

3. В структуре возбудителей ИМС при ПМР преобладают *Enterococcus* – 45%, *E. Coli* – 42,5%, возрастает роль стафилококковой флоры, которая составила 15%.

4. Частота ПМР коррелирует с данными УЗИ скрининга МВС, проведенного в первые месяцы жизни: чаще он встречался у детей с увеличением чашечно-лоханочной системы.

5. У детей первых трёх лет жизни по степени выраженности преобладает ПМР 2 степени.

Список литературы

1. Аверьянова Н.И., Еремеева И.В. Пиелонефрит у детей с пузырно-мочеточниковым рефлюксом // *Материалы научной сессии ПГМА*. – Пермь, 2008. – С. 123.
2. Кичигина Л.А., Еремеева И.В. Клиника и диагностика пузырно-мочеточникового рефлюкса // *Здоровье и образование ребёнка: Материалы I всерос. научно-практической конф.* – Пермь, 2002. – С. 16.
3. Лопаткин Н.А., Пугачёв А.Г. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс. – М., 1990. – С. 5, 119.
4. Папаян А.В., Савенкова Н.Д. Клиническая нефрология детского возраста. – СПб.: Сотис, 1997. – С. 529.
5. Пекарева Н.А., Пантелеева Е.Ю. Особенности течения и диагностики пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей // *Педиатрия*. – 2008. – Т.87, №3. – С. 36.
6. Brenner & Ruktors. *The kidney*. – 6th – W.B. Saunders Company, 2002. Ch.31. – P. 1449–1494.

СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ И СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ИЗ ПРИЕМНЫХ И ОПЕКУНСКИХ СЕМЕЙ

Аверьянова Н.И., Ханова Н.А.

*ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия имени академика Е.А. Вагнера»
Минздравоохранения России, Пермь,
e-mail: nkhanova@mail.ru*

Проблема оказания медицинской помощи детям, воспитывающимся в опекунских и приемных семьях актуальна для Российской Федерации. Многолетняя установка государства на воспитание детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей в условиях закрытых учреждений, привели к признанию того факта, что общественная модель воспитания детей неадекватна потребностям ребенка, так как нацелена на изъятие его из семьи, замену родительской заботы заботой сотрудников учреждения. [2]. Поэтому в современной России внедрена стратегия развития семейных форм устройства детей.

В Пермском крае с 2008 года реализуется пилотный проект, направленный на сокращение сети закрытых детских учреждений и развитие семейных форм воспитания. На сегодняшний день из 20 923 детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, 93% воспитываются в замещающих семьях. Согласно данным органов опеки и попечительства на 1 января 2011 года, в опекунских семьях воспитывается 51,1% детей, в приемных семьях – 22,3%, усыновлены – 16,6%, находятся в детских домах и домах ребенка – 7,1% и проживают в семейно-воспитательной группе (как временной форме устройства) – 2,9%. Таким образом,

институт замещающих семей призван создать благоприятные условия для полноценной социализации и гармоничного развития детей-сирот посредством включения их в систему семейных отношений [4]. Несмотря на политику изъятия большинства детей из закрытых учреждений и помещения их в замещающие семьи, до сих пор не отработаны механизмы оказания комплексной медико-психолого-социальной помощи таким семьям и их воспитанникам.

Функциональные обязанности персонала учреждений, которые так или иначе сталкиваются с воспитанниками замещающих семей, предполагают формальный подход к удовлетворению их потребностей [3]. Это в свою очередь снижает эффективность взаимной адаптации ребенка и семьи, куда он был помещен на воспитание, и нередко приводит к возвращению сироты в детский дом. А это является чрезвычайно травмирующим фактором и оказывает самое негативное влияние на последующий жизненный маршрут каждого конкретного ребенка.

Нами апробирована модель индивидуального наблюдения в течение ряда лет за детьми из приемных и опекунских семей бригадой специалистов, включающей педиатра и детского психолога. Данная модель предполагает не только контроль за выполнением рекомендаций специалистов, осуществляющих медико-психолого-социальное сопровождение семей, но и налаживание тесного контакта с опекунами, приемными родителями и самим ребенком, непосредственный осмотр ребенка дважды в год, анкетирование всех членов семьи, оценку личностного психологического статуса ребенка, климата в семье и разработку индивидуальной программы реабилитации [2].

Цель работы: дать комплексную оценку состояния здоровья воспитанников приемных и опекунских семей и составить социальный портрет семей, куда дети поступают на воспитание из закрытых детских учреждений.

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 54 ребенка в возрасте 7-8 лет (27 мальчиков и 27 девочек) из 2 сельских территорий Пермского края, из них 57% проживают в опекунских семьях, т.е. воспитываются кровными родственниками и 43% находятся в приемных семьях, как правило, многодетных с воспитателем, не являющимся родственником ребенка. Дети осматривались педиатром и детским психологом дважды в год в течение 2 лет. Изучены социальный и материнский анамнез детей, особенности развития во все возрастные периоды, перенесенные заболевания, причины поступления в детские дома и дома ребенка. Проведена комплексная оценка состояния здоровья детей, физического, биологического и нервно-психического развития. Подробно изучены внимание, мышление, память по специальным методикам, а также

ежегодно проводились тесты на выявление психологических особенностей личности воспитанников (в частности, с использованием личностного опросника Кеттелла).

