основании лицензии на 20 видов медицинской деятельности. Работа Центра регламентируется Приказами Минздрава РФ от 2003 г. № 297, утвердившего «Положение об организации деятельности врача восстановительной медицины», № 296, утвердившего «Положение об организации деятельности Центра восстановительной медицины и реабилитации». Согласно Приказу Минздравсоцразвития РФ № 255 от 22 ноября 2004 года, пациенты на восстановительное лечение прибывают с направлениями по форме № 057/у–04.

На базе ЦВТ проводится целевое лечение и реабилитация инвалидов, ветеранов боевых действий в Афганистане, Чечне, контртер-

УДК: 614.2

рористических операций в «горячих точках», членов их семей, а также родителей погибших военнослужащих. За 2010 год было пролечено 4450 человек, из них: 1549 — войны-инвалиды, 1037 — ветераны войны, 1635 — члены семьи воинов-интернационалистов, 40 — родители погибших и вдовы, 189 — лица, приравненные к этим категориям.

На базе ЦВТ сразу стала внедряться не чисто медицинская, а более широкая — социально ориентированная система работы с инвалидами боевых действий. Так, свое органичное место в ходе развития соответствующей базы стали занимать социальные, социо-культурные, социально-патриотические направления реабилитации и социальной помощи.

Основными направлениями реабилитации инвалидов военных конфликтов в ЦВТ являются:

- восстановительные медицинские мероприятия, реконструктивная хирургия, протезирование и ортезирование, санаторно-курортное лечение;
- профессиональная ориентация, обучение и образование, содействие в трудоустройстве, производственная адаптация;
- социально-средовая, социально-педагогическая, социально-психологическая и социально-культурная реабилитация, социально-бытовая адаптация;
- физкультурно-оздоровительные мероприятия, спорт.

Лечебно-диагностическая база Центра включает в себя лечебное отделение на 340 коек (из них 200 терапевтических и 84 неврологических, 56 — коммерческих), физиотерапевтическое отделение, отделение функциональной диагностики, клиничко-диагностическую лабораторию, рентгеновский кабинет, стоматологический кабинет, аптеку, протезно-ортопедическую лабораторию. В Центре создана хорошая база для проведения комплексного восстановительного лечения. К услугам пациентов все виды физиотерапевтического лечения: лазеро-, электро-, магнито-, волновая и ультразвуковая терапия; ЭУВТ, грязе- и теплелечение; гидropатические процедуры: контрастные ванны, обертывания, душ Шарко, циркулярный душ, восходящий душ, вихревые ручные и ножные ванны; лечебные ванны: углекислые, жемчужные с морской солью и йодобромом, с бишофитом, скипидарные; несколько видов массажей: мануальная терапия, классический ручной, подводный душ-массаж, бесконтактная гидромассажная ванна, массажные кресла и кровати; ингаляции, галотерапия, медикаментозное лечение, бассейн, сауна, инфракрасная сауна, криосау-

на, иглорефлексотерапия, диагностика по методу Фолля, биорезонансная терапия, гирудотерапия, озонотерапия, фито-бочка, стоун-терапия. Производство протезов осуществляется по технологии и из материалов всемирно известных производителей инновационных изделий в области ортопедии, в результате создаются высококачественные индивидуальные протезы.

Реализация основных задач реабилитации инвалидов предусматривает использование ими технических средств, создание необходимых условий для беспрепятственного доступа к объектам инженерной, транспортной, социальной инфраструктур и пользования средствами транспорта, связи и информации, а также обеспечение инвалидов и членов их семей информацией по вопросам реабилитации.

Центр — участник многих международных выставок, конкурсов, отмечен престижными наградами, продолжает развиваться, обогащаться практическим и научным опытом.

Таким образом, система восстановительного лечения в подобных центрах направлена на достижение максимально возможного результата в борьбе с полученными травмами и их осложнениями, на наиболее быстрое возвращение к обычным условиям жизни и деятельности, т. е. ориентирована на снижение боевых и трудовых потерь, предотвращение или снижение инвалидизации участников боевых действий. Своевременное восстановительное лечение предотвращает или смягчает проявления отдаленных последствий военных травм и вновь приобретенных заболеваний.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Адмакин А. Л., Швец В. А., Смирнов Л. Б.* Проблемные вопросы оказания помощи военнослужащим в период боевых действий в Чеченской республике // Вестник Российской Военно-медицинской академии. — 2011. — № 1 (33). — С. 17–18.
2. *Раев В. К., Перстнев Е. В., Зрянина Н. В.* Анализ информативности результатов личностных характеристик военнослужащих по призыву, уволенных с военной службы по психическим расстройствам // Вестник Российской Военно-медицинской академии. — 2011. — № 1 (33). — С. 19–20.
3. *Фадеева С. С.* Особенности организации комплексной реабилитации ветеранов боевых действий в Афганистане и Чеченской Республике // Изучение факторов риска и прогнозирование здоровья населения на региональном уровне: Сб. науч. тр. Новгородского научного центра Северо-Западного отделения РАМН. — М.: Медицина, 2003. — Т. 1 — С. 132–139.

**ORGANIZATION OF REHABILITATION THERAPY  
CENTRE FOR PARTICIPANTS  
OF LOCAL MILITARY CONFLICTS**

*Abdrafikova G. H., Guryeva N. A.*

◆ **Resume.** Health state deterioration among the participants of battle actions is caused by new diseases and complications emerging on the background of war-related injuries and connected with aging and some stressful life events. Issues of rehabilitation and corrective therapy of such people are managed by specialized centers. The chief aspects of their work include treatment, help in professional and social fields, and employment. Rehabilitation therapy centre named after M. A. Likhodey is one of such institutions.

◆ **Key words:** participants of local military conflicts; rehabilitation therapy centre; corrective treatment; medical and social assistance.

◆ Информация об авторах

*Абдрафикова Гульсина Хасановна* – заочный аспирант кафедры социальной педиатрии и организации здравоохранения ФПК и ПП СПбГПМА. ГБОУ ВПО СПбГПМА Минздравсоцраз-

вития России.  
194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д.2.  
E-mail: socsr\_ozz@mail.ru.

*Гурьева Наталья Алексеевна* – к. м. н., доцент кафедры социальной педиатрии и организации здравоохранения ФПК и ПП СПбГПМА. ГБОУ ВПО СПбГПМА Минздравсоцраз-

вития России.  
194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д.2.  
E-mail socsr\_ozz@mail.ru.

*Abdrafikova Gulsina Hasanovna* – postgraduate of the Dpt of Social Pediatrics and Health Care Organization. Faculty of Continuous Education.

Saint Petersburg State Pediatric Medical Academy.  
194100, St.Petersburg, Litovskaya street, 2.  
E-mail: socp\_ozz@mail.ru.

*Guryeva Natalya Alekseevna* – PhD in medicine, ass. Professor of the Dpt of Social Pediatrics and Health Care Organization. Faculty of Continuous Education. Saint Petersburg State Pediatric Medical Academy.

194100, St. Petersburg, Litovskaya street, 2.  
E-mail: socp\_ozz@mail.ru.

© А. Л. Балашов<sup>1</sup>, О. В. Попова<sup>1</sup>,  
П. В. Колобухов<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ГБОУ ВПО СПбГПМА;

<sup>2</sup> Медицинский центр «Медэксперт»,  
г. Калининград

**Резюме.** Различные регионы России отличаются по социально-экономическому состоянию, демографическим характеристикам, по уровню общественного здоровья и развитию службы здравоохранения. В настоящее время развитие частного сектора здравоохранения в РФ является закономерным и очевидным фактом. Платные медицинские услуги, которые предлагаются населению на региональном уровне частными медицинскими центрами, имеют стабильно растущий спрос.

**Ключевые слова:** платные медицинские услуги; посещаемость; спрос; частное здравоохранение.

## РЕГИОНАЛЬНЫЙ ОПЫТ ОКАЗАНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Формирование рыночных отношений в Российской Федерации в конце XX — начале XXI века привело к социальному расслоению общества, в котором все население, в зависимости от материального уровня дохода, разделилось на бедных, представителей среднего класса, богатых и очень богатых людей. Произошедшее перераспределение финансов, как среди населения, так и среди регионов, привело к разделению территории России на «регионы-доноры» и «регионы-реципиенты», обострило межтерриториальную социально-экономическую конкуренцию.

Концентрация финансовых ресурсов в крупных городах, ряда республик и областей страны обеспечило возможность гражданам, проживающим на этих территориях, сформировать платный сегмент рынка услуг. Среди отраслей, формирующих сектор сферы социальных услуг, особое место занимает здравоохранение. В последней редакции Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» закреплены такие понятия, как государственная, муниципальная и частная системы здравоохранения [1].

Появился определенный контингент, который может пользоваться платными медицинскими услугами, для решения проблем своего здоровья. При этом качество получаемой медицинской услуги становится более значимым критерием, чем стоимость самой услуги. Ориентация граждан на качество получаемой ими медицинской услуги требует, в свою очередь, от медицинского персонала и руководителей совершенствования материально-технической базы медицинского учреждения, уделение большего внимания внешнему виду. Особенно важно оценить как собственно медицинские технологии, так и организационные технологии в области управления оказанием медицинской помощи [1].

По мнению специалистов в области общественного здоровья и организации здравоохранения В. А. Медика и В. К. Юрьева, субъекты частной системы здравоохранения вправе наряду с государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения участвовать в реализации государственной политики в сфере здравоохранения, формировании рынка медицинских услуг, решении задачи обеспечения граждан квалифицированной медицинской помощью [2].

Необходимо признать тот факт, что объем финансирования государственных и муниципальных учреждений здравоохранения не отвечал и не отвечает потребностям отрасли. Уровень износа медицинского оборудования высокий, и в ряде случаев для медицинских учреждений выгоднее приобретение нового оборудования, чем ремонт устаревшего. В ходе реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» процесс переоснащения государственных и муниципальных учреждений современным медицинским оборудованием начинает налаживаться. Однако многие здания и помещения, которые были построены более 30–50 лет назад, не приспособлены к размещению данного оборудования. В условиях модернизации материально-технических ресурсов здравоохранения требуется строительство новых, современных зданий, отвечающих техническим требованиям производителей медицинского оборудования и санитарно-эпидемиологическим правилам и нормативам (СанПиН)

УДК: 614.2

2.1.3.1375-03 «Гигиенические требования к размещению, устройству, оборудованию и эксплуатации больниц, родильных домов и других лечебных стационаров», которые введены взамен СанПиН 5179-90, утвержденных 29.06.90.

С другой стороны, демографическая ситуация, которая сложилась в последние десятилетия в нашей стране (низкая рождаемость, высокая смертность, миграция населения из села в город), вынуждает признавать ряд медицинских учреждений нерентабельными и выводить их из эксплуатации. Особенно остро этот процесс затронул сельское здравоохранение.

В целом сложившаяся ситуация в государственном и муниципальном здравоохранении создает предпосылки для снижения доступности и качества медицинской помощи и формированию дефицита медицинских услуг в регионах, а развитие платной медицинской помощи в рамках тех же государственных и муниципальных учреждений не выдерживает конкуренции с частными лечебно-профилактическими учреждениями по причине низкого качества и ограниченного ассортимента сервисных услуг.

Ввод в эксплуатацию лечебно-профилактических учреждений, относящихся к частной системе здравоохранения, решает сразу несколько проблем в регионе: восполняет дефицит государственной и муниципальной медицинской помощи, развивает современные виды медицинской помощи в помещениях, изначально спроектированных и подготовленных под новое медицинское оборудование с учетом действующих ГОСТов и СанПиНов, а также наделяет медицинскую услугу дополнительными свойствами, которые повышают ее конкурентоспособность (кондиционеры, удобные стулья и кресла, единый дрес-код для персонала, детские комнаты-игротеки, чистые санитарные комнаты, цветы, аквариумы и пр.).

В настоящее время рынок платных медицинских услуг в регионах постоянно растет и развивается. Ежегодно появляются новые частные клиники и медицинские центры, предлагающие медицинские услуги в различных областях медицины. И для этого во всех административных территориях имеются социально-экономические, законодательные, финансовые и кадровые возможности.

Для той части населения, которая обращается за платной медицинской помощью в частные учреждения здравоохранения, одинаково важно как качество медицинской помощи, так и качество «парамедицинских» услуг: эстетически благоприятное восприятие персонала, отремонтированные функциональные помещения, наличие

автомобильной парковки, возможность интерактивного общения с регистратурой и медицинским персоналом, ощущение благоприятного психоэмоционального отношения персонала к пациентам и др. Современному пациенту особенно важно оценить как собственно медицинские технологии, так и организационные технологии в области управления оказанием медицинской помощи [3].

Выделяют два типа медицинских учреждений, оказывающих платные услуги: узкоспециализированные и многопрофильные.

В рамках проведения на кафедре социальной педиатрии и организации здравоохранения ФПК и ПП научного исследования «Современные подходы в оказании платных медицинских услуг населению» изучена деятельность медицинского центра «Медэксперт» (далее по тексту — центр), основанного в 2000 году в г. Калининграде.

Калининградская область имеет целый ряд экономических, демографических, социальных, культурологических особенностей, связанных с ее особым расположением. Область находится на Северо-Западе России, окружена странами, входящими в единое Европейское пространство, имеет статус особой экономической зоны. Все эти факторы объясняют европейский стиль жизни населения. В связи с этим у граждан, которые обращаются за платной медицинской помощью, выдвигаются особые повышенные требования к сервису и качеству обслуживания при предоставлении платных медицинских услуг. После проведенного анализа уровня спроса на качество организации медицинской помощи оказалось, что предлагаемые «Медэкспертом» платные медицинские услуги, стоимость которых начинается от 500 рублей, являются доступными для большинства жителей области.

