

Меновщикова Л.Б., Николаев С.Н., Коварский С.Л., Скляр Т.А., Соттаева З.З.

ПЕРИОДИЧЕСКАЯ КАТЕТРИЗАЦИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ МИЕЛОДИСПЛАЗИИ

РНМУ им.Н.И. Пирогова, ДГКБ №13 им.Н.Ф. Филатова, г. Москва

Menovschikova L.B., Nikolaev S.N., Kovarskiy S.L., Sklyarov T.A., Sottaeva Z.Z.

INTERMITTENT BLADDER CATHETERIZATION IN THE REHABILITATION OF CHILDREN WITH MYELODYSPLASIA SYNDROME

The Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow; City Children's Hospital named after N.F. Filatov, Moscow

Резюме

Периодическая катетризация у детей с синдромом миелодисплазии предполагает неоднократное в течение суток опорожнение мочевого пузыря через равные промежутки времени при помощи уретрального катетера. Такая процедура на фоне сохранной (или восстановленной) резервуарной функции мочевого пузыря не только заменяет его эвакуаторную функцию, снижает частоту лейкоцитурии и бактериурии, но и способствует выработке условного рефлекса на мочеиспускание. Адекватное обеспечение эвакуаторной функции мочевого пузыря, купирование инфекционных осложнений, восстановление уродинамики верхних мочевых путей делают интермиттирующую катетризацию наиболее оптимальным способом реабилитации.

Ключевые слова: миелодисплазия, мочевой пузырь, эвакуаторная дисфункция, катетризация

Abstract

Intermittent catheterization in children with myelodysplasia syndrome involves repeated draining the bladder at the regular intervals during the day using a urethral catheter. Such a procedure against the background of preserved (or restored) reservoir bladder function not only replaces the evacuation function, but also reduces the frequency of leukocyturia and bacteriuria and contributes to the development of a conditioned reflex of urinating. Adequate supply of evacuating function of the bladder, an abort of infectious complications, restoration of urodynamics of the upper urinary tract make the intermittent catheterization the most optimal way of rehabilitation.

Key words: myelodysplasia, bladder evacuation dysfunction, catheterization

Введение. Лечение пациентов с синдромом миелодисплазии представляет сложную задачу. Особенно важным с первых дней жизни ребенка является восстановление нарушенной функции мочевого пузыря, как правило, сопровождающейся инфекционными осложнениями, формированием пузырно-зависимых форм мегауретера и пузырно-мочеточникового рефлюкса с исходом в хроническую болезнь почек и хроническую почечную недостаточность, приводящую к гибели пациента [1, 2, 3, 4].

В реабилитационной программе выбор адекватных способов восстановления резервуарной и эвакуаторной функции мочевого пузыря занимает ключевое место и позволяет улучшить качество жизни пациентов. Благодаря достижениям совре-

менной фармакотерапии и способам временной химической денервации (включая внутридетрузорные инъекции ботулинического токсина типа А) в большинстве случаев емкость мочевого пузыря удается восстановить (в ряде случаев даже прибегая к помощи операций его аугментации) [5, 6, 7]. Но выбор адекватного способа опорожнения мочевого пузыря является очень трудной задачей, хотя катетризация мочевого пузыря при нарушении его эвакуаторной функции является одной из наиболее часто применяемых в урологии манипуляций [5, 7].

Несмотря на наличие большого количества вариантов опорожнения мочевого пузыря, в детской практике нет единой точки зрения на выбор оптимального способа опорожнения. Использо-

ние методов ассистируемого опорожнения (приемы Креде и Вальсальве) ограничено высоким риском осложнений со стороны верхних мочевых путей и инфекционными осложнениями, поэтому в педиатрической практике они не рекомендованы для клинического применения [8, 9]. Применение постоянного дренирования мочевого пузыря с помощью уретрального катетера или цистостомического дренажа всегда сопряжено с присоединением катетер-ассоциированных инфекций [10, 11, 12].

