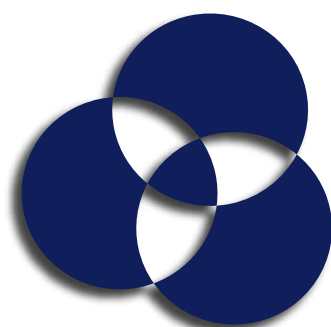


ISSN 1997-3278

УДК 616+614,2+004+316+37.013+159.9

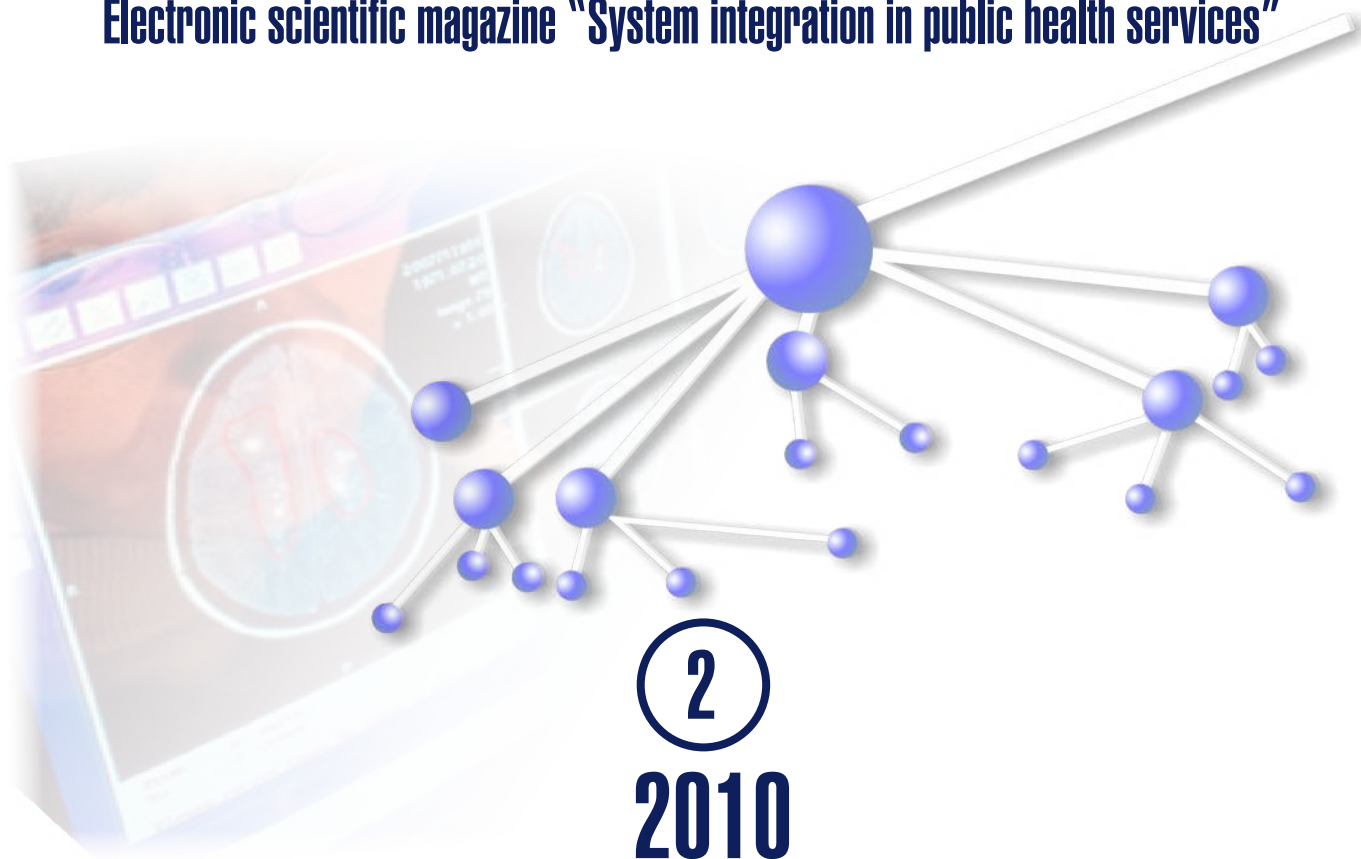
ББК 5+65.495+60.5+88+74

3 445



электронный научный журнал  
**СИСТЕМНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ  
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

Electronic scientific magazine "System integration in public health services"



**УЧРЕДИТЕЛЬ И ИЗДАТЕЛЬ**  
Государственное учреждение  
здравоохранения  
Свердловской области  
детская клиническая больница  
восстановительного лечения  
“Научно-практический центр  
“Бонум”

[www.bonum.info](http://www.bonum.info)

Государственное учреждение  
Научный центр здоровья детей  
Российской академии  
медицинских наук

Свердловский филиал

[www.nczd.ru](http://www.nczd.ru)

**АДРЕС РЕДАКЦИИ**

г. Екатеринбург,  
ул. Академика Бардина, 9а  
тел./факс (343) 2118861, 2403697  
Почтовый адрес: 620149,  
г. Екатеринбург, а/я 187

[redactor@sys-int.ru](mailto:redactor@sys-int.ru)  
[www.sys-int.ru](http://www.sys-int.ru)

Электронный научный журнал  
“Системная интеграция в  
здравоохранении”  
зарегистрирован Федеральной  
службой по надзору в сфере  
массовых коммуникаций, связи и  
охраны культурного наследия  
Российской Федерации  
Свидетельство Эл №ФС77-32479  
от 09 июня 2008 г.

ISSN 1997-3276

Редакция не несет  
ответственности за содержание  
рекламных материалов.

При использовании материалов  
ссылка на журнал “Системная  
интеграция в здравоохранении”  
обязательна.

© ГУЗ СО ДКБВЛ “НПЦ “Бонум”, 2009



электронный научный журнал  
**СИСТЕМНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ  
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

[WWW.SYS-INT.RU](http://WWW.SYS-INT.RU)

ЭЛЕКТРОННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ  
ЖУРНАЛ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ЭКОНОМИКИ И  
УПРАВЛЕНИЯ, ИНФОРМАЦИОННЫХ  
ТЕХНОЛОГИЙ, ПЕДАГОГИКИ, ПСИХОЛОГИИ И  
СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

**№ 2 (8) 2010**

**РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ**

Главный редактор С. И. БЛОХИНА  
Заместители главного редактора  
И. А. ПОГОСЯН, Т. Я. ТКАЧЕНКО  
Выпускающий редактор А. В. МУСИЕНКО  
Ответственный секретарь Е. В. ВЛАСОВА  
Продвижение журнала Д.А. НИКИФОРОВ

**РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ**

А. А. БАРАНОВ (Москва)  
В. А. ВИССАРИОНОВ (Москва)  
А. Г. БАИНДУРАШВИЛИ (Санкт-Петербург)  
В. Г. КЛИМИН (Екатеринбург)  
Б. А. КОБРИНСКИЙ (Москва)  
А. Б. БЛОХИН (Екатеринбург)  
О. П. КОВТУН (Екатеринбург)  
В. Л. СТОЛЯР (Москва)  
С. Л. ГОЛЬДШТЕЙН (Екатеринбург)  
А. В. СТАРШИНОВА (Екатеринбург)

## Глубокоуважаемые читатели!

Перед вами очередной номер журнала, и основная тематика клинического раздела в этом номере — проблемы детей с особыми потребностями в развитии, представленные в широчайшем диапазоне: атипичной внешности, сенсорной депривации, речевых расстройств, психического дизонтогенеза. Полноценная реабилитация таких пациентов возможна только как результат системного взаимодействия между специалистами разного профиля в учреждениях здравоохранения, образования, социальной безопасности.



В связи с существующей в нашей стране репродуктивной ситуацией тема социальной интеграции детей, имеющих тяжелые врожденные и приобретенные заболевания, нередко обуславливающие инвалидность, имеет особое звучание. И именно мы, медики, стоим в самом начале этого пути больного ребенка в трудный процесс реабилитации, от специалистов медицинского профиля он может получить от такой «запас прочности», с которым одновременно с нами будут работать педагоги, психологи, социальная служба. На нашем «запасе прочности» будут выстроены дошкольное воспитание, школьное и профессиональное образование, включение в трудовую деятельность, создание семьи, достижение иных социальных статусов нашими пациентами.

Смею надеяться, что материалы этого выпуска будут интересны широкому кругу специалистов, занятых медицинской и психолого-педагогической реабилитацией детей с особыми потребностями развития, их социальной адаптацией и интеграцией в открытое общество.



Д.м.н., профессор,  
анестезиолог-реаниматолог  
Елькин Игорь Олегович

### **ЕСТЕСТВЕННО-НАУЧНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Виссарионов В.А., Виссарионова И.В.  
МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ И СТАНДАРТЫ В КОСМЕТОЛОГИИ – МНЕНИЕ  
СПЕЦИАЛИСТОВ ..... 4

Альбицкий В.А., Модестов А.А., Бондарь В.И., Волков И.М., Косова С.А.  
К ВОПРОСУ О ИСПОЛЬЗОВАНИИ ДЕФИНИЦИЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПРИ  
ПРОВЕДЕНИИ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ..... 10

### **КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА**

Карякина И.А.  
ОСОБЕННОСТИ ОБЩЕКЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ СИНДРОМА ГОЛЬДЕНХАРА ..... 18

Степаненко Д.Г., Сагутдинова Э.Ш.  
О КЛАССИФИКАЦИЯХ НАРУШЕНИЙ РЕЧИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ..... 32

Альперина О.Н., Ковтун О.П.  
ОЦЕНКА НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И ФОРМИРОВАНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ  
НАВЫКОВ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ РЕТИНОПАТИЕЙ ..... 44

### **ЭКОНОМИКА И УПРАВЛЕНИЕ**

Альбицкий В.Ю., Модестов А.А., Бондарь В.И., Волков И.М., Косова С.А.  
НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ  
СТРАНЫ (ПРОГРАММА SOC/PEDIATRIA-2) ..... 53

Плаксина А.Н., Ковтун О.П.  
ИНТЕГРАЦИЯ ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКИХ СИСТЕМ В ОТРАСЛЬ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАК ИНСТРУМЕНТ ДЛЯ РЕШЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНЫХ  
ПРОБЛЕМ..... 72

### **ПСИХОЛОГИЯ, ПЕДАГОГИКА И СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА**

Константинова Е.Б.  
ОТНОШЕНИЕ ЖИТЕЛЕЙ ЕКАТЕРИНБУРГА К ПРОБЛЕМЕ ОТКАЗА ОТ  
НОВОРОЖДЕННЫХ ..... 79

## МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ И СТАНДАРТЫ В КОСМЕТОЛОГИИ – МНЕНИЕ СПЕЦИАЛИСТОВ

**Виссарионов В.А., Виссарионова И.В.**

*Открытое акционерное общество «Институт пластической хирургии и косметологии», г.  
Москва*

Отношение к внедрению медицинских технологий, стандартов в комплексное лечение в косметологии неоднозначно. Авторы раскрывают причину сложностей создания и использования медицинских технологий в данном направлении с учетом психических особенностей пациентов. Показан опыт работы согласования претензий пациентов, доказывается, что необходимо применять особый психологический подход в воспитании молодых специалистов для повышения удовлетворения пациента от оказанной медицинской услуги.

**Ключевые слова:** медицинские технологии, косметология, правовые основы, «человеческий фактор», медицинские технологии

### **Medical technology and standards in cosmetology-experts' opinion**

Vissarionov V.A., Vissarionova I.V.

*Institute of plastic surgery and cosmetology, Moscow*

Attitudes towards the introduction of medical technologies, standards in the complex treatment in cosmetology is ambiguous. The authors reveal the cause of the complexities of creation and uses of medical technology in this direction taking into account the characteristics of mental patients. Show experience in harmonizing the claims of patients, it is proved that it is necessary to use special psychological approach to the education of young professionals to improve patient satisfaction from medical services rendered.

**Keywords:** medical technology, cosmetology, legal framework, the "human factor", medical technology

В последние годы в связи с возникновением правовых неурядиц, обусловленных обращением пациентов с жалобами на некачественное лечение, особую значимость приобретают такие понятия, как медицинские технологии и стандарты в здравоохранении. Широкое обсуждение этих понятий в средствах массовой информации показало отсутствие единого мнения об их значимости, а порой и целесообразности для развития различных направлений медицинской деятельности. Их рассмотрение чрезвычайно

актуально для косметологии как особого, специфического вида медицинских услуг, обусловленных, прежде всего, отсроченным и медленным появлением эстетического эффекта. Для качественного оказания косметологической помощи первостепенное значение имеют качество работы врача, применение высокоэффективных косметических средств и технических устройств, способных оказывать положительный эффект на нарушенные физиологические и биохимические процессы в коже,

обусловленные разнообразными, в том числе экологическими факторами. Качество работы самого врача определяется его знаниями и мануальными навыками, приобретаемыми в процессе реализации медицинской услуги, анализа её эффекта в ближайшие и отдаленные сроки наблюдений.

Вот здесь как раз и возникает необходимость обсуждения: где целесообразно говорить о медицинских технологиях, а где – о стандартах. Каждое из этих понятий имеет определенное содержание, направленное на обобщение и юридически обоснованное утверждение вида действий, направленных на оптимизацию общественных отношений. Естественно, что эта дискуссия может быть достаточно пространной с учетом убедительности мнений каждого специалиста. Никто, однако, не будет отрицать, что понятия о стандартах и технологиях имеют непосредственное отношение к качеству оказываемых медицинских услуг. Его характеристики чрезвычайно многообразны и изменчивы с учетом потребностей человека на данный период времени, его понимания значимости каждой составляющей качества. Эксперты выделяют несколько базовых характеристик качества:

1. профессиональная компетентность;

2. доступность;
3. результативность;
4. межличностные взаимоотношения;
5. эффективность;
6. безопасность;
7. удобство.

Изменчивость понятия удобства, комфорта для пребывания пациента в условиях стационара можно охарактеризовать на одном банальном примере. Так, при формировании палаты повышенной комфортности возникли разногласия по вопросу установки в ней телефона. Для обеспечения комфорта размещения в палате это «плюс», но для обеспечения комфорта оперированному пациенту, которому требуется охранительный режим в раннем послеоперационном периоде, это «минус». Через 3 года система мобильной связи стала доступной для каждого человека, в связи с чем вопрос о телефонизации палаты разрешился самопроизвольно.

Среди показателей качества, имеющих двойной смысл, включающий характеристики самого качества и фактор влияния на качество, основополагающим является характер взаимоотношений между пациентом и медицинским работником. Доверительные межличностные отношения составляют психологическую основу услуги специалиста эстетической медицины, они чрезвычайно изменчивы и

порой непредсказуемы. Состояние психологической напряженности наблюдается у всех пациентов, идущих на инвазивные процедуры, и чем больше их производится, особенно пластических операций, тем меньше резерва для взаимопонимания остается как у врача, так и пациента. К сожалению, немалую долю составляют пациенты, стремящиеся постоянно проводить какие-либо процедуры для улучшения собственной внешности. Однако ожидания потребителя медицинской услуги зачастую завышены (С.А. Смирнов, 2005), что также согласуется с мнением одного из основоположников гуманистической психологии А.Г. Маслоу (2004): «Человек – существо желающее. Человек крайне редко бывает полностью удовлетворен, а если и бывает, то очень недолго. Стоит ему удовлетворить одно желание, на его месте тут же возникает другое, затем третье, четвертое, и так до бесконечности». Для получения видимого результата косметологических услуг необходимо время, поскольку они имеют важнейшее отличительное свойство: отсроченное и медленное проявление эстетического эффекта. Не меньше проблем может возникать в связи с этим и у пластического хирурга, поскольку после любого хирургического вмешательства необходимо преодолеть естественные сложности послеоперационного восстановительного

периода, в том числе психологической адаптации к изменениям внешности.

В 2002 в ФГУП «Институт пластической хирургии и косметологии» МЗ РФ (ныне ОАО «Институт пластической хирургии и косметологии») был создан отдел перспективных технологий, основной задачей которого была разработка системы качества медицинских услуг в области косметологии и пластической хирургии. С течением времени и в соответствии с приказами Минздравсоцразвития в институте были разработаны и утверждены основные технологии, используемые клиническими подразделениями. Ряд из них трудно было считать новыми, однако Росздравнадзор при контролирующих проверках требовал утверждения технологий независимо от того, когда и кем они были предложены (в том числе начиная с 70-80-х годов, описанных в многочисленных источниках литературы). Во избежание конфликтных ситуаций нами была выполнена большая работа. Остается надеяться, что технологии будут действенным средством защиты в случаях необходимости. А от этого никто не застрахован, поскольку своеобразный потребительский экстремизм, необоснованные претензии пациентов уже не являются редкостью (Л.В. Некрасова-Штайн, О.М. Бурылина, 2008). Повышение качества медицинских услуг, в том числе в косметологии,

становится во главу экспертной оценки работы врача, оценки соответствия внедряемой технологии рекомендациям ее разработчиков (В.И. Стародубов, Ю.Ю. Сухов, А.В. Тихомиров, 2005; В.А. Виссарионов, 2007; О.М. Бурлыгина, 2008). Несмотря на различное отношение врачей к самой необходимости утверждения медицинских технологий, мы считаем, что это требование является одним из факторов, способствующих упорядочиванию самого процесса медицинской деятельности. Здесь обычно представляется обоснование технологии, сам механизм осуществления того или иного воздействия, его эффективность. При использовании медикаментов указываются регистрационные документы к их применению. Тем самым предопределяется понятие безопасности технологии (С. Тимербаева, 2008), хотя об абсолютной безопасности говорить невозможно, поскольку врач всегда имеет дело с биологическим объектом, поведение которого трудно порой предсказать ввиду изменяющихся условий, наличия аллергии, сопутствующих заболеваний.

Стандарты представляют собой совокупность всех технологических звеньев, определяющих программу лечения больных с конкретными заболеваниями. Они включают диагностические, лечебные и реабилитационные мероприятия от момента первичного обращения до

завершения реабилитационного процесса. Здесь преобладающее значение имеют экономические расчеты, описание структуры и механизма реализации, поэтому стандарты больше необходимы для страховых компаний, оценки финансовой составляющей здравоохранения. Именно поэтому относительно целесообразности разработки стандартов нет единого мнения. Так Д.С. Мирсаяфов (2009) считает, что применение стандартов качества в здравоохранении вряд ли оправдано, поскольку количество нозологий огромно, не всегда оказывается адекватной эффективностью проводимых лечебных мероприятий в силу индивидуальных особенностей организма, а схемы лечения больных могут изменяться с появлением новых препаратов. Нельзя не согласиться с этим мнением, особенно применительно к косметологии. Во-первых, зачастую здесь речь идет не о заболевании, а о профилактических мероприятиях, в частности, при клинических проявлениях старения. Во-вторых, внешний вид человека в значительной мере определяется состоянием его здоровья, генетическими предпосылками. В-третьих, ответные реакции на вводимые в ткани препараты, физиовоздействие, индивидуальны, следовательно, индивидуально будет проявляться и трудно прогнозируемый эффект «омоложения» кожи, изменения конфигурации лица или



отдельных участков тела. А уж что касается определения стоимости «стандартных» косметологических процедур, то здесь вообще говорить нет смысла, поскольку различия могут составлять большие величины, зависящие зачастую не от стоимости препаратов и работы персонала, а от стоимости арендной платы за пользование помещениями.

Что касается таких стандартов, как образовательный, регламент, включающий медицинскую технологию, инструкции и рекомендации ведущих медицинских специалистов и учреждений, а также сервис – стандарты, то они, безусловно, имеют большую перспективу в эстетической медицине. В последнее время им уделяется особое внимание.

В связи с утверждением специальностей «Пластическая хирургия» и «Косметология» перед главными специалистами Минздравсоцразвития и различными медицинскими сообществами стоит большая задача по разработке образовательных стандартов, что имеет важнейшее значение для подготовки высококвалифицированных кадров. Завершением освоения программы усовершенствования или переподготовки специалиста должна быть объективная оценка его истинных знаний и умений. По каждой специальности должны быть определены объемы необходимых знаний

и практических навыков для внедрения современных технологий в лечебно-диагностический и реабилитационный процесс. Эти положения никогда не снимались с повестки дня, поскольку касались одной из самых главных составляющих, обеспечивающих высокое качество медицинских услуг – образовательного процесса (В.И. Рыков, К.И. Трухманова, 2004).

Но, несмотря на наличие уже утверждаемых и утвержденных стандартов, повышение требований контролирующих органов к качественным показателям функционирования лечебных учреждений, все же основополагающим во всех сферах деятельности остается «человеческий фактор». И никакая система управления качеством не способна противостоять разрушительному действию непрофессионализма, безответственности и стяжательства (И.С. Мыльникова, 2010). Как известно, профессионализм врача зависит от многих факторов – как от развития самой системы подготовки кадров, содержания обучающих программ, так и от того, как врач их воспринимает, стремится познать новое. Естественно, что среди пациентов понимание профессионализма несколько изменяется, и в числе первоочередных качеств нередко указывается умение врача наладить психологический контакт с пациентом. Не менее важными нам представляются и

негативные тенденции в самой профессиональной сфере, где самореклама подчас не соответствует действительности. Именно поэтому одной из насущных современных проблем становится совершенствование психологической

составляющей в воспитании молодых кадров, их формирование на основе опыта и знаний старшего поколения.

#### Список литературы

1. Подготовка и закрепление высококвалифицированных кадров в здравоохранении – важная составляющая комплексной системы обеспечения доступности и качества медицинской помощи. – Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи, 2009, № 5 (41), с. 3-7.
2. Смирнов С.А. - Пропедевтика психологии понятия услуги - Главный врач: хозяйство и право. 2005, № 5, с. 35-45.
3. Абрахам Г. Маслоу. - Мотивация и личность - СПб, Евразия, 2004, с. 65.
4. Некрасова-Штайн Л.В., Бурлыгина О.М. Право на инъекцию. - «Les Nouvelles Esthetiques». 2008, №1, с.35-40.
5. Бурлыгина О.М. Качество и право в деятельности врача - дерматокосметолога. Русский медицинский журнал, 2008, №23(333),с. 1581-1583.
6. Стародубов В.И., Сухов Ю.Ю., Тихомиров А.В. - Организующая роль договора о возмездном оказании медицинских услуг в совершенствовании управления здравоохранением. - Главный врач: хозяйство и право. 2005, № 5, с. 17-27.
7. Виссарионов В.А. Эстетическая медицина: истоки, проблемы и пути
8. их решения // Финансовый эксперт. 2007; 1 (18): 7-17.
9. Виссарионов В.А. Концепция развития косметологической службы// Актуальные вопросы пластической, эстетической хирургии и дермато- косметологии. - М., 2007. - С. 7-9.
10. Мирсаяфов Д. С. Какие стандарты нам нужны? – Главный врач: хозяйство и право. 2009, № 6, с.19-21.
11. Тимербаева С. Ботулотоксин типа А - от яда к совершенству - Эстетическая медицина, 2008.- т.7.- № 2.- с. 193-201.
12. Рыков В.И., Трухманова К.И. Преподавание основ хирургической и терапевтической косметологии в системе последипломного медицинского образования. – Акт .вопросы пластической, эстетической хирургии и дерматокосметологии, 2004, с. 23-25.
13. Мильникова И.С. Качество медицинской помощи и «человеческий фактор». – Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи. 2010, № 3(51), с. 7-9.

---

Виссарионов Владимир Алексеевич, генеральный директор ОАО «Институт пластической хирургии и косметологии» д.м.н., профессор, Заслуженный врач РФ, тел. (499) 267-90-41, факс (499) 261-21-92, e-mail: iphk@iphk.ru

## К ВОПРОСУ О ИСПОЛЬЗОВАНИИ ДЕФИНИЦИЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

**Альбицкий В.А., Модестов А.А., Бондарь В.И., Волков И.М., Косова С.А.**

*Учреждение РАМН "Научный центр здоровья детей РАМН"*

В статье представлена эволюция дефиниции «заболеваемость». Дается историческая справка об изучении заболеваемости населения в России и современное состояние. Авторами анализируются недостатки традиционных форм учета заболеваемости детского населения и возможности новых информационных технологий, которые позволяют перейти от анализа по обращаемости к полицейской статистике, что дает возможность распределить детское население по возрасту, полу, характеру и тяжести заболеваний, стоимости той или иной патологии в конкретной возрастной группе.

**Ключевые слова:** заболеваемость, методология исследования, статистическая отчетность, информационные ресурсы.

### TO THE ISSUE ON THE USE OF DEFINITIONS OF MORBIDITY WHEN CARRYING OUT SCIENTIFIC RESEARCH

*Albitsky V.Y., Modestov A.A., Bondar V.I., Volkov I.M., Kosova S.A.*

*Scientific Centre of Child Healthcare, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow*

The present article tells about evolution of the definition of “morbidity”. It gives both a historical background and a present day status of morbidity of population in Russia. The authors of this article examine disadvantages of traditional study methods in respect of registration of child morbidity. They analyse possible ways of the use of new information technologies, which allow specialists to switch from the analysis of the number addressed sick children to the individual statistics. The latter makes it possible to divide child population regarding age, sex, nature and gravity of morbidity, the cost of abnormality in a certain age-group.

**Keywords:** morbidity, research methodology, statistical reporting, information resources.

Ценность статистики заболеваемости заключается в возможности использования ее для прогнозирования изменений в состоянии здоровья населения, которые являются основой расчета потребности в медицинских службах и заболеваний, предотвратимых усилиями системы здравоохранения. Изучение заболеваемости - трудоемкий и многоаспектный процесс, который предполагает наличие: понятийного аппарата; методического обеспечения; информационных ресурсов.

