© БОНДАРЬ В.И., МОДЕСТОВ А.А., МАЛЬКОВА Г.А.

УДК 616-053.2:614.2(470.5)

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ СИБИРСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА (ПО ИТОГАМ 2013 Г.)

В.И.Бондарь¹, А.А.Модестов¹, Г.А.Малькова²

¹ФГАУ «Научный центр здоровья детей» Министерства здравоохранения РФ,
директор — академик РАН А.А. Баранов, Москва,

²Министерство здравоохранения РФ, министр — В.И. Скворцова, Москва.

Цель исследования. Вскрыть пути приведения деятельности центров здоровья для детей (ЦЗД) в соответствие их назначению — профилактике хронических неинфекционных заболеваний у населения Сибирского федерального округа (СФО) с детского возраста.

Материалы и методы. На основании представляемых в МЗ РФ центрами здоровья для детей сведений о повозрастной, в отличие от официальной Отчетной формы №68, градации периода детства, предложенной МКБ 10-го пересмотра, дана характеристика охваченного ими контингента и результатов осмотров.

В работе обобщены данные по 30 ЦЗД, действующих в СФО на 2013 г. Представляемые ими абсолютные величины были занесены в базу данных Excel и переведены в относительные, исходя из средней численности детского населения в федеральном округе на начало 2013 г. Полученные сведения проанализированы методами описательной статистики и SWOT-анализа.

Результаты. Обобщенные сведения по СФО сопоставлены с данными по стране, представлен разброс показателей в субъектах округа, что позволило сделать ряд выводов и предложений по развитию нормативной базы, в рамках которой осуществляется деятельность ЦЗД в настоящее время.

Заключение. Для более эффективного анализа работы ЦЗД необходимо совершенствовать систему регистрационных учетно-отчетных показателей. В рамках решения данных задач необходимо разработать систему разносторонней объективной оценки эффективности работы этих подразделений.

Ключевые слова: профилактика, здоровье, здоровый образ жизни, центры здоровья для детей, детское население.

ACTIVITY OF HEALTH CENTERS FOR CHILDREN SIBERIAN FEDERAL DISTRICT (BASED ON RESULTS OF 2013)

V.I. Bondar¹, A.A. Modestov¹, G.A. Mal'kova²

¹Scientific Center of Health of Children, ²Ministry of Health of the Russian Federation.

Aim of the research. To reveal the ways to bring health activity centers for children (CPC) in accordance to their purpose - the prevention of chronic noninfectious diseases in the population of the Siberian Federal District (SFD) from childhood.

Materials and methods. Based on the submitted to the MH RF by health centers for children of the age-

specific data, in contrast to the official reporting form No. 68, graduation of childhood period proposed by the ICD by 10th revision, was given the characteristics of covered contingent and the results of inspections.

The paper summarizes the data on 30 CZD operating in the Central Federal District for 2013. The represented absolute values were entered in an Excel database and transferred to the relative, based on the average child population in the Federal District at the beginning of 2013. The obtained data was analyzed by methods of descriptive statistics and the SWOT-analysis.

Results. *Generalized information of the SFD was compared with data of the country, was represented the spread of indicators in the district subjects, that allowed to make a number of conclusions and proposals for the development of the regulatory base, within framework the activity of CZD is carrying out at the moment.*

Conclusion. *For a more effective analysis of CZD it is necessary to improve the system of registration the recording and reporting indicators. As part of the solutions to these problems it is necessary to develop a system of versatile objective assessment of the efficiency of these units.*

Key words: *prevention, health, healthy lifestyle, health centers for children, child population.*

Введение

Со второй половины XX века, с резким снижением роли инфекционных заболеваний среди причин смертности человека, на ведущие позиции закономерно вышла неинфекционная патология [2, 3, 5, 6, 12]. Анализ данной группы заболеваний убеждает в том, что развитие их, вплоть до инвалидизирующих состояний и летальных исходов с сокращением трудовых ресурсов, — вполне предотвратимо весьма простыми мерами, входящими в понятие здоровый образ жизни (ЗОЖ). Осознание этого факта в мире, знакомство с опытом передовых в данном вопросе стран, достигших высоких уровней средней продолжительности жизни населения, было обобщено в ряде документов ВОЗ и ООН, определивших общемировой тренд для национальных систем здравоохранения на профилактику хронических неинфекционных заболеваний [1, 7].

Инициативы международных организаций органично легли в русло проводимой нашей страной в медицинской отрасли государственной политики [1, 4, 5, 7, 12, 14]. При этом, ос-

новной упор следовало делать на выявлении факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний и их выявлении на доклиническом этапе. С этой целью было принято решение о создании новых подразделений лечебно-профилактической сети — центров здоровья, которым было вменено выявление факторов риска, ранних признаков развивающейся неинфекционной патологии и пропаганда ЗОЖ среди населения [11].

Принятый первоначально (в 2009 г.) пакет документов был ориентирован на детское население декларативно. Потребовался выход целого ряда уточняющих и дополняющих нормативных документов, прежде чем в 2011 г. началось развертывание центров здоровья для детей (ЦЗД) на местах [3, 8, 9, 10, 11, 13]. Между тем, данные децентрализованные подразделения, при чрезвычайной востребованности по идеологии создания, по настоящее время являются заложниками адаптированной наспех нормативной базы, что сказывается на качестве работы и темпе развертывания, на информативности отчетных данных [1, 3, 4, 5, 7, 9, 13, 14], СФО в этом вопросе — не исключение.

Материалы и методы

В работе обобщены регулярно представляемые в МЗ РФ по форме, приложенной к Письму МЗ РФ от 18.02.2011 г. № 15-2/10/2-1642, отчеты о деятельности ЦЗД, в отличие от Отчетной формы № 68, в повозрастной градации, предложенной МКБ 10-го пересмотра (табл. 1, 2). На наш же взгляд, имело бы смысл остановиться на используемой долгое время в нашей стране периодизации детства, привязанной к возрастной физиологии и социализации детей [15]. Год 2013 был избран не случайно: темпы прироста количества ЦЗД в стране резко упали и с 2011 г. были наработаны алгоритмы действий, позволяющие проводить работу согласно требуемым объемам [4].

В работе обобщены данные по 30 ЦЗД, действующих в СФО на 2013 г. Представляемые ими абсолютные величины были занесены в базу данных Excel и переведены в относительные, исходя из средней численности детского населения на начало 2013 г. Полученные сведения проанализированы методами описательной статистики и SWOT-анализа.

Цель исследования — вскрыть пути приведения деятельности ЦЗД в соответствие их назначению — профилактике хронических неинфекционных заболеваний у населения СФО с детского возраста.

Результаты и обсуждение

Сибирский федеральный округ, с административным центром в г. Новосибирске, занимает 5114000,8 км² (30% территории страны, II место по площади среди ФО). В его 12 субъектах на 2013 г. было развернуто 30 ЦЗД: по 1 ЦЗД в Республиках Алтай, Бурятия, Тыва и Хакасия; 8 — в Иркутской, 4 — в Кемеровской, 3 — в Новосибирской, 2 — в Омской и 1 — в Томской

областях; 2 — в Алтайском, 4 — в Красноярском и 2 — в Забайкальском краях.

