



Вестник

Башкирского государственного медицинского университета

сетевое издание

ISSN 2309-7183



№4, 2015

vestnikbgmu.ru

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Вестник Башкирского государственного медицинского университета

сетевое издание

№4, 2015 г.

Редакционная коллегия:

Главный редактор: проф. Павлов В.Н. – ректор Башкирского государственного медицинского университета (Уфа)

Зам. главного редактора: проф. Нартайлаков М.А. (Уфа)

Члены редакционной коллегии: проф. Катаев В.А. (Уфа); проф. Ахмадеева Л.Р. (Уфа); доц. Цыглин А.А. (Уфа); проф. Галимов О.В. (Уфа); проф. Загидуллин Н.Ш. (Уфа); проф. Малиевский В.А. (Уфа); доц. Стрижков А.Е. (Уфа); проф. Еникеев Д.А. (Уфа); доц. Гончаров А.В. (Уфа); проф. Мавзютов А.Р. (Уфа); проф. Гильманов А.Ж. (Уфа); проф. Минасов Б.Ш. (Уфа); проф. Викторова Т.В. (Уфа); проф. Валишин Д.А. (Уфа); проф. Сахаутдинова И.В. (Уфа); проф. Садритдинов М.А. (Уфа); проф. Новикова Л.Б. (Уфа); проф. Верзакова И.В. (Уфа); проф. Моругова Т.В. (Уфа); проф. Гильмутдинова Л.Т. (Уфа).

Редакционный совет:

Чл.-корр. РАМН, проф. Тимербулатов В.М. (Уфа), проф. Бакиров А.А. (Уфа), проф. Ганцев Ш.Х. (Уфа), доц. Шебаев Г.А. (Уфа), проф. Мулдашев Э.Р. (Уфа), проф. Викторов В.В. (Уфа), проф. Кубышкин В.А. (Москва), проф. Гальперин Э.И. (Москва), проф. Вишневский В.А. (Москва), чл.-корр. РАМН, проф. Аляев Ю.Г. (Москва), чл.-корр. РАМН, проф. Чучалин А.Г. (Москва), чл.-корр. РАМН, проф. Долгушин И.И. (Челябинск), чл.-корр. РАМН, проф. Котельников Г.П. (Самара), проф. Созинов А.С. (Казань).

Состав редакции сетевого издания «Вестник Башкирского государственного медицинского университета»:

зав. редакцией – к.м.н. Кашаев М.Ш.

ответственный секретарь – к.м.н. Рыбалко Д.Ю.

научный редактор – к.фарм.н. Файзуллина Р.Р.

технический редактор – к.м.н. Насибуллин И.М.

художественный редактор – доц. Захарченко В.Д.

технический секретарь редакции - Зиятдинов Р.Р.

корректор – Брагина Н.А.

корректор-переводчик – к.ф.н. Майорова О.А.

ЗАРЕГИСТРИРОВАН В ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБЕ ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ СВЯЗИ, ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ
И МАССОВЫХ КОММУНИКАЦИЙ 26.07.2013, НОМЕР СВИДЕТЕЛЬСТВА ЭЛ № ФС 77 - 54905.

Сборник материалов
научно-практической конференции
**«Актуальные вопросы фармакотерапии
в педиатрии и диетологии»**

22 апреля 2015 г.

г. Стерлитамак

ОГЛАВЛЕНИЕ

Р.А. АХМЕТОВА, Г.Т. ТУПЕРЦЕВА, Е.О. МОСКВИЧЕВА, Г.М. ЯКУПОВА, С.В. ШАГАРОВА	4
ПОРАЖЕННОСТЬ ЛЯМБЛИЯМИ ДЕТЕЙ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ	
Г.А. ВАХИТОВА, З.А. ШАНГАРЕЕВА, С.М. ПОПОВА	7
ОЦЕНКА КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ H. PYLORI ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ	
Н.А. ДРУЖИНИНА, Ч.Р. БАКИЕВА	11
НАРУШЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ.	
Е.В. ПОПОВА, Е.Б. ХРАМОВА, К.А. ЛЕБЕДЕВА.....	14
ВЛИЯНИЕ ОБМЕННЫХ НЕФРОПАТИЙ НА ФОРМИРОВАНИЕ ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО НЕФРИТА У ДЕТЕЙ	
С.М. САИТОВА, Е.В. ПОПОВА, Е.Б. ХРАМОВА, К.А. ЛЕБЕДЕВА	17
РАЗРАБОТКА ЭЛЕКТРОННОГО РУКОВОДСТВА ДЛЯ ВРАЧЕЙ-ПЕДИАТРОВ ПО НАБЛЮДЕНИЮ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ	
Л.Я. САЛИМОВА, З.Р. ШЕВЧЕНКО, Д.М. ИДРИСОВА, С.В. ШАГАРОВА, Е.В. РОГОВА.....	20
ОРГАНИЗАЦИЯ ПОДДЕРЖКИ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ	
С.В. ШАГАРОВА, Р.З. АХМЕТШИН, Г.П. ШИРЯЕВА	25
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ ГОСУДАРСТВА ДЕТЯМ, БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ, МНОГОДЕТНЫМ СЕМЬЯМ И ДЕТЯМ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ_(ОБЗОР ДИРЕКТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ)	
С.В. ШАГАРОВА, Р.З. АХМЕТШИН, Г.П. ШИРЯЕВА, Н.А. ДРУЖИНИНА, Р.А. АХМЕТОВА.....	37
МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ В ПРЕПОДАВАНИИ ДЛЯ ВРАЧЕЙ ПЕДИАТРОВ	
СВЕДЕНИЯ ДЛЯ АВТОРОВ	40

УДК 616.993.161.22-053.2/5-02-36

© Р.А. Ахметова, Г.Т. Туперцева, Е.О. Москвичева, Г.М. Якупова, С.В. Шагарова, 2015

**Р.А. АХМЕТОВА, Г.Т. ТУПЕРЦЕВА, Е.О. МОСКВИЧЕВА, Г.М. ЯКУПОВА, С.В.
ШАГАРОВА**

**ПОРАЖЕННОСТЬ ЛЯМБЛИЯМИ ДЕТЕЙ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ
ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ**

Башкирский государственный медицинский университет

Под нашим наблюдением находились дети с хроническими болезнями органов пищеварения (ХБОП), инфицированные лямблиями. При идентификации лямблиоза у 2065 детей с ХБОП в возрасте 3-14 лет использовали ИФА крови на выявление антител к лямблиям как предположительный (скрининговый) лабораторный метод диагностики лямблий, а для уточнения диагноза использовались методы копроцистоскопии с обогащением, ИФА копрофильтрата на выявление антигенов лямблий, наличие вегетативных форм лямблий в дуоденальном содержимом. В группу исследования вошло 345 (16,7%) детей в возрасте от 3 до 6 лет, 1023 (49,5%) - от 7 до 10 лет и 697 (33,8%) от 11 до 14 лет, средний возраст составил $9,8 \pm 1,7$. Из них 1214 (58,8%) девочки и 851 (41,2%) мальчики.

Лямблиозная инвазия выявлена у 1493 пациентов, таким образом, пораженность лямблиями детей с хроническими болезнями органов пищеварения составила 72,3 на 100 обследованных.

При этом у детей в дошкольном возрасте (3-6 лет) показатель пораженности лямблиями выше – 84,4 на 100 обследованных, чем у детей младшего школьного возраста (7 - 10 лет) – 75,0, а среди подростков (11-14 лет) показатель оказался самым низким и составил – 62,3 на 100 обследованных.

Пораженность лямблиями у детей с ХБОП в трех условно выделенных возрастных группах (3-6 лет, 7-10 лет, 11-14 лет) находится в сильной, обратной корреляционной связи ($r=-1$, $P<0.001$) от возраста пациента.

Основой лечения детей с ХБОП инвазированных лямблиозом, является применение специфических препаратов с противоямблиозным действием. Наряду с противопаразитарным лечением проводилась соответствующая терапия ХБОП. При гастроинтестинальной форме (дуоденит, гастродуоденит) и выявлении *Helicobacter pylori*

предпочтение отдавали схемам эрадикации с включением лекарственных препаратов с двойным механизмом действия – противопаразитарной и антихеликобактерной активностью.

В зависимости от выбора противоямблиозных средств, больные были разделены на 3 группы: 1-ая группа - 30 детей и подростков, в комплексную терапию которых был включен Нифуратель (Macmiror) фирмы “Poliindustria chimica”, в таблетках по 0.2 г, в дозе 10 - 15 мг/кг в сутки (в 2 приема) – 7 дней 2-ая группа - 30 детей и подростков, при лечении которых были использованы другие противоямблиозные средства, в том числе Метронидазол “Биосинтез”, в таблетках по 0.25 г (у 30 человек, в дозе 15 мг/кг в сутки, в 3 приема 5 - 7 дней); 3-я группа – 30 детей и подростков, при лечении лямблиоза использовали Орнидазол (Тиберал) «Hoffman-La Roche», в таблетках по 0.5 г, (у 30 человек, детям с массой тела до 35 кг в дозе 40 мг/кг, с массой тела более 35 кг по 3 таблетки на 1 прием вечером однократно – 1- 2 дня). Распределение пациентов на указанные подгруппы осуществлялось по принципу случайной выборки (по мере их поступления в стационар и наличия тех или иных противоямблиозных средств).

Нами проведена сравнительная оценка эффективности и побочных действий противоямблиозных препаратов.

При контрольном исследовании через 2 недели после лечения лишь у 2 (6,6%) 1-ой группы были повторно выявлены цисты лямблий, из 2-ой группы - у 4 (13,3%) , из 3-ей - у 2 (6,6%), без достоверности различий ($P>0,05$).

Помимо высокой эффективности Макмирора, пациенты отмечали хорошую переносимость препарата, так из 30 человек только у 3 (10,0%) отмечался дискомфорт в желудочно-кишечном тракте, у 1 (2,2%) появилась аллергическая реакция в виде крапивницы. У 30 пациентов, принимавших Метронидазол у 11 (36,6%) отмечались диспепсические явления в виде усиления болей в животе, тошнота, металлический привкус во рту (достоверность различия показателей между группами, $P<0,05$), аллергические проявления отмечены у 6 (20,0%) пациентов в виде крапивницы головная боль, головокружение у 7 (23,3%). У всех 30 детей принимавших Тиберал (100,0%) отмечались проявления со стороны нервной системы, в виде головокружения, тошноты (достоверность различия показателей между группами, $P<0,05$). Диспепсические явления наблюдались у 7 (23,3%) пациентов, аллергические проявления отмечены у 4 (13,3%), без достоверности различий ($P>0,05$).

