

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, ОКАЗАВШИХСЯ В ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ

© 2020 г. **В. И. Макарова, *И. М. Пастбина, А. И. Поскотинова, А. В. Шумов,
Н. Ю. Плаксина, И. В. Бабикина**

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет», г. Архангельск;

*Министерство здравоохранения Архангельской области, г. Архангельск

Совершенствование системы охраны здоровья детского населения является одной из приоритетных государственных задач, и дети, оказавшиеся в трудной жизненной ситуации, безусловно, требуют особого внимания. *Цель* настоящего исследования – оценить состояние здоровья детей указанной группы, основываясь на данных медицинских профилактических осмотров, проведенных в 2017 году на территории Архангельской области. *Методы*: проводилось обсервационное аналитическое ретроспективное когортное исследование с кластерным способом создания выборки (n = 5 028: из замещающих семей – 2 929 детей, из государственных учреждений – 2 099 детей). *Результаты*. Охват диспансеризацией детей по приказам № 216н и 72н Министерства здравоохранения Российской Федерации составил более 90 %. Показатели физического развития в целом соответствуют средним данным по Архангельской области, хотя в группе воспитанников учреждений закрытого типа их выравнивание происходит постепенно, по мере осуществления должного ухода за детьми и выполнения рекомендаций специалистов. При распределении детей по группам здоровья привлекает внимание низкий удельный вес практически здоровых детей при явном преобладании лиц с хронической соматической патологией (при этом большое количество детей с V группой здоровья в государственных учреждениях объяснимо участием в исследовании специализированных учреждений). Рекомендации по дополнительному обследованию выполняются примерно у 50 % детей; данный показатель выше только у воспитанников домов ребёнка (более 90 %). *Вывод*. Состояние здоровья детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, отличается от такового у детей, воспитывающихся в биологических семьях: большинство детей относится к II и III группам здоровья при низком удельном весе практически здоровых детей (I группа) и относительно высоком – детей-инвалидов (V группа). Лидирующие места в структуре патологии занимают болезни костно-мышечной и пищеварительной систем.

Ключевые слова: дети-сироты, замещающие семьи, физическое развитие, диспансеризация

HEALTH OF CHILDREN IN DIFFICULT LIFE SITUATIONS

V. I. Makarova, *I. M. Pastbina, A. I. Poskotinova, A. V. Shumov, N. Y. Plaksina, I. V. Babikova

Northern State Medical University, Arkhangelsk; *Ministry of health of the Arkhangelsk region, Arkhangelsk, Russia

Improving health care system for children is one of the priorities of the state, and children in difficult life situations require special attention. *The aim* of this study is to assess the health status of children in this group, based on the data of medical preventive examinations conducted in 2017 on the territory of the Arkhangelsk region. *Methods*: an observational analytical retrospective cohort study. A cluster sampling procedure was applied. Altogether, 2 929 children from substitute families and 2 099 children from state institutions comprised the study base. *Results*: More than 90 % of children were covered by prophylactic medical examination according to the orders 216n and 72n of Ministry of Health. Indicators of physical development generally correspond to the average data for the Arkhangelsk region, although in the group of pupils of closed institutions their alignment is gradual, as the proper care of children and implementation of the recommendations of specialists. In the distribution of children by health groups, attention is drawn to the low percentage of practically healthy children with a clear predominance of persons with chronic somatic pathology (with a large number of children with group V health in public institutions explained by the participation in the study of specialized institutions). Recommendations for additional screening are implemented in about 50 % of children; this figure is higher only in children from orphanages (> 90 %). *Conclusion*: The health status of children in difficult life situations differs from that of children raised in biological families: the majority of children belong to groups II and III of health with a low percentage of healthy children (group I) and a relatively high percentage of children with disabilities (group V). Leading places in the structure of pathology are diseases of the musculoskeletal and digestive systems.

Key word: orphans, foster families, physical development, prophylactic medical examination

Библиографическая ссылка:

Макарова В. И., Пастбина И. М., Поскотинова А. И., Шумов А. В., Плаксина Н. Ю., Бабикина И. В. Состояние здоровья детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации // Экология человека. 2020. № 1. С. 25–31.

For citing:

Makarova V. I., Pastbina I. M., Poskotinova A. I., Shumov A. V., Plaksina N. Y., Babikova I. V. Health of Children in Difficult Life Situations. *Ekologiya cheloveka* [Human Ecology]. 2020, 1, pp. 25-31.

Здоровье детей, создание благоприятных условий для их роста и развития — сфера особой ответственности государства. Особого внимания требуют дети-сироты и дети, воспитывающиеся в замещающих семьях.