На начало 2013 г. среднегодовая численность детского населения 0-17 лет в округе составила 3883343 ребенка — 14,3% детского населения страны (III-е место среди ФО). Таким образом, плотность проживания детского населения составляла 0,8 чел./км² (VII-е место среди ФО, вдвое меньше среднего значения по стране, меньше только в Дальне-Восточном ФО) [3]. При 30 ЦЗД в округе, на 1 ЦЗ приходилось 170493 км² и 129445 детей.

Плотность проживания детского населения далеко не однородна и тяготеет, прежде всего, к городам ФО (84,2% детей — 3271287 чел.), проживали в сельской местности 15,8% — а это — 612056 человек. Во многих городах районного, да и областного уровня часть населения размещается в частных домовладениях, где плотность проживания стремится к таковой в сельских поселениях.

Если представить себе площадь, приходящуюся на 1 ЦЗД округа в виде круга, то его диаметр составит 466 км. Это — некое расстояние между двумя крайними точками на поверхности по прямой, и все же, поверхность эта — не круг, местность — пересеченная, дороги же между отдельными точками на ней — не прямые линии и со всеми особенностями коммуникаций, вплоть до сезонных и воздушных. Таким образом, 466 км — некое усредненное примерное расстояние, которое может понадобиться преодолеть специалистам ЦЗД или детям, чтобы встретиться, при нынешнем их количестве в СФО.

Исходя из общего рекомендуемого норматива [11], один педиатр ЦЗД на 13333 детей, при имеющейся плотности детского населения, площадь обслуживания которого никак

Таблица 1

Структура детского населения, прошедшего через ЦЗД СФО в 2013 г.

Возраст	Численность детского населения	Обратившиеся в центр здоровья, в том числе													
		всего		на 1000	самостоятельно		с родителями или их законными представителями		направлены ЛПУ по месту жительства		из стационара		направлены медраб. обр. учреждений		
					абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс
Всего, в т.ч.	3883343	138645	100,0	35,7	3260	2,4	40090	28,9	19946	14,4	79	0,1	75368	54,4	
0-4 года	1306970	19886	14,3	15,2	144	0,7	12054	60,6	5186	26,1	2	0,0	2500	12,6	
5-9 лет	1070941	42855	30,9	40,0	138	0,3	13945	32,5	6345,0	14,8	21	0,0	22504	52,5	
10-14 лет	916569	46469	33,5	50,7	256	0,6	11159	24,0	4488	9,7	22	0,0	30544	65,7	
15 лет	187208	9840	7,1	52,6	781	7,9	1332	13,5	1111	11,3	15	0,2	6601	67,1	
16-17 лет	401655	19595	14,1	48,8	1941	9,9	1600	8,2	2816	14,4	19	0,1	13219	67,5	
Повторно	3883343	16494	10,6	4,2	589	3,6	6057	36,7	1864	11,3	0	0,0	7582	46,0	
Итого	3883343	155139	100,0	39,9	3849	2,5	46147	29,7	21810	14,1	79	0,1	82950	53,5	

не учитывается и составляет на 1 врача 16666 км² – окружность диаметром 145,7 км. Все это необходимо учитывать при решении вопроса о структуре ЦЗД, их распределении в ФО, о соотношении форм их деятельности (стационарная/выездная), решать на каких базах должны монтироваться ЦЗД, его штатное расписание и оснащение, из чего, помимо всего прочего, должна складываться цена обследования одного ребенка [3, 4].

Распределение детей СФО по возрастным группам было следующим:

0-4 года – 1306970, что составляло 33,7% от всего детского населения; 5-9 лет – 1070941 (27,6%); 10-14 лет – 916569 (23,6%); 15 лет – 187208 (4,8%); 16-17 лет – 401655 (10,3%).

Соответственно, исходя из штатного оснащения ЦЗД, ориентированного, с некоторой натяжкой, на детей с 10 лет, значит, 61,3% детского населения ФО не могут рассчитывать на

полноценное обследование в центрах по предписанной им программе [3, 4, 5]. Но значительная часть факторов риска и первые проявления неинфекционных заболеваний имеются уже в раннем возрасте. Есть данные, что к 3-м годам у ребенка закладывается количество адипоцитов и в дальнейшем они лишь растут в размерах, в этот возрастной период формируются стереотипы пищевого поведения, значит, в более поздний период эффективность профилактики ожирения, фактора риска многих неинфекционных заболеваний, снижается. С этих позиций, следовало бы вернуться от формальной повозрастной градации периода детства, предложенной ВОЗ, к более дробному отечественному варианту, разработанному с учетом возрастной физиологии и социализации ребенка в нашей стране [15].

Число детей от 0 до 17 лет, прошедших через ЦЗД СФО в 2013 г. составило 138645 (табл. 1), это всего — 35,7% (в расчете на 1000 детей округа), что несколько ниже средних значений по стране (СФО разделил 4-е место с Южным).

Удельный вес охваченного ЦЗД детского населения в СФО колебался от 16,5% — в Кемеровской обл., до 104,8% в Забайкальском крае. При таком малом охвате детского населения, сложно сопоставить, соотношение полученных данных с реальной картиной, однако, такая ситуация — во всех Федеральных округах страны [3, 4].

Степень охвата осмотрами детского населения, даже по отношению к численности первой, не говоря о второй, группе здоровья, свидетельствует о недостаточном количестве развернутых ЦЗД и их низкой активности.

По приведенным выше объективным причинам повозрастное распределение детей, обследованных в ЦЗД, не отражало возрастную

структуру детского населения округа (табл. 1). При этом, удельный вес детей 0-4-лет, осмотренных в СФО в 2,3 раза превышает средний показатель по стране (6,1%). В возрастных группах 5-9 и 10-14 лет показатель соответствовал общероссийскому, а у подростков 16-17 лет был ниже общероссийского 0,9%.

Вопрос об обоснованности смещения в работе ЦЗД округа в сторону младшей возрастной группы остается открытым. Сравнительно низкий удельный вес посещений детьми 0-4 лет объясняется не ориентированностью методик и оснащения центров на данный возрастной контингент и наличие кабинетов здорового ребенка в детских поликлиниках по месту жительства.

Второй по уровню посещений удельный вес детей в возрасте 5-9 лет, скорее всего, связан с подготовкой детей к поступлению в школу (организованный контингент начальной школы), при том, что и на этот возрастной период ЦЗД, по аппаратному оснащению, ориентированы не в полной мере.

С этих позиций вполне объяснимо некоторое преобладание над предыдущей возрастной группой детей 10-14 лет: возможность их более полноценного обследования практически во всем возрастном диапазоне (все дети организованные и относятся к декретируемому возрасту).

Настораживает то, что дети старших возрастных групп (15, 16-17), даже в сумме, не превышают и 1/4 обследованного контингента, так как именно для них в ЦЗД имеется все необходимое. Это дает основание говорить как о недостатках просветительской деятельности ЦЗД на своих территориях относительно их задач и возможностей, не убедительных, как жизненно необходимых, результатах посещения, так и о низком приоритете здоровья у подростков.

На 1000 же детей в своих возрастных группах первично осмотренные расположились по возрастающей от 0-4- к 15-летним (с резким скачком к 5-9-летним), со снижением к 16-17 годам (табл. 1). При чрезвычайно низком охвате детей по всем возрастным группам, наиболее активно ЦЗД СФО работали с детьми 15 лет. Это можно объяснить тем, что юноши данного возраста подлежат постановке на учет в военкоматах и оформляются медицинские документы для поступления в средние специальные образовательные учреждения.

