

ISSN 1609-1175

Тихоокеанский Медицинский Журнал

PACIFIC MEDICAL JOURNAL

2005, № 3

РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Основан в 1997 году
Выходит один раз в три месяца

Тема выпуска:
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПЕДИАТРИИ



Издательство
МЕДИЦИНА ДВ

Главный редактор Ю.В. Каминский

Редакционная коллегия:

Ф.Ф. Антоненко (ККЦОМД), Н.Н. Беседнова (НИИ ЭМ СО РАМН), С.Н. Бениова, Е.В. Елисеева (зам. главного редактора), В.Н. Лучанинова, П.А. Мотавкин, В.И. Невожай, В.А. Невзорова, В.А. Петров, Л.В. Транковская (отв. секретарь), В.Б. Туркутюков, В.Г. Ушаков (УЗ АПК), В.М. Черток (зам. главного редактора), В.В. Шапкин, А.Д. Юцковский, Yamamoto Masaharu (Япония)

Редакционный совет:

А.Ф. Беляев, В.А. Воробьев, А.В. Гордеев, С.Е. Гуляева, Н.А. Догадина, Г.А. Заяц, В.А. Иванис, Ю.И. Ишпахтин, В.Я. Мельников, Н.С. Мотавкина, А.Я. Осин, Л.М. Сомова, Г.И. Суханова, Н.Д. Татаркина, Ю.С. Хотимченко, Г.И. Цывкина, С.В. Юдин, Jin Liang Hong (КНР), Moon oh Riin (Республика Корея), Zhao Baoshang (КНР)

«Тихоокеанский медицинский журнал», 2005, № 3 (21)

<p>Тихоокеанский медицинский журнал Учредители: Владивостокский государственный медицинский университет, Департамент здравоохранения администрации Приморского края, НИИ эпидемиологии и микробиологии СО РАМН, Краевой клинический центр охраны материнства и детства <i>Свидетельство о регистрации</i> <i>Министерства РФ по делам печати,</i> <i>телерадиовещания и средств массовых</i> <i>коммуникаций</i> <i>ПИ № 77–13548 от 20.09.2002 г.</i></p>	<p>Адрес редакции: 690950 г. Владивосток, пр-т Острякова, 2, Владивостокский государственный медицинский университет Тел./факс (4232) 45-17-19</p> <p>Научный редактор О.Г. Полушин</p> <p>Зав. редакцией Л.В. Бирилло Редактор О.Н. Мишина Тел. (4232) 45-56-49</p> <p>Корректор О.М. Тучина</p>	<p>Издательство «МЕДИЦИНА ДВ» 690950 г. Владивосток, пр-т Острякова, 4; тел. 45-56-49</p> <p>Сдано в набор 26.08.2005 г. Подписано в печать 23.09.2005 г. Печать офсетная. Формат 60×90/8 Усл. печ. л. 12,25. Заказ № 319. Тираж 1000 экз.</p> <p>Отпечатано: Издательский дом «ВОСТОК»</p>
--	--	---

Выпуски «Тихоокеанского медицинского журнала» доступны на сайтах <http://elibrary.ru> и <http://www.vgmu.ru>

Передовые статьи

Валиуллина С.А., Ваганов Н.Н., Карпужин Е.В. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ.....	5
--	---

Лекции

Терещенко С.Ю. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ ПРИЧИН ДЛИТЕЛЬНОГО КАШЛЯ У ДЕТЕЙ.....	7
Лозинский Е.Ю., Елисеева Е.В., Шмыкова И.И., Галанова Ю.Д. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ ФАРМАКОЛОГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА.....	14
Васильева Т.Г., Кочеткова Е.А. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ФАРМАКОТЕРАПИИ ОСТЕОПОРОЗА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.....	19

Обзоры

Елисеева Е.В., Агапов Е.Г., Лучанинова В.Н., Тыртышников А.В., Романченко Е.Ф. ЗНАЧЕНИЕ ОКСИДА АЗОТА В РАЗВИТИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ВРОЖДЕННОМ ГИДРОНЕФРОЗЕ.....	23
Макарова В.И., Меньшикова Л.И., Ефимова Н.В. ОЦЕНКА РИСКА КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.....	27

Оригинальные исследования

Романцова Е.Б., Доровских В.А., Бабева А.Ф., Приходько О.Б. ДИНАМИКА ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.....	30
Валиуллина С.А., Винярская И.В., Митраков А.В., Черников В.В. ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ МОСКОВСКИХ ШКОЛЬНИКОВ.....	32
Хрущева Н.А., Макарова Ю.В. ДОПЛЕРОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПОЧЕЧНОГО КРОВОТОКА У ДЕТЕЙ С ЕДИНСТВЕННОЙ ПОЧКОЙ.....	34
Ни А., Лучанинова В.Н. КАТАМНЕСТИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ПИЕЛОНЕФРИТ.....	36
Повиличенко И.П., Туркутоков В.Б., Воронок В.М., Тарасенко Т.Т., Баранов Н.И. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ И ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ГРУППОВОЙ И ВСПЫШЕЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В ДОШКОЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ.....	39
Шуматова Т.А., Приходченко Н.Г. БИОМАРКЕРЫ ВОСПАЛЕНИЯ И FAS-ЗАВИСИМЫЙ АПОПТОЗ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ.....	41
Просекова Е.В., Деркач В.В., Шестовская Т.Н., Нетесова С.Ю., Иванова Ю.В. ОСОБЕННОСТИ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ И ИММУННОГО СТАТУСА ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ.....	44
Леонова И.А., Осин А.А. ОПРЕДЕЛЕНИЕ АКТИВНОСТИ ИНФЕКЦИОННО- ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПРИ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ.....	49
Мочалова Е.К. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПОДРОСТКОВ-ИНВАЛИДОВ.....	52
Лосева Н.Н., Мирошниченко В.А., Кораблева Э.В. РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ЭРОЗИВНОГО ПОРАЖЕНИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ У ПОДРОСТКОВ МЕТОДОМ КОНЪЮНКТИВАЛЬНОЙ БИОМИКРОСКОПИИ.....	57