Необходимо отметить, что численность населения Калининградской области в 2009 году составляла 937,3 тыс. человек, Калининграда — 420,5 тыс. человек, среднемесячный доход жителей области составил более 19 тысяч рублей [4].

Целью создания центра было обеспечение населения области современной высокотехнологичной медицинской помощью. Первоначально центр располагался на площади в 250 кв. м. и включал в себя 4 врачебных кабинета, малую операционную, послеоперационную палату и кабинет ультразвуковой диагностики, в штате центра насчитывалось 7 высококвалифицированных специалистов, которые выразили желание оказывать медицинскую помощь в условиях, обеспечивающих благоприятное морально-этическое восприятие лечебно-диагностического процесса пациентами.

С первых лет существования центра проводится развитие материально-технической базы, расширяется штат специалистов высокой квалификации. Центр получил лицензии на осуществление более 40 видов медицинских услуг, за исключением права на лечение онкологических заболеваний.

Кадровый состав центра представлен 324 сотрудниками, из них врачей 101 человек (31,2%), медицинских сестер 127 человек (39,2%), фармацевтов и провизоров 26 человек (8,0%), зубных врачей 7 (2,1%), медицинских лаборантов 31 (9,6%) и прочих — 32 человека (9,9%).

Из числа врачей 5 докторов медицинских наук (5%), 9 кандидатов медицинских наук (8,7%), 37 врачей высшей квалификационной категории (36,9%), 42 врача первой квалификационной категории (41,8%) и 8 врачей, не имеющих категорию (7,6%).

Медицинских сестер, имеющих высшую категорию, — 61 (48,0%), 32 — с первой категорией (25,2%) и 34 — со второй категорией (26,8%).

За 10 летний период деятельности в центре активно внедрялись передовые технологии:

- лазерная хирургия лор-органов CO<sub>2</sub>-лазером и полупроводниковыми лазерами;
- исследование основных параметров эякулята на автоматическом анализаторе качества спермы SQA-V SN (Израиль);
- морфометрическое исследование сперматозоидов по «строгим критериям идеального сперматозоида» (Krujer, Menkveld);
- методика отмывания сперматозоидов (исследование фракции подвижности сперматозоидов);
- генодиагностика (генетический паспорт человека).

Нами проанализирована динамика посещаемости в центре за 2001–2009 годы. В 2009 году в центре было зарегистрировано 27 384 посещения со следующими целями: проведение лабораторной диагностики — 31%, инструментального обследования — 30%, консультаций у специалистов — 22%, получение лечебных процедур — 17%. За период с 2001 по 2009 год число посещений выросло.

Анализ показал, что наибольший прирост показателя посещаемости составил в 2002 году по сравнению с 2001 годом — 86,4%. С 2003 года темп прироста данного показателя в среднем составил 25,6%. В 2008 году отмечался наименьший прирост показателя — 6,0%, что объяснимо, на наш взгляд, началом экономического кризиса. Однако в 2009 году посещаемость выросла более чем на 10%, что связано с вводом педиатрического и стоматологического отделений.

В 2009 году по сравнению с 2001 годом число посещений возросло в 6 раз, абсолютный при-

рост составил более 23 тысяч посещений. Таким образом, приведенные данные свидетельствуют о том, что возрастает спрос на платные медицинские услуги, которые предлагает центр в соответствии с лицензией.

В центре при научном консультировании кафедры социальной педиатрии и организации здравоохранения факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки разработаны и внедрены целевые комплексные медико-социальные программы для взрослых и детей: «Кардиодиагностика», «Для делового мужчины», «Для деловой женщины», «Антистарение», программы наблюдения детей от рождения до 3 и 12 месяцев жизни, а также для детей старше года. Целью программ является снижение заболеваемости сердечно-сосудистыми болезнями, а также необходимостью решения демографических проблем региона [5].

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Развитие платных медицинских услуг в условиях частных медицинских центров направлено на формирование конкурентоспособного рынка медицинских услуг, решение задач по обеспечению граждан квалифицированной медицинской помощью и развитие современных медицинских технологий в условиях регионального здравоохранения.

На основании опыта работы, анализа инновационных медико-социальных программ, внедренных в регионе, частные медицинские лечебно-профилактические учреждения предлагают наиболее оптимальные пути развития качественной и доступной платной медицинской помощи.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Веселов Н. Г.* Социальная педиатрия (курс лекций). СПб.: Ривьера., 1996. — С. 360.
2. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». ФЗ № 323-ФЗ от 21.11.2011.
3. *Медик В. А., Юрьев В. К.* Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. — М.: Проффессионал, 2009. — С. 130.
4. Здравоохранение Калининградской области в цифрах в 2007–2008 гг.: Информационно-статистический сборник Министерства здравоохранения Калининградской области. — 2009. — 213 стр.
5. Опыт оказания медико-социальной помощи населению в системе платного здравоохранения (на примере Калининградской области) / А. Б. Выговский, А. В. Веремеенко, В. В. Федулов, В. И. Орел, А. Л. Балашов, Д. Ю. Батраков, Н. А. Гурьева, Е. Ю. Кузнецова // Информационное письмо. Издание Калининград, 2011. 20с.

**REGIONAL EXPERIENCE IN PROVIDING PAID MEDICAL SERVICES**

*Balashov A. L., Popova O. V., Kolobukhov P. V.*

◆ **Resume.** Different regions of Russia differ on socio-economic status, demographic characteristics, in terms of public health and the development of health services. Currently, the development of the private health sector in Russia is a natural and obvious fact. Paid medical services that are offered to the population at the regional level, private medical centers are steadily increasing demand.

◆ **Key words:** paid medical services; attendance; demand; private health care.

**◆ Информация об авторах**

*Балашов Алексей Львович* – к. м. н., доцент кафедры социальной педиатрии и организации здравоохранения ФПК и ПП ГБОУ ВПО СПбГПМА Минздравсоцразвития России. Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: socp\_ozz@mail.ru.

*Попова Ольга Валерьевна* – аспирант Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: socp\_ozz@mail.ru.

*Колобухов Павел Владимирович* – гл. врач, ООО «Медицинский центр «Медэксперт». 236040 г. Калининград, ул. Иванникова, д. 8. E-mail: kolobukhoff@mail.ru.

*Balashov Alexey L.* – PhD in medicine, ass. Professor of the Dpt. of Social Pediatrics and Health Care Organization. Faculty of Continuous Education. Saint Petersburg State Pediatric Medical Academy. Saint-Petersburg State Pediatric Medical Academy. Dpt. of Social Pediatrics and Health Care Organization. Faculty of Continuous Education. 194100, St. Petersburg, Litovskaya street, 2. E-mail: socp\_ozz@mail.ru.

*Popova Olga V.* – Assistant of the Dpt. of Social Pediatrics and Health Care Organization. Faculty of Continuous Education. Saint Petersburg State Pediatric Medical Academy. Dpt. of Social Pediatrics and Health Care Organization. Faculty of Continuous Education. 194100, St. Petersburg, Litovskaya street, 2. E-mail: socp\_ozz@mail.ru.

*Kolobukhov Pavel V.* – head physician, MEDEXPERT Medical Centre Limited. 8, Ivannikova str., Kaliningrad, 236040 Russia. E-mail: kolobukhoff@mail.ru.

© Р. А. Домашенко<sup>1</sup>,  
А. Н. Хорошавин<sup>2</sup>,  
А. А. Домашенко<sup>3</sup>

<sup>1</sup> ГБОУ ВПО СПбГПМА;

<sup>2</sup> Прокуратура Санкт-Петербурга;

<sup>3</sup> СПб ГУЗ «Городская больница Святого  
Великомученика Георгия»,  
Санкт-Петербург

## РЕАЛИЗАЦИЯ ЗАЩИТЫ ПРАВ ЧЕЛОВЕКА В УСЛОВИЯХ РЕФОРМИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**Резюме.** В статье отражены основные вопросы, касающиеся классификации преступлений, направленных на нарушение прав человека, осуществляющихся в процессе оказания медицинской помощи в Российской Федерации. Рассмотрена проблематика возникновения предпосылок к совершению подобных правонарушений. Дан анализ механизмов нарушения прав человека при оказании медицинской помощи, обозначены основные пути преодоления сложившейся ситуации.

**Ключевые слова:** медицинская помощь; защита прав человека; реформа здравоохранения; преступления в здравоохранении.

Медицинская помощь — одна из сложных форм человеческой деятельности, в ходе которой медицинскому персоналу требуется постоянное овладение специальными знаниями, практическими навыками и их постоянное совершенствование. Данный вид деятельности предусматривает выполнение работ (услуг) по оказанию доврачебной, амбулаторно-поликлинической, стационарной, высокотехнологичной, скорой и санаторно-курортной медицинской помощи. Одной из особенностей, обусловленной цикличностью данного процесса, является то, что в ходе реализации различных лечебно-диагностических алгоритмов на всех этапах оказания медицинской помощи возможны нарушения прав больного (человека) со стороны медицинского персонала.

Рост неблагоприятных последствий при предоставлении некачественной медицинской помощи, особо сильно проявляющийся в последние годы, требует адекватного совершенствования юридической, а подчас и криминалистической теории и практики, систем соответствующих методов и средств исследования преступлений в области медицины, учитывая, что здоровье является первоочередной потребностью человека.

Права человека с интересующей нас точки зрения — это субъективные права, выражающие не потенциальные, а реальные, закрепленные в Конституции, законах и в иных нормативно-правовых актах возможности получения гражданином достойного медицинского обслуживания как способ реализации потребности человека в здоровом образе жизни и охране его здоровья.

Субъективное право как юридическая категория раскрывается через набор определенных признаков: возможность пользования данным социальным благом; полномочие совершать определенные действия и требовать соответствующих действий от других лиц; свобода поведения, поступков в границах, установленных нормой права, и возможность обратиться к государству за защитой нарушенного права, в том числе и в области здравоохранения.

Устанавливая права человека в области охраны здоровья, государство приняло на себя обязанность осуществлять целый комплекс мер, направленных на устранение в максимально возможной степени причин ухудшения здоровья населения, предотвращение каких-либо заболеваний, а также создание условий, при которых каждый человек может воспользоваться любыми незапрещенными методами лечения.

Существование любого государства определяется совокупностью общественных отношений, охраняющих права и свободы личности, когда государство способно создать механизм обеспечения прав личности и гарантировать должную степень их защищенности от преступных посягательств. На механизм обеспечения гражданских прав в области здравоохранения существенно повлияли процессы, происходящие в обществе при формировании демократического государства.

УДК: 614.2

Правовой базой активного процесса вхождения формирующегося в стране демократического общества и правового государства в систему основополагающих принципов и общечеловеческих ценностей являются, прежде всего, Декларация прав и свобод человека и гражданина Российской Федерации (1991) и Конституция Российской Федерации (1993).

Процесс проведения реформ в Российской Федерации объективно влияет на изменение всей законодательной базы, сформированной в меняющихся экономических и политических условиях и действующей на настоящий момент. Принятие Конституции Российской Федерации юридически закрепило новые приоритеты в развитии государства и общества, основным из которых является защита прав и свобод человека в области здравоохранения.

Существенным условием создания нормально функционирующего правового механизма является совершенствование правового регулирования и закрепления приоритета, прав и свобод человека и гражданина в области охраны здоровья, что было отражено в законодательстве в виде принятия Федерального закона № 5487-1 от 22 июля 1993 г. «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (с изменениями от 30 июня 2003 г.), устанавливающего, что охрана здоровья граждан — это совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его активной долголетней жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья.

Значительным событием при проведении реформ в России явилось принятие распоряжения Правительства РФ № 1202-р от 31.08.2000 г., то есть перечня первоочередных мер, направленных на обеспечение межведомственного и многоуровневого подхода в вопросах повышения качества жизни, улучшения условий труда, быта и отдыха населения, формирования здорового образа жизни, создание постоянно действующей информационно-пропагандистской системы, направленной на формирование здорового образа жизни, профилактику заболеваний, создание условий и вовлечение различных групп населения в активные занятия физической культурой и спортом, обеспечение населения качественной бесплатной медицинской помощью в рамках программы государственных гарантий.

Дополнительно приказом Минздрава РФ от 21.03.2003 г. № 113 утверждена Концепция охраны здоровья в Российской Федерации, где при обосновании необходимости ее разработки оговорено, что анализ состояния проблемы охраны здоровья в Российской Федерации доказывает ее безусловную актуальность как фактора национальной безопасности и стратегической цели отечественного здравоохранения.

Данная проблема возникла в результате критически низкого уровня состояния здоровья и особенно усилилась в связи с разразившимся демографическим кризисом, наряду с прогрессирующей нехваткой сил и средств для обеспечения необходимого объема и качества медицинской помощи все более возрастающему потоку больных людей в связи с высокой травматизацией населения, согласно статистическим данным Госкомстата России.

Закономерность возникновения и развития связей в отношениях между пациентом и врачом определяется соблюдением прав человека и гражданина в области охраны здоровья. Социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья по вине медицинских работников гарантируется государством. Ответственность органов государственной власти учреждений и организаций независимо от форм собственности, должностных лиц за необеспечение прав граждан в области охраны здоровья в случае причинения тяжкого вреда здоровью человека или смерти является уголовно наказуемым деянием. Соккрытие фактов и обстоятельств, создающих угрозу для жизни и здоровья людей, также является преступлением.

