

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ЦЕНТР МЕДИЦИНСКОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

© Олег Владимирович Калининченко¹, Наталия Гурьевна Петрова²,
Екатерина Владимировна Дембикова², Светлана Алексеевна Калинина²

¹ ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Минздрава России. 194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, 2

² ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
им. акад. И. П. Павлова» Минздрава России. 197022, г. Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8

Контактная информация: Калининченко Олег Владимирович — аспирант кафедры социальной педиатрии
и организации здравоохранения ФП и ДПО. E-mail: socp_ozz@mail.ru.

РЕЗЮМЕ: Проблема оптимизации оказания медико-социальной помощи детям, лишившимся попечения родителей, является весьма актуальной. В разных регионах страны функционируют различные структуры, участвующие в оказании этой помощи. В Санкт-Петербурге одной из них является «Центр медицинской и социальной реабилитации детей, оставшихся без попечения родителей, им. В. В. Цимбалы». Центр предназначен для оказания помощи детям в возрасте от 0 до 14 лет, оставшимся без попечения родителей и оказавшимся в трудной жизненной ситуации. Пациентами Центра являются дети из неблагополучных семей, родители которых злоупотребляют алкоголем и наркотическими средствами, ведут асоциальный образ жизни и уклоняются от должного воспитания детей, а также дети, лишенные родительского попечения вследствие госпитализации, смерти или тюремного заключения родителей. В статье представлены результаты анализа «медико-социального анамнеза» госпитализированных (на основании выкопировки данных из медицинской документации) и психологического статуса детей (на основании проведения специальных тестов). Установлено, что в структуре патологии, выявленной в Центре, преобладают заболевания костно-мышечной системы (42%). Оценка интеллектуального развития детей показала, что преобладают (составляя 63,3%) дети со средним интеллектом. В то же время у 35% детей интеллект был признан выше среднего и только у 1,7% — ниже среднего. Доля детей, имеющих среднюю степень тревожности, составила 60%. У 26,7% имелась легкая степень тревожности или полное отсутствие ее; у 13,3% — сильная степень тревожности. Большая часть (61,0%) детей при выписке направляются в учреждения для детей-сирот, а 39,0% возвращаются домой. После выписки из стационара реабилитация детей должна продолжаться в условиях детской поликлиники. Особую роль при этом должны играть медицинские сестры педиатрических участков, которые должны иметь полное представление о медико-психологических особенностях этих детей.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: дети; лишившиеся попечения родителей; медико-социальная помощь; здоровье детей.

MEDICAL AND SOCIAL CHARACTERISTICS OF CHILDREN HOSPITALIZED IN THE CENTER OF MEDICAL AND SOCIAL REHABILITATION

© Oleg V. Kalinichenko¹, Nataliya G. Petrova², Ekaterina V. Dembikova²,
Svetlana A. Kalinina²

¹Saint-Petersburg State Pediatric Medical University. Litovskaya str., 2. Saint-Petersburg, Russia, 194100

²The first Saint-Petersburg State Medical University named after Academician Pavlov. L. Tolstoy
str., 6–8. Saint-Petersburg, Russia, 197022

Contact Information: *Oleg V. Kalinichenko* — postgraduate student of the Department of Social Pediatrics and Public Health Organization of the faculty of post-graduate education. E-mail: socp_ozz@mail.ru.

ABSTRACT: The problem of optimizing the provision of medical and social assistance to children deprived of parental care is very important. In different regions of the country there are various structures involved in the provision of this assistance. In St. Petersburg, one of them is the “Center for Medical and Social Rehabilitation of Children Left Without Parental Care, after V. V. Tsymbalin». The center is designed to help children aged 0 to 14 years, left without parental care and those found in a difficult life situation. Patients of the Center are children from disadvantaged families whose parents are alcohol and drug abusers, known to lead antisocial mode of life away from the duty of proper children upbringing, as well as children deprived of parental care due to hospitalization, death or imprisonment of parents. The article presents the results of the analysis of the «medical and social history» of hospitalized children (based on the copying of data from medical records) and the psychological status of children (based on special tests). It is established that in the structure of pathology revealed in the Center, diseases of the musculoskeletal system predominate (42%). The rate of intellectual development of children has shown that children average intelligence (63.3%) predominate. At the same time, in 35% of children the intellect was recognized as above average and only 1.7% -below the average. The proportion of children with an average degree of anxiety was 60%. In 26.7% a mild degree of anxiety or complete absence of it was revealed; in 13.3% — a strong degree of anxiety. Most (61.0%) of children are sent to special institutions when they are discharged, and 39.0% return home. After the discharge from the hospital, the rehabilitation of children should be continued in children's polyclinic. A special role in this continuing process should be played by nurses of pediatric sites, who must be aware of the medical and psychological characteristics of such children.