В России число детей, оставшихся без попечения

родителей, в несколько раз больше, чем в экономически развитых странах: так, в 2011 году оно составило 654,4 тысячи человек (2,6 % детского населения) [3], в то время как в Великобритании данный показатель составляет 0,5 %, в США — 0,6 %, а в Германии — 0,89 % [11].

Диспансеризация детей проходит по приказам Минздрава России № 72н от 15 февраля 2013 года «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» и № 216н от 11 апреля 2013 года «Об утверждении Порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство) в приемную или патронатную семью» [8, 9]. Следует отметить, что охват диспансеризацией, как правило, неполный; так, по данным Федерального фонда обязательного медицинского страхования [6], в 2013 году необходимое обследование прошли лишь 52 % детей названных категорий. Исследователи также отмечают трудности при сборе анамнестических данных: вследствие недостаточно ответственного поведения биологических родителей на этапах беременности и раннего детства сведения в медицинской документации детей зачастую носят обрывочный и неполный характер, что делает невозможной комплексную оценку перинатального анамнеза и факторов риска развития хронической соматической патологии [10].

Также при анализе имеющихся работ по данной тематике отмечена разница в структуризации патологии: например, ряд авторов выносит острые респираторные заболевания в отдельную группу, в то время как другие исследователи включают их в болезни органов дыхания, что обуславливает значительную разницу показателей. Такая же ситуация происходит из-за вынесения рядом авторов в отдельную группу психических заболеваний, в то время как многие исследователи включают их в болезни нервной системы.

Тем не менее, несмотря на описанные трудности и расхождения в интерпретации результатов, во всех исследованиях делается однозначный вывод — несмотря на то, что в настоящее время наметилась положительная динамика показателей здоровья детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, в целом картина по-прежнему остаётся неблагоприятной. Уровень здоровья детей в замещающих семьях выше, чем в закрытых учреждениях, тем не менее все авторы отмечают, что отягощенный биологический и социальный анамнез таких детей делает их несопоставимыми по развитию и здоровью со сверстниками из биологических семей.

Комплексная оценка состояния здоровья детей, оставшихся без попечения родителей, необходима для дальнейшей разработки программ медико-социальной реабилитации, которые создадут благоприятные перспективы для возможного принятия в новую семью, профессиональной пригодности и более быстрой адаптации к самостоятельной жизни в дальнейшем.

Цель исследования: на основании медицинских профилактических осмотров несовершеннолетних оценить состояние здоровья детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации (детей, воспитывающихся в государственных учреждениях и замещающих семьях).

Методы

Проводилось наблюдательное аналитическое ретроспективное когортное исследование с кластерным способом создания выборки; в исследование были включены дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей (возраст от 0 до 17 лет 11 месяцев 29 дней), разделённые на две группы: воспитывающиеся в замещающих семьях (с опекунами или приёмными родителями) и воспитывающиеся в государственных учреждениях (домах ребёнка, детских домах).

Группа исследования составила 5 028 детей (из замещающих семей — 2 929, из государственных учреждений — 2 099). Была произведена выкопировка данных отчётных форм № 030-Д/с/о-13 «Сведения о диспансеризации несовершеннолетних», предоставленных государственными и казенными учреждениями Архангельской области в медицинский информационно-аналитический центр Архангельской области за отчётный период — 01.01. — 31.12.2017 г.; количество представленных отчётных форм обусловило включение в исследование данного числа участников. Использовался метод описательной статистики с определением доли исследуемых признаков в генеральной совокупности. Отчетные формы были предоставлены в виде таблиц, оформленных с использованием программы Microsoft Excel.

Результаты

В отчетном периоде диспансеризацию прошли 2 929 детей из замещающих семей, что составляет 94 % от списочного состава. Причины невыполнения плана представлены на рис. 1. Процент невыполнения плана не является высоким, однако обращает на себя внимание относительно высокая частота отказа от прохождения диспансеризации, а также неявки на осмотр. Распределение детей по уровню физического развития в целом соответствует средним показателям для детей Архангельской области. С возрастом уменьшается доля детей с дефицитом массы тела, а доля детей с избыточной массой тела, напротив, возрастает. Данные закономерности можно проследить на рис. 2 и в табл. 1.

