

# MEDICINE AND HEALTH CARE ORGANIZATION

2018, VOLUME 3, N 4

SCIENTIFIC AND PRACTICAL JOURNAL FOR DOCTORS

**Рецензируемый  
научно-практический журнал  
MEDICINE AND HEALTH  
CARE ORGANIZATION  
МЕДИЦИНА И ОРГАНИЗАЦИЯ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**Основан в 2016 году  
в Санкт-Петербурге**

ISSN 2658-4212  
eISSN 2658-4220

**Ежеквартальное издание**  
Журнал реферируется РЖ ВИНТИ

#### Учредители:

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России  
Фонд НОИ «Здоровые дети — будущее страны»

Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (РОСКОМНАДЗОР)  
ПИ № ФС77-74238 от 02 ноября 2018 г.

**Проект-макет:** Титова Л.А.

**Распространяется по подписке.**

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

#### Издатель, учредитель:

ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России  
Титова Л.А. (выпускающий редактор)

Варламова И.Н. (верстка)

Адрес редакции: Литовская ул., 2,  
Санкт-Петербург, 194100;  
тел/факс: (812) 295-31-55;  
e-mail: medorgspb@yandex.ru

**Статьи просьба направлять по адресу:**  
medorgspb@yandex.ru

#### Address for correspondence:

2, Litovskaya St., St. Petersburg, 194100,  
Russia. Tel/Fax: +7 (812) 295-31-55.

E-mail: [medorgspb@yandex.ru](mailto:medorgspb@yandex.ru)

Формат 60 × 90/8. Усл.-печ. л. 7.

Тираж до 500 экз. Цена свободная.

Оригинал-макет изготовлен

ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России.

Отпечатано ФГБОУ ВО СПбГПМУ

Минздрава России.

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

Заказ 278. Подписано в печать 25.12.2018.

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

Ссылка на журнал «Медицина и организация здравоохранения/ Medicine and health care organization» обязательна.

#### Редакционная коллегия: Editorial Board:

##### Главный редактор

З.д.н., д.м.н., проф. **В.И. Орел**

##### Заместитель главного редактора

З.д.н., д.м.н., проф. **В.К. Юрьев**

Д.м.н., проф. **Г.Л. Микиртичан**

##### Технический редактор

К.и.н., доц. **Л.Н. Лисенкова**

##### Члены редколлегии

Член-корр. РАН, д.м.н., проф.

**В.А. Медик** (В. Новгород)

Член-корр. РАН, д.м.н., проф.

**Н.В. Полунина** (Москва)

Член-корр. РАН, д.м.н.,

проф. **А.П. Щербо**

Д.м.н., проф. **Ю.С. Александрович**

З.д.н., д.м.н., проф. **В.Ю. Альбицкий** (Москва)

Д.м.н., проф. **В.С. Василенко**

З.д.н., д.м.н., проф. **Н.И. Вишняков**

Д.м.н., проф. **И.В. Зимин**

Д.м.н., проф. **М.П. Королев**

З.д.н., д.м.н., проф. **В.С. Лучкевич**

К.м.н., доц. **С.Н. Львов**

К.ф.н., доц. **И.И. Могилева**

Д.м.н., проф. **Р.А. Насыров**

Д.м.н., проф. **П.В. Павлов**

Д.м.н., проф. **Т.П. Павлович** (Беларусь)

К.м.н., доц. **Ю.В. Петренко**

Д.м.н., проф. **А.Г. Сердюков** (Астрахань)

Д.м.н., проф. **В.Н. Филатов**

Д.м.н., проф. **Т.В. Яковлева** (Москва)

##### Редакционный совет:

Д.м.н., проф. **М.Ю. Абросимова** (Казань)

Д.п.н., проф. **В.А. Аверин**

Д.м.н., проф. **Е.Л. Борщук** (Оренбург)

Д.м.н., проф. **В.В. Бржецкий**

Д.м.н., проф. **А.А. Будко**

Д.м.н., проф. **Е.М. Булатова**

Д.м.н., проф. **Жозеф Гласа** (Словакия)

Д.м.н., проф. **В.И. Гузева**

Д.м.н., проф. **Д.П. Дербенев** (Тверь)

Д.м.н., проф. **Т.С. Дьяченко** (Волгоград)

Д.ист.н., проф. **Н.Т. Ерегина** (Ярославль)

Д.м.н., проф. **В.Е. Жолобов**

Проф. **М. Зильберман** (США)

Д.м.н. **А.В. Ким**

Д.м.н., проф. **Д.И. Кича** (Москва)

Д.м.н., проф. **Л. В. Кочорова**

Д.м.н. **О.И. Кубарь**

Д.м.н., проф. **А.Г. Кучер**

Д.м.н., проф. **Л.И. Лавлинская** (Воронеж)

Д.м.н., проф. **Д.Е. Мохов**

Д.м.н., проф. **В.М. Остапенко** (Смоленск)

Д.м.н., проф. **К.В. Павелец**

Д.м.н., проф. **Гордана Пелчић** (Хорватия)

Д.м.н., проф. **А.Н. Редько** (Краснодар)

Д.м.н., проф. **В.М. Серeda**

Д.м.н., проф. **Г.А. Сулова**

Д.м.н., проф. **В.Ю. Тегза**

Д.м.н., проф. **В.Н. Тимченко**

Д.м.н. проф. **С.Б. Чолоян** (Оренбург)

Д.м.н., проф. **Г.Н. Чумакова** (Архангельск)

Д.м.н., проф. **Н.Х. Шарафутдинова** (Уфа)

Д.м.н., проф. **А.М. Шелепов**

Д.м.н., проф. **Ю.Г. Элланский** (Ростов-на-Дону)

##### Head Editor

**V.I. Orel**, Prof., MD, PhD

##### Head Editor-in-Chief

**V.K. Yur'ev**, Prof., MD, PhD

**G.L. Mikirtichan**, Prof., MD, PhD

##### Technical Editor

**L.N. Lisenkova**, PhD

##### Members of the Editorial Board

**V.A. Medik**, Corresponding Member of the

RAS, Prof., MD, PhD (V. Novgorod)

**N.V. Polunina**, Corresponding Member of the

RAS, Prof., MD, PhD (Moscow)

**A.P. Shcherbo**, Corresponding Member of the

RAS, Prof., MD, PhD

**Yu.S. Aleksandrovich**, Prof., MD, PhD

**V.Yu. Al'bitskiy**, Prof., MD, PhD (Moscow)

**V.S. Vasilenko**, Prof., MD, PhD

**N.I. Vishnyakov**, Prof., MD, PhD

**I.V. Zimin**, Prof., MD, PhD

**M.P. Korolev**, Prof., MD, PhD

**V.S. Luchkevich**, Prof., MD, PhD

**S.N. L'vov**, Associate Prof., MD, PhD

**I.I. Mogileva**, Associate Prof., PhD

**R.A. Nasyrov**, Prof., MD, PhD

**P.V. Pavlov**, Prof., MD, PhD

**P.V. Pavlov**, Prof., MD, PhD (Belarus)

**Yu.V. Petrenko**, Prof., MD, PhD

**A.G. Serdyukov**, Prof., MD, PhD (Astrakhan)

**V.N. Filatov**, Prof., MD, PhD

**T.V. Yakovleva**, Prof., MD, PhD (Moscow)

##### Editorial Council:

**M.Yu. Abrosimova**, Prof., MD, PhD (Kazan)

**V.A. Averin**, Prof., PhD

**E.L. Borshchuk**, Prof., MD, PhD (Orenburg)

**V.V. Brzesskiy**, Prof., MD, PhD

**A.A. Budko**, Prof., MD, PhD

**E.M. Bulatova**, Prof., MD, PhD

**Jozef Glasa**, Prof., MD, PhD (Slovak Republic)

**V.I. Guzeva**, Prof., MD, PhD

**D.P. Dербенев**, Prof., MD, PhD (Tver)

**T.S. D'yachenko**, Prof., MD, PhD (Volgograd)

**N.T. Eregina**, Prof., PhD (Yaroslavl)

**V.E. Zholobov**, Prof., MD, PhD

**M. Zilberman**, Prof., MD, PhD (USA)

**A.V. Kim**, MD, PhD

**D.I. Kicha**, Prof., MD, PhD (Moscow)

**L.V. Kochorova**, Prof., MD, PhD

**O.I. Kubar'**, MD, PhD

**A.G. Kucher**, Prof., MD, PhD

**L.I. Lavlinskaya**, Prof., MD, PhD (Voronezh)

**D.E. Mokhov**, Prof., MD, PhD

**V.M. Ostapenko**, Prof., MD, PhD (Smolensk)

**K.V. Pavelets**, Prof., MD, PhD

**Gordana Pelčić**, Prof., MD, PhD (Croatia)

**A.N. Red'ko**, Prof., MD, PhD (Krasnodar)

**V.M. Sereda**, Prof., MD, PhD

**G.A. Suslova**, Prof., MD, PhD

**V.Yu. Tegza**, Prof., MD, PhD

**V.N. Timchenko**, Prof., MD, PhD

**S.B. Choloyan**, Prof., MD, PhD (Orenburg)

**G.N. Chumakova**, Prof., MD, PhD (Arkhangelsk)

**N.Kh. Sharafutdinova**, Prof., MD, PhD (Ufa)

**A.M. Sheleпов**, Prof., MD, PhD

**Yu.G. Ellanskiy**, Prof., MD, PhD (Rostov-na-Donu)

2018, ТОМ 3, № 4

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ ДЛЯ ВРАЧЕЙ

# МЕДИЦИНА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

# CONTENT

# СОДЕРЖАНИЕ

## ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

- Е.Н. Березкина, К.Е. Моисеева*  
Результаты оценки кадрового обеспечения  
детской клинической больницы ..... 3
- Ю.В. Кондратьева, К.Е. Моисеева,  
А.В. Алексеева, Ш.Д. Харбедия*  
Медико-социальные проблемы состояния  
здоровья сельских школьников ..... 9
- И.Б. Соболев, К.Е. Моисеева,  
Ш.Д. Харбедия, А.В. Алексеева*  
Некоторые результаты оценки состояния амбула-  
торной помощи в условиях районной больницы. 16
- А.В. Алхазивили, Ш.Д. Харбедия, Д.В. Заславский*  
Основные направления совершенствования  
организации обследования детей с инфекционными  
заболеваниями при помощи МРТ..... 21
- Л.З. Гурцкая, Н.Ю. Коханенко, В.С. Василенко*  
Результаты лапароскопической холецистэктомии  
при остром холецистите у лиц пожилого  
и старческого возраста с учетом факторов риска  
ишемической болезни сердца ..... 28
- М.К. Керимов, Н.Ю. Коханенко, А.Л. Луговой,  
С.А. Данилов, В.А. Сериков*  
Роль лапароскопии в лечении перфоративных  
гастроуденальных язв ..... 35

## БИОЭТИКА

- Д.В. Сакулина*  
Приюты в Ораниенбауме ..... 43

## СОБЫТИЯ

- Г.Л. Микиртичан, А.З. Ликтшангоф*  
Солидарность и сотрудничество:  
всемирный день биоэтики в СПбГПМУ ..... 49

## ИНФОРМАЦИЯ

- Правила для авторов ..... 56

## ORIGINAL PAPERS

- E.N. Berezkina, K.E. Moiseeva*  
Results of the estimation of the personnel  
support of children's hospital ..... 3
- J.V. Kondratieva, K.E. Moiseeva,  
A.V. Alekseeva, S.D. Kharbedia*  
Medical and social problems of health  
of rural school children ..... 9
- I.B. Sobolev, K.E. Moiseeva,  
S.D. Kharbedia, A.V. Alekseeva*  
Some results of estimation of the state of ambulatory  
assistance in the conditions of the district hospital... 16
- A.V. Alkhazishvili, S.D. Kharbedia, D.V. Zaslavsky*  
Main directions of improving  
the organization of mri survey  
in children with infectious diseases ..... 21
- L.Z. Gurtskaya, N.Y. Kokhanenko, V.S. Vasilenko*  
The results of laparoscopic  
cholecystectomy in acute cholecystitis  
in elderly and senile age taking into account risk  
factors of coronary heart disease ..... 28
- M.K. Kerimov, N.Y. Kokhanenko,  
A.L. Lugovoy, S.A. Danilov, V.A. Serikov*  
The role of laparoscopy in the treatment  
of perforative gastroduodenal ulcers ..... 35

## BIOETHICS

- D.V. Sakulina*  
Shelters in Oranienbaum ..... 43

## EVENTS

- G.L. Mikirtichan, A.Z. Likhtshangof*  
Solidarity and cooperation:  
The World Bioethics Day at SPBGPMU ..... 49

## INFORMATION

- Rules for authors ..... 56

## РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ КАДРОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ДЕТСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

© *Елена Николаевна Березкина, Карина Евгеньевна Моисеева*

ФГОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России. 194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2

**Контактная информация:** Моисеева Карина Евгеньевна — к. м. н., доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения. E-mail: karina-moiseeva@yandex.ru

**РЕЗЮМЕ:** Для эффективного функционирования любых медицинских организаций крайнюю важность имеет оптимальное кадровое обеспечение. Клинические больницы федеральных образовательных и научно-исследовательских учреждений обладают мощным кадровым потенциалом для оказания высококвалифицированной специализированной медицинской помощи гражданам Российской Федерации. С целью оценки кадрового обеспечения Детской клинической больницы на базе Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации была проведена выкопировка данных из федеральной статистической отчетности «Сведения о медицинской организации» форма № 30 за 2015–2017 годы. Для реализации поставленной цели с помощью специально разработанной «Карты выкопировки» были изучены показатели кадрового обеспечения врачами. Анализ полученных показателей позволяет судить о разнонаправленной динамике изучаемых показателей. Однако в целом полученные результаты свидетельствуют о том, что за анализируемый период было проведено значительное количество мероприятий, которые привели к повышению эффективности использования кадровых ресурсов с одновременным ростом уровня профессиональной квалификации врачей для решения задач по повышению качества оказываемой медицинской помощи.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** стационарная помощь; детская клиническая больница; врачи; показатели кадрового обеспечения.

## RESULTS OF THE ESTIMATION OF THE PERSONNEL SUPPORT OF CHILDREN'S HOSPITAL

© *Elena N. Berezkina, Karina E. Moiseeva*

Saint-Petersburg State Pediatric Medical University. Litovskaya str., 2. Saint Petersburg, Russia, 194100

**Contact Information:** Karina E. Moiseeva — MD, PhD, Associate Professor, Department of Public Health and Healthcare. E-mail: karina-moiseeva@yandex.ru

**ABSTRACT:** For the effective functioning of any medical organization, optimal staff is of utmost importance. Clinical hospitals of Federal educational and research institutions have a solid personnel potential to provide highly specialized medical care to citizens of the Russian

Federation. In order to assess the staff of the children's clinical hospital on the basis of the Federal state budgetary educational institution of higher education "St. Petersburg state pediatric medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation, a copy of the data from the Federal statistical report "Data on the medical organization form № 30" for 2015–2017 years was carried out. To achieve this goal with the help of a specially developed "card copies" indicators of staffing by doctors were studied. The analysis of the obtained indicators allows us to make a conclusion of the multidirectional dynamics of the studied indicators. However in general the results show that during the analyzed period, a significant number of activities was carried out, which led to an increase in the efficiency of the use of human resources, while increasing the level of professional qualification of doctors to solve the problems of improving the quality of medical care.

**KEY WORDS:** inpatient care; children's clinical hospital; doctors; staffing performance.

В течение последнего десятилетия задача качественных преобразований отечественной системы здравоохранения стала одной из центральных и наиболее обсуждаемых задач государственной политики [1]. Важность системных изменений в здравоохранении объективно обусловлена необходимостью адаптации к социально-экономическому укладу страны, сопутствующим негативным тенденциям демографических процессов и показателей здоровья населения, обеспечению государственных гарантий доступности и качества медицинской помощи [2, 6, 7].

В современных условиях медицинское общество стало достаточно разнородной группой, образ жизни и условия труда врачей в существенной степени зависят от медицинской специальности, работы в медицинском учреждении определенного типа и статуса, а также других факторов (региональных, экономических и социально-демографических особенностей) [3, 4].

Клинические больницы федеральных образовательных и научно-исследовательских медицинских организаций, в основном сосредоточенные в столицах и крупных городах, обладают мощным кадровым потенциалом. Решение важнейших задач выполнения образовательных и научно-исследовательских программ совмещается в них с оказанием населению высококвалифицированной специализированной медицинской помощи [5]. Поэтому для эффективного функционирования таких медицинских организаций крайнюю важность имеет оптимальное кадровое обеспечение [8].

## ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценка кадрового обеспечения детской клинической больницы.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось на базе Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Объектом исследования явилась Детская клиническая больница ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, которая является федеральным медицинским учреждением с огромной научной базой и вековыми традициями Ленинградской школы детских врачей. Детская клиническая больница осуществляет госпитализацию пациентов из всех регионов России, с применением новейших медицинских технологий, для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи.

В ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России работают около 1000 сотрудников, имеющих высшее профессиональное образование — профессоров, доцентов, старших преподавателей и ассистентов со стажем работы по специальности от 1,5 до 55 лет и с общим стажем работы от 2 до 65 лет.

Для реализации поставленной цели была специально разработана «Карта выкопировки из федеральной статистической отчетности «Сведения о медицинской организации» форма № 30» за 2015–2017 годы, в которую для дальнейшей обработки были внесены кадровые сведения о педагогических работниках, являющихся сотрудниками клинических кафедр вуза и имеющих сертификат специалиста, либо свидетельство об аккредитации специалиста, из таблицы 1100 Раздела II. Штаты медицинской организации.

В ходе исследования для оценки кадрового обеспечения была проведена оценка показателей укомплектованности медицинским персоналом (укомплектованность штатных должностей врачей и коэффициент совместительства) и показателей квалификации (удельный вес врачей, имеющих высшую, первую и вторую квалификационную категорию) за три года.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Укомплектованность медицинским персоналом характеризуется соотношением штатных и занятых должностей в процентном выражении. Показатель рассчитывается отдельно по врачам, среднему и младшему медицинскому персоналу, по различным специальностям медицинских работников. В объединенных медицинских учреждениях рассчитывается в целом по учреждению или отдельно по стационарному и амбулаторному структурным подразделениям.

Укомплектованность организации в целом врачами в 2015 году составила 96,9%, в 2016–90,4%, в 2017–86,8%. Однако анализ показателей укомплектованности в такой медицинской организации, как ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, нельзя проводить только с одной стороны. Учи-

тывая, что кроме штатных врачей в учреждении положенную по должностным обязанностям нагрузку должны выполнять врачи, работающие на кафедрах вуза, то его следует оценивать комплексно. С учетом профессорско-преподавательского состава клинических кафедр вуза в 2015 году она составила 112,5%, в 2016–104,1%, в 2017–97,5%.

Укомплектованность стационара была 97,7% — в 2015 году, 93% — в 2016 году и 88,1% — в 2017 году, а с учетом профессорско-преподавательского состава клинических кафедр вуза — 116,1% — в 2015 году, 109% — в 2016 году и 100,4% — в 2017 году.

По данным выкопировки были изучены показатели укомплектованности врачами некоторых специальностей, что выявило 100,0% укомплектованность нефрологов, оториноларингологов, офтальмологов, травматологов-ортопедов и урологов-андрологов детских. По остальным специальностям наблюдается снижение показателей укомплектованности, однако при анализе данного показателя с учетом профессорско-преподавательского состава клинических кафедр вуза укомплектованность по всем специальностям была либо равна, либо выше 100,0% как в целом по организации, так и в стационаре Детской клинической больницы. Укомплектованность врачами отдельных специальностей в целом по организа-

Таблица 1

Укомплектованность врачами отдельных специальностей в целом по организации и в стационаре в 2015–2017 гг. (в%)

Специальность	В целом по организации			В стационаре		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017
Анестезиологи-реаниматологи	93,2	90,9	88,6	93,2	90,9	88,6
Гастроэнтерологи	100,0	66,7	72,7	100,0	80,0	85,7
Неврологи	95,7	95,7	80,9	93,8	93,8	78,8
Нефрологи	100,0	100,0	96,6	100,0	100,0	100,0
Оториноларингологи	100,0	96,4	89,7	100,0	100,0	100,0
Офтальмологи	100,0	100	97,6	100,0	100,0	100,0
Педиатры — всего	92,9	74,7	85,7	100,0	78,0	85,7
Травматологи-ортопеды	100,0	62,5	87,5	100,0	100,0	100,0
Урологи-андрологи детские	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Хирурги детские	99,2	92,9	92,6	99,1	95,9	93,6
Эндокринологи детские	100,0	100,0	90,0	100,0	100,0	91,7
Из общего числа врачей: врачи клинических специальностей	97,8	91,74	87,7	98,5	95,3	89,6

Таблица 2

Коэффициент совместительства врачей отдельных специальностей в целом по организации и в стационаре в 2015–2017 гг. (в%)

Специальность	В целом по организации			В стационаре		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017
Анестезиологи-реаниматологи	1,4	1,35	1,3	1,4	1,4	1,3
Гастроэнтерологи	0,8	0,9	0,8	0,9	0,75	0,75
Неврологи	1,0	1,0	0,95	1,1	1,1	1,1
Нефрологи	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Оториноларингологи	1,0	1,1	1,3	1,05	1,05	1,3
Офтальмологи	1,0	1,1	1,0	1,2	1,2	1,2
Педиатры — всего	1,0	1,0	1,0	1,0	0,8	1,0
Травматологи-ортопеды	1,0	1,3	1,2	1,0	1,0	1,0
Урологи-андрологи детские	1,25	1,25	1,0	1,25	1,25	1,0
Хирурги детские	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Эндокринологи детские	0,8	1,0	0,9	1,0	1,0	0,9
Из общего числа врачей: врачи клинических специальностей	1	1,1	1	1,1	1,1	1,1

ции и в стационаре детально представлена таблице 1.

Коэффициент совместительства характеризует объем занимаемых должностей одним физическим лицом. Значение этого показателя свыше 1,0 может отрицательно сказаться на качестве оказываемой медицинской помощи и состоянии здоровья работников. Показатель также рассчитывается отдельно по врачам, среднему и младшему медицинскому персоналу, по различным специальностям медицинских работников, а также для медицинского учреждения в целом или отдельно по поликлинике и стационару (в объединенных медицинских учреждениях).

Коэффициент совместительства врачей в целом по организации в 2015 и в 2016 году составил 1,1. В 2017 году он незначительно повысился до 1,2. В стационаре значение коэффициента совместительства врачей было 1,1 в 2015 году и увеличилось до 1,2 в 2016 и 2017 годах.

При изучении коэффициента совместительства у врачей отдельных специальностей было выявлено, что показатель как в целом по организации, так и в стационаре по большинству специальностей равен 1,0. По ряду специальностей он колеблется в интервале 0,95–1,4 в целом по организации и 0,75–1,4 в стационаре. Однако по всем специальностям

показатель показывает либо отсутствие, либо отрицательную динамику, что представлено в таблице 2.

При этом в целом в организации за счет приведения штатного расписания в соответствие с Порядками оказания медицинской помощи, в течение 2016 и 2017 годов число штатных должностей выросло, что наблюдалось при практически неизменном числе физических лиц врачей. Аналогичная ситуация была и в стационаре, где оптимизация штатного расписания согласно Порядкам оказания медицинской помощи населению также оказала значительное влияние.

Показатели квалификации характеризуют уровень квалификации медицинского персонала. Эти показатели косвенно определяют качество и результаты медицинской помощи. Расчет показателей проводится как в целом по медицинской организации, так и отдельно по всем специалистам, имеющим высшую, первую и вторую квалификационную категорию.

В ходе настоящего исследования была проведена оценка показателей квалификации врачебного персонала Детской клинической больницы, которая показала, что удельный вес врачей, имеющих высшую квалификационную категорию, в целом по организации в 2015–2017 годы вырос. В 2015 году он был 13,9%, в 2016 году — 15,4%, в 2017 году — 22,4%.

С учетом профессорско-преподавательского состава клинических кафедр вуза в 2015 году он был 14,0%, в 2016 году — 17,3%, в 2017 году — 23,4%. В стационаре в исследуемые годы показатель удельного веса врачей, имеющих высшую квалификационную категорию, также показал уверенный рост. В 2015 году он был 13,9%, в 2016 году — 15,4%, в 2017 году — 22,4%. При том в стационаре влияние профессорско-преподавательского состава на рост показателя было более ощутимо, чем в целом по организации. С учетом профессорско-преподавательского состава клинических кафедр вуза в 2015 году удельный вес врачей, имеющих высшую квалификационную категорию, был 14,0%, в 2016 году — 17,3%, в 2017 году — 23,4%.

Оценка показателей квалификации удельного веса врачей, имеющих первую и вторую квалификационные категории, в целом по организации за 2015–2017 годы показала, что в 2015 году удельный вес врачей, имеющих первую квалификационную категорию, был 4,9%, в 2016 году — 5,1%, а в 2017 — вырос до 6,4%. Удельный вес врачей, имеющих вторую квалификационную категорию, также повысился с 2,3% в 2015 году до 8,5% в 2016 году и 14,4% в 2017 году. Показатели удельного веса врачей, имеющих высшую, первую и вторую квалификационные категории, в целом по организации за 2015–2017 годы детально представлены в таблице 3.

Таблица 3

Удельный вес врачей, имеющих высшую, первую и вторую квалификационные категории, в целом по организации за 2015–2017 гг.

Квалификационная категория	В целом по организации		
	2015	2016	2017
Высшая квалификационная категория	13,9	15,4	22,4
Первая квалификационная категория	4,9	5,1	6,4
Вторая квалификационная категория	2,3	8,5	14,4

Оценка показателей квалификации врачей клинических специальностей в целом по организации за 2015–2017 годы показала, что удельный вес врачей, имеющих высшую квалификационную категорию был 13,6% в 2015 году, в 2016 году — 14,2%, а в 2017 году показатель показал подъем почти в 2 раза до 23,3%. Первая квалификационная категории в 2015 году была у 5,0%, в 2016 году — 8,5% и в 2017—

15,6%. Аналогичный рост наблюдался и у показателя удельного веса врачей, имеющих вторую квалификационную категорию, который в 2015 году был 2,0%, в 2016 году — 8,1% и 8,8% в 2017 году. Показатели удельного веса врачей клинических специальностей, имеющих первую и вторую квалификационные категории, в целом по организации за 2015, 2016 и 2017 годы представлены в таблице 4.

Таблица 4

Удельный вес врачей клинических специальностей, имеющих высшую, первую и вторую квалификационные категории, в целом по организации в 2015–2017 гг.