Понятийный аппарат заболеваемости значительно сложнее, чем, например дефиниция смертности, уже потому, что болезнь явление динамичное, в том числе, порой не препятствующее выполнению человеком деятельности, адекватной возрасту и нервно-психическому развитию. Именно поэтому существует значительное число определений понятия «заболеваемость» и дискуссия по этому предмету, в том числе и на международном уровне, продолжается [1, 2, 4].

Отсутствие единого определения термина отражает сложность самого феномена заболеваемости. В целях сопоставимости результатов научных исследований существует потребность в стандартизации терминологического аппарата.

Начало систематическому изучению заболеваемости в ряде европейских стран было положено в середине 19-го века с регистрации заразных болезней. Однако, первая программа изучения общей заболеваемости населения и бланк для ее регистрации были предложены в 1873 г. профессором Казанского университета и председателем Казанского общества врачей А.В. Петровым четвертому съезду русских естествоиспытателей и врачей и явились предпосылкой дальнейшего развития статистики общей заболеваемости [2].

Принципы и методика изучения заболеваемости населения по данным обращаемости разработаны в России земскими санитарными врачами. В 1876 г. на Будапештском статистическом международном конгрессе была принята программа сбора сведений о болезненности, увечьи и смертности, введенная обществом русских врачей в Москве. На VI съезде Русских естествоиспытателей и врачей в С.-Петербурге в 1879 г. отмечалось отсутствие единой методики и наличие сбора соответствующей информации на регулярной основе в ряде

крупных городов Империи [3]. Изучению заболеваемости в России уделялось определенное внимание. Так, один из основателей статистики общей заболеваемости Е.А. Осипов [8] писал, что «рациональной врачебной помощью следует почитать ту, которая не только оказывается врачами, но и неизменно сопровождается правильной регистрацией наблюдаемых больных и, следовательно, служит целям общественной медицины». Материалы земских санитарных врачей по заболеваемости и по сей день представляют большой интерес для исследователей.

Земскими санитарными врачами Е.А. Осиповым, П.И. Куркиным, С.М. Богословским и др. был введен термин «общая заболеваемость» по обращаемости. В дальнейшем эта дефиниция была разграничена ими же на понятия: заболеваемость, болезненность и патологическая пораженность [4].

Под «заболеваемостью» понимались заболевания, впервые зарегистрированные в течение определенного периода (года). Понятие «болезненности населения» в земской статистике включало все заболевания, обнаруженные и зарегистрированные врачом у конкретного больного в данном календарном году, независимо от времени их возникновения и первоначального диагностирования. Под «патологической

пораженностью» понималась всякая патология, в том числе и выявленная врачом при профилактических осмотрах. Демонстрация материалов русской статистики 3. на Международной гигиенической выставке в Дрездене (1911) способствовала признанию ее приоритета и преимущества, о чем заявляли в статьях и выступлениях видные зарубежные авторитеты в области санитарной и демографической статистики (Ф. Принцинг, Е. Ресде и др.[9].

После Октябрьской революции вплоть до Великой Отечественной войны, на некоторых территориях страны продолжались исследования общей заболеваемости населения, в основу которых была положена земская методика регистрации заболеваний. При этом под заболеваемостью понимались все первичные обращения в данном календарном году, независимо от времени первого диагностирования заболевания [4].

В СССР заболеваемость была главной составной частью характеристики состояния здоровья населения и служила основным критерием для оценки работы медицинских учреждений и органов здравоохранения. Вот как характеризует этот термин М.Мазур [9]: «заболеваемость — статистические данные о числе и характере заболеваний населения в целом или отдельных его групп: возрастно-половых, территориал-

ных, профессиональных и т. д.». Далее автор пишет, что наряду с термином заболеваемость существует понятие «болезненность». Различие между ними таково: «заболеваемость» определяет сведения о впервые выявленных случаях заболеваний, «болезненность» — о всех случаях заболеваний, как впервые выявленных, так и выявленных в предшествующие годы. В практике понятие «болезненность» применяется редко. Обычно для обоих определений пользуются единым термином - заболеваемость с соответствующими пояснениями. Как мы видим, М.Мазур [9] трактует понятие «болезненность» с позиций классиков земской медицинской статистики.

Спустя 20 лет Г.Ф.Церковный, Б.Н.Казаков, А.Е. Шахгельдянец, Л.Е.Поляков [10] дали следующее определение: «заболеваемость — показатель распространения болезней, выявленных и зарегистрированных в течение года среди населения в целом или в отдельных группах (возрастных, половых, территориальных, профессиональных и др.), исчисляемый на определенное количество населения (100, 1000, 10 000, 100 000 жителей)». Причем, авторы обращают внимание на то, что в советской санитарной статистике понятия «распространенность» заболеваний, «болезненность»

употребляются для обозначения сведений о совокупности всех имевшихся среди населения заболеваний, как впервые выявленных в данном году, так и длительно протекающих, выявленных в предыдущие годы, с которыми больные снова обратились в данном году.

Еще спустя 30 лет Н.В. Полунина [11] предложила следующую дефиницию: «Заболеваемость, показатель распространения болезней, совокупность новых, ранее не учтенных и впервые выявленных в данном году заболеваний (в расчёте на 1000 чел.)». Наряду с заболеваемостью автор выделяет такое понятие, как «распространённость заболеваний» (болезненность), которое включают в себя сведения, как о впервые выявленных заболеваниях в данном году, так и за предшествующие.

Таким образом, в течение последнего пятидесятилетия (1959- 2008 гг.) в энциклопедических словарях [9; 10; 11] было дано три дефиниции заболеваемости, которые включают единообразную трактовку понятия «заболеваемость» и уточняют его за счет термина «распространённость», синонимом которого является «болезненность».

Дефиниции заболеваемости не исчерпываются данными энциклопедических словарей. В 80-е годы прошлого столетия

появилось три дефиниции заболеваемости [4]:

-первичная заболеваемость, которая предусматривает частоту вновь выявленных заболеваний в течение одного календарного года;

-общая заболеваемость, под которой понимается распространённость или частота всех болезней (острых и хронических), выявленных ранее и в исследуемом периоде (один год);

-частота заболеваний, выявленных при осмотрах (контингент больных на определенную дату).

Крупный вклад в изучение заболеваемости в 60-е годы прошлого столетия внес И.Д. Богатырев [6], который предложил методику исследования общей заболеваемости комплексные медицинские осмотры населения.

Одновременно А.А. Роменский [5] ввел термин «общая накопленная заболеваемость», которая рассчитывается по материалам обращаемости за три года.

Наиболее полно в содержательном плане основные понятия заболеваемости населения приведены в монографии В.А. Медика (2003), который ввел в понятийный аппарат термин «исчерпанная» (истинная заболеваемость). Данное понятие включает общую заболеваемость по обращаемости, дополненную случаями заболеваний, выявленных при медицин-

ских осмотрах и данными по причинам смерти.

Означает ли вышеизложенное, что в России в изучение заболеваемости идет путем, отличающимся от рекомендаций ВОЗ?

Учитывая, что термины «заболеваемость» и «распространенность» (болезненность) в силу широкого их семантического значения не всегда употребляются правильно, в санитарной статистике было решено применять термины, определяющие существо вопроса, рекомендованные 5-м Комитетом экспертов ВОЗ в 1956 г., и имеющие однозначное значение на английском языке:

-incidence — вновь выявленные заболевания;

-prevalence — все заболевания, зарегистрированные у населения;

-point prevalence — на определенную дату;

- period prevalence — за определенный период времени).

6-й Комитет экспертов ВОЗ по санитарной статистике отметил, что заболеваемость может быть измерена тремя показателями: числом больных, числом заболеваний (эпизодов или приступов болезни) и продолжительностью этих заболеваний (в днях, неделях и т. д.).

10-й Комитет рассмотрел вопросы применения выборочного метода при проведении исследований заболеваемости, а 11-й оценил возможности применения эпидемиологических методов в изучении хронических заболеваний. Международная классификация болезней, начиная с 6-го пересмотра (1948) стала предназначаться и для изучения заболеваемости.

В нижеследующей таблице мы представляем основные определения заболеваемости, приведенные Т.Х. Тульчинским и Е.А. Варавиковой (Табл. 1)[12].

Таблица 1 - Основные определения заболеваемости

Содержание показателя	Термин земской статистики	Современный термин	Термин, рекомендованный ВОЗ
Впервые диагностированные заболевания в течение определенного периода (год)	Заболеваемость	Частота вновь выявленных заболеваний. Первичная заболеваемость	Incidence
Все заболевания населения, имевшие место за определенный период (год) (острые, хронические, новые и известные ранее)	Болезненность	Распространенность или частота болезни (ей). Общая заболеваемость	Prevalence
Заболевания, которые зарегистрированы у населения на определенную дату	Патологическая пораженность	Частота болезней, выявленных при осмотре (контингент больных на определенную дату)	Point prevalence

Еще 40 лет назад [13] ВОЗ отмечала, что «весьма затруднительно получить статистические данные от врачей общей практики, особенно в странах, где частная практика широко распространена. В СССР практически не было частной практики, поэтому в государственном секторе здравоохранения происходил полный учет заболеваемости. Следует отметить, что отсутствие в течение последних лет объективной статистической отчетности от частных медицинских организаций в определенной степени отражается на данных государственной статистики.

В настоящее время учреждения и органы здравоохранения при расчете статистических показателей здоровья населения пользуются методическими рекомендациями [14] в которых имеются следующие дефиниции заболеваемости:

**-первичная заболеваемость по обращаемости;**

-общая заболеваемость по обращаемости (распространенность, болезненность);

-накопленная заболеваемость по обращаемости;

-исчерпанная (истинная заболеваемость);

-патологическая пораженность.

Следует сделать акцент на том, что изучение заболеваемости детского населения имеет определенные особенности. Основная форма отчетности (ф. № 12 – заполняется по базе данных Страховых

медицинских организаций) ориентирована только на 2 возрастные группы: 0-14 и 15-17 лет и дополнительными источником информации являются материалы специальных выборочных исследований, включающие выкопировку сведений о ребенке из первичной учетной медицинской документации, данные медицинских осмотров и специальных опросов.

Появление новых информационных ресурсов позволяют получать более расширенный объем информации Т.М. Максимова [7]. Автор предложила включить для изучения заболеваемости населения формирование выборки из состава застрахованного взрослого населения, используя при этом электронную базу страховых медицинских организаций.

Организация и проведение научных исследований требуют неустанного поиска новых подходов работы с базами данных, а получаемые результаты не всегда укладываются в рамки ранее обозначенной терминологии, которая требует уточнения при расчетах показателей заболеваемости на одно лицо.

Так, широкомасштабное изучение заболеваемости детского населения России, проводимое отделом социальной педиатрии НЦЗД РАМН, опирается на использование электронных баз данных амбулаторно-поликлинических учреждений с помощью специально разработанной



программы (Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ №2009615039 от 15.09.2009 г.).

С учетом цели и задач исследования нами использовался нижеследующий понятийный аппарат заболеваемости, включающий некоторые уточнения и добавления к ранее используемым терминам (выделено нами).

Первичная заболеваемость по обращаемости – совокупность новых, нигде ранее не учтенных и впервые в данном году зарегистрированных случаев заболеваний детского населения обратившегося за медицинской помощью. Показатель рассчитывается не на приписное население, а на всех детей, обратившихся за помощью. Учету подлежат все острые и впервые в жизни установленные хронические заболевания (рецидивы хронической патологии, возникающие в течение года, не учитываются).

Общая заболеваемость по обращаемости – совокупность впервые зарегистрированных в данном году случаев острых и хронических заболеваний и хронической патологии, выявленной в предыдущие годы, на основе сведений, полученных из электронной базы данных детской поликлиники.

Накопленная заболеваемость по обращаемости - понимаются все случаи первичных заболеваний (острых и

хронических), выявленных за последние три года на одно лицо.

Исчерпанная заболеваемость включает накопленную заболеваемость по обращаемости, выявленную за последние три года на одно лицо с учетом результатов медицинских осмотров выборочного контингента детей, отражающего все признаки генеральной совокупности.

В методическом отношении впервые появилась возможность при изучении заболеваемости сплошным методом перейти от анализа обращаемости к полицейской статистике, что позволяет распределить детское население по возрасту и полу, характеру и тяжести заболеваний, реальной стоимости той или иной патологии в конкретной возрастной группе, сезонность обращений и. т.д. В содержательном плане сплошной анализ случаев обращений за медицинской помощью за несколько лет открывает возможность оценить нижний порог истинной заболеваемости (в нашей интерпретации этого термина), поскольку в поле зрения попадают пациенты, редко обращающиеся за медицинской помощью в случае болезни.

Таким образом, изучение заболеваемости по данным обращаемости и углубленным медицинским осмотрам детского населения позволяет получить сведения об исчерпанной заболеваемости в различных регионах страны с использо-

ванием единого методического аппарата.

Список литературы

1. Медик В.А. Заболеваемость населения: история, современное состояние и методология изучения. М.: Медицина, 2003. 512 с.
2. Мерков А.М. Методические проблемы выборочного исследования общей заболеваемости. (Ротопринт и-та им. Н.А. Семашко). М., 1962. 55 с.
3. Садвокасова Е.А. Статистика общей заболеваемости // Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения / Под. ред. Н.А.Виноградова. - М., 1974. Т. 1, с. 197.
4. Случанко И.С., Церковный Г.Ф. Статистическая информация в управлении учреждениями здравоохранения. - М.: Медицина, 1983. С. 66.
5. Роменский А.А. Основные показатели состояния здоровья населения и пути дальнейшего совершенствования комплексной методики их получения. Дисс.на соиск. уч. степ. докт. мед. наук. М., 1977.
6. Богатырев И.Д. Заболеваемость городского населения и нормативы лечебно-профилактической помощи. - М.: Медицина, 1967, 487 с.
7. Максимова Т.М. Современное состояние, тенденции и перспективные оценки здоровья населения. - М.: ПЕРСЕ, 2002.
8. Осипов Е.А. Статистика болезненности населения Московской губернии за 1878-1882 гг. М.: 1890. С.29.
9. Мазур. М. Заболеваемость // БМЭ. - М.: "Большая Советская энциклопедия", 1959. Т.10, с. 514-526.
10. Церковный Г.Ф., Казаков Б.Н., Шахгельдянец А.Е., Поляков Л.Е. Заболеваемость. // БМЭ. - М.: "Советская энциклопедия" 1978, Т.8 С.268-273.
11. Полунина Н. В. Заболеваемость // БРЭ. - М.: Научное издательство "Большая Российская энциклопедия", 2008, т. 10, с. 148-149.
12. Тульчинский Т.Х., Варавикова Е.А. Новое общественное здравоохранение. Введение в современную науку. - Иерусалим, 1999. С.189.
13. Статистика заболеваемости. 12-й отчет Комитета экспертов по санитарной статистике. ВОЗ // Серия технических докладов №389. – Женева, 1970. 36 с.
14. Методические рекомендации по расчету статистических показателей здоровья населения и деятельности организаций здравоохранения. – М.: Министерство здравоохранения и социального развития РФ, 2005.

---

Альбицкий Валерий Юрьевич - д.м.н., проф., зав. отделением социальной педиатрии Учреждения РАМН "Научный центр здоровья детей РАМН", тел.: 8(495) 967-14-19, e-mail: albicky@nczd.ru

## ОСОБЕННОСТИ ОБЩЕКЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ СИНДРОМА ГОЛЬДЕНХАРА

**Карякина И.А.**

*Открытое акционерное общество «Институт пластической хирургии и косметологии», г. Москва*

Представлено описание восьми случаев синдрома Гольденхара. Из них пять случаев являются типичными: одностороннее поражение лица, гипоплазия мышц лица и костей лицевого скелета, макростомия, открытый прикус, арковидное небо, расщелина верхней губы и нёба. Колобомы верхнего века, птоз, микрофтальм, косоглазие. Деформации ушных раковин, аномалии среднего уха, глухота. Порок развития шейного отдела позвоночника и мочевыводящих путей. Один случай с множественными аномалиями лица, позвоночника представлен более выраженным клиническим проявлением синдрома. В двух случаях описано нетипичное проявление синдрома: с двусторонним поражением ушных раковин и выраженными изменениями среднего и внутреннего уха при одностороннем поражении лица, включая расщелину верхней губы и неба.

**Ключевые слова:** синдром Гольденхара, врожденные пороки лицевого скелета, гипоплазия лица, врожденная деформация ушных раковин

### Features general clinical Goldenhar` syndrome

*Karyakina I.A.*

*Institute of plastic surgery and cosmetology, Moscow*

The description of the eight cases Goldenhar`s syndrome. Of these five cases are typical: hemilesion face hypoplasia, facial muscles and facial bones, makrostomiya, open bite, arkovidnoe sky, cleft lip and palate. Colobomas of the upper eyelid, ptosis, microphthalmia, strabismus. Deformations of the ears, middle ear abnormalities, deafness. Malformation of the cervical spine and urinary tract. One case with multiple anomalies of face, spine shows a more pronounced clinical symptoms of the syndrome. In two cases, described an atypical syndrome: a bilateral lesion of ears and pronounced changes in the middle and inner ear in unilateral lesion of the person, including cleft lip and palate.

**Keywords:** Goldenhar`s syndrome, congenital facial skeleton, hypoplasia of face, congenital deformity of ears

В 1952 году Гольденхар (Goldenhar M., 1952) описал три случая дисплазии глаз и ушей с двумя характерными аномалиями: 1) эпibuльбарным дермоидом — беловатой врожденной доброкачественной опухолью, локализованной в нижнем височном квадранте одного или обоих глаз; 2) преаурикулярными отростками —

мягкотканными или хрящевыми отвислыми выростами на линии, соединяющей козелок (tragus) и угол рта. Эти аномалии сопровождалась колобомой в срединной части века, микрофтальмией, аплазией или гипоплазией слухового прохода, преаурикулярной фистулой и макростомией.

Подобные пять случаев описали Hoffmann и Velissaropoulos (1953). У первых двух пациентов были отмечены только кожные выросты (dermoidum), а в трех случаях аномалия сопровождалась значительной дисплазией лица, напоминавшей челюстно-лицевой дизостоз.

Gorlin R. J. et al (1963) доложили о своих наблюдениях под общим названием «окуло-аурикуло-вертебральная дисплазия», отметив значительное разнообразие отклонений от нормы в позвоночнике: hemivertebrale, occipitalisatio atlantis, spina bifida occulta и др. С того времени синдром Гольденхара был дополнительно определен как дисплазия глаз, ушей и позвоночника в клиническом атласе врожденных аномалий лица (Aita J.A., 1969) и в списке глазных синдромов (Geeracts W.J, 1869).

Несмотря на то, что этот синдром достаточно изучен, чтобы рассматриваться вполне определенной клинической единицей, он представляет собой одно из звеньев длинной цепи дисплазий лица, а диагноз может проявляться наличием нетипичных или переходных форм (Christiaens L., 1966, Gupta J.S., 1968, Яворска М., 1974, Cohen M.M. Jr, 1989, Peterson-Falzone S., 1996).

С 2001 по 2010гг. под нашим наблюдением находились 8 пациентов с синдромом Гольденхара в возрасте от 7 до 26 лет. Кроме общего клинического обследования

всем проведено аудиологическое обследование и компьютерная томография височных костей.

Описание клинических примеров

Пример 1. Больная С-а, 7 лет, поступила 05.05.2007 года в хирургическое отделение с жалобами на эстетический дефект левой ушной раковины и снижение слуха с двух сторон.

До обращения в институт нигде не лечилась. При обследовании со стороны внутренних органов отмечена врожденная деформация левой почки и мочеточника. Анализ крови и мочи в пределах нормы.

Местно: отмечается асимметрия лица за счет гипоплазии мягких тканей и костей лицевого скелета справа, низкого расположения орбиты и глазного яблока справа с птозом верхнего века I степени. Наружное ухо справа без видимых патологических изменений, за исключением кожно-хрящевого довеска перед козелком.

Ушная раковина слева представлена свернутым кожно-хрящевым валиком с хорошо выраженной мочкой. Узнаваемы только некоторые элементы ушной раковины. Форма и размеры ушной раковины резко изменены.

Граница волосяного покрова на коже головы слева располагается по проекции края завитка здоровой стороны. На аудиограмме тип тимпанограммы «В» с двух сторон, двусторонняя кондуктивная

тугоухость III степени. Заключение компьютерной томографии (КТ) височных

костей – аномалии развития среднего уха с обеих сторон.



А



Б



В



Г

Рис. 1. Фото пациентки С-ой, 8 лет, Диагноз: Синдром Гольденхара. Челюстно-лицевой дизостоз. Микротия II степени слева. Птоз верхнего века справа I степени. Двусторонняя кондуктивная тугоухость III степени. Сужение наружного слухового прохода (НСП) с двух сторон. (А - фото фас после отоластики; Б - фото профиль слева до отоластики; В - фото профиль справа; Г - фото профиль слева после отоластики)

Этот случай можно отнести к типичному примеру синдрома Гольденхара. Он может

быть назван также ушно-глазной дисплазией или синдромом первой и

второй жаберных дуг. Особенностью этого клинического случая является то, что при имеющейся гипоплазии мягких тканей и костей лицевого скелета, а также птоза верхнего века справа, выраженная патология ушной раковины наблюдается слева. Справа имеется лишь незначительный кожно-хрящевой довесок ушной раковины впереди козелка.

Пример 2. Больная А-а, 13 лет, поступила 15.09.2009 года в хирургическое отделение с жалобами на эстетический дефект левой ушной раковины и снижение слуха слева.

До обращения в институт нигде не лечилась. При обследовании со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. Анализ крови и мочи в пределах нормы.

Местно: отмечается умеренная гипоплазия мягких тканей лица слева, расходящееся косоглазие и птоз верхнего века I степени справа. Ушная раковина справа меньшего, чем в норме, размера,

но при этом все элементы ее узнаваемы, отмечается дефект верхней трети за счет свернутого завитка. Тело и нижняя ножка противозавитка, а также средний и нижний отделы выражены хорошо. Граница волосяного покрова на коже головы справа располагается по проекции края завитка в верхнем отделе.

Ушная раковина слева представлена слабо выраженным кожно-хрящевым валиком, без мочки. Граница волосяного покрова на коже головы слева располагается по проекции края завитка здоровой стороны. На аудиограмме тип тимпаногаммы «А» справа, кондуктивная тугоухость IV степени слева. Заключение компьютерной томографии (КТ) височных костей: справа – врожденная аномалия тимпанической мембраны, среднего и внутреннего уха, слева – картина костной атрезии НСП, аномалии развития среднего и внутреннего уха, дистопии мастоидальной части канала лицевого нерва.



А



Б



В

Рис. 2. Фото пациентки А-ой, 13 лет, Диагноз: Синдром Гольденхара. Гипоплазия мягких тканей лица слева. Микротия I степени справа. Сворачивающаяся ушная раковина справа. Анотия слева. Птоз верхнего века справа I степени. Кондуктивная тугоухость IV степени слева. Костная атрезия НСП слева. (А - фото фас; Б - фото профиль справа; В - фото профиль слева)

Второй клинический случай также можно отнести к типичному примеру синдрома Гольденхара. Особенностью в данном примере является то, что патология двусторонняя, а по данным литературы наиболее патогномичным

компонентом синдрома является односторонне поражение лица, глазного яблока и ушной раковины, а также наличие эпибульбарного дермоида, которого мы не отметили ни в одном из 8 клинических случаев.

Третий и четвертый клинические примеры более соответствует комплексу симптомов, описанных автором в 1952 году (Goldenhar M., 1952).

Пример 3. Больной Р-в, 26 лет, поступил 20.05.2009 года в хирургическое отделение с жалобами на эстетический дефект правой ушной раковины и снижение слуха с двух сторон.

Из анамнеза: в возрасте 10 лет хирургом по месту жительства произведено удаление довеска правой ушной раковины и врожденных свищей околоушной области.

При обследовании позвоночника обнаружена врожденная патология в шейном отделе. Анализ крови и мочи в пределах нормы.

Местно: отмечается асимметрия лица за счет недоразвития мягких тканей и костей лицевого скелета справа. Порок развития шейного отдела позвоночника (spina bifida occulta), макростомия и уменьшение ушной раковины справа, полностью отсутствуют её верхний отдел и часть завитка среднего отдела. Сохранившиеся отделы раковины представлены телом и

ножками противозавитка в среднем отделе, неизменным завитком в нижнем отделе, а также ушной ямкой и мочкой уха. Рубцы в предушной области мягкие, легко подвижные, белесые, что отличает их от окружающих тканей. Кожные покровы сосцевидной области чистые, легко собираются в складку. Граница волосяного покрова на коже головы располагается ниже проекции предполагаемого завитка в верхнем отделе и ниже проекции края завитка здоровой стороны. Форма и размеры ушной раковины уменьшены на 2,5 см. Левая ушная раковина без патологии.

На аудиограмме тип тимпанограммы «В» с двух сторон, двусторонняя кондуктивная тугоухость III степени. Заключение компьютерной томографии (КТ) височных костей: картина двусторонней аномалии развития среднего уха. Двусторонняя дистопия тимпанальной части канала лицевого нерва. НСП справа сформирован, имеет атипичное строение, расположен снизу-вверх, имеет диаметр 5-6 мм.





Рис. 3. Фото пациента Р-а, 26 лет, Диагноз: Синдром Гольденхара. Челюстно-лицевой дизостоз. Микротия II степени справа. Макростомия справа. Порок развития шейного отдела позвоночника. Двусторонняя кондуктивная тугоухость III степени. Атипичное строение НСП справа. (А - фото фас; Б - фото профиль справа; В - фото профиль слева)

Пример 4. Больной Г-й, 7 лет, поступил 26.04.2009 года в хирургическое отделение с жалобами на эстетический дефект левой ушной раковины и снижение слуха слева.