Антибактериальное лечение подобных состояний сопряжено с большими трудностями, так как формирование биопленок затрудняет доступ антибактериального препарата к возбудителю [13–15]. Нельзя также забывать, что наличие постоянного дренажа приводит к нарушению процесса формирования как резервуарной, так и эвакуаторной функции мочевого пузыря, что на фоне тяжелых нейрогенных нарушений еще больше усугубляет состояние больного. Кроме того, социальная дезадаптация ребенка с постоянным дренажем, особенно если он «колясочник», ухудшает качество его жизни и не может не привлекать внимания врачей. Перечисленные проблемы ограничивают применение этих лечебных процедур в детском возрасте.

В последние десятилетия настоящий переворот в вопросе реабилитации больных с нейрогенными причинами нарушения функции опорожнения мочевого пузыря произвела методика периодической катетризации (ПК), предложенная в 1972 г. J.Lapides [16]. ПК мочевого пузыря (степень рекомендации – А) предполагает неоднократное в течение суток опорожнение мочевого пузыря через равные промежутки времени при помощи уретрального катетера. Такая процедура на фоне сохранной (или восстановленной) резервуарной функции мочевого пузыря не только заменяет его эвакуаторную функцию, снижает частоту лейкоцитурии и бактериурии, но и способствует выработке условного рефлекса на мочеиспускание [1, 7, 17]. Кроме того, раннее начало катетризации облегчает процедуру освоения ПК родителями и легче переносится детьми по мере их взросления [18, 19].

Из существующих методов ПК – стерильная, асептическая, чистая – в педиатрической практике чаще используется последняя, поскольку может проводиться в нестерильном помещении, с использованием перчаток или чистыми руками и с помощью стерильных одноразовых катетеров.

Вопрос выбора катетера с позиции наибольшей эффективности процедуры и уменьшения риска возможных осложнений продолжает обсуждаться, и консенсус еще не достигнут [20, 21]. Однако согласно исследованиям, основанным на принципах доказательной медицины, предпочтение следует отдавать лубрицированным катетерам (катетерам с покрытием) [22, 23, 24, 25].

С целью устранения перечисленных неточностей, основываясь на нашем опыте лечения 184 больных в возрасте от 2 месяцев до 17 лет с синдромом миелодисплазии, мы позволили себе внести некоторую ясность в решение этого вопроса.

Цель работы: оценить эффективность интермитирующей катетризации мочевого пузыря с применением лубрицированных катетеров при лечении детей с нарушением эвакуаторной функции мочевого пузыря на фоне миелодисплазии.

Материалы и методы. В основу работы положены результаты обследования и лечения 184 больных в возрасте от 2 месяцев до 17 лет (средний возраст $5 \pm 1,7$ лет), находившихся в отделении урологии и Урологическом центре ДГКБ им. Н.Ф.Филатова (клиническая база кафедры детской хирургии РНИМУ им. Н.И.Пирогова) в период с 2006 по 2015 г. Всем детям в период новорожденности было выполнено иссечение спино-мозговой грыжи. У мальчиков заболевание встречалось чаще, чем у девочек (118 мальчиков и 82 девочки). Следует отметить значительное превалирование спинномозговых грыж в каудальных отделах позвоночника – 73% (поясничный, пояснично-крестцовый, крестцовый).

Всем больным при поступлении, после анализа анамнестических данных, проводили комплексное клиничко-лабораторное (анализы мочи, посевы мочи на стерильность и чувствительность к антибиотикам, клинический анализ крови) и инструментальное обследование. Для оценки мочевых путей использовались: ультразвуковое исследование (УЗИ) почек и мочевого пузыря, цветное доплеровское картирование (ЦДК) для оценки внутривисцерального кровотока, рентгенологические и радиоизотопные методы исследования (статическая ренография). Резервуарная функция мочевого пузыря регистрировалась на основании данных дневника спонтанных мочеиспусканий в течение 2 суток (при наличии фазы эвакуации мочи), а у детей первых лет жизни – в течение 4 часов с помощью мочеприемника и на протяжении трех дней. Эвакуаторная

функция оценивалась по характеру струи (у детей после 4 лет с помощью урофлоуметрии) с обязательным трехкратным определением количества остаточной мочи с помощью ультразвукового метода. Ретроградная цистометрия (в том числе с нагрузочными фармакопробами), профилометрия уретры проводилась всем детям, а урофлоуметрия в сочетании с ЭМГ мышц промежности – только при сохранности самостоятельного мочеиспускания и у детей не моложе 4 лет.