Таким образом, у детей с ХБОП выявлена высокая степень лямблиозной инвазии, особенно у детей младшей возрастной группы (3-6 лет). Наиболее эффективными

протилямблиозными препаратами в нашем исследовании явились макмирор (нифуратель) и орнидазол (тиберал).

УДК 616.33-002

© Г.А. Вахитова, З.А. Шангареева, С.М. Попова, 2015

Г.А. ВАХИТОВА, З.А. ШАНГАРЕЕВА, С.М. ПОПОВА

ОЦЕНКА КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ Н.

PYLORI ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Башкирский государственный медицинский университет

Состояние здоровья детей и подростков определяет основные тенденции здоровья населения. На долю хронического гастродуоденита (ХГД) в структуре гастроэнтерологической патологии у детей приходится почти 45% на детей младшего школьного возраста, 73% — детей среднего школьного возраста и 65% — старших школьников. При этом снижения относительной частоты ХГД у детей не прослеживается [1, 3].

Медико-социальное значение данной патологии обусловлено значительным распространением заболевания в обществе, в том числе среди детей и подростков, его рецидивирующим прогрессивным течением, резистентностью к общепринятой терапии, возможностью развития различных тяжелых осложнений с вероятностью формирования первичной инвалидности [1, 2]. В ходе международного собрания экспертов 11–13 ноября 2010 г. во Флоренции и разработки консенсуса Маастрихт-4 было отмечено, что актуальность исследования хеликобактерной инфекции сохраняется [4]. В связи с этим рассмотрение данной патологии с позиции нерешенных проблем представляется весьма актуальным [3].

Целью нашего исследования явилась оценка клинико-anamнестических особенностей течения хронического гастродуоденита хеликобактерной этиологии у детей.

Клиническое обследование проведено врачами дневного стационара детской муниципальной поликлиники №8 г. Уфа, которое включало в себя сбор жалоб и анамнеза, физикальные, лабораторные и инструментальные методы диагностики. Исследование на выявление инфицированности *Helicobacter pylori* проводили утром натощак на отечественном приборе «Хелик-тест-АМА». Метод основан на оценке прироста концентрации аммиака в воздухе ротовой полости после приема пациентом мочевины нормального изотопного состава. При разнице между результатами двух измерений (нагрузочный тест – базальный уровень) 3 мм и более «Хелик-тест» считали положительным.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием пакета прикладных программ «Statistica for Windows 6.0» (Statsoft), программного обеспечения MS Excell. Достоверность различий в частотах встречаемости изучаемых признаков между выделенными группами пациентов определяли по критерию χ^2 с коррекцией Йейтса (Statsoft).

За второе полугодие 2013 года нами обследовано 434 детей от 3 до 17 летнего, проходившие лечение в дневном стационаре детской муниципальной поликлиники №8 г. Уфа. Из них дошкольники составили 255 человек (58,8%), школьники 179 человек (41,2%).

В ходе проведенного обследования по клиническому диагнозу больные распределились следующим образом: у 62% детей (269 человек) выявлено расстройство вегетативной нервной системы, у 19,1% (83 человек) - хронический гастродуоденит хеликобактерной этиологии период обострения, у 8,8% детей (38 человек) - острый бронхит, период реконвалесценции, у 4,4% детей (19 человек) - дискинезия желчного пузыря, период обострения, у 3,9% детей (17 человек) - гипертрофия миндалин и аденоидов 1-2 степени, у 1,8% детей (8 человек) - внебольничная пневмония средней степени тяжести, период реконвалесценции. В структуре общей заболеваемости на первом месте - заболевания нервной системы, на втором - болезни органов пищеварения, на третьем - болезни органов дыхания. Среди причин болезней органов пищеварения на первом месте стоят хронические гастродуодениты, на втором - дискинезии желчного пузыря, на третьем - синдром раздраженного кишечника с преобладанием запоров.

Мы сформировали выборку и проанализировали 83 истории болезни детей с подтвержденным диагнозом хронический гастродуоденит, ассоциированный с *Helicobacter pylori* и пролеченных в стационаре за данный период. Наличие инфицированности *Helicobacter pylori* определяли по положительному «Хелик-тесту». В зависимости от возраста были выделены 2 группы: дошкольники и дети школьного возраста. Детей дошкольного возраста с ХГД оказалось достоверно меньше - лишь 26 человек, что составило 31,3%, в сравнении со школьниками 57 человек, соответствующих 68,7% ($\chi^2=21,6872$; $p=0,0005$). На долю ХГД в общей структуре заболеваемости у дошкольников также пришлось существенно меньше случаев - лишь 10,1% ($n=26$), в сравнении со школьниками - 31,8% ($n=57$) ($\chi^2=30,4812$; $p=0,0005$).

Обращает на себя внимание значительный рост частоты ХГД после начала обучения в школе, что возможно связано с увеличением круга общения ребенка и, следовательно, повышением риска инфицированности *Helicobacter pylori*. Однако не менее вероятным представляется значение психогенного фактора, так как начало обучения в школе

радикально меняет весь образ жизни ребенка, характеризуется увеличением физических и эмоциональных нагрузок и изменением характера питания. Значительный стресс, провоцирующий вегетативные расстройства и, как следствие, нарушения моторики желудочно-кишечного тракта и желудочной секреции, приводит к формированию сначала функциональных нарушений пищеварительной системы, а затем — и органических [1, 3]. Наконец, безусловную роль играет и наследственная предрасположенность [1, 3]. В ходе исследования выявлена отчетливая тенденция к более частой заболеваемости ХГД, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки у родственников в группе детей дошкольного возраста ($n=6$) ($\chi^2=6,4242$; $p=0,0120$). Далее в тексте абсолютные и относительные данные сравниваемых признаков, не достигшие достоверного уровня различий, не приводятся. В анамнезе у детей обеих групп с одинаковой частотой встречались такие сопутствующие заболевания, как дискинезия желчевыводящих путей, вторичная панкреатическая недостаточность, лямблиоз. Дети сравниваемых групп одинаково часто болели простудными заболеваниями.

Отягощенный перинатальный фон (угроза выкидыша, гестозы, хронические соматические заболевания матери, оперативные роды, недоношенность), а также их последствия (перинатальная энцефалопатия, расстройства вегетативной нервной системы) в одинаковой мере встречались в группах сравнения.

Также с одинаковой частотой все больные находились на естественном вскармливании до года. Вероятно, характер питания на первом году жизни существенно не влияет на формирование хеликобактерной инфекции у детей.

При оценке клинических особенностей течения *H. pylori* инфекции у детей выявлены следующие результаты. Все наблюдаемые нами дети с одинаковой частотой жаловались на периодические тупые боли в животе, преимущественно в эпигастральной области. Среди диспепсических расстройств у всех больных доминировала тошнота, отрыжка, неприятный запах изо рта. Примечательно, что дети дошкольной группы в 62,5% случаев отмечали сниженный аппетит, в сравнении со школьниками – 22,7% ($\chi^2=7,6550$; $p=0,0066$). Вероятно, это связано с проявлениями функциональных нарушений, которые преобладают у детей дошкольного возраста и прогрессивно снижаются с возрастом: примерно 50% у детей младшего школьного возраста, 19% — у среднего и 16% — у старшего [3]. Неустойчивый стул встречался с одинаковой частотой в обеих группах.

Также обращает на себя внимание тот факт, что у 56% детей с хроническим гастродуоденитом хеликобактерной этиологии, получивших эрадикационную терапию отмечается реифекция после одного года. Это связано одновременным лечением всех

членов семьи, тесным бытовым контактом, несоблюдением санитарно-гигиенических правил, неправильным пищевым поведением.

Таким образом, наблюдается значительное увеличение числа детей с хронической гастродуоденальной патологией, ассоциированной с *Helikobacter pylori*. Наибольшая частота инфицирования наблюдается среди школьников [1, 2, 3]. У этих детей более высокий индекс наследственной отягощенности, они имеют более частую заболеваемость аллергическими и простудными заболеваниями. Для данной патологии наиболее характерен болевой синдром, который не связан с приемом пищи, сопровождающийся снижением аппетита, неприятным запахом изо рта и неустойчивым стулом. Исследование позволило выявить группу риска среди детей, и рассмотрение нерешенных вопросов данной патологии диктует необходимость новых исследований в этом направлении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бекетова Г.В. Хронические гастродуодениты у детей и подростков (эпидемиология, этиология, патогенез, диагностика, лечение). – Здоровье Украины. Тематический номер. Березень, 2011. – С. 62-64.
2. Белоусова О.Ю., Денисюк Т.А. Хронический гастродуоденит у детей. – синтропия или интерференция. – Перинатология и педиатрия. №2 (46) 2011. – С. 59-62.
3. Бельмер С.В., Гасилина Т.В. Неоднозначные ответы на простые вопросы о хроническом гастродуодените у детей – Лечащий врач. № 08 2011.
4. Пиманов С.И., Лея М., Макаренко Е.В. – Рекомендации консенсуса Маастрихт-4 по диагностике и лечению хеликобактерной инфекции: обсуждение на Европейской гастроэнтерологической неделе. – Consilium Medicum. Том 14. №8 2012.

УДК 618.11-072.8-055.25

© Н.А. Дружинина, Ч.Р. Бакиева, 2015

Н.А. ДРУЖИНИНА, Ч.Р. БАКИЕВА
НАРУШЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С
ОЖИРЕНИЕМ.

Башкирский государственный медицинский университет

На сегодняшний день одной из наиболее актуальных проблем в здравоохранении является ожирение. Его распространенность достигает 20% среди населения экономически развитых стран, а в популяции детей и подростков разная степень избытка массы тела встречается в 3,5-17% наблюдений в разных странах [1].

Наряду с соматическими заболеваниями у девочек с ожирением повышен риск формирования гинекологической патологии. Многочисленные исследования свидетельствуют о тесной взаимосвязи жировой ткани и различных параметров репродуктивной системы. В популяции полных девушек менархе возникает раньше, чаще встречаются нарушения менструального цикла и такие заболевания, как гипоталамический синдром периода полового созревания, синдром поликистозных яичников [2,3]. В периоде полового созревания частота нарушений менструального цикла у девушек с ожирением достигает 66,7%. По мнению большинства исследователей, дисфункция яичников возникает как следствие метаболических расстройств, сопровождающих ожирение или им обусловленных [4,5].

