МЕРОПРИЯТИЯ

Первый в истории Московский городской съезд педиатров под эгидой Правительства и Департамента здравоохранения Москвы

стр 6

ИНТЕРВЬЮ

О специфике работы и возможностях детского хирурга, новых методиках лечения и уникальных операциях рассказывает Владимир Олегович ТРУНОВ, заведующий отделением неотложной хирургии Морозовской детской городской клинической больницы

стр 16

ИНФОРМАЦИЯ

Итоги работы экспертной группы Аттестационной комиссии «Педиатрия», «Неонатология»

стр 10

ДЕТСКИЙ ДОКТОР

ГБУЗ «МОРОЗОВСКАЯ ДЕТСКАЯ ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Г.МОСКВЫ»

1 (1) 2016

ТЕМА НОМЕРА

Инфекции в педиатрии: современный взгляд

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР
Игорь Ефимович Колтунов,
д.м.н., профессор, заслуженный врач РФ, главный внештатный специалист педиатр Департамента здравоохранения г. Москвы, главный врач ГБУЗ «Морозовская детская городская клиническая больница Департамента здравоохранения города Москвы»

Заместитель главного редактора
Елена Ефимовна Петряйкина,
д.м.н., профессор, главный внештатный детский специалист эндокринолог Департамента здравоохранения г. Москвы, первый заместитель главного врача ГБУЗ «Морозовская детская городская клиническая больница Департамента здравоохранения города Москвы»

Шеф-редактор
Марина Сергеевна Савенкова,
профессор кафедры клинической функциональной диагностики факультета дополнительного профессионального образования ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России

Редакционный совет
Потекаев Н.Н., Мухтасарова Т.Р., Погонин А.В., Старшинин А.В., Назарова И.А., Картавцева Л.Р., Палеев Ф.Н., Серова О.Ф., Солдатова И.Г., Жулёв Ю.А., Захарова Е.Ю., Браун С.Н., Федосеева И.В.

Редакционная коллегия
Алиева Э.И., Батышева Т.Т., Врублевский С.Г., Жолобова Е.С., Ивойлов А.Ю., Карасева О.В., Картавцева Л.Р., Кешишян Р.А., Кисельникова Л.П., Кондратчик К.Л., Конова О.М., Кононов Л.Б., Мазанкова Л.Н., Малахов А.Б., Ноздреватых И.В., Османов И.М., Острейков И.Ф., Панков Д.Д., Портнова А.А., Разумовский А.Ю., Севостьянова Т.А., Семенова Ж.Б., Сибирская Е.В., Тиганова О.А., Чубарова А.И., Школьникова М.А.

Редакция «Детский доктор»
Адрес: 117420 Москва, ул. Профсоюзная, 57, под. 3
Телефон: (495) 786-25-57 (доб. 0655)
E-mail: shikunova@bionika-media.ru

Выпускающий редактор – Анна Шикунова

Креативный директор – Александр Ларин
Арт-директор – Марина Лындина
Отдел дизайна и верстки –Марина Полякова, Антон Смирнов, Ирина Панова

Отдел полиграфии
Руководитель – Наталья Надворская
Менеджер по полиграфии – Дмитрий Тужиков

Размещение рекламы
Директор по продажам – Вероника Милоянина
Руководитель департамента по рекламе в медицинской прессе – Анатолий Корнеев
Менеджеры по работе с клиентами:
Наталья Семенова (nsemenova@bionika-media.ru), Ольга Щербакова (o.scherbakova@bionika-media.ru), Юлия Соболева (soboleva@bionika-media.ru), Анастасия Титова (titova@bionika-media.ru), Анна Донских (donskih@bionika-media.ru)
Телефон: (495) 786-25-57

Учредитель
Общество с ограниченной ответственностью «Бионика Медиа Инновации»
Издатель
www.bionika-media.ru
Председатель Совета директоров –
Ирина Красивская
Генеральный директор – Дмитрий Огурцов
Заместитель генерального директора по медицинским изданиям – Анна Власова

Подписка и распространение
Телефон: (495) 332-02-63
E-mail: subscription@bionika-media.ru

Периодичность – 4 номера в год
Газета зарегистрирована Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор)
Регистрационный номер ПИ № ФС77–63900 от 09 декабря 2015 г.