Если в разной мере низкий охват двух младших возрастных групп имеет приведенные выше объективные причины, то низкий охват детей, начиная с 10-летнего возраста не оправдан, и объясняется, как было отмечено, исключительно недостаточным количеством ЦЗД, их низкой эффективностью работы с населением, как детским, так и взрослым, медицинскими и образовательными учреждениями.

По стране тенденция была аналогичной, но уровни, при вдвое более низких значениях у 0-4-летних, в остальных возрастных группах превышали таковые по СФО на от 4-5%0 (у 16-17- и 5-9-летних) до 12%0 — у 15-летних, что также явно далеко от оптимума.

В субъектах СФО степень охвата ЦЗД детского населения в лидировавшей по округу группе 15-летних варьировала от 20,9%0 (Кемеровская) и 28,1%0 (Иркутская) и до 144,7% (Омская) области и 146,1%0 (Республика Алтай). И в разместившейся на II месте группе детей в возрасте 10-14 лет показатели так же широко варьировали: от 18,2%0 (Кемеровская обл.) и 19,3%0 (Красноярский край) — до 111,7%0 (Забайкальский край) и 194,1%0 (Омская обл.).

На третьем месте по числу осмотров, отно-

сительно населения своего возраста подростки 16-17-лет. Казалось бы их посещение гарантировано в связи с окончанием среднего образовательного учреждения, подготовкой к передаче во взрослую сеть, однако, этого не произошло. Частота их осмотров варьировали в субъектах: от 14,5%0 (Кемеровская обл.) и 23,9%0 (Алтайский край), до 103,2%0 (Омская обл.) и 173,6%0 (Республика Алтай).

Сравнительно низкое ранговое место относительно степени организованности данной возрастной группы детей требует отдельного анализа.

Далее следовала группа детей 5-9-лет с вариацией уровней в субъектах от 17,8%0 (Томская область) и 19,6 %0 (Красноярский край) — до 72,3%0 (Омская область) и 125,1%0 (Забайкальский край). Исходя из ограниченных возможностей ЦЗД для данной категории детей, такое положение закономерно. Но на этот период приходится переход ребенка из дошкольного в школьное образовательное учреждение, и чрезвычайно важно выявить факторы риска развития и функциональные нарушения, имеющиеся к данному моменту, так как профилактика и коррекция их должны проводиться с первого года обучения.

В замыкающей рейтинг группе детей 0-4 лет колебания в субъектах СФО были от 0%0 в Республике Тыва и 0,2%0 и 0,9%0 — в Республиках Хакасия и Бурятия, до 22,6%0 в Красноярском и 96,6%0 в Забайкальском краях.

Повторные визиты составили 10,6% (16494) от итогового числа посещений (155139). В то же время, из числа обратившихся в ЦЗД ФО 74,5% детей имели функциональные расстройства, а индивидуальные коррекционные планы были назначены уже 95,9% детей. В этой ситуации мы вправе ожидать гораздо большего количества

повторных визитов. С повторными визитами меньше проблем там, где решен вопрос их оплаты в системе ОМС, а также поводов, требующих повторных визитов (обследование в динамике, посещения Школ здоровья, коррекционных занятий) на базе ЦЗД. Сложно ожидать повторных визитов, когда работа проводится, в основном, на выездах (нет возможности повторного посещения детей в местах выездов, но и на месте дети не могут посещать центры, когда персонал постоянно в разъездах).

Удельный вес повторных визитов от общего числа посещений в субъектах ФО колебался от 0,0 (Республика Алтай — всего 1 ребенок) и 2,1% (Томская обл.) — до 16,0% (Иркутская обл.) и 19,3% (Республика Тыва). Отсутствие, сведений о количестве визитов на одно лицо, возрастной структуры обращающихся повторно и спектра причин обращений снижает возможности анализа.

Лишь 2,4% детей, от числа обратившихся, пришли в ЦЗД самостоятельно (втрое ниже среднего значения по стране), вместе с теми, кого привели родители и законные представители (28,9%), удельный вес их составил 31,3%. Следует обратить внимание, что в «Карте центра здоровья ребенка» (Учетная форма № 025-ЦЗу-2) такие сведения не фиксируются, но есть регистрация инициаторов визита: самостоятельно принятое решение, самостоятельная инициатива родителей, направление медицинских работников лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ) по месту жительства или образовательного, или после лечения в стационаре (не уточняется кем).

Мы приводим название графы так, как она представлена в Приложении к упомянутому выше Письму [13], отдавая отчет, что происходит

подмена понятий, причиной которых является несовершенство нормативной базы [3, 4, 14]. В любом случае, количество детей пришедших в ЦЗД по собственной инициативе/самостоятельно или по решению родителей/с родителями косвенно отражает степень изначальной информированности населения о сути работы центров и пользе их деятельности в части сохранения и укрепления здоровья детей, а также связано с удаленностью ЦЗД. В субъектах значения показателя колебались от 0% (Томская область, Республики Тыва и Хакасия) и 0,6% (Республика Бурятия), до 3,3 и 7,7 (Новосибирская и Иркутская области соответственно).

Нет объяснения тому, что среди «обратившихся самостоятельно»/по собственной инициативе — 144 ребенка в возрасте 0-4 года (0,7% от всех первично обратившихся в этом возрасте), превышают показатели у 10-14 — (0,6%) и 5-9-летних (0,3%). Противоестественно посещение ЦЗД без сопровождения и по собственной инициативе 5-9-летних детей и закономерна более высокая самостоятельность 15- и 16-17-летних подростков (табл. 1).

Повторных самостоятельных визитов было 3,6% (6,2% по стране). Как уже отмечалось, не представляется возможным судить ни о возрастном спектре, ни о причинах повторных обращений.

В субъектах ФО колебания составили от 0,0% — в Алтайском крае, Республиках Хакасия, Тыва и Томской области; 0,4 и 1,0% в Кемеровской обл. и Республики Бурятия до 6,0 и 9,4% в Новосибирской и Иркутской областях.

Хотелось бы связать самостоятельные повторные посещения ЦЗД с реализацией индивидуальных коррекционных планов, но это могут быть и посещения после консультаций, про-

веденных по направлениям центров, а равно и другие причины, в том числе, и для завершения обследования.

В сопровождении родителей и их законных представителей (или по их инициативе, согласно «Карте центра здоровья для детей») ЦЗД посетило 28,9% от числа впервые обратившихся. Это — незначительно (на 0,3%) выше, чем в среднем по стране. Такие визиты закономерно преобладали в самой младшей возрастной группе (табл. 1), а далее шли, по убыванию: 5-9-, 10-14-, 15- и 16-17-летние. В субъектах же СФО уровень показателя варьировал так же достаточно широко: от 4,8 (Республики Бурятия и Тыва) и 5,2% (Республика Алтай) — до 49,6 и 59,1% (Забайкальский и Алтайский края).

В то же время, среди обращающихся повторно с родителями приходили чаще — 36,7% детей (на 2% ниже средних значений по стране), что позволяет предположить наличие заинтересованности семей в результатах посещения ЦЗД, хотя речь может идти и о детях, проживающих на значительных расстояниях от центров, что и требует сопровождения старшими.