Key words: children deprived of parental care; medical and social assistance; health of children.

ВВЕДЕНИЕ

Современный период развития страны характеризуется рядом неблагоприятных социально-экономических и медико-демографических процессов, социальным расслоением общества, снижением качества жизни, наличием нереализованных медико-социальных проблем детей, подростков, молодежи, семьи и всех членов общества. Падение жизненного уровня населения, ухудшение условий содержания детей, участвовавшие случаи жестокого обращения с ними, снижение социальных гарантий духовного и физического развития детей способствуют росту социального сиротства [4, 14]. Безусловно, все это негативным образом отражается на показателях физического и психического здоровья детского населения [2, 6]. В первую очередь, это касается детей, воспитывающихся вне семьи, в специализированных детских учреждениях [1], а также находящихся под опекой или попечительством [12]. Но актуальны эти проблемы и для детей, воспитывающихся в семьях [9, 11]. Постоянная занятость родителей приводит к уменьшению продолжительности и обеднению общения ребенка и взрослых. Негативные последствия возникающего по этим при-

чинам неблагополучия в семье подчас становятся необратимыми, приводя к дефектам психического развития ребенка, социальной дезадаптации, девиантному (то есть отклоняющемуся) поведению [3]. Регистрируется постоянный рост так называемых «рисковых форм» поведения среди детей и подростков, включая применение психоактивных веществ — алкоголя, табака, наркотиков, токсических веществ и препаратов, а также безнадзорность, бродяжничество, проституция малолетних и многое другое [7]. Все чаще несовершеннолетние становятся жертвами жестокого обращения и насилия — физического, сексуального, эмоционального, пренебрежения основными нуждами ребенка, дети и подростки становятся объектами вовлечения в конфликты с законом. Проблемы психического «нездоровья» обусловлены и рядом таких медицинских аспектов, которые приобретают все большее распространение, как рождение и выхаживание детей с экстремально низкой массой тела [5]. Все это представляет несомненную угрозу национальной безопасности.

Перечисленные проблемы требуют совершенствования системы оказания медико-социальной помощи различным контингентам дет-

ского населения и повышения ее качества в целом [13]. Важно отметить, что исторически данная система начала складываться еще в XVII в. (создание специальных заведений для сирот, детей с физическими увечьями, факторами социального риска) [8]. В настоящее время в оказании медико-психологической и социальной помощи этим категориям детей участвует значительное число учреждений и организаций, каждая из которых решает свои специфические задачи [10]. Причем, в каждом регионе структура и организация работы данных учреждений могут отличаться.

Целью исследования являлось получение медико-социальной и психологической характеристики детей, госпитализированных в Центр.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось на базе Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Центр медицинской и социальной реабилитации детей, оставшихся без попечения родителей, им. В.В. Цимбалы». Центр предназначен для оказания помощи детям в возрасте от 0 до 14 лет, оставшимся без попечения родителей и оказавшимся в трудной жизненной ситуации. Пациентами Центра являются дети из неблагополучных семей, родители которых злоупотребляют алкоголем и наркотическими средствами, ведут асоциальный образ жизни и уклоняются от должного воспитания детей, а также дети, лишенные родительского попечения вследствие госпитализации, смерти или тюремного заключения родителей.

Мощность Центра составляет 75 коек. В его структуре выделяют: отделение медицинской реабилитации; социальной и психолого-педагогической реабилитации; а также вспомогательные диагностические и лечебные кабинеты.