Газета набрана и сверстана в ООО «Бионика Медиа», отпечатана в ООО «Борус-Пресс» 300041, г. Тула, ул. Сойфера, д. 6
Тираж 15 000 экз.
Номер подписан 09 февраля 2016 г. в 10:00
Полное или частичное воспроизведение редакционных материалов, опубликованных в газете «Детский доктор», запрещается, за исключением случаев письменного согласия редакции

Уважаемые коллеги!

Перед вами первый номер нового издания «Детский доктор». Очень хочется, чтобы «Детский доктор» был полезен коллегам, помог в случаях с трудными диагнозами в педиатрии, в специализированной помощи в работе врача-педиатра, в решении различных проблем оказания педиатрической помощи в нашем городе.

Профессия врача-педиатра – одна из самых важных, гуманных и востребованных в мире. Хотелось бы вместе с вами обсудить общие и частные проблемы медицинской помощи детям и подросткам в Москве, наметить пути их решения.

Коллеги, требования сегодняшнего дня в московском здравоохранении диктуют необходимость повышения престижа профессии педиатра и врача общей практики – самых востребованных и важных в оказании современной, персонализированной медицинской помощи детям и подросткам. Теперь есть возможность на страницах «Детского доктора» обсуждать актуальные в современной клинической практике проблемы коморбидности, сочетанной патологии, неочевидности или дискутабельности симптомов тяжелой патологии, всего того, что можно объединить словосочетанием «трудный диагноз» в педиатрии. Есть возможности рассказать о лучших коллегах, достижениях, о том, что волнует, что может быть полезным в работе.

Приглашаю вас к дискуссиям. Масштабное переоснащение клиник в рамках программы модернизации, значительные преобразования в организации системы оказания медицинской помощи в столице под руководством Правительства Москвы и Департамента здравоохранения города Москвы не снизили значимость главного для успешного лечения наших пациентов – высокой профессиональной образованности и неравнодушия медицинского персонала, применения его научно-практического опыта и клинического мышления в ежедневной амбулаторной и стационарной медицинской педиатрической практике.

Спасибо всем, кто не останется равнодушным и примет участие в создании «Детского доктора», ваш опыт, знания, рекомендации мы обязательно учтем в дальнейшей совместной работе на благо здоровья детей и подростков.

С уважением и наилучшими пожеланиями,
Главный редактор «Детского доктора»
Главный внештатный специалист педиатр
Департамента здравоохранения города Москвы,
Главный врач ГБУЗ «Морозовская детская городская клиническая больница Департамента здравоохранения города Москвы», заслуженный врач РФ,
профессор, доктор медицинских наук
И.Е. Колтунов

Зима в Морозовке: фестиваль добрых дел

На целых три зимних месяца Морозовская ДГКБ вместе с прибольничной территорией превратилась в арт-объект: разноцветные Морозовики, световые инсталляции, необыкновенные «шагающие деревья» в авторских расписных валенках, самая длинная в столице гирлянда добрых пожеланий «Путь добра» и многое другое появилось в больнице стараниями членов Попечительского совета ДГКБ, который старается продолжать традиции благотворительности. Ведь, как известно, лишь доброта сердец и тепло рук позволяют вызвать массу положительных эмоций и впечатлений, которые, несомненно, послужат первым шагом к выздоровлению маленьких пациентов.

Юлия Кулигина, фото Олега Кирюшкина

Целенаправленный выбор

Морозовская детская больница – это не случайное место для благотворительного мероприятия. Основанная знаменитым купцом Викулой Морозовым из известного старо-

Ольга Голодец

обрядческого рода, больница представляет собой беспрецедентный пример в истории московского меценатства. Попечительский совет больницы старается лишь продолжать традиции благотворительности, поддерживая славные традиции прошлого. Только за последний год его силами в Морозовской были реализованы такие удачные интересные проекты, как «Веселый коридор», «Арт-прививка» и «Морозовская роза».