Цель исследования - оценка частоты нарушений менструального цикла у девочек-подростков с ожирением.

Материалы и методы. В исследование были включены 37 девочек в возрасте 13-16 лет с ожирением, окружностью талии более 80 см (в среднем $OT\ 84,3 \pm 3,1$ см). Группу сравнения составили 20 практически здоровых девочек без ожирения. Контрольная группа подбиралась методом копи-пара по возрасту и месту жительства. Средний возраст исследуемых составил $14,6 \pm 0,9$ года.

Всем девочкам было проведено комплексное обследование, включающее жалобы, изучение анамнеза заболевания, анамнеза жизни, общий и гинекологический осмотр, оценку антропометрических показателей (масса тела, рост, индекс массы тела, окружность талии, окружность бедер, отношение окружности талии к окружности бедер), измерение артериального давления, определение уровней пептидных и стероидных гормонов плазмы крови. Половое развитие оценивалось по методике Таннера (1968). Оценивали параметры

репродуктивной системы, такие как возраст менархе, характер менструального цикла. К нарушениям менструального цикла отнесены: маточное кровотечение пубертатного периода - продолжительность менструального кровотечения более 7 дней, олигоменорея – длительность межменструальных периодов более 36 дней, первичная аменорея - отсутствие менархе в 15 лет и старше, вторичная аменорея – отсутствие менструации в течение 6 месяцев.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием программ Microsoft Exel, Statistica 7.0.

Результаты исследований. В группе девочек с ожирением средний ИМТ=29,1±1,76 был достоверно выше ($p < 0,05$) по сравнению с ИМТ 23,4±1,17 в группе пациенток контрольной группы. Среднее отношение окружности талии к окружности бедер было значимо выше ($p < 0,05$) у девочек основной группы (0,83±0,02 против 0,72±0,01 в группе контроля), что свидетельствует о преобладании абдоминального типа ожирения в этой группе. У 9 (24%) девочек с ожирением была диагностирована артериальная гипертензия, у 4 (10,8%) гирсутизм, наличие на коже белых и розовых стрий различной локализации у 21 (56,8%). У девочек основной группы выявлены высокие уровни гормонов плазмы крови: ФСГ 4,5±1,4 против 3,1±1,1 мМЕ/л в группе сравнения ($p < 0,05$), ЛГ 6,4±1,8 против 4,2±1,2 мМЕ/мл ($p < 0,05$), пролактин 273±29,8 против 241±25,3 мМЕ/л ($p < 0,05$), тестостерон 2,5±0,7 против 1,3±0,4 нмоль/л ($p < 0,05$) (таблица 1).

Таблица 1

Клинико-лабораторная характеристика показателей обследуемых групп (M±m)

Параметры	Основная группа (n=37)	Контрольная группа (n=20)	p
ИМТ, кг/м ²	29,1±1,76	23,4±1,17	< 0,05
ОТ/ОБ	0,83±0,02	0,72±0,01	< 0,05
САД, мм рт. ст.	119,7±10,3	104,6±12,5	< 0,05
ДАД, мм рт. ст.	81,2±7,8	71,1±8,7	< 0,05
ФСГ мМЕ/л	4,5±1,4	3,1±1,1	< 0,05
ЛГ мМЕ/мл	6,4±1,8	4,2±1,2	< 0,05
Пролактин мМЕ/л	273±29,8	241±25,3	< 0,05
Тестостерон нмоль/л	2,5±0,7	1,3±0,4	< 0,05

Менструации были у всех обследованных девочек. Средний возраст менархе у девочек основной группы (11-12 лет) был достоверно ниже ($p < 0,05$), чем в контрольной группе девочек (12,5-14 лет). В основной группе частота нарушений менструального цикла выявлена у 16 девочек (43,2%), что достоверно выше ($p < 0,05$) по сравнению с 3 девочками (15%) контрольной группы (таблица 2).

Таблица 2

Структура нарушений менструального цикла у девочек

Тип нарушения менструальной функции	Основная группа (n=37)		Контрольная группа (n=20)	
	абс. число	%	абс. число	%
Маточное кровотечение пубертатного периода	3	8,1	1	5
Олигоменорея	11	29,7	2	10
Первичная аменорея	-		-	
Вторичная аменорея	2	5,4	-	

Таким образом, ожирение является важным этиологическим фактором нарушения менструального цикла у девочек подросткового возраста.

Заключение.

У девочек с ожирением наблюдается тенденция к более раннему половому созреванию по сравнению с девочками, имеющими нормальную массу тела.

Частота нарушений менструального цикла - маточного кровотечения пубертатного периода, олигоменореи, вторичной аменореи выше в группе девочек с ожирением.

ЛИТЕРАТУРА

1. Saleh J, Sniderman A.D., Cianflone K. Clin Chim Acta 1999; 286: 1-2: 163-180.
2. Богданова Е. А. Гинекология детей и подростков. – М., 2000. – 330с.
3. Руководство по клинической эндокринологии // Под редакцией Н. Т. Старковой. – СПб., 1996.- С.486-498.
4. Holte J. Baillieres Clin Endocrinol Metab 1996; 81:8: 2854-2864.
5. Speroff L., Glass R.N., Kase N.G. Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility. WW: Baltimore 1995; 651-667.

УДК 616-053.2:616.61-002.27

© Е.В. Попова, Е.Б. Храмова, К.А. Лебедева, 2015

Е.В. ПОПОВА, Е.Б. ХРАМОВА, К.А. ЛЕБЕДЕВА
ВЛИЯНИЕ ОБМЕННЫХ НЕФРОПАТИЙ НА ФОРМИРОВАНИЕ
ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО НЕФРИТА У ДЕТЕЙ

Тюменская государственная медицинская академия

Актуальность.

Актуальность проблемы определена высокой распространенностью обменной нефропатии в детской популяции. По статистическим данным, обменная нефропатия составляет от 27% до 64% в структуре заболеваемости органов мочевой системы (ОМС) у детей, а в практике врача-педиатра кристаллурия в моче отмечается практически у каждого третьего больного [1]. В литературе достаточно широко обсуждают неблагоприятные трансформации обменных нефропатий: прогрессирование мембранно-деструктивных изменений, формирование тубулоинтерстициального нефрита (ТИН), а также снижение почечной функции и в дальнейшем формирование хронической почечной недостаточности. Критериями диагностики данной патологии многие авторы рассматривают длительное существование обменной нефропатии, наличие стойкой микропротеинурии, микроэритроцитурии, абактериальной лейкоцитурии, сопровождающиеся нарушениями канальцевых и тубулярных функций почек [2,3,4].

Предупреждение неблагоприятного исхода нефропатий у детей является одной из актуальных проблем детской нефрологии, на решение которой направлен поиск механизмов формирования, прогрессирования хронических заболеваний почек и возможностей ренопротекции.

Цель: выявить влияние обменных нефропатий на формирование тубулоинтерстициального нефрита у детей.

Результаты.

Нами был проведен ретроспективный анализ 2528 детей в детских поликлиниках г.Тюмени, из которых 553 ребенка с заболеваниями ОМС. 66 детей составили группу с диагнозом ТИН, из них 28 детей с ТИН, протекающем на фоне обменной нефропатии.

В структуре общей заболеваемости органов мочевой системы, лидирующее место занимают инфекции мочевыводящих путей (39%) и пиелонефриты (31%), по 11% приходится на ТИН и обменную нефропатию, на последнем месте мочекаменная болезнь (МКБ) (8%).

При распределении исследуемой группы по этиологическому фактору, отмечено, что ТИН смешанной этиологии встречается в два раза чаще (40%).

У детей, состоящих на диспансерном учете с диагнозом ТИН, в 50% случаев признаки обменной нефропатии, предшествовали основному заболеванию. Возраст дебюта обменной нефропатии в этой группе составил 1-3 года. По типу течения в данной группе детей преобладал хронический ТИН (72%). Пик формирования ТИН, протекающего на фоне обменной нефропатии, приходился на возраст от 6 до 13 лет (58%), в период интенсивного роста ребенка.

Отягощенность перинатального анамнеза у детей с обменной нефропатией и ТИН была зафиксирована в 80% случаев в виде гипоксии. В генеалогии изучаемой группы детей в 52% случаев отмечена инфекция мочевой системы, в 32% - МКБ.

Анализ динамического наблюдения детей с обменными нефропатиями и ТИН выявил в 50% случаев отсутствие коррекции заболеваний.

По данным ультразвукового исследования почек и мочевого пузыря в 55% случаев констатирована нефропатия без структурных изменений, у 25% исследуемых имелись органические поражения ОМС.

При оценке функционального состояния тубулоинтерстициального аппарата почек у детей с ТИН, протекающем на фоне обменной нефропатии, концентрация креатинина и мочевины в сыворотке крови в пределах нормы и составила $59 \pm 8,9$ мкмоль/л и $5,1 \pm 0,9$ ммоль/л, соответственно. По результатам пробы по Зимницкому отмечался высокий удельный вес мочи (выше 1025), что характерно для течения обменной нефропатии в 60% случаев, и проявления никтурии. В связи с этим, для верификации ТИН, протекающего на фоне обменной нефропатии следует применить специальные методы диагностики.

Заключение.

1. У детей различного возраста, состоящих на диспансерном учете с диагнозом тубулоинтерстициальный нефрит, в 50% случаев признаки обменной нефропатии, предшествовали основному заболеванию.
2. Преобладающим вариантам острого течения тубулоинтерстициального нефрита явился смешанный.
3. Пик формирования тубулоинтерстициального нефрита приходился преимущественно на возраст с 6 до 13 лет.

ЛИТЕРАТУРА

1. Рычкова С.В. Дисметаболические нефропатии в педиатрической практике. // Лечащий врач. 2010. №8. С.11-15.
2. Коровина Н.А., Захарова И.Н., Гаврюшова Л.П., Мумладзе Э.Б., Творогова Т.М., Еремеева А.В. Дисметаболические нефропатии у детей. // Consilium medicum. 2009. Том 11. №7. С.29-41.
3. Тареева И.Е. Нефрология. Руководство для врачей. / Под ред. И.Е. Тареевой. - М.: Медицина, 2000. - 2-е изд., перераб. и доп. - 688с.
4. Байгильдина Л. М. Клинико-диагностическое значение оксалатно-кальциевой кристаллурии у детей при оксалатной нефропатии и интерстициальном нефрите метаболического генеза. автореф. дис. ...канд. мед. наук. 14.00.09 / Байгильдина Л.М. - Москва, 1987. - 170с.