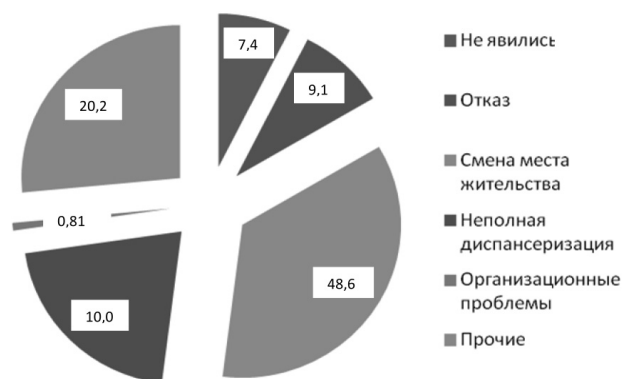


Рис. 1. Причины невыполнения плана диспансеризации детей из замещающих семей, % (n = 2 929)

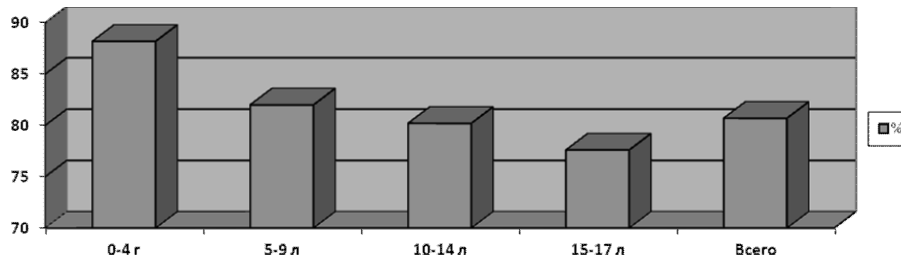


Рис. 2. Распределение детей с нормальным физическим развитием в возрастных группах, %

Таблица 1
Выявленные отклонения в физическом развитии у детей разных возрастных групп, %

Возраст, лет	Дефицит массы тела	Избыток массы тела	Низкий рост	Высокий рост
0–4	7,5	0,9	6,1	1,8
5–9	8,4	5,0	8,0	3,2
10–14	8,0	7,2	6,2	4,2
15–17	6,9	7,5	7,2	4,2
Итого	7,4	6,2	6,9	3,8

Структуру выявленных заболеваний проанализировать достаточно затруднительно в связи с несоответствием представленных показателей по категориям «всего зарегистрировано» – «впервые выявлено» – «состоит на диспансерном учете». Количество выявленных заболеваний и охват диспансерным наблюдением представлены в табл. 2. Анализ структуры выявленных заболеваний и охвата диспансерным наблюдением по отдельным классам заболеваний представлен на рис. 3. Следует отметить существенное расхождение выявляемого количества заболеваний различных классов и количества детей, поставленных при этом на диспансерный учет. Данная особенность четко прослеживается в классах болезней эндокринной системы, желудочно-кишечного тракта и костно-мышечной системы, где разница в показателях $\geq 50\%$.

Таблица 2
Выявленные заболевания и охват диспансерным наблюдением по возрастным группам детей

Возрастная группа детей (лет), прошедших диспансеризацию	Всего зарегистрировано заболеваний	Количество заболеваний на 1 ребенка	Впервые выявлены, абс. ч (%)	Состоят на диспансерном учете, %
0–4 (n = 228)	515	2,3	208 (40,4)	38,6
5–9 (n = 761)	1904	1,3	610 (32,0)	90,7
10–14 (n = 1256)	3062	2,4	880 (28,7)	42,9
15–17 (n = 684)	1838	2,7	505 (27,5)	43,2
0–14 (n = 2245)	5481	1,9	1698 (31,0)	43,5
0–17 (n = 2929)	7319	2,5	2203 (30,1)	43,4

Распределение детей по группам здоровья в целом соответствует таковому распределению среди детей, воспитывающихся в биологических семьях. Стоит

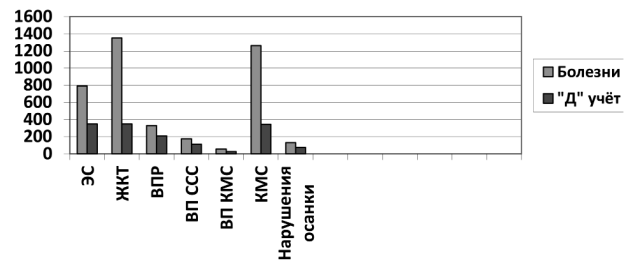


Рис. 3. Структура выявленных заболеваний и взятых на диспансерный учет детей 0–17 лет, абс. число

Примечание. ЭС – болезни эндокринной системы; ЖКТ – желудочно-кишечного тракта; ВПР – врожденные пороки развития; ВП ССС – врожденная патология сердечно-сосудистой системы; КМС – болезни костно-мышечной системы.