Бордиян С.Г., Бабикова И.В., Ширяев Н.Д. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ.....	59
Кравцова Н.А., Кравцов Ю.А., Антоненко Ф.Ф. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАРУШЕНИЙ ПОЛОВОЙ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ У ДЕТЕЙ.....	61
Белова Е.В., Манчук В.Т., Капустина Т.А., Кин Т.И. ЧАСТОТА ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ РЕСПИРАТОРНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ.....	64
Боченина О.Г., Мирошниченко В.А., Кораблева Э.В. ВЫЯВЛЕНИЕ ГРУПП ДЕТЕЙ С УГРОЗОЙ РАЗВИТИЯ ЖЕЛЧНО-КАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ.....	65
Осокина И.В. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЙОДДЕФИЦИТНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В СИБИРИ.....	68
Бондарь Г.Н., Шеметова Е.В., Рассказова В.Н. КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ ВЛАДИВОСТОКА.....	70
Шуматова Т.А., Баранова О.Б., Шищацкая С.Н., Павлова Я.Е., Антоненко Ф.Ф. СОСТОЯНИЕ НИТРООКСИДЕРГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ПРИ СИНДРОМЕ МАЛЬАБСОРБЦИИ У ДЕТЕЙ С МУКОВИСЦИДОЗОМ.....	73
Лучанинова В.Н., Мостовая И.Д., Каредина В.С., Чижова Л.А. ХАРАКТЕРИСТИКА ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ И СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ МУКОЦИЛИАРНОГО ТРАНСПОРТА В ДИНАМИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ДЕТЕЙ.....	75
Юцковский А.Д., Юцковская И.А. К ПРОБЛЕМЕ МИКОЗОВ У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ.....	78
Вялова А.А., Бирюкова Т.В., Бухарин О.В., Гриценко В.А., Воропаева И.Н., Космович Т.В. ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ИНФЕКЦИОННО- ВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ ОРЕНБУРГА: РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ, НОЗОЛОГИИ И МИКРОБИОЛОГИИ.....	80

Методика

Нелюбов И.В., Матвейчук М.В., Шапкина А.Н. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВИДЕОАССИСТИРОВАННОЙ ТРАНСУМБИЛИКАЛЬНОЙ АППЕНДЕКТОМИИ У ДЕТЕЙ.....	83
--	----

Наблюдения из практики

Марухно Н.И., Шапкин В.В., Черныш А.Н., Голиченко Т.Н., Вилисова Л.В., Ларионова М.В. КИСТЫ ЯИЧНИКОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ.....	85
---	----

Организация здравоохранения

Жданова Л.А., Шишова А.В., Нежкина Н.Н., Бобошко И.Е. ОПТИМИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ УЧАЩИХСЯ.....	89
--	----

Педагогика

Осин А.А. СТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ СУБЪЕКТОВ ОБУЧЕНИЯ В СИСТЕМЕ ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ.....	94
--	----

Editorials

- Valiullina S.A., Vaganov N.N., Karpuhin E.V.*
BASIC DIRECTIONS IN IMPROVEMENT
OF HOSPITAL STAGE OF PEDIATRIC HELP 5

Lectures

- Tereshenko S.Yu.*
MODERN APPROACHES TO DIAGNOSTICS
OF THE LONG COUGH IN CHILDREN 7
- Lozinsky E.Yu., Eliseeva E.V., Shmikova I.I., Galanova Yu.D.*
FEATURES OF CLINICAL
PHARMACOLOGY IN CHILDREN 14

Review

- Vasilieva T.G., Kochetkova E.A.*
CONTEMPORARY DATA ABOUT THERAPEUTIC
OF OSTEOPOROSIS IN CHILDHOOD
AND ADOLESCENCE 19
- Yeliseyeva E.V., Agapov E.G., Luchaninova V.N.,
Tyrtyschnikova A.V., Romanchenko E.F.*
ROLE OF THE NITRIC OXIDE IN THE DEVELOPMENT
OF THE ARTERIAL HYPERTENSIA AT CONGENITAL
HYDRONEPHROSIS 23
- Makarova V.I., Menshikova L.I., Efimova N.V.*
ESTIMATION OF THE RISK OF THE CARDIOVASCULAR
PATHOLOGY IN CHILDREN 27