УДК 616-053.2

© С.М. Сайтова, Е.В. Попова, Е.Б. Храмова, К.А. Лебедева, 2015

С.М. САИТОВА, Е.В. ПОПОВА, Е.Б. ХРАМОВА, К.А. ЛЕБЕДЕВА
РАЗРАБОТКА ЭЛЕКТРОННОГО РУКОВОДСТВА ДЛЯ ВРАЧЕЙ-ПЕДИАТРОВ ПО
НАБЛЮДЕНИЮ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ
НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ

Тюменская государственная медицинская академия

Актуальность.

Автоматизированные системы активно вступают в медицинскую деятельность врача для унификации процессов лечения и диагностики, тем самым создают условия для оптимизации рабочего времени специалиста. По литературным данным, увеличение частоты обменных нефропатий в детской популяции в регионах, с экологически неблагоприятной обстановкой, достигает до 187 : 1000 детского населения [1]. Обменные нефропатии привлекают внимание исследователей ввиду значительной распространенности, прогрессирующего течения с формированием тубулоинтерстициального нефрита (ТИН), мочекаменной болезни (МКБ) или присоединением микробно-воспалительного процесса и развитием инфекции мочевой системы (ИМС) [2,3].

По данным ВОЗ, в различных странах мира распространенность врожденных пороков среди населения варьирует от 1,5 до 5% (в отдельных странах - от 2,7 до 16,3%) [4,5]. В 2004г. врожденные аномалии стали причиной неонатальной смерти у 7% детей (т.е. приблизительно 260 000 случаев) [6]. Частота врожденных аномалий развития у детей в нашей стране колеблется от 0,22% до 2,47% в различных регионах страны, 30% приходится на врожденные пороки развития органов мочевой системы (ВПР ОМС) [7]. Согласно литературным источникам, распространенность ВПР ОМС составляет 0,5-7,5 на 1000 новорожденных [8].

Цель: разработать программный продукт для наблюдения за детьми с выявленными малыыми аномалиями развития органов мочевой системы (МАР ОМС) в онтогенезе, а также комплексную программу алгоритма диагностики и прогнозирования исходов обменных нефропатий у детей.

Нами были проанализированы заключения многоуровневого обследования 3 958 детей в возрасте от 1 года до 17 лет, наблюдающихся в различных детских поликлиниках г. Тюмени, данные анамнеза жизни и заболеваний, результаты инструментального и лабораторного обследования, данные объективного пропедевтического осмотра.

Анализ результатов антенатального и постнатального обследования детей с МАР ОМС и особенностей их развития в онтогенезе позволил нам разработать континуум диспансерного наблюдения детей с МАР ОМС: пиелэктазии (ПЭ), щелевидная лоханка (ЩЛ), в автоматизированной системе (режиме).

Интерфейс программы включает в себя паспортные данные пациента (Ф.И.О., возраст, пол, масса тела) и инструментально-лабораторные показатели. Информацию можно будет добавить, выбрать из перечисленного, отредактировать. В результате программный продукт «AutoDoctor NephroDiag» в автоматическом режиме представит врачу-педиатру индивидуальный план диспансерного наблюдения за ребенком с МАР ОМС в зависимости от заявленных параметров.

Участковый врач-педиатр в программном комплексе выбирает источник данных, при котором у ребенка выявлена МАР ОМС: ультразвуковое исследование (УЗИ) плода, УЗИ ОМС в 1 месяц жизни ребенка или повторные УЗИ ОМС. Исходя из выбранного варианта, программа предложит алгоритм наблюдения детей с данной патологией в онтогенезе.

При выявлении МАР ОМС при ультразвуковом сканировании плода во 2-3 триместре беременности, рекомендуется проведение контрольного УЗИ ОМС в 10 дней жизни ребенка и общий анализ мочи (ОАМ). При сохранении структурной патологии очередное обследование проводится в месяц жизни ребенка. Если в 1 месяц жизни ребенка сохраняется ПЭ или ЩЛ, а результат ОАМ в пределах нормы, то ребенок берется на диспансерный учет врачом-педиатром, и данные обследования повторяются 1 раз в 3 месяца. При обнаружении гидронефроза у ребенка на любом из этапов наблюдения, в кратчайшие сроки рекомендуется консультация врача-уролога и нефролога.

При сохранении МАР ОМС и выявлении в ОАМ: лейкоцитурии, бактериурии, кристаллурии программный продукт предлагает план наблюдения – сроки осмотра и обследования, схему лечения, с возможностью автоматического расчета дозы лекарственных средств, диеты, в зависимости от вида кристаллурии.

Полученные данные анамнеза и клинико-биохимические параметры течения заболевания у детей с ИМС, ТИН и МКБ на фоне обменной нефропатии, положены в основу математической модели прогнозирования исходов обменной нефропатии и представлены в виде компьютерной программы, предлагаемой для практической деятельности врачей участковых педиатров.

Заключение.

Данные программы предназначены для ускорения и упрощения алгоритма диагностики, прогнозирования исходов обменных нефропатий и диспансерного наблюдения

детей с выявленными МАР ОМС, за счет автоматизации рабочего места участкового врача педиатра.

ЛИТЕРАТУРА

1. Игнатова М.С., Харина Е.А., Длин В.В. и др. Нефропатии в регионе, загрязненном солями тяжелых металлов, возможности лечебно-профилактических мероприятий.// Тер.архив 1996. - № 8. С. 31-35
2. Коровина Н.А., Захарова И.Н., Гаврюшова Л.П., Мумладзе Э.Б., Творогова Т.М., Еремеева А.В. Дисметаболические нефропатии у детей. // Consilium medicum. 2009. Том 11. №7. С.29-41.
3. Будник Т.В. Обменная нефропатия у детей: актуальность диагностики, прогноза и своевременной коррекции. // Здоровье Украины. - 2012. - №6. - С. 68
4. Ежова Н.Н., Молчанова Л.Ф., Глумова В.А. Влияние экологических факторов на здоровье детей в семьях. // II Матер. Всерос. научн. конф. с междунар. участием, - Пермь. - Анталья. 1997. С.72-73.
5. Авцын А.Г., Жаворонкова А.А., Риш М.А., Строчкова Л.С. Микроэлементозы человека. М.: Медицина, 1991. С.496.
6. The global burden of disease: 2004 update. Geneva, World Health Organization, 2008 г.
7. Игнатова М.С. Распространенность заболеваний органов мочевой системы у детей. // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2000. №1. С.24-29.
8. Иванова И.Е., Скальный А.В., Родионов В.А. Элементарный статус детей с аномалиями развития почек. // Микроэлементы в медицине. 2009. №10. С.47-52.

УДК 616-053.3:613.221

Л.Я. Салимова, З.Р. Шевченко, Д.М. Идрисова, С.В. Шагарова, Е.В. Рогова

**Л.Я. САЛИМОВА, З.Р. ШЕВЧЕНКО, Д.М. ИДРИСОВА, С.В. ШАГАРОВА, Е.В.
РОГОВА**

ОРГАНИЗАЦИЯ ПОДДЕРЖКИ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ

Башкирский государственный медицинский университет

ГКБ № 8 г. Уфы

Медико-демографическая ситуация в России конца XX века характеризуется целым рядом неблагоприятных тенденций: снижением рождаемости, ростом младенческой и детской смертности, высоким уровнем материнской смертности.

Современные параметры рождаемости в России меньше требуемого для положительного прироста населения почти в 2 раза, детское население за последние 5 лет сократилось на 12,3%. Растет заболеваемость девочек-подростков. Только за последние годы уровень заболеваемости возрос на 17,2%. Рост обусловлен, прежде всего, болезнями эндокринной системы, психическими расстройствами и расстройствами поведения, инфекциями, новообразованиями, врожденными аномалиями развития.

Акушерский стационар ГКБ №8 города Уфы первым в РБ и Уральском регионе за успехи в работе по охране, поддержке и поощрению грудного вскармливания был удостоен звания «Госпиталь доброжелательный к ребенку» и получил специальный диплом Министерства здравоохранения Российской Федерации.

В настоящее время инициатива ВОЗ / ЮНИСЕФ «Госпиталь доброжелательный к ребенку», признана частью национальной политики в деле охраны материнства и детства в России и Башкортостане и имеет нормативно-правовую базу. Работа по внедрению инициативы ВОЗ в родильном отделении была начата в 1996 году при активной поддержке администрации больницы и в тесном взаимодействии с Городским управлением здравоохранения и Министерством здравоохранения РБ. В настоящее время в акушерском стационаре полностью внедрены современные перинатальные технологии по гуманизации выхаживания и вскармливания новорожденных: гуманизация родов, совместное пребывание матери и ребенка, партнерские роды, раннее прикладывание к груди, исключительно грудное вскармливание новорожденных, кормление по требованию ребенка, свободное пеленание, а также обстановка приближенная к домашней, участие родственников в уходе за ребенком и его матерью.

В 2006, 2011 году была успешно проведена переаттестация акушерского отделения больницы № 8 на звание «Госпиталь доброжелательный к ребенку». Согласно программе ВОЗ / ЮНИСЕФ в родильном доме разработана и усовершенствована «Политика грудного вскармливания», как – свод правил и законов, который соблюдает весь медицинский персонал и с которой обязательно знакомятся мамы. Доступно и достаточно информативно оформлена наглядная, инструктивная и просветительская информация по грудному вскармливанию.

В дородовом отделении организованы индивидуальные и групповые занятия психолога и акушера-гинеколога по предродовой подготовке: беременных обучают правильному и активному поведению во время родов, методам снятия стресса, мышечного напряжения, самопомощи при болевом синдроме, методам дыхательной регуляции родовой деятельности. Особое внимание уделяется организации здорового образа жизни, правильному питанию в период беременности и кормлении грудью, проводится психофизическая подготовка для обеспечения полноценного грудного вскармливания на протяжении первых двух лет жизни ребенка.

В родильном блоке оборудованы индивидуальные залы, где обеспечены оптимальные условия для оказания первичной и реанимационной помощи всем новорожденным, которая проводится согласно приказа № 921 от 15 ноября 2012 года, а самое главное и мама и ее ребенок находятся в условиях максимального охранительного режима.