Значительным событием при проведении реформ в России явилось принятие 24.05.1996 г. Уголовного кодекса РФ, которое было объективно обусловлено, прежде всего, сменой ценностных ориентиров в развитии общества. Несомненным представляется тот факт, что без защиты основного и естественного права человека — права на жизнь — бессмысленно было бы говорить о реализации и защите иных прав и свобод человека.

За период с 1991 по 2010 г. криминальная ситуация в России существенно осложнилась. На страницах юридической печати и среди правоприменителей справедливо указывается на то, что преступления в сфере здравоохранения, когда безопасность гражданина, получающего медицинскую помощь или которому необходимо оказать медицинскую помощь, имеют устойчивую тенденцию к росту. Особенно это касается

случаев неоказания помощи больному, оставление в опасности, злоупотребления должностными обязанностями, вымогательством со стороны медицинского персонала и невозможности пациенту или его родным и близким оплатить гарантированное «бесплатное лечение».

Темпы прироста регистрации преступлений против жизни и здоровья человека увеличились более чем в два раза. И хотя законодателем, согласно статьям Федерального закона № 162-ФЗ от 08.12.2003 г., санкция за преступления против жизни и здоровья была существенно снижена и уголовная ответственность наступает только при причинении больному вреда здоровью средней тяжести, преступления данной категории остались.

Лишь уяснив причины преступления и условия, способствующие их совершению, можно разработать и осуществить эффективные меры борьбы с указанной категорией правонарушений. Действующий Уголовный кодекс, ввиду наличия в нем ряда конструктивных недостатков и возникновения новой социальной напряженности в обществе, будет изменяться и в дальнейшем. Важно, чтобы его реконструкция велась планомерно, на строгой научной основе за счет первоочередного исправления наиболее существенных изъянов.

Неоказание своевременных и профессиональных медицинских услуг, злоупотребление медицинскими работниками должностными полномочиями относятся к числу тех преступлений, при квалификации которых встречаются значительные трудности, что является следствием многообразия различных ситуаций совершения преступления и сложности признаков, которые необходимо учитывать.

Как показало изучение судебной и следственной практики применения уголовного законодательства, предусматривающего ответственность за преступления против личности, ведение подобных дел сопряжено с многочисленными судебными и следственными ошибками, а также с ошибками при проведении некачественного надзора органами прокуратуры и контролирующими органами. При допущении ошибки в ходе предварительного расследования, независимо от обстоятельств, способствующих ее возникновению, неизбежны нарушения законности в правовом отношении и препятствия восстановлению справедливости в социальном плане.

Немаловажное значение для разработки юридических аспектов проблем уголовного преследования имеет проблема единообразного тол-

кования особенностей состава преступлений против личности, так как отсутствие такого подхода создает немало трудноразрешимых вопросов в правоприменительной деятельности.

Неправильное применение мер медицинского характера и способов их юридической и экспертной оценки напрямую затрагивает права личности. Данная проблема имеет как юридическую, так и общественную значимость в национальном масштабе. Об этом свидетельствуют как имеющиеся факты нарушений медицинскими работниками своих обязанностей при отсутствии понимания своих прав самими гражданами Российской Федерации, так и не менее многочисленные эпизоды неадекватной юридической оценки действий медицинских работников со стороны правоохранительных органов.

Информационная закрытость для публичного обсуждения проблем государственного здравоохранения, недостаточный уровень знаний сотрудников, малое количество подготовленных экспертов зачастую приводит к совершению грубых ошибок при работе правоохранительных органов. Наиболее актуальной проблемой правового урегулирования данного вопроса является в настоящее время вопрос формирования единой нормативной базы, обуславливающей стандартизацию всех этапов лечебно-диагностического процесса. Выработка алгоритмов медицинской помощи, введение единых федеральных стандартов, касающихся как финансирования, оснащения лечебно-профилактических учреждений любых форм собственности, так и медицинских процедур и приемов, должна стать основой формирования нового, корректного подхода к правовой оценке профессиональной деятельности медицинских работников и являться общей фундаментальной базой для оценки и трактовки юридических аспектов работы системы здравоохранения Российской Федерации.

#### REALIZATION OF HUMAN RIGHTS PROTECTION UNDER THE CIRCUMSTANCES OF PUBLIC HEALTH SYSTEM REFORMATION IN RUSSIA

*Domashenko R. A., Khoroshavin A. N., Domashenko A. A.*

◆ **Resume.** The basic issues of the classification of the crime concerning the infringement of human rights in the field of medical care in Russia are discussed. The problems of factors predisposing to such kind of crime are studied. The mechanisms of the infringement of human rights in the field of medical care in Russia are considered. Some ways to overcome the situation are suggested.

◆ **Key words:** medical care; infringement of human rights; health care system reorganization; crime in health care system.

◆ Информация об авторах

*Домашенко Радислав Анатольевич* – к. м. н., доцент кафедры социальной педиатрии и организации здравоохранения ФПК и ПП Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии.  
194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2.  
E-mail: socp\_ozz@mail.ru.

*Хорошавин Александр Николаевич* – помощник прокурора Калининского района Санкт-Петербурга.  
Прокуратура Санкт-Петербурга.  
190000, Санкт-Петербург, ул. Почтамтская, д. 2/9.  
E-mail: owa0w@mail.ru.

*Домашенко Анатолий Анатольевич* – к. м. н., гл. врач.  
СПб ГУЗ «Городская больница Святого Великомученика Георгия».  
194354, Санкт-Петербург, Северный пр., д. 1.  
E-mail: b4@zdrav.spb.ru.

*Domashenko Radislav Anatoliyevich* – PhD in medicine, ass. Professor of the Dpt of Social Pediatrics and Health Care Organization. Faculty of Continuous Education. Saint-Petersburg State Pediatric Medical Academy.  
194100, St.Petersburg, Litovskaya street, 2.  
E-mail: socp\_ozz@mail.ru.

*Khoroshavin Alexander Nikolayevich* – assistant prosecutor of Kalininsky region, St. Petersburg.  
St. Petersburg prosecutor's office.  
Pochtamtskaya St., 2/9, St.-Petersburg 190000.  
E-mail: owa0w@mail.ru.

*Domashenko Anatoliy Anatoliyevich* – PhD, Head Doctor St.-Petersburg State Health Care Institution "City Hospital of Saint Martyr George".  
Severny Pr., 1, St.-Petersburg 194354.  
E-mail: b4@zdrav.spb.ru.

© И. А. Прялухин

ГБОУ ВПО СПбГПМА

**Резюме.** В статье описываются изменения в акушерской и неонатологической службах Кольского Севера после преобразования муниципального родильного дома в областной перинатальный центр. Детально описаны изменения в рождаемости, коечном фонде, частоте перинатальной и неонатальной смертности, частоте кесарева сечения, достижения в выхаживании детей, родившихся с экстремально низкой массой тела. Также в статье указаны нерешенные проблемы акушерской и неонатологической служб области и Мурманского областного перинатального центра.

**Ключевые слова:** перинатальный центр; муниципальный родильный дом; Кольский Север; акушерская служба; неонатологическая служба.

## ВЛИЯНИЕ ПРЕОБРАЗОВАНИЯ МУНИЦИПАЛЬНОГО РОДИЛЬНОГО ДОМА В ОБЛАСТНОЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР НА ПОКАЗАТЕЛИ РАБОТЫ АКУШЕРСКОЙ И НЕОНАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБ ОБЛАСТИ (НА ПРИМЕРЕ КОЛЬСКОГО СЕВЕРА)

### ВВЕДЕНИЕ

Родильный дом № 2 города Мурманска был открыт 5 марта 1938 года. Это было первое специализированное учреждение родовспоможения в городе и второе каменное здание медицины на Кольском полуострове. Все это время в его стенах занимались вопросами лечения и родоразрешения беременных (исключение составили только годы Великой Отечественной войны, когда в стенах роддома располагался госпиталь для раненых).

В 1987 году в Мурманской области начато строительство областного перинатального центра (на базе МУЗ «Родильный дом № 2») на 130 коек. По проекту центр должен был стать учреждением третьего уровня и принимать беременных со всей Мурманской области. Однако в начале 1990-х годов в связи с экономическими трудностями проект был закрыт на этапе строительства трех корпусов. Были введены в строй только гинекологический корпус и корпус женской консультации. Таким образом, не было закончено формирование трехуровневой системы оказания акушерской и неонатологической помощи в регионе. Перинатальный центр не был образован, не была создана четкая нормативно-правовая база по координации потоков беременных женщин в области в соответствии с тяжестью акушерской и экстрагенитальной патологии. Однако были достигнуты значительные успехи функционирования МУЗ «Родильный дом № 2» в качестве городского роддома: родильный дом в течение длительного времени функционировал в качестве ведущего областного учреждения родовспоможения с собственным гинекологическим отделением, отделением реанимации и интенсивной терапии новорожденных (с 1993 года) и отделением второго этапа выхаживания (с июля 2006 года). Таким образом, с 2006 года учреждение, будучи муниципальным родильным домом, фактически представляло собой полноценный родильный стационар третьего уровня. По данным Н. Н. Володина в 2006 году в Российской Федерации наблюдалась обратная тенденция: большинство перинатальных центров в России не имели второго этапа выхаживания и мощного отделения реанимации новорожденных, фактически являлись акушерскими стационарами второго уровня [1].

С 1 января 2006 года стартовал приоритетный национальный проект «Здоровье», особенно ориентированный на повышение доступности и качества медицинской помощи матерям и детям. В программе проекта предусматривалось строительство в 22 субъектах Российской Федерации современных перинатальных центров, в том числе и в Мурманской области.

С 1 января 2008 года МУЗ «Родильный дом № 2» города Мурманск был преобразован в ГУЗ «Мурманский областной перинатальный центр» (МОПЦ) и стал функционировать как головное областное учреждение третьего уровня в сфере родовспоможения, но пока что на базе старых мощностей: акушерский стационар располагался на базе типового двухэтажного здания 1938

УДК: 614.2

года постройки на территории областной больницы, гинекологическое отделение, клинко-диагностическое отделение и отделение патологии новорожденных и недоношенных детей располагались в новых корпусах комплекса в 7 километрах от акушерского стационара.

В 2009–2010 годах получено большое количество диагностической и лечебной аппаратуры, часть которой разместили на уже функционирующих подразделениях и базах.

С 2009 года функционирует организационно-методический отдел. В задачи, выполняемые организационно-методическим отделом, входит обеспечение ежемесячных выездов акушерско-неонатологических бригад для регулярной проверки качества работы женских консультаций и родильных стационаров в районах области и обеспечение функционирования акушерского дистанционно-консультативного центра (работает с 2010 года).

В апреле 2011 года родильный стационар переехал в новое четырехэтажное здание, таким образом, в одном комплексе оказались все подразделения перинатального центра. Тогда же и состоялись первые роды в новом здании. Ввод последнего нового корпуса для реанимации и второго этапа выхаживания новорожденных планируется в 2012 году.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В ходе исследования были проанализированы годовые отчеты акушерской и неонатологической служб Мурманской области и учреждения за 10 лет — с 2001 по 2010 год, выявлены изменения в показателях работы учреждения и влияние их на состояние служб области в целом, выявлены недостатки акушерской и неонатологической служб области и ГУЗ «Мурманский областной перинатальный центр».

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОСУЖДЕНИЕ

### Рождаемость.

Несмотря на общее снижение количества женщин фертильного возраста на Кольском Севере в результате миграционных процессов, происходит повышение количества родов с 8208 в 2001 году до 9021 в 2010 и коэффициента рождаемости с 8,6 на 1000 населения в 2001 году до 11,1 на 1000 населения в 2010 году [4]. Также происходит повышение количества родов в МОПЦ с 1282 в 2001 году (15,6 % от общего количества родов в области) до 1694 в 2010 году (18,8 % от общего количества родов в области), рост в основном произошел за счет родов у иногородних женщин.

### Младенческая и перинатальная смертность.

Происходит постепенное снижение показателя младенческой смертности за последние 10 лет, особенно это выражено в данных за 2010 год — показатель снизился до 5,2 на 1000 родившимися живыми, т. е. почти в 3 раза по сравнению с 2001 годом (14,7 на 1000 родившихся живыми). По сравнению с Российской Федерацией (данные Росстата за 2010 год — 7,5 на 1000 родившимися живыми) показатель в Мурманской области ниже на 30%.

Перинатальная смертность в регионе за исследуемый период также снижается с 8,1 в 2001 до 6,6 в 2010 году на 1000 родившихся живыми и мертвыми. С 2008 года (т. е. с момента начала функционирования перинатального центра) показатель не превышает 7,0 на 1000 родившихся живыми и мертвыми, при этом идет снижение показателя именно за счет ранней неонатальной смертности (с 3,75 на 1000 родившимися живыми и мертвыми в 2001 году до 1,3 в 2010, почти в 3 раза). Этот показатель отражает уровень оказываемой помощи новорожденным детям на этапе родильного стационара [3]. Однако уровень мертворождаемости остается без динамики (около 40–50 детей в год). Среди мертворождаемости преобладает (87,5 % в 2010 году) количество детей, погибших антенатально (показатель работы женских консультаций области) [3].