Original Investigation

- Romantsova E.B., Dorovskih V.A., Babtseva A.F., Prihodko O.B.*
DYNAMICS IN BRONCHIAL ASTHMA
IN CHILDREN AND TEENAGERS 30
- Valiullina S.A., Vinyarskaya I.V., Mitrakov A.V., Chernikov V.V.*
ESTIMATION OF LIFE QUALITY
IN SCHOOL-AGE CHILDREN IN MOSCOW 32
- Khryshcheva N.A., Makarova Yu.V.*
DOPPLER CHARACTERISTIC OF FORMS
OF HEMODYNAMIC INSUFFICIENCY OF RENAL
BLOOD SUPPLY IN CHILDREN WITH UNIQUE KIDNEY 34
- Ni A., Luchaninova V.N.*
KATAMNESIS MONITORING IN CHILDREN
AFTER PYELONEPHRITIS 36
- Povilichenko I.P., Turkutyukov V.B., Voronok V.M.,
Tarasenko T.T., Baranov N.I.*
INTESTINAL INFECTIONS MORBIDITY
BY UNKNOWN ETHIOLOGY AND ROTAVIRUS
INFECTION IN VLADIVOSTOK 39
- Shumatova T.A., Prikhodchenko N.G.*
INFLAMMATORY BIOMARKERS AND FAS-DEPENDENT
APOPTOSIS AT SEVERE PNEUMONIA IN CHILDREN 41
- Prosekova E.V., Derkach V.V., Shestovskaya T.N.,
Netesova S.Yu., Ivanova Yu.V.*
FEATURES OF THE CYTOKINE STRUCTURE
AND IMMUNE STATUS AT ALLERGIC DISEASES
IN CHILDREN 44
- Leonov I.A., Osin A.Ya.*
EVALUATION OF ACTIVITY OF THE INFLAMMATORY
PROCESS AT ACUTE PNEUMONIA IN CHILDREN 49
- Mochalova E.K.*
LIFE QUALITY OF THE DISABLED TEENAGERS 52
- Loseva N.N., Miroshnichenko V.A., Korableva E.V.*
EARLY DIAGNOSTICS EROSION GASTROINTESTINAL
A MUCOUS MEMBRANE AT TEENAGERS A METHOD
MUCOUS BULBAS OCULI OF EYE BIOMICROSCOPY 57

- Bordian S.G., Babikova I.V.,
Shiryayev N.D.*
DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS
OF ACUTE INFLAMMATORY DISEASES
OF COX JOINT IN CHILDREN 59
- Kravtsova N.A., Kravtsov Yu.A.,
Antonenko F.F.*
PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF THE SEXUAL
DIFFERENTIATION ABNORMALITIES IN CHILDREN 61
- Belova E.V., Manchuk V.T., Kapustina T.A., Kin T.I.*
FREQUENCY OF CHLAMIDIA INFECTION
OF THE UPPER RESPIRATORY WAYS IN CHILDREN 64
- Bochenina O.G., Miroshnichenko V.A.*
REVEALING THE CHOLELITHIASIS
RISK GROUPS IN CHILDREN IN POLICLINIC 65
- Osokina I.V.*
EPIDEMIOLOGY OF IOD-DEFFICIENCY
DISEASES IN SIBERIA 68
- Bondar G.N., Shemetova E.V., Rasskazova V.N.*
CLINIC AND RADIOLOGICAL FEATURES
OF PNEUMONIAS IN CHILDREN OF VLADIVOSTOK 70
- Shumatova T.A., Baranova O.B., Shishchatskaya S.N.,
Pavlova Ya.E., Antonenko F.F.*
NITROOXIDEERGIC PROCESSES AT MALABSORPTION
SYNDROME IN CHILDREN WITH MUCOVISCIDOSIS 73
- Luchaninova V.N., Mostovaya I.D.,
Karedina V.S., Chizhova L.A.*
HARACTERISTIC OF THE ACUTE PNEUMONIA
AND SYSTEM OF MUCOCILIAR TRANSPORT
IN THE DISEASE PROGRESSION IN CHILDREN 75
- Yutskovsky A.D., Yutskovskaya I.A.*
THE MODERN PROBLEM
OF MYCOSISES IN CHILDREN 78
- Vyalkova A.A., Biryukova T.V., Buharin O.V.,
Gritsenko V.A., Voropayeva I.N., Kosmovich T.V.*
PERINATAL INFLAMMATORY DISEASES
IN NEWBORNS OF ORENBURG: REGIONAL
EPYDEMOLOGY, NOSOLOGY AND MICROBIOLOGY
FEATURES 80
- Methods**
- Nelyubov I.V., Matveichuk M.V.,
Shapkina A.N.*
EXPERIENCE OF VIDEO-ASSISTED TRANSUMBILICAL
APPENDECTOMY IN CHILDREN 83
- Practice Observation**
- Maruchno N.I., Shapkin V.V., Chernysh A.N.,
Golichenko T.N., Vilisova L.V., Larionova M.V.*
OVARIAN CYSTS IN NEONATES 85
- Public Heals Organization**
- Zhdanova L.A., Shishova A.V.,
Nezhkina N.N., Boboshko I.E.*
OPTIMIZATION OF SYSTEM OF INTERDEPARTMENTAL
MEDICAL-EDUCATION INTERACTION IN SCHOOL
CHILDREN HEALTH PROTECTION 89
- Pedagogy**
- Osin A.Ya.*
START AND DEVELOPMENT OF COMMUNICATIVE
COMPETENCE OF SUBJECTS OF TRAINING IN HIGH
MEDICAL EDUCATION SYSTEM 94

УДК 616-053.2-082

С.А. Валиулина, Н.Н. Ваганов, Е.В. Карпунин

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

Научный центр здоровья детей РАМН (г. Москва),
Российская детская клиническая больница (г. Москва),
Детская республиканская клиническая больница
Татарстана (г. Казань)

Ключевые слова: стационарная помощь детям, подходы к реформированию.

Роль и значение стационарной помощи детям в России на современном этапе по-прежнему остаются высокими. Это объясняется ухудшением состояния здоровья детей: увеличением числа маловесных, глубоко недоношенных детей, врожденных аномалий и пороков развития, онкологических заболеваний; ростом частоты и «омоложением» хронической патологии, нарастанием инвалидизации. Конец XX — начало XXI века характеризуются внедрением в работу медицинских учреждений современных высокотехнологичных видов медицинской помощи, которые призваны решать проблемы здоровья населения, воздействуя на демографические процессы. Но в сложных экономических условиях развитие современных высоких технологий возможно только в многопрофильных стационарах, где концентрируется лучшая диагностическая база и кадровый потенциал. Все это определяет приоритеты в развитии педиатрической стационарной помощи, особенно специализированной, и требует ее совершенствования.