Для реализации цели нами была разработана специальная карта исследования, на

которую выкопировывались данные из медицинской документации. Кроме того, использовались психологические тесты: визуально-аналоговая шкала тревожности; «Прогрессивные матрицы Равена» (позволяющие определить интеллектуальные возможности); проективное тестирование методом свободного рисования. В рисуночных тестах анализировались: размер рисунка; качество линий (нажима); расположение рисунка на листе; цвет в рисунке. Нажим на карандаш позволяет судить об эмоциональной напряженности, уровне психомоторного тонуса, общей активности. Сила нажима отражается в жирности линии. Общее число наблюдений составило 150 единиц. Возраст детей — от 0 до 15 лет (тестированию подвергались с 3 лет).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В возрастной структуре госпитализированных детей наибольший удельный вес пришелся на возрастные группы 10–15 (37,0%) и до года (22,0%). Среди мальчиков достоверно выше ($p < 0,05$), чем среди девочек, был удельный вес детей 10–15 лет, а среди девочек — до года (табл. 1).

Не посещали образовательные учреждения 52% детей; 8% посещали дошкольные образовательные учреждения; 40% учились в школах или гимназиях. Не посещали образовательные учреждения 93,3% детей до 3 лет, 58,3% — 3–6 лет, 20% — 6–10 лет, 18,9% — старше 10 лет.

Среди госпитализированных, 74,4% составили дети из неполных семей. При изучении «семейного анамнеза» детей было установлено, что в 73% случаев сведения о вредных привычках родителей отсутствовали. В случае наличия таковых алкоголизм родителей отмечался у 85,2%, криминальные склонности — у 11,1%, наркомания — у 3,7% (только в неполных семьях). У 91,3% имела место конфликтная внутрисемейная обстановка.

Таблица 1

Распределение детей разного пола по возрасту, %

Пол	Возраст, лет					В целом
	До 1	1–3	3–6	6–10	10–15	
Мужской	18,0	16,0	6,0	18,0	42,0	100,0
Женский	26,0	14,0	16,0	12,0	32,0	100,0
Всего	22,0	15,0	11,0	15,0	37,0	100,0

У 8,9% детей при поступлении были выявлены кожные паразиты (педикулез и чесотка). Доля детей с педикулезом была выше (17,4%) среди детей из полных семей по сравнению с неполными (4,5%), а чесотка встречалась только в неполных семьях. У 27,7% детей было выявлено нарушение целостности кожных покровов в виде гематом (7,8%), ссадин (4,4%), расчёсов (2,2%) и иных (порезы, царапины, шрамы) — 13,3%. Наличие гематом и кровоподтеков в достоверно ($p < 0,05$) большем (21,7%) проценте случаев имело место в полных семьях по сравнению с неполными (3,1%). Расчёсы же встречались только у детей из неполных семей.

38% детей были направлены в Центр отделами полиции; 21% — отделами опеки и попечительства муниципальных образований; 19% — социальными приютами, 17% — городскими больницами и центрами социальной помощи семье и детям; 5% — по заявлению родителей (дети до трех лет). Среди детей в возрасте до десяти лет наибольшая доля (53,3%) была направлена отделами полиции, а в старшей возрастной группе — социальными приютами (42,2%). Среди детей младшего возраста максимальным (19%) был процент госпитализированных по заявлению родителей.

Изучение частоты патологии у детей при поступлении показало, что наиболее частыми диагнозами направлений являлись: заболевания нервной системы (15%), ЛОР-органов (15%), болезни костно-мышечной системы (14%). Реже встречались заболевания кожи (11%) и эндокринной системы (9%). В структуре патологии, выявленной в Центре, преобладают заболевания костно-мышечной системы (42%), включая нарушение осанки, артрит, плоскостопие, деформации грудной клетки. 27% приходится на заболевания нервной системы, включая детский церебральный паралич, задержку развития, перинатальную патологию и др.

Важно отметить, что большая часть (61,0% детей) при выписке направляются в учреждения для детей-сирот, а 39,0% возвращаются домой. Наибольшей (86,9%) была доля детей, выписывающихся в учреждения для детей-сирот, среди детей десяти лет и старше. Также нельзя не подчеркнуть, что 77% детей в период нахождения в Центре не общались с родственниками. 12% детей посещали родственников, а у 11% — интересовались здоровьем детей по телефону.