Показатель перинатальной смертности в МОПЦ за последние 10 лет имел значительные колебания: минимальное значение — 3,0‰ в 2004 году, максимальное — 11,2‰ в 2003 году. Следует отметить резкий скачок перинатальной смертности одновременно с организацией перинатального центра — 5,5‰ в 2007 году и уже 10,6‰ в 2008 году (рост на 92,7%), столько же в 2009 году, и только к 2010 году произошло снижение перинатальной смертности до 7,5‰. Причем большая часть перинатальной смертности в 2008 и 2009 годах, как и в области, приходилась на антенатальный период — 8,5‰ и 5,3‰ соответственно. Это обусловлено тем, что в ГУЗ «МОПЦ» со всей области переводили женщин с антенатальной гибелью плода. В 2009 году была проведена разъяснительная работа с родильными стационарами области и города об отсутствии необходимости переводить женщин с антенатальной гибелью плода на родоразрешение в перинатальный центр, при отсутствии угрозы жизни и здоровью женщины.

Ранняя неонатальная смертность в учреждении, несмотря на значительное утяжеление контингента беременных и рожениц, в 2010 году

ниже, чем в 2001 году, — 2,3‰ и 3,1‰ соответственно. Однако следует отметить резкий скачок ранней неонатальной смертности в 2009 году — 4,7‰ — максимальное значение за 10 лет работы акушерского стационара. По-нашему мнению, это прежде всего, связано с периодом адаптации работы неонатологической службы к приему самых тяжелых детей со всей области.

С момента образования отделения патологии новорожденных (II этапа выхаживания) в 2006 году регистрируются единичные случаи поздней неонатальной смертности в учреждении. Если в 2005 году в учреждении произошло 4 случая поздней неонатальной смерти, то в последующие годы всего по 1, а в 2009 — ни одного. Несомненно, что такие показатели связаны с улучшением выхаживания детей с тяжелой патологией в поздний неонатальный период, наработанными методиками и высокой квалификацией персонала отделения патологии новорожденных.

Таким образом, в результате ввода в эксплуатацию областного перинатального центра в регионе произошло снижение младенческой и перинатальной смертности, в МОПЦ произошло ожидаемое увеличение перинатальной и ранней неонатальной смертности, связанное с адаптацией работы учреждения с тяжелым контингентом беременных и рожениц со всей области. Но уже к 2010 году уровни перинатальной и ранней неонатальной смертности в Мурманском областном перинатальном центре в результате адаптации персонала и предпринятых организационных мер пришли к прежним значениям.

#### **Оперативное родоразрешение.**

Операция кесарева сечения применяется в Мурманской области все чаще, это отражает как общероссийскую, так и общемировую тенденцию увеличения применения оперативного родоразрешения в интересах плода [2, 5]. Пик частоты оперативного родоразрешения приходится на 2008–2009 гг., т. е. на момент становления работы перинатального центра, до 199,2 на 1000 родов (частота возросла на 36,4% по сравнению с 2001 г.). При этом увеличение частоты кесарева сечения не привело к сопоставимому снижению перинатальной смертности. В 2010 году происходит некоторое снижение этого показателя — до 184,0 на 1000 родов (по Российской Федерации в 2010 г. — 210,0 на 1000 родов). Снижение частоты применения кесарева сечения произошло, в том числе, и за счет более частого применения вакуумэкстракции плода — в 2010 году частота использования этого метода оперативного влагалищного родоразрешения в 12 раз чаще, чем в 2001 году.

В центре частота операций кесарева сечения также растет. Как и предполагалось, пик роста пришелся на 2008 год (преобразование в ГУЗ «МОПЦ»): если в 2001 году частота оперативного родоразрешения была 18,6%, то в 2008 — 28,3%, а к 2010 году стала — 32,0%. Из анализа показаний к оперативному родоразрешению следует, что рост показаний для операции кесарева сечение произошел в основном за счет показаний со стороны плода (чаще всего это гипоксические состояния плода в родах). Мы связываем это не только с улучшением диагностики гипоксии плода в родах. В 2008 году в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» в ГУЗ «МОПЦ» поставлено достаточное количество (9 аппаратов) фетальных мониторов с автоматическим анализатором КТГ в родах Sonicaid TEAM IP с модулем IP TREND. С 2010 года обязательной стала запись кардиотокограммы при всех родах два и более раза (при поступлении в родильный зал, после амниотомии или излития околоплодных вод, во время 2-го периода родов). По нашему мнению, также существует большой элемент гипердиагностики. Таким образом, более точная и взвешенная диагностика гипоксического состояния плода даст резерв для снижения частоты применения кесарева сечения в ГУЗ «МОПЦ» и Мурманской области.

#### **Деятельность неонатологической службы.**

За последние 10 лет количество детей, родившихся живыми, в Мурманской области увеличилось на 9,8%. При этом, соответственно, растет и количество недоношенных детей, однако в процентном соотношении к общему числу новорожденных этот показатель не меняется и составляет около 4,5%. С 2008 года практически все преждевременные роды концентрируются в ГУЗ «Мурманский областной перинатальный центр», и смертность недоношенных детей резко снизилась, что привело к снижению неонатальной смертности.

Следует отметить качественный скачок в выхаживании новорожденных с экстремально низкой массой тела (менее 1000 г) с 2008 года. Это связано с тем, что с момента открытия в перинатальный центр начали централизованно поступать беременные с выраженной угрозой прерывания беременности и преждевременным отхождением околоплодных вод в сроке — после 22 недель гестации со всей области. Поэтому практически все новорожденные с экстремально низкой массой тела с 2008 года в Мурманской области рождались в учреждении родовспоможения третьего уровня (в МОПЦ), где им оказыва-

лась высококвалифицированная помощь на этапе родов акушерами-гинекологами, имеющими навыки в работе с родами во 2-м триместре беременности, соответственно больше плодов выжили в родах [6]. Так, если в 2001 году в области выжило 5 детей с экстремально низкой массой тела при рождении, то в 2010 — уже 17 детей переведено на 2-й этап выхаживания. Все дети с экстремально низкой массой тела при рождении в Мурманской области, выжившие в 2010 году, родились в ГУЗ «МОПЦ».

#### **Кочный фонд.**

При появлении перинатального центра повысилась средняя занятость койки для беременных и рожениц по области на 23 % (с 246,6 дней в 2001 году до 303,0 дней в 2010 году). Это прежде всего связано с возросшей нагрузкой на койки МОПЦ при сохранении прежнего кочного фонда в учреждении и сокращением акушерского кочного фонда в области (в 2010 году закрыты родильные дома в городах Кола и Апатиты). Недостаток кочного фонда для рожениц может в будущем негативно сказаться на гнойно-септической заболеваемости, так как из-за высокой занятости койки (среднее число дней работы акушерской койки в МОПЦ в 2010 году — 485,1) нет возможности предоставить «отдых» палатам [3]. Частично этот вопрос может быть решен вводом дополнительного акушерского физиологического отделения МОПЦ на 30 коек в 2012 году.

Следует отметить резкое снижение средней длительности пребывания на койке патологии беременности по области сразу после введения в работу Мурманского областного перинатального центра (19,4 в 2007 году и 12,7 в 2008 году). Мы связываем это с тем, что с момента организации МОПЦ практически половина коек патологии беременности учреждения работала на область. В условиях МОПЦ происходит более быстрая диагностика и терапия акушерской и экстрагенитальной патологии, и, как следствие, средняя длительность пребывания на койке стала меньше.

За последние 10 лет общее количество коек в учреждении осталось прежним — 171. Однако это произошло исключительно из-за того, что в учреждении вводились новые подразделения: 10 коек дневного стационара в 2004 году (сокращены до 3 к 2010 году) и 30 коек отделения патологии новорожденных и недоношенных детей в июле 2006 года. Произошло уменьшение количества коек акушерского отделения на 25 % (с 20 в 2001 году, до 15 в 2010 году), отделения новорожденных на 15 % (с 34 в 2001 году до 29 в 2010 году), гинеколо-

гического отделения на 44 % (с 50 в 2001 году до 28 в 2010 году). Неизменным осталось количество коек отделения реанимации новорожденных (6) и патологии беременных (40). Таким образом, количество коек непосредственно акушерского стационара не только не увеличилось после преобразования МУЗ «Родильный дом № 2» в ГУЗ «МОПЦ» в 2008 году, но даже сократилось на 9 % (с 120 в 2001 году до 110 в 2010 году), что по нашему мнению, не отвечает современным требованиям. Поток пациенток с 2008 года значительно увеличился, в частности, количество родов увеличилось на 32,1 % (с 1282 в 2001 году до 1694 в 2010 году). Требуется увеличение кочного фонда отделения реанимации новорожденных, так как с 2008 года отделение стало принимать практически всех новорожденных, требующих реанимационных мероприятий, со всей Мурманской области. То же самое касается и отделения патологии беременных — с 2008 года в этом отделении концентрируются беременные с наиболее сложными заболеваниями и высоким риском со всей Мурманской области, при этом кочный фонд остался прежним — на уровне городского родильного дома.

#### **ВЫВОДЫ:**

Таким образом, введение перинатального центра на Кольском Севере благоприятно повлияло на акушерскую и неонатологическую службы региона. Однако до сих пор остаются нерешенными следующие проблемы:

1. Острый дефицит кочного фонда, особенно коек для беременных и рожениц, коек реанимации и интенсивной терапии новорожденных в области в ГУЗ «МОПЦ»
2. Отсутствие протокола диагностики острого гипоксического состояния плода, требующего оперативного родоразрешения.
3. Несовершенный список показаний для госпитализации женщин в ГУЗ «МОПЦ»
4. Недостаточная работа с учреждениями родовспоможения области по соблюдению правил направления женщин в ГУЗ «МОПЦ» в соответствии с разработанным списком показаний для госпитализации.

#### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Володин Н. Н. Руководство по организации и деятельности перинатального центра. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 13 с.
2. Кулаков В. И., Чернуха Е. А., Комиссарова Л. М. Кесарево сечение. — М.: Триада-Х, 2004. — 21 с.
3. Леонов С. А., Сон И. М., Суханова Л. П. и др. Руководство по анализу деятельности службы

охраны материнства и детства Российской Федерации – М.: ЦНИИОИЗ, 2009. – С. 10–11, 15, 35, 38.

8. Предварительные итоги Всероссийской переписи населения 2010 года: стат. сб. – М.: Росстат. 2011. – С. 7–8.
9. *Радзинский В. Е.* Акушерская агрессия, как причина снижения качества родовспоможения // *Материалы VI Росс. Форума Мать и дитя.* – М., 2004. – С. 183–184.
10. *Сидельникова В. М., Антонов А. Г.* Преждевременные роды. Недоношенный ребенок. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 20 с.

#### **INFLUENCE OF TRANSFORMATION THE MUNICIPAL MATERNITY HOSPITAL INTO REGIONAL PERINATAL CENTRE ON INDICATORS OF WORK OBSTETRIC AND NEONATAL REGIONAL SERVICES (ON AN EXAMPLE OF THE KOLA NORTH)**

*Pryalukhin I. A.*

◆ **Resume.** In the article the author describes the changes in obstetric and neonatal services of the Kola North after reorganizing the municipal maternity hospital into the regional perinatal center. Detailed description of changes in birthrate, bed space, perinatal and neonatal death rates, caesarean section rates, archiverments in nursering newborns with extremely low birth weights is given in the article. Also in the article marked unsolved problems of obstetric and neonatal services of regional health care system and Murmansk Regional Perinatal Centre.

◆ **Key words:** perinatal centre; municipal maternity hospital; Kola North; obstetric service; neonatal service.

#### ◆ Информация об авторах

*Прялухин Иван Александрович* – аспирант кафедры социальной педиатрии и организации здравоохранения ФПК и ПП педиатрическая медицинская академия Минздравсоцразвития России.  
194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. Кафедра социальной педиатрии и организации здравоохранения ФПК и ПП.  
E-mail: baho0703@mail.ru.

*Pryalukhin Ivan Alexandrovich* – post-graduate at the department of social pediatrics and public health postgraduate education SPbGPMA of Health Ministry of Russia.  
Saint-Petersburg State Pediatric Medical Academy of Health Ministry of Russia.  
194100, St. Petersburg, Litovskaya str., 2.  
E-mail: baho0703@mail.ru.



© И. В. Григорьева

Научно-исследовательский институт  
гриппа Северо-Западного отделения  
РАМН

**Резюме.** Проанализировано 12 историй болезней пациентов, умерших от гриппа сезона 2009–2010 г. Установлено, что пациенты поздно обратились за медицинской помощью, имели тяжелые сопутствующие заболевания, не получали или получали неадекватную противовирусную терапию.

**Ключевые слова:** грипп; осложнения гриппа.

## КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНЫХ СЛУЧАЕВ ГРИППА СЕЗОНА 2009– 2010 ГГ. В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

Грипп — острая вирусная инфекция, передающаяся воздушно-капельным путем, характеризуется острым началом, интоксикацией, лихорадкой и поражением респираторного тракта [5]. По частоте и количеству случаев грипп и острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) занимают первое место среди инфекционных заболеваний. В России ежегодно регистрируют от 27,3 до 41,2 млн. заболевших гриппом и другими ОРВИ [1]. Особенностью этой инфекции является невероятная быстрота распространения. Ежегодно в мире гриппом болеют от 3 до 5 млн. человек. Эпидемии гриппа возникают с периодичностью 1–3 года, но эпидемические вспышки отмечаются ежегодно. Экономический ущерб, причиняемый гриппом и ОРВИ в Российской Федерации, ежегодно составляет 86% от экономических потерь, наносимых инфекционными заболеваниями [3, 4]. По мере изучения патогенеза гриппа становится все более очевидным, что возбудитель гриппа способен поражать не только респираторный тракт, но и другие органы и ткани, например мозг, кровеносные сосуды, сердце [2]. Неблагоприятные исходы чаще всего наблюдаются у лиц с сопутствующими хроническими заболеваниями, такими как болезни сердечно-сосудистой, дыхательной систем, сахарный диабет и др. [6].