В первую очередь индивидуальные условия предупреждают распространение перекрестной и госпитальной инфекции. Одновременно в работе родильных залов соблюдаются условия для предупреждения при рождении у новорожденного различных стрессовых состояний: холодового, звукового, светового и болевого шоков, для этого осуществляются необходимые мероприятия для их предупреждения. Созданы условия и отработана тактика скорейшего воссоединения ребенка и его мамы сразу после рождения для формирования положительного импринга (запоминания) и чувства защищенности у новорожденного, а у мамы укрепление материнской доминанты. С первых минут после рождения, обученный персонал помогает маме начать кормление грудью и во время нахождения в родильном зале мама с ребенком не разлучаются. В родах практикуется присутствие и поддержка близких людей. Женщина в родах свободна, активна и может рожать любым из альтернативных способов, каким владеет.

В отделении «мать и дитя» налажен режим круглосуточного пребывания мамы и ребенка, что особенно важно для формирования стойкого полноценного зубиоза у

новорожденного и предупреждения распространения госпитальной инфекции. С этой же целью в роддоме практикуется ранняя (на 3-4 сутки) выписка новорожденных.

За время нахождения в роддоме обученный персонал, в том числе и инструктор по грудному вскармливанию, обучают мам кормлению грудью, согласно правилам ВОЗ и ЮНИСЕФ. Для этого используются современные технологии по становлению и поддержке лактации, а также современные способы помощи при различных затруднениях кормления грудью у мамы и грудного вскармливания младенца.

В случаях извлечения детей путем кесарева сечения (при плановой операции под общим наркозом), у мам собирается молозиво в стерильную посуду, и после рождения, такие дети тоже получают первые капельки молозива (что очень важно для формирования их иммунитета), а как только родильница будет в состоянии реагировать на ребенка – осуществляется визуальный, кожный контакты и прикладывание его к груди мамы.

При применении перидуральной анестезии, новорожденных прикладывают к груди матери в течение первых 30 минут жизни ребенка, прямо в операционной, сразу после их оперативного извлечения.

В дальнейшем новорожденные вскармливаются грудью по требованию и находятся на совместном пребывании в зависимости от состояния мамы.

При недостаточной и еще не установившейся лактации, в случае необходимости докорма, используются технологии совместимые с грудным вскармливанием.

Домой дети выписываются обычно на 4-5 сутки. Недоношенные дети на кувезном выхаживании, находятся в материнской палате. Недоношенные дети при зондовом кормлении, получают грудное молоко через зонд у груди матери (как бы имитируя кормление грудью).

Кормление новорожденных – свободное, по требованию ребенка, обязательное ночное кормление. Дополнительное питание проводится только по медицинским показаниям, а также практикуется использование индивидуального банка грудного молока.

А до появления сосательного рефлекса у недоношенного ребенка, его маму обучают поддерживать лактацию, с использованием удобных и общедоступных технологий и аксессуаров.

Работа по поддержке грудного вскармливания в отделении продолжается, и сегодня остается высокой, - имеется тенденция к увеличению числа детей приложенных к груди матери в родзале, что имеет прямую зависимость от увеличения числа нормальных родов. 99% детей, извлеченных путем кесарева сечения с применением перидуральной анестезии,

прикладываются к груди в операционной. На кожный и визуальный контакты детей приносят мамам на 1 часу жизни.

Значительно возросло число детей, находящихся на полном грудном вскармливании при выписке из родильного дома (99%).

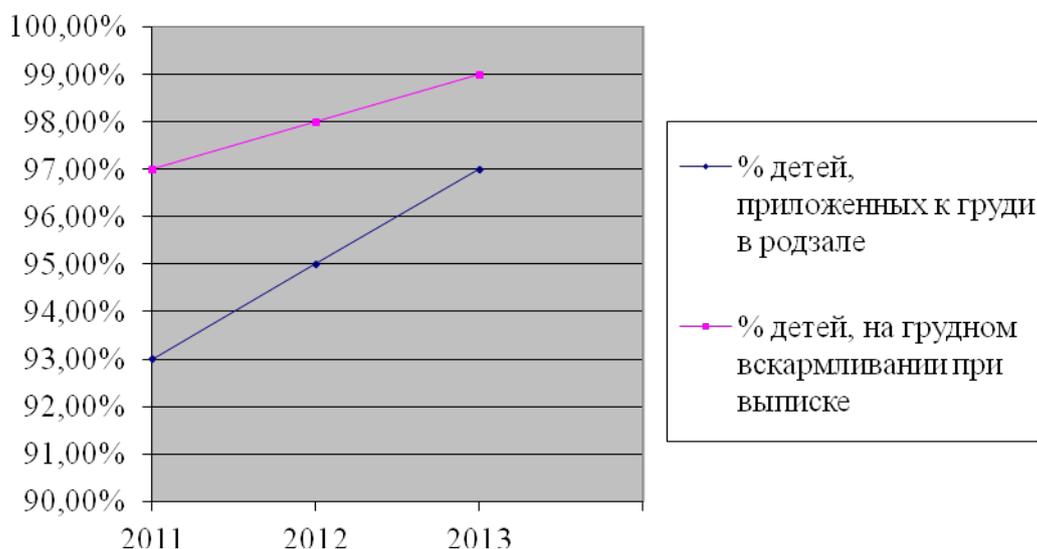


Рис.1. Поддержка грудного вскармливания

Искусственное питание получают только “отказные” дети и от ВИЧ инфицированных матерей.

Основой здоровья и полноценности будущих поколений являются благополучная беременность, естественные роды и грудное вскармливание. Обеспечить эти важные моменты можно за счет популяризации знаний по перинатальной психологии, грудному вскармливанию, психологии новорожденного и грудного ребенка, психологии беременной, а также обучение матерей практике грудного вскармливания, уходу за новорожденным, грудным ребенком и детьми раннего возраста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Декларация о защите, распространении и поддержке грудного вскармливания детей (1.08.1990 г)
2. Конвенция о правах детей (сентябрь 1990 г)
3. Декларация Всемирной конференции на высшем уровне по вопросам детства (30.9. 1990)
4. Яцык, Г.В.4. Диагностика и комплексная реабилитация перинатальной патологии новорожденных детей / Г.В. Яцык. — М.: Педиатр, 2012. — 155 с.
5. Шабалов, Н.П.8. Неонатология / Н.П. Шабалов. — М.: МЕДпресс-информ, 2009. — Т. I.

6. Национальная программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в РФ. Москва 2011 г.
7. Неонатология. Практические рекомендации. Под редакцией Райнхарда Рооз, Оксоля Генцель-Боровичени и Ганс Прокитте. Перевод С.Н. Коваль и соавт. (Белорусская мед академия г. Минск). Москва Медицинская литература 2011 год.

УДК 364

С.В. Шагарова, Р.З. Ахметшин, Г.П. Ширяева

С.В. ШАГАРОВА, Р.З. АХМЕТШИН, Г.П. ШИРЯЕВА

**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ ГОСУДАРСТВА ДЕТЯМ,
БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ, МНОГОДЕТНЫМ СЕМЬЯМ И ДЕТЯМ С
ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ
(ОБЗОР ДИРЕКТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ)**

Башкирский государственный медицинский университет

Проблемы социальной защиты детей являются актуальными в любое время для любого общества. Это связано с тем, что дети, в силу присущего им недостаточного для самостоятельной жизни уровня физического, психического и жизненного опыта, всегда нуждались и будут нуждаться в повседневной опеке взрослых, а на уровне государственной власти и местного самоуправления — в социальной защите. Поэтому содержание детей, удовлетворение их разумных потребностей, защита от опасностей являются обязанностями человека, человеческого общества и государства в целом. Активное участие в социальной поддержке детей принимают организаторы здравоохранения, врачи-педиатры и социальные работники отделений медико-социальной помощи детских поликлиник, для которых данная информация является актуальной.

Единовременное пособие при рождении ребенка. Право на единовременное пособие при рождении ребенка имеет один из родителей либо лицо, его заменяющее, при рождении ребенка. Размер пособия с 1 января 2015 года составляет **16 672,47 руб.** на каждого ребенка. Выплачивается одному из родителей (лицу его заменяющему) по месту работы (службы). Если оба родителя (лица, их заменяющие не работают (не служат) — в органе социальной защиты населения по месту жительства одного из родителей (лица его заменяющего).

Ежемесячное пособие по уходу за ребенком до достижения им возраста 1,5 лет. Право на ежемесячное пособие по уходу за ребенком в филиалах и отделах ГКУ РЦСПН имеют:

- матери либо отцы, другие родственники, опекуны, фактически осуществляющие уход за ребенком, уволенные в период отпуска по уходу за ребенком, матери, уволенные в период отпуска по беременности и родам в связи с ликвидацией организаций;
- матери, уволенные в период беременности в связи с ликвидацией организаций;

- матери либо отцы, опекуны, фактически осуществляющие уход за ребенком и не подлежащие обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством;
- обучающиеся по очной форме обучения в образовательных учреждениях и находящиеся в отпуске по уходу за ребенком;
- другие родственники, фактически осуществляющие уход за ребенком и не подлежащие обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством, в случае, если мать и (или) отец умерли, объявлены умершими, лишены родительских прав, ограничены в родительских правах, признаны безвестно отсутствующими, недееспособными (ограниченно дееспособными), по состоянию здоровья не могут лично воспитывать и содержать ребенка, отбывают наказание в учреждениях, исполняющих наказание в виде лишения свободы, находятся в местах содержания под стражей подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений, уклоняются от воспитания детей или от защиты их прав и интересов или отказались взять своего ребенка из воспитательных, лечебных учреждений, учреждений социальной защиты населения и других аналогичных учреждений.

Размер пособия с 1 января 2015 года:

№ п/п	Виды пособий	Размер выплаты с 1 января 2015 года
1	Ежемесячное пособие по уходу за ребенком до 1,5 лет: за первым ребенком за вторым и последующими детьми	3 126,09 руб. 6 252,17 руб.
2	Ежемесячное пособие по уходу за ребенком до 1,5 лет лицам, уволенным в период отпуска по уходу за ребенком до полутора лет в связи с ликвидацией организаций	максимальный размер – 12504,36 руб.
3	Ежемесячное пособие по уходу за ребенком до 1,5 лет матерям, уволенным в период отпуска по беременности и родам в связи с ликвидацией организаций	40% от среднего заработка за последние 12 календарных месяцев, предшествовавших месяцу увольнения в период отпуска по беременности и родам. Максимальный размер – 12 504,36 руб.