Из анамнеза: в возрасте 8 месяцев проведена первичная хейлопластика слева, в 3 года щадящая уранопластика.

При обследовании со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. Анализ крови и мочи в пределах нормы.

Местно: отмечается асимметрия лица за счет недоразвития мягких тканей и костей лицевого скелета слева. Имеется типичная деформация верхней губы и

носа после первичной хейлопластики слева. Уменьшена и деформирована ушная раковина слева. В верхнем отделе отсутствуют тело противозавитка и его ножки. Сохранившиеся отделы раковины представлены телом противозавитка в среднем и нижнем отделах, неизменным завитком в нижнем, среднем, а также и верхнем отделах, ушной ямкой и мочкой уха. Граница волосяного покрова на коже головы располагается ниже проекции предполагаемого завитка в верхнем отделе и ниже проекции края завитка здоровой стороны. Форма и размеры

ушной раковины уменьшены на 2,5 см.

Левая ушная раковина без патологии.

На аудиограмме тип тимпанограммы «В» справа, левосторонняя кондуктивная тугоухость III степени слева. Заключение компьютерной томографии (КТ) височных костей: картина левосторонней аномалии развития наружного и среднего уха. Костная атрезия НСП слева. Правосторонний экссудативный средний отит в стадии формирования адгезии.

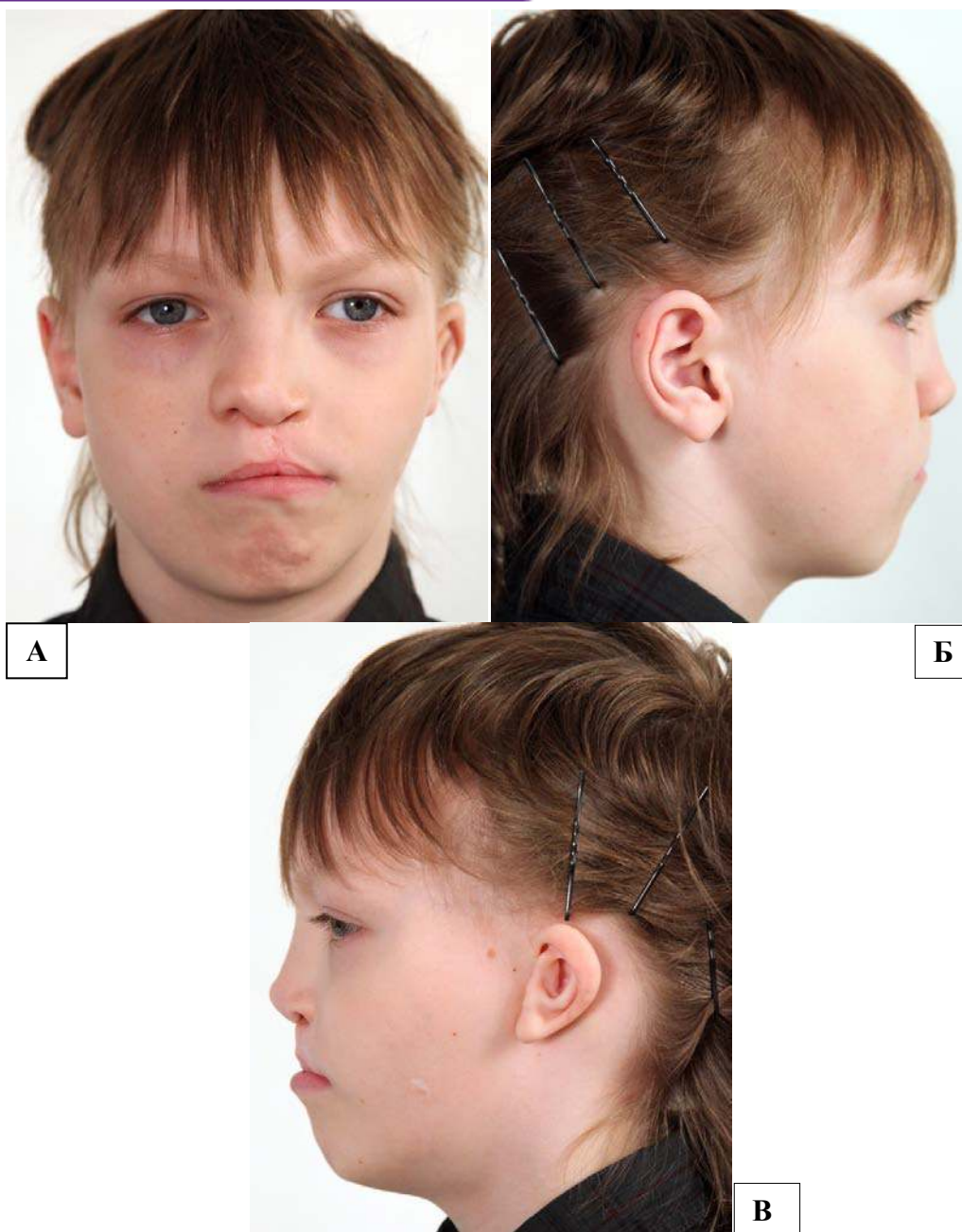


Рис. 4. Фото пациента Г-й, 7 лет, Диагноз: Синдром Гольденхара. Челюстно-лицевой дизостоз. Врожденная сквозная расщелина верхней губы и неба слева. Состояние после хейло- и уранопластики. Микроτία II степени слева. Кондуктивная тугоухость III степени слева. Костная атрезия НСП слева. (А - фото фас; Б - фото профиль справа; В - фото профиль слева)

В двух случаях отмечено атипичное проявление синдрома: в первом – двусторонняя деформация ушных раковин с выраженными изменениями среднего и внутреннего уха с односторонней гипоплазией лица, во втором – вышеперечисленный симптомокомплекс врожденно-

го дефекта сопровождался односторонней расщелиной верхней губы и неба.

Пример 5. Больная М-а, 16 лет, поступила 16.09.2009 года в хирургическое отделение с жалобами на эстетический дефект ушных раковин и снижение слуха, больше слева.

Из анамнеза: в возрасте 5 лет проведена каналоластика справа. При обследовании со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. Анализ крови и мочи в пределах нормы.

Местно: отмечается асимметрия лица за счет недоразвития мягких тканей и костей лицевого скелета слева. Ушная раковина справа представлена сохранившейся мочкой, гипоплазированным завитком и частью противозавитка в нижнем отделе, имеется рубцовоизмененный наружный слуховой проход. В заушной области отмечается атрофический рубец длиной 7см после каналоластики.

Ушная раковина слева представлена рудиментарным кожно-хрящевым валиком со слабо выраженной мочкой и отсутствующим наружным слуховым проходом. Граница волосяного покрова на коже головы с обеих сторон располагается в проекции предполагаемого завитка в верхнем отделе. На аудиограмме тип тимпанограммы «А» справа, кондуктивная тугоухость III степени слева.

Заключение компьютерной томографии (КТ) височных костей: картина двусторонней аномалии развития наружного и среднего уха. Состояние после каналоластики справа.



А

Б



В

Рис. 5. Фото пациентки М-ой, 16 лет (А - фас; Б - фото профиль справа; В - фото профиль слева). Синдром Гольденхара. Челюстно-лицевой дизостоз. Кондуктивная тугоухость III степени слева. КТ заключение: двусторонняя аномалия развития наружного и среднего уха. Состояние после каналоластики справа

Пример 6. Больной С-к, 16 лет, поступил 10.02.2006 года в хирургическое отделение с жалобами на эстетический дефект ушных раковин и снижение слуха с двух сторон.

Из анамнеза: в возрасте 3 лет проведена первичная хейлопластика, в 6 лет – щадящая уранопластика. При обследовании со стороны внутренних органов имеется врожденный порок развития

шейного отдела позвоночника, сердца и мочевыводящих путей. Анализ крови и мочи в пределах нормы.

Местно: отмечается асимметрия лица за счет недоразвития мягких тканей и костей лицевого скелета слева. Имеется типичная деформация верхней губы и носа после первичной хейлопластики справа. Микрогения.

Ушная раковина справа представлена свернутым кожно-хрящевым валиком с хорошо выраженной мочкой. Узнаваемы только некоторые элементы ушной раковины. Впереди имеется кожный довесок. Форма и размеры ушной раковины резко изменены. Граница волосяного покрова на коже головы справа располагается по проекции предполагаемого завитка.

Ушная раковина слева после первого этапа отоластики - введения аллохряща в околоушную область. На аудиограмме

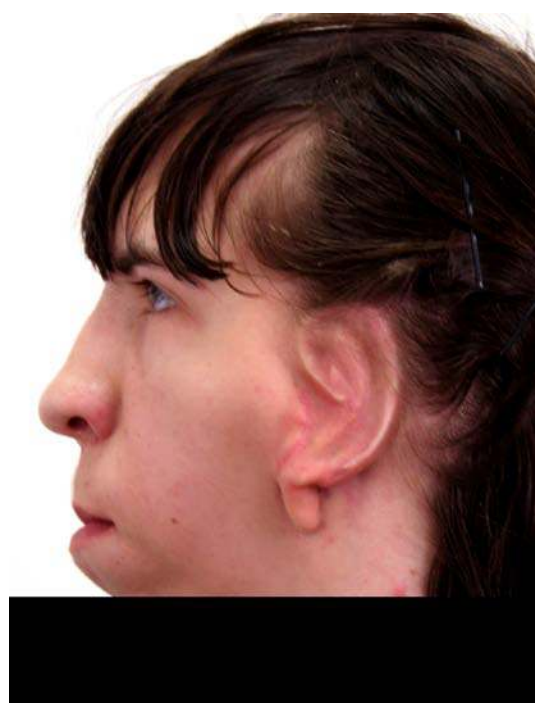
тип тимпанограммы «С» и кондуктивная тугоухость IV степени с двух сторон.

Заключение компьютерной томографии (КТ) височных костей: картина двусторонней аномалии развития наружного и среднего уха. Четвертый и шестой клинические примеры свидетельствуют о том, что нозологический процесс поражает иногда развитие лица по ходу щели между лобно-носовым и верхнечелюстным отростками – вместо типичной локализации по ходу щели между верхнечелюстной и нижнечелюстной дугами, что согласуется с наблюдением White J. H. (1969).

Приведенные клинические примеры свидетельствуют о необходимости комплексного обследования больных и проведения соответствующих лечебно-реабилитационных мероприятий в случаях декомпенсации выявленной патологии.



А



Б



В

Рис.6. Фото пациента С-ка, 16 лет (А - фас; Б - фото профиль справа; В - фото профиль слева). Синдром Гольденхара. Челюстно-лицевой дизостоз. Состояние после хейло- и уранопластики. Двусторонняя кондуктивная тугоухость IV степени. КТ заключение: двусторонняя аномалия развития наружного и среднего уха.

#### Список литературы

1. Яворска М., Дудкевич З. Синдром Гольденхара типичная и нетипичная формы. *Acta chirurgiae plasticae*, 16, №2, 1974, С.77-83.
2. Aita J.A. *Congenital Facial Anomalies with Neurologic Defects. A Clinical Atlas*. Springfield-Illinos, Ch. C. Thomas, 1969.
3. Christiaens L., Walbaum. R., Farriaux J. P., Fontaine G. *Pediat.*, 21, 935, 1966.

4. Cohen M.M Jr, Rollnick BR, Kaye CI. Oculoauriculovertebral spectrum: an updated critique. *Cleft Palate J.* 1989, 26, 276-286.
5. Geeracts W.J. *Ocular Syndromes.* Philadelphia, Lea a. Fabiger 1869.
6. Goldenhar. M., *Genet. Hum.*, 1, 243, 1952.
7. Gorlin R. J., Kenneth L. J., Jacobsen, V., Goldschmidt. E. *Pediat.*, 63, 991, 1963.
8. Gupta J.S., Gupta, S.D., Prasher S.K. *Brit. J. Ophtalm.*, 52, 346, 1968.
9. Hoffmann Egg, L., и Velissaropoulos, P. *Ann Oculist. (Paris)*, 186, 155, 1953.
10. Peterson-Falzone S. An introduction to complex craniofacial disorders. In: Berkowitz S (ed). *Cleft lip and palate. Vol 2.* San Diego: Singular Publishing Group, 1996, 209.
11. Weerda H, Siegert R. Classification and treatment of auricula malformations. //*Face* 1995, 4:23-29.
12. White J. H. *Genet hum.*, 17, 107, 1969.

---

Карякина Ирина Алексеевна, хирург ОАО «Институт пластической хирургии и косметологии», кандидат медицинских наук, к.м.н., Москва, ул. Ольховская, 27, р.т. 8(499)2618888 [www.plasticcosmet.ru](http://www.plasticcosmet.ru), e-mail: [iphk@plasticcosmet.ru](mailto:iphk@plasticcosmet.ru)



## О КЛАССИФИКАЦИЯХ НАРУШЕНИЙ РЕЧИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

**Степаненко Д.Г., Сагутдинова Э.Ш.**

*Государственное учреждение здравоохранения Свердловской области,  
детская клиническая больница восстановительного лечения,  
«Научно-практический центр «Бонум»,  
Областной детский центр патологии речи*

В статье представлены основные подходы и проблемы классификации нарушений речи в детской неврологии, психиатрии и логопедии, дана их оценка, приведены позитивные и негативные стороны, дается вывод о необходимости применения в практике врача комплексной классификации изменения речи для достижения оптимального реабилитационного эффекта.

**Ключевые слова:** нарушение речи, дети, классификация

### About speech/ language disorders classifications in childhood

*Stepanenko D., Sagutdinova E.*

*Regional child center of speech pathology, Scientific and Practical Center "Bonum", Ekaterinburg*

The article is observed the basic approaches and problems of speech/language disorders classifications in child neurology, psychiatry and logopedics, their estimation is given, are resulted positive and negative sides, the conclusion about necessity of application for practice of the doctor of complex classification of change of speech for achievement of optimum rehabilitation effect is given.

**Keywords:** speech/language disorders, children, classification.

Нарушения речи широко распространены в детской популяции – те или иные речевые проблемы имеют до 25% детей дошкольного возраста [1, 2, 3, 4]. Речевые расстройства сопровождается высоким риском развития эмоционально-волевых нарушений, школьной неуспеваемости и социальной дезадаптации, а тяжелые формы приводят к инвалидности [3, 4, 5, 6].

Изучением речевой патологии и оказанием помощи занимаются логопеды, психологи, лингвисты, врачи различных специальностей. При этом каждый участник процесса рассматривает

проблему с точки зрения своей специальности, и использует для описания речевых расстройств классификации, принятые в их отрасли знания.

Отсутствие единых подходов к квалификации речевых нарушений является одной из проблем в оказании междисциплинарной помощи детям с патологией речи.

Целью нашей работы являлся обзор и анализ основных используемых классификаций речевых расстройств в медицинской практике и логопедии.

В медицине общим подходом к классификации являются: определение нозологической формы, выделение этиологических факторов, основных синдромов, типов течения и степеней тяжести заболевания.

Нарушение речи определяется как отклонение речи говорящего от нормы, принятой в данной языковой среде, обусловленное расстройством психофизиологических механизмов речевой деятельности по различным причинам [7, 8, 9]. Речь, как высшая корковая функция, формируется на базе физиологических, психологических и социальных предпосылок в результате высокоорганизованного, слаженного взаимодействия механизмов восприятия и воспроизведения речи, с участием слухового, зрительного, соматосенсорного, «двигательного» анализаторов, при сохранном психологическом развитии и в условиях нормативного «языкового окружения» [10].

С позиции этиологии у детей выделяют первичные и вторичные нарушения речи [2, 7, 11]. Для первичных речевых расстройств характерно нарушение формирования речи у ребенка при сохранном слухе, зрении и интеллекте. В настоящее время, большинством исследований, подтверждается мультифакторная этиология первичных нарушений речи у детей в виде реализации генетической предрасположенности

[12, 13, 14] под воздействием различных медико-биологических и социальных факторов [15-31]. Наиболее частым медико-биологическим фактором, встречающимся в анамнезе у 70-85% детей с первичными нарушениями речи, является перенесенная перинатальная гипоксически-ишемическая энцефалопатия [15, 16, 17].

В зарубежной литературе и в МКБ-10 наряду с термином «первичные» используется термин «специфические» нарушения речи, подчеркивая тем самым, наличие основного клинического дефекта преимущественно в сфере развития речи и языка [2, 3, 11]. Однако, последние исследования демонстрируют частые сопутствующие нарушения невербального интеллекта, мелкой моторики, эмоционально-волевой сферы у детей с первичными речевыми расстройствами, что ставит под сомнение термин «специфические» нарушения речи [11, 30, 31, 32, 33, 34]. Вторичные речевые нарушения возникают и рассматриваются в структуре основного заболевания, которыми могут быть нарушения слуха, умственная отсталость, другие психические и неврологические расстройства, врожденные или приобретенные дефекты челюстно-лицевой области, тяжелые соматические заболевания.

С точки зрения возможной этиологии речевые расстройства рассматриваются и

в классификации, предложенной Бадаляном Л. О., в которой выделяют следующие группы нарушений речи [35]:

I. Речевые расстройства, связанные с органическим поражением центральной нервной системы:

1. Алалии - отсутствие или недоразвитие речи у ребенка (при нормальном слухе и интеллекте) в результате поражения речевых зон коры головного мозга во внутриутробном или раннем довербальном периоде развития.

2. Афазии - полная или частичная утрата сформированной речи в результате поражения корковых речевых зон и их связей.

3. Дизартрии – нарушение произносительной стороны речи в результате поражения структур центральной или периферической нервной системы, осуществляющих иннервацию речевой мускулатуры.

4. Речевые нарушения, связанные с функциональными изменениями ЦНС: заикание, мутизм и сурдомутизм.

II. Речевые нарушения, связанные с анатомическими дефектами строения артикуляционного аппарата: механические дислалии, ринолалалия.

III. Задержки речевого развития различного происхождения (при недоношенности, при тяжелых заболеваниях внутренних органов, педагогической запущенности и т.д.).

В отечественной логопедии разработка классификаций речевых нарушений у детей осуществлялась применительно к первичным нарушениям и вместо, привычных для врача синдромов и симптомов в ней используются другие понятия - вид речевого нарушения и структура речевого дефекта.

До трехлетнего возраста речевые нарушения у детей обозначают термином «задержка речевого развития» [7, 9, 10, 36, 37]. Основными признаками данной патологии являются выраженный дефицит экспрессивного словаря и позднее появление фразы у ребенка по сравнению со сверстниками. Следует отметить, что дети с нормальным развитием значительно различаются как по возрасту, в котором они впервые приобретают разговорную речь, так и по темпу прочного усвоения речевых навыков. Для клинической практики важно определить доброкачественный (темповый) или патологический характер носит задержка речевого развития.

До сих пор не существует четкого разграничения патологической задержки речевого развития от крайних вариантов нормы. Одним из общих правил в отечественной клинической практике является определение степени задержки речевого развития в эпикризных сроках, а в зарубежной практике, где используются статистические методы оценки, в

стандартных отклонениях [31, 38]. Задержка речевого развития считается патологической, если развитие речи ребенка отстает от нормального на два и более эпикризных срока или стандартных отклонения. У детей старше трех лет степень задержки в эпикризных сроках и в статистическом выражении имеет меньшее диагностическое значение, так как существует естественная тенденция к неуклонному улучшению речевых функций. В этом возрасте более важным показателем оценки является тип течения нарушения речи. Если отмечается стационарное течение без существенных улучшений, то данное расстройство является патологическим, а не вариантом нормы. Однако, главным критерием тяжести нарушений речи в возрасте после трех лет является степень нарушения коммуникативной функции речи в целом и по каждому параметру фонетической и лексико-грамматической сторон речи [39].

Однозначного мнения, является ли недоразвитие речи у ребенка старше трех лет проявлением задержанного речевого развития или вариантом патологического развития речи, до сих пор нет. По данным зарубежных исследователей, различия между речевой нормой, задержкой речевого развития и речевыми нарушениями являются только количественными [2, 3, 30, 31]. В отечественной логопедии доминирует точка зрения, что общее

недоразвитие речи является проявлением не просто задержки, а отклонений в речевом развитии, то есть имеются качественные различия данных состояний [7, 37].

С позиции отечественной психиатрии, задержка речевого развития представляет собой вариант парциальной задержки психического развития или психического дизонтогенеза. Постепенное, протекающее этапами, в виде количественных и качественных сдвигов изменение организма от менее к более совершенному его строению и функционированию называется онтогенезом. Нарушение развития организма на каком-либо его этапе является дизонтогенезом. Термин психический дизонтогенез объединяет нарушения психического развития с изменением последовательности, ритма и темпа процесса созревания психических функций. Данный термин включает две большие группы патологических состояний – задержки тотальные или парциальные и искажения психического развития. Парциальные задержки обусловлены физиологическим феноменом гетерохронии созревания структур головного мозга, который создает возможность диспропорциональности и асинхронности развития психических, например, речевых функций вплоть до задержки их формирования. Нарушение речи, согласно этой концепции, рассмат-

риваются это многокомпонентная по составу и полифакторная по генезу форма психического дизонтогенеза в виде дисгармоничного психического развития ребенка с дефицитом коммуникативно-речевой функции, вербального компонента интеллекта и вербально-логических форм мышления [40, 41].

После трехлетнего возраста у ребенка необходимо определять конкретный вид речевого нарушения и структуру речевого дефекта. Для этого в детской логопедии широко используются две классификации речевых нарушений - клинико-

педагогическая и психолого-педагогическая, которые дополняют друг друга, рассматривая речевые проблемы с разных точек зрения [7].

Клинико-педагогическая логопедическая классификация основана на психолого-лингвистических критериях, позволяющих определить вид речевого нарушения у ребенка [7, 10]. Расстройства речи, выделяемые в клинико-педагогической классификации, схематично представлены в таблице 1.

Таблица 1 - Схематичное представление клинико-педагогической логопедической классификации нарушений речи у детей

Нарушение устной речи	
I.I Нарушения произносительной стороны речи расстройства фонационного (внешнего) оформления высказывания	I.II Системные или полиморфные нарушения речи расстройства структурно-семантического (внутреннего, языкового) оформления высказывания
Нарушение голосообразования: дисфония, афония, ринофония Нарушение темпоритмической организации высказывания: брадилалия, тахилалия, заикание Интонационно-мелодические нарушения Нарушение звукопроизносительной организации: дислалия Сочетанные нарушения: Ринолалия - нарушения тембра голоса и звукопроизношения, обусловленные анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата Дизартрия - нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевого аппарата	Алалия - отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга во внутриутробном или раннем периоде развития ребенка Афазия - полная или частная утрата речи, обусловленная локальными поражениями головного мозга.
Нарушение письменной речи	
II.I Нарушение продуктивной деятельности (письма) - дисграфия	II.II Нарушение рецептивной деятельности (чтения) - дислексия

Психолого-педагогическая логопедическая классификация основана на анализе состояния структурных компонентов речевой системы - звуковой стороны (фонетики), лексики и грамматики [7, 37]. Речевые расстройства в данной классификации подразделяются на две группы: первая группа включает нарушения средств общения (фонетико-фонематическое и общее недоразвитие речи); вторая группа включает нарушения применения средств общения. Нарушения письма и чтения рассматриваются в составе первой группы как их системные, отсроченные последствия.

Фонетико-фонематическое недоразвитие речи (ФФНР) представляет собой нарушение процессов формирования произносительной системы родного языка у детей с различными речевыми расстройствами вследствие дефектов восприятия и произношения фонем. У детей с ФФНР наблюдаются различные искажения, замены и смешения произносимых звуков.

Общее недоразвитие речи (ОНР) это различные сложные речевые расстройства, при которых нарушено формирование всех компонентов речевой системы - звуковой и смысловой (лексико-грамматической) сторон. К общим признакам ОНР относятся ограниченный словарный запас, аграмматизмы, дефекты произношения. В зависимости от степени

сформированности речевых средств у ребенка общее недоразвитие речи делится на три уровня, которые, по сути, отражают степень тяжести речевого нарушения.

Первый уровень ОНР характеризуется крайней ограниченностью средств общения. Ребенок пользуется небольшим количеством нечетко произносимых обиходных слов, звуковыми комплексами или звукоподражаниями. Широко использует жесты и мимику в общении. Грамматические формы отсутствуют. Если исключить ситуационно ориентирующие признаки, понять речь такого ребенка невозможно.

Для второго уровня ОНР характерно общение посредством искаженных общеупотребительных слов. Ребенок может обозначать названия предметов, действий, отдельных признаков, может отвечать на вопросы простыми из 2-3х, реже из 4х слов предложениями. Отмечаются грубые грамматические ошибки: отсутствие предлогов, падежных окончаний или неправильное их употребление. Ребенок чаще всего употребляет слова в предложении в их начальной форме.

Третий уровень ОНР характеризуется наличием развернутой фразовой речи с элементами лексико-грамматического и фонетико-фонематического недоразвития. Произношение звуков является недиффе-

ренцированным. Отмечается неточное употребление слов, трудности словообразования, отсутствие употребления сложных синтаксических конструкций, большое количество грамматических ошибок.

Таким образом, психолого-педагогическая логопедическая классификация определяет структуру и степень тяжести речевого дефекта и дополняет клинико-педагогическую классификацию, верифицирующую вид нарушения.

В 2006 году Корневым А. Н. предложена многоосевая клинико-психологическая классификации нарушений речи у детей, основанная на психологическом и нейролингвистическом анализе данной патологии. Автор предлагает введение медицинских терминов «симптом» и «синдром» в классификацию речевых расстройств, детально их описывает, выделяет типы течения и свои критерии оценки степени тяжести, дополняет классификацию сопутствующими когнитивными и эмоционально-волевыми нарушениями [41, 42, 43, 44]. Однако, данная классификация не получила широкого распространения, не является общепризнанной и требует дополнительных знаний нейропсихологии и лингвистики.