Мы старались избегать при работе с замещающими семьями общепринятого в медицине формального подхода, в основе которого лежит метод экспертных оценок результатов медико-психолого-социального сопровождения детей [4].

Проведено изучение доступности помощи и удовлетворенностью ею с помощью специально разработанной анкеты для приемных родителей, опекунов и их воспитанников. Анкеты включали до 50 вопросов, характеризующих микроклимат в семьях, особенности адаптации ребенка в семье, материального обеспечения семьи, доступность медицинской, социальной и психологической помощи, жалобы на состояние здоровья и поведения и другие.

В анкетировании приняли участие законные представители всех обследованных детей. Интересно, что подавляющее большинство опрошенных составили женщины зрелого возраста (74,3%), преимущественно бабушки опекаемых детей и одинокие женщины (приемные родители) в возрасте 45-70 лет. Законные представители моложе 45 лет составили 13,6% и приходились, как правило, родными братьями-сестрами, тетьми-дядями опекаемых детей или представителями полных многодетных семей, оформивших гражданско-правовой договор с детскими домами для создания приемной семьи. Среди опрошенных были и лица, старше 70 лет (12,1%), являющиеся единственными престарелыми родственниками детей, оставшихся без попечения родителей.

По социально-профессиональному положению большую долю опрошенных составили работники сельскохозяйственной отрасли (33,3%), рабочие (28,6%), служащие государственных учреждений (23,3%), пенсионеры (8,9%) и временно безработные граждане (5,9%). Имели высшее образование 8,8%, среднее специальное 28,5%, незаконченное высшее 16,5%, среднее и неполное среднее 26,6 и 19,6% соответственно. Большинство респондентов отметили относительное материальное благополучие своей семьи (77,9%). Почти каждый пятый оценил денежное обеспечение ниже среднего (19,6%), затруднились с ответом 2,2%. Представляется интересной оценка материальной обеспеченности семей самими опрошенными: несмотря на объективное существование на грани нищеты 42,5% семей, только менее 1/3 опрошенных расценили свое материальное положение как плохое или очень плохое. Эта парадоксальная самооценка, по всей вероятности, определяется «привычкой» жизни в бедности и восприятием такого существования как обычного, т.е. «среднего».

При анализе причин взятия ребенка в семью лидировали такие ответы, как: «чтобы помочь сироте» (33,4%), «потребность кого-то любить»

(27,8%), «собственные дети выросли, хотелось о ком-то заботиться» (18,9%). Настораживает тот факт, что приемные родители готовы любить абстрактное существо, а не конкретного ребенка с его недостатками и проблемами. В то же время опекуны (чаще бабушки и старшие братья-сестры опекаемых) эмоционально более подготовлены к принятию ребенка в семью, поскольку выражена ярко мотивация: «помощь кровному родственнику». Согласно психологическому анкетированию опекунов и приемных родителей в начальный период создания семьи их беспокоили: способность адаптироваться к новым социальным ролям, длительность пребывания ребенка в детском доме до помещения в семью, невозможность наладить контакт с ребенком. Во время повторного мониторинга через 6 месяцев приемных родителей и опекунов волновали такие проблемы как: «серьезные отклонения в состоянии здоровья воспитанников», «наличие вредных привычек», «повышенная агрессивность и замкнутость большинства детей», «отсутствие навыков самообслуживания». В этот момент очень важно наладить тесную связь с приемным родителем, помочь ему преодолеть возникающие проблемы, и тем самым, предотвратить возвращение ребенка в детский дом. Однако в большинстве случаев врач, осуществляющий наблюдение воспитанников замещающих семей не уделяет должного внимания социально-психологическим аспектам пребывания ребенка в новой для него среде, концентрируя основные направления своей деятельности на выполнении плана медицинского обследования ребенка. Следовательно, содержание патронажной работы, осуществляемой медико-психолого-педагогическими службами сопровождения замещающих семей, должно и может быть обогащено социальным компонентом, в частности, целенаправленным выявлением факторов риска распада замещающей семьи с одной стороны, и внедрением в функциональные обязанности педиатров психологических методик при общении с другой. (Например, просьба ребенка нарисовать свою семью во многом облегчает поиск «ключа раздора» и способствует налаживанию комплайенса в отношениях врача-педиатра как с законным представителем, так и ребенком) [5]. При всех существующих проблемах и трудностях периода взаимной адаптации законного представителя и ребенка следует констатировать, что помещение последнего в семейные условия положительно сказывается на состоянии здоровья и психологическом статусе детей.