Пособие по беременности и родам в органах социальной защиты населения назначается женщинам, уволенным в связи с ликвидацией организаций, прекращением физическими лицами деятельности в качестве индивидуальных предпринимателей,

прекращением полномочий нотариусами, занимающимися частной практикой, и прекращением статуса адвоката, а также в связи с прекращением деятельности иными физическими лицами, чья профессиональная деятельность в соответствии с федеральными законами подлежит государственной регистрации и (или) лицензированию, в течение двенадцати месяцев, предшествовавших дню признания их в установленном порядке безработными. Пособие по беременности и родам выплачивается за период отпуска по беременности и родам продолжительностью 70 (в случае многоплодной беременности — 84) календарных дней до родов и семьдесят (в случае осложненных родов — 86, при рождении двух и более детей — 110) календарных дней после родов. Отпуск по беременности и родам исчисляется суммарно и предоставляется женщине полностью независимо от числа дней, фактически использованных до родов. Размер пособия с 1 января 2015 г. составляет 625,22 руб.

Меры социальной поддержки определены законом № 87-з, 2013 «О государственной поддержке многодетных семей в Республике Башкортостан», который устанавливает систему мер государственной поддержки многодетных семей в целях создания условий для полноценного воспитания, развития и образования детей в многодетных семьях. Для целей названного Закона многодетной семьей признается семья, имеющая в своем составе трех и более несовершеннолетних детей, в том числе принятых под опеку (попечительство). Указанные семьи имеют право на следующие меры государственной поддержки:

- предоставление детям до 18 лет бесплатной амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи в учреждениях здравоохранения;
- бесплатное обеспечение лекарствами по рецептам врачей детей в возрасте до 6 лет;
- при наличии медицинских показаний первоочередное обеспечение детей до 18 лет местами в детских учреждениях лечебного и санаторного типа, оздоровительных лагерях и других оздоровительных учреждениях независимо от их ведомственной подчиненности и форм собственности;
- внеочередной прием детей в дошкольные образовательные учреждения.

Многодетным семьям, имеющим пять и более несовершеннолетних детей, проживающих совместно с родителями и не состоящих в зарегистрированном браке, состоящим на учете в органах местного самоуправления в качестве нуждающихся в жилых помещениях, предусмотрено предоставление социальной выплаты на приобретение жилого помещения. Право на получение социальной выплаты удостоверяется жилищным сертификатом. Отдельным категориям многодетных семей выплачивается ежемесячное пособие в размере:

- а) 1500 руб. — семьям, имеющим четверых детей;
- б) 2000 руб. — семьям, имеющим пятерых и более детей.

Многодетные матери, родившие и воспитавшие пять и более детей, награждаются медалью Республики Башкортостан «Материнская слава» с выплатой единовременного денежного вознаграждения.

Многодетным семьям, имеющим девять и более детей в возрасте до 18 лет, предоставляется единовременная денежная выплата в размере 600,0 тысяч рублей.

Многодетные **малоимущие** семьи дополнительно пользуются следующими мерами государственной поддержки:

- при наличии медицинских показаний бесплатное обеспечение детей до 18 лет протезно-ортопедическими изделиями в соответствии с законодательством;
- организация в первоочередном порядке отдыха, оздоровления и бесплатного проезда в пределах Республики Башкортостан до места отдыха и обратно;
- учащиеся государственных и муниципальных общеобразовательных учреждений, а также государственных образовательных учреждений начального профессионального образования до окончания ими обучения, но не дольше чем до достижения возраста 23 лет, обеспечиваются бесплатным питанием в дни посещения занятий;
- многодетным семьям, имеющим трех и более несовершеннолетних детей и проживающим в городской местности, а также многодетным семьям, имеющим трех несовершеннолетних детей и проживающим в сельской местности, среднедушевой доход которых ниже величины прожиточного минимума в расчете на душу населения, установленного в Республике Башкортостан, предоставляется ежемесячная компенсация расходов на оплату жилого помещения и коммунальных услуг.

Кроме того, в соответствии с Законом Республики Башкортостан «О ежемесячном пособии на ребенка в Республике Башкортостан» размер ежемесячного пособия на ребенка увеличивается: на 132 рубля 50 копеек – на ребенка из многодетной семьи; на 410 рублей – на учащегося государственного или муниципального общеобразовательного учреждения Республики Башкортостан из многодетной семьи; на 230 рублей на ребенка до достижения им возраста одного года из многодетной семьи, проживающей в сельской местности и имеющей четырех и более несовершеннолетних детей (на 115 рублей на ребенка до достижения им возраста одного года из семьи, проживающей в сельской местности).

Указанные меры государственной поддержки предоставляются через различные ведомства и учреждения в пределах их компетенции.

Пособие отдельным категориям многодетных семей.

Право на ежемесячное пособие отдельным категориям многодетных семей имеет один из родителей, усыновителей, опекунов, попечителей, воспитывающий рожденного, усыновленного (удочеренного), принятого под опеку и попечительство детей, не достигших 16-летнего возраста, а детей, обучающихся в общеобразовательных учреждениях и учреждениях начального, среднего и высшего профессионального образования очной формы обучения, — до достижения ими 23 лет.

Размер пособия составляет:

1500 руб. — на четверых детей;

2000 руб. — на пять и более детей.

Ежемесячная денежная выплата многодетным малоимущим семьям на каждого ребенка, рожденного третьим или последующим, в возрасте от полутора до трех лет.

Право на предоставление ежемесячной денежной выплаты многодетным малоимущим семьям на каждого ребенка, рожденного третьим или последующим, в возрасте от полутора до трех лет (далее – ЕДВ), имеют многодетные семьи, среднедушевой доход которых не превышает величину прожиточного минимума для детей, устанавливаемую в соответствии с частями 1 и 2 статьи 4 Закона Республики Башкортостан «О порядке определения и установления потребительской корзины и прожиточного минимума в Республике Башкортостан». ЕДВ предоставляется многодетным малоимущим семьям на каждого ребенка, рожденного третьим или последующим, в возрасте от полутора до трех лет включительно. ЕДВ предоставляется в размере 3000 рублей на каждого ребенка, рожденного третьим или последующим

Предоставление единовременной денежной выплаты семьям, имеющим девять и более несовершеннолетних детей. В связи с изменениями, внесенными в Закон Республики Башкортостан «О государственной поддержке многодетных семей в Республике Башкортостан», с 1 января 2015 года установлена единовременная денежная выплата в размере 600, 0 тыс. рублей многодетным семьям, имеющим девять и более несовершеннолетних детей взамен предоставляемого ранее транспортного средства в виде микроавтобуса типа ГАЗель.

Единовременная денежная выплата предоставляется семьям, имеющим девять и более детей в возрасте до 18 лет, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку и попечительство. Многодетная семья, в составе которой имеются дети, находящиеся под опекой (попечительством), приемные дети, имеет право на получение единовременной денежной выплаты при условии их проживания в такой семье не менее 3 лет.

Дети с ограниченными возможностями

Ежемесячная денежная выплата предоставляется управлениями Пенсионного фонда Российской Федерации в районах и городах республики. Ежемесячная денежная компенсация расходов на оплату жилого помещения и коммунальных услуг детям-инвалидам предоставляется филиалами (отделами филиалов) государственного казенного учреждения Республиканский центр социальной поддержки населения по району (городу) (в районе (городе)) (далее - филиал (отдел филиала) ГКУ РСЦПН) по месту жительства на территории Республики Башкортостан. Размер ежемесячной денежной компенсации определяется в 50-процентном отношении к республиканским стандартам стоимости жилищно-коммунальных услуг на одного члена семьи, состоящей из трех и более человек, ежегодно устанавливаемым Правительством Республики Башкортостан по муниципальным образованиям Республики Башкортостан

Предоставление льгот и социальных выплат на детей-инвалидов

На 2015 год за счет средств федерального и регионального бюджетов в полном объеме будет продолжаться оказываться государственная социальная помощь детям-инвалидам, инвалидам детства, их родителям, ближайшим родственникам и законным опекунам путем предоставления пособий, пенсий, доплат и надбавок, а также социальных льгот.

Виды льгот матерям и семьям с детьми с ограниченными возможностями

- Пенсионные льготы;
- Льготы по трудовому законодательству;
- Жилищные льготы;
- Транспортные льготы;
- Воспитание и обучение детей-инвалидов;
- Льготы по медицинскому, санаторно-курортному и протезно-ортопедическому обслуживанию;
- Льготы по налогообложению;
- Льготы, социальные пенсии по государственному пенсионному обеспечению и ежемесячные денежные выплаты (ЕДВ) для детей-инвалидов.

Пенсионное обеспечение

Кроме того, неработающим трудоспособным лицам полагаются также ежемесячные пособия (компенсационные выплаты) по уходу за ребенком-инвалидом в размере 60% от минимального размера оплаты труда (Указ Президента РФ от 17 марта 1994 года № 551).

Кроме того, в отношении лиц, на содержании которых находятся дети-инвалиды, устанавливаются следующие пенсионные льготы:

- Время ухода за ребенком-инвалидом засчитывается в общий страховой (трудовой) стаж.
- Матери ребенка-инвалида, воспитавшей его до 8-летнего возраста, страховая (трудовая) пенсия устанавливается право на досрочный выход на пенсию с 50 лет (вместо 55) при страховом стаже 15 лет.

На 2015 год установлены следующие размеры социальных пенсий по инвалидности и детям-инвалидам:

Категории населения	Сумма (руб.)
инвалиды с детства 1 группы, дети-инвалиды	10 376,86
инвалиды 1 группы, инвалиды с детства 2 группы	8 647,51
инвалиды 2 группы	4 323,74
инвалиды 3 группы	3 675,20

Ежемесячная денежная выплата детям-инвалидам

В целях усиления социальной защищенности граждан, воспитывающих детей-инвалидов, 26 февраля 2013 года Президентом России подписан Указ № 175 «О ежемесячных денежных выплатах неработающим трудоспособным лицам, осуществляющим уход за ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет или инвалидом с детства I группы», предусматривающий установление соответствующих выплат с 1 января 2013 года.