В канун Нового года и Рождества Попечительский совет и Администрация Морозовской детской городской клинической больницы пригласили всех желающих принять участие во II благотворительном Фестивале добрых дел «Зима в Морозовке». Цель благотворительного фестиваля – изменить восприятие атмосферы больницы, морально ободрить тех, кто вынужден проводить новогодние дни в больничном покое, подарить радость и положительные впечатления, каждое из которых – очередной шаг к выздоровлению. Задача устроителей фестиваля – включить территорию больницы в единое праздничное пространство города, привлечь внимание властей и жителей города к закрытому миру больниц, вызвать у пациентов, их семей и врачей позитивные эмоции. В программу фестиваля включили творческие конкурсы, подарки и сюрпризы для маленьких пациентов и врачей, световые инсталляции на территории больницы, парад елок и фестиваль Морозовиков. Праздничная атмосфера появилась только благодаря отзывчивости людей. Партнеры привезли световое оборудование и материалы для творчества, горожане украсили больницу и проводят для детей мастер-классы. Кураторы проекта считают, что данное мероприятие послужит хорошим поводом для развития традиции сотрудничества больницы, горожан и власти.

Мнения в поддержку

Открытие благотворительного фестиваля «Зима в Морозовке» посетила заместитель Председателя Правительства РФ Ольга Голодец. Она отметила, что это очень важный шаг со стороны руководства и сотрудников московских медицинских и социальных учреждений – создать атмосферу праздника в своих организациях.

«Нам очень важно привлечь к этому внимание, чтобы как можно больше больниц, интернатов, домов престарелых создавали человеческие условия для пребывания. Для тех, кто проводит Новый год в стенах больницы, от того, каким он будет, во многом зависит, как они себя будут чувствовать после выздоровления. Фестиваль в Морозовской больнице – это замечательная инициатива, которую поддержало большое число людей. Они устроили этот праздник. Такая поддержка очень важна для эмоционального настроя детей и их родителей», – сказала Ольга Голодец.

Слова вице-премьера поддержал главный врач больницы Игорь Колтунов.

«Необходимо вовлечение территории больницы в общегородское праздничное оформление пространства. Мы хотим, чтобы эта история в ней стала традиционной и другие медицинские учреждения подхватили инициативу проведения фестиваля, посвященного новогоднему и рождественскому оформлению зданий, скверов, общественных и частных территорий. Все это стало возможным благодаря стараниям членов попечительского совета нашего учреждения», – отметил Колтунов.

Во время открытия фестиваля Ольге Голодец провели экскурсию по новогодней

Игорь Колтунов и Алексей Хрипун

Морозовке. Вице-премьер посмотрела на строительство здания нового корпуса, который будет оборудован новейшей техникой. Уже через год здание планируют сдать в эксплуатацию, и тогда Морозовская ДГКБ станет самой современной больницей в Европе. Вице-премьер осталась довольна увиденным, пообещав главному врачу больницы Игорю Колтунову оказать любую помощь в случае ее необходимости. В свою очередь, главный врач отметил, что работа над новым корпусом идет своим чередом, и есть большая надежда, что в будущем году на III Фестивале добрых дел волонтеры будут украшать уже и новый корпус.

После официальной части гостей, присутствовавших на открытии фестиваля, ждали сюрпризы: выступление Елены Исаевой, солистки музыкального общества им. Глинки, которая пела и играла на флейте, и настоящее русское чаепитие с баранками и самоваром, организованное во дворе больницы.

Территория больницы как арт-объект

Сегодня территория Морозовской – это настоящий арт-объект, в создании которого участвовали скульпторы, архитекторы, дизайнеры, художники, флористы, декораторы, производители новогодней и свето-технической продукции, а также горожане-добровольцы. Они продемонстрировали приемы и образцы внутреннего и внешнего декорирования, оформили входные группы, двери, окна, а также показали варианты красивого светового оформления, представили скульптуры. Внутри больницы уют создают елки с игрушками, яркие наклейки на стенах и окнах, смешные фотостенды и даже ящики для писем Деду Морозу.

Несмотря на усталость от лечения, главные герои «Зимы в Морозовке», маленькие пациенты с удовольствием участвовали в обширной программе фестиваля: лепили пряничных человечков из глины, создавали удивительные елочные игрушки, строили скворечники для птиц. Кажется, что и болезни отступают совсем, когда дети вот так собираются за столом и при помощи заботливых волонтеров и персонала больницы мастерят поделки.