отметить, что доля детей, относящихся к V группе здоровья, существенно превышает долю детей IV группы здоровья, что может свидетельствовать о недостаточной лечебно-профилактической работе (рис. 4).

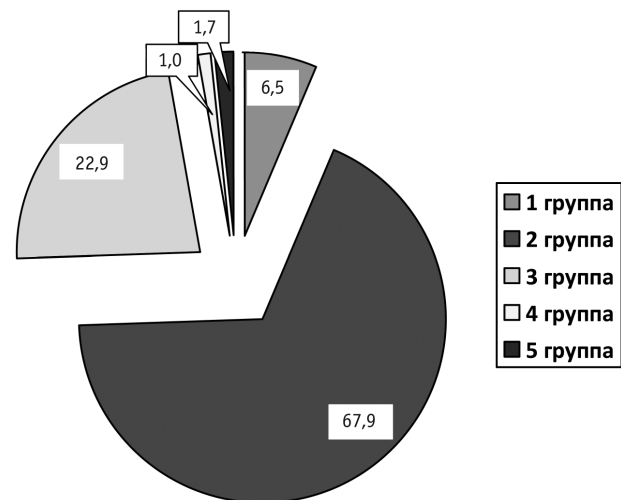


Рис. 4. Распределение детей из замещающих семей 0–17 лет по группам здоровья в 2017 г., % (n = 2 929)

Рекомендации по дополнительному обследованию и консультациям специалистов в амбулаторных условиях выполнены по отношению только каждого второго ребенка. Рекомендовано лечение в амбулаторных условиях 58,2 % детей, медицинская реабилитация – 11,4 % детей, лечение в условиях стационара – 16 детям. Рекомендации выполнены в условиях поликлиник на 99,4 %; в стационарных условиях – на 75,0 % (причинами являлись смена места жительства, неполный объем обследования).

Индивидуальная программа реабилитации для детей-инвалидов выполнена полностью на 67,5 %, частично – на 26,0 %, начата – у 6,5 % детей.

В отчетном периоде диспансеризацию прошли 2 099 детей, воспитывающихся в государственных учреждениях Архангельской области, что составляет 95 % от списочного состава. Причины невыполнения плана представлены на рис. 5. Процент невыполнения плана также невысок; основной причиной невыполнения стала смена места жительства детей, однако отказ от диспансеризации и неявка в совокупности составляют около 20 %, что, учитывая специфику условий проживания и порядка прохождения осмотров детьми данной группы, является труднообъяснимым фактом.

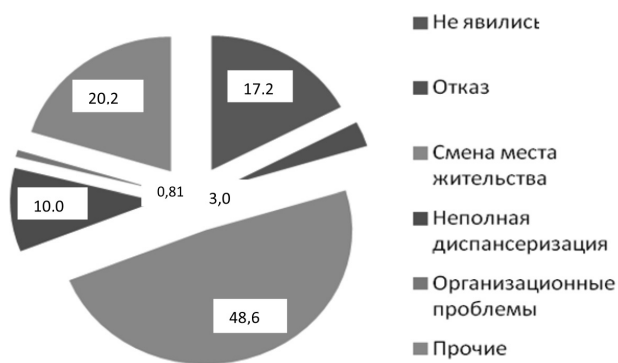


Рис. 5. Причины невыполнения плана диспансеризации детей, воспитывающихся в государственных учреждениях Архангельской области, % (n = 2 099)

Распределение детей по уровню физического развития в целом соответствует средним показателям для детей Архангельской области. Более низкий удельный вес детей раннего возраста со средним физическим развитием объясним наличием у этих детей тяжелой сопутствующей патологии. Данные закономерности можно проследить на рис. 6 и в табл. 3. Структуру выявленных заболеваний вновь проанализировать достаточно затруднительно в связи с несоответствием представленных показателей по категориям «всего зарегистрировано» – «впервые выявлено» – «состоит на диспансерном учете».