В структуре международной классификации болезней 10 пересмотра виды первичных нарушений речи классифици-

руются в рубрике «расстройства психологического (психического) развития» [40, 45]. Нарушения устной речи объединены в подрубрику специфических расстройств развития речи и языка, нарушения письменной речи и счета в подрубрику специфических нарушений учебных навыков. Отдельно выделена подрубрика смешанных специфических расстройств психологического развития, которая включает сочетание нарушений речи, школьных навыков, двигательных функций и легкой когнитивной недостаточности без значительного преобладания одного из них. Диагностические критерии специфических расстройств развития речи и языка включают нарушение речевого развития на ранних этапах и отсутствие неврологических, психических заболеваний, анатомических дефектов речевого аппарата, сенсорных повреждений, умственной отсталости или значительных средовых факторов, непосредственно приводящих к речевым расстройствам. Подчеркивается возможное наличие легких сенсорных или неврологических нарушений, которые не являются прямой причиной расстройств речи, и оцениваются как осложняющие факторы [45]. Структура и описание нозологических форм специфических расстройств развития речи и языка согласно МКБ-10 представлены в таблице 2.

Таблица 2 - Структура и описание нозологических форм рубрики специфические расстройства развития речи и языка согласно МКБ-10

Шифр МКБ10	Название и описание
F80.0	<b>Специфическое расстройство речевой артикуляции:</b> использование ребенком звуков речи ниже уровня, соответствующего его умственному возрасту, при нормальном уровне речевых навыков
F80.1	<b>Расстройство экспрессивной речи:</b> способность ребенка использовать экспрессивную речь заметно ниже уровня, соответствующего его умственному возрасту; понимание речи находится в пределах нормы; возможно сочетание с расстройством артикуляции.
F80.2	<b>Расстройство рецептивной речи:</b> понимание ребенком речи ниже уровня, соответствующего его умственному возрасту; экспрессивная речь также значительно нарушена; возможно сочетание с расстройством артикуляции
F80.3	<b>Приобретенная афазия с эпилепсией</b> (синдром Ландау-Клефнера): на фоне предшествующего нормального развития речи, потеря навыков как рецептивной, так и экспрессивной речи, при сохранении общего интеллекта, сопровождающаяся эпилептиформной активностью на ЭЭГ и в большинстве случаев эпилептическими припадками
F80.8	<b>Другие расстройства развития речи и языка:</b>
F80.81	<b>Задержки речевого развития, обусловленные социальной депривацией или педагогической запущенностью</b>
F80.82	<b>Задержки речевого развития, сочетающиеся с задержкой интеллектуального развития и специфическими расстройствами учебных навыков;</b> степень интеллектуальной недостаточности требует уточнения в динамике для уточнения диагноза
F80.88	<b>Другие расстройства развития речи и языка:</b> сюсюканье и лепетная речь
F80.9	<b>Расстройства развития речи и языка неуточненные:</b> требуют уточнения вида нарушения речи

В руководстве по диагностике и статистике психических расстройств четвертого пересмотра (DSM-IV) принятой в США, помимо представленных в МКБ 10 нарушений экспрессивной и импрессивной речи, выделяют термин «смешанные экспрессивные-импрессивные нарушения», которые, по данным американских исследователей, наблюдаются более, чем у половины детей со специфическими нарушениями речи [31, 46]. Данный термин подразумевает наличие у ребенка значительно более низких уровней

развития как экспрессивной, так и импрессивной речи по сравнению с уровнем невербальных интеллектуальных способностей [46]. На наш взгляд, данные критерии являются несколько неточными, так как не отражают конкретную степень нарушения (в эпикризных сроках, стандартных отклонениях) экспрессивной и импрессивной речи по сравнению с показателями вербального и невербального интеллекта.

Американская ассоциация речи, языка и слуха (American Speech-language-hearing



Association) предлагает свою собственную классификацию расстройств коммуникации. Расстройство коммуникации - это первичные или вторичные, приобретенные или связанные с развитием, различной степени тяжести расстройства восприятия, продуцирования и анализа вербальных, невербальных или графических систем символов [47]. Расстройства коммуникации включают: речевые нарушения, языковые нарушения, нарушения слуха и центральное нарушение переработки слуховой (аудиторной) информации. Речевые нарушения включают расстройства артикуляции, плавности речи и нарушения голоса. Языковые нарушения представляют собой проблемы понимания и использования устных и письменных систем символов. Данные виды нарушений могут сочетаться между собой.

#### Заключение

Таким образом, во всех выше представленных классификациях можно проследить следующие общие моменты. Во-первых, разделение с позиции этиологии речевых расстройств на первичные и вторичные. Вторичные нарушения речи рассматриваются как синдром в структуре основного заболевания. Первичные речевые расстройства, связаны с нарушением развития ребенка и являются особой формой психического дизонтогенеза, вследствие реализации генетиче-

ской предрасположенности под влиянием медико-биологических и социальных факторов. Во-вторых, первичные нарушения речи подразделяются на две большие группы: нарушения произносительной или звуковой стороны речи и расстройства языкового или лексико-грамматического оформления высказывания. В структуре последних выделяют нарушения экспрессивной и импрессивной речи, а так же термин смешанные экспрессивные-импрессивные нарушения, который, на наш взгляд, является допустимым, но требует более четких диагностических критериев. В-третьих, прослеживается общая тенденция к оценке степени тяжести речевых расстройств на основании уровня отставания речевого развития ребенка от его хронологического возраста.

Для квалификации речевого расстройства целесообразно составлять заключение о состоянии речи, включающее диагноз основного заболевания, определяющего тяжесть речевого расстройства в соответствии с МКБ-10; проявление речевого нарушения по клинико-педагогической классификации; педагогическое заключение по психолого-педагогической классификации Реабилитационные технологии будут определяться исходя из структуры «речевого диагноза» и представляют собой комплекс, включающий этиопатогенетическую

терапию основного заболевания, определяющего речевое расстройство и педагогическую коррекцию речевых нарушений.

Список литературы

1. Кондракова Э.В. Распространенность ограничений слуха и речи у детей: динамика и региональные особенности.// Справочник врача общей практики. 2005. Вып. 9. С.19-26.
2. McLeod S, Harrison L. Epidemiology of speech and language impairment in a nationally representative sample of 4- to 5-year-old children.// Journal of Speech, Language, and Hearing Research. 2009. Vol.52. P.312-325.
3. Evans J. Statistical Learning in Children With Specific Language Impairment.// Journal of Speech, Language, and Hearing Research. 2009. Vol.52. P.321-335.
4. Соколовская Т.А. Вклад перинатальных причин в формирование детской инвалидности [Электронный ресурс].// Информационно-аналитического вестник «Социальные аспекты здоровья населения». 2008. Вып. 4. URL: <http://vestnik.mednet.ru>.
5. Володин Н.Н., Шкловский В.М., Заваденко Н.Н. и др. Особенности речевого развития в раннем возрасте у детей с последствиями перинатальной патологии нервной системы. Ранняя диагностика речевых нарушений и их коррекция.// Вопросы практической педиатрии. 2007. Т2. Вып.2. С.30-45
6. Заваденко Н.Н. Нарушение формирование устной и письменной речи у детей. Возможности их медикаментозной коррекции. Методическое пособие для врачей. Москва: РКИ Соверо пресс, 2005. 64 с.
7. Логопедия/ Под ред. Волковой Л.С., Шаховской С.Н. Москва: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2002. 680с.
8. Зеeman М. Расстройства речи в детском возрасте. Москва: Медгиз, 1962. 300с.
9. Расстройство речи у детей и подростков/ Под ред. Ляпидевского С.С. Москва: Медицина, 1969. 288с.
10. Степаненко Д. Г. Вопросы диагностики и реабилитации речевых нарушений у детей. Методические рекомендации для врачей и логопедов лечебно-профилактических учреждений. Екатеринбург: Бонум, 2002. с. 29.
11. Robinson R. Cause and associations of severe and persistent specific speech and language disorders in children.// Developmental Medicine & Child Neurology. 1999. Vol.33. Issue 11. P.943-962
12. Vernes SC et al. A functional genetic link between distinct developmental language disorders.// N Engl J Med. 2008. Vol. 27. P. 359:2337.
13. Stromswold K. The genetics of speech and language impairments.// N Engl J Med. 2008. Vol.27. P. 1359:2381.
14. Lai CSL et al. A forkhead-domain gene is mutated in a severe speech and language disorder.// Nature. 2001. Vol.413. P.519-523.
15. Шкловский В. М., Лукашевич И.П., Парцалис Е. М., и др. Перинатальные механизмы формирования задержки речевого развития у детей.// Вопросы практической педиатрии. 2009. Т. 4. Вып.3. С. 20-22.
16. Бенилова С.Ю. Патогенетические подходы к комплексному лечению нарушений речи у детей и подростков с последствиями органического поражения центральной нервной системы: Пособие для врачей. Москва: Прометей книголюб. 2003. 32с.
17. Бочарова Е.А., Сидоров П. И, Соловьев А.Г. Медико-биологические факторы риска формирования психоречевой патологии в детском возрасте.// Педиатрия. 2002. Вып.1. С.91-93.

18. Климова Т.В. Влияние эндогенных факторов среды на здоровье детей старшего дошкольного возраста с нарушением речи.// Успехи современного естествознания. 2006. Вып.3. С.17-18
19. Sommerfelt K, Andersson H, Sonnander K et al. Cognitive development of term small gestational age children at five years of age.// Arch Dis Child. 2000. Vol.83, P. 25-30
14. Bucher H, Killer K, Ochsner Y et al. Growth, development milestones and health problem in the first 2 years in very preterm infants compared with term infants: population based study.// Eur J pediatr. 2002. Vol.161. P.151-156.
15. Cheuk D, Wong V. Specific language impairment and child care by a domestic helper.// Arch pediatr adolesc med. 2005. Vol.159. P. 714-720
16. Choudhury N, Benasich A. A family aggregation study: the influence of family history and other risk factors on language development.// Journal of Speech, Language, and Hearing Research. 2003. Vol.46. P.261-272.
17. De Kleine M, Den Ouden A, Kollee L at al. Development and evaluation of a follow up assessment of preterm infants at 5 years of age.// Arch Dis Child. 2003. Vol.88. P.870-875.
18. O'Brien F, Roth S, Stewart A et al. The neurodevelopmental progress of infant less than 33 weeks into adolescence.// Arch Dis Child. 2004. Vol.89. P.207-211.
19. Polam Sh, Koons A, Anwar M et al. Effect of chorioamnionitis on neurodevelopmental outcome in preterm infants.// Arch pediatr adolesc med. 2005. Vol.159. P.1032-1035.
20. Amin S, Prinzing D, Myers G. Hyperbilirubinemia and language delay in premature infant.// Pediatrics. 2009. Vol.123. P.327-331.
21. Irwin JR et al. The social-emotional development of "late-talking" toddlers.// J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2002. Vol.41. P.24-32.
22. Autti-Ramo I. Twelve-year follow-up of children exposed to alcohol in utero.// Dev Med Child Neurol. 2000. Vol.42. P.406 -411.
23. Haddow J. Maternal thyroid deficiency during pregnancy and subsequent neuropsychological development of the child.// N Engl J Med. 1999. Vol.19. P.549-555.
24. Nelson H, Nygren P, Walker M et al. Screening for Speech and language delay in preschool children: Systematic evidence for US Preventive Servicers Task Force.// Pediatrics. 2006. Vol.117. P.298-319.
25. Webster R, Shevell M. Neurobiology of specific language impairment.// J Child Neurol. 2004. Vol.19. P. 471-478.
26. Белова-Давид Р.А. Клинические особенности детей дошкольного возраста с тяжелыми формами недоразвития речи. Дисс. на соиск. уч. степ. кандидата медицинских наук. Москва, 1973. 17с.
27. Лалаева Р. И., Серебрякова Н. В., Зорина С. В. Нарушения речи и их коррекция у детей с задержкой психического развития. Учебное пособие для студентов высших учебных заведений. Москва: Владос, 2003. 304с.
28. Жукова Н.С., Мастюкова Е.М., Филичева Т.Б. Преодоление общего недоразвития речи у дошкольников, второе издание. Москва: Просвещение, 1990. 240с.
29. Бадалян Л.О. Детская неврология: Учебное пособие. Москва: МЕДпресс-информ, 2001. 608с.
30. Громова О.Е. Формирование начального детского лексикона.// Логопед. 2004. Вып.1ю С. 15-25.
31. Левина Р.Е. Разграничение аномалий речевого развития у детей.// Дефектология. 1975. Вып.2. С.10-15.
32. Семаго Н. Я., Семаго М. М. Теория и практика оценки психологического развития ребенка. Дошкольный и младший школьный возраст. Санкт-Петербург: Речь, 2005. 384 с.
33. Степаненко Д. Г. Развитие системы специализированной помощи детям с патологией речи в лечебно-профилактических учреждениях. Дисс. на соиск. уч. степ. кандидата медицинских наук. Екатеринбург, 2003. 30с.
34. Руководство по психиатрии: В 2-х т. Т.2/ Под ред. А.С.Тиганова. Москва: Медицина, 1999. 784с.

35. Корнев А.Н. Ранние проявления речевого дизонтогенеза у детей. // Новости оториноларингологии и логопатологии. 2000. Приложение 2. С.191-197.
36. Корнев А.Н. Артикуляционная и вербальная диспраксия у детей. // Новости оториноларингологии и логопатологии. 1999. Приложение 1. С.57-63.
37. Корнев А.Н. Дифференциальная диагностика недоразвития речи у детей (нейропсихологические аспекты) //В сб. Онтогенез речевой деятельности: норма и патология. Москва: МПГУ, 2005. С.43-47.
38. Корнев А.Н. Системный анализ психического развития детей с недоразвитием речи. Дисс. на соиск. уч. степ. доктора психологических наук. Санкт-Петербург, 2006. 40с.
39. Моховиков А.Н. Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте. Классификация психических и поведенческих расстройств у детей и подростков в соответствии с МКБ-10. Москва: Академия, Смысл, 2006. 407с.
40. Mixed Receptive-Expressive Language Disorder Symptoms and DSM-IV Diagnosis.// URL: [http://www.psychtreatment.com/mental\\_health\\_mixed\\_receptive\\_language\\_disorder.htm](http://www.psychtreatment.com/mental_health_mixed_receptive_language_disorder.htm)
41. American Speech-Language-Hearing Association. Definitions of Communication Disorders and Variations.// URL: <http://www.asha.org/docs/html/RP1993-00208.html>

---

Сагутдинова Эльмира Шаукатовна, невролог, руководитель Областного центра функциональных нарушений нервной системы, 620014 Екатеринбург, ул. Хохрякова 73, тел: (343)2572100 [hellmira@mail.ru](mailto:hellmira@mail.ru),

## ОЦЕНКА НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И ФОРМИРОВАНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ НАВЫКОВ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ РЕТИНОПАТИЕЙ

**Альперина О.Н., Ковтун О.П.**

*Государственное учреждение здравоохранения Свердловской области детская клиническая больница восстановительного лечения «Научно-практический центр «Бонум», Государственное образовательное учреждение Высшего профессионального образования Уральская государственная медицинская академия Росздрава, г. Екатеринбург*

В статье приводятся данные об особенностях нервно-психического развития недоношенных детей первого года жизни, страдающих ретинопатией. Используется методика количественной оценки становления высших психических функций и социальных навыков.

**Ключевые слова:** недоношенный ребенок, ретинопатия, нервно-психическое развитие.

### **Assessment of neuro-psychological development and the formation of social skills in preterm children with retinopathy**

*Alperina O.N., Kovtun O.P.*

*Scientific and Practical Center "Bonum", Ekaterinburg  
Ural State Medical Academy, Ekaterinburg*

The article presents data about the peculiarities of the neuro-psychological development of premature infants suffering from retinopathy. Used technique for quantitative evaluation of the formation of higher mental functions and social skills.

**Keywords:** premature infant, retinopathy, neuro-psychological development.

Преждевременно родившиеся дети представляют собой особую группу детей с высоким риском возникновения различных проблем в развитии. В мире уровень рождаемости недоношенных детей оценивается в 9,6% [1]. В Российской Федерации частота рождения детей с низкой массой тела, по данным Госкомстата РФ, составляет 5,7-6,2% по отношению к числу всех родившихся живыми. В Свердловской области за последние десять лет доля недоношенных детей составляет 6-6,8% от общего числа всех новорожденных. Уровень инвалидно-

сти среди недоношенных младенцев составляет 294 ребенка на 1000 выживших. Среди ведущих причин инвалидности на первом месте стоят заболевания нервной системы (детский церебральный паралич – 60%, врожденная окклюзионная гидроцефалия – 7,4%). Значительное место в структуре инвалидности недоношенных занимает слепота и слабовидение – 29,6% [2]. Ретинопатия недоношенных является одной из ведущих проблем офтальмологии и неонатологии, выходя на первое место среди причин инвалидности по зрению у детей [3,4].

Становление психомоторных функций недоношенного ребенка в целом соответствует этапам развития доношенных детей, но сроки появления подчинены другим закономерностям и связаны с уровнем морфо-функциональной незрелости, гестационным возрастом и степенью перинатального повреждения [5,6,7]. При этом количественная оценка уровня развития высших психических функций (ВПФ) имеет ряд преимуществ, одно из которых в том, что появляется возможность дать дифференцированную оценку в баллах по каждому из параметров, что позволит более точно подходить к оценке реабилитационного потенциала, проследить эффективность всего комплекса лечебных мероприятий [8,9,10].

Цель нашего исследования – выявить особенности становления высших психических функций и социальных навыков у недоношенных младенцев с ретинопатией, с применением количественной методики.

Работа проводилась на базе Государственного учреждения здравоохранения Свердловской области детской клинической больницы восстановительного лечения «Научно-практический центр «Бонум» в 2005-2009 г.г.

В исследование вошли 109 недоношенных детей, наблюдавшихся в «Областном центре ретинопатии недоношенных»,

гестационный возраст которых составлял менее 32 недель, а масса при рождении была менее 1500 грамм. В первую группу (n=52) включены дети с ретинопатией недоношенных, выявленной при офтальмологическом обследовании. В зависимости от стадии течения ретинопатии недоношенных, эта группа разделена на две подгруппы: дети с РН I-II стадии (n=43) и дети с РН III-V стадии (n=9). Во вторую группу (n=57) включены недоношенные дети, у которых ретинопатия не сформировалась, но они входили в группу риска по ее развитию.

В нашем исследовании мы использовали шкалу оценки нервно-психического развития Г. В. Пантюхиной - К. Л. Печоры - Э.Л. Фрухт (1983). В методике проверяется состояние восьми линий развития: зрительных и слуховых ориентировочных реакций, эмоций и социального поведения, общих движений, действий с предметами, понимания речи, подготовительных этапов активной речи, навыков и умений в процессе кормления. В соответствии с предложенными критериями оценки ВПФ, мы составили карту для обследования детей раннего возраста в основные декретивные сроки. Оценка коэффициента развития у недоношенных детей проводилась с учетом скорректированного возраста – это разница между фактическим возрастом и недостающими до доношенного срока неделями гестации.

Данный метод позволил нам применить критерии оценки развития ВПФ для доношенных детей.

Оценку уровня развития ВПФ производили в баллах. При этом расценивали отсутствие той или иной способности к выполнению того или иного действия в настоящем времени в 0 баллов, задержку развития способности по сравнению с возрастными нормативами на 2-3 эпикризных срока (1 эпикризный срок равен 1 месяцу жизни) в 1 балл, наличие исследуемого навыка согласно возрастному нормативу в 2 балла.

Для детей в возрасте 3 месяцев оценка 14-16 баллов расценивается как вариант возрастной нормы; при оценке в 10-14 баллов детей относят к безусловной группе риска по задержке развития; оценка в 6-9 баллов свидетельствует о задержке развития; группу детей с оценкой менее 6 баллов составляют больные с тяжелой общей задержкой развития. После 6 месяцев в критерии оценки ВПФ добавляется еще один параметр – навыки и умения, поэтому суммарное количество баллов увеличивается. Вариантом нормального развития считается оценка в 16-18 баллов, группа риска по задержке развития – 12-15 баллов, задержка развития – 8-11 баллов, тяжелая общая задержка развития – при оценке ниже 8 баллов.

Обработка полученных данных проведена методом вариационной статистики с вычислением средних величин ( $M$ ), среднего квадратического отклонения ( $\sigma$ ). Для оценки достоверности различий между сравниваемыми величинами использовали компьютерную программу статистического анализа данных Statistica 6.0 для Windows XP.

Используя предложенную методику, мы смогли количественно оценить развитие ВПФ у недоношенных детей с ретинопатией и сравнить эти показатели у детей из группы риска формирования ретинопатии. Рассматривая усредненные показатели для обеих групп сравнения, мы убедились, что в общей массе недоношенные дети с ретинопатией не имеют достоверных отличий по темпам развития высших психических функций от контрольной группы. В обеих группах сравнения средняя оценка относит детей к безусловной группе риска по задержке высших психических функций. Однако, при разделении группы детей с ретинопатией недоношенных в зависимости от стадии течения ретинопатии, мы выделили ряд особенностей. (Табл 1) Дети, имевшие ретинопатию I-II стадии, не отличались по темпам развития высших психических функций от контрольной группы ( $p > 0,05$ ). Тогда как у детей с тяжелыми стадиями течения ретинопатии суммарная оценка ВПФ была достоверно ниже, и свидетель-

ствовала об общей задержке развития ( $p < 0,05$ ).

Таблица 1 - Суммарная оценка развития высших психических функций у недоношенных детей при различных стадиях течения ретинопатии, в баллах

Возраст	Оценка у детей с РН I-II ст $m \pm \sigma$	Оценка у детей с РН III-V ст $m \pm \sigma$	Оценка у детей контрольной группы $m \pm \sigma$	P1	P2	P3
3 месяца	9,1±1,9	4,9±2,4	11,7±2,0	> 0,05	< 0,02	< 0,01
6 месяцев	11,4±2,0	7,3±2,5	12,6±2,3	> 0,05	< 0,05	< 0,05
9 месяцев	12,7±2,2	9,3±2,8	13,2±2,4	> 0,05	< 0,05	< 0,05
12 месяцев	14,3±2,3	10,5±2,6	13,7±2,3	> 0,05	< 0,05	< 0,05

Примечание 1: P1 – сравнение между группой с РН I-II стадии и контрольной группой; P2 - сравнение между группой с РН III-V стадии и контрольной группой; P3 – сравнение между группой с РН I-II стадии и группой с РН III-V стадии

Примечание 2: достоверные различия при  $p < 0,05$

Применение бальной оценки позволило нам разделить всех детей в зависимости от уровня развития ВПФ и количественно показать степень задержки (Рис. 1).

В возрасте 3-х месяцев подавляющее число недоношенных имели отставание в темпах развития ВПФ. При этом большинство детей из контрольной группы (70,1%) и чуть меньше половины детей с РН I-II стадии вошли в группу риска по задержке развития ВПФ. Общую задержку развития мы выявили у половины детей с РН I-II стадии и у трети детей с РН III-V стадии, а также у 14% детей из контрольной группы ( $p < 0,05$ ). Тяжелая общая задержка формирования ВПФ была у 66,7% детей с тяжелыми стадиями течения РН. Такие результаты объясняются тем, что ребенок с нарушением зрения лишен одного из важнейших каналов получения информации об окружающем

мире, ему приходится задействовать другие источники информации, которые не могут в полной мере обеспечить нормальное развитие высших психических функций в этом возрасте.

В 6 месяцев произошли изменения в темпах развития ВПФ у детей в контрольной группе: увеличилось число детей с общей задержкой развития (до 29,8%), у одного ребенка диагностирована грубая задержка развития. Это обусловлено тяжелым перинатальным поражением ЦНС у этих детей. В группе детей с ретинопатией недоношенных отмечалась положительная тенденция – число детей с грубой задержкой развития ВПФ снизилось до 44,4%, что во многом связано с проведенным офтальмологическим лечением.

С 9 месяцев фактического возраста скорость приобретения познавательных навыков увеличивается за счет развития



слухового анализатора, тактильной функции, психомоторной координации. Поэтому уменьшается количество детей с задержкой развития ВПФ до 16,3% в группе РН I-II стадии, 55,6% в группе РН III-V стадии ( $p < 0,02$ ).

К 1 году грубая задержка развития ВПФ сохранялась у 1 ребенка с РН V стадии, у 1 ребенка с РН II стадии и у 2-х детей из контрольной группы. При этом во всех

четырёх случаях она была связана с тяжелым органическим поражением головного мозга. Большая часть детей из обеих групп сравнения вошла в группу риска по задержке развития ВПФ, т.е. имелось отставание на 1-2 эпикризных срока. Четверть детей с РН I-II стадии и 17,5% детей из контрольной группы имели нормальные показатели развития ВПФ ( $p < 0,05$ ).