Размер выплат дифференцирован исходя из родственных отношений:

- родителю (усыновителю) или опекуну (попечителю) ребенка-инвалида в возрасте до 18 лет или инвалида с детства I группы — в размере 5 500 рублей;
- другим лицам — в размере 1 200 рублей.

В случае отсутствия документов, подтверждающих родственные отношения либо статус опекуна, территориальными органами ПФР в удобной для граждан, согласованной с ними форме (например, с посещением на дому) принимаются меры по дооформлению пенсионных дел необходимыми документами.

Кроме того, в зависимости от установленной группы инвалидности в соответствии с ФЗ «О социальной защите инвалидов в РФ» устанавливаются ЕДВ, размеры которых в 2015 году составляют:

дети инвалиды	2 123,92 руб.;
инвалиды I группы	2 974,03 руб.;
инвалиды II группы	2 123,92 руб.;
инвалиды III группы	1 700,23 руб.

Льготное налогообложение семей с детьми-инвалидами

Согласно второй части Налогового кодекса РФ (ст. 218), родителям или заменяющим их лицам, на содержании которых находится ребенок-инвалид в возрасте до 18

лет (до 24 лет при обучении по очной форме с установленной инвалидностью I или II группы), полагается ежемесячно стандартный налоговый вычет в размере 3 000 руб.

Кроме того, совокупный доход, получаемый в налогооблагаемый период, уменьшается на сумму дохода, не превышающего за каждый полный месяц, в течение которого получен доход, трехкратного установленного законом размера минимальной месячной оплаты труда одного из родителей (по их выбору), на содержании которого находится совместно с ним проживающий и требующий постоянного ухода ребенок-инвалид.

Льгота предоставляется на основании пенсионного удостоверения, решений органов опеки и попечительства, медицинской справки органов здравоохранения, подтверждающей необходимость такого ухода, и справки жилищного органа о совместном проживании. Также необходимо предъявить справку о том, что другой родитель подобной льготой не пользуется. Если родители разведены – документ, подтверждающий этот факт.

Льготы по трудовому законодательству

- Женщина, имеющая ребенка-инвалида в возрасте до 16 лет, имеет право на неполную рабочую неделю или неполный рабочий день с оплатой пропорционально отработанному времени (КЗоТ РФ, ст. 49).
- Запрещается привлекать женщин, имеющих детей-инвалидов, к сверхурочным работам или направлять в командировки без их согласия.
- Запрещается отказывать женщинам в приеме на работу или снижать им заработную плату по мотивам, связанным с наличием ребенка-инвалида.
- Запрещается увольнение одиноких матерей, имеющих ребенка-инвалида, по инициативе администрации, кроме случаев полной ликвидации предприятия, учреждения, организации, когда допускается увольнение с обязательным трудоустройством (КЗоТ РФ, ст. 54, 170).
- Одному из работающих родителей (опекунов, попечителей) ребенка-инвалида и инвалида до 18 лет предоставляется 4 дополнительных выходных дня в месяц, которые могут быть использованы одним из родителей (опекунов, попечителей) или разделены ими между собой по своему усмотрению (КЗоТ РФ, ст. 1631; Разъяснение Минтруда и соц. страх. РФ от 16 июля 95 года № 48/40).

Жилищные льготы

Семьям, имеющим детей-инвалидов (см. Федеральный закон РФ от 24 ноября 1995 года «О социальной защите инвалидов в РФ», ст. 17), предоставляется скидка не ниже 50% с:

- ежемесячной оплаты за жилое помещение (в домах государственного, муниципального и общественного жилищного фонда);
- оплаты коммунальных услуг (независимо от принадлежности жилищного фонда);
- стоимости топлива, приобретаемого в пределах норм, установленных для продажи населению (в жилых домах, не имеющих центрального отопления);
- абонентской платы за телефон.

Кроме того, семьи с детьми-инвалидами имеют право на первоочередное предоставление жилых помещений.

В первую очередь жилые помещения предоставляются нуждающимся в улучшении жилищных условий лицам, страдающим тяжелыми формами некоторых хронических заболеваний, перечисленных в списке заболеваний, утвержденном приказом Минздрава СССР № 330 от 28 марта 1983 года. В частности:

- Психические заболевания с хроническим течением, стойкой психопатической симптоматикой и выраженными изменениями личности (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз, эпилепсия);
- Органические поражения центральной нервной системы со стойкими тяжелыми нарушениями функций конечностей, функций тазовых органов (ДЦП, последствия черепно-мозговых травм, травм позвоночника, рассеянный склероз, боковой амиотрофический склероз, сирингомиелия) (Жилищный кодекс РФ, ст. 36).

Постановка на учет осуществляется с учетом права на дополнительную жилую площадь. В том числе:

- Психические заболевания, требующие обязательного диспансерного наблюдения;
- Органические поражения центральной нервной системы со стойкими тяжелыми нарушениями функций нижних конечностей, требующими применения инвалидных кресел-колясок. (Жилищный кодекс РФ, ст. 39. Постановление Правительства РФ № 901 от 27 июля 1996 года).

Право на дополнительную жилую площадь в виде отдельной комнаты или дополнительных 10 кв. метров имеют отдельные категории граждан, имеющие заболевания, перечень которых утвержден:

- постановлением Правительства РФ № 214 от 28 февраля 1996 года;
- Приказом Департамента здравоохранения города Москвы от 26 марта 1996 года № 175.

Дополнительная жилая площадь, занимаемая инвалидом, в том числе в виде отдельной комнаты, не считается излишней и подлежит оплате в одинарном размере с учетом предоставляемых льгот.

Транспортные льготы

Дети-инвалиды, их родители, опекуны, попечители и социальные работники, осуществляющие уход за детьми-инвалидами, а также инвалиды пользуются правом бесплатного проезда на всех видах транспорта общего пользования городского и пригородного сообщения, кроме такси.

Указанные транспортные льготы распространяются в том числе на лицо, сопровождающее инвалида I группы или ребенка-инвалида.

Право бесплатного проезда на всех видах городского общественного транспорта, кроме такси, предоставляется:

- ребенку-инвалиду и сопровождающему его лицу (не более одного сопровождающего) — на основании пенсионного удостоверения и документа, удостоверяющего личность;
- родителям (опекунам, попечителям) ребенка-инвалида – на основании справки единого образца, выдаваемой органами социальной защиты, и документа, удостоверяющего личность.

Кроме того, инвалидам также предоставляется:

- 50-процентная скидка со стоимости проезда на междугородных линиях воздушного, железнодорожного, речного и автомобильного транспорта с 1 октября по 15 мая и один раз (проезд туда и обратно) в другое время года.
- право бесплатного проезда один раз в год к месту лечения и обратно, если законодательством РФ не установлены более льготные условия (инвалидам I и II групп и детям-инвалидам).
- право бесплатного проезда к месту лечения (обследования) в автобусах пригородных и междугородных внутрирегиональных маршрутов (детям-инвалидам и сопровождающим их лицам).

Воспитание и обучение детей-инвалидов

Детям-инвалидам дошкольного возраста предоставляются необходимые реабилитационные меры и создаются условия для пребывания в детских дошкольных учреждениях (ДДУ) общего типа:

- первоочередное устройство детей-инвалидов в дошкольные образовательные учреждения (Указ Президента РФ от 02 октября 1992 года);

- освобождение от платы за ДДУ родителей, имеющих детей, у которых, по заключению медицинских учреждений, выявлены недостатки в физическом или психическом развитии (Постановление Верховного Совета РФ от 6 марта 1992 года № 2464-1.).

Кроме того, для детей-инвалидов, состояние здоровья которых исключает возможность их пребывания в детских дошкольных учреждениях общего типа, создаются специальные дошкольные учреждения (Федеральный закон РФ «О социальной защите инвалидов в РФ» от 24 ноября 1995 года, ст. 18.).

Помимо этого предусматривается возможность воспитания и обучения детей-инвалидов на дому и в негосударственных образовательных учреждениях.

Финансирование указанных образовательных учреждений осуществляется по повышенным нормативам. Категории учащихся, воспитанников, направляемых в указанные образовательные учреждения, а также содержащихся на полном государственном обеспечении, определяются Правительством РФ. Дети и подростки с отклонениями в развитии направляются в указанные общеобразовательные учреждения только с согласия родителей (законных представителей) по заключению психолого-педагогической и медико-педагогической комиссий.

Льготы по медицинскому, санаторно-курортному и протезно-ортопедическому обслуживанию

- Бесплатный отпуск лекарств по рецептам врачей (Постановление Правительства РФ от 30 июля 1994 года № 890.).
- Бесплатный отпуск протезно-ортопедических изделий предприятиями и организациями Министерства труда и социального развития РФ (Постановление Правительства РФ от 10 июля 1995 года).
- Бесплатное обеспечение вело- и кресло-колясками.
- Бесплатная санаторная путевка для ребенка-инвалида и сопровождающего его лица (Приказ Минздрава РСФСР от 04 июля 1991 года №117).
- Выдача листка временной нетрудоспособности на период санаторно-курортного лечения ребенка с учетом времени проезда одному из родителей, если имеется заключение о необходимости ухода за таким ребенком.

Нормативные документы постоянно обновляются и совершенствуются, примером являются следующие постановления, принятые в 2014 году:

Постановление Правительства РФ от 13.10.2014 №1048. «О порядке предоставления дополнительных оплачиваемых выходных дней для ухода за детьми инвалидам». Правительством РФ определена процедура предоставления дополнительных оплачиваемых

выходных дней одному из родителей для ухода за детьми-инвалидами. Согласно ТК РФ одному из родителей (опекуну, попечителю) по его заявлению на эти цели предоставляются 4 дополнительных оплачиваемых выходных дня в календарном месяце, оформляемых приказом (распоряжением) работодателя.

Постановление Правительства РФ от 29.11.2014 №1278. «О внесении изменений в постановление Правительства Российской Федерации от 5 мая 2014 г. №404». Инвалиды и семьи, имеющие детей-инвалидов, смогут получить жилье в рамках программы «Жилье для российской семьи». Данной программой, реализация которой осуществляется в 2014-2017 годах, предусматривается ввод в эксплуатацию не менее 25 млн. кв. метров жилья эконом-класса и его продажа отдельным категориям граждан по цене, не превышающей минимальной из величин: 30 тыс. рублей или 80% рыночной стоимости за 1 кв. метр площади.