Согласно международному протоколу реабилитации детей с синдромом миелодисплазии [1, 5, 6] мы начинали лечение с комплексного восстановления резервуарной функции мочевого пузыря, затем, через 10–14 дней, переводя пациентов на периодическую катетризацию. При исходно сохранной резервуарной функции периодическую катетризацию начинали сразу по установлению диагноза. В результате применения антихолинолитиков, физиолечения, а в терапевтически устойчивых случаях внутридурального введения ботулинического токсина типа А, нам удалось у 83 (45%) детей добиться улучшения резервуарной и адаптационной функции детрузора, у 69 (38%) она исходно была сохранной, у 32 пациентов (17%) сохранялись симптомы выраженной сфинктерной и резервуарной недостаточности, и эти дети были исключены из исследования.

Таким образом, технологию ПК мы использовали у 147 детей: 95 мальчиков и 52 девочек в возрасте от 3 месяцев до 17 лет и только после получения информированного согласия родителей или официальных представителей пациента (у 5 детей родители отказались от ПК).

Результаты и обсуждение. Из 147 пациентов, которым проводилась периодическая катетризация, 26 исходно находились на других способах опорожнения мочевого пузыря: 20 детей – на постоянном уретральном катетере, 5 пациентов являлись носителями цистостомы и одному пациенту мать в течение 9 лет (!) опорожняла мочевой пузырь с помощью приема Креде. Эти пациенты составили первую группу. Во вторую группу вошел 121 больной. У пациентов этой группы опорожнение мочевого пузыря исходно начиналось с помощью ПК (89 пациентам стерильными одноразовыми катетерами, в качестве лубриканта использовалось стерильное вазелиновое масло). С 2013 г. ПК проводилась с помощью лубрицированных катетеров EasiCath® (Coloplast, Дания), которыми бесплатно

обеспечиваются дети-инвалиды по линии социальной защиты – 32 пациента. Катетеры EasiCath® изготовлены из поливинилхлорида и покрыты лубрикантом – поливинилпирролидоном, нанесенным на всю длину катетера фабричным способом и фиксированным на нем. Лубрикант активизируется при контакте с водой, разбухает и обеспечивает легкое скольжение по всей уретре, снижая силу трения в 5–10 раз. Порядок получения катетеров представлен в Приложении.

При клинико-лабораторном обследовании у всех пациентов выявлена инфекция мочевых путей (в 2% случаев фебрильная). В посеве мочи на стерильность у пациентов первой группы преобладал рост полирезистентных штаммов (*Klebsiella* spp., *Enterobacter cloacae*, *Serratia marcescens*), что во многом объясняется повторными курсами антибиотикотерапии. Во второй группе бактериурия с преобладанием грамм-отрицательной флоры выявлена у 73 больных (у 42 – *E. coli*, у 18 – *Proteus mirabilis* и у 13 пациентов – *Enterobacter* spp.).