Количество выявленных заболеваний и охват диспансерным наблюдением представлены в табл. 4. Анализ структуры выявленных заболеваний и охвата диспансерным наблюдением по отдельным классам заболеваний представлен на рис. 7. В тех же классах болезней, что и в первой группе исследования

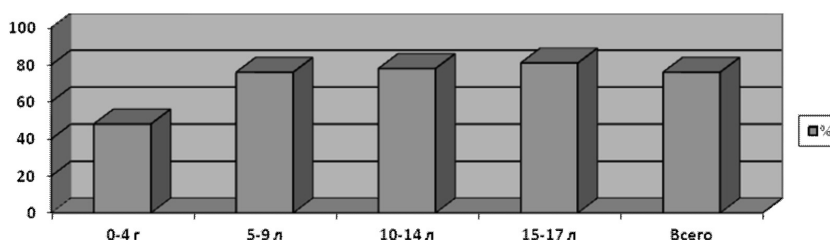


Рис. 6. Распределение детей с нормальным физическим развитием в возрастных группах, %

Таблица 3

Выявленные отклонения в физическом развитии у детей разных возрастных групп, %

Возраст, лет	Дефицит массы тела	Избыток массы тела	Низкий рост	Высокий рост
0–4	31,0	3,0	34,0	2,0
5–9	13,0	3,0	15,0	2,0
10–14	8,0	5,0	11,0	2,0
15–17	7,0	4,0	11,0	2,0
Итого	10,0	4,0	14,0	2,0

Таблица 4

Выявленные заболевания и охват диспансерным наблюдением по возрастным группам детей

Возрастная группа детей, прошедших диспансеризацию	Всего зарегистрировано заболеваний	Количество заболеваний на 1 ребенка	Впервые выявлены, абс (%)	Состоит на диспансерном учете, %
0–4 (n = 214)	843	3,9	122 (14,0)	76,0
5–9 (n = 276)	1 078	3,9	170 (15,0)	59,0
10–14 (n = 907)	3 195	3,5	600 (18,0)	49,0
15–17 (n = 702)	2 235	3,2	408 (18,0)	52,0
0–14 (n = 1 397)	5 116	3,7	892 (17,0)	56,0
0–17 (n = 2 099)	7 351	3,5	1 300 (17,0)	54,0

(заболевания эндокринной, костно-мышечной систем и желудочно-кишечного тракта), отмечено наиболее существенное расхождение выявляемого количества заболеваний различных классов и количества детей, поставленных при этом на диспансерный учет. В некоторых классах заболеваний (болезни системы крови и новообразования) расхождения показателей практически не наблюдается, что, вероятно, связано с осознанием высокой потенциальной летальности при данной патологии.

Распределение детей по группам здоровья представлено на рис. 8. Первая группа здоровья не превышает 5 % по всей возрастной группе, далее отмечается негативное распределение в сторону значительного увеличения детей с III–V группами здоровья. Детальный анализ представленных данных затруднен тем, что в нескольких таблицах цифры несопоставимы и не сходятся в сумме, что ставит под сомнение истинность представленного фактического материала.

Рекомендации по дополнительному обследованию и консультациям выполнены в основном только в домах

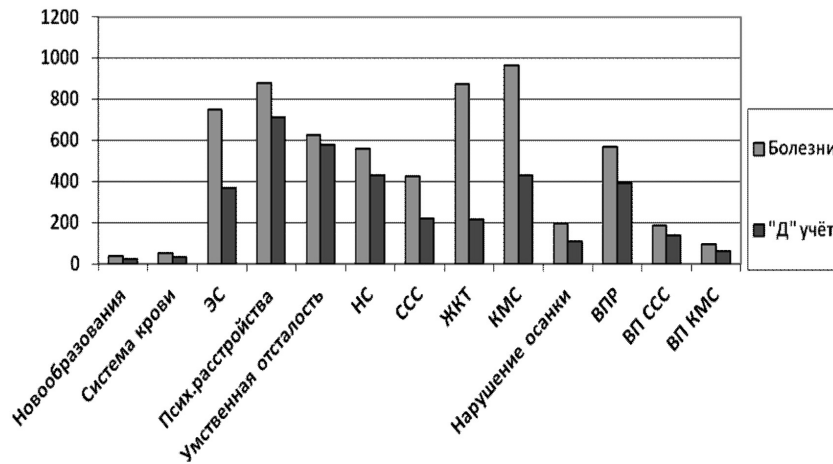


Рис. 7. Структура выявленных заболеваний и взятых на диспансерный учет детей 0–17 лет, абс. число

Примечание. ЭС – эндокринная система, НС – нервная система, СССР – сердечно-сосудистая система, ЖКТ – желудочно-кишечный тракт, КМС – костно-мышечная система, ВПР – врожденные пороки развития, ВП – врожденная патология.