Квалификационная категория	В стационаре		
	2015	2016	2017
Высшая квалификационная категория	13,6	14,2	23,3
Первая квалификационная категория	5,0	8,5	15,6
Вторая квалификационная категория	2,0	8,1	8,8

В ходе исследования показателей кадрового обеспечения для анализа влияния профессорско-преподавательского состава клинических кафедр вуза были взяты только показатели удельного веса врачей, имеющих высшую квалификационную категорию. Показатели удельного веса врачей, имеющих первую и вторую квалификационные категории с учетом профессорско-преподавательского состава клинических кафедр вуза, показали аналогичный уверенный рост от 2015 к 2017 году.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В течении 2015–2017 гг. наблюдается снижение показателя укомплектованности при практически неизменном коэффициенте совместительства как в целом в организации, так и в стационаре, что связано с приведением штатного расписания в соответствие с Порядками оказания медицинской помощи, которое повлекло увеличение штатных должностей врачей с сохранением почти без изменений числа физических лиц врачей. Однако, при комплексном анализе укомплектованности, учитывая вклад профессорско-преподавательского состава клинических кафедр вуза, показатель укомплектованности стремится к 100%. Наблюдался рост всех показателей квалификации сотрудников Университетской клиники более чем в 1,5 раза за три года, что связано с влиянием

высокого уровня компетентности профессорско-преподавательского состава клинических кафедр вуза. Так как показатели квалификации косвенно определяют качество и результаты медицинской помощи, то можно говорить о его повышении. В целом полученные результаты свидетельствуют о том, что за анализируемый период было проведено значительное количество мероприятий, которые привели к повышению эффективности использования кадровых ресурсов с одновременным ростом уровня профессиональной квалификации врачей для решения задач по повышению качества оказываемой медицинской помощи.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Березкина Е. Н. Некоторые результаты оценки удовлетворенности врачей детской клинической больницы условиями и режимом труда. Бюллетень науки и практики. 2018; 4 (8): 69–76.
2. Еникеева Л. А., Ширшикова М. С. Теоретические и практические аспекты использования индикаторов оценки качества жизни. Медицина и организация здравоохранения. 2017; 2 (2): 4–15.
3. Медик В. А., Юрьев В. К. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник. 2-е изд., испр. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2016.
4. Медик В. А., Юрьев В. К. Общественное здоровье и здравоохранение: учебное пособие. М.: Академкнига; 2008.
5. Москвина С. С., Томс С. Р. Организация специализированной медицинской помощи детскому населению Ивановской области. Медицина и организация здравоохранения. 2018; 3 (1): 33–36.
6. Орел В. И., Каканов А. М., Рукавишников А. С. Риск-ориентированный подход при проведении проверок медицинских организаций. Медицина и организация здравоохранения. 2018; 3 (1): 15–19.
7. Харбедия Ш. Д. Статистический учет и стандартизация в здравоохранении. СПб.: Сотис-Мед; 2018.
8. Юрьев В. К., Заславский Д. В., Моисеева К. Е. Методика расчета и анализа показателей деятельности учреждений здравоохранения. СПб.: СПбГПМА; 2009.
9. Юрьев В. К., Заславский Д. В., Хведелидзе М. Г., Харбедия Ш. Д. Основные причины неудовлетворенности больных качеством предоставляемых услуг в условиях круглосуточного стационара. Современные проблемы науки и образования. 2016; N 6: 190.

## REFERENCES

1. Berezkina Ye. N. Nekotoryye rezul'taty otsenki udovletvorennosti vrachey detskoj klinicheskoy bol'nitsy usloviyami i rezhimom truda. [Some results of assessing the satisfaction of doctors in a children's clinical hospital with conditions and a work regime]. Bulletin of science and practice. 2018; 4 (8): 69–76. (In Russian).
2. Enikeeva L. A., Shirshikova M. S. Teoreticheskie i prakticheskie aspekty ispol'zovaniya indikatorov ocenki kachestva zhizni. [Theoretical and practical aspects of the use of indicators to assess the quality of life]. Medicine and health care organization. 2017; 2 (2): 4–15. (In Russian).
3. Medik V. A., Yur'yev V. K. Obshchestvennoye zdorov'ye i zdavookhraneniye: ucheb-nik. [Public health and health]. M.: GEOTAR-Media; 2016. (In Russian).
4. Medik V. A., Yur'yev V. K. Obshchestvennoye zdorov'ye i zdavookhraneniye: uchebnoye posobiye. [Public health and health]. M.: Akademkniga; 2008. (In Russian).
5. Moskvina S. S., Toms S. R. Organizatsiya spetsializirovannoy meditsinskoy pomoshchi detskomu naseleniyu Ivanovskoy oblasti. [Organization of specialized medical care for the children of Ivanovo region]. Medicine and health care organization. 2018; 3 (1): 33–36. (In Russian).
6. Orel V. I., Kakanov A. M., Rukavishnikov A. S. Risk-orientirovanny podkhod pri provedenii proverok meditsinskikh organizatsiy. [Risk — oriented approach to carrying out audits of medical organizations]. Medicine and health care organization. 2018; 3 (1): 15–19. (In Russian).
7. Kharbediya SH. D. Statisticheskii uchet i standartizatsiya v zdavookhraneni. [Statistical accounting and standardization in health care]. SPb.: Sotis-Med; 2018. (In Russian).
8. Yur'yev V. K., Zaslavskiy DV, Moiseyeva KYe. Metodika rascheta i analiza pokazateley deyatel'nosti uchrezhdeniy zdavookhraneniya. [Methods for calculating and analyzing the performance of health care institutions]. SPb.: SPbGPMA; 2009. (In Russian).
9. Yur'yev V. K., Zaslavskiy D. V., Khvedelidze M. G., Kharbediya SH. D. Osnovnyye prichiny neudovletvorennosti bol'nykh kachestvom predostavlyayemykh uslug v usloviyakh kruglosu-tochnogo stacionara. [The main reasons for patients' dissatisfaction with the quality of the services provided in a 24-hour in-patient department]. Modern problems of science and education. 2016; N 6: 190. (In Russian).

## МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ СЕЛЬСКИХ ШКОЛЬНИКОВ

© Юлия Викторовна Кондратьева, Карина Евгеньевна Моисеева,  
Анна Владимировна Алексеева, Шалва Демнаевич Харбедия

ФГОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России.  
194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2

**Контактная информация:** Карина Евгеньевна Моисеева — к. м. н., доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения. E-mail: karina-moiseeva@yandex.ru

**РЕЗЮМЕ:** Состояние здоровья подрастающего поколения в нашей стране в последние годы представляет собой серьезную государственную проблему, от решения которой во многом зависит дальнейшее экономическое и социальное благополучие общества. На базе МОУ «Средняя общеобразовательная школа № 1» г. Дно Псковской области было проведено исследование, целью которого явилась оценка состояния здоровья школьников 7–11 классов, проживающих в сельской местности. При помощи анкетирования школьников и их родителей был изучен образ жизни детей школьного возраста, проведена субъективная оценка здоровья детей, рассмотрено влияние медико-социальной характеристики семьи на самооценку состояния здоровья школьников и выявлены гендерные особенности самооценки здоровья детей. На основании выкопировки данных из первичной медицинской документации проведена объективная оценка состояния здоровья сельских школьников. Установлено, что школьники, проживающие в сельской местности, по большинству показателей имеют удовлетворительное состояние здоровья. Оценка родителями состояния здоровья своих детей ниже, чем самооценка здоровья детьми. Медико-социальная характеристика семьи влияет на самооценку здоровья ребенка. Имеются гендерные отличия в самооценке здоровья мальчиков и девочек, обучающихся в 7–11 классах и проживающих в сельской местности.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** здоровье; объективная оценка; субъективная оценка; сельские школьники; медико-социальная характеристика.

## MEDICAL AND SOCIAL PROBLEMS OF HEALTH OF RURAL SCHOOL CHILDREN

© Julia V. Kondratieva, Karina E. Moiseeva, Anna V. Alekseeva, Shalva D. Kharbedia

Saint-Petersburg State Pediatric Medical University. Litovskaya str., 2. Saint Petersburg, Russia, 194100

**Contact Information:** Karina E. Moiseeva — MD, PhD, Associate Professor, Department of Public Health and Healthcare.  
E-mail: karina-moiseeva@yandex.ru

**ABSTRACT:** The state of health of the younger generation in our country in recent years presents a serious state problem, which greatly influences economic and social well-being of society now and in future. A study, aiming at the assessment of the health status of schoolchildren of grades 7–11 living in rural areas, was conducted at the Municipal Educational Institution “Secondary School No. 1” in the town Dno in the Pskov Region, using the questionnaire of schoolchildren and their parents, the mode of life of schoolchildren was studied, a subjective assessment of children's health was conducted, the influence of the medical and social characteristics of the family in the self-assessment of the health status of schoolchildren was examined, and gender characteristics of the self-evaluation of children's health were revealed. Based on the data extraction from the primary medical documentation, an objective assessment of the health status of rural schoolchildren was carried out. It is established that schoolchildren living in rural areas have a satisfactory state of health by the majority of indicators.

The parents' assessment of the state of their children's health is lower than the self-assessment of children. The medical and social characteristics of the family affect the self-esteem of the child's health. There are gender differences in the self-assessment of the health of boys and girls studying in grades 7–11 and residing in rural areas.

**KEY WORDS:** health; objective assessment; subjective assessment; rural schoolchildren; medical and social characteristics.

Состояние здоровья подрастающего поколения в нашей стране в последние годы представляет собой серьезную государственную проблему, от решения которой во многом зависит дальнейшее благополучие общества [3]. Социальные и экономические преобразования 90 гг. XX века, недостаточная эффективность отечественной системы здравоохранения обуславливают системное ухудшение состояния здоровья, рост заболеваемости населения России, в том числе среди детского населения [1, 2, 5]. По данным всероссийской диспансеризации 2016 года значительно уменьшилось количество здоровых детей и подростков, а также имеющих только функциональные отклонения, а количество хронически больных школьников резко возросло. Практически здоровыми (I группа здоровья) были признаны 30,1% детей, имели функциональные нарушения (II группа) — 56,2%, имели хронические заболевания (III группа) — 12,1%, имели заболевания, ведущие к инвалидизации (IV группа) — 0,7%, а 0,9% детей составили дети-инвалиды (V группа) [6].

Для комплексного изучения состояния здоровья населения необходимо проводить оценку в двух направлениях. Объективная оценка здоровья проводится путем исследования данных, полученных в результате выкопировки из первичной медицинской документации. Для объективной оценки используются показатели заболеваемости населения по обращаемости в медицинские организации и показатели диспансеризации населения. Второе направление — субъективная оценка, при которой состояние здоровья различных групп населения оценивается путем самооценки здоровья, рассчитываемой по результатам проводимых социологических опросов и анкетирования [4].

#### **ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ:**

Оценка состояния здоровья школьников 7–11 классов, проживающих в сельской местности.

#### **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ**

Базой исследования явилось муниципальное образовательное учреждение «Средняя об-

щественная школа № 1» г. Дно Псковской области. Объектом исследования были 106 школьников, обучающихся 7–11 классах.

Для объективной оценки были использованы сведения, полученные из Формы № 026/у-2000 «Медицинская карта ребенка для образовательных учреждений дошкольного, начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования, учреждений начального и среднего профессионального образования, детских домов и школ-интернатов».

Субъективная оценка здоровья школьников была проведена путем анонимного анкетирования детей и их родителей. Для настоящего исследования были разработаны специальные статистические формы «Анкета школьника» и «Анкета родителей, имеющих ребенка школьного возраста». Первая часть «Анкеты школьника» состояла из вопросов, направленных на составление медико-социальной характеристики семьи, в которой воспитывается ребенок. Она включала вопросы о возрасте, поле, классе обучения ребенка, количестве детей в семье, оценке материального положения и др. Вторая часть была посвящена самооценке школьниками состояния здоровья. Кроме того, в этой части оценивалось наличие факторов риска в жизни ребенка. «Анкета родителей, имеющих ребенка школьного возраста», включала такие же вопросы, как и «Анкета ребенка» в части оценки здоровья школьника.

#### **РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ**

Проведенное анонимное анкетирование показало, что средний возраст детей, обучавшихся в 7–11 классах средней школы № 1 составил  $14,72 \pm 0,2$  лет. Мальчиков было 47,2%, девочек — 52,8%.

Оценка распределения детей, обучающихся в 7–11 классах по возрасту выявила, что детей 12 лет было 1,9%, 13-ти — 18,9%, 14 лет — 19,8%, 15 лет — 32,0%, 16 лет — 17,0% и 17 лет — 10,4%. По классам школьники распределились следующим образом: 7 класс — 17,9%, 8 класс — 19,8%, 9 класс — 34,0%, 10 класс — 16,0% и 11 класс — 12,3%. Изучение соотношения мальчиков и девочек в классах по-

казало, что в 7 классе было 57,9% мальчиков и 42,1% девочек, в 8 классе — 42,9% мальчиков и 57,1% девочек, в 9 классе — 44,4% мальчиков и 55,6% девочек, в 10 классе — 52,9% мальчиков и 47,1% девочек, а в 11 классе — 38,5% мальчиков и 61,5% девочек.

Большая часть респондентов (48,2%) воспитывались в семьях с двумя детьми, 30,1% — в семьях с тремя и более детьми, а 21,7% детей были единственными детьми в семье. Проживали в полной семье 69,8% детей, в неполной семье (только матерью) — 28,3%, проживали без отца и без матери 1,9% школьников. При этом 23,3% детей из неполных семей были единственными в семье, у 53,3% школьников, воспитывавшихся только матерью, было двое детей, у 16,7% — трое детей, а в 6,7% случаев мать одна воспитывала 4 детей.

Материальное положение своей семьи как «хорошее» оценили 52,9% школьников, как «удовлетворительное» — 35,8% детей, как «плохое» — 1,9% учеников, затруднились ответить на этот вопрос — 9,4%. Среди родителей 49,1% респондентов оценили материальное положение своей семьи как «хорошее», 45,5% — как «удовлетворительное» и 5,4% — как «плохое».

В ходе исследования была изучена зависимость материального положения семьи от количества детей, в ней воспитывающихся. Оценили материальное положение своей семьи как «хорошее» 91,1% детей из семей с двумя детьми и 8,9% — из семей с тремя детьми. Среди оценивших материальное положение семьи на «хорошо», не было детей из одноподдетных семей и семей с 4 и более детьми. Считали, что материальное положение их семьи можно назвать удовлетворительным, 29,0% детей из семей с одним ребенком, 34,2% школьников из семей с тремя детьми и 36,8% — с четырьмя и более детьми. Дети, оценившие материальное положение своей семьи как «плохое», в равных долях были из семей с одним и с четырьмя и более детьми (по 50%).

Изучение состояния здоровья детей школьного возраста было проведено на основании самооценки здоровья школьников. На «отлично» оценили свое здоровье 19,8% учеников 7–11 классов, на «хорошо» — 49,1%, на «удовлетворительно» — 28,3% и на «неудовлетворительно» — 2,8%. По тем же критериям состояние здоровья своих детей оценивали их родители. Среди родителей на «отлично» оценили состояние здоровья своего ребенка 8,9% респондентов, на «хорошо» — 57,6%, на «удовлетворительно» — 30,4% и на «неудовлетвори-

тельно» — 3,1%. Средний балл, поставленный родителями, при оценке состояния здоровья их детей составил  $3,79 \pm 0,08$ . Средний балл, на который школьники оценили свое здоровье составил  $3,86 \pm 0,08$  баллов. Статистически достоверной разницы между самооценкой здоровья школьников и оценкой здоровья школьников их родителями нет ( $t < 2$ ). Однако, дети несколько лучше оценивают свое здоровье, чем их родители.

Исследование показало, что большинство детей (91,5%), оценивших свое здоровье на «отлично» проживали в полной семье, а 8,5% — только с матерью. Распределение детей, поставивших отличную оценку своему здоровью, в зависимости от числа детей в семье было представлено следующим образом: из семьи с одним ребенком было 4,8% детей, с двумя детьми — 47,6%, с тремя — 38,1%, с четырьмя и более — 9,5%. Дети, оценившие свое здоровье на «отлично» были из семей с хорошим и удовлетворительным материальным положением (61,9% и 33,3% соответственно).

Распределение школьников, оценивших свое здоровье на «хорошо» в зависимости от числа детей в семье показало, что из семей с одним ребенком было 27,0% учеников, с двумя детьми — 42,3%, с тремя — 11,5%, с четырьмя и более — 19,2%. Дети, оценившие здоровье на «хорошо», в большинстве случаев были из семей с хорошим (61,5%) и удовлетворительным (23,1%) материальным положением.

Дети, поставившие удовлетворительную оценку своему здоровью, были из полной (53,3%) и неполной семьи (46,7%). Большая часть школьников, оценивших здоровье на «удовлетворительно» были из семей с двумя детьми (60,0%), из одноподдетных семей и из многодетных семей было по 20,0% школьников. Оценка распределения детей с удовлетворительной самооценкой здоровья по материальному положению семьи показала, что чаще всего это были дети с удовлетворительным (56,7%) и хорошим (36,7%) материальным положением.

Дети, оценившие свое здоровье на «неудовлетворительно» в 100,0% случаев проживали в полной семье (с отцом и с матерью). Две трети детей (66,7%) были из одноподдетных семей, одна треть (33,3%) из семей с двумя детьми. Материальное положение семей, в которых воспитывались такие дети было удовлетворительным (66,7%) или плохим (33,3%).

Изучение частоты острых заболеваний у школьников в течение учебного года показало,

что, по их мнению, практически не болели 49,1% учеников, болели 1–2 раза — 38,7%, 3–5 раз — 11,3%, более 5 раз — 0,9%. Оценка родителями частоты острых заболеваний у их детей в течение учебного года показала, что 7,4% родителей полагали, что их дети практически не болели; 42,6% считали, что дети болели 1–2 раза; 40,7%, что болели 3–5 раз; 9,3%, что болели более 5 раз. В среднем число заболеваний за год, по мнению учеников, составляло  $1,61 \pm 0,19$  раз. В среднем число заболеваний у детей, по мнению их родителей, за год составило  $3,57 \pm 0,21$  раз. Статистически достоверная разница между частотой острых заболеваний по мнению школьников и их родителей есть ( $t > 2$ ). Родители считают, что их дети чаще болеют острыми заболеваниями, чем считают сами дети.

Анкетирование показало, что 55,7% детей считали, что они не имели хронических заболеваний. Полагали, что у них есть хронические заболевания, но с редкими обострениями у 38,7% школьников. Хронические заболевания с частыми обострениями были у 3,8% детей, а 1,8% учеников не знали о их наличии. Большинство родителей (62,2%) считали, что у их детей нет хронических заболеваний. 18,9% родителей указали, что у их детей есть хронические заболевания, но с редкими обострениями. Еще 18,9% полагали, что у их детей есть хронические заболевания с частыми обострениями.

Оценка школьниками количества дней в среднем в течение учебного года пропущенных по болезни, показала, что до 5 дней (0–4 дня) пропускали 47,2% детей, 5–9 дней — 26,4%, 10–19 дней — 18,9%, 20–29 дней — 7,5% учеников. Среди детей, участвовавших в исследовании, никто, по их мнению, не пропускал месяц и более. Оценка родителями количества дней в среднем в течение учебного года пропущенных их детьми по болезни, показала, что 19,6% родителей считали, что дети пропускали не более 5 дней (0–4 дня), 32,1% респондентов полагали, что 5–9 дней, 41,1% — 10–19 дней, 18,9% — 20–29 дней. В среднем количество дней, которые дети, по их мнению, пропускали за год, составило  $7,9 \pm 0,76$  дней. В среднем, по мнению родителей, школьники пропустили  $10,8 \pm 0,83$  дня. Статистически достоверная разница между числом дней, пропущенных за год по болезни, по мнению родителей и школьников есть ( $t > 2$ ). Родители считают, что их дети чаще пропускают занятия по причине болезни, чем полагают их дети.

Исследование посещаемости учениками школы во время болезни выявило, что 70,8%

детей иногда посещали школу, когда не сильно болели. Почти всегда ходили в школу при болезни 10,4% учеников. Только 18,8% обучающихся не посещали школу во время заболевания. По мнению 42,8% родителей, их дети ходили в школу иногда, когда не сильно болели, а 57,2% респондентов считали, что при болезни их дети школу не посещали.

В ходе исследования было изучено отношение детей к дополнительным занятиям физической культурой и спортом (кроме уроков физической культуры). Анкетирование школьников показало, что 30,2% обучающихся занимались спортом регулярно, нерегулярно — 33,0% детей, совсем не занимались 36,8% сельских школьников. Результаты анкетирования родителей выявили, что 24,9% родителей считали, что их дети занимались дополнительно физической культурой и спортом регулярно, 38,5% полагали, что не регулярно, а 36,6%, что их дети физической культурой и спортом вообще не занимались.

Изучение гендерных особенностей самооценки здоровья детей школьного возраста показало, что среди мальчиков, обучающихся в сельской школе, оценивали свое здоровье на «отлично» 42,0%, на «хорошо» — 58,0%, на «удовлетворительно» и на «неудовлетворительно» — 0%. Из девочек никто не оценил свое здоровье на «отлично», на «хорошо» — 41,1% девочек, на «удовлетворительно» — 53,6%, на «неудовлетворительно» — 5,3%. Средняя самооценка здоровья мальчиков составила  $4,42 \pm 0,11$  балла, девочек —  $3,38 \pm 0,09$  балла. Статистически достоверная разница между самооценкой здоровья мальчиков и девочек есть ( $t > 2$ ). Девочки хуже оценивали свое здоровье, чем мальчики.

Была проведена оценка частоты острых заболеваний у мальчиков и девочек в течение учебного года. Оценка распределения мальчиков по частоте острых заболеваний в течение учебного года показала, что практически не болели 52,0% учеников, болели 1–2 раза — 36,0%, 3–5 раз — 12,0%. Среди мальчиков никто, по их мнению, не болел более 5 раз за учебный год. Практически не болеющих девочек было 46,4%, болеющих 1–2 раза было 41,1%, 3–5 раз — 10,7%, более 5 раз — 1,8%. В среднем частота острых заболеваний за год у мальчиков составила  $1,36 \pm 0,19$  раз, у девочек —  $1,67 \pm 0,20$  раз. Статистически достоверной разницы между частотой острых заболеваний у мальчиков и у девочек нет ( $t < 2$ ). Девочки болеют незначительно чаще, чем мальчики.

В ходе исследования было изучено мнение школьников и школьниц о наличии у них хронических заболеваний, которое показало, что среди мальчиков считали, что у них нет хронических заболеваний 58,0%, что были, но с редкими обострениями — 24,0%, что были, и с частыми обострениями — 4,0%, не знали об их наличии — 14,0% мальчиков. Из всех девочек не имели хронических заболеваний 53,8% учениц. У 28,5% школьниц заболевания были, но с редкими обострениями, у 3,4% были хронические заболевания, которые часто обострялись, а не знали о наличии у себя заболеваний 14,3% девочек.

Оценка школьниками количества дней в среднем в течение учебного года пропущенных по болезни, показала, что среди мальчиков до 5 дней (0–4 дня) пропускали 44,0% учеников, 5–9 дней — 32,0%, 10–19 дней — 20,0%, 20–29 дней — 4,0%. Среди девочек до 5 дней (0–4 дня) в среднем в течение учебного года пропускали по болезни 48,2% учениц, 5–9 дней — 25,0%, 10–19 дней — 19,7%, 20–29 дней — 7,1%. В среднем мальчики пропускали по болезни за год  $8,0 \pm 0,63$  дней, девочки —  $7,8 \pm 0,90$  дней. Статистически достоверной разницы между числом дней, пропущенных по болезни, у мальчиков и девочек нет ( $t < 2$ ). Мальчики пропускают незначительно чаще, чем девочки.

Исследование посещаемости учениками школы во время болезни показало, что среди мальчиков ходили в школу иногда, когда не сильно болели, 68,0% учеников, почти всегда — 10,0%, не посещали — 22,0%. Среди девочек иногда во время болезни посещали школу 73,2% учениц, почти всегда — 10,7%, не посещали — 16,1% школьниц.

Изучение отношения школьников к занятиям спортом показало, что занимались регулярно спортом 64,0% мальчиков, нерегулярно — 36,0%. Среди девочек, регулярно занимавшихся спортом не было. Нерегулярно занимались 30,4% школьниц, не занимались совсем 69,6%.

Обучающимся было предложено оценить свою физическую подготовку. Мальчики считали, что их физическая подготовка сильная (34,0%) и средняя (66,0%). Никто из девочек не оценил свою физическую подготовку, как сильную. Считали, что у них средняя физическая подготовка 30,4% девочек, что слабая 58,9% школьниц, а 10,7% учениц затруднились ее оценить.

Оценка информированности мальчиков и девочек о влиянии факторов риска на их здоровье выявила, что среди мальчиков все 100,0%

участвовавших в анкетировании считали, что такие факторы как курение, регулярное употребление различных спиртных напитков и наркотиков, низкая физическая активность, недосыпание, длительные умственные и физические перегрузки, нерегулярное питание, употребление сладких, соленых, острых, жирных продуктов и малое нахождение на свежем воздухе отрицательно влияют на здоровье человека. Среди девочек не считали фактором риска для здоровья курение 10,8% учениц, регулярное употребление пива, джин-тоника и др. слабоалкогольных напитков — 26,8%, регулярное употребление вина, шампанского — 59,4%, регулярное употребление крепких алкогольных напитков — 57,7%, употребление наркотиков — 14,3%. Полагали, что низкая физическая активность и недосыпание не оказывают неблагоприятного действия на организм 37,5% девочек, что не вредят длительные дополнительные занятия (язык, музыка и т. п.) — 92,9% и длительное нахождение за компьютером — 58,9%. Оценка информированности учениц о правильном питании показала, что не знали об отрицательном влиянии нерегулярного питания 42,1% школьниц, излишнего употребления сладостей — 51,8%, излишнего употребления соленой пищи — 48,2%, излишнего употребления жирной пищи — 42,9%, излишнего употребления острой пищи — 55,4%, излишнего употребления хлеба, пирожков, макарон, картофеля (в т. ч. фри), чипсов — 51,8%.

В ходе исследования мальчикам и девочкам было предложено указать, имели ли место перечисленные факторы риска в их жизни. Оценка результатов анкетирования показала, что среди мальчиков курили 10,0%, регулярно употребляли слабоалкогольные напитки (пиво, джин-тоник и др.) 6,0%, вино, шампанское — 10,0%, крепкий алкоголь — 4,5%, употребляли когда-либо наркотики — 2,0%. Школьников, имеющих низкую физическую активность и частое недосыпание, было 28,0% и 66,0% соответственно. Длительные дополнительные занятия (язык, музыка и т. п.) имели место у 46,0% респондентов, а длительное нахождение за компьютером у 100,0%. На нерегулярное питание указали 38,0% учеников. Считали, что в их питании присутствует излишнее употребление сладостей 38,0% школьников, соленой пищи — 32,0%, жирной пищи — 22,0%, острой пищи — 26,0%, а 42,0% мальчиков считали, что более, чем рекомендуется употребляли хлеб, пирожки, макароны, картофель (в т. ч. фри) и чипсы. На малое нахождение на свежем воздухе указали 30,0% учеников. Среди дево-

чек никто не указал на наличие таких факторов, как курение и регулярное употребление крепких алкогольных напитков, пива, джин-тоника и др. слабоалкогольных напитков. Регулярно употребляли вино и шампанское 7,1% учениц. Низкая физическая активность была у 42,9% школьниц, а недосыпание у 75,0%. Длительные дополнительные занятия (язык, музыка и т. п.) имели место у 42,9%, длительное нахождение за компьютером — у 7,1% девочек. Оценка питания школьниц показала, что питались нерегулярно 42,9% участвовавших в анкетировании девочек, излишне употребляли сладости 48,8%, соленую пищу — 32,1%, жирную пищу — 39,3%, острую пищу — 26,8%, хлеб, пирожки, макароны, картофель (в т. ч. фри), чипсы — 53,6%. Мало находились на свежем воздухе 41,1% школьниц.

Объективная оценка здоровья детей, основанная на выкопировке данных из первичной медицинской документации, показала, что 55,8% школьников 7–11 классов имели дисгармоничное, а в 2,9% случаях — резко дисгармоничное физическое развитие. Чаще всего это было обусловлено дефицитом массы тела и уменьшением обхватных размеров тела. Только 41,3% детей имели гармоничное физическое развитие.

В среднем в ходе правильно организованных медицинских осмотров дополнительно выявляется 1500–2000 случаев заболеваний. Уровень патологической пораженности детей в СОШ № 1 составил 1372‰. В структуре патологической пораженности школьников первое ранговое место занимали болезни глаза и его придаточного аппарата (33,7%), второе — болезни костно-мышечной системы (21,1%), третье — болезни органов дыхания (19,7%).

Распределение детей на группы здоровья показало, что среди школьников удельный вес детей I группы здоровья составил 21,4%; II группы здоровья — 59,1%; III группы здоровья — 17,7%; IV группы здоровья — 1,8%.