Колебание в субъектах по упомянутым причинам составило от 0,0% — в Республиках Алтай и Хакасия, 2,8% — в Республике Бурятия и 3,7% — в Омской области, до 64,4 и 86,7% — в Алтайском и Забайкальском краях и 98,0% — в Кемеровской области.

В итоге, были ли при этом представители семьи инициаторами визита в ЦЗД или просто сопровождали детей — вопрос остается открытым. Присутствие близких важно для более полного сбора анамнеза (семейного и ребенка) для уточнения факторов риска развития неинфекционных заболеваний этого ряда (чему посвящен соответствующий раздел «Карты цен-

тра здоровья ребенка») и чтобы близкие были в курсе результатов обследования. Но и фиксация визита по инициативе родителей важна, т.к. характеризует работу подразделения с населением вверенной ему территории.

Не ясно, каким образом получала (и получала ли) информацию о результатах посещения детьми и назначенных им в ЦЗД коррекционных мероприятий остальная, подавляющая часть семей и законных представителей (71,1% — при первичных и 63,3% — при повторных посещениях), в то время как часть из рекомендаций коррекционных планов и здорового образа жизни относится к организации повседневной жизни ребенка в семье (гигиена, режимные моменты, питание, дозирование нагрузок на зрительный анализатор).

Лишь 14,4% от первично обратившихся в ЦЗД СФО (почти на 10% ниже, чем в среднем по стране) были по направлению ЛПУ по месту жительства. Этот существенный нереализованный потенциал свидетельствует о слабой информированности и отсутствии заинтересованности медицинского персонала первичного звена здравоохранения в направлении детей в ЦЗД, одной из причин может быть и большое расстояние до центров. Вполне вероятной причиной может быть отсутствие непрописанного нормативно документооборота между ЦЗД и медицинской организацией [3, 4, 14]. А ведь, при эффективной организации, ЦЗД разгрузят участковую службу, взяв на себя часть работы со здоровым детским населением. Совершенно не направляли в ЦЗД медицинские работники детских поликлиник Республик Алтай, Тыва и Хакасии, а наиболее активны были медицинские работники Иркутской и Кемеровской областей, обеспечившие соответственно — 36,1 и 37,6% посещений.

В различных возрастных категориях удель-

ный вес направляемых специалистами ЛПУ детей колебался от 9,7 среди 10-14-летних – до 26,1% – у 0-4-летних, при близких к средним – у 16-17- и 5-9-летних.

Сравнительно высокий уровень показателя детей 0-4 лет (табл. 1), направленных специалистами ЛПУ даже при весьма ограниченном оснащения центров, для осмотров детей данных возрастных групп, оправдан если в структуру ЦЗД включены кабинеты здорового ребенка, массажа и ЛФК, а в штате имеется неонатолог, знающий техники профилактических и коррекционных мероприятий у детей до года.

Для 5-9-летних польза визитов может быть

обусловлена не столько регламентированным комплексом обследований в ЦЗД, сколько использованием возможностей ЛФК, массажа и обучения приемам физиопрофилактики для укрепления здоровья и ранней коррекции формирующихся дефектов осанки – столь распространенного состояния у детей, как следствие ограничения их двигательной активности.

Сравнительно низкий процент направленных на обследование детей более старших возрастных групп подтверждает предположение о слабой информированности персонала ЛПУ о предназначении ЦЗД и государственной важности их деятельности.

Повторных обращений по направлению спе-

Таблица 2

Результаты осмотров детей СФО в ЦЗД округа (по итогам 2013 г.)

Возраст	Из них выявлено				Назначено индивидуальных планов		Направлено					
	здоровых		с функцио- нальными расстройствами				к врачам- спец-там ЦЗД		в АПУ		в стационар	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Всего, в т.ч.	35291	25,5	103348	74,5	132918	95,9	43101	31,1	37239	26,9	43	0,0
0-4 года	7976	40,1	11911	59,9	18589	93,5	2649	13,3	2651	13,3	14	0,1
5-9 лет	10278	24,0	32576	76,0	41092	95,9	13979	32,6	11025	25,7	5	0,0
10-14 лет	10448	22,5	36021	77,5	45015	96,9	17418	37,5	13547	29,2	13	0,0
15 лет	2150	21,8	7689	78,1	9324	94,8	3263	33,2	3605	36,6	5	0,1
16-17 лет	4439	22,7	15151	77,3	18898	96,4	5792	29,6	6411	32,7	6	0,0
Повторно	3909	23,7	12098	73,3	14284	86,6	3321	20,1	3040	18,4	0	0,0
Итого	39200	25,3	115446	74,4	147202	94,9	46422	29,9	40279	26,0	43	0,0

циалистов ЛПУ было всего 11,3% (почти втрое ниже, чем в среднем по стране). Дополнительное подтверждение отсутствия заинтересованности со стороны ЛПУ по месту проживания детей в ЦЗД. К трем субъектам ФО с нулевыми значениями показателя при первичных обращениях добавились Алтайский край и Кемеровская обл., а в остальных показатель колебался от 0,8% — в Забайкальском крае до 31,4 — Иркутской области.

Вопрос о том, чья же инициатива должна преобладать в направлении детей в ЦЗД остается открытым и, скорее всего, не имеет однозначного ответа, прежде всего, в связи с разнообразием условий, плотности проживания детей в нашей стране и степенью и формами их организованности.

Из стационаров в ЦЗД СФО дети направлялись редко — 0,1% (в среднем по стране — 0,2%), всего 79 детей (или 3,4% от всех таких детей в стране). По возрастным группам количество их колебалось от 2 (0-4 года), в возрасте 5-9 и 10-14 лет составляло 21 и 22 ребенка соответственно, в 15 лет таких было 15, а в 16-17 — 19 детей. Можно предположить, что направленные из стационаров на обследование дети не имели отношения к I-II гр. здоровья (контингент ЦЗД).

Проявили активность стационары трех субъектов: Республика Алтай — 11 детей (0,3%); Республика Бурятия — 26 детей (0,3%); Иркутская область — 42 ребенка (0,4%) от числа первичных посещений. Мотивы направления детей стационарами остались не известны. Возможно, речь шла об обследовании методами, имеющимися в распоряжении этих подразделений (биоимпедансметрия, определение ряда метаболитов, патогномоничных различным состояниям).

Основная же масса первичных визитов, 54,4%

(на 11,2% больше, чем в среднем по стране), осуществлялась по направлению медицинских работников образовательных учреждений. Меньше всего таких детей было среди 0-4-летних (12%), что закономерно, в остальных возрастных группах колебание составило от 52,5% среди 5-9-летних до 67,5 — среди 16-17-летних (табл. 1). Можно лишь предполагать, что значительную часть во всех возрастных группах составляли дети декретируемых возрастов, подлежащие диспансеризации (при имеющейся степени охвата, это было бы логично). Активность медицинских работников образовательных учреждений в субъектах колебалась от 19,4 (Иркутская обл.), 32,2 и 36,9% (Кемеровская область и Алтайский край) — до 93,1 и 95,2% (Республики Алтай и Тыва).

Ставка ЦЗД преимущественно на работу с организованными детьми обусловлена простотой их охвата: при этом обследуется сразу большое количество детей (на месте постоянной дислокации центра, или на выезде). Трудно представить, чтобы в территориях с низкой плотностью проживания детского населения, при обширных пространствах, родители имели бы достаточную мотивацию для преодоления больших расстояний, для посещения центра со здоровым ребенком, да и ЦЗД, чтобы охватить каждого ребенка, добраться до удаленных поселений непросто.