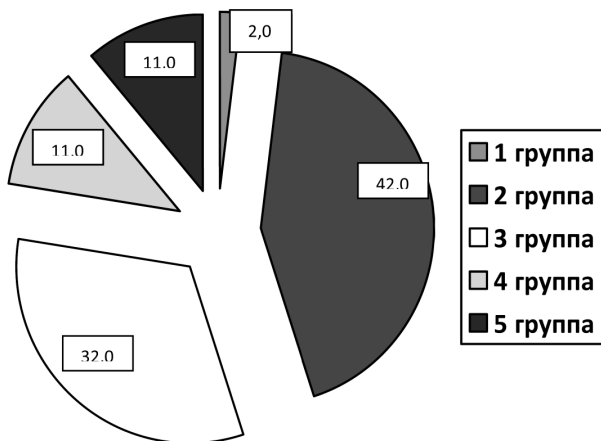


Рис. 8. Распределение детей 0–17 лет по группам здоровья в 2017 г., % (n = 2 099)

ребенка. В учреждениях, где содержатся дети более старшего возраста, обследован только каждый второй ребенок. Рекомендовано лечение в амбулаторных условиях 72,0 % детей, медицинская реабилитация – 18 % детей, лечение в условиях стационара – 17 детям, медицинская реабилитация – 35 детям. Рекомендации выполнены в условиях поликлиник на 99,4 %; в стационарных условиях – на 100 %. Индивидуальная программа реабилитации для детей-инвалидов выполнена полностью на 77,6 %, частично – на 16,8 %, начата – у 5,7 % детей.

Обсуждение результатов

В Архангельской области диспансеризация несовершеннолетних, проведенная в 2017 году по приказам Минздрава России № 72н и № 216н, была выполнена практически в полном объеме. Выявлен относительно низкий удельный вес детей раннего возраста со средним физическим развитием в группе воспитанников учреждений закрытого типа, что может быть обусловлено наличием у них тяжелой сопутствующей соматической патологии (особенно в домах

ребёнка). В данной возрастной группе прослеживается общероссийская тенденция, описываемая большинством авторов, – антропометрические характеристики детей в домах ребенка ниже нормативных для детской популяции в соответствующих регионах Российской Федерации и, в частности, ниже таковых для детей, воспитывающихся в замещающих семьях [1]. Однако в дальнейшем происходит выравнивание показателей (вероятно, вследствие осуществления должного ухода и наблюдения за детьми, а также своевременной медикаментозной и хирургической помощи по ряду соматических заболеваний), что в целом позволяет сделать вывод о соответствии уровня физического развития средним данным по Архангельской области.

На лидирующих позициях в структуре заболеваемости в обеих группах находятся болезни костно-мышечной системы, что согласуется с литературными данными; так, в Санкт-Петербурге в 2013 году показатель заболеваемости составил 29,1 % [3], а в других исследованиях удельный вес колеблется от 14,5 до 50,0 % [4, 7]. Стоит отметить, что в эту категорию авторы относят в том числе плоско-вальгусные стопы, дисплазию тазобедренных суставов, которые выявляются в младенчестве при первых осмотрах ортопеда в декретированные сроки, а к концу первого года жизни или окончанию раннего возраста данные диагнозы чаще всего снимаются. Различные нарушения осанки с одинаковой частотой встречаются у детей, проживающих в стационарных учреждениях, и у детей из замещающих семей. Также можно отметить большой удельный вес детей с заболеваниями желудочно-кишечного тракта; по данным многих авторов, этот класс болезней лидирует в структуре впервые выявленной патологии [5–7].

Диспансеризация выявила удовлетворительный уровень состояния здоровья детей, воспитывающихся в замещающих семьях (по сравнению с их сверстниками из биологических семей) и низкий уровень состояния здоровья детей, воспитывающихся в го-

сударственных учреждениях. Отмечается достаточно низкий удельный вес детей с I группой здоровья, но в замещающих семьях доля практически здоровых детей выше. Большинство детей относится к II и III группам здоровья, однако если в стационарных учреждениях количество детей в этих группах примерно равное, то в замещающих семьях доля детей с функциональными отклонениями выше, чем доля детей с хронической патологией в стадии компенсации. Количество детей с IV и V группами здоровья в стационарных учреждениях намного выше, чем в замещающих семьях, что обусловлено, вероятно, спецификой исследования, а именно — включением данных из специализированных домов ребёнка. В связи с этим удельный вес детей, относящихся к категории «ребенок-инвалид», существенно выше в группе воспитанников стационарных учреждений — 11,0 %. Полученные результаты полностью соответствуют данным других исследований, проводившихся в 2010-е годы в различных регионах Российской Федерации [2, 3, 6, 7]. Однако, как уже упоминалось выше, недостатком настоящего исследования в данной его части явилась частичная несопоставимость фактических данных.

Выводы

1. В Архангельской области диспансеризация несовершеннолетних, проведенная в 2017 году по приказам Минздрава России № 72н и 216н, была выполнена в полном объёме.