Цель исследования — провести клинико-эпидемиологический анализ летальных случаев гриппа сезона 2009–2010 гг в Санкт-Петербурге.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Было проанализировано 12 историй болезни пациентов, умерших в период с 4-й недели 2009 г. по 4-ю неделю 2010 г. от гриппа в Санкт-Петербурге и Ленинградской области.

Анализировали возраст, пол, сроки от начала заболевания до госпитализации и до наступления летального исхода, тяжесть при поступлении и тяжесть течения заболевания, преморбидный фон, характер проводимой терапии. Диагноз «грипп» подтверждали методом ПЦР — диагностики морфологического материала (кровь, кусочки легких) в лаборатории молекулярной вирусологии и генной инженерии НИИ гриппа СЗО РАМН, Санкт-Петербурга. Исследование проводили в день поступления материала методом ОТ-ПЦР в режиме реального времени с использованием комплекта реагентов, рекомендованных CDC (Атланта, США), и ПЦР-комплекта варианта FRT АмплиСенс Influenza virus A/H1-swine-FL ФГУН ЦНИИЭ Роспотребнадзора.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Средний возраст умерших пациентов  $39,9 \pm 10,5$  лет (колебания от 27 до 53 лет), 8 мужчин и 4 женщины. Вирус гриппа A/H1N1v был подтвержден в 9 случаях (75%), грипп A/H3N2 (сезонный) в 1 случае, и в одном случае вирус гриппа А не был верифицирован. В 1 случае вирус гриппа не был обнаружен, но клинико-эпидемиологическое обследование и пост-

УДК: 616.2

моральное морфологическое обследование органов и тканей позволили диагностировать грипп.

Госпитализация больных была произведена в среднем на 6-е сутки заболевания  $\pm 2,5$  дня (минимум — 3-и, максимум — 11-е). До госпитализации 10 пациентов (83,3%) не обращались за медицинской помощью, 2 больных (16,6%) находились на амбулаторном лечении. У всех больных при поступлении наблюдался ярко выраженный синдром интоксикации: лихорадка ( $38,9 \pm 0,7$  °C), слабость, головная боль. Все больные предъявляли жалобы на сильный кашель, одышку, насморк. Состояние их расценивалось как тяжелое. Сопутствующие заболевания, такие как заболевания сердечно-сосудистой системы были у 3 человек (25%), хроническая обструктивная болезнь легких — у 3 (25%), алкогольная болезнь — у 1 (8,3%), ожирение II ст. — у 2 (16,6%), 3 пациентов (25%) не имели сопутствующих хронических заболеваний. В стационаре всем проводилась массивная антибактериальная терапия с использованием цефалоспоринов III поколения, карбопенемов. Противовирусную терапию с использованием препарата «Тамифлю» получали только 4 больных (33,3%), поступивших на поздних сроках заболевания. Все пациенты находились на лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии. Смерть наступила минимально на 7-й день болезни, максимально на 28-й день болезни (в среднем). Койко-день составил  $9 \pm 5,8$  дней (от 2 до 23 дней). Причиной смерти в 6 случаях (50%) стала острая дыхательная недостаточность, в 1 случае (8,3%) — сепсис, в 1 (8,3%) случае — острая сердечно-сосудистая недостаточность, в 2 (16,6%) случаях — легочно-сердечная недостаточность, сочетание острой дыхательной и острой сердечно-сосудистой недостаточности — в 1 (8,3%) случае и сочетание сепсиса с острой дыхательной недостаточностью — в одном (8,3%) случае. Патологоанатомический диагноз «Вирусная тотальная геморрагическая пневмония» был поставлен 5 (41,6%) больным, «Внебольничная геморрагическая вирусно-бактериальная пневмония» — 7 (58,3%) больным.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ летальных случаев гриппа сезона 2009–2010 гг. показал, что умершие больные поздно обратились за медицинской помощью, большинство имели

тяжелые сопутствующие заболевания и не получали или получали неадекватную противовирусную терапию. В связи с вышеизложенным, для уменьшения количества летальных случаев в следующих эпидсезонах необходимо:

1. совершенствовать санитарно-просветительную работу с населением на предмет важности раннего обращения за медицинской помощью при возникновении первых симптомов гриппа и ОРВИ;
2. назначать противовирусную терапию гриппа при первичном обращении пациента за медицинской помощью.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Литвинова О. М., Смородинова Е. А., Деева Э. Г. и др. Этиология современного гриппа // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. — 2001. — № 1. — С. 5–9.
2. Лучшеев В. И., Жаров С. Н. Грипп и птичий грипп // РМЖ. — 2008. — №1. — С. 44.
3. Лусс Л. В. Современные принципы диагностики и терапии гриппа // РМЖ. — 2007. — №5. — С. 407.
4. Онищенко Г. Г. Новости вакцинопрофилактики. Вакцинация. Информационный бюллетень. 2006. — № 3 (45). — С. 2.
5. Рахманова А. Г., Лобзин Ю. В., Яковлев А. А., Комарова А. Я. Тяжелый острый респираторный синдром. Severe acute respiratory syndrome (SARS). (Атипичная пневмония). — СПб.: ИД СПбМАПО, 2004. — 128 с.
6. Салтыкова Т. С. Отсроченная смертность при гриппе и тактика вакцинопрофилактики этой инфекции среди лиц пожилого возраста. // Эпидемиология и инфекционные болезни. — 2008. — № 2. — С. 56.

## CLINIC-EPIDEMIOLOGICAL ANALYSIS OF LETHAL CASES OF INFLUENZA DURING THE PERIOD OF 2009–2010

Grigorieva I. V.

◆ **Resume.** Twelve disease histories of the patients who have died from influenza during the period of 2009-2010 were analysed. It was determined that the patients have addressed for the medical aid too late, they had complicated accompanied diseases and they have not got any or they have got not adequate antiviral therapy.

◆ **Key words:** influenza; influenza complications (flu).

## ◆ Информация об авторе

Григорьева Ирина Валерьевна — асс. кафедры инфекционных болезней взрослых и эпидемиологии СПбГПМА  
Кафедра инфекционных болезней взрослых.  
Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия.  
Литовская ул., 2, Санкт-Петербург, 194100.  
E-mail: yanihina@mail.ru.

Grigorieva Irina Valerievna — department of infectious diseases at adults.  
Saint-Petersburg, State Pediatric Medical Academy.  
Litovskaya street, 2, Saint-Petersburg, 194100.  
E-mail: yanihina@mail.ru.

© О. И. Афанасьева,  
Е. Г. Головачева, Е. А. Никитина,  
В. П. Дриневский

## ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОСЕЛЬТАМИВИРА В ПЕДИАТРИИ

Отделение респираторных вирусных инфекций у детей  
ФГБУ Научно-исследовательский институт гриппа Минздравсоцразвития РФ

**Резюме.** Представлены клинико-лабораторные данные по изучению эффективности осельтамивира (в капсулах и в суспензии) у 88 детей в возрасте с 1 до 17 лет, инфицированных разными штаммами вирусов гриппа, в том числе и вирусом типа А/Н1N1/Калифорния/04/09. Показано статистически значимое сокращение основных клинических синдромов гриппа у детей разного возраста, более выраженное при назначении его в первые 24 часа от начала заболевания; отмечена нормализация баланса в системе «ПОЛ–АОЗ».

**Ключевые слова:** грипп; дети; осельтамивир; перекисное окисление липидов (ПОЛ); антиоксидантная защита (АОЗ).

В последний эпидемический сезон в качестве препарата выбора для лечения гриппа, обусловленного пандемическим штаммом А(Н1N1)/Калифорния/04/09, предлагался препарат селективного действия — ингибитор нейраминидазы — осельтамивир, блокирующий ключевой фермент репликации вирусов гриппа А и В — нейраминидазу, контролирующую процессы инфицирования клеток хозяина и выхода из них вирионов препарат разрешен для применения с лечебной и профилактической целью у детей с 1 года [3, 10, 11].

Как показали наблюдения последних лет, наиболее распространенной патологией в детском возрасте, на фоне которой развивался грипп, были различные виды аллергии — аллергодерматит, персистирующий ринит и бронхиальная астма, неврологическая патология различного генеза, ЛОР-заболевания и пр. Это являлось причиной снижения иммунной защиты, а появление в популяции вирусов гриппа, резистентных к известным противовирусным препаратам, приводило к неэффективности противовирусной терапии [5, 6]. Поэтому изучение терапевтического действия ингибитора нейраминидазы осельтамивира при лечении гриппа у детей разного возраста являлось основной целью настоящего исследования.

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведено комплексное клинико-лабораторное обследование 88 детей, госпитализированных в первые 2 суток от начала заболевания с температурой 39,0° и выше, с проявлениями нейро- и/или капилляротоксикоза, катаральными явлениями и пр. Из них 28 детей в возрасте с 1 года до 7 лет, и 60 детей — от 8 лет и старше. Грипп был подтвержден в 71,5% случаев. Преобладали вирусы гриппа типа А/Н3N2, А/Н1N1, в том числе А/Н1N1/Калифорния/04/09, реже встречались вирусы гриппа типа В [4].

Осельтамивир получали в двух лекарственных формах (в капсулах или в суспензии, в зависимости от возраста). При массе тела менее 15 кг — 30 мг, от 15 до 23 кг — 45 мг, более старшим — 75 мг 2 раза в день на протяжении 5 дней.

Из лабораторных методов исследования оценивались клинические анализы крови, мочи, у 60 детей проведены биохимические исследования — определение образования продукта перекисного окисления липидов (ПОЛ) — малонового диальдегида (МДА) и компонентов антиоксидантной защиты (АОЗ) — содержание общего антиоксиданта в сыворотке крови (ОАО) и супероксиддисмутазы (СОД) в эритроцитах [8, 9, 12].

Статистическая обработка данных проводилась с использованием компьютерных программ Microsoft Excel 7.0 и Statistica 5.5 (StatSoft Inc., США), применялись критерии Стьюдента и Манна–Уитни. Изменение количественных переменных в оценивали с помощью критерия Вилкоксона. Статистически значимыми считали различия при  $p < 0,05$ .

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При сравнительном анализе клинической симптоматики гриппа у детей старшего возраста установлено, что на фоне препарата сокращался острый период течения инфекции, при этом статистически значимо быстрее угасали основные симптомы инфекционного процесса по сравнению с контрольной группой (табл. 1).

УДК: 616.2

Таблица 1.

Продолжительность клинических симптомов гриппа и ОРВИ у детей при изучении лечебной эффективности осельтамивира

Клинические симптомы		Продолжительность симптомов в днях (M ± m)			
		Грипп (n = 35)		ОРВИ (n = 25)	
		Осельтамивир n = 22	Контроль n = 13	Осельтамивир n = 12	Контроль n = 13
Повышение t°C (100 %)	38,6–39,0	1,3 ± 0,3*	3,6 ± 0,2	3,9 ± 0,2**	4,5 ± 0,3
	>39	1,5 ± 0,2*	3,1 ± 0,2	3,2 ± 0,1**	3,9 ± 0,1
Интоксикация (100 %)	Адинамия, гол. боль	2,2 ± 0,2*	4,3 ± 0,2	4,1 ± 0,2**	4,5 ± 0,2
	Миалгия (миозит)	2,4 ± 0,2*	4,7 ± 0,2	0	0
	Нейротоксикоз	2,2 ± 0,2	3,1 ± 0,2	2,2 ± 0,2	3,3 ± 0,2
	Носовое кровотечение	1,5 ± 0,2	1,5 ± 0,2	1,6 ± 0,2	1,8 ± 0,2
Катаральные симптомы (100 %)	Ринит	3,8 ± 0,1*	5,8 ± 0,2	5,4 ± 0,2**	6,1 ± 0,2
	Кашель	4,2 ± 0,2	5,2 ± 0,2	6,7 ± 0,2**	6,7 ± 0,2
	Конъюнктивит	1,2 ± 0,1	2,0 ± 0,2	3,2 ± 0,2**	4,4 ± 0,2
	Осиплость голоса	2,0 ± 0,3*	3,9 ± 0,2	3,5 ± 0,2	3,9 ± 0,2
Изменения в легких		0	0	4,3 ± 0,2**	5,0 ± 0,2
Обструктивный синдром		1,5 ± 0,2	1,9 ± 0,2	4,3 ± 0,2**	5,4 ± 0,2
Стеноз гортани		2,0 ± 0,2	2,0 ± 0,2	3,4 ± 0,2	4,0 ± 0,2
Продолжительность заболевания		4,9 ± 0,2*	6,9 ± 0,2	7,1 ± 0,2**	7,8 ± 0,2

\* – различия показателей статистически достоверны по отношению к контрольной группе;

\*\* – различия показателей статистически достоверны по отношению к основной группе пациентов с гриппом.