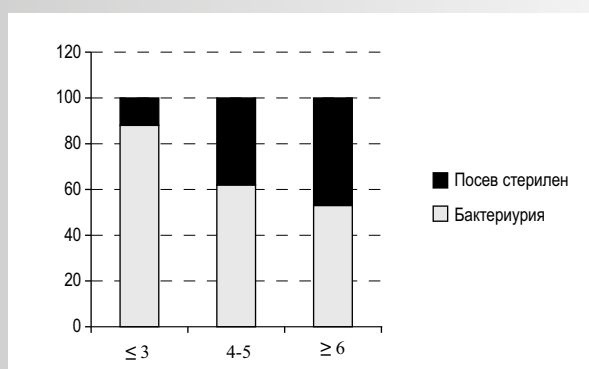
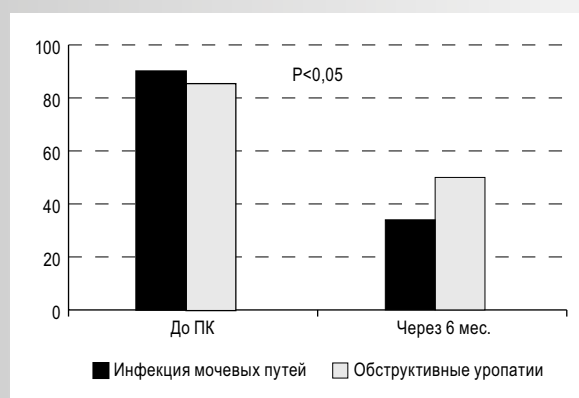
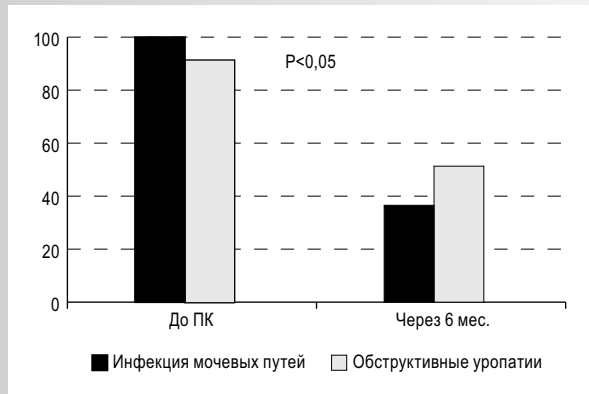
Как показали результаты оценки состояния верхних мочевых путей, в 50% случаев (73 пациента) выявлен ПМР (преобладали больные с ПМР III степени), и в 32% случаев (47 пациентов) – нерезорбирующий мегауретер.

Расстройства функции нижних мочевых путей наблюдались у всех детей.

На основании проведенных исследований, пользуясь классификацией Е.Л. Вишневого (1987 г.), были выделены три основные группы уродинамических нарушений резервуарной функции: арефлекторный неадаптированный мочевой пузырь (АНАМП), арефлекторный адаптированный (ААМП), арефлекторный спастический (АСМП). А по характеру нарушений эвакуаторной фазы выделены три основных типа: I тип – постоянное подтекание мочи небольшими порциями или каплями на фоне отсутствия остаточной мочи – 31 пациент; II тип – порции мочи от 15 до 25% эффективного возрастного объема, «сухие» промежутки от 5–10 до 15–20 мин., объем остаточной мочи до 20–30% – 68 пациентов; III тип мочеиспускания – редкие порции до 30–40% эффективного объема мочевого пузыря на фоне подтекания мочи по каплям, сухие промежутки до 30 мин., остаточная моча в количестве 30–80% – 85 пациентов. Варианты сочетанных нарушений представлены в табл. 1.

Таблица 1. Распределение больных по вариантам нарушения резервуарной и эвакуаторной функции мочевого пузыря (n=147)

Сочетание нарушений резервуарной и эвакуаторной функции	Пациенты первой группы n=26	Пациенты второй группы n=121
АНАМП + II тип эвакуаторных нарушений	5	42
ААМП + III тип эвакуаторных нарушений	1	68
АСМП + I тип эвакуаторных нарушений	20	11

**Рис. 1.** Процент стерильных образцов мочи при различных по частоте режимах катетризации мочевого пузыря (n=147)**Рис. 3.** Результаты применения периодической катетризации мочевого пузыря у больных II группы (n=121)**Рис. 2.** Результаты применения периодической катетризации мочевого пузыря у больных I группы (n=26)