Повторные обращения по направлениям медицинских работников образовательных учреждений отмечены в 46,0% (более чем 2 раза выше средних значений по стране), что выше удельного веса детей, посетивших ЦЗД с родителями (или по их инициативе).

В субъектах показатель колебался от 0,0% — в Республике Хакасия (повторные посещения не описывались); 1,5% — в Кемеровской области (7

детей из 459 обратившихся повторно); соответственно 9,9 и 13,0% — в Забайкальском крае и Иркутской области до 80,4 и 91,5% — в Омской области и Республике Бурятия.

Мотивы направлений детей медицинскими работниками образовательных учреждений повторно остаются не ясными, часть из них могут возвращаться после обследования у специалистов по направлениям ЦЗД, могут быть дети, не завершившие обследование в центре при первичном посещении в составе организованного коллектива. Хочется надеяться, что какая-то часть направлялась в целях контроля эффективности реализации индивидуальных коррекционных планов и/или для их уточнения.

Представленный в табл. 2. анализ результатов осмотра детей в СФО свидетельствует, что среди прошедших через ЦЗД СФО детей здоровыми были признаны 25,5% против 34,9% — в среднем по стране. Самый высокий уровень был отмечен среди детей 0-4 года (40,1%). В остальных группах колебание составило от 24,0% у 5-9-летних, до 21,8% — у 15-летних, и 22,7% у подростков 16-17 лет. В среднем по России отмечался схожий тренд: с 41,2% — в самой младшей возрастной группе, показатели снижались к 5-9 годам (до 35,5%), с последующей относительной стабилизацией значений в группах детей 10-14 и 15 лет (34,8 и 34,3%) и падением (до 32,0%) у 16-17-летних.

На I-м ранговом месте по удельному весу детей, признанных здоровыми — 44,9% от первичных обращений в ЦЗД — Республики Бурятия, но здесь наименьшим удельный вес их был в старшей возрастной группе — 38,4%, в остальных — он превышал 42%, достигая максимальных 49,2% среди 5-9-летних. Далее, с 43,8%

таких детей следовала Новосибирская область, где самые высокие значения фиксировались среди детей 0-4 лет — 66,9%. В последующих трех возрастных группах уровень колебался в пределах 34-33%, а у подростков 16-17 лет он поднимался до 43,7%.

Такая возрастная динамика требует исследования, так как не может быть объяснена только особенностями структуры детского населения в субъектах области или заведомо избирательным подходом в деятельности медицинской службы. Вероятнее всего, учитывая, что через ЦЗД прошла незначительная часть детей, подлежащих осмотру, — значения показателя отражают то, на какие контингенты детей сделали ставку ЦЗД в своей работе (обычные или спортивные школы и лагеря, летние образовательно-оздоровительные учреждения).

Замыкали рейтинговый ряд Республика Тыва — 8,6% здоровых и Томская область 6,2% здоровых. В Республике Тыва, где среди охваченного осмотрами детского населения отсутствовали дети 0-4 лет, в последующих возрастных группах удельный вес здорового контингента составил 7,9 и 6,9%, в то время, как в более старших возрастных группах их удельный вес был 13,3 и 12,9% соответственно. В Томской области максимальный уровень показателя был среди 0-4-летних (12,9%), далее он падал до 4,8%, поднимался до 9,6% у 15-летних и вновь снижался до 6,8% в старшей возрастной группе.

Столь низкие значения удельного веса детей, признанных здоровыми, среди обратившихся в ЦЗД может свидетельствовать о сложности организации осмотра детей, относящихся к первой и второй группам здоровья.

В то же время, результаты обследования детей в дошкольных и школьных образова-

тельных организациях, выполненные специалистами ряда научных учреждений, свидетельствуют о том, что удельный вес детей, не нуждающихся в медицинской помощи, редко превышает 15%, а в территориях с экологическими и демографическими проблемами может снижаться и до 3% [2]. Следовало бы разобратся и привести к единым критериям в ЦЗД определение состояния «здоров», с тем, чтобы понизить влияние человеческого фактора и быть уверенными, что нет гипердиагностики этого состояния.

Здоровые среди повторных посещений составили 23,7% (на 2% выше среднего по стране), что незначительно меньше, чем среди обратившихся впервые. В субъектах колебания составили от 0% в Республике Хакасия и Томской области, где повторные посещения отсутствовали или уровень их не превышал 38,9% — в Республике Бурятия и 48,8% — в Новосибирской области.

Если низкие уровни удельного веса здоровых среди повторно обратившихся могут быть обусловлены визитами, связанными с состояниями, квалифицируемыми как патология, то в территориях с высоким удельным весом здоровых повторные обращения могут быть обусловлены и контролем результатов реализации индивидуальных планов при наличии выявленных факторов риска: отдельные эпизоды курения, употребления алкоголя или наркотических и токсических средств и иные нарушения принципов ЗОЖ, — еще не приведших к функциональным расстройствам и заболеваниям.

Следует отметить, что название следующей графы в Отчетной форме № 68 для центров здоровья звучит как — выявлено детей «с факторами риска», шире, чем только «функциональные

расстройства». В то же время в Учетной форме № 025-ЦЗ/у-2 имеется соответствующая графа, где фиксируются именно «функциональные отклонения», таким образом, возможность получить эти сведения имеется. Однако, представляет интерес не только обобщенный показатель, но и соотношение различных факторов риска среди контингента ЦЗД, так как это дало бы возможность обосновать масштабные мероприятия среди детского населения на прикрепленной территории, в субъектах и ФО.

Процент детей с функциональными расстройствами составил арифметическую разницу между 100,0% и процентом детей, признанных здоровыми, как в целом, так и по возрастам. Картина, по возрастным группам, была обратной той, что описана для признанных здоровыми (табл. 2). Ситуация в стране аналогична, но со значением на 9% ниже, чем в СФО.

Повозрастная динамика удельного веса детей с функциональными отклонениями может быть обусловлена физиологическими перестройками организма, свойственными пубертатному периоду. Процент детей с функциональными расстройствами колебался от 55,1 и 56,2% в Республике Бурятия и Новосибирской области, до 91,4 и 93,8% Республике Тыва и Томской области. Подобный разброс может быть связан, как неоднородностью возрастно-полового состава осмотренных ЦЗД контингентов детей, так и широко трактуемым в субъектах понятием «функциональные расстройства». Правильней было бы отдельно фиксировать детей по функциональным расстройствам, дав четкое определение их с позиций тех методов обследования, которые доступны центрам, исходя из табеля оснащения и принятых методик обследования.

Целесообразно выделять в отдельную группу риска детей с нарушениями принципов ЗОЖ (указать с какими: курение, употребление алкоголя в семье и ребенком, не соблюдение требований здорового питания и режима дня, отсутствие регулярных физических нагрузок), как поводов для составления индивидуальных планов профилактической и коррекционной работы, как с ребенком, так и с людьми, формирующими среду и условия его обитания: родители и лица их замещающие, медицинские работники и педагоги).

При повторных посещениях ЦЗД функциональные расстройства фиксировались у 73,3% (в среднем по стране — на 25% меньше), то есть, уровень показателя — несущественно ниже среднего по впервые обратившимся. Трактовка отсутствия существенной разницы в уровнях показателя представляет сложность: не понятны цели повторных визитов, были ли они обусловлены необходимостью контроля реализации назначенных индивидуальных коррекционных планов или визиты в Школы здоровья для детей, имеющих факторы риска.