Таким образом, организаторам в полной мере удалось через милосердие, сопричастность, созидание и творчество объединить различные структуры и слои общества, общественные и благотворительные организации и бизнес, чтобы поддержать маленьких пациентов больницы, поднять им настроение и по возможности ускорить выздоровление.

Алексей Хрипун ответил на вопросы московских педиатров

24 декабря 2015 года Алексей Хрипун встретился с педиатрами московских поликлиник. В ходе двухчасового открытого диалога обсуждались вопросы, которые на протяжении нескольких предшествовавших недель педиатры присылали на специально созданный для этого адрес электронной почты pediatr@mos.ru. Публикуем ответы, которые могут быть интересны не только врачам, но и пациентам.

Вопрос: Недавно поднимался такой вопрос, как отмена плана по диспансеризации и вакцинопрофилактике. Как на данный момент обстоят дела? Действительно ли план отменен? И если да, то с какого периода?

А.И. Хрипун: Любая деятельность требует определенного плана. Броуновское движение не совсем уместно. Другое дело, что завышенные планы приводят к припискам, о которых сейчас все говорят.

Вопрос: Как мы сможем повысить качество предоставленной медицинской помощи, как мы узнаем точные данные о здоровье нашего населения, если у нас, как считают многие врачи, завышенный и невыполнимый план?

А.И. Хрипун: Мы с вами договорились, что план нужен, чтобы понимать, что врачи делают. Если Департамент здравоохранения понимает, что план является нереальным, и вы понимаете то же самое, то ничего хорошего в этом нет. План должен быть реальным. Другой вопрос – как определить эту реальную планку? У каждой поликлиники есть определенное прикрепленное население. Есть определенный уровень заболеваемости, есть определенное количество хронических больных. Есть еще определенные обстоятельства, которые должны формировать реальное задание. Мы сейчас будем вместе с вами это делать. План будет, но он должен быть реальным. При всех известных вам обстоятельствах, я как руководитель Департамента не могу сказать, что мы отменим все планы по диспансеризации и вакцинации. Должен быть составлен реальный план, который мы с вами выполним.

Вопрос: Сегодня педиатры работают в режиме: 4 часа – прием пациентов, затем – обслуживание вызовов. Как Вы смотрите на то, чтобы реализовать схему, когда дежурная бригада будет выезжать на вызовы, а педиатры будут проводить прием 8 часов? Если взять статистику, то, например, в среднем в понедельник на одного участкового педиатра приходится от 10 до 15 первичных вызовов (еще нет пика заболеваемости). У нас 13 педиатрических участков. Даже если взять по 10 в среднем, это будет 130 вызовов.

А.И. Хрипун: Департамент здравоохранения не собирается что-то сейчас менять в работе участкового педиатра. Во всяком случае, в сторону создания какой-то отдельной службы, которая будет заниматься только работой на дому. Я недавно на эту тему разговаривал с Александром Дмитриевичем Румянцевым, и он сказал, что участковый педиатр должен работать дома, в квартире и решать по месту жительства все вопросы. А в поликлинике нужно оставить какое-то минимальное количество педиатров, которые будут заниматься хроническими больными и профилактической работой. И даже приводил в пример опыт некоторых зарубежных коллег, где именно так все и происходит. Прямой аналогии со взрослой сетью быть не может. У меня, например, есть внук, и недавно родилась внучка (три недели назад), и я не хотел бы, чтобы к ним в случае необходимости приходили разные люди. Мне хотелось бы, чтобы приходил один человек. Желательно, хороший врач. Другое дело – обойти 10–15 квартир, мне представляется, что это трудно. Хотелось бы Вам помочь. Если Вы видите какие-то рычаги, как Вам помочь, то скажите нам. Но мы не можем себе позволить увеличения численности штатных педиатров в два-три раза. Может, это будет какая-то бригада в дополнение к вашей работе на дому, даже если это потребует какого-то финансирования – мы будем думать, где взять эти деньги. Например, за счет сокращения административного аппарата и немедицинских расходов (на охрану, уборку, тепло). Может быть, стоит активизировать работу неотложной помощи. Думайте и подсказывайте, как этого добиться.

Вопрос: Будет ли в перспективе возможность увидеть в системе ЕМИАС результаты обследований, консультаций, в том числе в других медицинских учреждениях?