В сравнении со средними показателями по Российской Федерации, приведенными в начале статьи, удельный вес детей, относящихся к здоровым (I группа здоровья) в МОУ «Средняя общеобразовательная школа № 1» г. Дно Псковской области был ниже на 28,9%. Доля практически здоровых, то есть имеющих в течение года острые заболевания (II группа), была выше среднероссийского показателя на 4,9%. Разница в удельном весе детей, имеющих хронические заболевания в стадии компенсации (III группа здоровья), составила + 31,6% в сравнении с РФ, а в удельном весе детей, имеющих хронические заболевания в стадии

субкомпенсации (IV группа) была + 61,1%. Детей V группы здоровья (дети-инвалиды) среди школьников СОШ № 1 не было.

## ВЫВОДЫ

Состав семьи и материальное положение влияют на оценку детьми состояния своего здоровья. Чем выше доля полных семей и лучше материальное положение, тем выше самооценка детьми состояния здоровья. В большинстве случаев дети из семей, где воспитываются один или двое детей, хуже оценивают свое здоровье, чем дети из многодетных семей.

В сравнении с родителями большее количество школьников оценивают свое здоровье на «отлично» и меньше на «удовлетворительно» и «неудовлетворительно». Родители считают, что их дети чаще болеют острыми заболеваниями и пропускают занятия по причине болезни в течение года, чем полагают их дети. Однако в сравнении со школьниками, большее количество родителей считают, что у их детей нет хронических заболеваний, а если и есть, то с редкими обострениями.

Проведенное исследование показало, что есть гендерные отличия в самооценке здоровья мальчиков и девочек. Девочки хуже, чем мальчики, оценивают свое здоровье. Изучение частоты острых заболеваний и количества дней, пропущенных по болезни у школьников в течение учебного года показало, что девочки считают, что они несколько чаще болеют, но пропускают меньшее количество дней за год и чаще ходят в школу во время болезни, чем мальчики.

Все мальчики в той или иной степени занимаются спортом, а среди девочек никто не занимается спортом регулярно, около трети нерегулярно. Большая часть мальчиков считают, что их физическая подготовка средняя, около 30%, что сильная. Никто из девочек не оценивает свою физическую подготовку, как сильную. Большинство девочек считают, что их физическая подготовка слабая.

Мальчики лучше, чем девочки информированы о влиянии факторов риска на их здоровье. Тем не менее мальчики чаще, чем девочки курят и употребляют спиртные напитки, недосыпают и имеют длительные умственные и физические перегрузки. А у девочек чаще, чем у мальчиков, встречается низкая физическая активность, нерегулярное питание, излишнее употребление вредных для здоровья продуктов и малое нахождение на свежем воздухе.

В целом объективная оценка состояния здоровья школьников по данным медосмотров показала, что уровень патологической пораженности в школе №1 г. Дно Псковской области ниже, чем среднероссийский, но при изучении распределения школьников по группам здоровья установлен более высокий сравнении с РФ удельный вес детей III и IV групп здоровья.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Гречаный С.В. Риск употребления конкретного вида психоактивного вещества с вредными последствиями у подростков с расстройствами поведения. Педиатр. 2015; 5 (3): 16–23.
2. Ершова И.Б., Глушко Ю.В. Заболеваемость детей младшего школьного возраста с посттравматическим стрессовым расстройством. Педиатр. 2017; 8 (4): 26–31.
3. Иванов Д.О., Орел В.И. Современные особенности здоровья детей мегаполиса. Медицина и организация здравоохранения. 2016; №1: 6–11.
4. Медик В.А., Юрьев В.К. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2016.
5. Медик В.А., Юрьев В.К. Общественное здоровье и здравоохранение: учебное пособие. М.: Академкнига; 2008.
6. Поликарпов А.В., Александрова Г.А., Голубев Н.А., Тюрина Е.М. и др. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации: сборник. М.: ФГБУ «ЦНИИОИЗ»; 2018. Доступен по: <http://mednet.ru/ru/statistika/materinstvo-i-detstvo.html> (дата обращения: 12.09.2018).

## REFERENCES

1. Grechanyy S.V. Risk upotrebleniya konkretnogo vida psikhoaktivnogo veshchestva s vrednymi posledstviyami u podrostkov s rasstroystvami povedeniya. [The risk of using a particular type of psychoactive substance with harmful consequences in adolescents with behavioral disorders]. *Pediatr.* 2015; 5 (3): 16–23. (In Russian).
2. Yershova I.B., Glushko Y.V. Zabolevayemost' detey mladshogo shkol'nogo vozrasta s posttravmaticheskim stressovym rasstroystvom. [Incidence of children of primary school age with post-traumatic stress disorder]. *Pediatr.* 2017; 8 (4): 26–31. (In Russian).
3. Ivanov D.O., Orel V.I. Sovremennyye osobennosti zdorov'ya detey megapolisa. [The modern features of health of children of the metropolis]. *Medicine and health care organization.* 2016; №1: 6–11. (In Russian).
4. Medik V.A., Yur'yev V.K. Obshchestvennoye zdorov'ye i zdravookhraneniye: ucheb-nik. [Public health and health]. М.: GEOTAR-Media; 2016. (In Russian).
5. Medik V.A., Yur'yev V.K. Obshchestvennoye zdorov'ye i zdravookhraneniye: uchebnoye posobiye. [Public health and health]. М.: Akademkniga; 2008. (In Russian).
6. Polikarpov A.V., Aleksandrova G.A., Golubev N.A., Tyurina Ye.M. i dr. Osnovnyye pokazateli zdorov'ya materi i rebenka, deyatelnost' sluzhby okhrany detstva i rodovspomozheniya v Rossiyskoy Federatsii: sbornik. [The main indicators of maternal and child health, the activities of child welfare and obstetrics in the Russian Federation]. М.: FGBU «TSNIIOIZ»; 2018: 170. Available at: <http://mednet.ru/ru/statistika/materinstvo-i-detstvo.html> (assessed: 12.09.2018). (In Russian).

## НЕКОТОРЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ АМБУЛАТОРНОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ

© *Илья Борисович Соболев, Карина Евгеньевна Моисеева, Шалва Демнаевич Харбедия, Анна Владимировна Алексеева*

ФГОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России. 194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2

**Контактная информация:** Моисеева Карина Евгеньевна — к. м. н., доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения. E-mail: karina-moiseeva@yandex.ru

**РЕЗЮМЕ:** Сельская местность имеет свои особенности, которые накладывают отпечаток на всю систему организации медицинской помощи. Ведущими медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь сельским жителям, являются центральные районные и районные больницы. С целью оценки состояния амбулаторной помощи в условиях сельского здравоохранения на базе государственного бюджетного учреждения здравоохранения Ленинградской области «Токсовская районная больница» была проведена выкопировка данных из федеральной статистической отчетности «Сведения о медицинской организации» форма № 30» за 2015–2017 годы. Для реализации поставленной цели при помощи специально разработанной «Карты выкопировки» было проведено изучение показателей кадрового обеспечения врачами, показателей объемов амбулаторной помощи населению и показателей нагрузки врачей, ведущих амбулаторный прием. Анализ полученных показателей позволяет судить о низкой доступности медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях сельскому населению, что связано прежде всего с резким ростом численности прикрепленного контингента. Рост посещений по поводу заболеваний в 2015–2017 годы и снижение числа посещений с профилактической целью, позволяет судить об ухудшении состояния здоровья сельского населения.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** сельское здравоохранение; районная больница; амбулаторная помощь; показатели работы.

## SOME RESULTS OF ESTIMATION OF THE STATE OF AMBULATORY ASSISTANCE IN THE CONDITIONS OF THE DISTRICT HOSPITAL

© *Iliya B. Sobolev, Karina E. Moiseeva, Shalva D. Kharbedia, Anna V. Alekseeva*

Saint-Petersburg State Pediatric Medical University. Litovskaya str., 2. Saint Petersburg, Russia, 194100

**Contact Information:** Karina E. Moiseeva — MD, PhD, Associate Professor, Department of Public Health and Healthcare. E-mail: karina-moiseeva@yandex.ru

**ABSTRACT:** Rural areas are known to have some peculiar characteristics, which make an impact on the overall system of organization of medical care. Leading medical organizations providing medical care to rural residents are central district and district hospitals. To assess the condition of outpatient care in rural health care, the Toksovskaya District Hospital, a state budget health care institution in Leningrad region, studied data from the federal statistic report “Information of the medical organization form No. 30” for 2015–2017. To realize this goal using the specially developed «Copy Card», we conducted a study of the personnel staff, indicators of outpatient and outpatient

care levels and the load indicators of the doctors conducting consulting hours at the local polyclinics. The analysis of obtained indicators allows to conclude that low availability of medical care provided in outpatient settings to the rural population is primarily due to a sharp increase in the number of patients attached to a concrete polyclinic. The increase in visits of sick patients in 2015–2017 and the reduction in the number of visits for preventive purposes manifests the deterioration of health of the rural population.

**KEY WORDS:** rural health; district hospital; outpatient care; performance indicators.

В современных условиях в Российской Федерации ежегодно растет уровень финансирования, выделяемого на здравоохранение, его модернизацию, корректируется законодательная база, принимаются и реализуются различные федеральные программы по охране и укреплению здоровья граждан [5]. На деятельность медицинских служб и подразделений оказывает влияние огромное количество факторов, поэтому без удовлетворительного кадрового обеспечения и высокого уровня профессиональной подготовки персонала адекватная работа отрасли невозможна, тем более в условиях сельского здравоохранения [1, 2].

Сельская местность имеет свои особенности, которые накладывают отпечаток на систему организации медицинской помощи. Это касается типа, мощности, дислокации медицинских организаций, обеспеченности их квалифицированными медицинскими кадрами, возможности получения специализированной медицинской помощи и др. [3].

Ведущими медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь сельским жителям, являются центральные районные и районные больницы. Но медицинские подразделения (поликлиники, амбулатории, ФАП), входящие в их состав, работают далеко не во всех сельских населенных пунктах [4]. Поэтому проблема доступности и качества оказания первичной медико-санитарной помощи стоит в условиях сельского здравоохранения особенно остро.

## ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценка состояния амбулаторной помощи в условиях сельского здравоохранения.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Настоящее исследование проводилось на базе государственного бюджетного учреждения здравоохранения Ленинградской области «Токсовская районная больница» (ГБУЗ ЛО «Токсовская РБ»). Для реализации поставлен-

ной цели была специально разработана «Карта выкопировки из федеральной статистической отчетности «Сведения о медицинской организации» форма № 30» за 2015–2017 годы, с помощью которой была проведена оценка следующих показателей:

- показателей кадрового обеспечения ГБУЗ ЛО «Токсовская РБ» врачами в целом по организации и в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях;
- показателей объемов медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях;
- показателей нагрузки врачей, ведущих амбулаторный прием.

Медицинскую помощь в амбулаторных условиях население, прикрепленное к ГБУЗ ЛО «Токсовская РБ», получает в следующих медицинских организациях:

- поликлиники: Кузьмолковский, Новое Десяткино, Токсово;
- амбулатории: Бугры, Вартемяги, Гарболово, Куйвози, Лесколово, Мурино, Пери, Стекланный;
- фельдшерско-акушерские пункты (ФАП): Васкелово, Лаврики, Лесное, Ненимяки, Рапполово.

Численность прикрепленного населения к «Токсовская РБ» в 2015 году составила 91350 человек, из них детского населения 14105; в 2016 году 105061, из них 20056 дети до 18 лет; в 2017 году — 106156, дети — 16278.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Одним из показателей, характеризующих доступность медицинской помощи, является обеспеченность населения медицинскими кадрами (врачами и средним медицинским персоналом). Обеспеченность населения, прикрепленного к ГБУЗ ЛО «Токсовская РБ», врачами в 2015 году составила на 20,2 на 10 тысяч, в 2016–21,4 на 10 тысяч, в 2017–23,6 на 10 тысяч. Обеспеченность населения, прикрепленного к ГБУЗ ЛО «Токсовская РБ», врачами кли-

Таблица 1

Обеспеченность Российской Федерации и ГБУЗ ЛО «Токсовская РБ» 2015–2017 гг.

Специальность	РФ, 2015 год	РФ, 2016 год	РФ, 2017 год	Токсовская РБ, 2015 год	Токсовская РБ, 2016 год	Токсовская РБ, 2017 год
Врачи всего	39,7	37,1	37,2	20,2	21,4	23,6
Врачи клинических специальностей	24,1	23,5	23,6	15,7	12,4	19,7

нических специальностей в 2015 году составила на 15,7 на 10 тысяч, в 2016–16,3 на 10 тысяч, в 2017–17,8 на 10 тысяч. Сравнительная оценка обеспеченности населения Российской Федерации и ГБУЗ ЛО «Токсовская РБ» врачами в 2015–2017 годы приведена в таблице 1.

Укомплектованность медицинским персоналом характеризуется соотношением штатных и занятых должностей в процентном выражении. В объединенных медицинских учреждениях рассчитывается в целом по учреждению или отдельно по стационарному и амбулаторному структурным подразделениям. Укомплектованность всех штатных должностей ГБУЗ ЛО «Токсовская РБ» в целом врачами в 2015 году составила 94,5%, в 2016 году — 89,6%, в 2017 году — 79,1%. Укомплектованность штатных должностей врачей в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в 2015 году была — 91,2%, в 2016 году — 86,0%, в 2017 году — 77,6%.

Врачи клинических специальностей оказывают первичную специализированную медицинскую помощь, поэтому укомплектованность медицинской организации этой категорией врачей как правило позволяет судить о доступности первичной специализированной помощи населению, проживающему в зоне обслуживания учреждения здравоохранения. Укомплектованность всех штатных должностей врачами клинических специальностей в целом по ГБУЗ ЛО «Токсовская РБ» в 2015 году составила 93,2%, в 2016 году — 88,3%, в 2017 году — 80,4%. Укомплектованность штатных должностей врачей клинических специальностей в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в 2015 году была — 90,2%, в 2016 году — 85,1%, в 2017 году — 77,8%.

Коэффициент совместительства характеризует объем занимаемых должностей одним физическим лицом. Значение этого показателя свыше 1,0 может отрицательно сказаться на качестве оказываемой медицинской помощи и состоянии здоровья работников. Коэффици-

ент совместительства врачей в целом ГБУЗ ЛО «Токсовская РБ» в 2015 году был 1,4; в 2016 году — 1,3; в 2017 году — 1,1. Коэффициенты совместительства врачей в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях в 2015 году составил 1,2; в 2016 году — 1,2; в 2017 году — 1,0. Коэффициент совместительства врачей клинических специальностей в целом по ГБУЗ ЛО «Токсовская РБ» в 2015 году составил 1,3; в 2016 году — 1,2; в 2017 году — 0,9. Коэффициент совместительства врачей клинических специальностей в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в 2015 году был — 1,3; в 2016 году — 1,1; в 2017 году — 1,0.

Показатели квалификации характеризуют уровень квалификации медицинского персонала организации. Эти показатели косвенно определяют качество и результаты медицинской помощи. Расчет показателей проводится как в целом по медицинской организации, так и отдельно по всем специалистам, имеющим высшую, первую и вторую квалификационную категорию. В ходе настоящего исследования была проведена оценка показателей квалификации врачебного персонала ГБУЗ ЛО «Токсовская РБ», которая показала, что удельный вес врачей, имеющих высшую квалификационную категорию, в целом по организации в 2015 году составил 5,9% от общего числа врачей, в 2016 году — 6,7%, в 2017 году — 9,6%. Первую категорию в 2015 году имели 13,2%, в 2016 году — 10,7%, в 2017 году — 13,0%. Вторая категория была в 2015 году 4,8%, в 2016 году — 4,4%, в 2017 году — 3,4%.

Удельный вес врачей клинических специальностей, имеющих высшую квалификационную категорию, в целом по организации в 2015 году был у 4,9% от общего числа клинических специалистов, в 2016 году — у 6,4%, в 2017 году — у 7,4%. Первую категорию в 2015 году имели 14,0% врачей, в 2016 году — 10,5%, в 2017 году — 12,7%. Вторая категория была в 2015 году у 5,6%, в 2016 году — у 4,1%, в 2017 году — у 3,2%.

Для оценки доступности медицинской помощи используется показатель среднего числа посещений на 1 жителя, которое рассчитывается для медицинской организации. Далее полученный показатель сравнивается с плановым по территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Российской Федерации на соответствующий год. В 2017 году в среднем на 1 застрахованное лицо должно было приходиться 9,93 посещений в медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Среднее число посещений к врачу на 1 жителя в год в ГБУЗ ЛО «Токсовская РБ» в 2015 году составило 4,8 посещений, в 2016 году — 4,9 посещений, в 2017 году — 5,8.

Единицей измерения первичной медико-санитарной помощи является посещение. Посещение — это контакт пациента с врачом медицинской организации или подразделения, оказывающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях по любому поводу с последующей записью в «Медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» (форма 025/у), «Истории развития ребенка форма» (форма 112/у), «Индивидуальной карте беременной и родильницы» (форма 111 /у) и включающей жалобы, анамнез, объективные данные, диагнозы, группу здоровья, назначенное лечение, обследование, а также результаты обследования и динамического наблюдения.

Анализ посещений принято проводить по цели и месту посещения. Посещения медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, исходя из цели посещения делятся на посещения с профилактическими и иными целями и посещения по поводу заболевания. Исходя из места посещения, они подразделяются на посещения на приеме в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и посещения на дому. Удельный вес посещений подразделений, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, к врачам всех специальностей, на амбулаторном приеме в целом по ГБУЗ ЛО «Токсовская РБ» в 2015 году составил 90,5%, в 2016 году — 90,0%, в 2017 году — 90,3%. Удельный вес посещений населения на дому врачами всех специальностей, работающими в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в целом по ГБУЗ ЛО «Токсовская РБ» составил в 2015 году 9,5%, в 2016 году — 10,0%, в 2017 году — 9,7%. Значение этого показателя в пределах 15–20% сви-

детельствует о доступности амбулаторно-поликлинической помощи отдельным категориям больных.

Удельный вес посещений по поводу заболеваний врачей всех специальностей, работающих в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в целом по ГБУЗ ЛО «Токсовская РБ» в 2015 году был 45,1%, в 2016 году — 56,6%, в 2017 году — 56,6%. В ряде случаев возникает необходимость оценить активность посещения больных на дому. Удельный вес посещений на дому по поводу заболеваний врачами, ведущими амбулаторный прием в Токсовской РБ в 2015 году составил 88,0% от всех посещений на дому, в 2016 году — 93,9%, в 2017 году — 95,6%.

Удельный вес посещений с профилактическими целями позволяет оценить уровень профилактической работы врачей, работающих в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Рекомендуемое значение удельного веса посещений с профилактической целью не менее 30%. Удельный вес посещений с профилактическими и иными целями врачей всех специальностей, работающих в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в целом по ГБУЗ ЛО «Токсовская РБ» в 2015 году составил 54,9%, в 2016 году — 43,4%, в 2017 году — 43,4%.

Под функцией врачебной должности рассматривается число посещений в год на одного врача, ведущего амбулаторный прием. Существует плановая и фактическая функция врачебной должности. При определении нормы нагрузки в год (плановой функции врачебной должности) определяются нормы затрат времени, которые отводятся специалистам медицинских организаций на основную (непосредственно амбулаторный прием в медицинских организациях) и прочую деятельности. К прочим видам деятельности относят: работу с документацией, санпросвет работу, участие в выездных бригадах, визиты на дом с разными целями (активные посещения, патронаж, вызов по заболеванию), проведение амбулаторных операций, проведение диагностических исследований во время амбулаторного приема и т.д. Фактическая функция врачебной должности рассчитывается путем деления фактического числа посещений в течении года на число занятых ставок врачей. Средняя нагрузка врачей всех специальностей, работающих в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в целом по ГБУЗ ЛО «Токсовская РБ» в 2015 году была 2796 посещений в год,

в 2016 году — 2800 посещений в год, в 2017 году — 4064 посещений в год. Оценка динамики среднегодовой нагрузки врачей в 2015–2017 годы представлена в таблице 2.

Таблица 2

Динамика среднегодовой нагрузки врачей в 2015–2017 гг. (в посещениях)

Год	Всего	Динамика, %
2015 год	2796	–
2016 год	2800	+0,1
2017 год	4064	+31,1

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Обеспеченность сельского населения, прикрепленного к ГБУЗ ЛО «Токсовская РБ», как в целом врачебными кадрами, так и врачами клинических специальностей ниже, чем в среднем по Российской Федерации в соответствующие годы. Низкая обеспеченность населения врачами, снижение показателя укомплектованности штатных должностей врачей, повышение нагрузки врачей, ведущих амбулаторный прием, низкое значение показателя среднего числа посещений к врачу на 1 жителя в год и удельного веса посещений на дому указывает на довольно низкую доступность медицинской помощи населению, что связано прежде всего с резким ростом численности прикрепленного контингента. Кроме того, рост удельного веса посещений по поводу заболеваний и снижение числа посещений с профилактическими целями в 2015–2017 годы, позволяет судить об ухудшении состояния здоровья сельского населения.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Гречаный С. В. Риск употребления конкретного вида психоактивного вещества с вредными последствия-

ми у подростков с расстройствами поведения. Педиатр. 2015; 5 (3): 16–23.

2. Еникеева Л. А., Ширшикова М. С. Теоретические и практические аспекты использования индикаторов оценки качества жизни. Медицина и организация здравоохранения. 2017; № 2: 4–15.
3. Медик В. А., Юрьев В. К. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2016.
4. Медик В. А., Юрьев В. К. Общественное здоровье и здравоохранение: учебное пособие. М.: Академкнига; 2008.
5. Орел В. И., Каканов А. М., Рукавишников А. С. Риск-ориентированный подход при проведении проверок медицинских организаций. Медицина и организация здравоохранения. 2018; № 1: 15–19.

## REFERENCES

1. Grechanyy S. V. Risk upotrebleniya konkretnogo vida psikhoaktivnogo veshchestva s vrednymi posledstviyami u podrostkov s rasstroystvami povedeniya. [The risk of using a particular type of psychoactive substance with harmful consequences in adolescents with behavioral disorders]. *Pediatr.* 2015; 5 (3): 16–23. (In Russian).
2. Enikeeva L. A., Shirshikova M. S. Teoreticheskie i prakticheskie aspekty ispol'zovaniya indikatorov ocenki kachestva zhizni. [Theoretical and practical aspects of the use of indicators to assess the quality of life]. *Medicine and health care organization.* 2017; № 2: 4–15. (In Russian).
3. Medik V. A., Yur'yev V. K. Obshchestvennoye zdorov'ye i zdavookhraneniye: ucheb-nik. [Public health and health]. М.: GEOTAR-Media; 2016. (In Russian).
4. Medik V. A., Yur'yev V. K. Obshchestvennoye zdorov'ye i zdavookhraneniye: uchebnoye posobiye. [Public health and health]. М.: Akademkniga; 2008. (In Russian).
5. Orel V. I., Kakanov A. M., Rukavishnikov A. S. Risk-orientirovanny podkhod pri provedenii proverok meditsinskikh organizatsiy. [Risk — oriented approach to carrying out audits of medical organizations]. *Medicine and health care organization.* 2018; № 1: 15–19. (In Russian).

# ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ С ИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПРИ ПОМОЩИ МРТ

© Александр Владимирович Алхазивили, Шалва Демнаевич Харбедея,  
Денис Владимирович Заславский

ФГОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России. 194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2

**Контактная информация:** Шалва Демнаевич Харбедея — к. м. н., доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения. E-mail: ozz.gpma444@mail.ru

**РЕЗЮМЕ:** На сегодняшний день магнитно-резонансная томография является важнейшим методом диагностики заболеваний. Большая часть проводимых исследований в таких областях как онкология, пульмонология, хирургия, травматология, кардиология, стоматология и др. вообще невозможна без применения МРТ обследований. С целью разработки и научного обоснования рекомендаций по совершенствованию системы организации обследования детей с инфекционными заболеваниями при помощи магнитно-резонансной томографии на базе отделения лучевой диагностики клиники ФГБУ «Детский научно-клинический центр инфекционных болезней» Федерального медико-биологического агентства России было проведено медико-социальное исследование. Для реализации указанной цели были изучены организация работы отделения лучевой диагностики многопрофильного стационара для детей, мнение врачей о значении МРТ исследований в клинической практике, дана оценка степени соблюдения врачами принципов безопасности ребенка при проведении магнитно-резонансной томографии, проанализировано субъективное мнение родителей об организации проведения МРТ исследований и качестве работы отделения лучевой диагностики.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** здоровье; объективная оценка; субъективная оценка; сельские школьники; медико-социальная характеристика.

## MAIN DIRECTIONS OF IMPROVING THE ORGANIZATION OF MRI SURVEY IN CHILDREN WITH INFECTIOUS DISEASES

© Alexander V. Alkhazishvili, Shalva D. Kharbedia, Denis V. Zaslavsky

Saint-Petersburg State Pediatric Medical University. Litovskaya str., 2. Saint Petersburg, Russia, 194100

**Contact Information:** Shalva D. Kharbedia — PhD, Associate Professor, Department of Public Health and Healthcare. E-mail: ozz.gpma444@mail.ru

**ABSTRACT:** Magnetic resonance imaging is the most reliable modern method of diagnosing diseases. Most of the ongoing researches in such areas as oncology, pulmonology, surgery, traumatology, cardiology, dentistry, etc. are generally impossible without the use of MRI examinations. With the purpose of developing and scientifically substantiating recommendations for improving the organization of the survey of children with infectious diseases using magnetic resonance imaging on the basis of the Department of Radiation Diagnostics of the Children's Scientific and Clinical Center of Infectious Diseases Clinic of the Federal Medical and Biological Agency of Russia, a medical and social study was revealed. To achieve this goal, the organization of the work of the

Department of Radiation Diagnostics of a multidisciplinary hospital for children, the opinion of doctors on the importance of MRI studies in clinical practice, an assessment of the degree of doctors' compliance with the principles of child safety during magnetic resonance imaging, the parents' subjective opinion on the organization of MRI and the quality of the work of the department of radiation diagnostics was studied.

**KEY WORDS:** health; Objective assessment; subjective assessment; rural schoolchildren; medical and social characteristics.

Согласно новым подходам, основой деятельности системы здравоохранения в Российской Федерации должны стать повышение доступности, качества и безопасности медицинской помощи, а также ее ориентация на пациента [3, 6, 7]. Современная концепция деятельности системы здравоохранения предполагает обязательную направленность на раннюю диагностику и профилактику заболеваний. С этой целью проводится модернизация всей отрасли и в практическую медицину внедряются новые инновационные высокотехнологичные методы, которые базируются на новейших достижениях науки и техники [1, 2, 4]. Одним из таких методов является магнитно-резонансная томография (МРТ), с помощью которой на сегодняшний день устанавливается более половины всех первичных диагнозов. Большая часть проводимых исследований в таких областях как онкология, пульмонология, хирургия, травматология, кардиология, стоматология и др. вообще невозможна без применения МРТ обследования [8, 9].

В педиатрии применяются те же методы лучевой диагностики, что и при исследовании взрослого населения. При лучевом исследовании детей на рентгенологические методы приходится 80–85%. На долю бездозовых методов исследования, таких как ультразвуковые исследования (УЗИ) и магнитно-резонансная томография, приходится 8–12% и 2–4% соответственно. Так как забота о подрастающем поколении является одним из важнейших аспектов развития общества, то первоочередной задачей сегодня становится обеспечение здоровья детского населения. Поэтому поиск путей совершенствования организации обследования детей при помощи магнитно-резонансной томографии становится актуальной задачей [5].

## ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Разработать и научно-обосновать рекомендации по совершенствованию системы организации обследования детей с инфекционными заболеваниями при помощи МРТ.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось на базе отделения лучевой диагностики клиники ФГБУ «Детский научно-клинический центр инфекционных болезней» Федерального медико-биологического агентства (ФГБУ ДНКЦИБ ФМБА России). Сведения о ресурсном обеспечении, организации и качестве работы отделения лучевой диагностики были получены путём выкопировки данных из отчета больницы и отделения лучевой диагностики учреждения за 2017 год. Содержащиеся в отчете сведения были дополнены результатами выкопировки данных из «Медицинских карт стационарного больного». С целью определения расчетных норм времени на проведение МРТ исследований детей различных возрастов был проведен хронометраж продолжительности проведения отдельных составляющих МРТ исследований различных органов и систем. Для разработки оптимальных режимов съемки были проанализированы результаты МРТ исследований. Для изучения мнения врачей о значении МРТ исследований в клинической практике и их информативности, а также для оценки степени соблюдения врачами принципов безопасности ребенка при проведении МРТ исследований, было проведено анонимное анкетирование 32 врачей клинических специальностей. Для субъективной оценки качества оказанных отделением лучевой диагностики медицинских услуг было проведено анонимное анкетирование 168 родителей детей, прошедших МРТ исследование. В качестве аппаратного обеспечения исследования использовались рабочие станции (компьютеры) с процессором класса Intel Core 2 Duo. Для статистической обработки и анализа полученных результатов применялись пакеты Microsoft Office 2010 и STATISTICA 5.0.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Отделение лучевой диагностики ФГБУ ДНКЦИБ ФМБА России проводит МРТ обследования по следующим локализациям: головной мозг, сосуды шеи и головы, все отделы по-

звоночника, крупные суставы, стопы и кисти, мягкие ткани, брюшная полость, малый таз (мужской и женской).

Изучение ресурсного обеспечения отделения показало, что в состав отделения лучевой диагностики ФГБУ ДНКЦИБ ФМБА России входят кабинеты для выполнения различных методов лучевой диагностики и радиоизотопная лаборатория. Кабинеты оснащены стационарными аппаратами: высокопольный магнитно-резонансный томограф Philips Ingenia 1,5 T, 28-срезовый спиральный компьютерный томограф Philips Ingenuity Elite 128. Полностью цифровая система позволяет получать изображения самого высокого качества и отличается исключительной производительностью. Улучшенные характеристики оборудования сделали процедуру исследования более быстрой и комфортной, поэтому время, которое пациенту необходимо провести внутри томографа, существенно сократилось. Это особенно важно для детей, поскольку медицинская диагностика часто вызывает у них волнение и страх. Создать максимально комфортные условия при проведении магнитно-резонансного исследования для маленьких пациентов помогает технология Ambient Inbore Experience. Сочетание специально подобранного мягкого освещения, изображений, музыки и интерактивного контента создает успокаивающую атмосферу, помогая расслабиться.

Согласно штатному расписанию в отделение лучевой диагностики ФГБУ ДНКЦИБ ФМБА России для оптимальной работы отделением (врач-рентгенолог) — 1,0 должность, врач ультразвуковой диагностики — 2,25 должности, врач-рентгенолог — 7,0 должностей, медицинская сестра — 1,0 должность, рентген-лаборант — 6,0 должностей, администратор — 1,5 должности. Укомплектованность персоналом отделения лучевой диагностики в 2017 году составляла 100%.

Оценка квалификации врачей отделения лучевой диагностики показала, что высшая квалификационная категория была у 49,8% врачей, вторая квалификационная категория — у 16,9% рентгенологов. Анализ уровня квалификации рентген-лаборантов выявил, что квалификационную категорию имели 86,5% работников, из них высшая квалификационная категория была у 72,4%, вторая у 14,1%, а 13,5% рентген-лаборантов имели только высшее медицинское образование.

Режим работы кабинетов отделения лучевой диагностики предусматривает пятичасовой ра-

бочий день при шестидневной рабочей неделе. Для оказания экстренной медицинской помощи кабинеты, входящие в состав отделения лучевой диагностики могут работать вне установленного графика. Изучение нагрузки на кабинет магнитно-резонансной томографии показало, что в течение недели она распределяется неравномерно. Наибольшая нагрузка приходилась на вторник и четверг (28,1% и 24,2% от общего числа проводимых на отделении исследований соответственно). Наименьшее количество МРТ исследований выполнялось в воскресенье и в субботу (1,3% и 4,2% соответственно). На понедельник приходилось 11,9% исследований, на среду 16,8% и на пятницу 13,5%.

За 2017 год в отделение лучевой диагностики ФГБУ ДНКЦИБ ФМБА России было обследовано 19469 пациентов, из них 14595 детей (75,0%) и 4874 взрослого населения (25,0%). За исследуемый год было проведено 1723 МРТ исследований, из них 686 исследований было сделано детям, 1037 — взрослому населению (39,8% и 60,2% соответственно). Структура исследований, выполненных на отделении лучевой диагностики ФГБУ ДНКЦИБ ФМБА России, представлена в таблице 1.

Таблица 1

Структура исследований, выполненных на отделении лучевой диагностики, ФГБУ ДНКЦИБ ФМБА РОССИИ (абс. (в %))

№	Вид исследования	Дети	Взрослые
1.	МРТ	686 (39,8)	1037 (60,2)
2.	КТ	268 (37,0)	457 (63,0)
3.	Рентген + ФЛГ	3475 (67,6)	1667 (32,4)
4.	УЗИ	10166 (96,8)	338 (3,2)
5.	Фиброскан	–	1375 (100,0)

Специализированную медицинскую помощь, к которой относятся МРТ исследования, граждане получают как бесплатно, так и платно. Стоимость различных методов лучевой диагностики, которые финансируются из средств ОМС или бюджета, определяется согласно «Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи». В среднем стоимость МРТ обследования составляет 4300 рублей и напрямую зависит от области, для которой она проводится. Установлено, что для 22,8% пациентов проведенное МРТ обследование было бесплатным, для 77,2% больных оно было платным.

Все заявленные объемы по выполнению исследований на основе ОМС выполнены на 100% (356 МРТ исследований и 205 КТ исследований). Утвержденный план на оказание хозрасчетных услуг по КТ и УЗИ превышен на 50%, по фиброскану и МРТ — на 20%.

С целью определения расчетных норм времени на проведение МРТ детей был проведен хронометраж продолжительности проведения отдельных компонентов МРТ исследования. Среди детей, которые вошли в статистическую совокупность, в возрасте 3–7 лет было 9,1% детей 8–9 лет — 42,6%, 10–13 лет — 35,5% и от 14–17 лет — 12,8%.

Проведенный хронометраж показал, что в среднем на снятие назначений из медицинской документации, контроль наличия информированного согласия родителей или детей в возрасте 14–17 лет и внесение данных ребенка в компьютер было затрачено  $4,9 \pm 0,2$  минуты. Хронометраж не выявил зависимости продолжительности вышеперечисленных компонентов от возраста пациента и вида исследования. Оценка времени, потраченного на раздевание и одевание пациента, показала, что в среднем оно составляло  $1,1 \pm 0,5$  минут. На мероприятия, связанные с укладкой, закреплением и откреплением фиксирующих устройств в среднем было затрачено  $9,4 \pm 0,6$  минут. Непосредственное выполнение МРТ исследования в среднем занимало  $32,7 \pm 1,5$  минут, однако на время его проведения существенное влияние оказывала область исследования (15–40 минут). В целом обследование ребенка при помощи МРТ в среднем занимало около  $48 \pm 1,8$  минут, в том случае, если не возникало необходимости в подготовке анестезиологического оборудования.

С целью оценки информированности врачей об обследовании детей при помощи магнитно-резонансной томографии и изучения соблюдения врачами основных принципов безопасности ребенка при проведении МРТ исследований, было проведено анонимное анкетирование 32 врачей клинических специальностей, работающих в многопрофильном стационаре ФГБУ ДНКЦИБ ФМБА России. Анкетирование показало, что чаще всего пациентов для проведения магнитно-резонансной томографии, направляют отделения нейроинфекций и патологии нервной системы, доля которых была 35,6%. Отделение медицинской реабилитации направило 23,7% детей, отделение профилактики инфекционных заболеваний и иммунодефицитных состояний — 18,1%, дифференциально-диагностического отделения — 8,9%, отделение

реанимации и интенсивной терапии — 6,9%, отделение кишечных инфекций — 4,9% и отделение анестезиологии и реанимации 1,9%.

Одним из главных достоинств МРТ является его полная безвредность и отсутствие лучевой нагрузки. В связи с высокой частотой и необоснованностью назначения МРТ исследований представлялось целесообразным изучить мнение врачей об информативности данного метода диагностики и оценить их информированность в вопросах безопасности магнитно-резонансной томографии для детей. Проведенное анкетирование показало, что большинство врачей считали, что МРТ исследование не оказывает отрицательного влияния на здоровье ребенка (75,1%). Полагали, что актуальность МРТ исследований существенно превышает возможное отрицательное влияние 14,3% респондентов, были уверены, что МРТ приносит незначительный вред — 5,1% врачей, а 5,5% врачей клинических специальностей затруднились ответить на этот вопрос.

В ходе исследования среди врачей клинических специальностей, назначавших детям магнитно-резонансную томографию, была проведена оценка знаний санитарных правил и нормативных документов для обоснованного назначения данного метода диагностики. Самооценка знаний показала, что только 55,5% врачей считают, что хорошо знают правила и нормы, а 44,5% полагают, что их знания удовлетворительные.

Несмотря на то, что магнитно-резонансная томография считается достаточно безвредным методом и не оказывает лучевой нагрузки, имеются противопоказания к ее проведению. В соответствии с действующими нормативными документами, при назначении МРТ исследования у врача-радиолога должна быть полная информация о пациенте и он должен принимать окончательное решение о методе и объеме МРТ. При этом врач отделения лучевой диагностики несет ответственность за проведение МРТ исследования и может отказаться от его проведения в случае необоснованного направления. Среди врачей клинических специальностей, участвовавших в анкетировании, 54,4% отметили, что им почти всегда или часто приходилось дублировать МРТ исследования, проведенные в других медицинских организациях. Приходилось иногда дублировать МРТ исследования повторно по одному и тому же случаю у 36,4% респондентов. Никогда не дублировали МРТ исследования, проведенные в других медицинских организациях, только 9,2% врачей.

Изучение цели назначения магнитно-резонансной томографии позволило установить, что чаще всего МРТ исследование назначалось врачами клинических специальностей для оценки результатов лечения (42,7%) и уточнения диагноза (32,8%). Также в 20,3% случаев дети направлялись на МРТ исследование для оценки динамики заболевания, а в 4,2% случаев — с диагностической целью для постановки диагноза.

В ходе анкетирования врачам, участвовавшим в исследовании, было предложено выбрать из проводимых на отделении лучевой диагностики методов наиболее, по их мнению, эффективный. Преобладающее большинство врачей (90,2%) считали, что наибольшей эффективностью обладает магнитно-резонансная томография, а 9,8% врачей полагали, что компьютерная томография.

С целью оценки родителями качества работы отделения лучевой диагностики было проведено анкетирование 168 родителей, дети которых проходили лечение в ФГБУ ДНКЦИБ ФМБА России, и которым была проведена магнитно-резонансная томография в 2017 году. Исследование показало, что по полу дети распределились следующим образом: мальчиков было 53,6%, девочек — 46,4%. Оценка распределения по возрасту показала, что большую часть детей, проходивших обследование при помощи магнитно-резонансной томографии на отделении лучевой диагностики, составляли дети в возрасте 7–14 лет (80,2%). Доля детей в возрасте 7–10 лет была 45,6%, в возрасте 11–14 лет — 34,6%, 15–17 лет — 12,4%. Наименьший удельный вес был у детей возрастной группы 3–6 лет, который составил 7,4%.

Проведенное исследование выявило, что в зависимости от места проживания родители, участвовавшие в исследовании, распределились следующим образом: из Санкт-Петербурга было 71,2% респондентов, из Ленинградской области — 22,3%, а приехавших на лечение из других регионов Российской Федерации — 6,5%.

Одной из важнейших характеристик качества медицинской помощи являются межличностные взаимоотношения, которые выстраиваются между персоналом медицинских организаций и пациентами. Установлено, что отношение медицинского персонала отделения лучевой диагностики как «всегда вежливое и внимательное к пациентам» оценили 92,2% родителей, как «иногда не внимательное и не вежливое» — 7,8% респондентов.

Родителям было предложено поставить балльную оценку человеческим качествам со-

трудников отделения лучевой диагностики. Большая часть родителей человеческим качествам работников отделения поставили оценку «отлично» (90,5%), 6,5% — «хорошо» и 3,0% — «удовлетворительно». Средний балл, поставленный родителями, был  $4,7 \pm 0,09$  балла.

Оценка родителями времени ожидания проведения назначенной магнитно-резонансной томографии показала, что в 51,1% случаев она была сделана в день назначения, в 41,7% — на следующий день, а в 7,2% — через 2 дня после назначения. В среднем время ожидания магнитно-резонансной томографии составило  $0,7 \pm 0,1$  дней.

Оценка родителями времени ожидания начала непосредственно самого проведения магнитно-резонансного обследования позволила установить, что ожидали не более 5 минут — 75,4% респондентов, 5–15 минут — 20,1% и до 30 минут — 4,5%. В среднем время ожидания магнитно-резонансного обследования было  $6,4 \pm 0,1$  минуты.

Анонимное анкетирование позволило оценить работу отделения лучевой диагностики ФГБУ ДНКЦИБ ФМБА России в целом. Выявлено, что 92,9% родителей поставили работе отделения оценку «отлично», 5,2% — «хорошо», а 1,9% — «удовлетворительно». Средний балл, поставленный родителями работе отделения, в целом составил  $4,8 \pm 0,08$  балла.

Изучение мнения родителей о наличии влияния проведенной магнитно-резонансной томографии на результаты лечения ребенка показало, что 42,5% участвовавших в исследовании респондентов считали, что положительное влияние было, 55,4% — затруднились ответить на этот вопрос, а 2,1% респондентов полагали, что на результат лечения магнитно-резонансная томография не оказала.

Оценка источников финансирования проведенной магнитно-резонансной томографии на отделении лучевой диагностики выявила, что 96,9% случаев родители полностью сами оплатили его из личных средств, только в 3,1% случаях обследования оплачивались из других источников (в 1,9% — из средств ОМС, в 1,2% — из средств ДМС).

В ходе анкетирования было изучено влияние назначенного МРТ обследования на материальное положение семьи. Среди всех родителей, оплативших самостоятельно магнитно-резонансную томографию, 72,8% респондентов полагали, что потраченная денежная сумма не повлияла на семейный бюджет, 27,2% считали, что оплата обследования повлияла, но незначительно.

Родителям было предложено указать основные недостатки в работе отделения лучевой диагностики ФГБУ ДНКЦИБ ФМБА России. Преобладающее большинство (89,5%) высказало только один недостаток: высокая стоимость магнитно-резонансной томографии. По мнению 79,6% родителей, обследования детей при помощи магнитно-резонансной томографии должны быть полностью бесплатными, только 4,1% респондентов согласны сами оплачивать данный вид диагностики, а 16,3% родителей готовы оплачивать данное обследование только частично.

## ВЫВОДЫ

Отделение лучевой диагностики «Федерального государственного бюджетного учреждения «Детского научно-клинического центра инфекционных болезней» Федерального медико-биологического агентства (НИИДИ ФМБА России) имеет 100% укомплектованность квалифицированными кадрами и хорошее ресурсное обеспечение.

МРТ исследование детей включает ряд операций, продолжительность которых зависит от возраста ребенка и от его способности спокойно лежать и не двигаться во время процедуры, однако не каждый ребенок сможет лежать в томографе абсолютно неподвижно (15–40 минут в зависимости от вида МРТ).

Наиболее часто на МРТ исследования направляют врачи отделения нейроинфекций и патологии нервной системы, а также медицинской реабилитации. Несмотря на то, что врачи клинических специальностей признают актуальность и эффективность данного метода диагностики, почти половина из них недостаточно хорошо информирована о санитарных правилах и нормативных документах для обоснованного назначения магнитно-резонансной томографии и часто необоснованно дублирует МРТ исследования, проведенные в других медицинских организациях. Чаще всего МРТ исследование назначается врачами для оценки результатов лечения и уточнения диагноза.

Среди детей, проходивших МРТ обследования, преобладали мальчики и пациенты в возрасте 7–14 лет. Большая часть родителей высоко оценивают как человеческие качества сотрудников отделения лучевой диагностики, так и работу отделения в целом, но в то же время 89,5% респондентов указывают на один единственный недостаток — это высокая стоимость данного метода диагностики. Боль-

шинство родителей полагают, что все МРТ обследования для детей должны быть бесплатными.

## ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Исходя из выводов, сделанных по результатам исследования, были научно-обоснованы основные направления оптимизации медико-социальных мероприятий, направленных на усовершенствование организации обследования детей с инфекционными заболеваниями при помощи МРТ.

Органам управления здравоохранением целесообразно совершенствовать работу по нормативно-правовой базе службы лучевой диагностики, в частности предложить новые законопроекты по современным высокотехнологичным неинвазивным диагностическим обследованиям, например, методические рекомендации о назначении МРТ исследований детскому населению.

Администрации детских многопрофильных стационаров необходимо: включать в систему внутреннего контроля качества вопросы обоснованности назначения МРТ исследований; регулярно проводить тематическое обучение врачей-клиницистов по вопросам безопасности; при плановой госпитализации ребенка требовать приложения к направлениям результатов ранее выполненных МРТ исследований.

Врачам-рентгенологам следует шире использовать свое право на отказ в проведении необоснованных МРТ исследований.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Березкина Е. Н. Некоторые результаты оценки удовлетворенности врачей детской клинической больницы условиями и режимом труда. Бюллетень науки и практики. 2018; 4 (8): 69–76.
2. Березкина Е. Н., Кириленко В. В. Оценка кадрового обеспечения клинической больницы медицинского вуза. Детская медицина Северо-Запада. 2018; 7 (1): 41.
3. Медик В. А., Юрьев В. К. Общественное здоровье и здравоохранение. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2016.
4. Орел В. И., Каканов А. М., Рукавишников А. С. Риск-ориентированный подход при проведении проверок медицинских организаций. Медицина и организация здравоохранения. 2018; № 1: 15–19.
5. Панунцева К. К. Научное обоснование медико-организационных мероприятий по совершенствованию организации рентгенологического обследования детей в условиях многопрофильного стационара. Автореф. дис... канд. мед. наук. СПб.: СПбГМУ им. И. И. Мечникова; 2017.

6. Соколова В. В. Некоторые результаты изучения мнения родителей о качестве стационарной помощи детям. *Врач-аспирант*. 2017; 81 (2.2): 286–294.
7. Фурлет И. В., Моисеева К. Е., Алексеева А. В. Некоторые результаты оценки доступности медицинской помощи. *Территория инноваций*. 2017; 10 (14): 132–138.
8. Юрьев В. К., Моисеева К. Е., Глущенко В. А., Пузырев В. Г., Кривошеев А. В. Основы организации стоматологической помощи. СПб.: СПбГПМА; 2011.
9. Юрьев В. К., Заславский Д. В., Моисеева К. Е. Методика расчета и анализа показателей деятельности учреждений здравоохранения. СПб.: СПбГПМА; 2009.
- itsinskikh organizatsiy. [Risk — oriented approach to carrying out audits of medical organizations]. *Medicine and health care organization*. 2018; № 1: 15–19. (In Russian).
5. Panuntseva K.K. Nauchnoye obosnovaniye mediko-organizatsionnykh meropriyatiy po sovershenstvovaniyu organizatsii rentgenologicheskogo obsledovaniya detey v usloviyakh mnogoprofil'nogo statsionara. [Scientific substantiation of medical and organizational measures to improve the organization of X-ray examination of children in a multidisciplinary hospital]. PhD thesis. SPb.: SPbGMU im. I. I. Mechnikova; 2017. (In Russian).
6. Sokolova V. V. Nekotoryye rezul'taty izucheniya mneniya roditeley o kachestve statsionarnoy pomoshchi detyam. [Some results of studying parents' opinions on the quality of inpatient care for children]. *Vrach-aspirant*. 2017; 1 (2.2): 286–294. (In Russian).
7. Furlet I. V., Moiseyeva K. Ye., Alekseyeva A. V. Nekotoryye rezul'taty otsenki dostupnosti meditsinskoy pomoshchi. [Some results of assessing access to health care]. *Territoriya innovatsiy*. 2017; 10 (14): 132–138. (In Russian).
8. Yur'yev V. K., Moiseyeva K. Ye., Glushchenko V. A., Puzryev V. G., Krivosheyev A. V. Osnovy organizatsii stomatologicheskoy pomoshchi. [Basics of the organization of dental care]. SPb.: SPbGPMA; 2011. (In Russian).
9. Yur'yev V. K., Zaslavskiy D. V., Moiseyeva K. Ye. Metodika rascheta i analiza pokazateley deyatel'nosti uchrezhdeniy zdravookhraneniya. [Methods for calculating and analyzing the performance of health care institutions]. SPb.: SPbGPMA; 2009. (In Russian).

## REFERENCES

1. Berezkina Ye. N. Nekotoryye rezul'taty otsenki udovletvorennosti vrachey detskoj klinicheskoy bol'nitsy usloviyami i rezhimom truda. [Some results of assessing the satisfaction of doctors in a children's clinical hospital with conditions and a work regime]. *Byulleten' nauki i praktiki*. 2018; 4 (8): 69–76. (In Russian).
2. Berezkina Ye. N., Kirilenko V. V. Otsenka kadrovogo obespecheniya klinicheskoy bol'nitsy meditsinskogo VUZa. [Evaluation of the staffing of the clinical hospital of medical high school]. *Detskaya meditsina Severo-Zapada* 2018; 7 (1): 41. (In Russian).
3. Medik V. A., Yur'yev V. K. Obshchestvennoye zdorov'ye i zdravookhraneniye. [Public health and health]. М.: GEOTAR-Media; 2016. (In Russian).
4. Orel V. I., Kakanov A. M., Rukavishnikov A. S. Risk-orientirovanny podkhod pri provedenii proverok med-

# РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С УЧЕТОМ ФАКТОРОВ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

© Лексо Зурабович Гурцкая, Николай Юрьевич Коханенко,  
Владимир Станиславович Василенко

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России.  
194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, 2

**Контактная информация:** Лексо Зурабович Гурцкая — хирург, аспирант кафедры факультетской хирургии имени проф. А. А. Русанова. E-mail: gurtskaya. lekso87@mail.ru

**РЕЗЮМЕ:** В статье представлены особенности хирургического лечения острого холецистита (ОХ) у пациентов с высоким операционным риском на материале 130 операций лапароскопической холецистэктомии (ЛСХЭ) — 60 пациентов были оперированы по обычной методике, а 70 — по предложенной авторами. Выделены основные заболевания сердечно-сосудистой системы, существенно влияющие на прогноз при ОХ. Подробно описаны критерии факторов риска при ишемической болезни сердца (ИБС). Отмечено широкое внедрение в практику новых методов неинвазивной и инвазивной (эндовидеохирургия) диагностики. В работе описаны показания к выбору методов хирургического лечения у больных пожилого и старческого возраста с учетом факторов риска ИБС. Применение разработанной методики ЛСХЭ у данной категории больных позволило снизить число осложнений с 13,3% до 5,7% , летальности с 10,0% до 4,3%.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** острый холецистит; острый инфаркт миокарда; лапароскопическая холецистэктомия; гипертоническая болезнь; артериальная гипертензия; холецистостомия.

# THE RESULTS OF LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY IN ACUTE CHOLECYSTITIS IN ELDERLY AND SENILE AGE TAKING INTO ACCOUNT RISK FACTORS OF CORONARY HEART DISEASE

© Lekso Z. Gurtskaya, Nikolay Y. Kokhanenko, Vladimir S. Vasilenko

Saint-Petersburg State Pediatric Medical University. Litovskaya str., 2. Saint Petersburg, Russia, 194100

**Contact information:** Lekso Z. Gurtskaya — surgeon, postgraduate student of the Department of surgery named after Professor A. A. Rusanov. E-mail: gurtskaya. lekso87@mail.ru

**ABSTRACT.** The article presents specific features of treatment of acute cholecystitis in patients with high operational risk based on materials of 130 operations (laparoscopic cholecystectomy), of which 60 patients were operated on by conventional methods, and 70 — by the proposed method. The features of surgical treatment of acute cholecystitis in patients with high operational risk are presented. The main diseases of the cardiovascular system that significantly affect the prognosis of

acute cholecystitis are identified. The criteria of risk factors in coronary heart disease are described in details. Application of the developed technique of laparoscopic cholecystectomy in this category of patients allowed to reduce the number of complications from 13.3 % to 5.7 %, mortality from 10.0% to 4.3 %.

**KEY WORDS:** acute cholecystitis; acute myocardial infarction; laparoscopic cholecystectomy; hypertension; cholecystostomy.

## ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время «золотым» стандартом лечения острого холецистита является лапароскопическая холецистэктомия (ЛСХЭ). По данным литературы, до 90 % холецистэктомий в мире выполняют с использованием минимально инвазивных технологий, применяя ЛСХЭ, холецистэктомию из мини-доступа, холецистостомию под контролем ультразвукового исследования (УЗИ) [1, 2, 5]. Несмотря на столь широкое внедрение новых технологий до сих пор остаются до конца нерешенными ряд вопросов, касающихся их безопасности, травматичности и др. Особенно актуальна проблема лечения ОХ у больных с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией, особенно у лиц пожилого и старческого возраста [7]. Неблагоприятные исходы при этом связаны с различными проявлениями ишемической болезни сердца (ИБС): нарушениями ритма и проводимости; гипертонической болезнью (ГБ) II–III стадии; артериальной гипертензией (АГ) II–III степени; хронической сердечной недостаточностью (ХСН) II–IV ф. к.; острым инфарктом миокарда; дыхательной системы — тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА); бронхиальная астма; нервной системы — острая недостаточность мозгового кровообращения (ОНМК), стенокардия напряжения III–IV ф. к. [3, 4, 7]. Лечение таких пациентов — сложная проблема, а летальность при этом достигает 23%. Даже выполнение лапароскопии у этих больных нередко противопоказано, так как при ЛСХЭ, вводимый углекислый газ, приводит к повышению внутрибрюшного давления до 10–12 мм рт. ст. и вызывает кардиореспираторные расстройства [4–6].

Эндовидеохирургические методы лечения ОХ отличаются благоприятным течением послеоперационного периода, значительным снижением числа послеоперационных осложнений и летальности. Однако показания и противопоказания к их применению у больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями и сердечно-сосудистой патологией до сих пор остаются нерешенными [1, 2].

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В основу настоящей работы положены результаты лечения 70 больных основной группы и 60 — контрольной. Распределение больных по полу и возрасту, согласно классификации ВОЗ, представлено на рисунках 1 и 2.

Как следует из диаграмм, ОХ чаще наблюдался у лиц женского пола — 75,7 и 73,3 % (53 и 44 больных), чем у мужчин — 24,3 и 26,7 % (17 и 16 пациентов) соответственно в основной и контрольной группах. Соотношение женщин и мужчин составило 3:1. В исследуемой группе преобладали пациенты среднего и пожилого возраста. Средний возраст пациентов составил

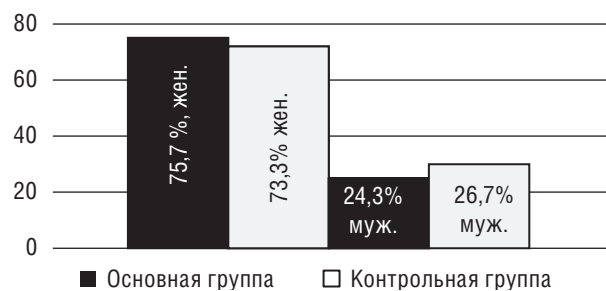


Рис. 1. Распределение больных по полу



Рис. 2. Распределение больных по возрасту

77,2±13,0 лет. Объем обследования больных в стационаре был следующим: клинический анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (общий и связанный билирубин, тропонин I, креатинфосфокиназа (КФК) и ее МВ-фракция), электрокардиография (ЭКГ), эхокардиография (Эхо-КГ), ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости, диагностическая лапароскопия и осмотр кардиолога. Для ранней диагностики острого инфаркта миокарда (ОИМ) в основной группе оценивали уровень КФК и КФК-МВ фракции, а в качестве маркера, высвобождающегося позднее, — тропонин I. В контрольной группе исследование маркеров некроза миокарда не проводилась.