В субъектах СФО показатель колебался от 0,0% — Республиках Алтай и Хакасия, далее — 51,2 в Новосибирской области, до 88,7% — в Красноярском крае и 100,0% — в Томской области, где было всего 93 повторных посещения. Причины такой широкой вариативности требуют отдельного исследования в разрезе, как охваченного в субъектах детского контингента, особенностей деятельности ЦЗД и целей повторных визитов.

Итогом визита в ЦЗД является составление врачом индивидуального плана для ребенка. В среднем, по СФО, индивидуальные коррекционные планы назначались в 95,9% случаев (табл. 2)

и довольно ровно по всем возрастным группам: 93,5% — 0-4-летним, 94,8-96,9% в последующих (в среднем по стране по возрастное распределение было несколько менее плотным: от 81,3 у 15 — до 86,4% — у 0-4-летних). Превышение на 11% среднего значения по стране, при 21% превышении удельного веса случаев выявления функциональных расстройств в СФО вызывает удовлетворение, так как наличие целого ряда факторов риска развития неинфекционной патологии, что не всегда влечет за собой немедленное появление функциональных расстройств, а потенциальная опасность их развития, требует профилактических коррекционных мер.

Данный показатель был бы гораздо убедительней при определении эффекта от реализации индивидуальных планов, что отражалось бы количеством повторных визитов для наблюдения в динамике.

В субъектах СФО удельный вес назначения индивидуальных планов колебался от 68,6% Республика Алтай, до 100% в Алтайском и Забайкальском краях, в Республике Бурятия, Новосибирской, Омской и Томской областях. В Республике Алтай показатель, соответствовал числу детей с функциональными расстройствами, в большинстве же случаев, он превысил таковой. Необходимо отметить, что не все функциональные расстройства противоречат диагнозу «здоров» и следовало бы шире давать рекомендации по коррекции режима дня и характера питания, двигательной активности, которые сплошь нарушаются у детей, с последующим контролем эффекта, как на аппаратной базе ЦЗД, так и проведением целенаправленных скрининговых опросов, тем самым осуществляя двойной контроль. Остается открытым вопрос и об эффективности индивидуальных планов

— важнейшей составляющей оценки эффективности деятельности ЦЗД.

Можно лишь предполагать о причинах более низкого процента назначения индивидуальных планов при повторных визитах — 86,6% (на 41% чаще, чем в среднем по стране). Возможно, речь идет только о случаях, потребовавших их уточнения и коррекции, у части же, возможно, повторные визиты проводились, на фоне реализации индивидуальных планов и достигнутые позитивные результаты были достаточно убедительны, а повторные визиты были связаны с необходимостью завершения обследования. В субъектах показатель колебался от 0% (Республики Алтай и Хакасия), 27,6% (Иркутская область) и до 100% (Алтайский и Забайкальский края, Республика Бурятия, Кемеровская, Омская и Томская области).

Таким образом, следует шире назначать индивидуальные планы при всех выявляемых факторах риска, каковыми являются любые отклонения от принципов ЗОЖ, не говоря о функциональных нарушениях, с контролем результатов при повторных осмотрах в те или иные сроки, в зависимости от характера проводимой коррекции. Такой подход даст возможность судить об эффективности деятельности ЦЗД.

Из данных, представленных в разделе «направлено» (табл. 2) следует, что в 31,1% случаев (против 27,5% в среднем по стране) дети, впервые обратившиеся в ЦЗД округа, направлялись к врачам-специалистам самих центров от 13,3% в группе 0-4 года до 37,5% 10-14-летних. При этом, в субъектах СФО уровни колебались от 0% в Красноярском крае и 2,1% — в Новосибирской области — до 62,0 и 68,6% в Республиках Тыва и Алтай. При повторных обращениях показатель составил 20,1% (на 6% выше среднего по стране).

Мотивы и частота повторных визитов к специалистам ЦЗД, не известны. В субъектах удельный вес колебался от 0,0%, опять же, в Республиках Алтай и Хакасия, а также Красноярском крае, 0,1% — в Новосибирской области и 3,1% — в Кемеровской, до 63,4% — в Томской области и 65,7% — в Республике Бурятия. Открыт вопрос и о специалистах, наиболее востребованных при первичных и повторных визитах. Возможная причина — отсутствие соответствующего специалиста или большая очередь к нему при первом посещении, о чем определенно судить, пока, нет возможности.

К специалистам АПУ было направлено 26,9%: от 13,3% детей 0-4 лет до 36,6% 15-летних (против 34,2% — в среднем по стране разбросом от 32,4% — у 0-4 — до 36,6% и 36,5% — у 15- и 16-17-летних). В сумме с детьми, направленными к специалистам ЦЗД, это составило 58,0%, что ниже на 3,7% среднего показателя по стране; и существенно ниже числа детей с установленными функциональными расстройствами — 74,5%, в то время как по стране этот разрыв составил всего 4,3%. Соответственно, остальные 16,5% детей с установленными функциональными расстройствами в консультации специалистов не нуждались, что вызывает настороженность и требует дополнительного исследования.

Наименьшие уровни показателя — 0,0 и 1,1% зафиксированы в Республиках Тыва и Алтай, наибольшие — 46,6 и 60,5% в Красноярском крае и Иркутской области. Низкий удельный вес контингента ЦЗД, направленного к специалистам АПУ, помимо реального отсутствия потребности у детей в консультации специалистов, может быть обусловлен дефицитом соответствующих специалистов в территориях. Но основная причина широкого разброса показателей в субъек-

тах СФО общая: отсутствие оптимального работанного алгоритма, который, возможно, и не будет единым в силу разнообразия условий деятельности ЦЗД и особенности организации медицинской помощи детям на местах. В этом случае, в целях оптимизации и в интересах детей, следовало бы наработать варианты приемлемых сценариев деятельности ЦЗД в зависимости от местных условий, исходя из целесообразного минимума.

Удельный вес повторных обращений к специалистам АПУ составил близкие к средним по стране 18,4%. Разброс значений составил от 0,0% в Республиках Алтай, Хакасия, Тыва, Алтайском крае и 1,4% — в Забайкальском крае, до 43,4 и 63,4% в Омской и Томской областях. Причины направления детей к специалистам АПУ при повторном посещении также нуждаются в уточнении. В представленном виде данные не позволяют судить и о том, какие специалисты были наиболее востребованы, в каких сочетаниях и в какие возрастные периоды.

В СФО направление в стационар с первичного приема в ЦЗД потребовалось 43 детям (2,4% от 1804 таких детей по стране) в их числе: 14 детей в возрастной группе 0-4 года, 13 — 10-14 лет, 6 — 16-17 лет и по 5 — 5-9 и 15 лет. В разрезе территорий ситуация выглядела следующим образом: 1 ребенок в Забайкальском крае (5-9 лет), 2 — в Новосибирской области (оба 10-14 лет), 3 — в Кемеровской (2 — 10-14-летних и 1 — 15 лет), 37 — в Иркутской области (14 — 0-4 лет, 4 — 5-9, 9 — 10-14 и по 5 — у 15 и 16-17-летних). Знание причин, потребовавших направления детей в стационар, позволило бы сформулировать предложения по коррекции организации медицинской помощи, способных снизить и исключить наличие таких случаев. Данный по-

казатель вскрывает важнейшую дополнительную функцию ЦЗД, хотя она и не оговорена Положением о них, — выявление детей, в силу каких-либо причин, выпадающих из поля зрения врачей-педиатров, но уже нуждающихся в их помощи, вплоть до госпитализации.