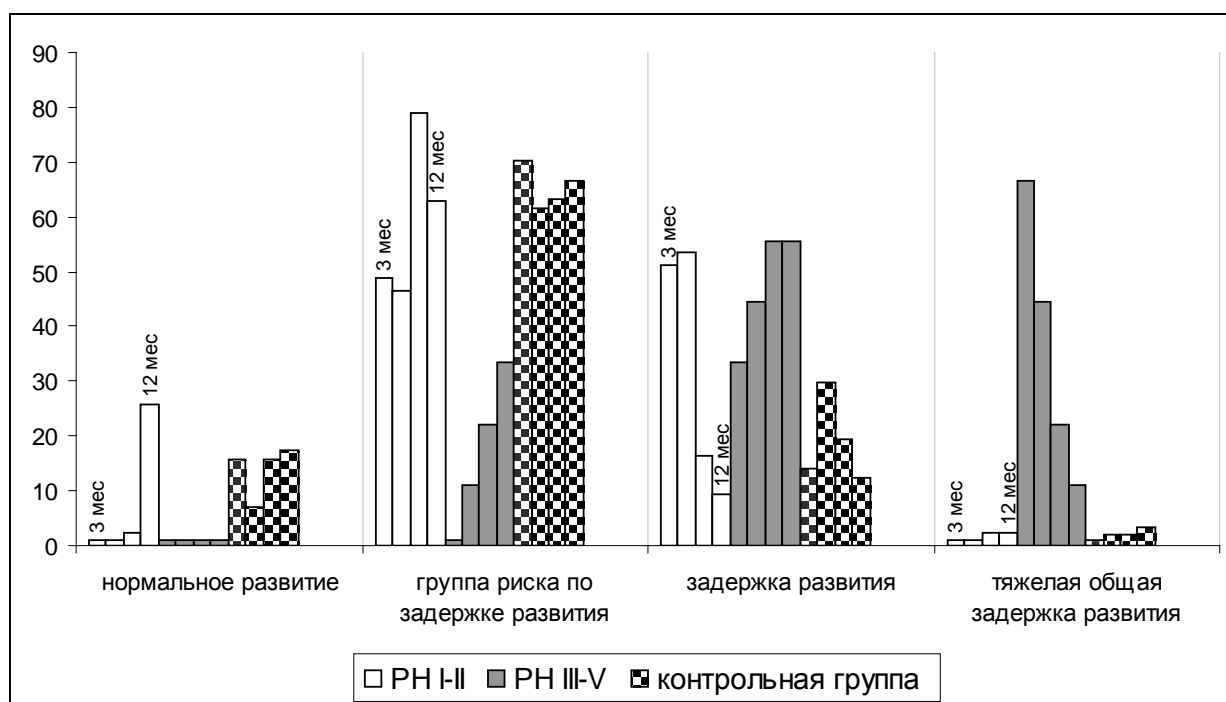


Рис. 1 Оценка развития ВПФ у недоношенных детей с ретинопатией, %

Основываясь на полученных нами результатах, можно сделать вывод, что недоношенные дети с тяжелыми нарушениями зрения имеют значительное отставание в развитии высших психических функций, по сравнению с детьми, имевшими начальные стадии течения ретинопатии недоношенных, а также вошедшими в группу риска. В целом, недоношенные дети отстают в темпах

формирования высших психических функций. В первое полугодие жизни прирост психомоторных навыков происходит медленно, во втором полугодии темпы развития значительно возрастают.

Суммарная балльная оценка позволяет обобщенно оценить развитие высших психических функций. Нас также интересовала количественная оценка по

каждому отдельному параметру, какие из оцениваемых нами функций в наибольшей степени отстают в своем формировании у

детей с ретинопатией. Результаты представлены в таблице 2.

Таблица 2 - Количественная характеристика формирования отдельных высших психических функций и социальных навыков у недоношенных детей с ретинопатией, в баллах.

возраст	Показатели	Дети с РН (n= 52)	Контрольная группа (n= 57)	P
1 месяц	Зрение	0,98	1,91	< 0,05
	Слух	1,7	1,75	> 0,05
	Моторика	0,62	0,98	< 0,001
	Речь	1,23	1,39	< 0,002
	Эмоции	1,23	1,74	< 0,01
3 месяца	Зрение	1,13	2,00	< 0,001
	Слух	1,81	1,84	> 0,05
	Крупная моторика	0,53	0,98	< 0,001
	Мелкая моторика	0,68	1,04	< 0,001
	Активная речь	0,72	1,16	< 0,01
	Пассивная речь	1,13	1,40	< 0,001
	Эмоции	1,43	1,77	< 0,01
	Поведение, социальная адаптация	1,13	1,42	< 0,01
6 месяцев	Зрение	1,32	2,00	< 0,01
	Слух	1,91	1,95	> 0,05
	Крупная моторика	0,89	0,96	> 0,05
	Мелкая моторика	1,19	1,16	> 0,05
	Активная речь	0,92	1,19	< 0,001
	Пассивная речь	1,34	1,37	> 0,05
	Навыки, умения	0,49	0,82	< 0,002
	Эмоции	1,51	1,79	< 0,02
	Поведение, социальная адаптация	1,26	1,32	> 0,05
9 месяцев	Зрение	1,64	1,98	< 0,001
	Слух	1,89	1,93	> 0,05
	Крупная моторика	1,00	1,07	> 0,05
	Мелкая моторика	1,30	1,39	> 0,05
	Активная речь	0,98	1,18	< 0,05
	Пассивная речь	1,45	1,46	> 0,05
	Навыки, умения	0,89	0,98	> 0,05
	Эмоции	1,66	1,81	> 0,05
	Поведение, социальная адаптация	1,36	1,44	> 0,05
12 месяцев	Зрение	1,75	1,93	< 0,05
	Слух	1,94	1,95	> 0,05
	Крупная моторика	1,19	1,23	> 0,05
	Мелкая моторика	1,49	1,44	> 0,05
	Активная речь	1,08	1,09	> 0,05
	Пассивная речь	1,60	1,44	> 0,05
	Навыки, умения	1,13	1,11	> 0,05
	Эмоции	1,79	1,84	> 0,05
	Поведение, социальная адаптация	1,62	1,65	> 0,05

Примечание: достоверные различия при  $p < 0,05$

В результате количественной оценки нервно-психического развития недоношенных детей мы установили, что степень задержки варьирует по различным показателям развития ВПФ. Существует достоверная статистическая разница по этим параметрам между недоношенными детьми с ретинопатией и детьми, у которых данное заболевание не сформировалось. Кроме этого, видна четкая тенденция улучшения бальной оценки с увеличением возраста обследуемых детей.

Оценка функции зрения представляла для нас наибольший интерес, т.к. при ретинопатии должна была страдать именно эта функция. На всех этапах обследования мы получили достоверные различия в бальной оценке. Так, если в 1 месяц средний балл у детей с ретинопатией составлял 0,98, а у детей без ретинопатии 1,91 ( $p < 0,05$ ), то к 6-ти месяцам у детей с РН оценка составила 1,32 балла, у детей без РН 2,0 балла ( $p < 0,01$ ), а в 1 год 1,75 баллов и 1,93 балла соответственно ( $p < 0,05$ ). Таким образом, у детей с ретинопатией в раннем возрасте отставание составляло более чем на 3-4 эпикризных срока, а в возрасте одного года у большинства детей с ретинопатией недоношенных функция зрения соответствовала нормальным показателям.

При оценке функции слуха мы не получили достоверных различий между сравниваемыми группами. Недоношен-

ность является фактором риска по формированию тугоухости, поэтому в нашем исследовании были дети, у которых функция слуха была нарушена. Общее тяжелое поражение центральной нервной системы в первые месяцы жизни способствовало нарушению всех высших психических функций недоношенного ребенка, в том числе и функции слуха. Поэтому, при оценке этого показателя в 1 месяц мы получили 1,7 баллов у недоношенных детей с ретинопатией и 1,75 баллов у детей из группы риска по формированию ретинопатии ( $p > 0,05$ ). В более старшем возрасте дети получали оценку 1,9 – 1,95 баллов в обеих группах ( $p > 0,05$ ), то есть в большинстве случаев функция слуха не страдала.

У большинства детей существует задержка статико-моторного развития. В первые месяцы жизни недоношенного ребенка мы наблюдали грубую задержку в развитии крупной и мелкой моторики. Достоверно ниже оценка была у детей с ретинопатией недоношенных: 0,62 балла у детей с РН и 0,98 баллов у детей из группы риска ( $p < 0,001$ ). В 3 месяца крупная моторика у детей с РН оценивалась на 0,53 балла, у детей без РН на 0,98 баллов ( $p < 0,001$ ). Мелкая моторика – 0,68 и 1,04 балла соответственно ( $p < 0,001$ ). В 6 месяцев сохраняется отставание на 2-3 эпикризных срока, причем со стороны крупной моторики оно выражено грубее

(средний балл в обеих группах менее 1,0). К 1 году задержка становления моторной функции у детей из обеих групп в среднем составляла 1-2 эпикризных срока. У детей с РН развитие крупной моторики оценивалось в 1,19 баллов, у детей без РН – в 1,23 балла ( $p>0,05$ ), развитие мелкой моторики в 1,49 и 1,44 балла соответственно ( $p>0,05$ ).

Рассматривая результаты, полученные нами при оценке функции речи, мы установили, что в большей степени страдает функция активной речи, чем ее понимание. На всех этапах обследования мы получили более низкую оценку формирования активной речи. Причем у детей с ретинопатией недоношенных эта оценка была достоверно ниже, и только к 1 году цифры в обеих группах стали схожи (1,08 баллов у детей с РН и 1,09 баллов у детей без РН). До года средняя оценка функции активной речи у детей с ретинопатией недоношенных была менее одного балла. У детей группы риска формирования РН активная речь оценивалась на 1,16 – 1,19 баллов ( $p<0,001$ ).

К 6 месяцам функция пассивной речи, то есть способность к пониманию речи, у недоношенных детей формируется с запозданием, в среднем на 1-2 эпикризных срока. Согласно данным таблицы средняя оценка составляет 1,4 – 1,6 баллов в обеих группах ( $p>0,05$ ).

Приобретение социальных навыков, развитие способностей к игре у недоношенных детей в 6 и 9 месяцев формировалось с отставанием на 3-4 эпикризных срока в обеих исследуемых группах. К году оно сократилось до 1-2 эпикризных сроков.

Статистически достоверно различалась оценка становления эмоциональной сферы. У недоношенных детей с ретинопатией в первые месяцы жизни преобладали негативные эмоции. Формирование комплекса оживления, способности дифференцировать эмоции у таких детей происходило несколько позже, чем у детей из группы риска по развитию РН ( $p<0,002$ ). С 6 месяцев развитие эмоций в сравниваемых группах происходило одинаково, средний балл составлял 1,6 – 1,8 ( $p>0,05$ ).

Таким образом, проведение количественной оценки становления ВПФ у недоношенных детей с ретинопатией позволяет нам точнее определить, какие функции страдают в большей степени, а значит, требуют большей коррекции, с использованием тех функций, которые формируются лучше. По результатам нашего исследования наибольшая задержка выявлена в становлении мелкой и крупной моторики, активной речи и эмоциональной сферы. Достоверно ниже эти результаты у недоношенных детей с ретинопатией. Следует отметить, что к 1

году степень отставания от здоровых сверстников значительно снижается и составляет 1-2 эпикризных срока, и различия между детьми с ретинопатией и без нее исчезают. Исключение составляют

дети с тяжелым органическим поражением центральной нервной системы, имеющие грубый дефект в формировании моторных и когнитивных функций.

#### Список литературы

1. Барашнев Ю.И. Перинатальная неврология. Москва: Триада –Х., 2000. 640 с.
2. Ковтун О.П., Аронскинд Е.В., Тузанкина И.А. Здоровье недоношенных детей: анализ, прогноз, тактика. Екатеринбург: УГМА, 2008 . 176 с.
3. Сайдашева Э.И., Азнабаев М.Т., Ахмадеева Э.Н.. Ретинопатия недоношенных детей. Уфа, 2000.123 с.
4. Visual function in low birthweight children / A.R. O'Connor, T.J.Stephenson, M.J.Tobin // Br. J. Ophthalmol. 2004, Sept. Vol. 88, № 9. P. 1149 – 1153.
5. Neurologic and developmental disability after extremely preterm birth / N.S.Wood, N. Marlow, K. Costeloe// New Engl. J. Med. 2000. № 343. P. 378 – 384.
6. Сахарова Е.С., Кешишян Е.С. Психомоторное развитие глубоконедоношенных детей с тяжелой ретинопатией.// Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2003. Вып № 5. С. 10-13.
7. Сергиенко Е.А., Катаргина Л.А. Развитие психических функций у детей с ретинопатией недоношенных в течение первого года жизни.// Профилактика и лечение ретинопатии недоношенных: материалы симпозиума. Москва, 2000. С.116-119.
8. Фрухт Э.Л., Тонкова-Ямпольская Р.В., Доскин В.А. Сравнительный анализ шкал развития детей первого года жизни. // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 1998. Вып N2. с.39-43
9. Фильчикова Л.И., Парамей О.В., Бернадская М.Э. Дети с нарушениями зрения: диагностика и коррекция. Москва: Экзамен, 2007, 192 с..
10. Приходько О.Г., Моисеева Т.Ю. Дети с двигательными нарушениями: диагностика и коррекция на первом году жизни. Москва: Экзамен, 2004, 96 с.

---

Альперина Ольга Николаевна, невролог, психолог консультативно-диагностической поликлиники №1 ГУЗ СО ДКБВЛ НПЦ «Бонум», г. Екатеринбург, ул. Хохрякова, 73, тел. (343)257-21-00.

## НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ СТРАНЫ (ПРОГРАММА SOC/PEDIATRIA-2)

**Альбицкий В.Ю., Модестов А.А., Бондарь В.И., Волков И.М., Косова С.А.**

*Учреждение РАМН "Научный центр здоровья детей РАМН", Москва*

Авторами, на основе специально разработанной программы SOC/PEDIATRIA-2, предложен оригинальный подход для получения объективной, близкой к истинным значениям, информации о показателе. Программа позволяет использовать сведения баз полицевых данных ЛПУ, фиксирующих сведения «Талонов амбулаторного пациента» (Ф. 025-12/у), дополнить их результатами углубленного осмотра детей из представляемой в автоматическом режиме репрезентативной выборки. В итоге, появляется возможность анализа заболеваемости дискретно: по группам здоровья, возрасту, полу, конкретным нозологиям.

**Ключевые слова:** заболеваемость, методология исследования, статистическая отчетность, информационные ресурсы, прикладные программы.

### **New approaches to studying of morbidity of the children's population of the country (program soc/ pediatría-2)**

*Albitsky V.Y., Modestov A.A., Bondar V.I., Volkov I.M., Kosova S.A.*

*Scientific Centre of Child Healthcare, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow*

Authors, on a basis of specially developed program SOC/PEDIATRIA-2, offer the original approach for reception objective, close to true values, to the information on of the statistical account of disease of the children's population. The program allows to use data of bases of the personal data clinics for outpatients fixing data of «Coupons of the out-patient» (F. 025-12/y) to add to their results of the profound check up of children of representative random sampling presented by an automatic mode. In a result, there is an opportunity of the analysis of disease discretely: on groups of health, age, a gender, a separate pathology.

**Keywords:** morbidity, methodology of research, the statistical reporting, information resources, applied programs.

Заболеваемость является одним из важнейших показателей здоровья населения [1, 2]. В настоящее время, в России, отмечается тенденция к росту заболеваемости детей [3, 4, 5, 6, 7, 8, 9], что обусловлено социально-экономической нестабильностью, региональными особенностями и объемом финансирования отрасли здравоохранения, качеством жизни населения [2, 4, 5,

6, 7, 8], уровнем его медицинской культуры и др. [10].

Существенным фактором ухудшения состояния здоровья населения, в том числе детского, считается отсутствие экономических и правовых механизмов, стимулирующих интерес к сохранению здоровья, здоровому образу жизни и регламентирующих меры по реализации прав детей на охрану здоровья [11]. Как следствие, общая заболеваемость детей

всех возрастов (до 17 лет включительно) ежегодно увеличивается на 5–6% [2, 3, 5, 7, 10]. Отмечается преимущественный рост хронической патологии. Её доля в структуре всех нарушений здоровья по результатам отдельных исследований в настоящее время достигает 30 - 32% [5, 7].

Судят о заболеваемости [1, 2], главным образом, по данным официальной статистики. Её основой является форма 025-12/у «Талон амбулаторного пациента» (утвержден приказом Минздравсоцразвития России 22.11.2004 № 255). В талоне фиксируются случаи обращения граждан в медицинское учреждений, общая заболеваемость (учет всех случаев заболеваний, с которыми население обратилось за медицинской помощью) и впервые установленные диагнозы. В последующем эти сведения эти кумулируются в Форме № 12 "Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения", которые затем обобщаются на различном территориальном и региональном уровне, вплоть до страны.

При изучении общей заболеваемости по обращаемости за единицу учета принимают первое обращение к врачу по данному заболеванию в отчетном календарном году [1, 2]. При этом, обострения хронических заболеваний в данном

календарном году повторно, как отдельное заболевание, не учитываются. Сведения о впервые установленных диагнозах составляются на основании учета всех заболеваний, выявленных впервые. Диагнозы острых заболеваний регистрируются при каждом их новом возникновении, хронические заболевания только 1 раз в году. Расчет и в том, и в другом случае, производится на 100, 1000, 10 и 100 тыс. прикрепленного детского населения.

Однако, при данной форме регистрации фиксируются лишь случаи болезней, с которыми дети обратились в лечебное учреждение. При проведении же обследования населения специалистами в рамках научно-исследовательских работ показывает, что уровни заболеваемости по ряду профильных им патологий повышается в разы, а в некоторых и на порядок [10, 12]. Между тем, исходя из уровня заболеваемости, планируется и необходимое количество врачей-педиатров и специалистов различного профиля, коек, медикаментозное обеспечение. В итоге - их явный дефицит, выражающийся в очередях к специалистам, на профильную койку, растягивающихся на месяцы.

Попытки поиска методологии, дающей возможность приблизить учитываемую заболеваемость к ее истинным значениям, не прекращаются [1, 2, 13, 14, 15, 16, 17].

Так, А.А. Роменский, (1978 г.) [14] предложил брать за основу общую накопленную заболеваемость, которая рассчитывается по обращаемости за 3 года и включает все заболевания, зарегистрированные в течение последнего года наблюдения и случаи первичной регистрации хронических заболеваний за 2 предшествующих года, по поводу которых у прикрепленного к ЛПУ контингента не было обращений в последнем году. Этот показатель также рассчитывается на 1000 человек детского населения, и, по мнению исследователей, более полно отражает здоровье населения, чем статистические данные, собираемые по результатам статотчетности за год на описанном ранее принципе в рамках действующей ныне госстатистики.

Для приближения значений учтенной заболеваемости к ее истинным уровням был введен показатель и предложен термин истинная (исчерпанная) заболеваемость, включающий общую заболеваемость по обращаемости, дополненную случаями заболеваний, выявленных при медицинских осмотрах населения и данными о причинах смерти [2].

Ценность информации, получаемой в рамках установившейся традиции, снижается, в связи с тем, что заболеваемость детского населения фиксируется в возрастном диапазоне 0-14 лет, а 1998 г., когда страна перешла на международную

практику, согласно которой возрастной диапазон детства расширился до 18 лет включительно, появилась подростковая возрастная группа детей 15-18 лет. В таком виде, информация лишает возможности использовать ее в деле по возрастной профилактики проблем со здоровьем, которые не могут быть одними для всех детей возрастного диапазона, прежде всего, от рождения и до 14 лет [12, 15, 17].

Введение в стране, в 90-х годах прошлого столетия системы медицинского страхования, с собственной компьютеризированной системой учета фактов обращения граждан в медицинские учреждения, создало новый источник информации о деятельности лечебно-профилактических учреждений во всех территориях Российской Федерации [12, 13]. В основе его - электронные базы данных амбулаторных лечебно-профилактических учреждений, отражающие конкретную персонифицированную информацию о застрахованном контингенте населения, сведения о заболеваемости которого, также заносятся в базу из упомянутой формы 025-12/у.

До настоящего времени этот ресурс не задействован в системе государственной статистики заболеваемости населения, в том числе и детского. Между тем, принцип регистрации, использованный в нем, позволяет анализировать данные



дискретно по нозологиям, а также в возрастнo-половой градации, что трудно переоценить в педиатрии с точки зрения выхода на аргументированную заблаговременную по возрасту профилактику заболеваемости детского населения страны, в том числе с учетом регионального фактора.

Первый опыт работы с электронными базами был описан Т.М. Максимовой (2001) [13], которая предложила включить для изучения заболеваемости формирование выборки из состава застрахованного населения страховых медицинских организаций. Однако, данная работа касалась только общих принципов и возможностей изучения заболеваемости населения.

На начальном этапе исследования мы приступили к изучению электронной базы территориальных фондов ОМС в регионах исследования [15, 16]. Однако, появление созданных по единому принципу электронных баз данных в поликлиниках, где накапливаются сведения для представления в территориальные фонды ОМС, позволило опереться в своем исследовании на данный ресурс [16, 17].

В каждом федеральном округе РФ была выбрана типичная территория, в которой для исследования отбирались детские поликлиники областного (краевого, республиканского) центров, малых

городов (население менее 50 тыс. человек) и сельские районы. Суммарная численность исследуемого детского населения в каждом из представленных населенных пунктов составляла не менее 15000 детей [15].

Основными условиями для отбора поликлиник были следующие:

- страховая медицинская организация не менялась в течение трех лет (2006-2008 гг.), что необходимо для использования идентификационных номеров детей, состоящих на учете;

- наличие электронной базы данных на закрепленное детское население за период 2006-2008 гг.

Для автоматизации процесса извлечения необходимых сведений из упомянутых баз данных нами был разработан программный комплекс «SOC/PEDIATRIA-2» [17] (Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2010611355 от 17 февраля 2010 года). Данный программный продукт (Рис.1) «подхватывает» необходимую персонализированную информацию (пол, возраст, организованность, дата и повод обращения, весь спектр причин обращений прикрепленного контингента), содержащуюся в файлах dbf-формата электронных баз данных ЛПУ.

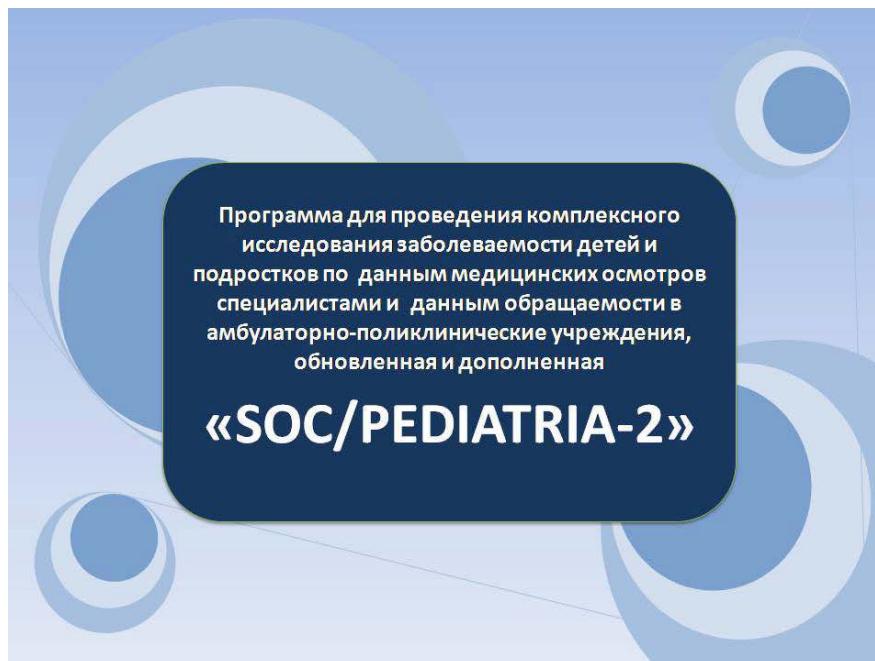


Рис.1. Заставка программы

Программа «SOC/PEDIATRIA-2», путем автоматизации трудоемких процессов, в значительной степени упрощает расчет накопленной заболеваемости по обращаемости. Кроме того, в автоматическом режиме программа по идентификационным номерам дает репрезентативную выборку прикрепленного детского населения для проведения углубленных медицинских осмотров, что требует одновременного привлечения узких специалистов, предусмотренных действующими нормативными актами. **Разработанная методология позволяет получить значения заболеваемости детского населения близкое к истинным.** Поэтому в последующем мы будем называть этот показатель **«истинная заболеваемость»**, под которой в нашем исследовании понимается накопленная заболеваемость по

обращаемости, выявленная за последние три года на одно лицо с учетом результатов медицинских осмотров выборочного контингента детей, отражающего все признаки генеральной совокупности.

На подготовительном этапе исследования исходные данные экспортируются из базы регистрации пациентов (детей и подростков) поликлиники, в которой содержатся сведения из учетной формы 025/у -12/у. Вся требуемая информация передается в виде следующих dbf-файлов: raspor - паспортные данные и diagn - данные по заболеваемости, по трем отчетным годам. В нашем исследовании ответственным исполнителем – программистом детской поликлиники извлекались данные за 2006 г. (первый отчетный год), 2007 г. (второй отчетный) и 2008 г. (третий отчетный год), по 2 dbf-файла на каждый год, которые, для дальнейшей

работы с ними, размещаются в папке "Расчет...".



Рис. 2. Алгоритм расчета общей накопленной заболеваемости.

Электронные таблицы обоих файлов имеют столбец «KOD\_MAN», содержащий идентификационный номер каждого пациента. Как правило, это номер страхового полиса ОМС, в некоторых случаях, номер свидетельства о рождении и т.д., т.е. номер, уникальный для каждого ребенка в течение нескольких лет посещения поликлиники (на весь период прикрепления), что позволяет разработанной нами программе «SOC/PEDIATRIA-2» в автоматическом режиме соотнести данные из двух dbf-файлов.