Длительный экстенсивный путь развития здравоохранения на фоне недостаточного финансирования и ресурсного обеспечения привел к несоответствию структуры и мощности лечебно-профилактических учреждений потребностям населения в качественной медицинской помощи. Существующие в большом количестве маломощные стационары (участковые, районные и городские больницы с дублирующими профилями коек), в которых отсутствует необходимая ресурсная база, практически исчерпали себя как этап больничной помощи и не в состоянии на современном уровне обеспечить населению качественную медицинскую помощь.

Традиционная детская больница, созданная по модели 50–60-х годов XX века, имеет мало перспектив для развития. В ней невозможно внедрять современные дорогостоящие диагностические технологии. Типовые штатные нормативы, утвержденные в 1979 г., значительно устарели. В детских больницах не предусмотрены условия для матерей, госпитализируемых для ухода за больными детьми. Без принятия специальных нормативных документов невозможно развивать в детской больнице стационарозамещающие

технологии (в частности, открывать койки дневного или прерывистого пребывания), создавать консультативно-диагностические службы амбулаторного типа, организовывать выездные подразделения для работы стационаров на дому, развивать платные услуги тем семьям, которые готовы обеспечить медицинскую помощь своим детям по системе добровольного медицинского страхования или за счет личных средств.

Следует учитывать и то обстоятельство, что при хроническом дефиците средств в России сформировалась затратная, неадекватная система финансирования здравоохранения на койки, приводящая к нерациональному расходованию бюджетных ресурсов. Государство вынуждено содержать нерентабельные, длительно пустующие больницы, равномерно деля средства между всеми лечебно-профилактическими учреждениями, оплачивать необоснованные госпитализации (на долю которых приходится более 30%) и неоправданно большие сроки пребывания больных на койке. При такой системе интенсивно работающие учреждения оказываются в состоянии резкого недофинансирования, особенно по статье «медикаменты и расходные материалы».

Внедрение современных лечебных и диагностических технологий при существующей финансовой системе невыгодно, так как это влечет за собой сокращение сроков лечения, а следовательно, учреждение недополучит финансовые средства.

Система обязательного медицинского страхования еще более усугубляет положение, финансируя учреждения по медико-экономическим стандартам (МЭСам или КСГ), в которых формализованы не качество, а максимальная длительность лечения нозологии и возможный объем исследований исключительно для расчета стоимости лечения. Страховые компании вынуждают медицинские учреждения строго выполнять эти МЭСы, прибегая к штрафным санкциям. В результате врачам приходится держать больных столько дней, сколько прописано в МЭСах, и выполнять анализы, если даже больному это не нужно.

Ни одно государство в мире не может считать достаточным свое финансирование. Реформирование в экономически развитых странах направлено на поиск оптимальных путей сдерживания стоимости медицинской помощи, обеспечения медико-социальной защищенности бедных слоев населения, полного удовлетворения всего населения в услугах здравоохранения, обеспечения должного уровня качества жизни и соблюдения прав человека. Специализированные службы, оборудование и больные максимально концентрируются в крупных центрах. К данному решению их привело желание освободиться от необоснованных затрат на содержание мелких больниц и более эффективно использовать ресурсы здравоохранения [7, 10, 11].

Весь мир разрабатывает меры, способствующие интенсификации и качеству медицинской помощи, беря за основу такие показатели, как «сокращение сроков госпитализации», «уровень госпитализации»,

«количество пролеченных больных» [3]. Вместе с тем в России эффективность и интенсивность деятельности стационаров продолжают оценивать по количеству дней работы койки в году, а работу учреждения на год планируют исходя из койкодней.

Административные методы управления здравоохранением, повременная уравнительная система оплаты способствуют тому, что медицинские работники потеряли мотивацию высококачественного, эффективного труда и своего профессионального роста, так как их труд оплачивался государством вне зависимости от объема, качества и эффективности. Кроме того, данная система является частью «теневой экономики», которая сегодня несет столько негатива, что, даже заплатив деньги, пациент не застрахован от некачественной медицинской помощи [5]. Низкая зарплата провоцирует медицинских работников на получение материального вознаграждения от пациентов. Назрела необходимость в создании механизмов, связывающих качество работы медицинского персонала с прямой заинтересованностью исполнителей, так как многочисленные исследования свидетельствуют, что материальное стимулирование напрямую воздействует на качество работы [6, 8].

Современные условия характеризуются возрастанием познаний населения в области здравоохранения и спросом на качественную и доступную медицинскую помощь. В то же время проводимые исследования показывают недостаточность знаний медицинских работников в области биомедицинской этики и права. Все это требует совершенствования этического-правового регулирования работы детских стационаров и системного подхода к организации непрерывного улучшения ее качества [1].

В последние двадцать лет в организации здравоохранения во всем мире происходит резкое усиление понимания необходимости системного подхода к обеспечению населения высококвалифицированной медицинской помощью, определяемой с помощью критериев эффективности, приемлемой с экономической и социальной точек зрения. Это означает конкретный выбор приоритетов среди видов медицинской деятельности с обязательным обеспечением «набора» определенных услуг для всех групп населения, обеспечение ресурсов, финансирование и руководство [2, 9, 12].