Влияние препарата на катаральный синдром (при гриппозной инфекции был слабо выраженным) касалось отдельных симптомов — ринита и осиплости голоса, сокращая их продолжительность на 2,0 дня ( $p < 0,05$ ). В наших наблюдениях синдром бронхообструкции при гриппе наблюдался, как правило, у детей с бронхиальной астмой, хотя был непродолжительным и осложнений со стороны легких не наблюдалось. Длительность интоксикационного синдрома у пациентов, получавших осельтамивир при гриппе, сокращалась в среднем на 2,3 дня, при этом продолжительность всего инфекционного процесса в целом была короче на 2 дня ( $p < 0,05$ ). Кроме того, у пациентов с верифицированным гриппом обращало на себя внимание наличие миалгий в 16,7% случаев, которые при лечении осельтамивиром исчезали по мере снижения температуры и других симптомов интоксикации на  $2,3 \pm 0,2$  дня раньше по сравнению с группой контроля ( $p < 0,05$ ). Носовые кровотечения возникали на высоте температуры у детей старшей возрастной группы (в 10,4%), носили кратковременный характер.

У некоторых детей старшего возраста, несмотря на довольно типичную клиническую симптоматику (нейротоксикоз, подъем температуры до 39–40 °С, катаральный синдром, миалгии), объясняющую назначение препарата с первых дней поступления, грипп не был подтвержден лабораторно и регистрировался с учетом эпидситуации. Но эти пациенты также получали осельтамивир, что позволило провести сопоставление эффективности препарата при гриппе и при ОРВИ негриппозной этиологии.

Более выраженная эффективность осельтамивира показана при лечении гриппа, тогда как при ОРВИ негриппозной этиологии его действие на основные клинические симптомы заболевания менее значительно.

В эпидемический сезон 2008–2009 гг. в стационар поступали, как правило, пациенты младшего возраста, у которых наблюдалось более длительное течение инфекционного процесса, а число тяжелых форм гриппозной инфекции было заметно выше, чем в предыдущий сезон. Это, вероятно, связано не только с возрастными особенностями детского организма, но и с появлением высокопатогенных пандемических штаммов вирусов гриппа, в частности А(Н1N1) Калифорния/04/09. Тяжесть состояния у них при поступлении была обусловлена симптомами общей интоксикации с характерным клиническим проявлением нейротоксикоза — судорожным синдромом, причем не только на высоте лихорадки  $>39,0$  °С, но и при температуре 37,5–38,0 °С, а проявления капилляротоксикоза в виде микродиapedзной геморрагической сыпи, появляющейся на 2–3 день заболевания в области лица и грудной клетки, наблюдались достоверно чаще, чем у старших, являясь свидетельством высокой вирулентности возбудителя. У этих же пациентов наряду с катаральными явлениями в незначительном проценте случаев имел место синдром бронхообструкции.

На фоне применения осельтамивира (в суспензии и/или в капсулах) у детей в возрасте с 1 года до 7 лет отмечено достоверное снижение продолжительно-

сти лихорадочного периода на 2,9 дня, других симптомов интоксикации в среднем на 1,9 дня ( $p \leq 0,05$ ), что наблюдалось и у более старших больных. Но в этой группе пациентов, получавших препарат, следует отметить статистически значимые различия в продолжительности нейротоксикоза ( $2,0 \pm 0,2$  дня против  $4,1 \pm 0,2$  в контрольной группе), тогда как у

детей > 8 лет эти различия были менее выражены и статистически не достоверны (табл. 2).

Обструктивный синдром и стенозирующий ларинготрахеит, характерные для младшей возрастной группы, имели большую продолжительность по сравнению со старшей возрастной категорией пациентов. Тем не менее, именно в этой группе на

Таблица 2.

Продолжительность клинических симптомов гриппа у детей разных возрастных групп при изучении лечебной эффективности осельтамивира

Клинические симптомы		Продолжительность симптомов гриппа в группах наблюдения (в днях)			
		8–17 лет (n=35)		1–7 лет (n=28)	
		Осельтамивир n=22	Контроль n=13	Осельтамивир n=14	Контроль n=14
Повышение t °C (100%) 38,6–39,0		1,3±0,3*	3,6±0,2	2,0±0,2*	4,9±0,2
Симптомы интоксикации	Миалгия (миозит)	2,4±0,2*	4,7±0,2	2,1±0,2*	4,9±0,2
	Нейротоксикоз	2,2±0,2	3,1±0,2	2,0±0,2*	4,1±0,2
	Геморрагическая сыпь	1,0±0,2	1,3±0,2	1,5±0,2	1,9±0,2
	Носовое кровотечение	1,5±0,2	1,5±0,2	0	0
Катаральные симптомы (100%)	Ринит	3,8±0,1*	5,8±0,2	4,2±0,1*	6,8±0,2
	Кашель	4,2±0,2	5,2±0,2	4,2±0,2*	6,8±0,2
	Осиплость голоса	2,0±0,3*	3,9±0,2	3,3±0,2	3,6±0,2
Обструктивный синдром		1,5±0,2	1,9±0,2	5,0±0,2*	6,8±0,2
Стеноз гортани		2,0±0,2	2,0±0,2	3,0±0,2*	4,6±0,2
Продолжительность заболевания		4,9±0,2*	6,9±0,2	5,1±0,2*	6,9±0,2

\* – различия показателей статистически значимы по отношению к контрольной группе.

фоне приема осельтамивира отмечалось достоверно более значимое снижение длительности данных симптомов, что, возможно, связано с особенностями интерференообразования при гриппозной инфекции у детей в зависимости от уровня поражения респираторного тракта. Как было показано ранее, при гриппе, сопровождающемся острым стенозирующим ларинготрахеитом или поражением бронхов, в начале заболевания средние уровни индуцированной продукции ИФН- $\alpha$  и - $\gamma$  ниже, чем у детей с неосложненным течением инфекционного процесса [1, 2]. Но высокая функциональная активность ИКК у детей младшей возрастной группы в совокупности со способностью вирусов гриппа стимулировать выработку спонтанного интерферона, при снижении антигенной нагрузки, вероятно, объясняет тот факт,

что терапевтическая эффективность осельтамивира у детей от 1 до 7 лет в данном исследовании оказалась даже более выраженной, чем у старших.

Вместе с тем продолжительность всего заболевания в целом на фоне приема препарата достоверно сокращалась на  $1,8 \pm 0,2 - 2,0 \pm 0,2$  дня в сравнении с контрольными группами пациентов, независимо от возраста.

Кроме того, следует отметить особую роль системы перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты (ПОЛ–АОЗ) в патогенезе гриппа, дисбаланс в которой может вызвать тяжелое течение инфекционного процесса с развитием осложнений [7].

Было показано, что при лечении гриппа осельтамивиром наблюдается снижение ПОЛ и повышении уровня АОЗ, что способствовало более быстрому выздоровлению пациентов (таблица 3).

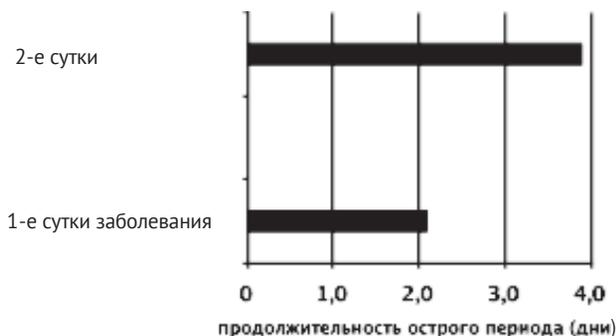
Таблица 3.

Динамика показателей ПОЛ–АОЗ у детей с гриппозной инфекцией при изучении лечебной эффективности осельтамивира

Группы	Общий антиоксидант М±m		Супероксиддисмутаза М±m		МДА в сыворотке крови М±m			
	I	II	I	II	Спонтанная		Прирост после стимуляции	
					I	II	I	II
Осельтамивир	1,32±0,04	1,63±0,04**	152,3±2,6	175,3±2,5*	3,62±0,1	2,84±0,1**	1,94±0,1	1,63±0,1***
Контроль	1,35±0,03	1,32±0,02	156,5±2,6	160,2±2,8	3,51±0,1	3,42±0,1	2,03±0,1	1,85±0,1
Норма [7, 8, 9]	1,28–1,83 ммоль/л		164,0–240,0 Ед/л		2,62–3,58 мкмоль/л		0,58–2,40 мкмоль/л	

I – исследование в начале заболевания; II – исследование в период ранней реконвалесценции;

\* –  $p < 0,05$  по отношению к 1 исследованию; \*\* – по отношению к контрольной групп.



**Рисунок 1.** Продолжительность острого периода гриппа в зависимости от сроков назначения осельтамивира

Следует также отметить наибольшую клиническую эффективность осельтамивира при назначении его в первые сутки от начала появления основных клинических синдромов, тогда как в последующие сутки назначения его действие заметно снижается (рисунок 1).

В наших наблюдениях у всех пациентов каких-либо нежелательных явлений, связанных с приемом осельтамивира, зарегистрировано не было, что совпадает с данными большинства авторов [13, 14].

Не было выявлено и отрицательного влияния осельтамивира на динамику показателей периферической крови. Проведенная оценка динамики биохимических показателей (мочевины, печеночных ферментов АлАТ, АсАТ и щелочной фосфатазы в сыворотке крови) показала отсутствие нежелательного воздействия препарата на печень и выделительную систему пациентов, подтверждая безвредность применения осельтамивира в комплексной терапии больных гриппом.

## Выводы

1. Ингибитор нейраминидазы осельтамивир (Тамифлю) является эффективным противовирусным препаратом в терапии гриппа у детей разного возраста.
2. Показана более выраженная эффективность препарата при лечении гриппа, тогда как при ОРВИ негриппозной этиологии его действие на основные клинические симптомы заболевания менее значительно.
3. Назначение осельтамивира при гриппе способствовало сокращению основных клинических симптомов и общей продолжительности заболевания.
4. Лечебная эффективность осельтамивира, назначенного в первые сутки заболевания, достоверно выше, чем при назначении его в более поздний период.
5. На фоне приема препарата отмечалась нормализация баланса в системе «ПОЛ-АОЗ».

6. При назначении осельтамивира нежелательных эффектов, требующих его отмены, не выявлено.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Головачева Е. Г., Осидак Л. В., Образцова Е. В., Афанасьева О. И. Продукция интерферонов у детей с острыми респираторными вирусными инфекциями // Медицинская иммунология, 2009. — Т. 11, № 2–3. — С. 205–214
2. Железникова Г. Ф., Иванова В. В. Иммунопатогенез осложненного, затяжного или хронического течения инфекций у детей и подходы к иммунокоррекции // Детские инфекции. — 2003. — №3. — С. 58–61.
3. Колбин А. С., Иванюк А. Б., Харчев А. В. Осельтамивир в педиатрической практике (мировой опыт применения) // Педиатрическая фармакология. — 2008. — Т.5. — №6. — С. 16–21.
4. Киселев О. И., Маринич И. Г., Соминина А. А. и др. Грипп и другие респираторные вирусные инфекции: эпидемиология, профилактика, диагностика и терапия — СПб, 2003. — 244 с.
5. Покровский В. И., Львов Д. К., Киселев О. И., Ершов Ф. И. Грипп и гриппоподобные инфекции (включая особо опасные формы гриппозной инфекции). Фундаментальные и прикладные аспекты изучения // Бюллетень проблемной комиссии. — Выпуск 2. — 2008. — 109 с.
6. Чувиров Г. Н., Маркова Т. П. Актуальные вопросы противовирусной терапии // РМЖ. — 2002. — № 3. — (10). — С. 115–118.
7. Чучалин А. Г. Система оксиданты-антиоксиданты и пути медикаментозной коррекции // Пульмонология. — 2004. — № 2. — С. 111–115.
8. Cass A. E. G. Superoxide dismutases // Top. Mol. Struct. Biol. — 1985. — 6 — P. 121–156.
9. David R. Janero. Malondialdehyde and thiobarbituric acid-reactivity as diagnostic indices of lipid peroxidation and peroxidative tissue injury // Free Radical Biology & Medicine. — 1990. — Vol. 9. — P. 515–540.
10. Gubareva L. V., Hayden F. G. M2 and neuraminidase inhibitors: antiinfluenza activity, mechanisms of resistance and clinical effectiveness. In: Kawaoka Y, ed. Influenza virology: current topics. Wymondham, United Kingdom: Caister Press, 2006:169–202.
11. Jennifer L. Nayak, John J. Treanor. (2010) Antiviral Treatment and Prophylaxis of Influenza Virus in Children // Pediatric Annals. — 38:12, 667–674.
12. Miller N. J., Rice-Evans C., Davies M. J. et al. A novel method for measuring antioxidant capacity and its application to monitoring the antioxidant status in premature neonates // Clinical Science. — 1993. — V. 84. — P. 407–412.

13. *Nicholson K. G., Aoki F. Y., Osterhaus ADME, et al.* Efficacy and safety of oseltamivir in treatment of acute influenza: a randomised controlled trial // *Lancet*. – 2000. – 355:1845–50.
14. *Whitley R. J., Hayden F. G., Reisinger K. S.*, Oral oseltamivir treatment of influenza in children // *Pediatr Infect Dis J*. – 2001. – 20. – P.127–33.