В результате II-го этапа работы с программой «SOC/PEDIATRIA-2» ответственным исполнителем (программи-

стом ЛПУ и/или зав.отделом медицинской статистики) путем относительно простых манипуляций с программой, случайным образом, создается список детей репрезентативной выборки, расчет объема которой программа проводит в автоматическом режиме после введения упоминавшихся dbf-файлов с исходными данными. Кроме того, получают ряд расчетных параметров, характеризующих различные возрастно-половые группы детского населения, и, что важно, показатель накопленной заболеваемости.

Работа проводится в следующем порядке: при запуске программы «SOC/PEDIATRIA-2», появляется рабочая

панель с кнопками «Файл», «Работа с сеансами» и «Помощь», содержащая три вкладки: «Исходные данные», «Данные осмотров», «Отчет» (вверху экрана) (рис.3). Во вкладке «Исходные данные», в соответствующие строки/окошки вводятся: наименование населенного

пункта, название амбулаторно-поликлинического учреждения, полный почтовый адрес, численность детей и подростков, прикрепленных к поликлинике, количество участков, численность участковых врачей-педиатров (фактически) по итогам каждого отчетного года.

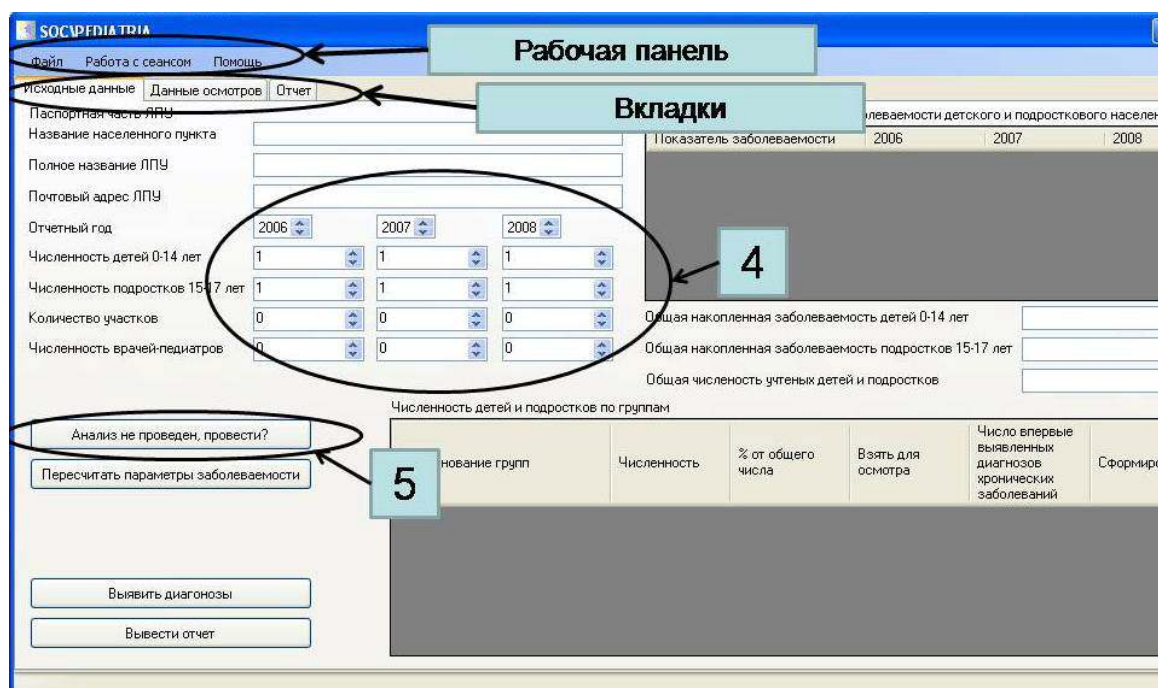


Рис. 3. Исходная панель программы.

Программа позволяет приостановить работу на любом этапе: необходимо только на рабочей панели «Работа с сеансом» нажать на «Сохранить сеанс». В дальнейшем, при последующем открытии программы, зайдя в меню «Работа с сеансом», необходимо нажать «Открыть сеанс» и в открывшемся окне выбирают созданный при сохранении файл, условно называемый нами «Детская поликлиника №....mdb».

В строке «Отчетный год» исходно установлено 2006, 2007 и 2008 годы, но

программа позволяет их менять в дальнейшем, в зависимости от стоящих задач.

Нажав кнопку «Анализ не проведен, провести?», в открывшиеся строки «год 1», «год 2» и «год 3» (в нашем случае имеются в виду года в последовательности 2006, 2007, 2008), установив курсор на окно, с которым работаем, нажатием левой кнопки мыши открываем окно с перечнем папок и файлов, открыть папку "Расчет..." (сформированную на Подготовительном этапе), устанавливаем курсор

на необходимый файл и прикрепляем его двойным щелчком левой кнопки мышки (рис.4). По единому сценарию в соответствующие графы-окошки прикрепляются и

«\_paspor1.dbf», и «\_diagn1.dbf» - за 1-й интересующий нас год, и аналогично за последующие 2 года. По завершении, нажать кнопку «Ок».

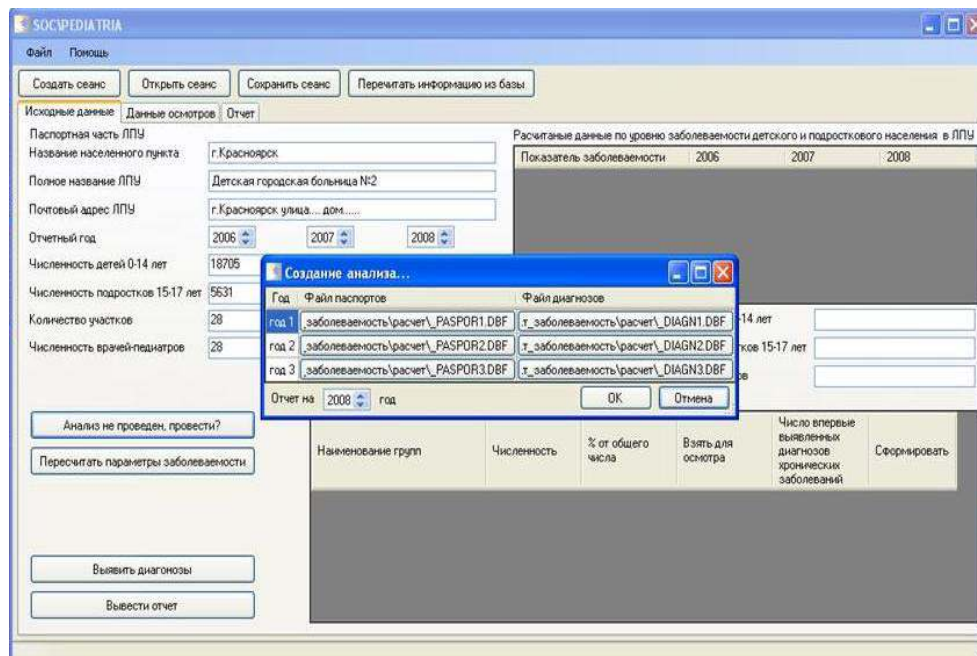


Рис. 4. Вид рабочего поля после нажатия кнопки "Анализ не проведен, провести"

Обработка данных компьютером требует некоторого времени, в зависимости от его быстродействия и объема информации (количества прикрепленных к ЛПУ детей).

Итог – заполненная таблица, содержащая показатели уровня первичной и общей заболеваемости детей 0-14 лет и подростков 15-17 лет за каждый отчетный год, а также и показатели общей накопленной заболеваемости по обращаемости для тех же возрастных групп. Таблица появится на экране компьютера справа и сверху (Рис. 4, Табл. 1).

**Пример:** представляем результаты, полученный нами в детской поликлинике г.Красноярска, где показатели первичной, общей и накопленной заболеваемости за 2006, 2007, 2008 гг. распределились, как это представлено в таблице 1. Из представленных в таблице данных, полученных нами в ЛПУ, следует, что уровень общей накопленной заболеваемости у детей и подростков выше, чем показатель общей заболеваемости за 2008 г. на 7,6 и 19% соответственно.

Таблица 1

Показатель заболеваемости	2006	2007	2008
Первичная заболеваемость детей 0-14 лет	2 020,0	2 158,4	2 294,8
Общая заболеваемость детей 0-14 лет	2 240,6	2 399,0	2 605,9
Первичная заболеваемость подростков 15-17 лет	1 204,2	1 298,8	1 191,7
Общая заболеваемость Подростков 15-17 лет	1 545,0	1 665,9	1 602,1
Общая накопленная заболеваемость детей 0-14 лет	2 804,2		
Общая накопленная заболеваемость подростков 15-17 лет	1 902,0		

В правом нижнем углу экрана автоматически формируется таблица "Численность детей и подростков по группам", содержащая сведения о численности

детей и их распределение по группам, в зависимости от регулярности их обращений в поликлинику (рис. 5).

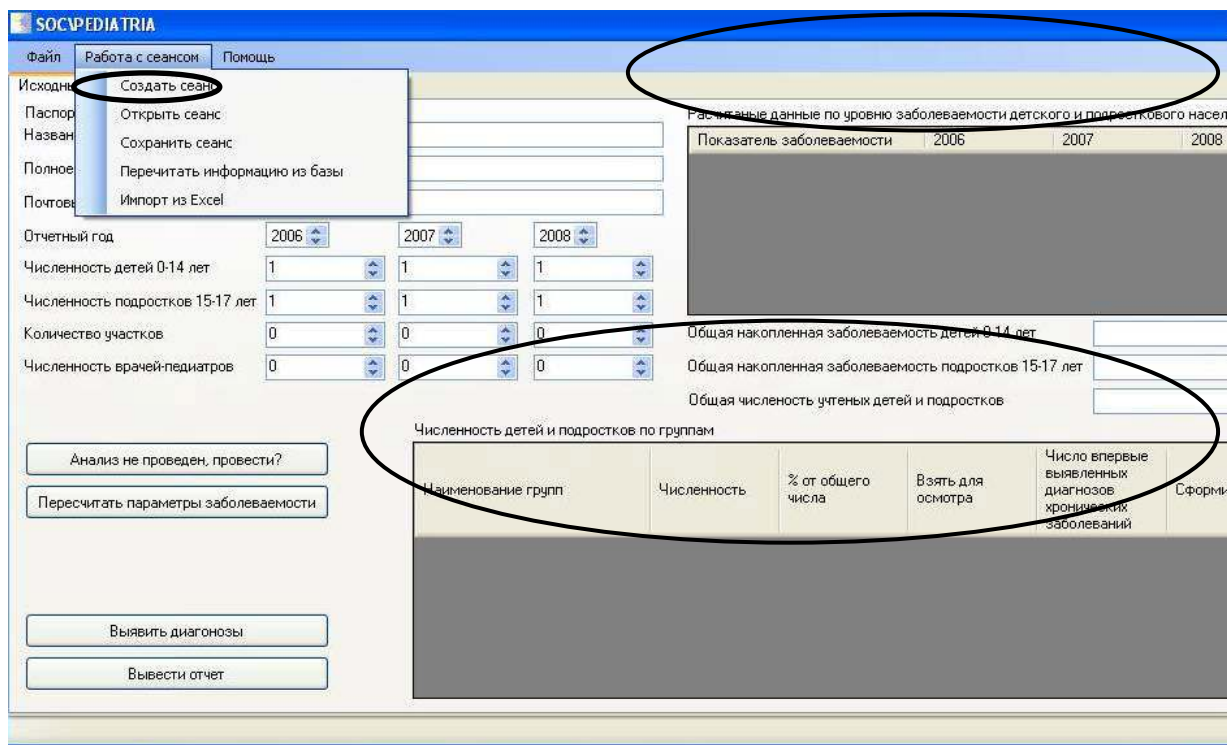


Рис. 5. Рабочее поле с таблицами, представляющими данные обработки dbf-файлов, до этапа сохранения файла «Детская поликлиника №...».

Исходя из заложенного в программу, единого для детей от 0 до 14 и 15-17-лет принципа, в группу с литерой:

А – объединены дети, обращавшиеся в ЛПУ в 2006, 2007, 2008 годах;

С - дети, посетившие ЛПУ в 2006 и 2008, но не были в 2007 году;

Д - в 2007 и 2008, но не были в 2006 году;

Г - дети, обращавшиеся только в 2008 году.

В столбце "Взять для осмотра" электронной таблицы "Численность детей и подростков по группам" будет указано, сколько детей из перечисленных групп подлежат медицинскому осмотру. Их количество рассчитано, исходя из репрезентативной выборки, отражающей все признаки генеральной совокупности (все прикрепленное к поликлинике детское население).

Нажатием кнопки «Работа с сеансом» в верхней строке рабочей панели программы открывают соответствующее окно, выбирают команду - «Создать сеанс» и создают файл формата -.mdb, условно названный «Детская поликлиника №...» (если он не создан ранее при вынужденном досрочном закрытии сеанса работы с программой). Затем, в окне "Работа с сеансом", запускают команду "Сохранить" и сохраняют файл в созданную на Подготовительном этапе папку «Расчет...».

Таким образом, у нас появляется файл формата mdb «Детская поликлиника №...», содержащий данные о заболеваемости, в него и будет заноситься информация об осмотрах.

Далее следует перейти на вкладку «Данные осмотров», которая находится на рабочей панели программы (Рис. 3, 4).

Исходя из рассчитанного ранее объема выборки, автоматически, методом случайного отбора, будет сформирован

список детей с индивидуальными, под которыми они фигурируют в dbf-файлах электронной базы ЛПУ, номерами (репрезентативная выборка). Кроме того, в списке отражены данные о возрасте (по дате рождения), поле, соответствующее организованности и группе здоровья ребенка.

Закрывается подпрограмма стандартно - нажатием на крестик вверху экрана.

Следующим шагом является формирование списка детей, которые подлежат медицинскому осмотру, для чего:

а) открываем файл «Детская поликлиника №...mdb» в папке "Расчет" (см. выше). Среди пяти таблиц есть таблица «PEOPLE», первый ее столбец – это индивидуальные номера детей, подлежащих осмотру;

б) нажатием левой кнопкой мыши выделить таблицу «PEOPLE», после чего нажать правую кнопку мыши, выбрать пункт «Экспорт» - в «Excel» и экспортировать всю таблицу. В появившемся окне нажатием кнопки «Обзор» сохранить таблицу «PEOPLE» в папке «Расчет». Закрыть файл «Детская поликлиника №...mdb»;

в) при помощи программы регистрации пациентов ЛПУ создаем файл формата Excel, который имеет столбцы: код ребенка, фамилия, имя, отчество ребенка, город, улица, дом, квартира, где проживает ребенок, номер участка. Мы

присвоили этому файлу название «Дети». Его формирует программист поликлиники при помощи программы регистрации пациентов ЛПУ, которая уже содержит информацию по всему, прикрепленному к поликлинике детскому населению. Данные не подлежат передаче в другие учреждения, т.к. является конфиденциальной информацией;

г) потребуется программа Access (т.к. эта программа позволяет создать электронную таблицу достаточной емкости для необходимого количества заносимых данных, кроме того, она позволяет по запросу соединить столбцы,

чего в других программах не предусмотрено); в папке «Расчет» создаем новый документ в программе Access, нажав на пустом поле на правую кнопку мыши (рис.6). Необходимо открыть этот документ, и, нажав на кнопку «Импорт», в появившемся окне «Обзор» выбрать файл «PEOPLE» Excel-формата (рис.7);

д) на рабочей панели документа Access нажмите на кнопку «Конструктор запросов» - появится пустой запрос, куда необходимо добавить таблицы «PEOPLE» и «Дети», двойным нажатием на данные таблицы (Рис. 8);

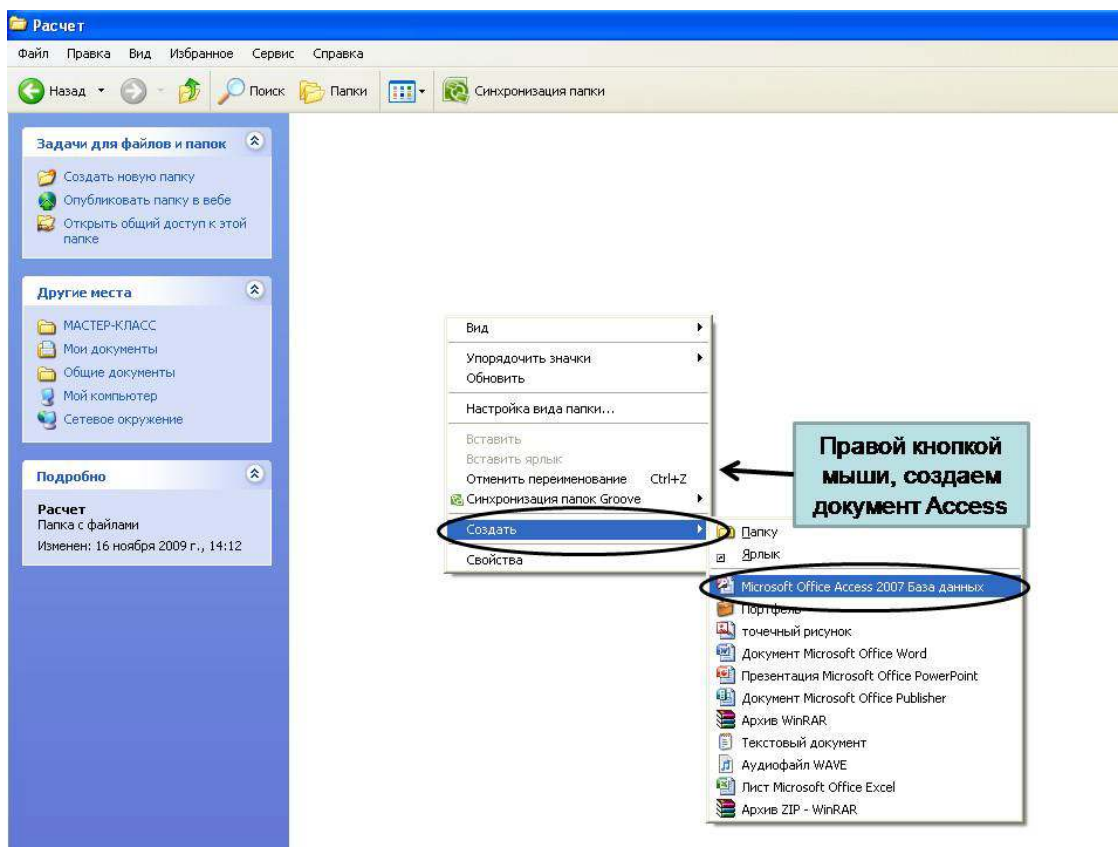


Рис. 6. Создание нового документа Access



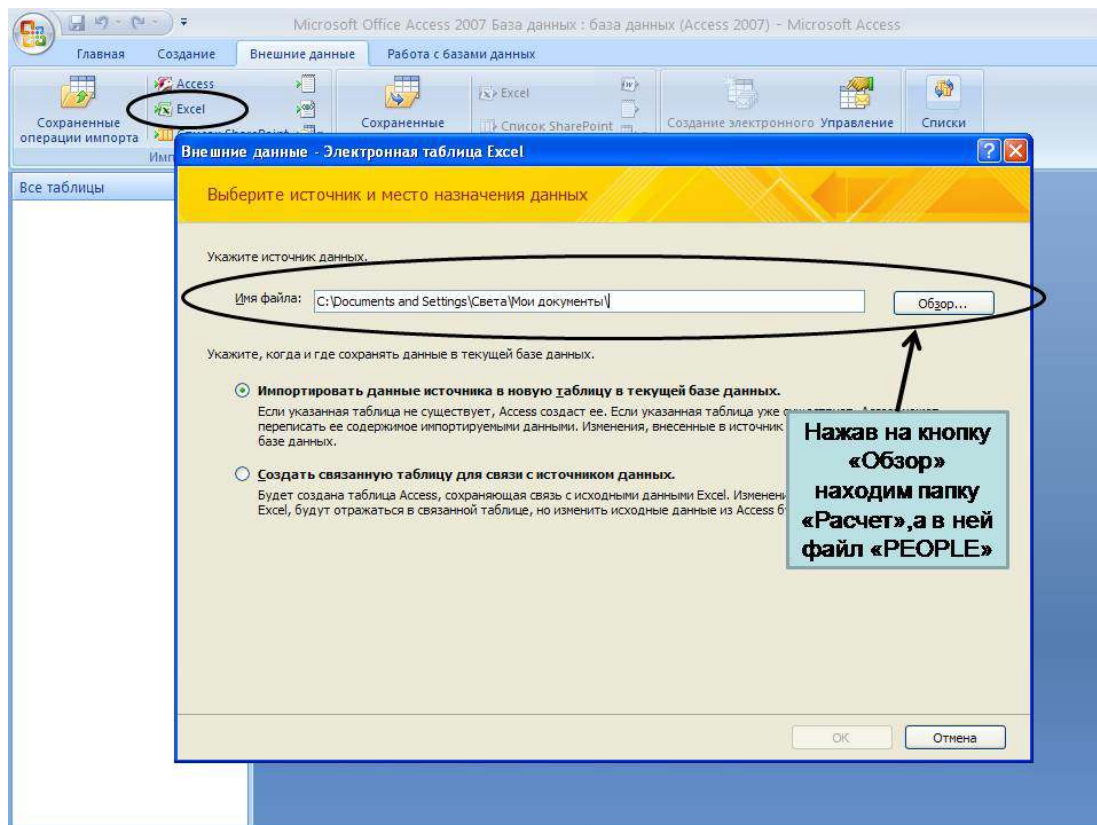


Рис. 7. Импорт файла «PEOPLE»

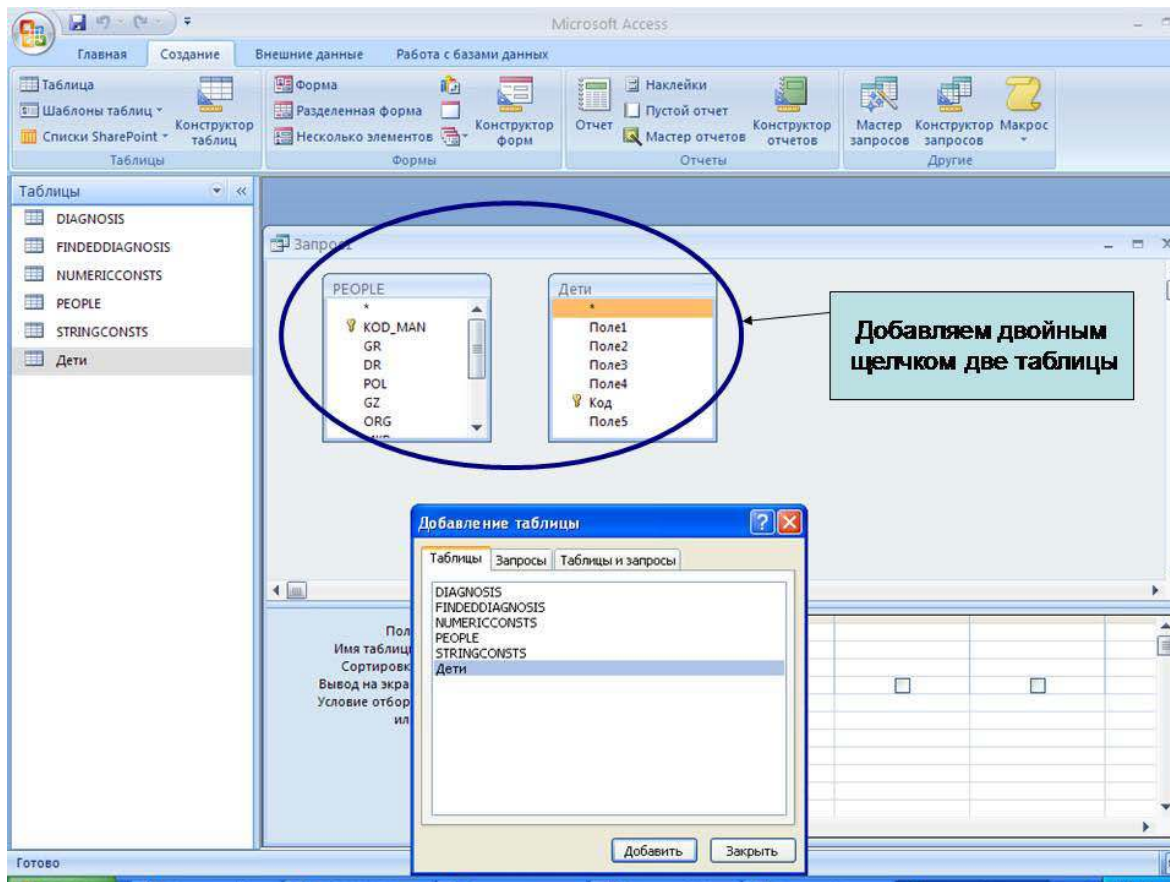


Рис. 8. Рабочее поле для формирования списка детей, подлежащих осмотру

е) таблицы объединяют по полю «KOD\_MAN» (Рис. 8), нажав на левую кнопку мыши и не отпуская. Полученный запрос будет содержать, помимо индивидуальных кодов детей репрезентативной выборки, подлежащих осмотру, и их Ф.И.О., адрес места жительства и номер участка. Данный запрос сохраняем под названием «Осмотр»;

ж) левой кнопкой мыши щелкнуть на запросе «Осмотр», при его выделении, необходимо нажать правой кнопкой мыши и выбрать пункт «Экспорт» - в «Excel». В появившемся окне, нажатием кнопки «Обзор», сохраняем данный запрос в папке «Расчет». После чего закрываем документ Access (см. рис.8).