УДК 37.034: 378.6: 614.253: 614.23: 616-053.2

С.В. Шагарова, Р.З. Ахметшин, Г.П. Ширяева, Н.А. Дружинина, Р.А. Ахметова

**С.В. ШАГАРОВА, Р.З. АХМЕТШИН, Г.П. ШИРЯЕВА, Н.А. ДРУЖИНИНА, Р.А.
АХМЕТОВА**

**МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ В ПРЕПОДАВАНИИ ДЛЯ ВРАЧЕЙ
ПЕДИАТРОВ**

Башкирский государственный медицинский университет

Медицинская этика и деонтология представляют собой особенности медицинской деятельности, основанной на взаимном доверии больного и медицинского работника, которому больной добровольно вверяет свое здоровье, а иногда и жизнь.

Медицинская этика (греч. *ethos* — обычай, нрав, характер) как часть общей этики рассматривает вопросы нравственности врача, включая совокупность норм его поведения и морали, чувство профессионального долга и чести, совести и достоинства.

Медицинская этика охватывает и определенные нормы поведения медицинского работника в быту, его культуру, человеколюбие, физическую и моральную чистоплотность и т. д. В целом можно сказать, что этика — это внешнее проявление внутреннего содержания человека.

Под медицинской деонтологией (греч. *deon* — должное) понимают принципы поведения медицинских работников, направленные на максимальное повышение пользы лечения и устранение последствий неполноценной медицинской работы. Деонтология является частью медицинской этики, медицинской морали.

Однако в настоящее время новейшие достижения медицинской науки и техники заставляют несколько с другой точки зрения рассматривать традиционные нормы медицинской деонтологии. Былой принцип "врач-больной" заменяется новым "врач—прибор—больной", а потребность больного в чутком и внимательном отношении медицинского работника, в его добром слове, вселяющем надежду, не уменьшилась, а еще более увеличилась.

1. Модель Гиппократ («не навреди»). Принципы врачевания, заложенные «отцом медицины» Гиппократом (460-377гг. до н.э.), лежат у истоков врачебной этики как таковой. В своей знаменитой «Клятве», Гиппократ сформулировал обязанности врача перед пациентом.

2. Модель Парацельса («делай добро»). Другая модель врачебной этики сложилась в Средние века. Наиболее четко ее принципы были изложены Парацельсом (1493-1541гг.). В

отличие от модели Гиппократа, когда врач завоевывает социальное доверие пациента, в модели Парацельса основное значение приобретает патернализм - эмоциональный и духовный контакт врача с пациентом, на основе которого и строится весь лечебный процесс

3. Биоэтика (принцип «уважения прав и достоинства человека»). Современная медицина, биология, генетика и соответствующие биомедицинские технологии вплотную подошли проблеме прогнозирования и управления наследственностью, проблеме жизни и смерти организма, контроля функций человеческого организма на тканевом, клеточном и субклеточном уровне.

4. Принцип информированного согласия. Нравственная ценность автономии оказалась столь высока, что благодеяние врача вопреки воле и желанию пациента ныне считается недопустимым. Центром движения за права пациентов явилась больница, символизирующая всю современную медицину с ее разветвленностью, насыщенной разнообразной аппаратурой и повышенной уязвимостью пациента. Американская ассоциация больниц стала активно обсуждать вопросы прав пациентов и одобрила билль о правах пациентов в конце 1972 г. Среди прав пациента, принятых Американской ассоциацией больниц, первостепенное значение имеет право на информацию, необходимую для информированного согласия. Под информированным согласием понимается добровольное принятие пациентом курса лечения или терапевтической процедуры после предоставления врачом адекватной информации. Можно условно выделить два основных элемента этого процесса: 1) предоставление информации и 2) получение согласия. Первый элемент включает в себя понятия добровольности и компетентности.

Врачу вменяется в обязанность информировать пациента:

- 1) о характере и целях предлагаемого ему лечения;
- 2) о связанном с ним существенном риске;
- 3) о возможных альтернативах данному виду лечения. (Заложено в законе №323 ст.20 от 21.11.2013г.)

Основы общения детского врача с ребенком и родителями заложены в трудах замечательных педиатров — Н.Ф. Филатова, А.А. Кисель, В.И. Молчанова, Г.Н. Сперанского, М.С. Маслова, Ю.Ф. Домбровской, В.А. Леонова, И.Н. Усова и др..

В преподавании этических правил врачам мы руководствуемся следующими данными:

1. Предметом особой заботы государства и общества являются обеспечение, сохранение жизни и здоровья граждан.

2. Главная цель профессиональной деятельности врача (практика и ученого) – сохранение жизни человека, профилактика заболеваний и восстановление здоровья, а также уменьшение страданий при неизлечимых заболеваниях. Свои обязанности врач выполняет, следуя голосу совести, руководствуясь клятвой Гиппократата, принципами гуманизма и милосердия, документами мирового сообщества по этике, ст. 41 Конституции России и Законом РФ "О праве граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь".
3. Врач должен при назначении лекарств строго руководствоваться медицинскими показаниями и исключительно интересами больного.
4. Как в мирное, так и в военное время врач должен оказывать медицинскую помощь любому в ней нуждающемуся независимо от возраста, пола, расы, национальности, вероисповедания, социального положения, политических взглядов, гражданства и других немедицинских факторов, включая материальное положение.
5. В соответствии со ст. 41 Конституции Российской Федерации в условиях государственных лечебно-профилактических учреждений врач оказывает пациентам помощь бесплатно.
6. Контроль за соблюдением врачебной этики осуществляют профессиональные ассоциации и созданные при них этические комитеты (комиссии).
7. Врач не должен подвергать пациента неоправданному риску, а тем более использовать свои знания в негуманных целях. При выборе любого метода лечения врач прежде всего должен руководствоваться заповедью "Non nocere!".
8. Врач должен уважать честь и достоинство пациента, относиться к нему доброжелательно, уважать его права на личную тайну, с пониманием воспринимать озабоченность родных и близких состоянием больного, но в то же время он не должен без достаточных на то профессиональных причин вмешиваться в частные дела пациента и членов его семьи.
9. Каждый пациент имеет право на сохранение личной тайны, и врач, равно как и другие лица, участвующие в оказании медицинской помощи, обязан сохранять врачебную тайну даже после смерти пациента, как и сам факт обращения за медицинской помощью, если больной не распорядился иначе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Закон №323 от 21.11.2011
2. Конституция РФ, 1993г. ст. 41
3. Кодекс врачебной этики. Одобрен Всероссийским Пироговским съездом врачей 7 июня 1997 г.

СВЕДЕНИЯ ДЛЯ АВТОРОВ

Редакция журнала руководствуется положениями "Единых требований к рукописям, представляемым в биомедицинские журналы".

Статья должна быть представлена в редакцию (на адрес электронной почты: vestnikbgmu@gmail.com) в электронном виде в документе winword любой версии.

Оригинальные статьи должны быть построены по традиционному принципу для мировой научной периодики и структурированы по плану: актуальность, цель работы, материалы и методы, результаты и обсуждение, завершаться выводами.

Титульная страница должна содержать: УДК статьи, инициалы и фамилию автора (авторов), название статьи. Название организации представившей статью для публикации на русском и английском языках. Дополнительно отдельно необходимо представить фамилию, имя, отчество (полностью) авторов, с указанием должности, ученой степени, звания, места работы и адреса организации. Обязательно необходимо указать автора (фамилия, имя, отчество) ответственного за контакты с редакцией, его телефон и адрес электронной почты.

Краткое резюме на русском языке отражающее основную цель исследования и его результат, ключевые слова (не более пяти)

На английском языке: название статьи, инициалы и фамилии авторов, название организации, резюме и ключевые слова.

Текст статьи, напечатанным шрифтом Times New Roman, 12 кеглем, через 1,5 интервала, поля 2,0 без переноса. Рекомендуемый объем статьи, включая таблицы, рисунки, литературу и аннотацию до 15 страниц формата А4. Все страницы должны быть пронумерованы.

Текст статьи, все приведенные цитаты должны быть автором тщательно выверены, проверены по первоисточникам. Цитируемая литература приводится в конце статьи на отдельном листе. Список литературы печатается в алфавитном порядке, сначала - русские, затем зарубежные авторы, согласно ГОСТ Р 7.0.5-2008. В тексте ссылки даются в квадратных скобках (если ссылка на несколько источников - то через запятую без пробелов) в соответствии с номером в списке литературы.

Следует использовать только общепринятые сокращения. Не следует применять сокращения в названии статьи. Полный термин, вместо которого вводится сокращение, следует расшифровать при первом упоминании его в тексте. Не требуется расшифровки стандартных единиц измерения и символов.

Таблицы должны иметь порядковый номер расположенный в правом верхнем углу, название таблицы. Рекомендуется представлять наглядные, компактные таблицы. Все числа в таблицах должны быть выверены и соответствовать числам в статье.

При использовании результатов статистического анализа данных обязательным условием является указанием использованного программного пакета и его версии, названий статистических методов, приведение описательных методов статистики и точных уровней значимости при проверке статистических гипотез. Для основных результатов исследования рекомендуется рассчитывать доверительные интервалы.

Единицы измерения физических величин должны представляться в единицах Международной метрической системы единиц- СИ.

Рисунки и диаграммы должны представляться отдельными графическими файлами в форматах bmp, jpg, tiff с указанием названия рисунка/диаграммы, его порядковым номером с разрешением не менее 300 dpi. В статье необходимо указывать место положения рисунка/диаграммы.

Все статьи, поступающие в редакцию проходят многоступенчатое рецензирование, замечания рецензентов направляются автору без указания имен рецензентов. После получения рецензий и ответов автора редколлегия принимает решение о публикации статьи.

Редакция оставляет за собой право отклонить статью без указания причин. Очередность публикаций устанавливается в соответствии с редакционным планом издания журнала.

Редакция оставляет за собой право сокращать, редактировать материалы статьи независимо от их объема, включая изменения названия статей, терминов и определений. Небольшие исправления стилистического, номенклатурного или формального характера вносятся в статью без согласования с автором. Если статья перерабатывалась автором в процессе подготовки к публикации, датой поступления считается день поступления окончательного текста.

Публикация статей в журнале бесплатная.

Направление в редакцию статей, которые уже посланы в другие журналы или напечатаны в них, не допускается.

Номера выходят по мере накопления статей, планируемая частота выхода - 6 номеров в год.