#### THE THERAPEUTICAL EFFICACY OF OSELTAMIVIR IN PEDIATRICS

*Afanaseva O. I., Golovacheva E. G., Nikitina E. A., Drinevsky V. P.*

◆ **Resume.** Authors presented clinical-laboratory data on therapeutical efficacy of oseltamivir (in capsules and in suspension) at 88 children in the age of 1–17 years old infected different strains of viruses of influenza, including a virus of type A/H1N1/California/04/09. Statistically significant reduction of the basic clinical syndromes of influenza at children of the different age, more expressed at its appointment at the first day from the disease beginning, is shown; balance normalization in LPO-AOP system is noted.

◆ **Key words:** influenza; children; oseltamivir; lipid peroxidation (LPO); antioxidant protection (AOP).

#### ◆ Информация об авторах

*Афанасьева Ольга Ивановна* – к. м. н., ФГБУ НИИ гриппа Минздравсоцразвития, отделение РВИ у детей. 197376, Санкт-Петербург, ул. Проф. Попова, д. 15/17. E-mail: child@influenza.spb.ru.

*Головачева Екатерина Георгиевна* – к. м. н., ФГБУ НИИ гриппа Минздравсоцразвития, отделение РВИ у детей. 196376, Санкт-Петербург, ул. Проф. Попова, д. 15/17. E-mail: child@influenza.spb.ru.

*Никитина Екатерина Александровна* – н. с., ФГБУ НИИ гриппа Минздравсоцразвития, отделение РВИ у детей. 196376, Санкт-Петербург, ул. Проф. Попова, д. 15/17. E-mail: nikitka82@list.ru.

*Дринеvский Владимир Павлович* – д. м. н., профессор. ФГБУ НИИ гриппа Минздравсоцразвития, отделение РВИ у детей. 197376, Санкт-Петербург, ул. Проф. Попова, д. 15/17. E-mail: child@influenza.spb.ru.

*Afanasieva Olga Ivanovna* – MD, PhD.

Division of Children Respiratory Viral Infections SRI of the influenza. 197376 Saint Petersburg, Prof. Popov street, 15/17. E-mail: child@influenza.spb.ru.

*Golovachova Ekaterina Georgievna* – M.Sc. Division of Children Respiratory Viral Infections SRI of the influenza. 196376, Saint Petersburg, Prof. Popov st. 15/17. E-mail: child@influenza.spb.ru.

*Nikitina Ekaterina Alexandrovna* – M.Sc., Division of Children Respiratory Viral Infections SRI of the influenza. 196376, Saint Petersburg, Prof. Popov st. 15/17. E-mail: nikitka82@list.ru.

*Drinevsky Vladimir Pavlovich* – MD, PhD, doctor of medical science, professor. Division of Children Respiratory Viral Infections SRI of the influenza. 197376 Saint Petersburg, Prof. Popov str, 15/17. E-mail: child@influenza.spb.ru.

© К. Ю. Боярский, С. Н. Гайдуков

Кафедра акушерства и гинекологии,  
ГБОУ ВПО СПбГПМА

**Резюме.** В представленном случае описана монохориальная диамниотическая беременность после переноса одного эмбриона в модифицированном естественном цикле ЭКО. Также дан краткий клинический комментарий на этот случай.

**Ключевые слова:** монохориальная диамниотическая беременность; естественный цикл ЭКО.

## МОНОХОРИАЛЬНАЯ ДИАМНИОТИЧЕСКАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ ПОСЛЕ ПЕРЕНОСА ОДНОГО ЭМБРИОНА В ЕСТЕСТВЕННОМ МОДИФИЦИРОВАННОМ ЦИКЛЕ ЭКО

Пациентка П., 38 лет, страдающая трубным фактором бесплодия, с тремя перенесенными операциями на яичниках и маточных трубах и шестью попытками ЭКО в анамнезе. Предыдущие попытки ЭКО имели осложнения в виде плохого ответа на стимуляцию тонкого эндометрия и накопление жидкости в полости матки. 2 попытки ЭКО закончились выкидышами в первом триместре беременности с аномальным кариотипом плода. Овариальный резерв был низким (сывороточный уровень АМН < 0.5 нг/мл). Седьмая попытка ЭКО была выполнена в естественном цикле. Были назначены ежедневные инъекции антагонистом ГнРГ с низкой дозой ФСГ, когда ведущий фолликул достиг более чем 15 мм в диаметре. Через три дня, когда фолликул был 19 мм, доза ХГЧ составила 5000 МЕ и через 35 часов была произведена пункция. Однако после оплодотворения нормально развивался только один эмбрион. Через 72 часа после пункции был перенесен один 8-клеточный эмбрион. Три недели спустя при УЗИ была определена монохорионическая диамниотическая беременность. УЗИ на сроке 12,5 недель беременности показало отсутствие ультразвуковых маркеров хромосомных аномалий. В ноябре 2011 года на сроке 37,5 недель произошли роды, родились 2 здоровые девочки 2880 г и 2150 г.

Клинический комментарий. Данный случай показывает, что, несмотря на многочисленные предыдущие неудачные попытки ЭКО, сниженный овариальный резерв принадлежности пациентки к старшей возрастной группе не являются непреодолимым препятствием на пути к достижению успешной беременности.

Использование процедуры ЭКО в естественном цикле, с применением минимальных доз ФСГ и антагонистов ЛГРГ в большинстве позволяет получить зрелый ооцит. Преимуществом данного метода является то, что он позволяет получить ооцит у пациенток с низким ответом на овариальную стимуляцию или даже с его отсутствием. К недостаткам относится относительно низкая частота беременности по сравнению с обычным ЭКО, что связано с отсутствием выбора лучших эмбрионов при получении единственного ооцита [1, 2].

С другой стороны, монохориальная беременность — достаточно грозное явление в акушерской практике и сопровождается такими осложнениями, как трансфузионный синдром одного близнеца к другому, обвитие пуповиной и преждевременные роды. Также в литературе описаны такие осложнения, как повышенная перинатальная смертность, неврологические расстройства [3].

Согласно проведенным исследованиям, частота встречаемости монохориальной многоплодной беременности в общей популяции беременных не превышает 0,4%. Применение вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), таких как ЭКО, ИКСИ и надрезание блестящей оболочки эмбриона (вспомогательный хэтчинг), увеличивает вероятность монохориальной беременности до 1,6%, 2,4% и 3,2%, соответственно. Считается, что вероятность развития этого осложнения беременности при ВРТ прямо зависит от степени воздействия на блестящую оболочку эмбриона при манипуляциях при ВРТ. Также было отмечено, что культивирование эмбрионов до

УДК: 618.2

стадии бластоцисты также увеличивает вероятность развития монохориальной беременности в среднем до 2,7% (4).

Пересадка одного эмбриона крайне редко сопровождается образованием монохориальной беременности и данный случай должен быть рассмотрен с точки зрения опасности подобного осложнения.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. *Edwards R. G.* IVF, IVM, natural cycle IVF, minimal stimulation IVF - time for a rethink // *Reprod Biomed Online*. – 2007. – Vol. 15(1). – P. 106–119.
2. *Pelinck M. J., Knol H. M., Vogel N. E.* et al. Cumulative pregnancy rates after sequential treatment with modified natural cycle IVF followed by IVF with controlled ovarian stimulation // *Hum Reprod*. – 2008. – Vol. 23(8). – P. 1808–1814.
3. *Skiadas C. C., Missmer S. A., Benson C. B., Gee R. E., Racowsky C.* Risk factors associated with pregnancies containing a monochorionic pair following assisted

reproductive technologies // *Hum Reprod*. – 2008. – 23(6). – P. 1366–1371.

4. *Aston K. I., Peterson C. M., Carrell D. T.* Monozygotic twinning associated with assisted reproductive technologies: a review // *Reproduction*. – 2008. – Vol. 136(4). – P. 377–386.

#### MONOCHORIONIC DIAMNIOTIC TWINS PREGNANCY AFTER SINGLE EMBRYO TRANSFER IN NATURAL MODIFIED IVF CYCLE

*Boyrasky C. Y., Gaidukov S. N.*

◆ **Resume.** In presented case report a monochorionic diamniotic twins pregnancy after single embryo transfer in natural modified cycle is described. A short clinical commentary on this case is presented.

◆ **Key words:** monochorionic diamniotic twins pregnancy; modified natural IVF cycle.

#### ◆ Информация об авторах

*Боярский Константин Юрьевич* – ассистент кафедры акушерства и гинекологии ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия» Минздравсоцразвития России, к. м. н.

ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия» Минздравсоцразвития России.

194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2.

E-mail: boyarsky@pochta.ru.

*Гайдуков Сергей Николаевич* – д. м. н., профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия» Минздравсоцразвития России.

194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2.

E-mail: gaiducovsn@rambler.ru.

*Boyrasky Constantin Yurievich* – assistant Professor of the Department of obstetrics and gynecology, State Pediatric Medical Academy, Ph.D.

the Department of obstetrics and gynecology, State Pediatric Medical Academy.

194100, St. Petersburg, st. Litovskaya, N. 2.

E-mail: boyarsky@pochta.ru.

*Gaidukov Sergey Nikolaevich* – professor, Head of the Department of Obstetrics and Gynecology SPbSPMA.

194100, St. Petersburg, st. Litovskaya, N. 2.

E-mail: gaiducovsn@rambler.ru.



### СКРИПЧЕНКО НАТАЛЬЕ ВИКТОРОВНЕ ПРИСВОЕНО ПОЧЕТНОЕ ЗВАНИЕ «ЗАСЛУЖЕННЫЙ ДЕЯТЕЛЬ НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»



*Скрипченко  
Наталья Викторовна*

**УКАЗОМ ПРЕЗИДЕНТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ** от 16.12.2011 № 1642 «О награждении Государственными наградами Российской Федерации» за заслуги в научной деятельности **СКРИПЧЕНКО Наталья Викторовне** доктору медицинских наук, профессору, заместителю директора Федерального государственного учреждения «Научно-исследовательский институт детских инфекций», город Санкт-Петербург присвоено почетное звание «**ЗАСЛУЖЕННЫЙ ДЕЯТЕЛЬ НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**».

После окончания Ленинградского Педиатрического медицинского института (1983), интернатуры (1984), клинической ординатуры (1990) и аспирантуры (1993) в Ленинградском НИИ детских инфекций, работала в данном учреждении сначала в качестве научного сотрудника (1993–1994), затем старшего научного сотрудника (1995–1997) отдела нейроинфекций, а с 1997 года и по настоящее время — заместителем директора по научной работе. С 2001 года является научным руководителем отдела нейроинфекций НИИ детских инфекций. В 1990 г. избрана ассистентом кафедры инфекционных болезней у детей Факультета повышения квалификации и последипломной подготовки СПб Государственной Педиатрической медицинской академии, в 2004 г. — профессором и заместителем заведующего этой кафедры, а с 2008 г. — избрана по конкурсу заведующим этой же кафедры. В 2004 году с отличием окончила Российскую Академию Государственной службы при Президенте Российской Федерации по специальности «Государственное и муниципальное управление» специализация «Государственная служба и кадровая политика». Н. В. Скрипченко в 1993 году успешно защитила кандидатскую диссертацию на тему «Применение лейкоцитарной взвеси в терапии тяжелых форм бактериальных нейроинфекций у детей» по специальности «Инфекционные болезни». В 1993 году ей присуждена ученая степень кандидата медицинских наук, в 1997 году присвоено звание старшего научного сотрудника. В 1998 году успешно защитила докторскую диссертацию на тему «Современные клинико-патогенетические аспекты инфекционных заболеваний периферической нервной системы у детей и принципы терапии» по специальностям «Инфекционные болезни» и «Нервные болезни», в 2004 г. — присвоено звание профессора по специальности «Нервные болезни».

Скрипченко Н. В. создана научная школа, благодаря которой отработана целостная система оказания медицинской помощи детям с нейроинфекционной патологией, механизмы взаимодействия участковых педиатров, инфекционистов, неврологов, реаниматологов и эпидемиологов в подходах к ведению пациентов с нейроинфекциями. Это позволило существенно снизить летальность, сократить

экономические затраты на диагностику и лечение. Созданные методологические подходы к прогнозированию характера течения нейроинфекционного процесса, унифицированные принципы реабилитации и активной диспансеризации реконвалесцентов позволяют на современном уровне эффективно предотвращать хронизацию и улучшать исходы заболевания. Н. В. Скрипченко автор более 500 опубликованных научных работ, в том числе 24 монографий и руководств, 25 рационализатор-

ских предложений и заявок на изобретения, под ее руководством подготовлено и успешно защищено 6 докторских и 8 кандидатских диссертаций, посвященных актуальным проблемам нейроинфекций у детей. 5 диссертаций, готовятся к защите.

*Редколлегия Журнала поздравляет Н. В. Скрипченко с присвоением почетного звания и желает ей здоровья, много новых научных идей и творческого долголетия!*



## ПРАВИЛА ДЛЯ АВТОРОВ

Утв. приказом Генерального директора  
ООО «Издательство Н-Л» от 01.03.08

### НАСТОЯЩИЕ ПРАВИЛА ДЛЯ АВТОРОВ ЯВЛЯЮТСЯ ИЗДАТЕЛЬСКИМ ДОГОВОРОМ

Условия настоящего Договора (далее «Договор») являются публичной офертой в соответствии с п. 2 ст. 437 Гражданского кодекса Российской Федерации. Данный Договор определяет взаимоотношения между редакцией журнала «Педиатр» (далее по тексту «Журнал»), зарегистрированного Федеральной службой по надзору в сфере массовых коммуникаций, связи и охраны культурного наследия, именуемой в дальнейшем «Редакция» и являющейся структурным подразделением ООО «Издательство Н-Л», и автором и/или авторским коллективом (или иным правообладателем), именуемым в дальнейшем «Автор», принявшим публичное предложение (оферту) о заключении Договора. Автор передает Редакции для издания авторский оригинал или рукопись. Указанный авторский оригинал должен соответствовать требованиям, указанным в разделах «Представление рукописи в журнал», «Оформление рукописей». При рассмотрении полученных авторских материалов Журнал руководствуется «Едиными требованиями к рукописям, представляемым в биомедицинские журналы» (Intern. committee of medical journal editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals // Ann. Intern. Med. 1997; 126: 36–47).