К сожалению, при работе с медицинской документацией обследованных детей, мы столкнулись с отсутствием полных данных почти у 68% детей. Анализ имеющихся данных показал, что все дети имеют отягощенный родительский анамнез. Среди них высока доля нежеланных детей, рожденных родителями,

страдающими алкоголизмом (82%), туберкулезом (58%), наркоманией (44%), сифилисом (22%), психическими заболеваниями (13%), ВИЧ-инфицированными матерями (8%). У всех детей выявлена ante- и интранатальная патология, 45% рождены недоношенными или с низкой массой тела, у 12% – диагностированы врожденные и наследственные заболевания, в период новорожденности до 70% детей были переведены из родильных домов в отделение патологии новорожденных.

При комплексной оценке состояния здоровья оказалось, что все дети имеют серьезные отклонения в состоянии здоровья. Более чем у половины обследованных наблюдается нарушение пластических процессов – дефицит массы тела (23%), роста (37%), отклонения физического развития (58%). Распределение по группам здоровья было следующим: 1 группу не имел никто из обследованных, ко 2 группе отнесены 42% детей, к 3 – 48%, 4 группа здоровья зарегистрирована у 10%. Важно отметить, что чем дольше дети до помещения в семейные условия находились в детских домах или домах ребенка, тем чаще у них выявлялись хронические заболевания и задержка биологического, нервно-психического и физического развития.

В структуре заболеваемости воспитанников приемных и опекунских семей на первое место выходят психические заболевания и патология нервной системы (80%), на второе – наследственные заболевания и врожденные аномалии развития (57%), на третье – патология опорно-двигательного аппарата (46%). На высоком уровне держится число детей с патологией глаз и слуха (33%), анемией (31%), органов дыхания (31%). В связи с наличием жалоб и отклонениями в здоровье при отсутствии диагноза выявленными патологическими симптомами, жалобами и отсутствием диагноза 27% обследованных направлены в краевые и городские центры, у 87% детей проведено лечение ряда заболеваний.

Выводы

1. Оказание помощи детям из приемных и опекаемых семей – это комплексная, многоуровневая социальная, психологическая и медицинская проблема.

2. Помещение детей в семейные условия в целом благоприятно сказывается на состоянии их здоровья и развитии.

3. Врачи, осуществляющие наблюдение воспитанников замещающих семей должны уделять внимание не только состоянию здоровья и развитию детей, но и социально-психологическим аспектам пребывания ребенка в семье для выявления риска возвращения последнего в детский дом.

4. В работе врача важно наличие тесного контакта как с законными представителями детей, так и с сотрудниками других служб, осуществляющих сопровождение детей.

Список литературы

1. Гасиловская Т.А., Садыков М.М. Значение опроса родителей в экспертизе качества педиатрической амбулаторно-поликлинической помощи // Российский педиатрический журнал. – 2009. – №6. – С. 43-47.
2. Зелинская Д.И. Социальное сиротство как одна из проблем здравоохранения Российской Федерации // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2008. – №1. – С. 83-89.
3. Кабринский Б.А. Мониторинг состояния здоровья детей с использованием современных компьютерных технологий: состояние и перспективы. // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2009. – №1. – С. 6-11.
4. Палиева Н.А., Г.Н. Соломатина. Психологические факторы эффективности замещающих семей. // Вопросы психологии. – 2009. – №1. – С. 45-48.
5. Busseu A.L., Leung W., Ch. Gaskell A.W., Field J.E. Computer based medical information system for child health // Health Soc Serv J. – 1975. – №1. – P. 18-20.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ НОВЫХ ЛАЗЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ХИРУРГИИ ЖЕЛУДКА

Алипов В.В., Цацаев Х.М., Урусова А.И.

ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского»
Минздравоохранения, Саратов,
e-mail: vladimiralipov@yandex.ru

Одним из актуальных и перспективных направлений в современной хирургии, является применение лазерных технологий. Одной из перспектив такого направления является лазерный фототермолиз новообразований желудка с использованием светопоглощающих наночастиц. Наиболее частым осложнением лазерного фототермолиза является перфорация стенки желудка.

Цель исследования – используя лазерные технологии разработать модель перфорации желудка и экспериментально обосновать эндоскопические способы их хирургического лечения.

Материалы и методы. Для разработки способов эндоскопического лазерного фототермолиза при новообразованиях желудка, на кафедре оперативной хирургии и топографической анатомии СГМУ проведены серии экспериментов на 25 органных комплексах и 10 лабораторных животных (беспородные собаки). Экспериментальные исследования проведены с соблюдением правил использования лабораторных животных (процедура соответствовала стандартам Этического комитета и Хельсинской декларации 1983 года). Анестезиологическое обеспечение экспериментальных операций осуществлялось комбинированным способом.

Нами разработана методика проведения облучения слизистой желудка через биопсийный канал фиброгастроуденоскопа. Для проведения лазерного воздействия на стенку желудка под визуальным эндоскопическим контролем в желудок проводят световод лазера «Lasermed 01-10» с длиной волны 1064 нм в постоянном режиме. Диаметр световода 600 нкм; мощность излучения на торце световода 8–10 Вт. Лазерное эндоскопическое воздействие на стенку желудка