При дефицитном финансировании отечественного здравоохранения трудно требовать качественного оказания медицинской помощи. Однако даже в создавшихся условиях хорошо организованная система управления позволяет снизить количество врачебных ошибок, более эффективно расходовать финансовые ресурсы, интенсифицировать лечебно-диагностический процесс, внедрять новые технологии, повышать удовлетворенность населения медицинским обслуживанием. Создание современной технологии управления больницей, гарантирующей высокое качество медицинской помощи и безопасность пациентов, является неотложной и актуальной проблемой [1, 4].

Основой системы оказания стационарной помощи детям должны стать крупные больничные комплексы, в которых концентрируются специализированные виды помощи и новые медицинские технологии. На современном этапе развития стационарной помощи необходимы региональный подход построения сети больничных учреждений, совершенствование организационно-экономических рычагов управления, создание экономических механизмов, обеспечивающих эффективное функционирование и развитие системы медицинского обслуживания населения.

Реорганизация и развитие специализированной, высококвалифицированной стационарной помощи детям должны основываться на следующих положениях.

Первое. Сложная экономическая ситуация, хроническое недофинансирование здравоохранения, особенно службы детства, диктуют необходимость поиска экономически выгодных путей развития и управления детской стационарной помощью. Без изменения системы планирования и финансирования детской специализированной стационарной службы качественный прорыв здесь невозможен.

Второе. Сформировавшиеся за последнее время негативные тенденции в состоянии здоровья детей (увеличение числа маловесных, глубоко недоношенных детей, рост врожденных аномалий и пороков развития, «омоложение» хронизации патологии и т.п.) должны определять приоритеты в развитии педиатрической специализированной помощи.

Третье. Конец XX — начало XXI века — это эра принципиально новых технологий диагностики и лечения. Следовательно, важнейшая задача реформирования — внедрение современных технологий.

Четвертое. Развитие специализированной медицинской помощи должно базироваться на единстве клинической науки и практики.

Пятое. Планирование и развитие специализированной стационарной помощи детям должно проходить с учетом статистического, социально-гигиенического мониторинга состояния детского населения и многомерного анализа качества медицинской помощи.

Шестое. Необходимо целенаправленно внедрять и требовать выполнения стандартов качества оказания медицинской помощи детям.

Седьмое. Наряду с профессиональными знаниями необходимо повышать этическое-правовую культуру медперсонала, что является единственно эффективным путем его защиты от судебных исков в эпоху внедрения современных технологий и все возрастающей роли прав пациента.

Восьмое. Необходимо повышать роль федеральных центров в разработке, внедрении по России стандартов в оказании медицинской помощи (в т.ч. высокотехнологичной) и обучении педиатров современным технологиям диагностики и лечения детей.

Исходя из вышеизложенного основными направлениями совершенствования стационарной помощи детям в России должны стать следующие:

1. Внедрение экономически эффективных медицинских и управленческих технологий, в т.ч. стационарозамещающих;
2. Оптимальная организация оказания неотложной, хирургической и реанимационной помощи детям;
3. Максимальная концентрация дорогостоящего высокоточного оборудования и высокоспециализированных служб в пределах многопрофильного областного (республиканского) стационара;
5. Интенсификация медицинского процесса;
6. Этико-правовое регулирование деятельности стационаров;
7. Управление качеством медицинской помощи на всех этапах;
8. Разработка современных подходов к финансированию медицинских учреждений и расчету штатного состава медицинского персонала исходя из численности больных;
9. Обеспечение современных компьютерных технологий.

Эти направления должны стать на ближайшие годы основополагающими в оптимизации госпитальной помощи детям России. Осуществление и внедрение их в практику детских стационаров позволит управлять показателями здоровья детского населения страны, обеспечить медицинскую, социальную и экономическую эффективность работы стационарной службы.

Литература

1. Валиуллина С.А. Пути оптимизации стационарной медицинской помощи детскому населению региона (по материалам Республики Татарстан) : автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. — М., — 2004.
2. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2000 г. // Всемирная организация здравоохранения. Пятнадцать третья сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения. Пункт 3 предварительной повестки дня. Послание генерального директора. 29.03.2000 г.
3. Здоровье-21. Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ // Европей-

ская серия по достижению здоровья для всех. ВОЗ. — Копенгаген, 2001. — № 6.

4. Карпухин Е.В., Валиуллина С.А. // Российский вестник перинатологии и педиатрии. — 2002. — Т. 47, № 1. — С. 56-57.
5. Кучеренко В.З., Яковлев Е.П., Кудрявцев Ю.Н., Трофимов А.С. // Проблемы управления здравоохранением. — 2003. — № 1. — С. 13-17.
6. Савельева Е.Н. // Российский медицинский журнал. — 2003. — № 3. — С. 8-11.
7. Салтман Р.Б. Фигейрас Дж. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий. — М., 2000.
8. The European Foundation for Quality Management // EQM. — Brussels. — 1999.
9. Institute of Medicine (US). Crossing the Quality Chasm: a new Health System for the 21st century. — Washington : National Academy Press, 2001.
10. Plomp H.N., Van der Wal G., Weel A.N. // Ned. Tijdschr. Geneesk. — 1999. — Vol. 143, No. 26. — P. 1369-1373.
11. Rodriguez R., Frohlich K.L. // Can. J. Public Health. — 1999. — Vol. 90, No. 1. — P. 41-44.
12. Saltman R.B. // Eur. J. Public Health. — 1994. — Vol. 4, No. 2. — P. 287-293.

Поступила в редакцию 27.05.05.