В Журнале печатаются ранее не опубликованные работы по профилю Журнала.

Множественные и дублирующие публикации — это публикации статьи, материалы которой во многом совпадают с уже однажды опубликованными. Журнал не рассматривает работы, результаты которых по большей части уже были опубликованы или описаны в статьях, представленных или принятых для публикации в другие печатные или электронные средства массовой информации. Представляя статью, автор всегда должен ставить редакцию в известность обо всех направлениях этой статьи в печать и о предыдущих публикациях, которые могут рассматриваться как множественные или дублирующие публикации той же самой или очень близкой работы. Автор должен уведомить редакцию о том, содержит ли статья уже опубликованные материалы. В таком случае в новой статье должны быть ссылки на предыдущую. Копии таких материалов должны прилагаться к представляемой статье, чтобы дать редакции возмож-

ность принять решение, как поступить в данной ситуации. Не принимаются к печати статьи, представляющие собой отдельные этапы незавершенных исследований, а также статьи с нарушением «Правил и норм гуманного обращения с биообъектами исследований».

Размещение публикаций возможно только после получения положительной рецензии.

**Все статьи, в том числе статьи аспирантов и докторантов, публикуются бесплатно.**

### ПРЕДСТАВЛЕНИЕ РУКОПИСИ В ЖУРНАЛ

Авторский оригинал принимает редакция. Подписанная Автором рукопись должна быть отправлена в адрес редакции заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении или передана в редакцию лично. Рукопись представляется в двух экземплярах (коллективная рукопись подписывается всеми соавторами). Фотографии, слайды, негативы и рисунки, выполненные на прозрачной пленке, следует поместить в отдельный конверт из плотной бумаги. Вместе с авторским оригиналом на бумаге необходимо представить электронный вариант на CD, DVD или другом электронном носителе. Автор должен записать на носитель конечную версию рукописи и дать файлу название, состоящее из фамилии первого автора и первых 2–3 сокращенных слов из названия статьи.

### СОПРОВОДИТЕЛЬНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

К авторскому оригиналу необходимо приложить экспертное заключение о возможности опубликования в открытой печати (бланк можно получить по запросу на адрес nl@n-l.ru).

Экспертное заключение должно содержать:

- 1) название статьи, которое должно быть кратким, но информативным;
- 2) фамилию, имя и отчество каждого автора с указанием высшей из имеющихся у него ученых степеней (званий) и членства в различных обществах;
- 3) название отдела (отделения) и учреждения, в котором выполнялась данная работа;
- 4) отказы от каких-либо прав, если таковые имеются;
- 5) информацию о предшествовавших или повторных публикациях или о представлении в другой журнал любой части этой работы;

- 6) заявление об отсутствии финансовых претензий автора к другим авторам и издательству;
- 7) заявление о том, что статья прочитана и одобрена всеми авторами, что все требования к авторству соблюдены и что все авторы уверены, что рукопись отражает действительно проделанную работу;
- 8) имя, адрес, телефонный номер и e-mail автора, ответственного за корреспонденцию и за связь с другими авторами по вопросам, касающимся переработки, исправления и окончательного одобрения пробного оттиска;
- 9) к рукописи необходимо прилагать все разрешения на воспроизведение уже опубликованного материала, использование иллюстраций или информацию, по которой можно установить личность людей, представленных на фотографиях, а также на указание фамилий лиц, внесших вклад в данную работу.

Рукопись считается поступившей в Редакцию, если она представлена комплектно и оформлена в соответствии с описанными требованиями. Предварительное рассмотрение рукописи, не заказанной Редакцией, не является фактом заключения между сторонами издательского Договора.

При представлении рукописи в Журнал Авторы несут ответственность за раскрытие своих финансовых и других конфликтных интересов, способных оказать влияние на их работу. В рукописи должны быть упомянуты все лица и организации, оказавшие финансовую поддержку (в виде грантов, оборудования, лекарств или всего этого вместе), а также другое финансовое или личное участие.

## АВТОРСКОЕ ПРАВО

Редакция отбирает, готовит к публикации и публикует переданные Авторами материалы. Авторское право на конкретную статью принадлежит авторам статьи. Авторский гонорар за публикации статей в Журнале не выплачивается. Автор передает, а Редакция принимает авторские материалы на следующих условиях:

1) Редакции передается право на оформление, издание, передачу Журнала с опубликованным материалом Автора для целей реферирования статей из него в Реферативном журнале ВИНТИ, РНИЦ и базах данных, распространение Журнала/ авторских материалов в печатных и электронных изданиях, включая размещение на выбранных либо созданных Редакцией сайтах в сети Интернет в целях доступа к публикации в интерактивном режиме любого заинтересованного лица из любого места и в любое время, а также на распространение Журнала с опубликованным материалом Автора по подписке;

2) срок действия Договора — 5 лет. По истечении указанного срока Редакция оставляет за собой, а Автор подтверждает бессрочное право Редакции на продолжение размещения авторского материала в сети Интернет;

3) Редакция вправе по своему усмотрению без каких-либо согласований с Автором заключать договоры и соглашения с третьими лицами, направленные на дополнительные меры по защите авторских и издательских прав;

4) Автор гарантирует, что использование Редакцией предоставленного им по настоящему Договору авторского материала не нарушит прав третьих лиц;

5) Автор оставляет за собой право использовать предоставленный по настоящему Договору авторский материал самостоятельно, передавать права на него по договору третьим лицам, если это не противоречит настоящему Договору;

6) Редакция предоставляет Автору возможность безвозмездного получения одного авторского экземпляра из вышедшего тиража печатного издания с публикацией материалов Автора или получения справки с электронными адресами его официальной публикации в сети Интернет;

7) при перепечатке статьи или ее части ссылка на первую публикацию в Журнале обязательна;

8) Редакция вправе издавать Журнал любым тиражом.

## ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА И ИЗМЕНЕНИЯ ЕГО УСЛОВИЙ

Заключением Договора со стороны Редакции является опубликование рукописи данного Автора в журнале «Педиатр» и размещение его текста в сети Интернет. Заключением Договора со стороны Автора, т. е. полным и безоговорочным принятием Автором условий Договора, является передача Автором рукописи и экспертного заключения.

## ОФОРМЛЕНИЕ РУКОПИСИ

**Текст статьи** готовится на любом IBM-совместимом компьютере в программе MS Word, записывается на CD, DVD, дискету или другой электронный носитель, распечатывается в двух экземплярах и предоставляется в редакцию. Текст должен быть напечатан 14 кеглем через полтора интервала, без переносов, поля не менее 25 мм, содержать ссылки на все приложенные рисунки и таблицы. Рекомендуемые разделы: введение, изложение основного материала (методика, результаты исследования, обсуждение результатов), заключение (выводы), литература, ключевые слова (рус.), title, name, summary и key words (англ.). В конце статьи необходимо указать полные сведения об авторах на русском и английском языках (фамилию, имя, отчество, степень, должность, место работы, почтовый адрес места работы и e-mail каждого автора).

**Таблицы** должны быть напечатаны на отдельной странице каждая, иметь номер и название. Все графы должны иметь заголовки и быть заполнены. Сокращения слов в таблицах допускаются только в соответствии с ГОСТ-1-5-68. Повторять одни и те же данные в тексте, на рисунках и в таблицах не следует.

**Рисунки, схемы, фотографии** должны быть представлены в электронных точечных форматах tif (300–600 dpi, не менее 9 см шириной), bmp или в векторных форматах Adobe Illustrator (ai, eps), Corel Draw (cdr), Adobe Acrobat (pdf). **Если Вы вставили рисунок в MS Word, не забудьте приложить исходный файл.**

**Суммарный объем.** Оригинальная статья — до 15 страниц (требования к тексту: см. текст статьи), обзор — до 25 страниц, краткое сообщение — до 5 страниц.

Статья должна иметь (на русском и английском языках):

1. **Заглавие**, точно отражающее содержание статьи.
2. **Фамилии, имена и отчества авторов.**
3. **Должность, звание, ученая степень каждого автора.**
4. **Полное название учреждений с почтовыми адресами и e-mail всех авторов.**

5. **Резюме** (половина стандартной страницы, **на русском и английском языках**). Резюме не требуется при публикации рецензий, отчетов о конференциях, информационных писем. Статьям в разделе «Случай из практики» не требуется резюме, просьба указывать ключевые слова.

6. **Ключевые слова (на русском и английском языках):** от 3 до 10 ключевых слов или словосочетаний, которые будут способствовать правильному перекрестному индексированию статьи. Используйте термины из списка медицинских предметных заголовков (Medical Subject Headings), приведенного в Index Medicus (если в этом списке еще отсутствуют подходящие обозначения для недавно введенных терминов, подберите наиболее близкие из имеющихся).

**Список литературы** составляется только по работам, цитированным в тексте. Все работы, упомянутые в тексте, должны быть включены в список.

Список должен быть выстроен в алфавитном порядке, сначала русского, затем латинского алфавита.

Номера цитат и ссылок в тексте статьи должны быть указаны в квадратных скобках. Они должны соответствовать номерам в пристатейном списке литературы.

Сокращения названий иностранных журналов должны соответствовать сокращениям, принятым в Index Medicus. Если у статьи до 4 авторов, то они указываются все. Если авторов более четырех, то указывают первых трех, а далее следует «и др.». При указании нескольких статей одного автора их необходимо выстраивать в алфавитном порядке соавторов или названий.

Ссылки на патенты, полезные модели и тому подобное в список литературы не включаются, их оформляют в виде сносок в конце страницы текста.

Сокращения: для обозначения тома — Т., для номера — №, для страниц — С. В англоязычном варианте: том — Vol., номер — N, страницы — P.

Ответственность за точность сведений в списке литературы несет автор.

Примеры библиографических описаний:

а) книга: *Федоров С. Н.* Имплантация искусственного хрусталика. — М.: Медицина, 1997. — 207 с.

б) автореферат диссертации: *Курьшева Н. И.* Особенности развития катаракты у больных первичной открыто-

угольной глаукомой: Автореф. дис... канд. мед. наук. — М., 1996. — 20 с.

в) методические рекомендации: *Абдулкадырова М. Ж., Ефимова М. Н., Якубова Л. В.* Глаукома с низким давлением: диагностика, клиника, лечение: Метод. рекомендации // МНИИ ГБ им. Гельмгольца. — М., 1996. — 14 с.

г) статья из сборника: *Каланходжаев Б. А.* Малые тоннельные разрезы в хирургии катаракты // Евро-Азиатская конф. по офтальмохирургии, 2-я: Материалы. — Екатеринбург, 2001. — С. 25–26.

д) статья из журнала: *Большунов А. В., Ильина Т. С., Ермаков Н. В.* и др. Лазертерапия хронической буллезной кератопатии // Вестн. офтальмологии. — 1987. — № 6. — С. 38–40.

е) статья из иностранного журнала: *Epstein R. J., Fernandes A., Gammon J. A.* The correction of aphakia in infants with hydrogel extendedwear contact lenses // Ophthalmology. — 1988. — Vol. 95, N 8. — P. 1102–1106.

ж) тезисы в зарубежных сборниках: *Egorova E. V.* Surgical technology for prevention of posterior capsule opacification // Condress of the ESCRS, 19-th: Abstracts. — Amsterdam, 2001. — P. 226.

з) интернет-документы: *Медведев Б. Н., Прокунец А. Т.* Применение этилендиаминтетрауксусной кислоты в лечении лентовидной кератопатии. — 2008. — URL: [http://www.ofthalmika.com/stat\\_lentovid.html](http://www.ofthalmika.com/stat_lentovid.html) (дата обращения: 17.09.08).

## РЕЦЕНЗИРОВАНИЕ

Статьи, поступившие в Редакцию, обязательно рецензируются. Если у рецензента возникают вопросы, то статья с комментариями рецензента возвращается Автору. Датой поступления статьи считается дата получения Редакцией окончательного варианта статьи. Редакция оставляет за собой право внесения редакторских изменений в текст, не искажающих смысла статьи (литературная и технологическая правка).

## АВТОРСКИЕ ЭКЗЕМПЛЯРЫ ЖУРНАЛА

Редакция обязуется выдать Автору 1 экземпляр Журнала с опубликованной рукописью. Авторы, проживающие в Санкт-Петербурге, получают авторский экземпляр Журнала непосредственно в Редакции. Иногородним Авторам авторский экземпляр Журнала высылается на адрес автора, ответственного за получение пробных оттисков и авторского экземпляра Журнала.

## АДРЕС РЕДАКЦИИ

Автовская ул., 17, офис 5А, Санкт-Петербург, 198152.  
Тел.: (812) 784-97-51(50), факс: (812) 784-97-51(50);  
e-mail: [nl@n-l.ru](mailto:nl@n-l.ru).