Частота периодической катетризации подбиралась индивидуально и режим зависел от исходной емкости мочевого пузыря. К сожалению, только у больных с ААМП практически сразу удалось подобрать временные промежутки, опираясь на возрастную функциональную емкость. У детей с АНАМП и вторым типом эвакуаторных нарушений ПК начинали с интервалом в 1 час, регистрируя

время «сухих» промежутков и в дальнейшем, подбирая наиболее оптимальный метод восстановления резервуарной функции, переходя на меньшую частоту ПК. Самую сложную группу составили пациенты с АСМП и первым типом эвакуаторных нарушений, у которых для увеличения резервуарной функции приходилось прибегать даже к внутридетрузорному введению ботулинического токсина типа А (20 пациентов первой группы и 4 пациента второй группы). При этом не нужно стремиться к максимальному урежению частоты катетризацій, так как это приводит к увеличению степени (пусть и бессимптомной) бактериурии (см. рис. 1).

Следует отметить, что не всегда удается легко уложить конкретный клинический случай в прокрустово ложе дефиниций, поэтому подбор оптимального режима катетризации представляет собой сложную задачу, однако необходимо придерживаться строгого правила – объем эвакуированной мочи должен соответствовать возрастному эффективно-му объему. При переводе ребенка на ПК мочевого пузыря наличие бессимптомной бактериурии не является показанием к антибактериальной терапии,

так как может приводить к селекции резистентных штаммов микроорганизмов. Обычно при интеркуррентных заболеваниях можно ограничиться применением уросептиков.

Как показывает анализ результатов применения ПК мочевого пузыря, периодическая катетризация позволяет не только купировать инфекционные осложнения, но и разрешить пузырно-зависимые формы обструктивных уропатий (рис. 2, 3).

Наш опыт применения чистой периодической катетризации подтвердил ее эффективность при лечении пациентов с нарушением эвакуаторной функции мочевого пузыря на фоне синдрома миелодисплазии. Адекватное обеспечение эвакуаторной функции мочевого пузыря, купирование инфекци-

онных осложнений, восстановление уродинамики верхних мочевых путей делают периодическую катетризацию наиболее оптимальным способом реабилитации. Кроме того, ПК позволяет сделать незаметной для окружающих существующую проблему, обеспечивает ребенку большую свободу движения и, соответственно, улучшает качество его жизни. Следует отметить, что использование катетеров с фабрично нанесенным лубрикатом – катетеры EasiCath® (Дания) вполне удовлетворяют как пациентов, так и их родителей. На основании Федерального закона от 24.11.1995 г. №181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в РФ» дети-инвалиды получают эти катетеры бесплатно через систему социальной защиты по месту жительства.