Количество осмотренных в 2013 г. детей в 30 развернутых в СФО ЦЗД на общей площади 5 млн км², при средней плотности детского населения 0,8 чел./ км², составило лишь 3,6% от всего детского населения или 13,4% от детей, отнесенных при диспансеризации 2013 г. к I-й гр. здоровья. Таким образом, для выполнения поставленных перед данными подразделениями задач, их сеть и мощность следует увеличить в десятки раз. При явно низкой активности медицинского персонала АПУ по месту жительства, в работе с ними в СФО кроется большой потенциал увеличения потока детей в ЦЗД.

В настоящее время — очевидна ставка этих подразделений на работу с детьми в организованных коллективах образовательных учреждений (что укладывается в общую для страны тенденцию). Существенный резерв роста обращаемости в ЦЗД СФО — повышение активности родителей или их законных представителей и детей старшего возраста, о чем необходимо помнить и проводить более активную пропагандистскую политику в закрепленных территориях. При таких обширных площадях на один ЦЗД и сложностях коммуникаций целесообразно дать возможность детскому населению обследоваться не только в ЦЗД по месту жительства или расположения образовательного учреждения, но в любом центре здоровья, до которого проще добраться. Это способно повысить активность членов семьи детей, которых можно мотивировать и возможностью также пройти обследо-

ние с получением заключения и рекомендаций, часть из которых наверняка будет для них общей с детьми.

Решение целого ряда проблем требует совершенствования нормативной и методической базы, в частности, с тем, чтобы охватить деятельностью ЦЗД детей во всем возрастном диапазоне. Здесь перспективно использование ресурса Кабинетов здорового ребенка (согласно Приказу об этих подразделениях, работающих с детьми от 0 до 6 лет), приведя их в соответствие задачам ЦЗД.

Для более эффективного анализа работы ЦЗД и всеобъемлющего использования их для основанной пропаганды и обучения ЗОЖ — необходимо совершенствовать систему регистрируемых учетно-отчетных показателей. В рамках решения данных задач необходимо разработать систему разносторонней объективной оценки эффективности работы этих подразделений.

В значительной степени все бы упростилось, если бы, при дальнейшем разворачивании ЦЗД были объединены в сеть с Центрами профилактики на уровне субъектов и вплоть до страны в целом. На Центры профилактики (от субъектов, до страны в целом) целесообразно было бы возложить миссию по разработке порядков и стандартов деятельности ЦЗД, подготовку необходимых кадров, разносторонний анализ отчетных данных и уточнение их оптимального спектра, совершенствование нормативной базы сообразно реалиям жизни и так далее.

Повышению интереса к ЦЗД поспособствовало бы нормативно гарантированное представление результатов обследования всем медицинским подразделениям, ответственным за здоровье ребенка, родителям или их законным представителям, а, с соответствующего возрас-

та, и самим детям. Такой масштабный подход позволит существенно снизить уровень и угрозу хронической неинфекционной патологии среди населения страны.

Литература

1. Альбицкий А.А., Модестов А.А., Косова С.А., Иванова А.А., Волков И.К., Бондарь В.И., Зелинская Д.И., Терлецкая Р.Н., Щербакова С.В., Неволин Ю.С. Инновационные технологии в профилактической деятельности центров здоровья для детей // Российский педиатрический журнал. — 2014. — Т.17, № 4. — С. 43-48.
2. Бондарь В.И. Состояние здоровья детей свидетельствует об истощении адаптационных резервов человека: сб. тезисов Международного конгресса «Здоровье, обучение, воспитание детей в XXI веке». — Москва. — 2004. — С.172-175.
3. Бондарь В.И. Центры здоровья для детей: кампанейщина или фундамент новой системы медицинской помощи детям? // Idoctor. — 2015. — Т.6, №34. — С. 10-13.
4. Бондарь В.И., Модестов А.А., Малькова Г.А., Коган С.А, Терлецкая Р.Н. Центры здоровья для детей: итоги 2013 года и перспективы развития: сборник научных трудов «Проблемы городского здравоохранения». — Санкт-Петербург. — 2015. — Вып. 20. — С. 246-250.
5. Модестов А.А., Бондарь В.И., Косова С.А., Малькова Г.А. Центры здоровья для детей как основа модернизации профилактического направления в педиатрии // Заместитель главного врача, лечебная работа и медицинская экспертиза. — 2014. — Т.96, №5. — С. 22-28.
6. Модестов А.А., Косова С.А., Бондарь В.И., Неволин Ю.С. Состояние здоровья детского населения, как основа разработки региональных программ медицинской профилактики //

Российский педиатрический журнал. — 2008. — № 4. — С. 53-57.

7. Модестов А.А., Косова С.А., Бондарь В.И., Неволин Ю.С., Федоткина С.А., Фаррахов А.З. Модернизация профилактического направления в педиатрии: проблемные зоны и возможности // Профилактическая медицина. — 2013. — Т.16, № 3. — С. 14-21.

8. О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 19 августа 2009 года N 597н «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака»: Приказ Минздравсоцразвития РФ от 08 июня 2010 года N 430н. — [Электронный ресурс]. — URL: <http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/orders/1031> (Дата обращения 10.03.2014).

9. О внесении изменений в приложения N 1-5 к приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 19 августа 2009 года N 597н: Приказ Минздравсоцразвития России от 19 апреля 2011 года N 328н. — [Электронный ресурс]. — URL: <http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/spa/71> (Дата обращения 14.04.2015).

10. О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 19 августа 2009 года N 597н: Приказ Минздрава России от 26 сентября 2011 года N 1074н. — [Электронный ресурс]. — URL: <http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/orders/1164> (Дата обращения 05.09.2014).

11. Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, вклю-

чая сокращение потребления алкоголя и табака: Приказ Минздравсоцразвития России от 19 августа 2009 года N 597н. — [Электронный ресурс]. — URL: <http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/orders/930> (Дата обращения 22.06.2015).

12. Об утверждении Государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения»: постановление Правительства РФ от 15 апреля 2014 г. N 294. — [Электронный ресурс]. — URL: http://base.garant.ru/70643470/#block_3 (Дата обращения 11.07.2016).

13. Письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 18 февраля 2011 г. № 15-2/10/2-1642 (о предоставлении информации о деятельности Центров здоровья для детей). — [Электронный ресурс]. — URL: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/4092108/> (Дата обращения 12.04.2016).

14. Стародубов В.И., Руднев С.Г., Николаев Д.В., Коростылев К.А. Федеральный информационный ресурс центров здоровья: современное состояние и перспективы развития // Социальные аспекты здоровья населения [Электронный журнал]. — 2015. — Т. 45, №5. <http://vestnik.mednet.ru/content/view/706/30/lang,ru/> (Дата обращения 7 апреля 2016).

15. Шабалов Н.П. Детские болезни. — М., 1993. — С. 86-94.