Оценка интеллектуального развития детей показала, что преобладают (составляя 63,3%)

дети со средним интеллектом. В то же время у 35% детей интеллект был признан выше среднего и только у 1,7% — ниже среднего.

Анализ рисунков тестов показал, что более половины детей (52,2%) имели в рисунке средний, равномерный нажим, что указывает на уравновешенную личность, склонную обдумывать свои действия, и является нормой для данного исследования. 28,3% детей имели сильный нажим, который расценивается как знак психического напряжения, способного привести к агрессии. Слабый нажим имелся у 10,8% детей. Он может свидетельствовать, что ребенок испытывает дефицит самоуважения и доверия к самому себе. Такой признак характерен для пассивных, нерешительных детей. Ребенок может находиться в депрессивном состоянии. 8,7% составили дети с прорисовкой отдельных деталей с нажимом. Такие дети склонны к частой смене настроения, имеют низкий уровень устойчивости к стрессу. Изменение степени нажима в отдельных частях рисунка указывает на определенную проблематику (например, усиление нажима в рисунке семьи указывает на неблагополучную, конфликтную внутрисемейную обстановку). Среди детей в возрасте от трех до шести лет была наибольшей (45,9%) доля пациентов с сильной степенью нажима. Рисунки с прорисовкой отдельных деталей с нажимом присутствовали у детей в возрасте старше шести лет.

Размер рисунка должен рассматриваться в соответствии с размером листа бумаги. Установлено, что наибольшая доля (60,9%) детей в процессе рисования занимают более 2/3 всего пространства листа. Рисунки увеличенного размера отражают в себе агрессивность, в качестве защитного механизма проявляются у детей с чувством приниженности, могут быть результатом эмоционального возбуждения, снижения самоконтроля. У 36,9% детей встречается средний размер рисунка (рисунок занимает от 1/3 до 2/3 листа), что является нормой. Минимальную долю (2,2%) составили дети, у которых в рисунке занято до 1/3 пространства листа (уменьшенный размер). Такие дети обычно стесняются проявления своих чувств. Использование маленьких фигурок в рисунке указывает на зажатое поведение в результате стресса или на депрессивное состояние, свидетельствует о снижении настроения, об общей заторможенности. Возможно использование маленьких фигур как проявление негативной реакции на сложившуюся ситуацию. Стоит отметить, что

среди детей в возрасте от шести до десяти лет значительно преобладает доля (81,8%) детей с увеличенным размером рисунка. Дети с уменьшенным размером рисунка имелись только в возрасте от трех до шести лет, составив 4,1%.

Размещение рисунков на листе может говорить о функции планирования и о некоторых особенностях эмоционального состояния. Стандартным является расположение рисунка более или менее в центре листа. В процессе исследования было установлено, что у 71,7% рисунок располагался в центре. Это отражает благополучную личность, чувствующую себя безопасно. 17,4% детей имели смещение рисунка в сторону. Рисунок, расположенный в левой части листа отражает переживания, связанные с прошлым. Ребенок является импульсивным, стремится к эмоциональному удовлетворению потребностей. Рисунок, смещенный в правую сторону, говорит о том, что ребенок склонен к сильному сдерживанию чувств и руководствуется реальностью. Такие дети могут испытывать боязнь самостоятельных решений, а также нуждаться в поддержке. У 8,7% детей имелось смещение рисунка вниз, характерное для неуверенной в себе личности (ребенок чувствует себя незащищенным, может находиться в депрессивном состоянии). У 2,2% детей имелось смещение рисунка вверх, которое указывает на активную фантазийную жизнь (характерно для детей с завышенной самооценкой). Почти у каждого десятого ребенка в возрасте от трех до шести лет и от десяти и более лет имелось смещение рисунка вниз. Смещение вверх зафиксировано у детей только в возрасте старше десяти лет.