Медикаментозная терапия была проведена 70 (100%) больным из основной группы, как дополнение к другим методам лечения в до- и послеоперационном периоде. Консервативное лечение больных включало использование следующих групп препаратов: антикоагулянтов (прямых и непрямых) — варфарин, ривароксабан, дабигатран, эноксипарин; антиагрегантов — аспирин-кардио; β-адреноблокаторов — верапамил, метопролол; ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента (иАПФ) или блокаторов рецепторов ангиотензина-2 (БРА-2) — каптоприл, лозартан, валсартан; антагонистов кальция — дилтиазем; диуретиков (как тиазидных, так и петлевых) — фуросемид, верошпирон; антагонистов альдостерона и статинов — спиронолактон; сердечных гликозидов — дигоксин. Консервативная терапия в контрольной группе была направлена только на снижение АД в предоперационном периоде. Из инструментальных методов диагностики применяли УЗИ, ЭКГ, ЭхоКГ, при неясности диагноза — диагностическую лапароскопию. Для оценки тяжести состояния этих больных пользовались шкалой М. М. Винокурова (2002) и она предложена для оценки тяжести состояния больных именно острым холециститом и определения вероятности наступления у этих пациентов неблагоприятного исхода (табл. 1).

Для составления шкалы физиологической и операционной тяжести состояния пациента, прогнозирующей степень патологических изменений и риск смертности, была использована система хирургической оценки POSSUM (Physiologic and Operative Severity Score for the enumeration of Mortality and morbidity). Она используется для создания ретроспективного прогноза заболевания во время хирургического вмешательства и в послеоперационном периоде [5]. Для оценки интраоперационного риска

Таблица 1

Оценка тяжести состояния пациентов с острым холециститом по системе факторов риска М. М. Винокурова (2002)

Факторы	Баллы
Возраст 60–70	2
Возраст 70–80	3
Возраст 80–90	4
Возраст более 90 лет	5
ИБС с числом приступов стенокардии до 5 раз в день	3
ИБС с числом приступов стенокардии больше 5 раз в день	4
Острый инфаркт миокарда (до 2 недель)	5
Состояние после инфаркта миокарда до 6 месяцев	4
Инфаркт миокарда в анамнезе	3
Повторный инфаркт миокарда	4
Выраженный коронарокардиосклероз по данным ЭКГ	3
Недостаточность кровообращения I–II степени	3
Недостаточность кровообращения II–III степени	5
Пороки сердца	3
ЦВД более 14 см вод. ст.	3
ЦВД менее 2 см вод. ст.	3
Искусственный водитель сердечного ритма	3
Варикозная болезнь (посттромбофлебитический синдром)	2
Тахипноэ более 30 в минуту	10
Проба Штанге менее 15 с, проба Сообразе менее 10 с	9
Пневмосклероз, эмфизема лёгких (рентгенологически)	2
Хронические неспецифические заболевания лёгких	6
Состояние после пульмонэктомии	4
Гемоглобин более 160 г/л	5
Гемоглобин менее 80 г/л	5
Гематокрит более 55%	3
Гематокрит менее 25%	3
Общий белок крови менее 55 г/л	3
При физикальном обследовании печень увеличена на 4 см	3
Множественная рвота	6
Жажда	5
Желтуха	6
Температура тела более 38,5 градусов Цельсия	5
Почасовой диурез менее 30 мл/час	3
Сахарный диабет	3
Нарушение сознания	8
Острое нарушение мозгового кровообращения	4

Таблица 2

Оценка интраоперационного риска сердечно-сосудистых осложнений в зависимости от исходного состояния пациента

Риск	Клинические признаки
Низкий	Пожилой и старческий возраст Изменения ЭКГ: гипертрофия левого желудочка, блокада левой ножки пучка Гиса, изменения ST-T, несинусовый ритм, снижение функциональной способности, инсульт в анамнезе, неконтролируемая артериальная гипертензия.
Средний	Стабильная стенокардия II–III функционального класса, инфаркт миокарда в анамнезе, патологический зубец Q на ЭКГ, компенсированная недостаточность кровообращения, сахарный диабет (инсулинозависимый), почечная недостаточность.
Высокий	Острый коронарный синдром, стабильная стенокардия III–IV функционального класса, декомпенсированная недостаточность кровообращения, значимые нарушения ритма, атриовентрикулярная блокада высоких степеней, симптоматические желудочковые нарушения ритма, наджелудочковая аритмия с ЧСС более 100 уд/мин в покое, тяжёлые клапанные поражения.

развития сердечно-сосудистых осложнений использовали критерии, предложенные в 2009 г. D. Poldermans, J. J. Van, E. Voetsma, что представлено в таблице 2 [9].

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В основной группе у всех больных наблюдали высокий лейкоцитоз (до  $20,2 \times 10^9/\text{л}$  и более) с изменением лейкоцитарной формулы. Анемия средней и легкой степени тяжести (гемоглобин от 90 до 105 г/л) была у 40,0% пациентов, тяжелой — у 10,0%. В контрольной группе данные показателей биохимического анализа крови были аналогичными. При исследовании коагулограммы у 40 пациентов (57,1%) в основной группе, протромбиновое время (ПТВ) при его колебании в среднем составило  $16,5 \pm 2,4$  с; протромбиновый индекс по Квику (ПТИ) составил  $160 \pm 10\%$  у 35 больных (50,0%). Уровень международного нормализованного отношения (МНО) составил  $2,7 \pm 1,1$  — у 25 (22,7%). В 30 наблюдениях (27,3%) активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ) составило в среднем  $42 \pm 3$  с; у 22 (20%) пациентов наблюдали повышения фибриногена —  $6 \pm 2$  г/л. В контрольной группе показатели коагулограммы не отличались от основной.

При исследовании маркеров некроза получены следующие результаты: уровень КФК — 250 Ед/л у 40 больных (66,7%), КФК-МВ фракции — 50 Ед/л у 20 пациентов (33,3%), тропонин I оставался в пределах нормы — до 1,0 нг/мг. При колебании этих показателей через 4, 8 и 12 часов отмечалось постепенное повышение их уровня на 70–80 Ед/л, что свидетельствовало о большом риске возникновения острой фазы ОИМ. Последовательное нарастание активности КФК и КФК-МВ фракции в час на 50% в течение определенного промежутка времени дало возможность с точностью до 94% отличить ОИМ от других состояний. В дополнении КФК и КФК-МВ фракции, для диагностики ОИМ мы использовали тропониновый тест, так как тропонин (белок тропонинового комплекса миокарда) появляется в крови раньше (через 2,5 часа), чем КФК-МВ (4–5 часов), достигает максимума через 8–10 часов (первый пик) и на 3–4-е сутки (второй пик).

По данным ЭКГ, при поступлении у 35 (50,0%) больных были выявлены нарушения ритма (экстрасистолия, желудочковая тахикардия), тахикардия у 40 (57,1%) пациентов, брадикардия — у 30 (42,8%). После проведения сердечно-сосудистой терапии у 10 (14,2%) удалось нормализовать нарушения ритма и проводимости, а также купировать приступы тахикардии и брадикардии в 35,0% случаев. Своевременная диагностика и соответствующая медикаментозная терапия в основной группе позволила уве-

Таблица 3

Данные ЭхоКГ обследования до и после кардиотропной терапии в основной группе

Параметры	Основная группа больных (n=70)	
	при поступлении	после терапии
Систолическая дисфункция (45% < ФВ < 50%)	15 (21,4%)	10 (14,2%)
Диастолическая дисфункция: • ТМДП с нарушенной релаксацией • ТМДП псевдонормальный • ТМДП рестриктивный	25 (35,7%)	22 (31,4%)
	17 (24,2%)	12 (17,2%)
	4 (5,7%)	2 (2,8%)
Легочная гипертензия: • умеренной степени (20 < ДЛА сред. < 40 мм рт. ст.) • значительной степени (40 < ДЛА сред. < 60 мм рт. ст.)	12 (17,2%)	8 (11,4%)
	5 (7,1%)	4 (5,7%)
Примечание: ФВ — фракция выброса левого желудочка; ТМДП — трансмитральный диастолический поток; ДЛА — давление в легочной артерии.		

Таблица 4

Структура сопутствующих заболеваний у пациентов острым холециститом

Сопутствующие заболевания	I группа (основная), n (%)	II группа (контрольная), n (%)
АГ III ст.	40 (57,1%)	38 (63,3%)
Нарушения ритма и проводимости сердца	15 (21,4%)	12 (20,0%)
Бронхиальная астма	7 (10%)	8 (13,3%)
Хроническая обструктивная болезнь легких	5 (7,1%)	8 (13,3%)
Сахарный диабет 2-го типа	35 (50%)	28 (46,7%)
Хроническая почечная недостаточность	10 (14,3%)	8 (13,3%)
ГБ III ст.	45 (45,4%)	29 (48,3%)
ХСН II ф. к.	20 (28,6%)	15 (25,0%)
ХСН III ф. к.	18 (25,7%)	14 (23,3%)
ХСН IV ф. к.	7 (10%)	5 (8,3%)
Ожирение 3–4-й ст.	20 (28,6%)	16 (26,7%)
ОНМК (в анамнезе)	8 (11,4%)	8 (13,3%)
ТЭЛА (в анамнезе)	5 (7,1%)	6 (10,0%)
Стенокардия напряжения 2–3 ф. к.	20 (28,6%)	15 (25,0%)

Примечание: АГ — артериальная гипертензия; ГБ — гипертоническая болезнь; ХСН — хроническая сердечная недостаточность; ОНМК — острое нарушение мозгового кровообращения.

личить фракцию выброса левого желудочка (ФВ) у 7,1 % больных, снизить легочную гипертензию (ЛГ) — у 2 (2,8 %) пациентов.

Частота тяжелой сопутствующей патологии у больных острым холециститом в основной и контрольной группах представлена в таблице 4.

Из таблицы 4 видно, что частота выявленных сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний в контрольной и основной группах существенно не отличались.

Современная предоперационная диагностика острого калькулезного холецистита у больных с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией имеет три основные задачи: выявление степени риска ОИМ, тяжелой степени ГБ, ХСН и воспалительного процесса в желчном пузыре. Это позволяет оценить риск операции.

Интерпретация полученных результатов по данным лабораторно-инструментальной диагностики, оценки тяжести состояния по балльной системе шкалы М.М. Винокурова (2002) и по критериям интраоперационного риска развития сердечно-сосудистых осложнений, предложенным D. Poldermans, J.J. Вах, E. Voersma

Таблица 5

Частота соматических (кардиальных) осложнений

Характер осложнений	ЛСХЭ по разработанной методике в основной группе, n (%)	ЛСХЭ в контрольной группе, n (%)
Усиление тяжести стенокардии	2 (2,9%)	4 (6,7%)
Пневмония	4 (5,7%)	6 (10,0%)
ТЭЛА	—	2 (3,3%)
Всего	4 (5,7%)	8 (13,3%)

(2009) была следующей: 1) минимальный риск переносимости хирургического вмешательства от 2 до 53 баллов; 2) максимальный — от 53 до 93. В основной группе 70 (100%) больных находились в промежутке от 2 до 53 баллов (средний и низкий риск), у 3 (4,3%) — высокий риск (от 53 до 93 баллов). ЛСХЭ в основной группе выполнена у 70 (100%) пациентов по разработанной методике (**Способ лапароскопической холецистэктомии. Патент на изобретение №2645643, утвержденный 26.10.2017**), с внутрибрюшным давлением от 5 до 8 мм рт. ст. Безопасность применяемых методов лечения оценивали на основании выявления соматических и хирургических осложнений, а также послеоперационной летальности. Частота осложнений при ЛСХЭ у этой категории больных в основной и контрольной группе, представлена в таблице 5.

Как видно из таблицы 5, применение ЛСХЭ по предложенной методике, а также при проведении комплексной сердечно-сосудистой терапии в до- и послеоперационном периоде, хирургических осложнений не вызвало. При этом кардиологические осложнения выявлены лишь у 6 больных (8,9%) из 67, в контрольной — у 12 (20%). Общая летальность в основной группе наблюдалась в 4,3% случаев (3 больных). Причиной этих летальных исходов была пневмония, ТЭЛА. В контрольной группе умерло 6 (10,0%) пациентов. Причиной явились: пневмония и ТЭЛА у 4 пациентов, острая сердечная недостаточность — у 2.

## ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Основными задачами предоперационного обследования больных этой категории являются не только возможность дооперационного выявления степени воспаления желчного пузы-

ря, но и установление степени имеющихся нарушений со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем, определение возможности их коррекции и расчет риска выполнения хирургического вмешательства требуемого объема. Даже пациентам со средним оперативным риском выполнение лапароскопии с внутрибрюшным давлением (ВБД) от 12 до 20 мм рт. ст., как уже указывалось, нередко противопоказано. Поэтому у этой категории пациентов ЛСХЭ должна выполняться по разработанной нами методике с минимальным ВБД — 5–8 мм рт. ст. Несмотря на совершенствование методов предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных с сердечно-сосудистой патологией, а также усовершенствование хирургической техники, проблема осложнений и высокой послеоперационной летальности остается актуальной.

## ВЫВОДЫ

1. Предоперационная оценка функционального состояния сердечно-сосудистой, дыхательной систем и проведение соответствующей медикаментозной терапии, позволяет значительно улучшить результаты операции.

2. Предложенный лечебно-диагностический алгоритм и применение ЛСХЭ по описанной методике со сниженным ВБД до 5–8 мм рт. ст. способствует оценке риска операции и степени тяжести ишемической болезни сердца. Это позволяет уменьшить частоту кардинальных и хирургических осложнений и летальности в 2,3 раза.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Азбаров А.А., Бутовский С.А. Коррекция кардиореспираторных нарушений при лапароскопической холецистэктомии. Журнал анестезиологии и реаниматологии. 2010; N 2: 24–28.
2. Баранов Г.А., Кононенко С.Н., Харламов Б. В. и др. Пневмоперитонеум как фактор хирургической агрессии. Сборник научных трудов. 11-й Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии. М.; 2007: 39–40.
3. Котин В.З., Черемской А.П., Кутепов С.О. Псевдокоронарный синдром у больных острым холециститом. Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2010; N 5: 96–98.
4. Bicke I. A., Hoffman R. S., Loberant N., Weiss M., et al. Timing of percutaneous cholecystostomy affects conversion rate of delayed laparoscopic cholecystectomy for severe acute cholecystitis. Surgery. 2010; 76 (7): 708–712.

5. Copeland G.P., Jones D., Walters M. POSSUM: A scoring system for surgical audit. Br.J. Surg. 1991; 78: 356–360.
6. Liu Y.Y., Yeh C.N., Lee H.L., et al. Laparoscopic cholecystectomy for gallbladder disease in patients with severe cardiovascular disease. World Journal Surgery. 2011; 33 (8): 1720–1726.
7. Lee D.S., et al. Association of blood pressure at hospital discharge with mortality in patients diagnosed with heart failure. Circulation — Heart Failure Journal. 2011; N 2: 616–623.
8. Morse B.C., Smith J.B., Lawdahi R.B., Roettger R.H. Management of acute cholecystitis in critically ill patients: contemporary role for cholecystostomy and subsequent cholecystectomy. American Journal Surgery. 2010; 76 (7): 708–712.
9. Poldermans D., Bax J.J., Boersma E., et al. Guidelines for preoperative cardiac risk assessment and perioperative cardiac management. Eur J Anaesth. 2009; 26: 996–1002.

## REFERENCES

1. Azbarov A.A., Butovskiy S.A. Korrektsiya kardiorrespiratorykh narusheniy pri laparoskopicheskoy kholetsistektomii. [Correction of cardiorespiratory disorders in laparoscopic cholecystectomy]. Zhurnal anesteziologii i reanimatologii. 2010; N 2: 24–28. (In Russian).
2. Baranov G.A., Kononenko S.N., Kharlamov B.V. i dr. Pnevmooperitoneum kak faktor khirurgicheskoy agressii. [Pneumoperitoneum as a factor of surgical aggression]. Sbornik nauchnykh trudov. 11-y Moskovskiy mezhdunarodnyy kongress po endoskopicheskoy khirurgii. M.; 2007: 39–40 (In Russian).
3. Kotin V.Z., Cheremskoy A.P., Kutepov S.O. Pseudokoronarnyy sindrom u bolnykh ostrym kholetsistitom [Pseudoternary syndrome in patients with acute cholecystitis]. Vestnik khirurgii im. I.I. Grekova. 2010; N 5: 95–96 (In Russian).
4. Bicke I. A., Hoffman R. S., Loberant N., Weiss M., et al. Timing of percutaneous cholecystostomy affects conversion rate of delayed laparoscopic cholecystectomy for severe acute cholecystitis. Surgery. 2010; 76 (7): 708–712.
5. Copeland G.P., Jones D., Walters M. POSSUM: A scoring system for surgical audit. Br.J. Surg. 1991; 78: 356–360.
6. Liu Y.Y., Yeh C.N., Lee H.L., et al. Laparoscopic cholecystectomy for gallbladder disease in patients with severe cardiovascular disease. World Journal Surgery. 2011; 33 (8): 1720–1726.
7. Lee D.S., et al. Association of blood pressure at hospital discharge with mortality in patients diagnosed with heart failure. Circulation — Heart Failure Journal. 2011; N 2: 616–623.

8. Morse B. C., Smith J. B., Lawdahi R. B., Roettger R. H. Management of acute cholecystitis in critically ill patients: contemporary role for cholecystostomy and subsequent cholecystectomy. *American Journal Surgery*. 2010; 76 (7): 708–712.
9. Poldermans D., Bax J. J., Boersma E., et al. Guidelines for preoperative cardiac risk assessment and perioperative cardiac management. *Eur J Anaesth*. 2009; 26: 996–1002.

## РОЛЬ ЛАПАРОСКОПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

© *Мусабек Керимович Керимов, Николай Юрьевич Коханенко, Андрей Львович Луговой, Сергей Александрович Данилов, Валерий Александрович Сериков*

ФГОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России. 194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2

**Контактная информация:** Мусабек Керимович Керимов — аспирант кафедры факультетской хирургии имени проф. А. А. Русанова. E-mail: dag.der.musabekk@mail.ru

**РЕЗЮМЕ:** Каждый год во всем мире язвенная болезнь (ЯБ) желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) поражает около 4 миллионов людей. Одним из грозных осложнений этого заболевания является перфорация язв. Частота развития перфоративных гастродуоденальных язв (ПГДЯ) составляет 7–15% от общего числа больных ЯБ, летальность варьирует от 3,3% до 17,5%. В настоящее время наиболее распространенной операцией является ушивание перфоративного отверстия с последующей комплексной противоязвенной терапией. В последние годы широкое применение находит лапароскопический метод ушивания, который обладает рядом преимуществ перед традиционной операцией. Целью работы является улучшение результатов хирургического лечения больных с ПГДЯ. Работа основана на ретроспективном анализе историй болезни 168 больных с перфоративными язвами, проходивших лечение на базах кафедры факультетской хирургии им. проф. А. А. Русанова Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета. Диагноз устанавливали, используя общепринятую комплексную диагностическую программу. Из специальных методов исследования применялась фиброгастродуоденоскопия (ФГДС) и диагностическая лапароскопия, оценена их роль в диагностическом процессе. Все больные были разделены на две группы. Основная включала 61 (36,3%) пациента, которым было выполнено эндовидеохирургическое вмешательство, контрольная — 107 (63,7%) пациентов, после традиционного ушивания перфоративной язвы. Конверсия на лапаротомию потребовалась у 7 (4,2%) больных. Летальных исходов после лапароскопического ушивания не было. Смертность в контрольной группе составила 10,1% (17 больных). Результаты работы показали, что лапароскопический метод ушивания сопровождается менее выраженным болевым синдромом, ранней активизацией больного, снижением количества послеоперационных осложнений, летальности и длительности госпитализации.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** перфоративная язва; язвенная болезнь; лапароскопическое ушивание; шкала Воеу.

## THE ROLE OF LAPAROSCOPY IN THE TREATMENT OF PERFORATIVE GASTRODUODENAL ULCERS

© *Musabek K. Kerimov, Nikolay Y. Kokhanenko, Andrey L. Lugovoy, Sergey A. Danilov, Valeriy A. Serikov*

Saint-Petersburg State Pediatric Medical University. Litovskaya str., 2. Saint Petersburg, Russia, 194100

**Contact Information:** Musabek K. Kerimov — postgraduate researcher of the Department of Faculty Surgery named after Professor A. A. Rusanov. E-mail: dag.der.musabekk@mail.ru

**ABSTRACT:** Every year around the world gastric ulcer and duodenal ulcer affects about 4 million people. Ulcer perforation is one of the most severe complication. The frequency of perforated gastroduodenal ulcers (PGDU) is 7–15% of the total number of patients with this condition. Mortality

varies from 3,3% to 17,5%. Currently, the most common operation is suturing the perforated cavity with subsequent antiulcer therapy. In recent years, the laparoscopic method for suturing has become widely used, which has several advantages over traditional operations. The goal of this study is to improve the results of surgical treatment of patients with PGDU. The work is based on a retrospective analysis of case studies of 168 patients with perforative ulcers treated at the Department of Faculty Surgery named after prof. A. A. Rusanov. Such diagnosis was established using the generally accepted comprehensive diagnostic program. In the specialized methods Esophagogastroduodenoscopy (EGDS) and diagnostic laparoscopy was used in the diagnostic process evaluation. All patients were divided into two groups. The main group included 61 (36,3%) patients who underwent endoscopic surgical intervention, control group — 107 (63,7%) patients after traditional suturing of perforated ulcers. Conversion to laparotomy was required in 7 (4,2%) patients — there were no fatal outcomes registered after laparoscopic suturing. Mortality in the control group was 10,1% (17 patients). The results showed that the laparoscopic method of suturing is accompanied by a less pronounced pain syndrome, activation of the patient, and a decrease in the number of postoperative complications, mortality, and length of hospitalization.

**KEY WORDS:** perforated ulcer; peptic ulcer; laparoscopic suturing; scale Boey.

## ВВЕДЕНИЕ

Язвенная болезнь продолжает сохранять лидирующее положение в структуре заболеваемости органов пищеварения, ежегодно поражая около 4 миллионов людей во всем мире [10].

Достижения современной фармакологии позволили улучшить результаты консервативной терапии и значительно снизить количество плановых операций при данной патологии [2]. В то же время это не принесло ожидавшегося сокращения осложненных форм язвенной болезни (ЯБ), а, по данным некоторых авторов, они стали наблюдаться в 1,5–2 раза чаще [2, 18].

Одним из наиболее грозных и жизнеугрожающих осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) является перфорация язв, имеющая большую медицинскую и социальную значимость [18].

По данным литературы, частота развития перфоративных гастродуоденальных язв (ПГДЯ) остается стабильно высокой и составляет 7–15% от общего числа больных ЯБ [13, 17]. При этом летальность варьирует от 3,3% до 17,5% и не имеет тенденции к снижению за последнее десятилетие [17, 23].

На сегодняшний день накоплено большое количество работ, посвященных хирургическому лечению ПГДЯ, однако показания к операциям, выбор их методики и техники до сих пор остаются предметом обсуждений [1, 21]. Разные авторы отдают предпочтение ушиванию перфоративной язвы, резекции желудка, различным вариантам ваготомии с пилоропластикой, что в ряде случаев обусловлено традициями хирургической школы [2].

В настоящее время ушивание прободной язвы остается наиболее распространенным видом оперативного вмешательства, которая выполняется как традиционным, так и лапароскопическим способом [5, 7, 22].

Появление в арсенале хирургов современных противоязвенных препаратов позволило уменьшить количество рецидивов после ушивания с 30–50% до 3,8–9%, что наряду с технической простотой, доступностью и надежностью является важным преимуществом в ургентной хирургии [3, 4, 11]. Однако традиционная операция сопряжена с отрицательными последствиями широкой лапаротомии. К ним относятся: выраженный болевой синдром, нагноение послеоперационной раны, эвентрация, образование вентральных грыж, лигатурных свищей, развитие спаечного процесса в брюшной полости [10].

В конце минувшего столетия в лечении данного осложнения язвенной болезни был внедрен лапароскопический доступ, который вскоре получил широкое распространение [9, 13]. Большинство исследований отмечают малую травматичность вмешательства, менее выраженный болевой синдром в послеоперационном периоде [15, 19]. Данные литературы показывают, что до 86–100% перфоративных язв можно устранить лапароскопическим способом, что указывает на высокую доступность этого метода лечения [16, 14].

В то же время лапароскопическое ушивание характеризуется более высокой частотой несостоятельности швов, удлинением времени оперативного вмешательства, частым развитием интраабдоминальных абсцессов, необходимостью подбора пациентов, которым будет воз-

можно выполнить лапароскопическое вмешательство [23, 24].

До настоящего времени не существует единства взглядов по поводу показаний и противопоказаний к лапароскопическому ушиванию, критериев отбора пациентов для данной операции, что и определяет актуальность этой темы и в настоящее время.

## ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Улучшить результаты хирургического лечения больных с ПГДЯ путем дифференцированного применения эндовидеохирургических технологий.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проанализированы результаты обследования и лечения 168 больных с ПГДЯ, находившихся на базах кафедры факультетской хирургии им. проф. А. А. Русанова Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета с 2015 по 2017 гг. Мужчин было 139 (84,0%), женщин — 27 (16,0%). Возраст больных на момент обследования и лечения колебался от 18 до 101 года. Средний возраст пациентов составил 43 года. Большая часть (83,3%) представлена больными молодого и среднего возраста (по градации ВОЗ).

В первые 6 часов от момента перфорации поступило 124 (73,8%) пациента, в интервале 6–24 часа — 27 (16,1%), после 24 часов — 17 (10,1%) пациентов.

Перфоративная язва локализовалась в теле желудка в 12 (7,2%) случаях, в области выходного отдела — в 82 (48,8%), в ДПК — в 74 (44,0%) случаях.

Диагноз устанавливали, используя общепринятую комплексную диагностическую программу. Из специфических методов исследования применялась ФГДС и лапароскопия.

Все больные были разделены на две группы. Основная группа включала 61 (36,3%) пациента, которым было выполнено эндовидеохирургическое вмешательство. Контрольная группа состояла из 107 (63,7%) пациентов, подвергшихся традиционному ушиванию перфоративной язвы. Достоверных статистических различий в исследуемых группах по полу и возрасту не было.

Для оценки риска послеоперационной летальности использовалась прогностическая шкала J. Воеу, основанная на трех критериях: шок при поступлении, длительность заболева-

ния более 24 часов, выраженность сопутствующей патологии (ASA III–V).

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ

Диагностика перфоративной язвы не представляла больших трудностей при типичной клинической картине. Диагностические ошибки в основном наблюдались на догоспитальном этапе. Только у 40 (24,0%) пациентов диагноз при поступлении соответствовал окончательному. Язвенный анамнез был выявлен у 47 (30,0%) пациентов, клиника перфорации — у 138 (82,0%). Нехарактерная клиническая картина была обусловлена атипичной перфорацией у 4 (2,4%) больных и поздними сроками госпитализации у 26 (15,5%) пациентов.

Всем больным была выполнена обзорная рентгенография брюшной полости. Свободный газ под куполом диафрагмы был выявлен в 128 (76,0%) случаях, что явилось достоверным признаком перфорации полого органа и показанием к экстренной операции. При отсутствии свободного газа и неясном диагнозе 69 (41,1%) больным мы выполнили ФГДС, что позволило обнаружить перфорацию у 67 (40,0%) больных, у 1 (0,6%) — перфорация сочеталась с состоявшимся кровотечением из язвы, «зеркальные» язвы выявлены у 7 (4,1%) больных, у 4 (2,4%) — язва локализовалась на задней стенке тела желудка. Эндоскопическое установление локализации язвы, размера перфорации, наличия сопутствующих осложнений язвенной болезни, определяло впоследствии методику вмешательства.