References

1. Al'bitskiy A.A., Modestov A.A., Kosova S.A., Ivanova A.A., Volkov I.K., Bondar' V.I., Zelinskaya D.I., Terletskaya R.N., Shcherbakova S.V., Nevolin Yu.S. Innovative technologies in the prevention activities of health centers for children // Russian Journal of Pediatrics. — 2014. — Vol.17, № 4. — P. 43-48.

2. Bondar' V.I. The health status of children indicates about the exhaustion of adaptive reserves of man. Coll. Abstracts of the International Congress «Health, education, upbringing of children in the XXI century». – Moscow. – 2004. – P.172-175.

3. Bondar' V.I. Health centers for Children: campaigning or the foundation for a new health care system for children? // Idoctor. – 2015. – Vol.6, №34. – P. 10-13.

4. Bondar' V.I., Modestov A.A., Mal'kova G.A., Cogan C.A., Terletskaya R.N. Health centers for children: results of 2013 and prospects for development. Vishnyakova N.I., editor. Collection of scientific papers «Urban health problems». – St. Petersburg. – 2015. – Issue 20. – P. 246-250.

5. Modestov A.A., Bondar' V.I., Kosova S.A., Mal'kova G.A. Health centers for children as the basis for the modernization of preventive pediatrics // Deputy chief physician, medical work and medical examination. – 2014. – Vol.96, № 5. – P.22-28.

6. Modestov A.A., Kosova S.A., Bondar' V.I., Nevolin Yu.S. Status of child health, as a basis for the development of regional health prevention programs // Russian Journal of Pediatrics. – 2008. – №4. – P. 53-57.

7. Modestov A.A., Kosova S.A., Bondar' V.I., Nevolin Yu.S., Fedotkina S.A., Farrakhov A.Z. Modernization of preventive pediatrics: the problem areas and opportunities // Preventive Medicine. – 2013. – Vol.16, №3. – P. 14-21.

8. About modification in the Order of the Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation dd. August 19, 2009 No. 597n «On the organization of the health centers of activities to promote healthy lifestyle among Russian citizens, including the reduction of alcohol and tobacco using»: Order of the Health Ministry

of the Russian Federation dated June 8, 2010 No. 430n. – [Electronic resource]. – URL: <http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/orders/1031> (reference date 10.03.2014).

9. On Amendments to the Applications No. 1-5 to the Order of Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation dd. August 19, 2009 No. 597n: Order of the Ministry of Health and Social Development of Russia dd. April 19, 2011 No. 328n. – [Electronic resource]. – URL: <http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/spa/71> (reference date 14.04.2015).

10. On Amendments to the Order of the Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation dd. August 19, 2009 No. 597n: Order of the Russian Ministry of Health dd. September 26, 2011 No. 1074n. – [Electronic resource]. – URL: <http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/orders/1164> (reference date 05.09.2014).

11. On the organization of the activities of health centers to promote healthy lifestyles among citizens of the Russian Federation, including the reduction of alcohol and tobacco consumption: Russian Health Ministry Order dd. August 19, 2009 No. 597n. – [Electronic resource]. – URL: <http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/orders/930> (reference date 22.06.2015).

12. On approval of the State program of the Russian Federation «Health Development»: Resolution of the RF Government dd. April 15, 2014 No. 294. – [Electronic resource]. – URL: http://base.garant.ru/70643470/#block_3 (reference date 11.07.2016).

13. Letter from the Russian Federation Ministry of Health dd. 18 February 2011 number 15-2 / 10 / 2-1642 (for information on the activities of Health Centers for children). – [Electronic resource]. – URL: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/4092108/> (reference date 12.04.2016).

14. Starodubov V.I., Rudnev S.G., Nikolaev D.V., Korostylev K.A. Federal information resource of the Health Centers: the current state and prospects of development // Social aspects of population health [Electronic magazine]. — 2015. — Vol.45, № 5. — URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/706/30/lang,ru/> (reference date April 7, 2016).

15. Shabalov N.P. Childhood diseases. — М., 1993. — P. 86-94.

Сведения об авторах

Бондарь Виктор Иванович — доктор медицинских наук, академик Академии медико-технических наук РФ, ведущий научный сотрудник Федерального государственного автономного учреждения «Научный центр здоровья детей» МЗ РФ.

Адрес: 119991, г. Москва, Ломоносовский проспект г. 2, строение 1; тел.: 8 (499) 1340150; e-mail: doktorbvi@mail.ru.

Модестов Арсений Арсениевич — доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник Федерального государственного автономного учреждения «Научный центр здоровья детей» МЗ РФ.

Адрес: 119991, г. Москва, Ломоносовский проспект г. 2, строение 1; тел.: 8 (499) 1340150; e-mail: modestov@yandex.ru.

Малькова Галина Александровна — главный сотрудник МЗ РФ. Адрес: 127994, г. Москва, Рахмановский пер, г. 3; e-mail: MalkovaGA@rosminzdrav.ru.

Authors

Bondar' Viktor Ivanovich — Doctor of Medical Sciences, Academician of the Academy of medico-technical Sciences of Russian Federation, leading researcher of the Federal state Autonomous institution "Scientific Center of Health of Children" of the Ministry of Health of the Russian Federation.

Address: 119991, Moscow, Lomonosovsky Avenue, 2, building 1, tel 8 (499) 134-01-50, e-mail: doktorbvi@mail.ru.

Modestov Arseny Arsenyevich — Doctor of Medical Sciences, Professor, Chief Researcher of the Federal state Autonomous institution "Scientific Center of Health of Children" of the Ministry of health of the Russian Federation.

Address: 119991, Moscow, Lomonosovsky Avenue, 2, building 1; tel.: 8 (499) 134-01-50; e-mail: modestov@yandex.ru.

Mal'kova Galina Aleksandrovna — Chief Officer, Ministry of Health of the Russian Federation.

Address: 127994, Moscow, Rakhmanovsky per., 3; e-mail: MalkovaGA@rosminzdrav.ru.

© АНДРЕЕВА А.А., ИККЕС Л.А.

УДК [616.98:578.825.13]:616.15-053.3

КЛИНИКО–ГЕМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА, ВЫЗВАННОГО ВИРУСОМ ЭПШТЕЙНА–БАРР, У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

А.А. Андреева^{1,2}, Л.А. Иккес²

¹КГБУЗ Красноярская межрайонная детская клиническая больница, гл. врач — А.А. Колодина;

²ФГБОУ ВО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В.Ф. Войно — Ясенецкого Министерства здравоохранения РФ, ректор — д.м.н., проф. И.П. Артюхов; кафедра детских инфекционных болезней с курсом ПО, зав. — д.м.н., проф. Г.П. Мартынова.

Цель исследования. Изучение клинической картины и гематологических изменений у детей грудного возраста, больных инфекционным мононуклеозом, вызванным вирусом Эпштейна — Барр в острый период заболевания.

Материалы и методы. Обследовано 72 ребенка, больных инфекционным мононуклеозом, вызванным вирусом Эпштейна — Барр в острую фазу заболевания в возрасте от 6 мес до 12 мес. Общий анализ крови выполняли на гематологическом анализаторе «CELL — DYN Ruby» (Abbott, США). Атипичные мононуклеары в периферической крови изучали методом световой микроскопии. Содержание общего билирубина и его фракций в сыворотке крови, активность ферментов АЛАТ, АсАТ и тимоловую пробу определяли общепринятыми биохимическими методами.