BASIC DIRECTIONS IN IMPROVEMENT OF HOSPITAL STAGE OF PEDIATRIC HELP

S.A. Valiullina, N.N. Vaganov, E.V. Karpuhin
Scientific Center of Children's Health of RAMS, Russian Children's Hospital (Moscow), Children's Republic Hospital of Tatarstan (Kazan)

Summary — Problems of the hospital stage were especially enlightened in domestic public health services in last decade. Economic instability is combined with rapid development of modern technologies, change of paternalism models of public health services by joint model, increase of requirement of the population in accessible and qualitative medical help. At the same time, old approaches of normalization and financing of hospital stage service interfere with future development, the intensification of medical process, introduction of modern technologies. In the article the basic ways of optimization of the hospital help are submitted to the children's population.

Pacific Medical Journal, 2005, No. 3, p. 5-7.

УДК 616.24-008.41-07-053.2

С.Ю. Терещенко

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ ПРИЧИН ДЛИТЕЛЬНОГО КАШЛЯ У ДЕТЕЙ

НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН (г. Красноярск),
Красноярская государственная медицинская академия

Ключевые слова: хронический кашель, диагностика, лечение.

Жалобы на кашель у ребенка являются, пожалуй, одной из самых распространенных причин обращения

родителей к врачу-педиатру, да и для взрослых пациентов такой повод обращения к врачу стоит на одном из первых мест [2]. Наиболее частой причиной кашля у детей является острая вирусная инфекция дыхательных путей, однако чрезвычайно важно своевременное выделение среди общего потока пациентов для углубленного диагностического поиска более редких причин кашля, особенно длительного, связанного с дополнительной клинической симптоматикой. При этом чем младше пациент с симптоматикой длительного кашля, тем более настойчиво необходимо искать лежащие в его основе причины, поскольку только адекватный, нозологически ориентированный подход позволяет в этом случае вовремя диагностировать многие заболевания и обеспечить необходимое лечение.

Более 20 лет назад R.S. Irwin et al. [13] был впервые предложен диагностический протокол для хронического кашля (ХК) с использованием «анатомического подхода». Несмотря на появление многочисленных новых данных, касающихся патофизиологии длительного кашля, изменения подходов к терапии многих заболеваний, лежащих в его основе, внедрения в клиническую практику новых методов диагностики, подход R.S. Irwin et al. не потерял своей актуальности. Он лежит в основе существующих лечебно-диагностических алгоритмов, в том числе консенсуса АССР (American College of Chest Physicians) [12] и недавно сформированного протокола, разработанного специальной рабочей группой ERS (European Respiratory Society) под руководством А.Н. Морисе [19]. Опубликованное АССР руководство по ведению больных с кашлем выгодно отличается от предыдущих четким, структурированным подходом с использованием градаций доказательной медицины (evidence based medicine).

Лежащий в основе современных рекомендаций протокол R.S. Irwin et al. [13] постулирует, что большинство случаев хронического кашля у иммунокомпетентных некурящих пациентов обусловлено нозологической триадой – бронхиальной астмой (БА), риносинуситом и гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) в виде изолированных заболеваний или их сочетаний. Необходимо подчеркнуть, что существующие рекомендации в большинстве своем базируются на мнении экспертов и не подтверждены рандомизированными плацебоконтролируемыми исследованиями. Тем не менее многочисленные сообщения о клинической эффективности описанного R.S. Irwin et al. алгоритма с учетом современных подходов к диагностике и лечению позволяют считать «анатомически» ориентированный протокол проверенным временем и клинической практикой. Как справедливо отмечали А.Н. Морисе et al. [20], у большинства (около 90%) пациентов с хроническим кашлем с помощью адекватного обследования и лечения на основе эмпирически ориентированной стратегии *treat sequentially* удастся добиться значительного улучшения или полного избавления от кашля.

Необходимо отметить, что, хотя алгоритм R.S. Irwin et al. и указанные согласительные документы посвящены общим проблемам ХК во взрослой популяции, в клинических рекомендациях как АССР, так и ERS имеются разделы, освещающие проблему ХК у детей, а в состав рабочих групп входят педиатры. Кроме того, известные этиологические и потенциально курабельные причины ХК у взрослых и детей, особенно старшего возраста и подростков, во многом идентичны, и, следовательно, педиатрам необходимо иметь общее представление о принципиальных подходах к их диагностике и лечению. При этом в детской популяции имеются существенные особенности как общего спектра причин ХК, так и предложенных для клинической практики диагностических и лечебных программ [8, 12, 19].

В настоящем сообщении суммированы основные данные о существующих к настоящему времени лечебно-диагностических подходах, касающихся ХК у взрослых и детей на основании опубликованных согласительных документов ERS [19], АССР [12], обзоров и оригинальных исследований ведущих экспертов в этой области [7, 12, 14, 16, 19, 21].

В соответствии с рекомендациями ERS и АССР под хроническим кашлем у взрослых пациентов следует понимать кашель длительностью более 8 недель. Установление точного временного интервала длительности кашля совершенно необходимо, поскольку значимо свидетельствует о вероятной этиологии данного симптома. В настоящее время кашель общей длительностью менее 3 недель принято называть острым, а длительностью от 3 до 8 недель – подострым [14].

Для детей принят меньший порог длительности для ХК – 4 недели. Причем если в рекомендациях ERS нет отдельного указания на различия во временном интервале ХК для детей и взрослых, то в рекомендациях АССР указанный порог (более 4 недель) предлагается использовать для детей до 14 лет включительно. Дети старше 14 лет должны лечиться по «взрослым» протоколам.

АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ, КЛИНИЧЕСКИЕ И ПАРАКЛИНИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ, ЗНАЧИМО ВЛИЯЮЩИЕ НА ВЫБОР ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ

Среди анамнестических данных, подлежащих обязательному выяснению у пациентов с ХК, ведущая роль отводится выявлению факта воздействия сигаретного дыма и других раздражителей и использования ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента. Кроме того, при расспросе необходимо целенаправленно искать признаки, которые могут свидетельствовать о наличии заболевания, лежащего в основе формирования ХК: симптомы хронического бронхита, БА, синдрома постназального стекания (СПНС), ГЭРБ, туберкулеза, болезней сердца и т.д. Наиболее важными клиническими характеристиками кашля, значимо отражающими его наиболее вероятную этиологию и, соответственно, объем диагностических и лечебных мероприятий, являются его длительность и продуктивность (наличие или отсутствие и характер мокроты) [9, 11, 22].

Обязательными параклиническими тестами у большинства взрослых пациентов с ХК, согласно позиции ERS и АССР, являются рентгенография грудной клетки, спирография и мониторинг пиковой скорости выдоха.

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ

После того как врачом был установлен сам факт наличия ХК, соответственно принятому временному интервалу, ведение больных должно осуществляться с использованием четко структурированных лечебно-диагностических подходов. Всем больным показаны

тщательный сбор анамнестических данных и физикальное обследование. Если выявлены факт курения (или воздействия других раздражителей) и/или приема ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента, необходимо устранить эти факторы, имея в виду, что эффект элиминации здесь отсрочен и отчетливое улучшение часто следует ждать не ранее чем через 1 месяц (для приема ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента до 3 месяцев, согласно рекомендациям ERS). Необходимо помнить и о других лекарственно-индуцированных формах ХК, вызванных, например, нитрофурановыми препаратами или масляными растворами для назальных инстилляций. В качестве обязательных больным с ХК рекомендуется рентгенография грудной клетки и исследование функции внешнего дыхания (спирометрия с тестами на обратимость обструкции и мониторинг пиковой скорости выдоха). Если с помощью указанных выше диагностических мероприятий удастся найти этиологическую причину ХК, то дальнейшее ведение больных должно осуществляться с использованием соответствующих клинических рекомендаций для диагностированного заболевания.

Подход к больным с отсутствием диагностированного с помощью описанных выше рутинных клинических и параклинических тестов явного легочного или иного заболевания, могущего лежать в основе ХК, представляет собой сложную клиническую проблему. В соответствии с позицией ERS, в этой клинической ситуации возможно использование двух стратегий диагностического поиска. Первой является стратегия *test all, then treat* — использование всего диагностического арсенала для выявления одной или нескольких этиологических причин ХК, с последующим целенаправленным лечением. Такой подход, являясь более дорогостоящим, обуславливает более короткие сроки терапии, приводящей к положительному результату. Второй стратегией является подход *treating sequentially* — последовательное назначение эмпирической терапии наиболее частых нозологических единиц, лежащих в основе ХК, соответствующее известному принципу клинической медицины «терапия *ex juvantibus*» [17].

КРАТКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТРЕХ СОСТАВЛЯЮЩИХ ОСНОВНОЙ НОЗОЛОГИЧЕСКОЙ ТРИАДЫ ХРОНИЧЕСКОГО КАШЛЯ

Как указывалось выше, БА, СПНС и ГЭРБ у некурящих, не принимающих ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента пациентов с ХК являются доминирующими причинами кашля в совокупности не менее чем у 95% этой категории больных. Однако следует отметить, что диагностика иногда осложняется тем обстоятельством, что достаточно часто ХК может быть мультифакториальным состоянием и выявить вклад каждого компонента бывает затруднительно. Например, многие пациенты с БА страдают также ринитом и, соответственно, имеют СПНС. Ситуацию осложняет возможное наложение

и других причин ХК, например, хронического бронхита вследствие курения, многочисленных профессиональных заболеваний респираторного тракта и др. [5]. В ситуации диагностической неопределенности клиницисту крайне необходимо знать ключевые положения, касающиеся чистых, изолированных причин ХК и использовать в клинической практике четко структурированные диагностические алгоритмы, основанные на хорошо спланированных научных исследованиях. Только такой подход, на наш взгляд, может оказаться терапевтически успешным и принести реальную пользу больному.

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА И ЭОЗИНОФИЛЬНЫЙ БРОНХИТ

Многочисленными исследованиями показано, что БА является ведущей (24–29%) причиной ХК у некурящих пациентов. Обычно кашель у больных БА ассоциируется с типичными проявлениями болезни: периодически возникающими одышкой и/или свистящими хрипами, однако у части пациентов изолированный кашель является единственным или доминирующим симптомом. Еще в 1972 году F.L. Glauser [10] предложил такой клинический вариант заболевания называть кашлевой БА. Термин прижился и в настоящее время используется многими клиницистами. Характерными особенностями ХК, связанного с кашлевой БА, являются связь кашля с физической нагрузкой, холодным воздухом, раздражителями, его ночной характер [18, 23]. Триггерами могут выступать контакт с аллергенами и респираторные инфекции.

Поскольку у больных кашлевой БА результаты физикального обследования и рутинных диагностических тестов, включая спирографию, являются нормальными, выявление и ведение таких больных зачастую представляет собой сложную клиническую проблему. Исследование гиперреактивности бронхов в тесте с метахолином или гистамином, обладая практически 100% чувствительностью, позволяет уверенно снять диагноз БА, но, к сожалению, в связи с низкой специфичностью не позволяет подтвердить диагноз. Некоторую помощь может оказать выявление эозинофилии индуцированной мокроты. Практически единственным тестом у таких больных с приемлемой специфичностью является положительный ответ на пробную противоастматическую терапию. Обычно пациенты отвечают на терапию ингаляционными кортикостероидами и/или ингаляционными бронходилататорами в течение 1 недели, однако некоторым из них требуется до 8 недель комбинированной (ингаляционный кортикостероид и бронходилататор) терапии. Важно заметить, что сами по себе ингаляционные препараты у некоторых лиц могут провоцировать кашель, что иногда требует пробной 1-недельной терапии пероральными стероидами (40 мг преднизолона на 4 приема в сутки). Недавно показана эффективность 14-дневной терапии зафирлукастом у больных с ХК, обусловленным кашлевой БА, в том числе не отвечающих на терапию

ингаляционными кортикостероидами, что нашло свое отражение в протоколе ERS.