Характер цветовой гаммы рисунка может сказать об эмоциональном состоянии ребенка. При изучении рисунков по преобладающей палитре выявлено, что половина детей использовали в рисунке полную палитру, которая отражает благополучное эмоциональное состояние. У 19,2% детей преобладал в палитре красный цвет, что характерно для состояния высокой эмоциональной напряженности и свидетельствует о повышении уровня тревоги или повышенной агрессивности (у трети детей в возрасте от трех до шести лет в палитре преобладал красный цвет). В равных долях (10,6%) представлены рисунки, в которых в большей степени присутствовали холодная и обедненная палитра, черный цвет. У этих детей наблюдается подавленное настроение, снижение общего уровня актив-

ности. Дети подвержены истощению после пережитого стресса. Преобладание черного цвета в наибольшем (25,0%) проценте случаев имело место среди детей 6–10 лет; обедненная палитра — среди детей старше 10 лет (27,3%).

Оценка тревожности детей в возрасте от шести до пятнадцати лет по методу «Визуально аналоговая шкала тревожности» при поступлении в Центр показала, что доля детей, имеющих среднюю степень тревожности составила 60%. У 26,7% имелась легкая степень тревожности или полное отсутствие ее; у 13,3% — сильная степень тревожности (в большей степени это отмечалось среди мальчиков). Перед выпиской из Центра 80% детей имели легкую степень беспокойства; 20% — среднюю степень (особенно дети младше 6 лет).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, проведенное исследование показало, что дети, госпитализированные в Центр медицинской и социальной реабилитации, это дети, имеющие ряд проблем медицинского, психологического и социального характера. У большинства из них — средний и высокий уровень интеллекта, и достаточно высокий уровень социального и психологического дискомфорта (чувство тревожности, напряженности, явления определенной агрессивности или, наоборот, апатии и депрессии). Понятно, что преимущественно — это дети из социально неблагополучных семей (как полных, так и неполных по составу), родители которых в целом мало интересуются состоянием своих детей. Хотя большинство детей по выписке направляется в специализированные учреждения, значительная часть возвращается в семьи. И это требует повышенного внимания к данным семьям как медицинских, так и социальных служб. После выписки из стационара реабилитация детей должна продолжаться в условиях детской поликлиники. Особую роль при этом должны играть медицинские сестры педиатрических участков. Они должны быть осведомлены о проблемах и потребностях этих пациентов с тем, чтобы разработать и способствовать реализации плана удовлетворения этих потребностей. Необходима система межведомственного взаимодействия сестринских служб, передача необходимой информации в форме сестринского медико-социального эпикриза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алламярова Н. В. Совершенствование медико-социальной помощи детям, воспитывающимся в домах ребенка специализированного типа. Автореферат диссертации... канд. мед. наук. М.; 2013: 24.
2. Баранов А. А. Педиатрия. Национальное руководство. Краткое издание. М.; 2015: 23–24.
3. Гаврилов Д. Н., Пухов Д. Н. Результаты исследования здоровья и поведения детей школьного возраста. Профилактическая и клиническая медицина. 2014; 51 (2): 31–35.
4. Дмитриева М. А. Причины социального сиротства. Молодой ученый. 2012; № 11: 353–355.
5. Заваденко Н. Н., Ефимова М. Я., Заваденко А. Н., Щедеркина И. О., Давыдова Л. А. Нарушения нервно-психического развития у недоношенных детей с низкой и экстремально низкой массой тела при рождении. Педиатрия. Журнал им. Г. Н. Сперанского. 2015; 94 (6): 142–148.
6. Иванов Д. О., Орел В. И. Современные особенности здоровья детей мегаполиса. Медицина и организация здравоохранения. 2016; 1 (1): 6–11.
7. Ким А. В., Кузнецова Е. Ю., Смирнова В. И., Рослова З. А. Состояние здоровья детей различных групп социального риска. Здоровье детей: профилактика и терапия: Материалы VII Российского Форума с международным участием. СПб.; 2013: 80–81.
8. Микиртичан Г. Л. Истоки изучения медико-социальных проблем детства: XVIII — первая половина XIX века. Медицина и организация здравоохранения. 2016; 1 (1): 45–52.
9. Миронова М. С., Сетко Н. П. Роль семьи в формировании поведенческих факторов риска среди подростков. Здравоохранение Российской Федерации. 2011; 1: 56–57.
10. Орел В. И., Ким А. В., Середа В. М., Гурьева Н. А. Организация медико-социальной помощи детям. СПб.: СПбГПМУ, 2016.
11. Орел В. И., Середа В. М., Ким А. В., Шарафутдинова Л. Л., Беженар С. И., Булдакова Т. И., Рослова З. А., Орел В. В., Гурьева Н. А. Здоровье детей Санкт-Петербурга. Педиатр. 2017; 8 (1): 112–119.
12. Петрова Н. Г., Калиниченко О. В., Мухомодеева Л. В. Сравнительный анализ состояния здоровья детей 6, 14 лет и детей, лишившихся попечения родителей (по результатам профилактического осмотра). Здоровье семьи — 21 век. 2015; № 3: 103–113.
13. Пузырев В. Г., Глущенко В. А. Создание эффективной системы контроля качества медицинской помощи в лечебно-профилактическом учреждении. Медицина и организация здравоохранения. 2016. 1 (1): 12–20.
14. Сухинин М. В. Заболеваемость детского населения мегаполиса. Педиатрия. Журнал им. Г. Н. Сперанского. 2014; № 1: 46–50.