Литература

1. *Abrams P., Cardozo L., Fall. et al.* The standardization of terminology of lower urinary tract function: Report from Standardisation Subcommittee of the International Continence Society // *Neurourol. Uroyn.* 2002; No 21(2). P. 167–168.
2. *Кривобородов Г.Г., Ефремов Н.С.* Методы опорожнения мочевого пузыря: руководство для врачей М.: Изд. ООО «Е-нот», 2016. С. 87.
3. *Weld K.J., Wall B.M., Mangold T.A. et al.* Influences on renal function in chronic spinal cord injured patients // *J.Urol.* 2000, No 164 (5). P. 1490–1493.
4. *Hant G.M., Whitaker R.H.* The pattern of congenital renal anomalies associated with neural-tube defects // *Dev Med Child Neurol* 198. No 29 (1). P. 91–95.
5. *Wyndaele J.* Conservative treatment of patient with neurogenic bladder // *Eur. Urol.* 2008, Suppl. 7. P. 557–565.
6. *Madersbacher H., Wyndaele J.J., Igawa Y. et al.* Conservative management in neuropathic urinary incontinence // *Abram P., Khoury S., Wein A. Eds. Incontinence 2 ed.* Plymouth: Health Publication, 2002. P. 697–754.
7. *Pannek J., Biok B., Castro-Diaz D. et al.* EAU Guidelines on Neuro-Urology. EAU guidelines 2013.
8. *Barbalius G.A., Klauber G.T., Blaivas J.G.* Critical evaluation of the Crede maneuver: a urodynamic study of 207 patients // *J.Urol.* 1983. No 130 (4). P. 720–723.
9. *Wyndaele J.J., Kovindha A., Madersbacher H. et al.* Committee 10 on neurogenic bladder and bowel of the international consultation on incontinence 2008–2009 // *Neurologic urinary incontinence. Neurourol. Urodyn.* 2010. No 29 (1). P. 159–164.
10. *Warren J.W.* Catheter-associated urinary tract infections // *Int. J. Antimicrob. Agent.* 2001, No 17. P. 299–303.
11. *Jain P., Parada J.P., David A., Smith L.G.* Overuse of the indwelling urinary tract catheter in hospitalized medical patients // *Arch. Intern. Med.*, 1995. No 155. P. 1425–1429.
12. *Warren J.W., Platt R., Thomas R.J. et al.* Antibiotic irrigation and catheter – associated urinary-tract infection // *N. Engl. J. Med.*, 1978. No 299 (11). P. 570–573.
13. *Перепанова Т.С.* Катетер и инфекция мочевых путей // *Урология и нефрология.* 1994. №6. С. 48–52.
14. *Choong S., Whitfield H.* Biofilms and their role in infections in urology // *BJU Int.*, 2009. No 86. P. 935–941.
15. *Kumon H.* Management of biofilm infection in the urinary tract // *World J. Surg.* 2000. No 24. P. 1193–1196.
16. *Lapides., Diokno A.C. et al.* Clean, intermittent self-catheterization in the treatment of urinary tract disease // *J. Urol.* 1972. No 107. P. 485–461.
17. *Schlager T.A., Clark M., Anderson S.* Effect of a single-use sterile catheter for each void on the frequency of bacteriuria in children with neurogenic bladder on intermittent catheterization for bladder emptying // *Pediatrics.* 2001. No 108: E71.
18. *Lindehall B., Mjoller H., Hjalmsass K., Jodal U.* Long-term intermittent catheterization: the experience of teenagers and young adults with myelomeningocele // *J.Urol.* 1994. No 152 (1). P. 197–189.

19. *Joseph D.B., Bauer S.B., Colodny A.H. et al.* Clean intermittent cathetrizacion in infants with neurogenic bladder // *Pediatrics*. 1989. No 84 (1). P. 72–82.
20. *Nacey J., Delahunt B.* The evolution and development of the urinary catheter // *Aust N Z J Surg*. 1993. No 63. P. 815–819.
21. *Mattelaer J.J., Billiet I.* Catheters and saundes:the history of bladder catheterization // *Paraplegia*. 199. No 33. P. 429–433.
22. *Chartier-Kastler E., Denys P.* Intermittent cathetrizacion with hydrophilic catheters as a treatment of chronic neurogenic urinary retention // *Neurourology and Urodynamics*. 2011. No 30. P. 621–31.
23. *Sutherland R.S., Kogan B.A., Baskin L.S., Mevorach R.A.* Clean intermittent catheterizacionin in boys using the LoFric catheter // *Urol*. 1995. No 156. P. 2041–2043.
24. *Waller L., Johonsson O., Norlen L., Sullivan L.* Clean intermittent catheterizacionin in spinal cord injury patients // *J Urol*. 1995. No 153. P. 345–348.
25. *De Ridder D.J., Everaert K., Fernandes L.G. et al.* Intermittent cathetrizacion with hydrophilic-coated catheter reduces the risk of clinical urinary tract infection in spinal cord injury patients // *Eur Urol*. 2005. No 48. P. 991–995.