В итоге, **в электронном виде**, на основе автоматически рассчитанной репрезентативной выборки исходя из прикрепленного к ЛПУ контингента, **будет получен список детей, подлежащих осмотру**. Дети в списке уже исходно сгруппированы по участкам, с указанием Ф.И.О., места рождения и номера участка. Список в электронном виде и/или на бумаге (по усмотрению), предоставляется лицу в поликлинике, которое будет отвечать за организацию и проведение медицинского осмотра этих детей.

Сведения детей из репрезентативной выборки, которым в течение текущего года (в нашем исследовании – с

01.01.2009 по момент начала работы в конкретном ЛПУ) были проведены полноценные медицинские осмотры, в рамках диспансеризации, предусмотренной действующей нормативной базой для декретируемых возрастов или в связи с декретируемыми событиями, - можно внести их в программу посредством прикрепления файла формата Excel. Для этого в Excel создается таблица из 3-х столбцов, куда, из программы регистрации пациентов ЛПУ, переносятся коды детей, шифры диагнозов хронических заболеваний по МКБ-10, специальности врачей, выставивших эти диагнозы. По заполнении, данные из Excel переносятся в программу, для чего (Рис. 5): нажав кнопку – «Работа с сеансом», необходимо выбрать команду «Импорт из Excel» (нижняя из приведенных в окне) и выделить поля, данные из которых будут перенесены в программу. В итоге на некоторое число детей вкладка «Данные медицинских осмотров» уже будет заполнена.

**Организация и проведение осмотров** детей происходит на основе действующих нормативных документов, регламентирующих подобного рода мероприятия для детей различных возрастных групп, что позволяет провести обследование по единому стандарту на всей территории страны и получить сопоставимые результаты [15, 16, 17].

Перечень приказов, регламентирующих состав бригад и объем обследования:

- Приказ: МЗСР РФ № 307 от 28.04.2007 г. "О стандарте диспансерного (профилактического) наблюдения ребенка в течение первого года жизни";
- Приказ МЗ РФ № 151 от 07.05.1998 г. "О временных отраслевых стандартах объема медицинской помощи детям" (с изменениями от 28.04.2007 г.):
  - ✓ Приложение 23. "Временные отраслевые стандарты по профилактической работе с детьми в возрасте от одного до трех лет";
  - ✓ Приложение 24. "Временные отраслевые стандарты по профилактической работе с детьми в возрасте от 4-х до 18-ти лет";
- Приказ МЗ РФ № 81 от 15.03.2002 г. "О проведении Всероссийской диспансеризации детей в 2002 году";
- Приказ МЗС РФ № 310 от 09.12.2004 г. "Об утверждении карты диспансеризации ребенка";
- Приказ Минздрава РФ от 30 декабря 2003 г. N 621 "О комплексной оценке состояния здоровья детей";

и другие, по мере вступления их в силу, включая местные.

На основании сформированных списков, лицо, ответственное в ЛПУ за проведение осмотров детей составляет рациональный

график осмотров в поликлинике. Проводятся осмотры на базе поликлиники силами бригады врачей-специалистов. Если детская поликлиника не укомплектована собственными специалистами, то привлекаются специалисты других медицинских учреждений в установленном порядке, либо высших образовательных медицинских учреждений региона, по согласованию лиц ответственных за изучение заболеваемости с соответствующим департаментом здравоохранения территории.

Согласно действующей нормативной базе, состав бригад специалистов, варьирует в зависимости от пола и возраста детей, что учтено в представляемой программе «SOC\_PEDIATRIA-2».

При наличии в поликлинике или в распоряжении бригады программно-аппаратного комплекса «АКДО», предназначенного для раннего выявления отклонений в здоровье детей и подростков в рамках профилактических осмотров, возможно его использование согласно действующим регламентам.

По результатам осмотра, при выявлении хронического заболевания, специалист бригады, устанавливает диагноз согласно МКБ-10, который заносится в амбулаторную карту ребенка и статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов (ф. 025-12/у), диагнозы, установленные впервые,

- отмечаются. В случае, если специалистом принято решение о снятии диагноза хронического заболевания, это обязательно указывается, для чего предусмотрена соответствующая индикация.

Если в рамках осмотра ребенка бригадой специалистов установить окончательный диагноз не представляется возможным, и он направляется на консультацию в вышестоящие учреждения, то уточненный диагноз заносится в программу, по его установлению, на основании выписки/заключения этого учреждения.

В итоге данного этапа педиатр, входящий в состав врачебной бригады, ставит заключительный диагноз и заносит рекомендации по дальнейшему наблюдению в амбулаторную карту. Оператор/программист заносит данные в

соответствующие разделы программы «SOC\_PEDIATRIA-2» из амбулаторной карты или из талона (ф. 025-12/у) для заключительных (уточненных) диагнозов. Для этого нажатием на рабочей панели программы кнопки «Работа с сеансом», запускается команда – «Открыть сеанс» и в папке «Расчет», выбирается файл «Детская поликлиника... .mdb», который мы создали ранее. После перехода во вкладку «Данные осмотров», включающую в себя сведения: индивидуальные номера детей, диагнозы хронических заболеваний, выявленных в ходе осмотра, диагнозы хронических заболеваний, выставленные в течение 3-х лет наблюдения в поликлинике, заключение педиатра, расчет истинной заболеваемости, фильтры (рис. 9).

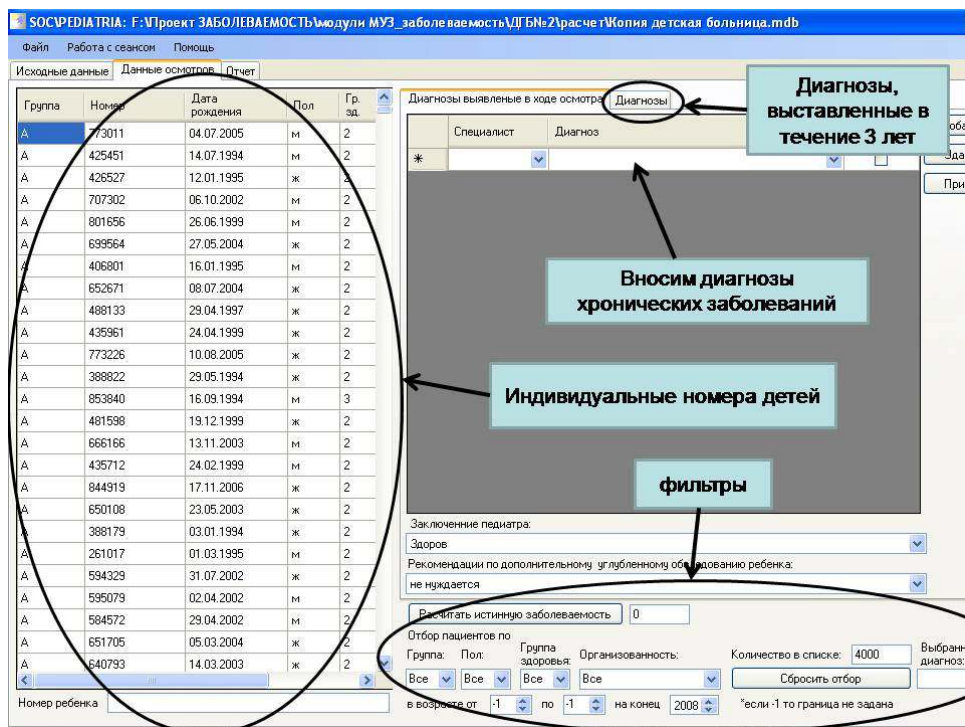


Рис. 9. Рабочее поле вкладки «Данные осмотров» программы

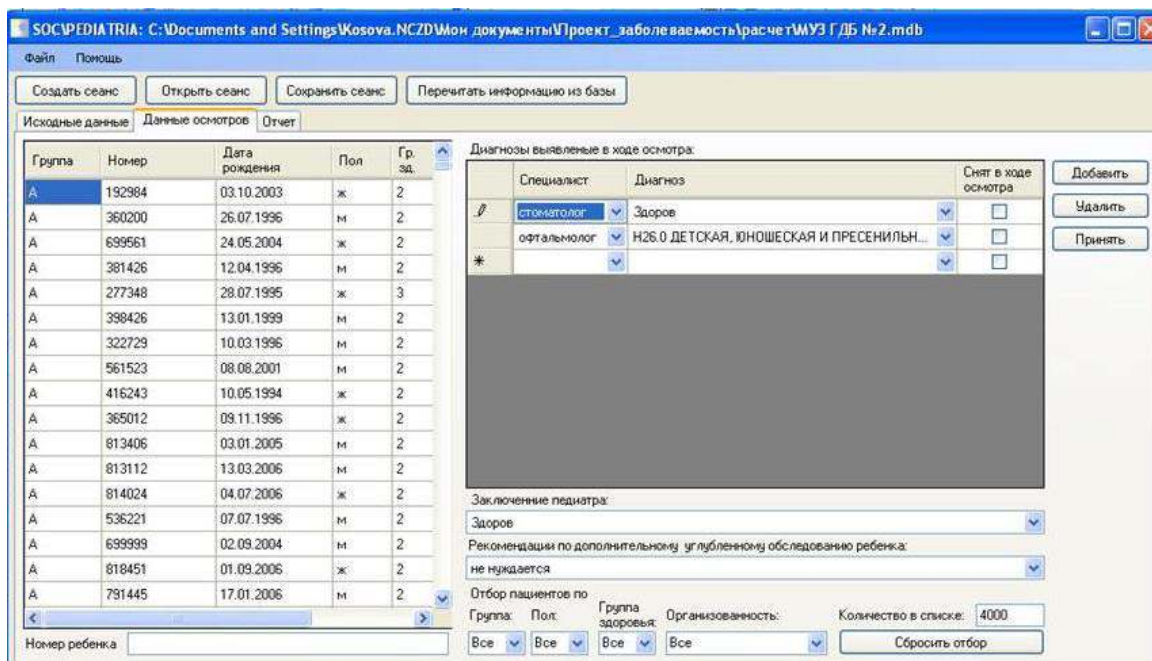


Рис. 10. Рабочее поле вкладки "Данные осмотров" для занесения диагнозов в программу. Занесение результатов медицинских осмотров в программу может быть осуществлено **двумя способами:**

I – соответствует таковому, описанному выше для детей, прошедших подробный осмотр в течение текущего года на момент проведения исследования;

II - диагноз заносится из ф. 025-12/у в программу SOC/PEDIATRIA по МКБ-10, путем выбора из имеющегося в программе списка во всплывающем окне, нажатием на маленький треугольник справа строки (Рис. 10).

Отмечается и какой специалист поставил диагноз, из списка специалистов, также появляющегося во всплывающем окне, путем нажатия на треугольник справа от строки. Диагнозы, снятые в ходе осмотра, отмечаются в программе флажком в соответствующей ячейке. По занесении всех данных сеанс работы

завершается нажатием кнопки «Сохранить сеанс», находящейся в меню во вкладке «Работа с сеансом» рабочей панели программы.

**В итоге, для дальнейшего обобщения/работы, в лабораторию медико-социальных проблем охраны здоровья детей направляется папка «Расчет» с шестью файлами dbf-формата и файлом «Детская поликлиника...» mdb-формата, на чем работа в ЛПУ завершается.**

В распоряжении ЛПУ остаются все полученные в ходе исследования результаты по заболеваемости, которые можно использовать для обоснования организационных решений, и программа «SOC/PEDIATRIA-2» (с инструкцией для пользователей). Программу целесообразно использовать и далее в режиме ежегодного мониторинга ситуации с

заболеваемостью детей, прикрепленных к ЛПУ, что предусмотрено (годы можно менять). Получаемые таким образом на регулярной основе данные станут объективной основой для принятия обоснованных решений о наиболее оптимальном распределении сил и средств и контроле его эффективности, о приведении к уровню реальной потребности количества медицинского персонала и узких специалистов.

На уровне ЛПУ, получение всего возможного спектра сведений, предоставляемых программой «SOC\_PEDIATRIA-2», по завершении ввода необходимых данных, достигается путем простых манипуляций, для чего:

- при помощи строки «Отбор пациентов по: » во вкладке «Данные осмотров» существует возможность ввести фильтры, позволяющие провести автоматическую сортировку и обработку данных в зависимости от возраста, пола, группы здоровья, организованности детей и подростков, а также произвести расчет их истинной заболеваемости, нажав на кнопку «Выявить истинную заболеваемость» (Рис. 9). Для этого необходимо определиться с интересующими фильтрами, соответствующими поименованным признакам;

- при нажатии на первой вкладке в окне «Исходные данные» (Рис. 3-5) кнопки «Выявить диагнозы» (нижний правый

угол), в таблице справа – «Численность детей и подростков по группам» в соответствующем столбце появятся сведения количестве новых диагнозов выявленных в ходе осмотров у детей различных групп. При нажатии кнопки «Сформировать» - напротив каждой группы детей откроется таблица с индивидуальными номерами детей, у которых в ходе осмотра хронические заболевания были установлены впервые;

- после нажатия на первой вкладке «Исходные данные» на кнопку «Вывести отчет» (Рис. 3), в автоматическом режиме, согласно введенным ранее параметрам фильтров, будет сформирован «Отчет» с полученными в результате автоматической обработки результатами.

Таким образом, разработанный нами для расчета общей накопленной и истинной заболеваемости детского населения Российской Федерации программный продукт «SOC\_PEDIATRIA-2», по обращаемости и на основании осмотра детей случайным образом автоматически созданной репрезентативной выборки популяции прикрепленного к ЛПУ детского населения уже на первом этапе, по занесении данных учетной статистической формы "Ф. 025-2/у" из dbf-файлов электронной базы ЛПУ, предназначенных для архивирования сведений и передачи данных в территориальные структуры ОМС, позволяет оперативно

получить исчерпывающую информацию в необходимом, вплоть до годового, дискретном виде по возрастам, а также по полу, информацию о структуре заболеваемости прикрепленного к ЛПУ контингента, что дает базу для аргументированной разработки и проведения по возрасту профилактических мер и способной существенно снизить заболеваемость прикрепленного населения. Эти сведения, дополненные результатами осмотров детского населения из составленного программой случайным образом списка репрезентативной выборки, дадут представление об истинном уровне заболеваемости детей, наиболее достоверно отражающем состояние здоровья детского населения.

Кумуляция и обработка собранных по предложенному алгоритму данных в едином центре предоставит возможность

оперативно получать информацию, наиболее достоверно отражающую состояние здоровья детского населения, чем ныне существующая, основанная исключительно на регистрации обращаемости в ЛПУ в течение года. Истинные сведения необходимы для оценки состояния здоровья детского и подросткового населения, оценки эффективности оказываемой медицинской помощи и принятия научно-обоснованных эффективных организационных решений по распределению сил и средств, о спектре и количестве необходимых специалистов и коечного фонда.

Разработанный нами в рамках данного исследования программный продукт может быть использован и в процессе обучения студентов медицинских ВУЗ-ов и в системе постдипломного образования врачей-педиатров.

#### Список литературы

1. Церковный Г.Ф., Казаков Б.Н., Шахгельдянц А.Е. Поляков Л.Е. Заболеваемость // БМЭ. – М.: "Советская энциклопедия", 1978. - Т. 8. - С. 268-273.
2. Медик В.А. Заболеваемость населения: история, современное состояние и методология изучения. М.: "Медицина", 2003. - 512 с.
3. Бондарь В.И. Право ребенка на здоровье нельзя гарантировать в полной мере, не располагая истинными значениями заболеваемости детского населения // Права ребенка, 2008, № 1. – С. 24-30.
4. Максимова Т.М. Белов В.Б., Лушкина Н.П. и др. Состояние здоровья, условия жизни и медицинское обеспечение детей в России. – М.: PerSe, 2008. – 367 с.
5. Здоровье детей России. / Ред. А.А.Баранов. –М.: 1999. – 273 с.
6. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю. Смертность детского населения России (тенденции причины и пути снижения). – М.: Союз педиатров, 2009. – 392 с.
7. Доклад о развитии человеческого потенциала в Российской Федерации за 2006/2007 гг. / Под общей редакцией проф. С.Н. Бобылева и А.Л. Александровой. М.: Весь Мир, 2007. — 144 с.
8. Бондарь В.И., Волков И.М., Модестов А.А., Родионов В.А. Динамика структуры заболеваемости детского населения России в 1995-2005 гг. // Сборник материалов XII Кон-

- гресса педиатров России “Актуальные проблемы педиатрии”, Москва, 19-22 февраля 2008 г. - М., 2008, с. 50-51.
9. Стародубов В.И., Баранов А.А., Альбицкий В.Ю. Концепция федерального атласа "Региональные факторы и особенности состояния здоровья детского населения Российской Федерации" // Педиатрия. 2005. № 1. - С. 10-13
  10. Бондарь В.И. Состояние здоровья детей свидетельствует об истощении адаптационных резервов человека. // В сб.тр. Междунар. конгресса "Здоровье, обучение, воспитание детей в XXI веке". - М.,2004. – Т. I. - С. 172-175.
  11. Баранов А.А., Лапин Ю.Е. Государственная политика в области охраны здоровья детей: вопросы теории и практики. – М.: Союз педиатров России, 2009. – 349 с.
  12. Модестов А.А., Бондарь В.И., Волков И.М. и др. Методические подходы к изучению заболеваемости детского населения // Права ребенка. 2008. - С. 4-9.
  13. Методические рекомендации по анализу баз данных страховщиков для изучения заболеваемости населения субъекта Российской Федерации и объемов оказанной медицинской помощи (разработаны коллективом научных сотрудников под руководством зав. отделом исследования закономерностей формирования общественного здоровья д.м.н., профессора Т.М.Максимовой). М.: 2001. - 42 с.
  14. Роменский А.А. Основные показатели состояния здоровья населения и пути дальнейшего совершенствования комплексной методики их получения. Автореф. дисс. на соиск. уч. ст. доктора мед. наук. М., 1997. - 43 с.
  15. Альбицкий В.Ю., Антонова Е.В., Баранов А.А. и др. Методические рекомендации по изучению заболеваемости детского населения. М.: Союз педиатров России. 2009. - 40 с.
  16. Альбицкий В.Ю., Модестов А.А., Бондарь В.И. и др. Порядок изучения заболеваемости детского населения. Инструкция. М.: Союз педиатров России, 2009. - 11 с.
  17. Альбицкий В.Ю., Модестов А.А., Бондарь В.И. и др. Алгоритм работы с программным обеспечением «SOC/PEDIATRIA-2». М.: Научный центр здоровья детей Российской академии медицинских наук, Союз педиатров России, 2009. - 19 с.

---

Альбицкий Валерий Юрьевич - д.м.н., проф., зав. отделением социальной педиатрии Учреждения РАМН "Научный центр здоровья детей РАМН", тел.: 8(495) 967-14-19, e-mail: albicky@nczd.ru



## ИНТЕГРАЦИЯ ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКИХ СИСТЕМ В ОТРАСЛЬ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАК ИНСТРУМЕНТ ДЛЯ РЕШЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПРОБЛЕМ

**Плаксина А.Н., Ковтун О.П.**

*Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования  
Уральская государственная медицинская академия Росздрава*

Учитывая высокую частоту бесплодных супружеских пар, достигающую 20% в Российской Федерации, решением проблемы является использование вспомогательных репродуктивных технологий. Однако данные отечественных и зарубежных исследований, посвященных качеству здоровья детей, рожденных с помощью применения вспомогательных репродуктивных технологий, варьируют, причем выводы во многом противоположные. Основываясь на показателях мета-анализов, становится очевидным актуальность создания системы комплексного мониторинга за состоянием здоровья этой группы детей. В рамках достижения поставленной цели была создана автоматизированная информационно-аналитическая система мониторинга - программа для ЭВМ, для профилактики и предупреждения заболеваемости, инвалидности и смертности столь долгожданных детей.

**Ключевые слова:** вспомогательные репродуктивные технологии, состояние здоровья детей, информатизация здравоохранения, автоматизированная информационно-аналитическая система мониторинга

### The integration infoanalytic systems in public health as a tool for solving reproductive problems

*Plaxina A.N., Kovtun O.P.*

*Scientific and Practical Center "Bonum", Ekaterinburg  
Ural State Medical Academy, Ekaterinburg*

Considering this fact that there are over 20% of couples in Russian Federation may be unable to have the children, the decision of the problem is the use assisted reproductive technology (ART). There are both pros and cons that must be weighed when considering about health of ART-babies. The levels of children's health vary immensely among countries. Based on a systematic review of the recent Russian and foreign literature it is obvious that ART-babies needed in special complex monitoring system which estimates the health condition. For achieving this purpose we created automatic infoanalytic monitoring program for PC. It will improve the quality of their health, decrease morbidity, disability and mortality of this long-awaited babies.

**Keywords:** assisted reproductive technology, health condition of the children, information management system in public health, automatic infoanalytic monitoring program.

Согласно «Концепции развития системы здравоохранения в Российской Федерации (РФ) до 2020 года» для обеспечения устойчивого развития РФ сохранение и укрепление здоровья населения должно являться одним из приоритетов государ-

ственной политики [1]. В основе данной концепции находится первичная профилактика, формирование здорового образа жизни, а также повышение доступности и качества медицинской помощи, в частности, за счет информати-

зации отрасли здравоохранения. Необходима не только автоматизация процесса информационного взаимодействия между учреждениями и организациями системы здравоохранения, органами управления здравоохранением субъектов РФ, федеральными органами исполнительной власти, обеспечивающими реализацию государственной политики в области здравоохранения, но и комплексный подход, гарантирующий преемственность и комплаентность на этапах профилактического, лечебно-диагностического и реабилитационных звеньев оказания высококвалифицированной медицинской помощи.

Одной из составляющих сохранения и укрепления здоровья, с учетом высокого уровня потерь населения, снижения средней продолжительности жизни, сокращения детской популяции, является повышение рождаемости. Однако существующая частота бесплодных браков в РФ составляет более 20% среди супружеских пар, что, по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), является критическим уровнем [2]. В Свердловской области зарегистрировано около 300 тысяч бесплодных и бездетных супружеских пар, данный показатель по РФ составляет более 6 миллионов пар. Решением проблемы является использование вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), что, по мнению ВОЗ,

представляется самым эффективным методом лечения бесплодия [3]. Не менее важным аспектом продуктивного способа решения демографической проблемы, входящей в список приоритетных задач государственной политики РФ и правительства Свердловской области, является полнота оказания помощи семейной паре как на этапе планирования, зачатия и вынашивания беременности, так и на этапе последующего мониторинга за детьми, родившимися в результате применения репродуктивных технологий.

По данным систематических обзоров и мета-анализов (Cochrane database), осложнениями технологий ВРТ являются многоплодные беременности и преждевременные роды, что взаимодополняет друг друга и вносит большой вклад в формирование соматоневрологической патологии у детей [4, 5]. Показатели перинатальной патологии, инвалидности, смертности, качества здоровья и жизни детей, рожденных при использовании репродуктивных технологий, имеют в два-три раза худшие результаты, чем у детей, зачатых естественным путем [6, 7]. При оценке состояния здоровья детей не учитываются причины, приведшие к бесплодию, большинство научных работ носят эмпирический характер, данные же, соответствующие критериям доказательной медицины варьируют, причем выводы во многом противоположные [8, 9].

Исходя из мета-анализа, включающего 19462 детей, рожденных при помощи ВРТ, представлено отношение шансов развития детского церебрального паралича (ДЦП) при преждевременных родах, как 2,18, по сравнению с детьми, зачатыми естественным путем [10].

Существующая разрозненность, отсутствие преемственности и комплаентности между врачом и семьей, прибегнувшей к применению ВРТ, приводит к тому, что столь долгожданные младенцы, а в среднем стаж бесплодия составляет около 10 лет, после рождения наблюдаются в общие декретируемые сроки, что приводит к накоплению неврологической, соматической патологии и у части детей к формированию инвалидности уже к возрасту одного года.

Швейцарскими экономистами была создана математическая модель себестоимости процедур ВРТ и возмещения правительственных инвестиций в течение жизни потенциального налогоплательщика и продемонстрирован семикратный возврат затраченных правительством вложений при трудовой занятости в производстве будущего специалиста, однако, в данной модели не учтены показатели патологии, инвалидности и смертности, характерные для этой группы детей [11].

С учетом имеющихся сведений, а также с повышенной потребностью населения в

применении данных технологий, **целью работы** послужила необходимость создания гармоничной модели мониторинга за детьми, родившимися в результате применения репродуктивных технологий, кумулирующая информацию с этапа планирования, зачатия и вынашивания беременности, родоразрешения, а также последующего перевода ребенка на амбулаторный этап либо на этапы лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ). С целью достижения максимальной объективизации состояния проблемы необходима регистрация, комплексная оценка и динамическое наблюдение, путем практической реализации модуля сбора и передачи данных с проверкой достоверности информации в рамках компьютерного регистра, обеспечивающего преемственность, начиная с осуществления процедуры оплодотворения, с учетом этиологии бесплодия, ведения беременности, рождения ребенка и катамнестического наблюдения, что позволит отслеживать здоровье и качество жизни, учитывать и применять профилактику младенческой заболеваемости, инвалидности и смертности, а также реализацию и эффективность выделяемых квот из федерального и областного бюджета на проведение методик ВРТ.

В рамках достижения поставленной цели была создана автоматизированная

информационно-аналитическая система мониторинга - регистр (программа для ЭВМ).

**Материалы и методы.** Технические требования, предъявляемые к автоматизированной системе: тип ЭВМ - PC совместимый (IBM PC), процессор Intel Pentium III и выше; язык программирования Microsoft Visual Basic 6.3; вид и версия операционной системы Microsoft семейство Windows; приложение Microsoft Access; объем произведения: 16 Мб (шестнадцать мегабайт), 42 листинга исходного кода. Создана технология сбора, передачи и хранения данных с проверкой их целостности и непротиворечивости, осуществлена практическая реализация модуля сбора и передачи данных с проверкой достоверности информации, внедрён программный контроль оперативности ввода и корректур данных, разработан программный комплекс анализа полученной информации.