2. Физическое развитие детей в целом соответствует средним показателям для детей Архангельской области.

3. Большинство детей относится к II и III группам здоровья при низком удельном весе практически здоровых детей (I группа) и относительно высоком — детей-инвалидов (V группа). Лидирующие места в структуре патологии занимают болезни костно-мышечной и пищеварительной систем.

4. Рекомендации по дополнительному обследованию, а также программы реабилитации детей-инвалидов выполняются в неполном объёме, что требует более тщательного контроля со стороны руководителей лечебно-профилактических учреждений.

Авторство

Макарова В. И. внесла существенный вклад в концепцию и дизайн исследования, выполнила окончательную редакцию статьи; Пастбина И. М. осуществила сбор данных; Поскотинова А. И. подготовила первый вариант статьи; Шумов А. В. осуществил анализ и интерпретацию данных; Плаксина Н. Ю. составила библиографический список и сделала обзор литературы; Бабикина И. В. дополнила библиографический список и провела первую редакцию статьи.

Авторы подтверждают отсутствие конфликта интересов.

Макарова Валерия Ивановна — ORCID 0000-002-8150-9110; SPIN 2792-8779

Пастбина Ирина Михайловна — ORCID 0000-0003-1475-1529; SPIN 4799-7270

Поскотинова Анастасия Игоревна — ORCID 0000-0001-9740-0630; SPIN 5673-1042

Шумов Антон Викторович — ORCID 0000-0002-3392-8492; SPIN 7000-9278

Плаксина Надежда Юрьевна — ORCID 0000-0003-0015-8679; SPIN 4954-4257

Бабикина Ирина Владимировна — ORCID 0000-0002-9200-6383; SPIN 4304-3395

Список литературы

1. Аринцева И. А., Одинцова В. В., Пеньков Д. Г., Лянко Л. М., Солодунова М. Ю., Вершинина Е. А., Мухамедрахимов Р. Ж. Заболеваемость и физическое развитие детей, воспитывающихся в домах ребёнка Санкт-Петербурга // Педиатрия. 2018. Т. 1, № 97. С. 167–174.

2. Афанасьева Е. В., Абдраштова А. В., Сагитова Г. Р. Состояние здоровья детей, находящихся в государственных детских учреждениях (по данным Астраханской области) // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. 2009. № 1. С. 674–675.

3. Калиниченко О. В. Состояние здоровья и организация оказания медико-социальной помощи детям, лишившимся попечения родителей: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Санкт-Петербург, 2015. С. 23.

4. Зрячкин Н. И., Бучкова Т. Н., Хмилевская С. А. Состояние здоровья детей в домах ребенка: эффективность вакцинопрофилактики // Российский педиатрический журнал. 2014. № 5. С. 15–19.

5. Кузнецова Т. В., Захарченко Р. Г. Особенности состояния здоровья детей в учреждениях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в Российской Федерации // Вопросы современной педиатрии. 2006. Вып. S. С. 300–301. DOI: 10.000/cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-sostoyaniya-zdorovya-detey-v-uchrezhdeniyah-dlya-detey-sirot-i-detey-ostavshih-sya-bez-popecheniya-roditeley-v-rossiyskoy.

6. Кучмаева О. В. Статистика в оценке основных параметров здоровья детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей // Системное управление. 2016. № 1 (30). URL: http://sisupr.mrsu.ru/2016-1/PDF/Kuchmaeva_2016-1.pdf (дата обращения: 20.05.2018).

7. Петрова Е. И. Состояние здоровья детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (по материалам Рязанской области) // Российский медико-биологический вестник имени академика И. П. Павлова. 2011. № 4. С. 74–77.

8. Приказ Минздрава России № 72н от 15 февраля 2013 г. «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации». М., 2013.

9. Приказ Минздрава России № 216н от 11 апреля 2013 г. «Об утверждении Порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство) в приемную или патронатную семью». М., 2013.

10. Ханова Н. А. Развитие, здоровье и медицинское обслуживание детей из замещающих семей: дис. ... канд. мед. наук. Пермь, 2014. 132 с.

11. Шибанова Н. В., Рытова О. П., Русакова Н. В., Иванова Е. Н. Анализ реабилитации детей-сирот раннего возраста в специализированном доме ребёнка «Малыш» // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. 2012. Т. 5, № 2. С. 424–427.