А.И. Хрипун: Да, конечно, будет такая возможность. Внедрение электронной амбулаторной карты – это огромная работа, над которой работают и педиатры, и наши главные профильные специалисты. Некий шаблон электронной карты почти готов, и в ряде поликлиник электронная карта уже внедряется. Этот процесс начался с III–IV квартала 2015 г. В 2016–2017 гг. электронная карта будет внедрена везде. Заменит она или нет бумажный вариант документа? Не уверен. Может, будет какой-то сервис, который электронный вариант превращает в бумажный, один человек его подписывает и отдает. Амбулаторная карта – это не только медицинский документ, но и юридический. Электронная карта – документ, где будет собрана вся информация о больных. Поскольку электронная карта хранится не в здании, а на сервере, то она может быть доступна любым специалистам, в том числе врачам скорой помощи и стационаров. Бригада скорой медицинской помощи, выезжая к больному, будет иметь доступ к электронной медицинской карте ребенка. Со стационарами это потребует больше времени, несмотря на то, что у нас всего семь многопрофильных детских стационаров. Они все по-разному оснащены информационными системами, а в некоторых они вообще отсутствуют.

Вопрос: Планируется ли перевод работы с листами нетрудоспособности в электронную форму, так же как это произошло со льготными рецептами?

А.И. Хрипун: Данный процесс активно внедряется. Я могу ошибаться, но около миллиона электронных листов нетрудоспособности уже внедрены.

Вопрос: Не будут ли медицинских сестер педиатрии разлучать с врачами, как это было сделано во взрослой сети?

А.И. Хрипун: Вас не будут разлучать с врачами, потому что у вас уже есть прообраз той структуры, которая существует во взрослой сети – сестринский пост. Это кабинеты «Здорового детства», «Здорового ребенка» и Дежурного врача. Если Вы меня спросите, доволен ли я работой сестринских постов, то ответа пока нет. Понятно, что огромное количество технической работы, которая происходит в кабинете взрослого терапевта, должна быть оттуда убрана. В некоторых поликлиниках очень довольны организацией сестринских постов, в других есть сомнения по этому поводу. Вас эта перспектива точно не ожидает.

Вопрос: В случае направления пациента в рентген-кабинет, находящийся в соседней поликлинике, мы открываем ему электронное направление, а также оформляем и бумажное направление. Будет ли продолжаться дублирование и после внедрения электронных карт? Насколько долгим будет переходный период и останется ли амбулаторная бумажная карта в наличии?

А.И. Хрипун: Я уже частично об этом сказал. Было бы полным абсурдом, если бы перспектива появления электронной карты была сопряжена с необходимостью заполнять бумажные карты. Возможно, есть какие-то документы, которые нужно заполнять параллельно с работой в компьютере, но то, что вы будете работать с электронной картой в электронном виде и Вам не придется переписывать содержимое электронной карты, это точно.

Я знаю, что во взрослой сети врач сначала работает с компьютером, а затем вручную заполняет талон для отдела статистики, и специалисты отдела статистики вручную вносят информацию в базу данных. Такая схема работы сохранится еще некоторое время, так как требуется разработка нового механизма, который бы позволил предотвратить приписки неоказанных медицинских услуг некоторыми главными врачами.

При обращении родителей за копией медицинской амбулаторной карты врач может отдать только точную копию, заверенную главным врачом. Мы предусмотрим возможность распечатать этот документ, его заверить и выдать на руки родителям. Оригинал же отдавать нельзя, так как это юридический медицинский документ.

Вопрос: В статье Л.М. Печатникова написано, что с переходом на подушевое обслуживание приписки прекратились. Я считаю, что этот вопрос уже закрыт.

А.И. Хрипун: Финансирование поликлиники не зависит от объема.

У нас количество посещений во взрослой сети по сравнению с 2014 г. увеличилось в разных поликлиниках от 8 до 30%. Такие данные показывает ЕМИАС. Сергей Семенович Собянин спрашивал меня, за счет чего достигнут такой результат. Я проанализировал и увидел, что количество пациентов, которых врачи принимали без записи, уменьшилось в разы. Количество пациентов, которые записываются через регистратуру, тоже уменьшилось. Количество пациентов, которые записались через Интернет, увеличилось с 4% до почти 20%. Количество коротких двухминутных приемов, которых было много, тоже снизилось. Все это свидетельствует о том, что количество приемов увеличилось именно за счет доступности.