В последнее время в качестве отдельной нозологической единицы, по некоторым данным лежащей в основе ХК у 13% пациентов, направленных в специализированные центры по поводу ХК, выделяется эозинофильный бронхит. Это заболевание возможно диагностировать у больных ХК с нормальными результатами спирографических тестов (в том числе мониторинг пиковой скорости выдоха и, что особенно важно, тестов на гиперреактивность бронхов), но с высокой эозинофилией индуцированной мокроты. Считается, что большинство пациентов с эозинофильным бронхитом положительно отвечают на терапию ингаляционными кортикостероидами.

РИНИТ, СИСУИТ И СИНДРОМ ПОСТНАЗАЛЬНОГО СТЕКАНИЯ

Транспорт секрета от носовых раковин к глотке является физиологическим и наблюдается у всех детей в норме. Однако различные патологические процессы в носоглотке, прежде всего ринит и синусит, могут приводить к избыточному раздражению стекающей слизью глоточных рецепторов и формированию ХК [1]. В то же время у многих пациентов с патологией синусов и объективно зарегистрированным избыточным стеканием слизи кашель отсутствует, а сам по себе риносинусит без СПНС и БА может сопровождаться кашлем. Положение осложняет частое сочетание хронического ринита или риносинусита с БА. Таким образом, хронический ринит/риносинусит с наличием СПНС или без него может быть причиной ХК или быть маркером сопутствующей БА, вызывающей кашель.

В последнем руководящем документе АССР предлагается заменить термин СПНС—PNDS (postnasal drip syndrome) термином UACS (upper airway cough syndrome), поскольку возможны и другие, не связанные со стеканием слизи, причины кашля у больных с патологией верхних дыхательных путей. Насколько приживется такая терминологическая замена, покажет ближайшее будущее.

Симптомами, позволяющими заподозрить наличие СПНС, являются: субъективное чувство стекания секрета по задней стенке глотки, частая потребность «очистить горло», щекотание, першение в горле, появление кашля во время разговора, заложенность и выделения из носа. Уже при обычном осмотре ротоглотки можно увидеть стекающую по задней стенке глотки слизь, гипертрофию задней стенки по типу «булыжной мостовой», хотя эти симптомы не являются достаточно специфичными.

Основными причинами СПНС, который следует рассматривать именно как синдром, а не нозологическую форму, являются хронический ринит (аллергический, вазомоторный и медикаментозный), носовые полипы, хронический синусит. Для верификации этих заболеваний пациентам с соответствующими симптомами показано полноценное ЛОР-обсле-

дование и в некоторых случаях визуализация придаточных пазух носа: рентгенография либо компьютерная томография. Однако, как и в случае ХК, ассоциированного с ГЭРБ, лучшим тестом считается положительный ответ на пробную терапию, на которую, кстати, могут отвечать и пациенты, совершенно не имеющие характерных симптомов СПНС.

Препаратами выбора для эмпирической терапии в этой клинической ситуации являются антигистаминные средства 1-й генерации и оральные деконгестанты. Ответ на терапию в отношении ХК следует ожидать в пределах 1–2 недель от начала лечения. В случае наличия данных за аллергическую природу хронического ринита препаратами выбора являются ингаляционные стероиды или кромоны. В некоторых случаях эффективным может быть использование ипратропиума бромидом [15, 17]. При выявлении хронического синусита лечение проводится ЛОР-врачом в соответствии с имеющимися клиническими рекомендациями.

ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНЫЙ РЕФЛЮКС И ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ

Кашель, связанный с гастроэзофагеальным рефлюксом, может быть обусловлен вагусным рефлексом, моторной дисфункцией и/или микро- и макроаспирацией желудочного содержимого. Необходимо помнить, что рефлюкс может играть важную патогенетическую роль при некоторых заболеваниях, сопровождающихся кашлем: хроническом бронхите, БА, легочном фиброзе, аспирационном синдроме, включая легочные абсцессы. Но чаще все-таки единственным респираторным проявлением гастроэзофагеального рефлюкса является ХК. Причем кашель может быть вообще единственным симптомом ГЭРБ (50–75% пациентов), но иногда при тщательном расспросе удается выявить некоторые характерные признаки: изжогу, отрыжку, боли по ходу пищевода и в эпигастрии, могут быть также дисфония, признаки фарингита и ощущение «комка в горле». Характерными особенностями ХК, ассоциированного с гастроэзофагеальным рефлюксом, являются связь кашля с приемом определенных продуктов, появление при переходе из горизонтального состояния в вертикальное (часто утром, после пробуждения) и его отсутствие или минимальное проявление в ночное время.

Золотым стандартом объективной диагностики гастроэзофагеального рефлюкса являются суточный мониторинг pH и манометрия пищевода, оптимально — с регистрацией временной связи между рефлюксом и эпизодами кашля. Однако эти тесты считаются не очень надежными в своей способности предсказать эффект от антирефлюксной терапии. Вследствие этого в ситуации, когда связь ХК с рефлюксом высоковавероятна, эксперты ERS считают вполне приемлемым проведение эмпирической терапии, эффект от которой является наиболее веским доводом в пользу причинно-следственной связи этих состояний [17].