**Результаты и их обсуждение.** Программа для ЭВМ включает в себя четыре основных блока. Первый блок «Анамнестический этап», содержащий информацию о паспортных данных, социальном статусе семьи, как правило, отягощенном соматическом и акушерско-гинекологическом анамнезе матери, с учетом предыдущих беременностей и их исходов, течения и особенностей

настоящей беременности и родов, лабораторно-инструментальных методов исследования на данном этапе. Подробно выделен подраздел – ВРТ, включающий в себя порядковый номер и метод ВРТ, исходы предыдущих методик, количество подсаженных и оставленных эмбрионов, причины бесплодия и лабораторно-инструментальные методы регистрации (эндокринологические, гемостазиологические, иммунологические, малоинвазивные), получаемую терапию и причины ее назначения.

Во втором блоке содержатся этапы наблюдения детей в лечебно-профилактических учреждениях, в которых ребенок получал специализированную медицинскую помощь. Раздел «Родильного дома» отражает период нахождения ребенка с момента родового зала, течение неонатального периода и особенности оказания реанимационной помощи, если таковая была, с описанием манипуляций, медикаментозной терапии; включая лабораторно-инструментальные методы исследования; сроки госпитализации ребенка в родильном доме, исходы и результаты лечения, а также место и причина перевода ребенка из родильного дома. Разделы «Отделение патологии новорожденных», «Отделение хирургии новорожденных», «Отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных» содержат информацию об этапности

ведения ребенка и получения высокоспециализированной медицинской помощи, с указанием особенностей течения заболевания, лабораторно-инструментальных методов исследования и консультаций специалистов, проводимых манипуляций и медикаментозной терапии.

Третьим блоком является «Диагностический», который заполняется на всех этапах госпитализации ребенка и включает в себя, помимо общеклинических анализов, такие исследования, как гемостазиограмма и определение полиморфизмов генов тромбофилии, гормональный и иммунологический статус, полимеразно-цепная реакция в реальном времени и иммуноферментный анализ, а также рентгенографические и ультразвуковые методы визуализации.

Четвертый блок «Амбулаторный этап» оценивает динамическое наблюдение детей на педиатрическом участке (массовые показатели, нервно-психическое развитие, вакцинопрофилактика, вскармливание, этапы госпитализации ребенка и проводимая терапия, лабораторно-инструментальная диагностика и консультации специалистов, оценка качества жизни, в соответствие с опросником QUALINE [12].

При функционировании данного мониторинга, с учетом приоритетности выявленной патологии у детей, рожден-

ных при помощи ВРТ, возможна корректировка существующих стандартов наблюдения, для оптимизации перечня консультативных приемов, лабораторных и функциональных методов исследования, а также разработка системы диспансеризации детей в рекомендуемые декретируемые сроки, с учетом этиологии бесплодия, основных соматических и неврологических проблем.

Данный регистр, в соответствии с Федеральным законом «О персональных данных» отвечает таким требованиям, предъявляемым в статьях закона, как принципы обработки персональных данных (ст.5), что подразумевает законность целей и способов обработки персональных данных и добросовестности; условия обработки персональных данных (ст.6), согласно которой обработка персональных данных может осуществляться оператором с согласия субъектов персональных данных и подписанием информированного согласия на обработку своих персональных данных (ст.9); их конфиденциальность (ст.7) и выделение специальных категорий персональных данных, при которых обработка осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально

занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну (ст.10)[13].

Программа для ЭВМ позволит кодировать данные об именах и адресах пациентов, гарантировать контроль своевременности ввода данных лечебного цикла, производить проверку наличия ошибок ввода и реализовывать возможность оперативной корректировки данных.

**Заключение.** Разработанный регистр позволяет решать такие задачи, как: регистрация, обработка (построение аналитических таблиц) и хранение медицинской информации; активный вызов и мониторинг больных; информационное обеспечение врачей и органов управления здравоохранением (для планирования видов и объемов медицинской помощи); создание отчетов по больным с динамикой клинических, лабораторных и инструментальных

данных; анализ структуры больных в соответствии с МКБ-10; учет групп здоровья детей; своевременная профилактика перинатальной и младенческой смертности, инвалидности. Данный регистр позволит организовать катamnестическое наблюдение за детьми, рожденными при помощи ВРТ, оценить состояние здоровья с высокой степенью достоверности, что повысит качество профилактических и лечебно-диагностических мероприятий при оказании медицинской помощи детям во все возрастные периоды.

Данная программа для ЭВМ является победителем программы «Участник Молодежного Научно-Инновационного Конкурса» («УМНИК») - 2009. Получено свидетельство о государственной регистрации программ для ЭВМ № 2010612465 от 08.04.2010.

#### Список литературы

1. Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г. [Электронный ресурс] // Официальный сайт Министерства здравоохранения и социального развития РФ. URL: <http://www.minzdravsoc.ru/health/zdravo2020/14> (дата обращения 15.05.2010).
2. Адамян Л.В. Состояние и перспективы репродуктивного здоровья населения России/ Л.В. Адамян, Г.Т. Сухих // Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний. – М., 2007. – С. 5–19.
3. Vayena E. Current practices and controversies in assisted reproduction: report of a WHO meeting / E. Vayena, P. Rowe, P.D. Griffin // Geneva, World Health Organization, 2002.
4. McDonald S. Systematic review and meta-analysis of perinatal outcomes of in vitro fertilization singletons/ S.McDonald, K. Murphy, A. Ohlsson // Cochrane Colloquium, Ottawa 2004 P-099

5. McDonald S. Systematic review and meta-analysis of perinatal outcomes of in vitro fertilization twins / S.McDonald, K. Murphy, A. Ohlsson // Cochrane Colloquium, Ottawa 2004 P-099.
6. Assisted reproductive technology surveillance-United States, 2005/ V.C. Wright, J. Chang , G. Jeng [et all.] // MMWR Surveill Summ. 2008 Jun 20;57(5):1-23.
7. Perinatal outcomes of singleton pregnancies achieved by in vitro fertilization: a systematic review and meta-analysis/ S.D. McDonald, K. Murphy, J. Beyene [et all.] // J Obstet Gynaecol Can. 2005 May;27(5):449-59.
8. Cognitive development following ART: effect of choice of comparison group, confounding and mediating factors / C. Carson, J.J. Kurinczuk, A. Sacker, Y. [et all.] // Hum Reprod. 2010 January; 25(1): 244–252.
9. Ковтун О.П. Факторы риска и подходы к оценке состояния здоровья детей, рожденных с помощью вспомогательных репродуктивных технологий (обзор литературы) / О.П. Ковтун, В.В. Ковалев, А.Н. Плаксина // Вестник уральской медицинской академической науки. – Екатеринбург, №1, 2009. С.129-131
10. Cerebral palsy, autism spectrum disorders, and developmental delay in children born after assisted conception. A Systematic Review and Meta-analysis /D. Hvidtjørn, L. Schieve, D. Schendel [et all.] // Arch Pediatr Adolesc Med. 2009;163(1):72-83.
11. Long-term economic benefits attributed to IVF-conceived children: a lifetime tax calculation/ M.P. Connolly, M.S. Pollard, S. Hoorens [et all.] // Am J Manag Care. 2008 Sep; 14(9):598-604
12. Черников В.В. Разработка и оценка эффективности русской версии опросника QUALIN для изучения качества жизни детей раннего возраста. Дисс.на соиск. уч. степ.канд.мед.наук. Москва, 2009.135с.
13. Выписка из Федерального закона Российской Федерации от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ «О персональных данных».
14. Свидетельство о государственной регистрации программ для ЭВМ № 2010612465 от 08.04.2010.

---

Плаксина Анна Николаевна – очный аспирант кафедры педиатрии факультета усовершенствования врачей и последипломной подготовки ГОУ ВПО УГМА Росздрава, 620028, Репина, 3, тел. (343) 371-34-90, факс (343)371-64-00, e-mail: plak@k66.ru

## ОТНОШЕНИЕ ЖИТЕЛЕЙ ЕКАТЕРИНБУРГА К ПРОБЛЕМЕ ОТКАЗА ОТ НОВОРОЖДЕННЫХ

**Константинова Е.Б.**

*Кафедра социальной работы Уральского государственного университета им. А.М. Горького, г. Екатеринбург*

Статья посвящена социологическому изучению проблемы отказа от новорожденных, которая является чрезвычайно актуальной для российского общества. В связи с этим важным становится изучение общественного мнения относительно такого явления как «отказ от детей». Своевременное выявление и реагирование на изменения стереотипов общественного сознания позволит формировать грамотную социально-демографическую политику в стране и регионе.

**Ключевые слова:** отказ от новорожденных, общественное мнение, отношение населения, причины отказа от детей, профилактика отказов от детей

### The attitude of the citizens of Yekaterinburg to the problem of abandonment of newborns

*Konstantinova E.B.*

*Department of the Social Work, Ural State University, Ekaterinburg*

An article is devoted to the sociological study of the problem of newborns abandonment, which is extremely relevant for the Russian society. In this regard, it becomes important to study public opinion on such phenomena as "abandonment of children." Timely detection and response to change stereotypes of social consciousness will create a competent socio-demographic policy in the country and the region.

**Keywords:** abandonment of newborns, public opinion, public attitudes, the reasons for the abandonment of children, prevention of child abandonment

Проблематика отказа от детей является чрезвычайно актуальной для учреждений здравоохранения, поскольку матери чаще всего отказываются от своих родительских прав прямо в родильном доме или в больнице.

Для этого им обычно предлагают оформить лишь несколько документов прямо в роддоме. Матери, не желающие проходить через процедуру юридического отказа, предпочитают бесследно исчезать из родильного дома, и ребенок в этом случае оформляется органами опеки как подкинутый новорожденный неизвестным

лицом. И в том, и в другом случае детей ждет несколько месяцев пребывания в детской больнице, затем – дом ребенка и детский дом.

Дети, вынужденные провести несколько первых месяцев своей жизни в больничной палате (лишенные регулярной заботы и материнской ласки), не просто резко отстают в развитии от своих «семейных» сверстников, но и находятся в состоянии глубокой депрессии со снижением всех витальных функций и уровня физического здоровья. К тому же, в условиях больничной стерильности, степень



подверженности инфекциям, заболеваемость и смертность у «отказных» младенцев всегда были и остаются очень высокими [1] .

В связи с этим чрезвычайно актуальным является изучение общественного мнения относительно такого явления как «отказ от новорожденных». Своевременное выявление и реагирование на изменения стереотипов общественного сознания позволит формировать грамотную социально-демографическую политику.

С этой целью кафедра социальной работы Уральского государственного университета им. А.М. Горького совместно с общественной организацией «Аистенок» в феврале – мае 2010 года провела исследование с целью изучения отношения жителей г. Екатеринбурга к феномену «отказа от детей».

Общее число опрошенных составило 1000 человек, среди которых 538 женщин и 461 мужчин.

Наибольшее число ответивших принадлежит к возрастному интервалу 35-44 года (24,5%), затем – 45-55 лет(23,6%), немного меньше – 25-34 года(23, 3%). Респонденты в возрасте от 20 до 24 лет – составили наименьшее число опрошенных (13,8%).

Половозрастные характеристики обусловлены квотной выборкой, составленной пропорционально данным переписи 2002 г.

Подавляющему большинству респондентов знакомо такое понятие, как «отказ от ребенка»(88,64%). Лишь незначительная часть респондентов заявила, что не знакома с данным понятием (11,36%).

Под отказом от ребенка респонденты понимают, в первую очередь, аморальное поведение женщины или родителей, которое характеризуется ответившими людьми как безнравственность, безответственность, бесчувственность, безалаберность по отношению к ребенку. Другими словами, жители г. Екатеринбурга рассматривают отказ от ребенка как добровольное решение родителей. Это решение во многом обуславливается нежеланием выполнять свои родительские функции. Отказного ребенка считают брошенным, а также лишенным права на воспитание в родной семье. Некоторые понимают отказ от ребенка с юридической точки зрения, как оформленный документ в роддоме, передача ребенка на государственное попечение.

Основными причинами отказа от ребенка были названы социально-экономические. Такой точки зрения придерживаются 75,9% респондентов от числа опрошенных. Также, по мнению жителей г. Екатеринбурга, причинами отказа являются нравственные и психологические, набравшие 43,2% и 37,9% соответственно. К другим причинам относятся исторические, медицинские, то

есть несовершенство медицинского обслуживания, оборудования.

Таким образом, можно отметить, что на принятие решения отказаться от

воспитания ребенка оказывает влияние целый ряд причин, которые имеют сложный, комплексный, многоуровневый характер.

Таблица 1 - Отношение к родителям отказников

Варианты ответа	% от числа ответивших
не понимаю их	31,6
осуждаю	29,7
отношусь равнодушно	3,1
мне их жаль	18,7
отношусь с негодованием и неприятием	22,8
понимаю их	2,7
другое	8,7
Итого ответивших:	117,3*

На вопрос «Как вы относитесь к родителям, которые отказываются от своих детей?» большинство респондентов ответили «не понимаю их» (31,4%), осуждают таких родителей значительная часть ответивших (29,5%), с негодованием и сочувствием респонденты относятся примерно одинаково (22,7% и 18,6%). Очень малая часть опрошенных относится с равнодушием к таким родителям (3,1%), что свидетельствует о значимости данной проблемы для общества. С пониманием к таким родителям относятся самая малая часть опрошенных, всего (2,7%).

8,6% от числа опрошенных говорят о дифференцированном отношении к таким родителям, ссылаясь на различие причин отказа от ребенка и индивидуальность каждого случая. Несмотря на неприятие такого поведения, зачастую его непонимания, опрошенные стараются не осуждать такой поступок.

Больше всего не понимают родителей, отказывающихся от своих детей, респонденты в возрасте от 25 до 44 лет, то есть жители г. Екатеринбурга репродуктивного возраста, для которых рождение ребенка актуально на данном периоде их жизни.

Таблица 2 - Влияние пола на мнение о том, кто должен нести ответственность за отказ от ребенка (в % по столбцам)

Ответственность за отказ от ребенка	пол		
	мужской	женский	В целом:
женщина	11,6	10,7	11,1
мужчина	3,1	1,7	2,3
оба родителя	76,4	83,4	80,1
государство	19,0	13,5	16,0
никто	0,9	0,2	0,5
затрудняюсь ответить	5,3	2,6	3,8
Итого:	100,0	100,0	100,0

Среди жителей города Екатеринбурга самым популярным ответом на вопрос «кто должен нести ответственность за отказ от ребенка» является – «оба родителя», так ответило более 80 % респондентов. Однако, если выбирать между кем-то из родителей, большую ответственность должна все-таки нести женщина (так ответили более 11% опрошенных). Интересно, что мужчины, считают себя более ответственными в

отказе от ребенка, чем таковыми их считают женщины. Так ответили 3,1 % мужчин, в то время как женщины лишь 1,7%.

На втором месте стоит государство - 16% от общего массива. Причем, мужчины более склонны выбирать такой вариант, видимо, возлагая ответственность на государство, тем самым пытаются снять ее с себя.

Таблица 3 - Мнение о том, какие женщины чаще отказываются от детей

Варианты ответа	% от числа ответивших
из малообеспеченных семей	14,3
из социально неблагополучных семей	49,7
в возрасте до 18 лет	38,5
одиноким мамы	7,3
в трудной и кризисной ситуации	42,3
другое	4,6
Итого ответивших:	156,8*

Мнение респондентов о том, какие женщины чаще всего отказываются от детей, распределилось следующим

образом: 49,5% женщины из социально неблагополучных семей, 42,1% женщины находящиеся в трудной жизненной

ситуации, 38,3% женщины в возрасте до 18 лет.

Такие факторы, как малообеспеченность и отсутствие отца, в меньшей степени влияют на решение об отказе. Так как, по мнению жителей города Екатеринбурга, только в 14,2 % случаев от ребенка отказываются женщины из малообеспеченных семей и 7,3% случаев - одинокие мамы.

В целом, большинство опрошенных считают, что никакая, даже очень трудная жизненная ситуация не оправдывает отказ

матери от ребенка. Такого мнения придерживаются более 65% респондентов. Это может свидетельствовать о том, что общественное мнение не готово принимать оправдания женщины при отказе от ребенка, что она сталкивается с объективными обстоятельствами, которые одна решить не в силах, тем более что в большинстве случаев она не может рассчитывать на поддержку близких и родных ей людей.

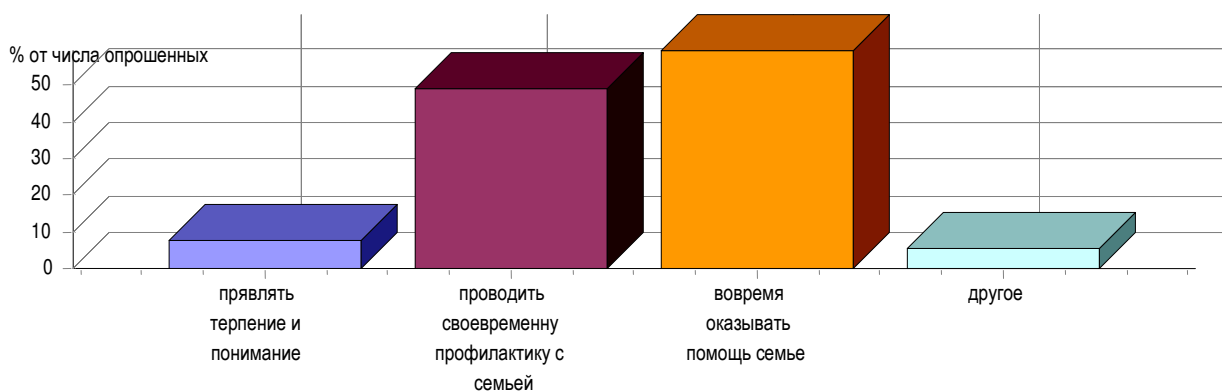


Рис. 1. Мнение о реакции общества на поступок женщины

По мнению жителей г. Екатеринбурга, общество должно не пассивно наблюдать за сложившейся ситуацией, проявляя терпение и понимание по отношению к таким женщинам (7,8%), а напротив, принимать активные меры по оказанию своевременной помощи семье (59,5%) и проводить своевременную профилактику с семьей (48,%). К профилактическим мерам респонденты отнесли пропаганду семейных ценностей и духовно-нравственное воспитание молодежи. К

более кардинальным мерам жители г. Екатеринбурга предлагают отнести следующие: стерилизация женщины, уголовное наказание за отказ от ребенка.

Однако проблему отказа от детей нельзя рассматривать только с точки зрения родителей, в первую очередь, матери. Более пристального внимания заслуживает судьба ребенка, отлученного от семьи, в самые первые дни своей жизни.

На вопрос «Ваше мнение о судьбе отказников» большинство респондентов уверено, что таких детей ждет детский дом. На втором месте – усыновление, на третьем – инвалидность.

В основном же, опрошенные сходятся во мнение, что в любом случае судьба ребенка будет «поломанной»: отсутствие родительской любви, заботы, одиночество, психологические травмы, развитие комплексов. Некоторые респонденты видят их будущее в очень мрачном цвете: тюрьма, бомжевание, криминал.

На вопрос «Чем отказные дети отличаются от детей, проживающих в семье» мнение респондентов разделилось следующим образом.

Одни считают их более сильными духом, самостоятельными личностями,

другие же считают их более жестокими, агрессивными, озлобленными на жизнь, несамостоятельными. Отрицательными качествами отказников жители г. Екатеринбурга склонны наделять в большей мере, чем положительными. К этому относится и то, что они больше, чем обычные дети закомплексованы и плохо воспитаны, менее социализированы. Основными причинами того, что дети «дикие», неадаптированные в обществе респонденты считают нехватку любви и родительской ласки.

Как мы видим, последствия отказа от ребенка могут быть очень серьезными, поэтому чрезвычайно актуальной является профилактика отказов от новорожденных детей.

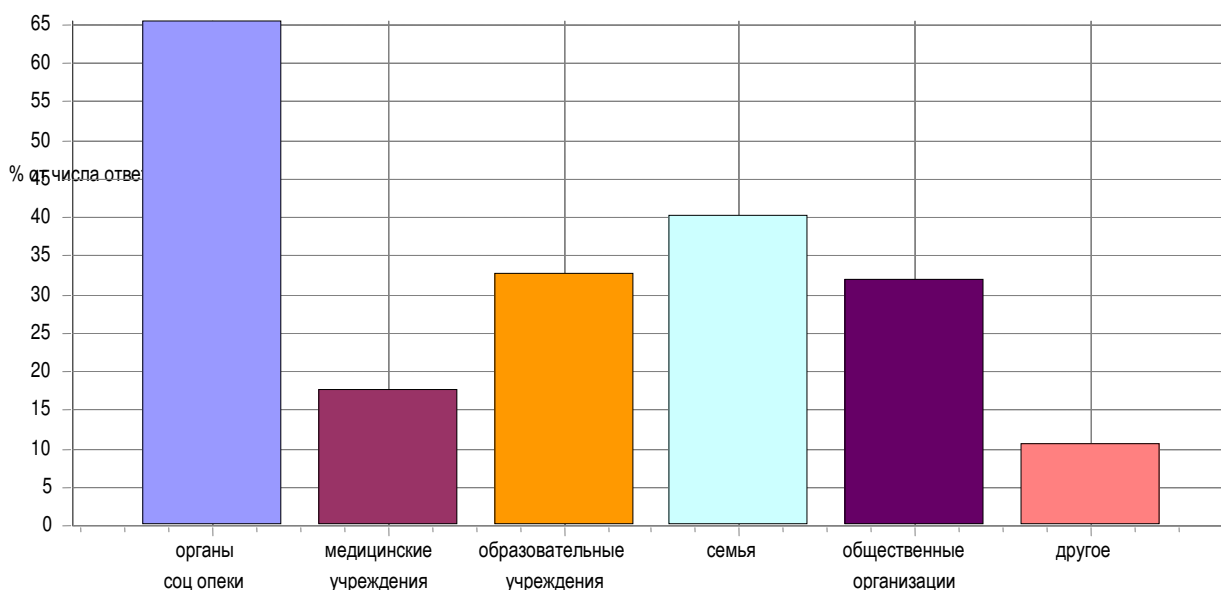


Рис. 2. Мнение о том, кто должен заниматься профилактикой сиротства

По мнению жителей г. Екатеринбурга, профилактикой социального сиротства

должны заниматься органы социальной опеки (64,8%), то есть общество

возлагает на государство ответственность за институт материнства и детства и защиту гарантированных прав и интересов детей. В тоже время семья также должна нести ответственность за развитие и воспитание детей (39,9%). Образовательные учреждения в силу основной направленности на воспитание детей должны также осуществлять профилактику социального сиротства. Так отметили 32,4% от числа опрошенных.

31,8% жителей г. Екатеринбурга считают, что профилактикой отказов родителей от новорожденных детей могут заниматься общественные организации, и это неудивительно, потому что в последнее время эффективность работы НКО бывает выше, чем у государственных учреждений.

В меньшей степени профилактикой, согласно общественному мнению, должны заниматься медицинские учреждения (17,6%). Однако, на практике, именно в условиях медицинского учреждения предоставляется последний шанс повлиять на решение женщины оставить своего ребенка на воспитание государству.

На вопрос: «В какой помощи нуждается женщина на стадии отказа от ребенка» самыми популярными ответами были материальная помощь и психологическая. Кроме того, отмечалось, что женщина также нуждается в моральной поддержке,

особенно со стороны близких ей людей. Одним из вариантов помощи, отмеченным респондентами, было посещение женщины консультантами из медицинских и социальных служб.

Если же все-таки отказа от ребенка не удалось избежать, то лучшим вариантом устройства ребенка, по мнению респондентов, будет передача его в замещающую семью (38,6%). Однако, выбирая между неблагополучной, но родной семьей и хорошим детским домом, предпочтение все-таки было отдано детскому дому (13,4% к 15,5% соответственно).

Итак, как показало исследование, общественное мнение относительно проблемы отказа от детей демонстрирует в целом негативное отношение к родителям, которые приходят к такому решению. Судьба «отказных» детей видится не очень радужной.

Интересной альтернативой на пути решения данной проблемы может стать создание в крупных городах специализированной службы по профилактике отказов от новорожденных детей, специалисты которой будут работать с будущими мамами уже на начальной стадии беременности, оказывая длительное социально-психологическое сопровождение будущих родителей.

К сожалению, на данный момент в учреждениях здравоохранения не

предусмотрена повсеместная практика социальной или психологической работы с женщинами и семьями, отказывающимися от новорожденных детей. Между тем, опыт отдельных регионов и городов показывает, что оказание такой помощи способно предотвратить отказ от ребенка в 30% случаев [2]. Внедрение подобной

практики работы с будущими матерями, особенно теми, кого принято относить в группы так называемого социального риска, позволило бы существенно снизить уровень отказов от новорожденных детей и, в конечном счете, предупредить социальное сиротство многих из них.

#### Список литературы

1. Трушкина С. Проблема отказов от новорожденных детей. // Социальная работа. 2006. № 3.
2. Работа с маленькими детьми. Описание трех подходов к программам институционализации / Под ред. Е. Кожевниковой, К. Сунда. — СПб.: Санкт-Петербургский Институт раннего вмешательства, КАРО, 2009. — 128 с.

---

Константинова Елена Борисовна, доцент кафедры социальной работы УФО, 620142, г. Екатеринбург, ул. Чапаева 16А – 135, e-mail: ekonstantinova@e1.ru, телефон: 8 (343) 3507381