Диагностическая лапароскопия была выполнена 61 (36,3%) больному (основная группа), в том числе 2 (1,2%) пациентам, у которых неинвазивные методы оказались неинформативными. При лапароскопии проводилась ревизия брюшной полости, идентифицировалась зона перфорации, определялся характер перитонита и возможность эндовидеохирургического ушивания. Диагностическая лапароскопия позволила подтвердить диагноз во всех случаях.

Данные из таблицы 1 демонстрируют высокую диагностическую эффективность ФГДС и лапароскопии.

Осложнений во время проведения данных процедур не было, что указывает на возможность безопасного применения в условиях ургентной хирургии.

Следует подчеркнуть, что в ряде случаев диаметр перфорации и периульцерозной инфильтрации при эндоскопическом исследовании на 5–7 мм был больше, чем со стороны сероз-

Таблица 1

Диагностическая ценность  
инструментальных методов исследования

Методы исследования	Количество больных	Признаки перфорации
Обзорная рентгенография брюшной полости	168 (100%)	128 (76,2%)
ФГДС	69 (100%)	67 (97,1%)
Диагностическая лапароскопия	61 (100%)	61 (100%)

ной оболочки, что необходимо учитывать при ушивании перфоративной язвы. Размер перфорации в большинстве наблюдений (97,6%) не превышал 10 мм.

Все больные были оперированы в течение 1,0–1,5 часов с момента поступления, после проведения необходимых диагностических исследований.

Одним из главных аргументов, склоняющих хирургов к простому ушиванию прободной язвы является перитонит. При интраоперационной ревизии брюшной полости, выполненной как открытым, так и лапароскопическим способом, был выявлен распространённый серозно-фибринозный перитонит у 131 (78%) больного, гнойный — у 25 (15%), местный — у 12 (7%) пациентов. Мы считаем, что противопоказанием к лапароскопическому шву является распространённый гнойный перитонит с большим количеством выпота (более 1,0 литра) и парезом кишечника, препятствующие детальной визуализации и адекватной санации брюшной полости. Следует подчеркнуть, что при бактериологическом исследовании перитонеального экссудата, роста микрофлоры не наблюдалось, когда длительность заболевания не превышала 24 часов. В положительных посевах преобладала смешанная кишечная бактериальная флора и грибы рода *Candida*.

Лапароскопическое ушивание было принято 61 (36,3%) больному, у 7 (4,2%) потребовалась конверсия на лапаротомию. Причиной конверсии был распространённый гнойный перитонит у 4 (2,3%) больных, грубый спаечный процесс после ранее перенесенных операций — у 3 (1,8%) пациентов. Диагностический этап лапароскопии не превышал 20 минут, что не отразилось на состоянии больного во время операции и в послеоперационном периоде. В 54 (32,1%) случаях выполнено ушивание перфоративного отверстия с формированием интракорпорального шва.

Средняя продолжительность операции в основной группе составила  $63 \pm 8,5$  мин, а в контрольной группе  $56 \pm 5,5$  мин. Следует отметить, что удлинение времени в лапароскопической группе связано с освоением данной методики на начальном этапе. В дальнейшем, по мере накопления опыта средняя продолжительность операции снизилась до  $46 \pm 12$  мин, что сопоставимо с открытой операцией.

В послеоперационном периоде осложнения чаще встречались в контрольной группе (табл. 2). У 1 (0,6%) больного на 3-е сутки после лапароскопического вмешательства возникла несостоятельность швов, что потребовало лапаротомии и ушивания возникшего дефекта.

Таблица 2

Структура послеоперационных осложнений

Осложнения	Основная группа (n=61)	Контрольная группа (n=107)
Несостоятельность швов	1 (0,6%)	1 (0,6%)
Нагноение п/о раны	1 (0,6%)	3 (1,8%)
Эвентрация	–	1 (0,6%)
Кровотечение из язвы	–	2 (1,2%)
Пневмония	–	4 (2,4%)
ТЭЛА	–	2 (1,2%)
Панкреонекроз	–	1 (0,6%)
Перфорация острой язвы сигмовидной кишки	–	1 (0,6%)
Поддиафрагмальный абсцесс	–	1 (0,6%)

В целом ранний послеоперационный период после лапароскопического вмешательства протекал более благоприятно. Больные активизировались на 1–2 сутки после операции, потребность в наркотических анальгетиках у них была значительно ниже, прием пищи возобновлялся в более ранние сроки, по сравнению с контрольной группой.

Длительность стационарного лечения в основной группе составляла 5 дней (максимально 9 суток). В группе сравнения этот показатель составил 10 дней (максимально 60 суток).

Летальных исходов в основной группе не было. Смертность в контрольной группе со-

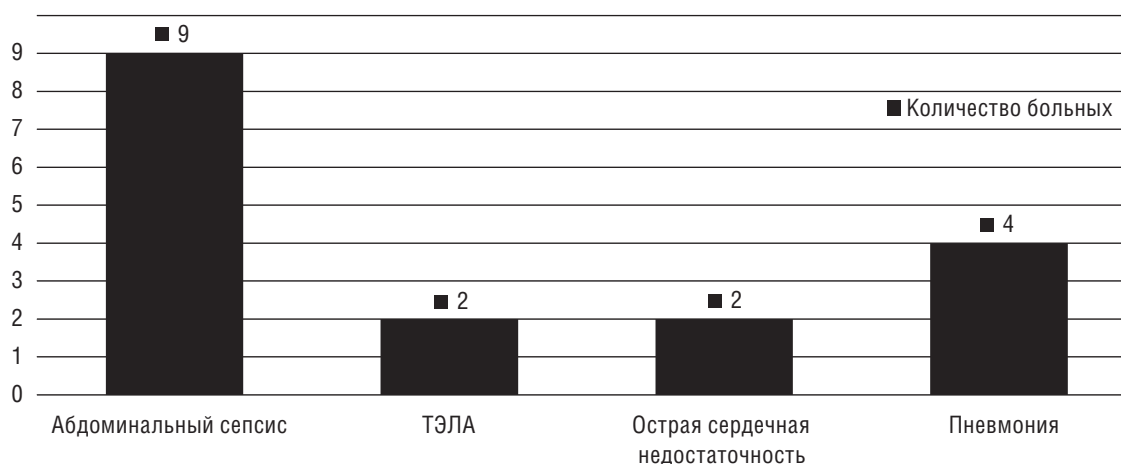


Рис. 1. Структура послеоперационной летальности (n=17)

Таблица 3  
Распределение больных по шкале Воеу

	Основная группа (n=61)	Летальность в основной группе	Контрольная группа (n=107)	Летальность в контрольной группе
0	46 (27,4%)	–	15 (9,0%)	–
1	12 (7,1%)	–	70 (41,6%)	–
2	3 (1,7%)	–	7 (4,2%)	2 (1,2%)
3	–	–	15 (9,0%)	15 (9,0%)

ставила 10,1% (17 больных). Все больные поступали в тяжелом состоянии, что было обусловлено поздней госпитализацией, распространенным перитонитом и коморбидным фоном. Причины летальности представлены на рисунке 1.

Иностранные авторы широко используют прогностическую шкалу Воеу для оценки риска летальности при перфоративных язвах. Было отмечено, что у пациентов с баллами 0, 1, 2 и 3 по шкале Воеу смертность составляла 0, 10, 45,5 и 100%, соответственно [21].

Ретроспективное распределение больных по шкале Воеу представлено в таблице 3, из которой следует, что у всех 15 (9,0%) пациентов с 3 баллами, смертность совпала с прогнозируемой. Эти результаты отражают высокую чувствительность данной системы и определяют необходимость ее внедрения в клиническую практику. Кроме того, некоторые авторы используют эту шкалу для планирования эндовидеохирургического вмешательства. Было установлено, что лапароскопическое ушива-

ние безопасно у больных с баллами по системе Воеу 0 и 1. Пациенты с суммой баллов 2 и 3, ассоциируются с высокой частотой осложнений и смертности, независимо от вида выполненной операции [24]. Данные в таблице 3 демонстрируют, что баллы 0–1 в основной группе имели — 58 (35,4%) больных, в контрольной — 85 (50,6%).

На основании выполненного исследования разработан лечебно-диагностический алгоритм (рис. 2), который позволяет подойти дифференцированно к выбору объема операции. Ключевые позиции в нем занимают ФГДС и диагностическая лапароскопия, в то время как обзорная рентгенография служит скрининговым методом исследования. Использование данного алгоритма позволяет избежать напрасной лапаротомии и выполнить лапароскопическое ушивание перфоративной язвы у большого количества больных, что и показал ретроспективный анализ историй болезни.

На основе предложенного алгоритма определены критерии отбора пациентов для лапароскопического вмешательства, к которым относятся:

1. Баллы по шкале Воеу в пределах 0–1;
2. Отсутствие сочетанных осложнений ЯБ по данным эндоскопического исследования;
3. Исключение распространенного гнойного перитонита и выраженного пареза кишечника при диагностической лапароскопии.

Таким образом, применение лапароскопического метода ушивания позволяет улучшить результаты хирургического лечения ПГДЯ путем снижения количества послеоперационных осложнений, смертности, длительности госпитализации и ускорения социально-трудовой реабилитации.

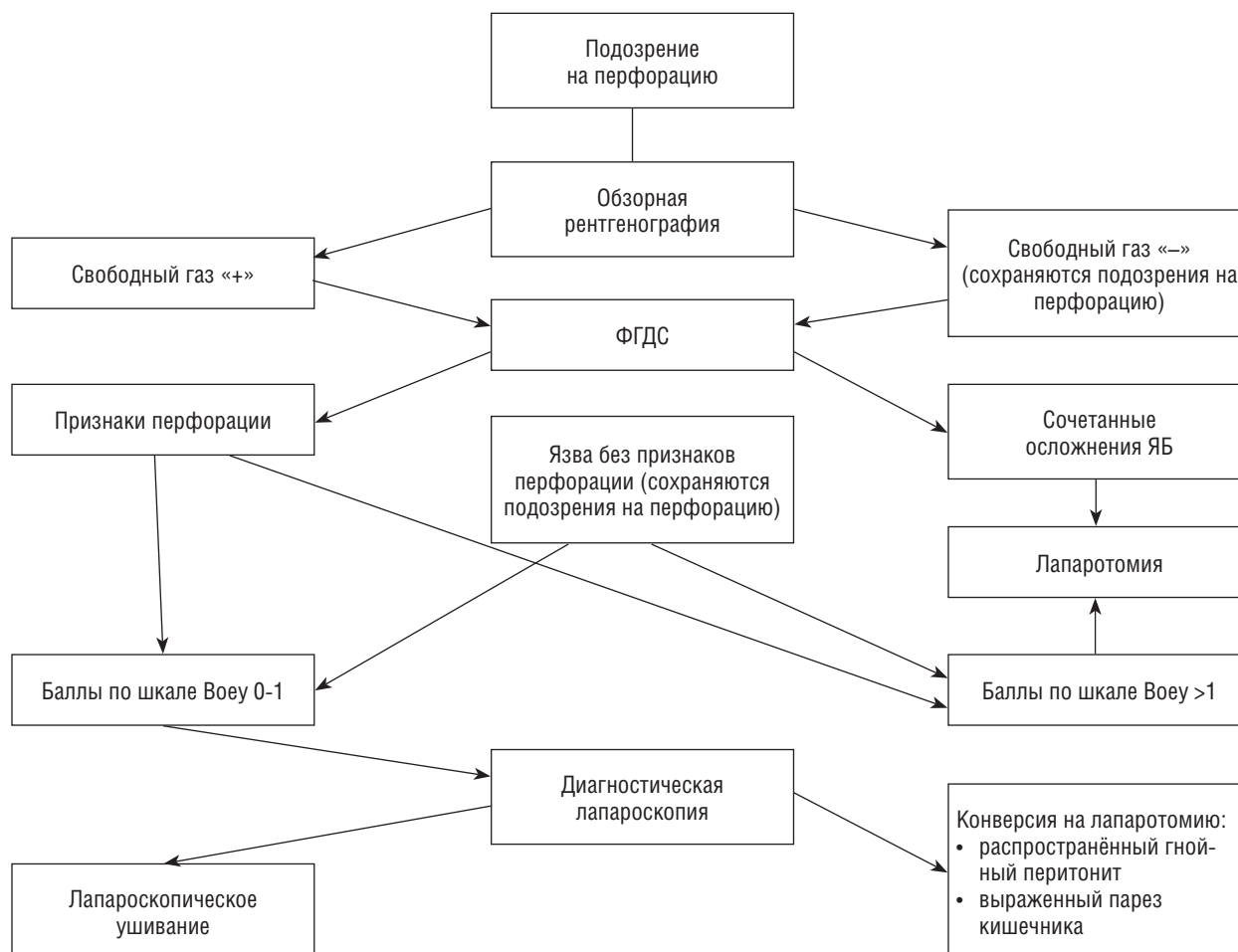


Рис. 2. Лечебно-диагностический алгоритм при ПГДЯ

## ВЫВОДЫ

1. Комплексное применение обзорной рентгенографии, ФГДС и лапароскопии позволяет в 100% случаях диагностировать ПГДЯ.

2. Применение прогностической шкалы Воеу позволяет оценить риск летальности и определить рациональный выбор объема операции.

3. Всем больным показано выполнение ФГДС для уточнения локализации язвы, диаметра перфорации и язвенного инфильтрата, исключения сочетанных осложнений ЯБ.

4. При отсутствии сочетанных осложнений ЯБ, всем больным следует выполнить диагностическую лапароскопию, которая позволяет оценить расположение и размер перфоративного отверстия, распространенность перитонита и пареза кишечника.

5. Лапароскопический метод ушивания является операцией выбора при соблюдении критерия отбора пациентов.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Вачев А. Н., Адыширин-Заде Э. Э., Фролова Е. В. Возможно ли расширение показаний к первично-радикальным операциям при перфоративной язве желудка и двенадцатиперстной кишки? Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2010; N 2: 43–47.
2. Гостищев В. К., Евсеев М. А., Головин Р. А. Радикальные оперативные вмешательства в лечении больных с перфоративными гастродуоденальными язвами. Хирургия им. Н. И. Пирогова. 2009; N 3: 10–16.
3. Евсеев М. А. Антисекреторные препараты в неотложной хирургической гастроэнтерологии. М.: ООО ИИЦ «КВАНТ»; 2009.
4. Евсеев М. А., Ивахов Г. Б., Головин Р. А. Стратегия антисекреторной терапии у больных с кровоточащими и перфоративными гастродуоденальными язвами. Хирургия. 2009; N 3: 46–52.
5. Ермолов А. С., Ярцев П. А., Кирсанов И. И. Видеолапароскопия в лечении пациентов с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки. Съезд хирургов юга России: сб. матер. Астрахань; 2013: 31.

6. Курбанов Ф.С., Балогланов Д. А, Сушко А.Н. и др. Операции минимального объема в хирургическом лечении перфоративных язв двенадцатиперстной кишки. Хирургия. 2011; N 3: 44–49.
7. Луцевич О.Э., Галямов Э.А., Толстых М.П. и др. Настоящее и перспективы лапароскопической хирургии в экстренной хирургии. III конгресс московских хирургов «Неотложная и специализированная помощь»: тез. докл. М.; 2009: 47–48.
8. Маев И.В., Самсонов А.А. Язвенная болезнь. М: Миклош; 2009.
9. Пахомова Г.В., Гуляев А.А., Ярцев П.А. Видеолапароскопия при прободной язве желудка и двенадцатиперстной кишки. Эндоскопическая хирургия. 2010; N 1: 8–12.
10. Сажин В.П., Юрищев В.А., Климов Д.Е. Лечение перфоративных гастродуоденальных язв. Эндоскопическая хирургия. 2009; N 1: 62–63.
11. Сажин В.П. Эволюция подходов к лечению перфоративных гастродуоденальных язв. Эндоскопическая хирургия. 2004; N 4: 32–35.
12. Хасанов А.Г., Галин М.Б., Бадретдинова Ф.Ф. Диагностика и лечение перфоративных пилородуоденальных язв у женщин. Вестник хирургии. 2016; 175 (2): 98–100.
13. Agresta F., Mazzarolo G., Ciardo L.F., Bedin N. The laparoscopic approach in abdominal emergencies: has the attitude changed? A single-center review of a 15-year experience. Surg. Endosc. 2008; 22: 1255–1262.
14. Ates M., Dirigan A. The simple suture laparoscopic repair of peptic ulcer perforation without an omental patch. Surg. Endosc. 2012; 26: 289.
15. Ates M., Sevil S., Bakircioglu E., Colak C. Laparoscopic repair of peptic ulcer perforation without omental patch versus conventional open repair. J. Laparoendosc. Adv. Surg. Tech A. 2007; 17: 615–619.
16. Bertleff M.J., Halm J.A., Bemelman W.A. et al. Randomized clinical trial of laparoscopic versus open repair of the perforated peptic ulcer: the LAMA Trial. World J Surg. 2009; 33 (7): 1368–1373.
17. Daskalesku C. et al. Taylor's method: a therapeutic alternative for perforated gastroduodenal ulcer. Hepatogastroenterology. 2006; 53: 543–546.
18. Jing D. et al. Meta-analysis of laparoscopic and open repair of perforated peptic ulcer. Zhonghua Wei Chang WaiKeZaZhi. 2011; 14: 785–789.
19. Kocer B., Surmeli S., Solak C. et al. Factors affecting mortality and morbidity in patients with peptic ulcer perforation. J. Gastroenterol. Hepatol. 2007; 22 (40): 565–570
20. Leung K. J., Lee F.Y., Dexter S., Lau W.Y. Predicting mortality and morbidity of patients operated on for perforated peptic ulcers. Arch. Surg. 2001; 136: 90–93
21. Lo H., Wu S., Huang H. et al. Laparoscopic simple closure alone is adequate for low risk patients with perforated peptic ulcer. World J. Surg. 2011; 35: 1873–1878.
22. Lui F.Y., Davis K.A. Gastroduodenal perforation: maximal or minimal intervention. Scan. J. Surg. 2010; 99: 73–77.
23. Lunevicius M., Morkevicius R. Management strategies, early results, benefits and risk factors of laparoscopic repair of perforated peptic ulcer. World J. Surg. 2005; 29: 1299–1310
24. Lunevicius R., Morkevicius M. Comparison of laparoscopic versus open repair for perforated duodenal ulcers. Surg. Endosc. 2005; 19 (12):1565–1571.

## REFERENCES

1. Vachev A. N., Adyshirin-Zade Je. Je., Frolova E. V. Vozmozhno li rasshirenie pokazanij k pervichno-radikal'nym operacijam pri perforativnoj jazve zheludka i dvenadcatiperstnoj kishki? [Is it possible to expand the indications for primary radical surgery in perforated gastric ulcer and duodenal ulcer]? Jeksperimental'naja i klinicheskaja gastrojenterologija. 2010; N 2: 43–47. (In Russian).
2. Gostishhev V.K., Evseev M.A., Golovin P.A. Radikal'nye operativnye vmeshatel'stva v lechenii bol'nyh s perforativnymi gastroduodenal'nymi jazvami. [Radical surgery in the treatment of patients with perforated gastroduodenal ulcers]. Hirurgija im. N.I. Pirogova. 2009; N 3: 10–16. (In Russian).
3. Evseev M.A. Antisekretornye preparaty v neotlozhnoj hirurgicheskoy gastrojenterologii. [Antisecretory drugs in emergency surgical gastroenterology]. M.: OOO IIC «KVANT»; 2009. (In Russian).
4. Evseev M.A., Ivahov G.B., Golovin R.A. Strategija antisekretornoj terapii u bol'nyh s krvotochashhimi i perforativnymi gastroduodenal'nymi jazvami. [Strategy of antisecretory therapy in patients with bleeding and perforating gastroduodenal ulcers]. Hirurgija. 2009; N 3: 46–52. (In Russian).
5. Ermolov A.S., Jarcev P.A., Kirsanov I.I. Videolaparoskopija v lechenii pacientov s perforativnymi jazvami zheludka i dvenadcatiperstnoj kishki. S"ezd khirurgov yuga Rossii: sb. mater [Videolaparoscopy in the treatment of patients with perforating ulcers of the stomach and duodenum. Congress of surgeons of the South of Russia: collection of materials]. Astrahan'; 2013: 31. (In Russian).
6. Kurbanov F. S., Baloglanov D. A, Sushko A. N. i dr. Operacii minimal'nogo ob#ema v hirurgicheskom lechenii perforativnyh jazv dvenadcatiperstnoj kishki. [Operations minimum volume in the surgical treatment of perforated ulcers of the duodenum]. Hirurgija. 2011; N 3: 44–49. (In Russian).
7. Lutsevich O.E., Galyamov E.A., Tolstykh M. P. i dr. Nastoyashchee i perspektivy laparoskopicheskoy khirurgii v ekstretnoy khirurgii. III kongress moskovskikh khirurgov «Neotlozhnaya i spetsializirovannaya pomoshch'»: tez. dokl. [Present and prospects of laparoscopic surgery in emergency surgery. III Congress of Moscow surgeons

- "Emergency and specialized care": abstracts]. M.; 2009: 47–48. (In Russian).
8. Maev I. V., Samsonov A. A. Jazvennaja bolezn'. [Ulcer]. M: Miklosh; 2009: 428. (In Russian).
  9. Pahomova G. V., Guljaev A. A., Jarcev P. A. Videolaparoskopija pri probodnoj jazve zheludka i dvenadcatipersnoj kishki. [Videolaparoscopy for gastric and duodenal ulcer]. Jendoskopicheskaja hirurgija. 2010; N 1: 8–12. (In Russian).
  10. Sazhin V. P., Jurishhev V. A., Klimov D. E. Lechenie perforativnyh gastroduodenal'nyh jazv. Jendoskopicheskaja hirurgija. [Treatment of perforated gastroduodenal ulcers]. 2009; N 1: 62–63. (In Russian).
  11. Sazhin V. P. Jevoljucija podhodov k lecheniju perforativnyh gastroduodenal'nyh jazv. [Evolution of approaches to the treatment of perforated gastroduodenal ulcers]. Jendoskopicheskaja hirurgija. 2004; N 4: 32–35. (In Russian).
  12. Hasanov A. G., Galin M. B., Badretdinova F. F. Diagnostika i lechenie perforativnyh piloroduodenal'nyh jazv u zhenshhin. [Diagnosis and treatment of perforated pyloroduodenal ulcers in women]. Vestnik hirurgii. 2016; 175 (2): 98–100. (In Russian).
  13. Agresta F., Mazzarolo G., Ciardo L. F., Bedin N. The laparoscopic approach in abdominal emergencies: has the attitude changed? A single-center review of a 15-year experience. Surg. Endosc. 2008; 22: 1255–1262.
  14. Ates M., Dirigan A. The simple suture laparoscopic repair of peptic ulcer perforation without an omental patch. Surg. Endosc. 2012; 26: 289.
  15. Ates M., Sevil S., Bakircioglu E., Colak C. Laparoscopic repair of peptic ulcer perforation without omental patch versus conventional open repair. J. Laparoendosc. Adv. Surg. Tech A. 2007; 17: 615–619.
  16. Bertleff M. J., Halm J. A., Bemelman W. A. et al. Randomized clinical trial of laparoscopic versus open repair of the perforated peptic ulcer: the LAMA Trial. World J Surg. 2009; Vol. 33 (7): 1368–1373.
  17. Daskalesku C. et al. Taylor's method: a therapeutic alternative for perforated gastroduodenal ulcer. Hepatogastroenterology. 2006; 53: 543–546.
  18. Jing D. et al. Meta-analysis of laparoscopic and open repair of perforated peptic ulcer. Zhonghua Wei Chang WaiKeZaZhi. 2011; 14: 785–789.
  19. Kocer B., Surmeli S., Solak C. et al. Factors affecting mortality and morbidity in patients with peptic ulcer perforation. J. Gastroenterol. Hepatol. 2007; 22 (40): 565–570.
  20. Leung K. J., Lee F. Y., Dexter S., Lau W. Y. Predicting mortality and morbidity of patients operated on for perforated peptic ulcers. Arch. Surg. 2001; 136: 90–93.
  21. Lo H., Wu S., Huang H. et al. Laparoscopic simple closure alone is adequate for low risk patients with perforated peptic ulcer. World J. Surg. 2011; 35: 1873–1878.
  22. Lui F. Y., Davis K. A. Gastroduodenal perforation: maximal or minimal intervention. Scan. J. Surg. 2010; 99: 73–77.
  23. Lunevicius M., Morkevicius R. Management strategies, early results, benefits and risk factors of laparoscopic repair of perforated peptic ulcer. World J. Surg. 2005; 29: 1299–1310.
  24. Lunevicius R., Morkevicius M. Comparison of laparoscopic versus open repair for perforated duodenal ulcers. Surg Endosc. 2005; 19 (12): 1565–1571.

# HISTORY OF MEDICINE

---

# ИЗ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ

---

УДК 61 (091)

## ПРИЮТЫ В ОРАНИЕНБАУМЕ

---

© Дарья Владимировна Сакулина

СПбГБУ «Краеведческий музей г. Ломоносова». 198412, г. Санкт-Петербург, г. Ломоносов, Еленинская ул., 25

**Контактная информация:** Дарья Владимировна Сакулина — научный сотрудник «Краеведческого музея г. Ломоносова», член Союза писателей России. Email: [darya.daria-viktoria@yandex.ru](mailto:darya.daria-viktoria@yandex.ru)

---

**РЕЗЮМЕ:** В статье на основе изучения архивных материалов из фондов Российской Национальной Библиотеки и Краеведческого музея г. Ломоносова освещается вопрос о деятельности детских приютов на территории города Ораниенбаума (с 1948 г. — Ломоносов) в XIX веке. Основное внимание уделено приюту для выздоравливающих детей, содержавшегося большей частью на средства семьи Великой княгини Екатерины Михайловны. Освещаются штаты приюта, распорядок дня, характер питания и климатолечение. Проанализирован и впервые введен в научный оборот отчет доктора А. И. Шмитца за 1872–1883 гг., который дает представление о работе детских приютов в Ораниенбауме.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** город Ораниенбаум; детские приюты; доктор А. И. Шмитц; Великая княгиня Екатерина Михайловна; герцог Георгий Георгиевич Мекленбург-Стрелицкий, герцогиня Елена Георгиевна Саксен-Альтенбургская.

---

## SHELTERS IN ORANIENBAUM

---

© Daria V. Sakulina

SPBGBU «Museum of Local Lomonosov». Eleninskaya str., 25. Lomonosov, Saint-Petersburg, Russia, 198412

**Contact information:** Daria V. Sakulina — a researcher at the Lomonosov Museum of Local Lore, Member of the Writers' Union of Russia. Email: [darya.daria-viktoria@yandex.ru](mailto:darya.daria-viktoria@yandex.ru)

---

**ABSTRACT:** The article on the basis of the study of archival materials from the collections of the Russian National Library and the local history Museum of Lomonosov highlights the issue of the activities of orphanages in the city of Oranienbaum (from 1948 — Lomonosov) in the XIX century. The main attention is paid to the shelter for recovering children, which was kept mostly at the expense of the family of Grand Duchess Catherine Mikhailovna. The States of the shelter, the daily routine, the nature of food and climate treatment are covered. The report of the doctor Schmitz for 1872–1883 which gives an idea of the work of orphanages in Oranienbaum is analyzed and for the first time introduced into scientific circulation.

**KEY WORDS:** Oranienbaum city; shelters; Dr. I. Schmitz; Princess Ekaterina Mikhailovna; Duke Georgiy Georgievich of Mecklenburg-Strelitz, Duchess Elena Georgievna of Saxe-Oldenburgsky.