Авторы

МЕНОВЩИКОВА Людмила Борисовна	Доктор медицинских наук, профессор, кафедра детской хирургии РНИМУ им. Н.И. Пирогова. E-mail: snik.2011@mail.ru
НИКОЛАЕВ Сергей Николаевич	Доктор медицинских наук, профессор, кафедра детской хирургии РНИМУ им. Н.И. Пирогова. E-mail: snik.2011@mail.ru
КОВАРСКИЙ Семен Львович	Доктор медицинских наук, профессор, кафедра детской хирургии РНИМУ им. Н.И. Пирогова, руководитель курса детской урологии-андрологии ФУВ. E-mail: semen3150@mail.ru
СКЛЯРОВА Татьяна Андреевна	Кандидат медицинских наук, врач отделения урологии ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова. E-mail: saya1509@mail.ru
СОТТАЕВА Зулейха Зейтуновна	Кандидат медицинских наук, ассистент кафедры детской хирургии РНИМУ им. Н.И.Пирогова. E-mail: scorpio140@yandex.ru

ПАМЯТКА ДЛЯ ПАЦИЕНТА

На основании Федерального закона от 24.11.1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в РФ» государство гарантирует инвалидам получение необходимых технических средств реабилитации (ТСР), предусмотренных «Федеральным перечнем ТСР», утвержденным распоряжением Правительства РФ от 30.12.2005 г. № 2347р.

Согласно Классификации технических средств реабилитации, утвержденной приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 29.12.2014 г. № 1200н, к специальным средствам при нарушении функций выделения относятся:

- лубрицированные катетеры;
- мешки для сбора мочи;
- калоприемники, уроприемники;
- анальные тампоны.

Сроки пользования (нормы обеспечения) вышеуказанными средствами утверждены приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 23.05.2013 г. № 215н).

Порядок оформления бесплатных ТСР

1. Получить от лечащего врача стационара, где была выполнена операция или обследование, выписной эпикриз или справку («реабилитационная карта»), с рекомендацией о необходимости использования Вам ТСР с указанием полного наименования (названия), размера, количества.
2. После выписки из стационара обратиться в поликлинику по месту жительства, чтобы пройти врачебную комиссию (ВК или КЭК) и получить «Направление на медико-социальную экспертизу» (форма 088/у). В пункт 34 Направления внести рекомендации лечащего врача стационара по периодической катетризации.
3. Обратиться с Направлением на МСЭ (форма 088/у) в учреждение медико-социальной экспертизы по месту Вашего жительства для: а) установления Вам инвалидности и б) оформления и разработки индивидуальной программы реабилитации инвалида (ИПР).
При составлении ИПР попросите эксперта медико-социальной экспертизы учесть рекомендации, указанные в пункте 34 Направления, так как в соответствии с п. 7 приказа Минздравсоцразвития России от 04.08.2008 г. № 379н «разработка ИПР осуществляется с учетом рекомендуемых мероприятий по медицинской реабилитации, указанных в направлении на МСЭ».
В ИПР должна быть указана потребность в обеспечении техническими средствами реабилитации – специальными средствами при нарушении функций выделения с указанием их типов и видов, а также их необходимое количество.
4. С оформленной ИПР обратиться в Центр социального обслуживания при Департаменте социальной защиты по месту жительства и написать заявление на обеспечение Вас нужными ТСР (с указанием названия, размера, количества). Получить направление (рецепт) на бесплатное получение ТСР.
5. Получить ТСР бесплатно по направлению в соответствии с региональными условиями. При соблюдении всех условий Центр социального обслуживания при Департаменте социальной защиты не вправе отказать в предоставлении рекомендованных Вам специальных средств при нарушении функций выделения.
6. Каждые 3 месяца необходимо обращаться повторно в Центр социального обслуживания при Департаменте социальной защиты с заявлением о необходимости обеспечения Вас нужными ТСР.
В случае самостоятельного приобретения специальных средств при нарушении функций выделения, рекомендованных ИПР, выплачивается компенсация в размере стоимости изделия по последнему размещению заказа (приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 31.01.2011 г. № 57н). Для этого необходимо сохранить кассовый и товарный чеки и с заявлением обратиться в филиал регионального отделения или Центр социального обслуживания при Департаменте социальной защиты по месту жительства.