References

1. Arintina I. A., Odintsova V. V., Penkov D. G., Lyanko L. M., Solodunova M. J., Verшинina E. A.,

Muhamedrahimov R. J. Morbidity and physical development of children in Saint Petersburg orphanages. *Pediatrics (Pediatriya - Zhurnal im. G. N. Speranskogo)*. 2018, 1 (97), pp. 167-174. [In Russian]

2. Afanasieva E. V., Abdrasitova A. V., Sagitova G. R. State of health of children who are being the state children's establishments (according to the Astrakhan area). *Vestnik Rossiiskogo universiteta druzhby narodov. Seriya: Meditsina* [Newsletter of Russian Peoples' Friendship University. Series: Medicine]. 2009, 1, pp. 674-675. [In Russian]

3. Kalinichenko O. V. *Sostoyaniye zdorov'ya i organizatsiya okazaniya mediko-sotsial'noy pomoshchi detyam, lishivshimsya popecheniya roditeley (avtoref. kand. dis.)* [State of health and organization of medical and social assistance to children deprived of parental care (Author's Abstract of Cand. Diss.)]. Saint Petersburg, 2015, p. 23.

4. Zryachkin N. I., Buchkova T. N., Khmilevskaya S. A. The health status of children in infant orphanages: the effectiveness of vaccination. *Rossiiskii pediatricheskii zhurnal* [Russian Pediatrics Journal]. 2014, 5, pp. 15-19. [In Russian]

5. Kuznetsova T. V., Zakharchenko R. G. Features of the health status of children in institutions for orphans and children left without parental care in the Russian Federation. *Voprosy sovremennoi pediatrii* [Issues of modern pediatrics]. 2006, S, pp. 300-301. [In Russian]. DOI: 10.000/cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-sostoyaniya-zdorovya-detey-v-uchrezhdeniyah-dlya-detey-sirot-i-detey-ostavshih-sya-bez-popecheniya-roditeley-v-rossiyskoy.

6. Kuchmaeva O. V. Statistics in the assessment of key parameters of health of children-orphans and children left without parental care. *Cistemnoe upravlenie*. 2016, 1 (30). [In Russian]. Available at: http://sisupr.mrsu.ru/2016-1/PDF/Kuchmaeva_2016-1.pdf (accessed: 20.05.2018).

7. Petrova E. I. The health of children-orphans and children, in difficult life situations (based on materials Ryazan region). *Rossiiskii mediko-biologicheskii vestnik imeni akademika I. P. Pavlova* [I. P. Pavlov Russian Medical Biological Herald]. 2011, 4 (19), pp. 74-77. [In Russian]

8. *O provedenii dispanserizatsii prebyvayushchikh v stacionarnykh uchrezhdeniyakh detey-sirot i detey, nakhodyashchikhsya v trudnoy zhiznennoy situatsii (Prikaz Ministerstva zdravookhraneniya Rossii ot 15.02.2013 N 72)* [About carrying out of prophylactic medical examination of staying in hospitals for children-orphans and children in difficult life situations (Order of Ministry of health of Russia of 15.02.2013 N 72)]. Moscow, 2013.

9. *Ob utverzhdenii Poryadka dispanserizatsii detey-sirot i detey, ostavshikhsya bez popecheniya roditeley, v tom chisle usynovlennykh (udocherennykh), prinyatykh pod opeku (popechitel'stvo) v priyemnuyu ili patronatnuyu sem'yu (Prikaz Ministerstva zdravookhraneniya Rossii ot 11.04.2013 N 216n)* [About the statement of the Order of medical examination of orphan children and children without parental support, including adopted (adopted), taken under guardianship (guardianship) in the reception or foster family (Order of the Ministry of health of Russia of 11.04.2013 N 216n)]. Moscow, 2013.

10. Khanova N. A. *Razvitiye, zdorov'ye i meditsinskoye obsluzhivaniye detey iz zameshchayushchikh semey* (kand. dis.) [Development, health and medical care of children from foster families (Cand. Diss.)]. Perm, 2014, 132 p.

11. Shibanova N. V., Rytova O. P., Rusakova N. V., Ivanova E. N. The analysis of early age orphan children rehabilitation in specialized children's home «Malysk». *Izvestiya Samarskogo nauchnogo tsentra Rossiiskoi akademii nauk* [Izvestiya of the Samara Research Center of the Russian Academy of Sciences]. 2012, 5 (2), pp. 424-427. [In Russian]

Контактная информация:

Макарова Валерия Ивановна — доктор медицинских наук, профессор, академик РАЕ, зав. кафедрой пропедевтики детских болезней и поликлинической педиатрии ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации
Адрес: 163000, г. Архангельск, пр. Троицкий, д. 51
E-mail: arhangelsk163020@yandex.ru