---

Приморский город Ораниенбаум издавна славился своим климатом, умеренным и влажным. Два столетия назад Финский залив был чистым сверкающим на солнце морем. В общем, идеальное место для прогулок и поправки пошатнувшегося здоровья, особенно летом. Не удивительно, что на территории города практически одновременно существовало несколько детских медицинских учреждений.

Всего в нескольких тысячах шагов от берега моря, находился летний приют для выздоравливающих детей, основанный в 1870 г. по инициативе известного детского врача К. А. Раухфуса, директора детской больницы принца П. Г. Ольденбургского в Петербурге. Попечительницей приюта была известная благотворительница Ее Императорское Величество Великая княгиня Екатерина Михайловна (1827–1894) (рис. 1) — дочь Великого князя Михаила Павловича и Великой княгини Елены Павловны, внучка Павла I, герцогиня Мекленбург-Стрелицкая. Ораниенбаум был вотчиной семьи Елены Павловны, затем ее дочери и внуков, здесь они проводили довольно много времени. Екатерина Михайловна продолжила благотворительные дела своей матери

Елены Павловны, после ее смерти в 1873 г. возглавила Ведомство учреждений Великой княгини Елены Павловны, объединившее ряд образовательных и лечебных учреждений, состояла покровительницей нескольких учреждений. Детский приют включал в себя несколько отделений: для приходящих детей, летнее отделение для выздоравливающих детей и родовспомогательный приют. После смерти Великой княгини Екатерины Михайловны попечение над этим комплексом перешло к ее детям. В Адресной и Справочной книге «Весь Петербург на 1902 год» он указан как «Детский приют Их Высочеств герцога Георгия Георгиевича Мекленбург-Стрелицкого и герцогини Елены Георгиевны Саксен-Альтенбургской» [1]. Герцог Георгий Георгиевич Мекленбург-Стрелицкий (рис. 2) — сын Великой княгини Екатерины Михайловны — Георг-Александр-Михаил-Фридрих-Вильгельм-Франц-Карл (1859–1909). Семья герцога проживала в Михайловском и Каменноостровском дворцах, а летом — в дворцовом имении Ораниенбаум. Герцогиня Елена Георгиевна Саксен-Альтенбургская — дочь Великой княгини Екатерины Михайловны — Елена Мария Александра Елиза-



Рис. 1. Ее Императорское Величество Великая княгиня Екатерина Михайловна



Рис. 2. Герцог Георгий Георгиевич Мекленбург-Стрелицкий



Рис. 3. Герцогиня Елена Мария Александра Елизавета Августа Катерина Мекленбург-Стрелицкая, принцесса Саксен-Альтенбургская

вета Августа Катерина Мекленбург-Стрелицкая (1857–1936), в замужестве принцесса Саксен-Альтенбургская (рис. 3).

В таком составе приют находился долгое время, и, судя по справочнику 1903 г., здания располагались на ул. Еленинской, дом 12. Современный адрес — Еленинская 13, сейчас здесь располагается комплекс зданий Центральной Районной больницы им. И. Н. Юдченко города Ломоносова. Вся нынешняя больничная территория была в XIX — начале XX века комплексом детского приюта.

В фондах Публичной Библиотеки сохранился отчет доктора А. И. Шмитца за 1872–1883 гг., откуда можно почерпнуть много интересных сведений об этом лечебном заведении. «Ораниенбаум, бесспорно, может считаться одним из лучших летних местопребываний в окрестностях Петербурга», — писал доктор А. И. Шмитц [2]. В 1870 г. архитектором Робертом Андреевичем Гедике начато строительство здания приюта, который сначала помещался в скромной наемной квартире вблизи нынешнего дома и располагал 15 кроватями. 30 мая 1872 г. (дата окончания работ), приют смог принять уже

26 человек. В это время появилось и отдельное помещение — пристройка к большому дневному приюту для здоровых детей рабочих Ораниенбаума (ясли на 165 детей). В 1879 г. к приюту присоединили еще два небольших помещения (архитектор Константин Георгиевич Прейс), а позже и деревянный домик, стоявший рядом (рис. 4). Теперь общее число мест для выздоравливающих детей было уже 52. На территории устроили и роддом, где ежегодно появлялось на свет около 150 детей. Рядом стояло здание приюта для девочек, содержавшегося на деньги Императорского женского патриотического общества — старейшего и весьма влиятельного благотворительного общества Российской империи (1812–1917), активными его членами были Екатерина Михайловна и ее дочь. Вблизи разместилось несколько домиков для служащих и кое-какие хозяйственные постройки. Всего территория занимала 4240 квадратных саженей, сюда же входили и красивые специально разведенные для приюта сады.

По описанию доктора А. И. Шмитца основное здание приюта для выздоравливающих детей представляло собой «красивое здание, построенное из неотесанных бревен, наподобие русской избы. В нижних помещениях находились 2 дортуара для детей, выходивших на юг, между дортуарами комната для старшей сиделки, маленький коридорчик, ванная с тремя ваннами и большая крытая галерея, из которой можно было пройти в сад и через особый вход в большой приют» [2]. На чердаке поместили дортуар с небольшим балконом, комнату управляющей заведением сестры милосердия, рабочую комнату для сиделок и старших детей. Эта же комната иногда служила для изоляции, например, простудившихся воспитанников, активно работала и кладовая для белья. Отапливали помещения большими изразцовыми печами, днем и ночью двери и окна приюта были распахнуты для того, чтобы ребята могли круглые сутки дышать целебным морским воздухом. Питьевую воду тщательно проверяли с помощью специальных химических анализов. В подвале главного здания приюта в кухне трудились повара, на первом этаже имелась прачечная. В нижних дортуарах жили в одном — 10 в другом 8 детей, и в каждой комнате всегда присутствовала сиделка.

Основным преимуществом приюта было то, что никогда никому из детей не отказывали в приеме, за исключением заразных больных. Они принимались в приют для оздоровления после болезни через определенное время. И еще не брали в приют мальчиков после

12 лет. Те, родители, кто мог платить за своих детей, платили 10 рублей каждый месяц за каждого ребенка, если требовалось продлить лечение в приюте, то дальше уже лечили бесплатно. Средства на содержание приюта большей частью предоставлялись семьей Великой княгини Екатерины Михайловны, и малую часть оплачивала детская больница.

Детей в приют в основном направляли петербургские больницы и приюты. Откуда только ни приезжали малыши в Ораниенбаум, чтобы поправить свое здоровье: и из барачной больницы в Петербурге, и из приюта для слепых детей, и из детского приюта в г. Кронштадте и т. п. Среднее время содержания в приюте ребенка составляло 77 дней. В основном, здесь находились дети с болезнями суставов и костей нетуберкулезного происхождения, с бронхитами на стадии уже почти полного излечения и т. д.

Уход за детьми осуществляли 4 младшие и одна старшая сиделки. Осмотр маленьких пациентов производился врачом 2 раза в неделю. Работала и своя домашняя аптека, однако, лекарствами пользовались в редких случаях. Холодные морские, теплые соленые ванны, лекарственные ванны, а также кумыс служили основными лечебными средствами.

Наряду с этим большое значение уделялось полноценному питанию. Для детей, прибывших из очень скудных условий жизни, это было очень важно. Об этом же писал и доктор А. И. Шмитц: лечили «диетой и гигиеной». Завтрак состоял из 300 граммов молока и хлеба, старшим детям иногда давали ячменный кофе. В полдень воспитанники ели питательный суп и мясные блюда с овощами или макаронами, иногда крупами. В 4 часа подавали молочную кашу или простоквашу, кофе или чай, хлеб с маслом. В 7 часов — ужин, такой же, как и завтрак. Дети ежедневно прибавляли в весе по 24 грамма. Доктор отмечал, что такая пища, в отличие от госпитального приютского кормления, не вызывает отвращения, как это бывает иногда от пищи больничного характера, так как ребят кормят весьма разнообразно. Питаться могли и все желающие служащие.

Режим в приюте был следующим: в 6 часов утра вставал персонал, в 7 часов дети. После обычных утренних процедур они завтракали и шли гулять в сад. В 11 часов часть детей купались в море. После обеда детей занимали играми. В 3 часа вторая часть купалась в море. После ужина объявляли отбой, малыши ложились спать в 8–9 часов, а старшие в 10 часов вечера.

Сотрудники «Приюта для выздоравливающих детей» с 1902 — по 1917 гг.<sup>1</sup>

Таблица 1

Период работы:	Должность:	Ф. И. О.
1902	Заведующая сестрами милосердия	Кондратьева И. О.
1903	Заведующая сестрами милосердия Помощница	Кондратьева И. О. Вальницкая Вера Иосифовна
1904	Заведующая сестрами милосердия Помощница	Иванова Мария Петровна Петрова Варвара Филипповна
1905	Заведующая Помощницы	Адамович Александра Антоновна Улитина Ольга Александровна Яковлева Евдокия Филипповна
1906	Заведующая Помощница	Яковлева Евдокия Филипповна Козакова Мария Александровна
1907	Заведующая Помощница	Яковлева Евдокия Филипповна Козакова Мария Александровна
1908, 1909	Врач Заведующая Помощница	Боль Эдгар Георгиевич* Сухонен С. В. Улитина Ольга Александровна
1910	Врач Заведующая Помощница	Боль Эдгар Георгиевич Сухонен С. В. Тимофеева Мария Ивановна
1911, 1912, 1913, 1914	Врач Заведующая	Боль Эдгар Георгиевич Сухонен С. В.
1915, 1916, 1917	Врач Заведующая	Боль Эдгар Георгиевич Сухонен С. В.

<sup>1</sup> Весь Петербург на 1901–1917 г.: адресная и справочная книга г. Санкт-Петербурга. СПб.: Суворин; 1902–1917: 1902 г. — стр. 1021; 1903 г. — стр. 1053; 1904 г. — стр. 1052; 1905 г. — стр. 1067–1070; 1906 г. — стр. 1098; 1907 г. — стр. 1131; 1908 г. — стр. 1062; 1909 г. — стр. 1102; 1910 г. — стр. 1154; 1911 г. — стр. 1195; 1912 г. — стр. 1230; 1913 г. — стр. 1077; 1914 г. — стр. 1146; 1915 г. — стр. 1058, 1062; 1916 г. — стр. 1144–1145; 1917 г. — стр. 1186–1187.



Рис. 4. Ломоносовская центральная районная больница. Здания бывшего приюта для выздоравливающих детей в Ораниенбауме. Фото М. Диминой



Судя по отчету доктора А. И. Шмитца, полностью излечивались за год 48,8% воспитанников, поправили здоровье — 35,8%, без перемен — 10, 8%, ухудшение наблюдалось у 4% детей, умерло 0,6%.

В Адресной и Справочной книге «Весь Петербург» сохранились сведения о том, кто в приюте работал с 1902 по 1917 гг., организовывал быт детей и способствовал восстановлению их здоровья (см. табл. 1).

Питомцы ораниенбаумского приюта с большим теплом вспоминали тех, кто посвящал им ежедневно столько времени, заботы и любви.

Пока не найдена информация о работе приюта, в т. ч. о методах лечения детей и их эффективности в 1900 годы. Поиски продолжаются.

1917 г. внес колоссальные изменения в жизнь нашего города. Как известно, любые частные учреждения становились государственными и использовались под школы, библиотеки, клубы, больницы, детские учреждения и др. Комплекс приюта также был национализирован и передан в ведение культурно-просветительной комиссии, которая была создана Народным комиссариатом просвещения в 1917 г. И, как уже говорилось ранее, на территории, занимаемой приютом, была организована больница. К сожалению, в Ораниенбауме сегодня нет больше подобного заведения, которое вносило бы свою лепту в дело оздоровления детей с ослабленным здоровьем.

*Автор Д.В. Сакулина выражает благодарность за помощь в работе над статьей к.п.н., ученому секретарю «Краеведческого музея г. Ломоносова», член-корреспонденту Международной академии акмеологических наук, лауреату премии А.Г. Неболсина Г.А. Халемскому.*

---

**ЛИТЕРАТУРА**

---

1. Весь Петербург на 1901–1917 г.: адресная и справочная книга г. С.-Петербурга. СПб.: издание А. С. Суворина; 1902–1917.
2. Отчет за 1872–1883 гг., составленный д-ром А. И. Шмитц, Ораниенбаум. приют для выздоравливающих детей. Спб.: Б. и.; 1884.

---

**REFERENCES**

---

1. Ves' Peterburg na 1901–1917 g.: adresnaya i spravochnaya kniga g. Sankt-Peterburga. [All Petersburg for 1901–1917: the address and reference book of St. Petersburg]. SPb.: Suvorin; 1902–1917. (in Russian).
2. Oranienbaumskiy priyut" dlya vyzdoravlivayushchikh" d"tey. Otchet" za 1872–1883 gg., sostavlennyy doktorom A. I. Shmitts". [Oranienbaum Priyut for convalescent children. The report for 1872–1883 was compiled by Dr. A. I. Schmitz]. SPb.: B. i.; 1884. (in Russian).

## СОЛИДАРНОСТЬ И СОТРУДНИЧЕСТВО: ВСЕМИРНЫЙ ДЕНЬ БИОЭТИКИ В СПБГПМУ

© Галина Львовна Микиртичан, Александр Зиновьевич Лихтшангоф

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России. 194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, 2

**Контактная информация:** Александр Зиновьевич Лихтшангоф — к. м. н., доцент кафедры гуманитарных дисциплин и биоэтики. E-mail: zinovich@list.ru

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** кафедра биоэтики ЮНЕСКО; Всемирный день биоэтики; отчет о конференции; преподавание биоэтики; права человека; солидарность и сотрудничество; модельные законы СНГ; эвтаназия; взаимоотношения врача и пациента; взаимоотношения в медицинском коллективе; детская дерматология; психиатрия.

## SOLIDARITY AND COOPERATION: THE WORLD BIOETHICS DAY AT SPBGPMU

© Galina L. Mikirtichan, Alexander Z. Likhtshangof

Saint-Petersburg State Pediatric Medical University. Litovskaya str., 2. Saint Petersburg, Russia, 194100

**Contact Information:** Alexander Z. Likhtshangof — MD, PhD, Associate Professor, Department of Humanities and Bioethics. E-mail: zinovich@list.ru

**KEY WORDS:** UNESCO Chair in bioethics; The World Bioethics Day; conference report; the teaching of bioethics; human rights; solidarity and cooperation; CIS model laws; euthanasia; doctor — patient relationships; relationships in the medical team; pediatric dermatology; psychiatry.

Биомедицинская этика в настоящее время является динамично развивающейся междисциплинарной областью медицинских знаний. Кафедра биоэтики ЮНЕСКО, созданная в 2001 г. в Международном центре здравоохранения, права и этики Университета Хайфы (руководитель А. Карми) наделена полномочиями координировать и стимулировать создание международной сети институтов для подготовки специалистов в области преподавания медицинской этики, связи с высшими учебными заведениями и разработки современных учебных программ по медицинской этике, которые будут

удовлетворять мировым требованиям медицинских вузов [7]. К настоящему времени международная сеть Кафедры биоэтики ЮНЕСКО уже включает более 200 отделений; создан солидный арсенал унифицированных учебных пособий. Развитие инфраструктуры, безусловно, благоприятствует совершенствованию преподавания биоэтики, усилению эффективного международного сотрудничества, развитию взаимоотношений между высшими учебными заведениями и другими партнерами, что, в конечном счете, способствует внедрению биоэтической теории в медицинскую практику. В рам-

ках Международной сети кафедры биоэтики ЮНЕСКО создан Международный форум преподавателей, основными задачами которого являются: пропаганда принципов и подходов, сформулированных во «Всеобщей декларации ЮНЕСКО о биоэтике и правах человека» (2005); продвижение совместных проектов при соблюдении принципа открытости; повышение качества образования в данной области [2, 6]. В России отделения были сформированы в 2012 г. на базе СПбГПМУ и Волгоградского ГМУ.

Одним из центральных направлений деятельности является организация и проведение «Всемирного дня биоэтики (ВДБ)», который по инициативе ЮНЕСКО отмечается с 2016 г. ежегодно в день 19 октября, что связано с датой принятия в этот день Всемирной декларации ЮНЕСКО. Концепция ВДБ основана на идеи обращенности всех причастных к проблеме образования в области биоэтики организаций и лиц во всем мире к осмыслению и продвижению основных этических принципов, провозглашенных в Декларации 2005 г. [5].

Уже в третий раз в СПбГПМУ 19 октября 2018 г. прошла научная конференция, посвященная Всемирному дню биоэтики (рис. 1–3). Конференция была организована кафедрой гуманитарных дисциплин и биоэтики СПбГПМУ (зав. кафедрой — проф. Г. Л. Микиртичан), которая с 2012 г. является отделением Международной сети Кафедры биоэтики ЮНЕСКО и Международного форума преподавателей биоэтики. Аналогичные мероприятия прошли в тот же день в большинстве стран-членов ЮНЕСКО. Целью проведения ВДБ в СПбГПМУ стало привлечение внимания преподавателей и студентов к этическим проблемам, возникшим в связи с бурным развитием разных областей науки, в том числе медицины и биотехнологий, ибо без этического анализа и осмысления этих проблем и их последующего законодательного оформления возможно нанесение огромного вреда достоинству и правам человека, а также человечеству в целом [3, 4].

В качестве ведущей темы Всемирного дня биоэтики 2018 г. был избран один из основополагающих принципов «Всеобщей декларации о биоэтике и правах человека» (2005): «Солидарность и сотрудничество». Согласно этому принципу, должны поощряться солидарность и сотрудничество между людьми и между государствами [1]. Декларация о биоэтике — это не первый международный документ в области биоэтики, но по сравнению с предыдущими он обладает некими новыми специфическими

особенностями. Эти особенности связаны с тем, что этот документ, который готовился экспертами, представлявшими разные страны и регионы мира, мировое сообщество, отразил новое явление, суть которого состоит в том, что происходит сдвиг интересов в области биоэтики. Впервые в истории биоэтики государства-члены и международное сообщество обязались уважать и реализовывать основополагающие принципы биоэтики, изложенные в едином документе. Декларация затрагивает этические вопросы, касающиеся медицины, наук о жизни и связанных с ними технологий применительно к человеку, и, как отражено в ее названии, основывается на тех принципах, которые она утверждает в нормах, обеспечивающих уважение человеческого достоинства, прав человека и основных свобод. Закрепляя биоэтику в международных нормах в области прав человека и обеспечивая уважение человеческой жизни, Декларация, тем самым, признает взаимосвязь между этикой и правами человека конкретно в сфере биоэтики.

Участие в конференции приняли специалисты по биоэтике, представители администрации вуза, все преподаватели кафедры гуманитарных дисциплин и биоэтики СПбГПМУ, многие студенты СПбГПМУ (лекционная аудитория была заполнена до отказа), а также Е. Ю. Владимирова — секретарь Постоянной комиссии Межпарламентской Ассамблеи государств — участников СНГ по социальной политике и правам человека, ответственный секретарь Экспертного совета по здравоохранению при МПА СНГ. Вела заседание проф. Г. Л. Микиртичан.

Всемирный день биоэтики в СПбГПМУ открылся приветствиями проректоров СПбГПМУ проф. Ю. С. Александровича и И. Д. Ляхова, которые подчеркнули важность и непреходящую актуальность биоэтической проблематики в развитии медицинской науки и медицинского образования.

Историческим, философским и социальным аспектам реализации принципа солидарности и сотрудничества был посвящен доклад проф. Г. Л. Микиртичан, зав. кафедрой гуманитарных дисциплин и биоэтики СПбГПМУ, а также ведущего научного сотрудника СПб НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Л. Пастера, проф. О. И. Кубарь. Авторы подчеркнули, что солидарность — это общность интересов, единомыслие, единодушие, взаимозависимость, взаимосвязанность, круговая порука, совместная ответственность. Солидарность можно определить как принцип со-



Рис. 1. Аудитория Всемирного дня биоэтики в СПбГПМУ



Рис. 2. ВДБ — 2018 в СПбГПМУ. Слева направо: выступает проректор проф. Ю. С. Александрович, проф. Г. Л. Микир-тичан, проректор И. Д. Ляхов, секретарь Постоянной комиссии МПА СНГ по социальной политике и правам человека Е. Ю. Владимирова



Рис. 3. Выступает Е. Ю. Владимирова — секретарь Постоянной комиссии МПА СНГ по социальной политике и правам человека, ответственный секретарь Экспертного совета по здравоохранению при МПА СНГ

циального существования, предполагающий объединение ресурсов и возможностей субъектов отношений для достижения общих целей, при этом интересы каждого из субъектов находятся в равновесии с интересами общности. Солидарность следует рассматривать как механизм социальной саморегуляции, самосохранения и саморазвития коллективного организма, который позволяет максимально использовать возможности всех членов общества для индивидуального и всеобщего блага. Солидарность требует, чтобы все граждане несли расходы и платили налоги по здравоохранению для всех других граждан, независимо от их собственного состояния здоровья: так, мужчины должны платить за акушерскую помощь, каждый — за психиатрическую помощь, даже если он уверен, что ему самому она никогда не потребуется. В основе медицины лежит чувство сострадания к заболевшему человеку, солидарность людей перед лицом страдания и их готовность оказать друг другу помощь. Авторы рассмотрели международное сотрудничество в области медицины на примере деятельности Всемирной организации здравоохранения, программ по глобальной ликвидации натуральной оспы и расшифровке генома человека. В докладе обсуждались также модели взаимоотношений врача и пациен-

та в исторической перспективе и современном здравоохранении.

Секретарь Постоянной комиссии МПА СНГ по социальной политике и правам человека, ответственный секретарь Экспертного совета по здравоохранению при МПА СНГ, кандидат экономических наук Е. Ю. Владимирова выступила с докладом «О законотворческой деятельности МПА СНГ в сфере здравоохранения». Основным направлением деятельности Межпарламентской Ассамблеи государств-участников СНГ является подготовка модельных законов и рекомендаций, способствующих гармонизации национального законодательства стран Содружества. За почти 27 лет работы принято около 500 документов в различных сферах, в том числе такие, как: «Об основах медико-социальной защиты граждан, больных сахарным диабетом», «О защите прав и достоинства человека в биомедицинских исследованиях в государствах-участниках СНГ», «О противодействии ВИЧ/СПИДу в государствах-участниках СНГ», «Об этико-правовом регулировании и безопасности генетических медицинских технологий в государствах-участниках СНГ», «О природных лечебных ресурсах, лечебно-оздоровительных местностях и курортах», «Об основных гарантиях прав ребенка в государстве», «О сближении законода-

тельства государств-участников СНГ в сфере охраны здоровья», «О страховой медицине», «О донорстве органов», «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», «Об обеспечении прав детей на охрану здоровья в государствах-участниках СНГ» и др.

Студентка 4 курса факультета психологии СПбГУ Ю. Ковальчук в своем сообщении рассмотрела современные аспекты сотрудничества врача и пациента в детской дерматологической практике. Она убедительно показала, что успешность сотрудничества врача и пациента зависит от индивидуальных характеристик пациента, его семейных взаимоотношений, культурного и социального статуса, характера заболевания и специфики необходимого лечения, а также личности врача как агента формирования комплаентности. При длительном заболевании, например хроническом дерматозе, больной «привыкает» к нему и не всегда точно выполняет предписания врача, отмечается снижение показателей приверженности к лечению, снижение эффективности лечения и вероятности благополучного исхода болезни, поэтому необходимо помочь пациенту осознать свое состояние в условиях болезни.

Далее следовали три интересных сообщения, подготовленных студентами СПбГПМУ под руководством преподавателей кафедры гуманитарных дисциплин и биоэтики: «Взаимоотношения «врач-пациент» в психиатрии» — А. Серова, 3 курс, «Особенности взаимоотношений в медицинском коллективе» — И. Алексева и А. Журавлева, 3 курс, и «Этическая оценка эвтанази современных студентами» — Г. Айрапетян, ординатор, и И. Мотов, 6 курс.

Первая докладчица отметила ряд особенностей взаимоотношений врача и пациента в психиатрии: трудно определить границу нормы и патологии; пациент обычно не осознает своего состояния; больные часто отказываются от госпитализации; поведение пациентов от безвольного до агрессивного; страх перед «сумасшествием»; депрессивные пациенты с суицидальными мыслями; необходимость одновременно защищать интересы больного и общества.

В своем докладе И. Алексева и А. Журавлева проанализировали особенности взаимоотношений в медицинском коллективе и возможные причины возникновения проблем в этих отношениях. По обоснованному результатам социологического опроса мнению авторов, отношения внутри медицинского коллектива влияют не только на качество жизни больного,

но и на качество жизни людей, которые в нем работают, — врачей, медсестер, младших медсестер, а, следовательно, и на качество их работы. Профессиональные коммуникативные навыки взаимодействия — это неотъемлемая компетенция медицинского работника.

Проведенное Г. Айрапетяном и И. Мотовым анкетирование 300 студентов 1, 3 и 6-го курсов СПбГПМУ, а также 200 студентов технического вуза и 100 студентов гуманитарного вуза показало, что современные студенты-медики считают эвтаназию социально значимой проблемой, однако недостаточно осведомлены в этом вопросе; многие не знакомы с понятием эвтаназии, ее критериями, а также различиями между активной и пассивной. Вопреки существующим юридическим и этическим запретам большинство студентов терпимо или позитивно относятся к эвтаназии. Это отношение зависит от ряда медико-социальных факторов, наиболее значимым из которых является отношение к религии. Студенты терпимо относятся к эвтаназии, не выделяя различий между пассивной и активной. Большинство будущих врачей являются сторонниками легализации эвтаназии, а также права пациента заранее зафиксировать отказ от медицинской помощи. Большинство респондентов высказалось за то, что эвтаназию должен выполнять специально подготовленный медицинский работник, однако 1/3 ответивших в случае разрешения эвтаназии готовы лично оказать такую «медицинскую услугу». Среди женщин по сравнению с мужчинами, а также среди верующих по сравнению с неверующими и сомневающимися доля сторонников эвтаназии ниже. Существенных различий между студентами медицинского, в сравнении со студентами гуманитарного и технического вуза не отмечается. Большинство студентов СПбГПМУ выделили как основную альтернативу эвтаназии паллиативную помощь. Исследование показало необходимость более активного освещения проблемы эвтаназии в процессе обучения студентов-медиков в курсах биоэтики, медицинского права, а также на клинических кафедрах. Также необходимо более открыто освещать данную проблему среди всех слоев населения с целью широкого обсуждения актуальной проблемы эвтаназии.

На конференции проф. Г.Л. Микиртчян провела презентацию книги «Этика вакцинации (критерий научного и гуманитарного прорыва)» (рис. 4), вышедшей под общей редакцией ведущего научного сотрудника СПб НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Л. Пастера, О.И. Кубарь (СПб.: ФБУН НИИЭМ имени

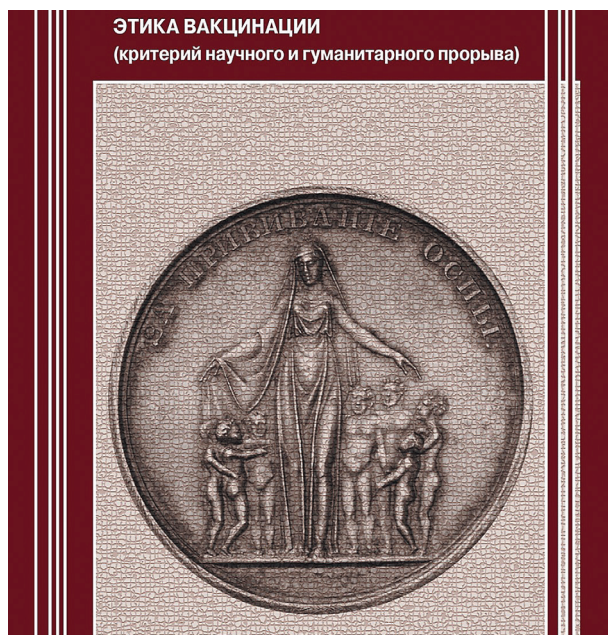


Рис. 4. Титульный лист книги «Этика вакцинации (критерий научного и гуманитарного прорыва)». Под ред. О. И. Кубарь. СПб.: ФБУН НИИЭМ имени Пастера; 2018

Пастера; 2018. — 176 с.). Книга написана группой авторов из Санкт-Петербурга и Москвы, в т. ч. из ФБУН НИИЭМ имени Пастера, НИИ детских инфекций и СПбГПМУ, и являет собой яркий пример сотрудничества.