REFERENCES

1. Allamyarova N. V. Sovershenstvovanie mediko-socialnoy pomoshi detyam, vospituyushimsya v domah rebenka specializirovannogo tipa [Improving health and social care to children placed in infant homes special type]. PhD thesis. M.; 2013. (in Russian).
2. Baranov A. A. Pediatriya. Nacionalnoye rukovodstvo [Pediatrics. National leadership. A brief edition]. M.; 2015; 23–24. (in Russian).
3. Gavrilov D. N., Pukhov D. N. Rezultat issledovaniya zdorov'ya i povedeniya detey shkolnogo vozrasta [The results of the study of health and behavior of school-age children]. Profilakticheskaya i klinicheskaya meditsina. 2014; 51 (2): 31–35. (in Russian).
4. Dmitrieva M. A. Prichiny socialnogo sirotstva [Causes of social orphanhood]. Molodoy uchenyy. 2012; 11: 353–355. (in Russian).
5. Zavadenko N. N., Efimova Y. M., Zavadenko A. N., Shederkina I. O., Davydova L. A. Narusheniya nervno-psichicheskogo razvitiya u nedonoshennykh detey s nizkoy i ekstremalno nizkoy massoy tela pri rojdenii [Violation of psychological development in preterm infants with low and extremely low body mass at birth]. Pediatriya. Zhurnal im. G. N. Speranskogo. 2015; 94 (6): 142–148. (in Russian).
6. Ivanov D. O., Orel V. I. Sovremennye osobennosti zdorov'ya detey megapolisa [Modern features of health of children living in megapolis]. Meditsina i organizatsiya zdravookhraneniya. 2016; 1 (1): 6–11. (in Russian).
7. Kim A. V., Kuznetsov E. Y., Smirnov V. I., Roslova Z. A. Sostoyanie zdorov'ya detey razlichnykh grupp socialnogo riska [The health status of children of different social risk groups]. Zdorov'e detey: profilaktika i terapiya: Materialy VII Rossiyskogo Foruma s mezhdunarodnym uchastiem. SPb.; 2013: 80–81. (in Russian).
8. Mikirtichan G. L. Istoki izucheniya mediko-socialnykh problem detstva: XVIII -pervaya polovina XIX veka [The origins of the study of medical-social problems of childhood of the XVIII — first half XIX centuries]. Meditsina i organizatsiya zdravookhraneniya. 2016; 1 (1): 45–52. (in Russian).
9. Mironova M. S., Setko N. P. Rol sem'i v formirovani povedencheskikh factorov riska sredi podrostkov [The role of family in the formation of behavioral risk factors among adolescents]. Zdravookhranenie Rossiyskoy Federatsii. 2011; 1: 56–57. (in Russian).
10. Orel V. I., Kim A. V., Sereda V. M., Gurieva N. L. Organizatsiya mediko-socialnoy pomoshi detyam [Organization of medico-social assistance to children]. SPb.: SPbGPMU, 2016. (in Russian).
11. Orel V. I., Sereda V. M., Kim A. V., Sharafutdinova L. L., Bezhenar S. I., T. I. Buldakova, Roslov A. Z., Orel V. V., Gurieva N. A. Zdorov'ye detey Sankt-Peterburga [Children's health of St. Petersburg]. Pediatr. 2017; 8 (1): 112–119. (in Russian).