Вот ее содержание:

**ВВЕДЕНИЕ** (О. И. Кубарь)

Глава 1. Историческая характеристика формирования этики вакцинации.

1.1. История этических конфликтов эры вакцинации и этических подходов их преодоления (Г. Л. Микиртичан).

1.2. Этическое осмысление научно-гуманитарного вклада сотрудников СПб НИИЭМ имени Пастера в вакцинопрофилактику инфекционных заболеваний в локальном, региональном и глобальном масштабах (О. И. Кубарь).

Глава 2. Этическая составляющая вакцинации.

2.1. Современные этические проблемы вакцинопрофилактики (О. И. Кубарь).

2.2. Международный этический стандарт научного исследования вакцин (О. И. Кубарь).

2.3. Этический аспект правового регулирования вакцинопрофилактики в РФ (А. Ж. Асатрян, М. В. Рощина, А. Е. Никитина).

Глава 3. Этический компонент в зеркале вакцинации.

3.1. Научная и социальная целесообразность разработки вакцин против зооантропонозных

инфекций для применения в группах риска (Н. К. Токаревич, О. И. Кубарь).

3.2. Открытость и сотрудничество, как путь достижения научных успехов и этических стандартов вакцинопрофилактики (*обзор материалов круглых столов «Этика вакцинации» на Всероссийском Форуме с международным участием «Дни иммунологии в Санкт-Петербурге»*) (О. И. Кубарь, А. Ж. Асатрян, Г. Л. Микиртичан, Н. В. Медуницын, С. М. Харит, М. А. Окунева).

3.3. Этика продвижения вакцин (М. А. Сырочкина).

3.4. Солидарность в концепции ликвидации инфекций путем вакцинопрофилактики — новый объект этического взгляда (М. А. Бичурина, И. Н. Лаврентьева, Н. В. Железнова, А. Ю. Антипова, Н. И. Романенкова, О. И. Кубарь).

3.5. Диалог с гражданским обществом, как путь формирования доверия и этического противодействия антивакцинальному движению (О. И. Кубарь, Г. Л. Микиртичан, А. Ж. Асатрян).

#### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Новые вызовы и новые решения этических проблем вакцинации (О. И. Кубарь).

Спецификой книги является тот факт, что все этические выводы и применяемые решения основаны на авторских проектах по изучению факторов доверия и отношения к вакцинации у различных категорий гражданского общества и медицинских работников; а также сотрудничестве со всеми сторонами процесса создания вакцин и их применения; участия в программах ВОЗ по ликвидации актуальных инфекций и непосредственной вовлеченности в международный диалог по осмыслению и формированию рекомендательного ресурса этического сопровождения вакцинопрофилактики в рамках структур ВОЗ и ЮНЕСКО.

Основным методологическим принципом этой работы служит приверженность личной ответственности за соблюдение морально-этических норм. Примером справедливости выбора данного постулата, безусловно, служит историческая часть книги, а современное развитие этого тезиса прослежено и подтверждено в ходе последующего изложения.

Именно на историческом опыте необходимо специально подчеркнуть один непровержимый факт и наиболее значимый аргумент. Невозможно назвать какое-либо другое конкретное медицинское событие/вмешательство, которое бы так много сделало для спасения жизни людей и, прежде всего, снижения детской заболеваемости и смертности, как имму-

низация. Однако кажущаяся легкость введения вакцины противоречит сложной истории исследований и разработок каждой из вакцин, используемых сегодня. Существующий ныне календарь прививок детей можно рассматривать как памятник, воплощающий эту историю, свидетельствующий о более чем 200-летнем пути фундаментальных и прикладных исследований, моральных рассуждений и духовных подвигов людей, работающих в этой области.

Достигнутый успех во многом был определен солидарностью действий, преодолевающей государственные границы, личные интересы, культуральные различия, политические амбиции и экономические выгоды.

В рамках конференции была также проведена выставка постеров по теме «Солидарность и сотрудничество при оказании медицинской помощи», подготовленных студентов СПбГПМУ. Можно заключить, что третий Всемирный день биоэтики в СПбГПМУ прошел успешно. Он показал важность формирования биоэтического мышления и пропаганды принципов и правил биоэтики, направленных на защиту прав и достоинства человека в современном мире, в том числе во всех областях современной медицины, как клинической, так и научно-исследовательской деятельности.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Всеобщая декларация о биоэтике и правах человека. Принята резолюцией Генеральной конференции ЮНЕСКО 19 октября 2005 г. Доступен по: [http://www.un.org/ru/documents/decl\\_conv/declarations/bioethics\\_and\\_hr.shtml](http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/bioethics_and_hr.shtml) (дата обращения 13.12.2018).
2. Кубарь О. И., Микиртичан Г. Л., Седова Н. Н., Лихтшангоф А. З. Авторитетное участие российских медицинских центров в программе ЮНЕСКО по профессиональной подготовке и информации в области биоэтики. *Биоэтика*. 2018; 2 (22): 25–29.
3. Лихтшангоф А. З. Равенство, справедливость и равноправие: Всемирный день биоэтики в СПбГПМУ. *Медицина и организация здравоохранения*. 2017; 2 (4): 44–48.

4. Микиртичан Г. Л., Лихтшангоф А. З. Всемирный день биоэтики в Санкт-Петербургском государственном педиатрическом медицинском университете. *Медицина и организация здравоохранения*. 2017; 2 (1): 62–67.
5. тен Хаве Х. Деятельность ЮНЕСКО в области биоэтики. *Казанский медицинский журнал*. 2008; 89 (4): 377–383.
6. Mikirtichan G. Interview to Russia St. Petersburg's head of unit. *Bioethical Voices: Newsletter of the UNESCO Chair in Bioethics*. Dec. 2014; 1 (2): 37–38.
7. UNESCO Chair in Bioethics, Haifa. Доступен по: <http://www.unesco-chair-bioethics.org> (дата обращения 13.12.2018).

## REFERENCES

1. Vseobshhaja deklaracija o biojetike i pravah cheloveka. [Universal Declaration on Bioethics and Human Rights]. Available at: [http://www.un.org/ru/documents/decl\\_conv/declarations/bioethics\\_and\\_hr.shtml](http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/bioethics_and_hr.shtml) (accessed 13.12.2018) (in Russian).
2. Kubar O.I., Mikirtichan G.L., Sedova N.N., Lihtshangof A. Z. Avtoritetnoe uchastie rossijskih medicinskih centrov v programme YUNESKO po professional'noj podgotovke i informacii v oblasti bioetiki. [Authoritative participation of Russian medical centers in the UNESCO program on training and information in the field of bioethics]. *Bioethics*. 2018; 2 (22): 25–29. (in Russian)
3. Lihtshangof A. Z. Ravenstvo, spravedlivost' i ravnopravie: Vsemirnyj den' bioetiki v SPbGPMU. [Equality, justice and equity: World Bioethics Day at SPbGPMU]. *Medicine and Health Care Organization*. 2017; 2 (4): 44–48. (in Russian).
4. Mikirtichan G. L., Likhtshangof A. Z. Vsemirnyj den' biojetiki v Sankt-Peterburgskom gosudarstvennom pediatricheskom medicinskom universitete. [World Day of Bioethics in St. Petersburg State Pediatric Medical University]. *Medicine and Health Care Organization*. 2017; 2 (1): 62–67. (in Russian).
5. ten Have H. Deyatel'nost UNESCO v oblasti bioetiki [UNESCO activities in the field of bioethics]. *Kazanskiy meditsinskiy zhurnal*. 2008; 89 (4): 377–383. (in Russian).
6. Mikirtichan G. Interview to Russia St. Petersburg's head of unit. *Bioethical Voices: Newsletter of the UNESCO Chair in Bioethics*. Dec. 2014; 1 (2): 37–38.
7. UNESCO Chair in Bioethics, Haifa. Available at: <http://www.unesco-chair-bioethics.org> (accessed 13.12.2018).

---

## ПРАВИЛА ДЛЯ АВТОРОВ

---

Утв. приказом и.о. ректора  
ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России от 23.06.16

### 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 «Medicine and health care organization/ Медицина и организация здравоохранения» (далее по тексту «Журнал»), зарегистрированного Управлением Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций по Северо-Западному федеральному округу 17 мая 2016 года, свидетельство ПИ № ТУ78-01872, именуемой в дальнейшем «Редакция» и являющейся структурным подразделением ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, 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 рукописи». 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.

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 и предоставить ссылки на предыдущую, чтобы дать редакции возможность 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 по электронной почте на адрес [medorgspb@yandex.ru](mailto:medorgspb@yandex.ru) или [lt2007@inbox.ru](mailto:lt2007@inbox.ru). Автор должен отправить конечную версию рукописи и дать файлу название, состоящее из фамилии первого автора и первых 2–3 сокращенных слов из названия статьи. Информацию об оформлении можно уточнить на сайте: [http://www.gpmu.org/science/pediatrics-magazine/Medicine\\_organization](http://www.gpmu.org/science/pediatrics-magazine/Medicine_organization).

### СОПРОВОДИТЕЛЬНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

---

К авторскому оригиналу необходимо приложить экспертное заключение о возможности

опубликования в открытой печати (бланк можно скачать на сайте [www&&&](http://www&&&)).

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) территория, на которой разрешается использовать авторский материал, — Российская Федерация и сеть Интернет;
- 3) 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;
- 4) 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;
- 5) Автор гарантирует, что использование Редакцией предоставленного им по настояще-

му Договору авторского материала не нарушит прав третьих лиц;

- 6) 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;
- 7) Редакция предоставляет Автору возможность безвозмездного получения справки с электронными адресами его официальной публикации в сети Интернет;
- 8) при перепечатке статьи или ее части ссылка на первую публикацию в Журнале обязательна.

### ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА И ИЗМЕНЕНИЯ ЕГО УСЛОВИЙ

Заключением Договора со стороны Редакции является опубликование рукописи данного Автора в журнале «Medicine and health care organization/ Медицина и организация здравоохранения» 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

**Статья должна иметь (НА РУССКОМ И АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКАХ):**

1. Заглавие (Title) должно быть кратким (не более 120 знаков), точно отражающим содержание статьи.
2. Сведения об авторах (публикуются). Для каждого автора указываются: фамилия, имя и отчество, место работы, почтовый адрес места работы, e-mail. Фамилии авторов рекомендуется транслитерировать так же, как в предыдущих публикациях или по системе BGN (Board of Geographic Names), см. сайт <http://www.translit.ru>.
2. Резюме (Summary) (1500–2000 знаков, или 200–250 слов) помещают перед текстом статьи. Резюме не требуется при публикации рецензий, отчетов о конференциях, информационных писем.

Авторское резюме к статье является основным источником информации в отечественных и зарубежных информационных системах и базах данных, индексирующих журнал. Резюме доступно на сайте журнала «Medicine and health care organization/ Медицина и организация здравоохранения» и индексируется сетевыми поисковыми системами. Из аннотации должна

быть понятна суть исследования, нужно ли обращаться к полному тексту статьи для получения более подробной, интересующей его информации. Резюме должно излагать только существенные факты работы.

Рекомендуемая структура аннотации: введение (Background), цели и задачи (Purposes and tasks), методы (Materials and methods), результаты (Results), выводы (Conclusion). Предмет, тему, цель работы нужно указывать, если они не ясны из заглавия статьи; метод или методологию проведения работы целесообразно описывать, если они отличаются новизной или представляют интерес с точки зрения данной работы. Объем текста авторского резюме определяется содержанием публикации (объемом сведений, их научной ценностью и/или практическим значением) и должен быть в пределах 200–250 слов (1500–2000 знаков).

3. Ключевые слова (Key words) от 3 до 10 ключевых слов или словосочетаний, которые будут способствовать правильному перекрестному индексированию статьи, помещаются под резюме с подзаголовком «ключевые слова». 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). Ключевые слова разделяются точкой с запятой.

4. Литература (References). Список литературы должен представлять полное библиографическое описание цитируемых работ в соответствии с NLM (National Library of Medicine) Author A. A., Author B. B., Author C. C. Title of article. Title of Journal. 2005;10(2):49–53. Фамилии и инициалы авторов в пристатейном списке приводятся в алфавитном порядке, сначала русского, затем латинского алфавита. В описании указываются ВСЕ авторы публикации. Библиографические ссылки в тексте статьи даются цифрой в квадратных скобках. Ссылки на неопубликованные работы не допускаются.

Книга: Автор(ы) название книги (знак точка) место издания (двоеточие) название издательства (знак точка с запятой) год издания.

Если в качестве автора книги выступает редактор, то после фамилии следует ред.

Преображенский Б. С., Тёмкин Я. С., Лихачёв А. Г. Болезни уха, горла и носа. М.: Медицина; 1968.

Радзинский В. Е., ред. Перинеология: учебное пособие. М.: РУДН; 2008.

Brandenburg J. H., Ponti G. S., Worring A. F. eds. Vocal cord injection with autogenous fat. 3rd ed. NY: Mosby; 1998.

Глава из книги: Автор (ы) название главы (знак точка) В кн.: или In: далее описание книги [Автор (ы) название книги (знак точка) место издания (двоеточие) название издательства (знак точка с запятой) год издания] (двоеточие) стр. от и до.

Коробков Г. А. Темп речи. В кн.: Современные проблемы физиологии и патологии речи: сб. тр. Т. 23. М.; 1989: 107–11.

Статья из журнала

Автор (ы) название статьи (знак точка) название журнала (знак точка) год издания (знак точка с запятой) том (если есть в круглых скобках номер журнала) затем знак (двоеточие) страницы от и до.

Кирющенко А. П., Совчи М. Г., Иванова П. С. Поликистозные яичники. Акушерство и гинекология. 1994; N 1: 11–4.

Brandenburg J. H., Ponti G. S., Worring A. F. Vocal cord injection with autogenous fat: a long-term magnetic resonance. Laryngoscope. 1996; 106 (2, pt 1): 174–80.

Тезисы докладов, материалы научных конф.

Бабий А. И., Левашов М. М. Новый алгоритм нахождения кульминации экспериментального нистагма (миниметрия). III съезд оториноларингологов Респ. Беларусь: тез. докл. Минск; 1992: 68–70.

Салов И. А., Маринушкин Д. Н. Акушерская тактика при внутриутробной гибели плода. В кн.: Материалы IV Российского форума «Мать и дитя». М.; 2000; ч. 1: 516–9.

Авторефераты

Петров С. М. Время реакции и слуховая адаптация в норме и при периферических поражениях слуха. Автореф. дис... канд. мед. наук. СПб.; 1993.

Описание Интернет-ресурса

Щеглов И. Насколько велика роль микрофлоры в биологии вида-хозяина? Живые системы: научный электронный журнал. Доступен по: [http://www.biorf.ru/catalog.aspx?cat\\_id=396&d\\_no=3576](http://www.biorf.ru/catalog.aspx?cat_id=396&d_no=3576) (дата обращения 02.07.2012).

Kealy M. A., Small R. E., Liamputtong P. Recovery after caesarean birth: a qualitative study of women's accounts in Victoria, Australia. BMC Pregnancy and Childbirth. 2010. Available at: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/10/47/>. (accessed 11.09.2013).

Для всех статей, имеющих DOI, индекс необходимо указывать в конце библиографического описания.

По новым правилам, учитывающим требования международных систем цитирования, библиографические списки (References) входят в англоязычный блок статьи и, соответственно, должны даваться не только на языке оригинала, но и в латинице (романским алфавитом). Поэтому авторы статей должны давать список литературы в двух вариантах: один на языке оригинала (русскоязычные источники кириллицей, англоязычные латиницей), как было принято ранее, и отдельным блоком тот же список литературы (References) в романском алфавите для Scopus и других международных баз данных, повторяя в нем все источники литературы, независимо от того, имеются ли среди них иностранные. Если в списке есть ссылки на иностранные публикации, они полностью повторяются в списке, готовящемся в романском алфавите.

В романском алфавите для русскоязычных источников требуется следующая структура библиографической ссылки: автор(ы) (транслитерация), перевод названия книги или статьи на английский язык, название источника (транслитерация), выходные данные в цифровом формате, указание на язык статьи в скобках (in Russian).

Технология подготовки ссылок с использованием системы автоматической транслитерации и переводчика.

На сайте <http://www.translit.ru> можно бесплатно воспользоваться программой транслитерации русского текста в латиницу. Программа очень простая.

1. Входим в программу Translit.ru. В окошке «варианты» выбираем систему транслитерации BGN (Board of Geographic Names). Вставляем в специальное поле весь текст библиографии на русском языке и нажимаем кнопку «в транслит».
2. Копируем транслитерированный текст в готовящийся список References.
3. Переводим с помощью автоматического переводчика название книги, статьи, постановления и т.д. на английский язык, переносим его в готовящийся список. Перевод, безусловно, требует редактирования, поэтому данную часть необходимо готовить человеку, понимающему английский язык.
4. Объединяем описания в соответствии с принятыми правилами и редактируем список.
5. В конце ссылки в круглых скобках указывается (in Russian). Ссылка готова.

Примеры транслитерации русскоязычных источников литературы для англоязычного блока статьи

Книга: Avtor (y) Nazvanie knigi (znak tochka) [The title of the book in english] (znak tochka)

Mesto izdaniya (dvoetochie) Nazvanie izdatel'stva (znak tochka s zapyatoy) god izdaniya.

Preobrazhenskiy B. S., Temkin Ya. S., Likhachev A. G. Bolezni ukha, gorla i nosa. [Diseases of the ear, nose and throat]. M.: Meditsina; 1968. (in Russian).

Radzinskiy V. E., ed. Perioneologiya: uchebnoe posobie. [Perineology tutorial]. M.: RUDN; 2008. (in Russian).

Глава из книги: Avtor (y) Nazvanie glavy (znak tochka) [The title of the article in english] (znak tochka) In: Avtor (y) Nazvanie knigi (znak tochka) Mesto izdaniya (dvoetochie) Nazvanie izdatel'stva (znak tochka s zapyatoy) god izdaniya]. (dvoetochie) stranisi ot i do.

Korobkov G. A. Temp rechi. [Rate of speech]. In.: Sovremennye problemy fiziologii i patologii rechi: sb. tr. T. 23. M.; 1989: 107–11. (in Russian).

Статья из журнала: Avtor (y) Nazvanie stat'i (znak tochka) [The title of the article in english] (znak tochka) Nazvanie zhurnala (znak tochka) god izdaniya (znak tochka s zapyatoy) tom (esli est' v kruglykh skobkakh nomer zhurnala) zatem (znak dvoetochie) stranitsy ot i do.

Kiryushchenkov A. P., Sovchi M. G., Ivanova P. S. Polikistoznye yaichniki. [Polycystic ovary]. Akusherstvo i ginekologiya. 1994; N 1: 11–4. (in Russian).

Тезисы докладов, материалы научных конф.

Babiy A. I., Levashov M. M. Novyy algoritm nakhozheniya kul'minatsii eksperimental'nogo nistagma (minimetriya). [New algorithm of finding of the culmination experimental nystagmus (minimetriya)]. III s'ezd otorinolaringologov Resp. Belarus': tez. dokl. Minsk; 1992: 68–70. (in Russian).

Salov I. A., Marinushkin D. N. Akusherskaya taktika pri vnutriutrobnoy gibeli ploda. [Obstetric tactics in intrauterine fetal death]. In: Materialy IV Rossiyskogo foruma «Mat' i ditya». M.; 2000; ch.1:516–9. (in Russian).

Авторефераты

Petrov S. M. Vremya reaktsii i slukhovaya adaptatsiya v norme i pri perifericheskikh porazheniyakh slukha. [Time of reaction and acoustical adaptation in norm and at peripheral defeats of hearing]. PhD thesis. SPb.; 1993. (in Russian).

Описание Интернет-ресурса

Shcheglov I. Naskol'ko velika rol' mikroflory v biologii vida-khozyaina? [How great is the microflora role in type-owner biology?]. Zhivye sistemy: nauchnyy elektronnyy zhurnal. Available at: [http://www.biorf.ru/catalog.aspx?cat\\_id=396&d\\_no=3576](http://www.biorf.ru/catalog.aspx?cat_id=396&d_no=3576) (accessed 02.07.2012). (in Russian).

## **ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ПРАВИЛЬНОСТЬ БИБЛИОГРАФИЧЕСКИХ ДАННЫХ НЕСЕТ АВТОР.**

Остальные материалы предоставляются либо на русском, либо на английском языке, либо на обоих языках по желанию.

### **Структура основного текста статьи.**

Введение, изложение основного материала, заключение, литература. Для оригинальных исследований — введение, методика, результаты исследования, обсуждение результатов, литература.

В разделе «методика» обязательно указываются сведения о статистической обработке экспериментального или клинического материала. Единицы измерения даются в соответствии с Международной системой единиц — СИ. Фамилии иностранных авторов, цитируемые в тексте рукописи, приводятся в оригинальной транскрипции.

### **Объем рукописей.**

Объем рукописи обзора не должен превышать 25 стр. машинописного текста через два интервала, 12 кеглем (включая таблицы, список литературы, подписи к рисункам и резюме на английском языке), поля не менее 25 мм. Нумеруйте страницы последовательно, начиная с титульной. Объем рукописи статьи экспериментального характера не должен превышать 15 стр. машинописного текста; кратких сообщений (писем в редакцию) — 7 стр.; отчетов о конференциях — 3 стр.; рецензий на книги — 3 стр. Используйте колонтитул — сокращенный заголовок и нумерацию страниц, для помещения сверху или внизу всех страниц статьи.

Иллюстрации и таблицы. Число рисунков рекомендуется не более 5. В подписях под рисунками должны быть сделаны объяснения значений всех кривых, букв, цифр и прочих условных обозначений. Все графы в таблицах

должны иметь заголовки. Повторять одни и те же данные в тексте, на рисунках и в таблицах не следует. Рисунки, схемы, фотографии должны быть представлены в расчете на печать в черно-белом виде или уровнями серого в точечных форматах tif, bmp (300–600 dpi), или в векторных форматах pdf, ai, eps, cdr. При оформлении графических материалов укажите размеры печатного поля Журнала (ширина иллюстрации в одну колонку — 90 мм, в 2 — 180 мм). Масштаб 1:1.

## **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 по запросу от автора.

## **АДРЕС РЕДАКЦИИ**

194100, Санкт-Петербург, Литовская ул., 2  
e-mail: medorgspb@yandex.ru.

Сайт журнала: [http://www.gpmu.org/science/pediatrics-magazine/Medicine\\_organization](http://www.gpmu.org/science/pediatrics-magazine/Medicine_organization).



Национальный конгресс с международным участием

# Здоровые дети — будущее страны

**Уважаемые коллеги!**

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет проводит с **30 по 31 мая 2019 года** третий национальный конгресс с международным участием «Здоровые дети — будущее страны», который пройдет в Санкт-Петербурге на базе старейшего в мире вуза, специализирующегося на подготовке врачей-педиатров.

Ежегодно в конгрессе участвуют более 2000 врачей из более чем 15 стран и более 80 городов России. В рамках конгресса проводятся пленарные, секционные заседания по всем направлениям педиатрии, круглые столы и мастер-классы. Заседания в течение двух дней проходят одновременно в 14 залах. Заслушано более 200 научных докладов и лекций.

Мероприятие призвано объединить на одной информационно-коммуникационной площадке представителей органов государственной власти, образовательных, научных и медицинских организаций России, малого, среднего и крупного бизнеса, молодых ученых, ведущих российских и зарубежных экспертов в области медицины, фармацевтики и информационных технологий.

На конгрессе будут подробно рассмотрены различные вопросы педиатрии, перинатологии, неонатологии и других смежных специальностей.

## **В рамках конгресса:**

- Пройдет совещание главных внештатных специалистов неонатологов, детских хирургов и стоматологов.
- Симпозиумы по направлениям: педиатрия; неонатология; ревматология; гастроэнтерология; нефрология; инфекционные болезни; болезни органов дыхания; детская хирургия; акушерство и гинекология; анестезиология-реаниматология; урология; клин. психология; симуляционное обучение; лор-патология; туберкулез, ВИЧ инфекция; экспериментальная хирургия; дерматология; лучевая диагностика; телемедицина; реабилитация; сердечно-сосудистая хирургия; перинатальные проблемы болезней взрослых и др.
- Конференция патоморфологов: «Актуальные вопросы в клинко-морфологической диагностике заболеваний перинатального периода».
- Клинические разборы.
- Школы и мастер-классы по разным специальностям в рамках системы НМО с возможным получением кредитов.
- Выставка производителей современных лекарственных препаратов, медицинского оборудования, детского питания, витаминов; средств по уходу за детьми, а также специализированные издания и научная литература.

## **Место проведения конференции:**

Санкт-Петербург, ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, ул. Литовская 2

*Участие в конгрессе медицинских работников и публикация материалов конференции бесплатны*

В рамках Конгресса планируется выставка медицинского оборудования, а также продукции фармацевтических и нутриционных компаний.

Дополнительная информация представлена на сайте университета [www.gpmu.org](http://www.gpmu.org)

Для участия в научной программе конгресса в качестве докладчика просьба **до 25 марта 2019 года** отправить заявку в свободной форме на электронный адрес [lt2007@inbox.ru](mailto:lt2007@inbox.ru).



# Научно-практические журналы Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета



РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

## ВИЗУАЛИЗАЦИЯ В МЕДИЦИНЕ VISUALIZATION IN MEDICINE

**Главный редактор:** д. м. н., профессор **Геннадий Евгеньевич Труфанов**

В новом ежеквартальном научно-практическом журнале публикуются оригинальные клинические и экспериментальные исследования по лучевой диагностике различных заболеваний, статьи по эффективности рентгеноконтрастных и магнитно-резонансных контрастных средств, а также клинические наблюдения на основе сопоставлений морфологических и лучевых исследований, лекции по специфике применения лучевых исследований в клинической практике, обзоры литературы по новейшим достижениям в области диагностики заболеваний и особенностей диагностических методик и др. Журнал зарегистрирован в РИНЦ. Издание предназначено для врачей лучевой диагностики: рентгенологов, специалистов по компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии, врачей ультразвуковой диагностики, радиологов, а также врачей практически всех медицинских и медико-биологических специальностей, применяющих методы комплексной лучевой диагностики в своей ежедневной практике.

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

*Статьи просьба направлять по адресу:* [lt2007@inbox.ru](mailto:lt2007@inbox.ru)



РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

## RUSSIAN BIOMEDICAL RESEARCH РОССИЙСКИЕ БИОМЕДИЦИНСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

**Главный редактор:** д. м. н., профессор **Андрей Глебович Васильев**

Ежеквартальное научно-практическое издание для размещения публикаций, посвященных в основном медико-биологическим проблемам. Медико-биологический комплекс включает морфологические дисциплины (анатомия, гистология, цитология); функциональные — нормальную физиологию, биохимию, биофизику, иммунологию; экспериментальную дисциплину патофизиологию; патологическую анатомию; фармакологию, токсикологию и так далее. Наш журнал публикует обзорные, оригинальные, методические, исторические и прочие статьи, посвященные всем этим дисциплинам, на русском и английском языке. Журнал зарегистрирован в РИНЦ. Журнал предназначен для врачей и исследователей, а также студентов и аспирантов, интересующихся медико-биологическими вопросами.

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

*Статьи просьба направлять по адресу:* [lt2007@inbox.ru](mailto:lt2007@inbox.ru)