Вопрос: Планируете ли Вы освободить работников поликлиники от выписки рецептов на молочно-раздаточные пункты? Это занимает львиную долю нашей работы. Это вопрос органов соцзащиты, а не педиатров. Мы постоянно выслушиваем претензии к ассортименту продукции.

А.И. Хрипун: Отвечаю поэтапно. Я тоже очень хотел монетизировать эту льготу. И до сих пор хочу. Но структура москвичей разная, и если с этими деньгами человек пойдет в магазин, то там он встретит совершенно другие цены, чем те, по которым оптом Правительство Москвы закупает эти продукты, и могут быть недовольные. Периодически мы будем к этому вопросу возвращаться и его изучать, но пока мы к этому не готовы.

Далее, существующий норматив, к сожалению, предполагает оформление рецепта на продукты молочно-раздаточного пункта. А раз это так, то тогда и обеспечение этими продуктами тоже ложится на нас. Другое дело, что набор питания отличается в течение даже первого года жизни. И поэтому люди в течение года, для того чтобы получить новый рецепт, приходят несколько раз.

Я могу ошибаться, но я думаю, что мы с вами можем оформлять рецепт на определенный период времени. Например, в течение года выписали 10 рецептов – и все. Мы изучаем такую возможность.

Вопрос: Алексей Иванович, а нельзя те же самые рецепты ввести в систему ЕМИАС, и когда пациент будет приходить на осмотр, врач сможет выписать ему рецепт автоматически, и это будет видно на молочно-раздаточном пункте?

А.И. Хрипун: На молочно-раздаточном пункте это точно со временем будет сделано. Во-первых, электронный рецепт на продукты питания будет, и будет скоро. Может быть, если не в I квартале 2016 г., то к середине 2016 г. точно будет электронный рецепт на продукты питания. Автоматическая передача данных на молочно-раздаточный пункт будет реализована позднее – пока этот сервис еще не создан. Такой сервис очень нужен для того, чтобы учитывать происходящее на молочно-раздаточном комплексе. Но вы получите электронный рецепт скоро, и я все-таки надеюсь, что частота обращений в первый год жизни за рецептом будет совершенно другой. Во всяком случае, я делаю все для того, чтобы изменить ситуацию.

Вопрос: Сохранится ли территориально-участковый принцип обслуживания в детских поликлиниках? И нельзя ли убрать самозапись пациентов к ЛОР-врачам и офтальмологам – это очень мешает возможности направлять больных, требующих срочной консультации этих специалистов, в связи с отсутствием у специалистов свободного времени?

А.И. Хрипун: Пациенты, по крайней мере взрослые, нас постоянно критикуют за ограничения в выборе врачей и обязательность первого обращения к терапевту. Это связано с тем, что определить причину по симптоматике и направить к соответствующему профильному специалисту может только врач. Но ЛОР и офтальмолог являются исключением, так как проблему со слухом и зрением пациент определит сам. Поскольку большинство пациентов – за сохранение такой возможности для записи к врачам, то придется пока работать по существующей схеме. Хотя, согласитесь, я про детство не говорю, а то сейчас меня будет Леонид Михайлович Рошаль подозревать в том, что я хочу ликвидировать участково-педиатрическую службу и сделать из вас врачей общей практики. Ничего такого ни я, ни Департамент здравоохранения делать не намерены.

Вопрос: Скажите, пожалуйста, планируется ли в связи с неукомплектованностью штата участковых педиатров возвращение программы Департамента здравоохранения и Департамента жилья по обеспечению участковых педиатров служебным жильем на время заключения с ними трудового договора и с отработкой в течение определенного времени? Это являлось бы дополнительным стимулом для всех врачей.

А.И. Хрипун: Я понимаю. Я полностью с вами согласен, что это вещь востребованная. К сожалению, такой программы сейчас нет, и боюсь, что она вряд ли появится. Я вчера встречался с населением Троицкого и Новомосковского округа, и там наблюдается критическая ситуация с педиатрами. Я не исключаю, что точечные решения правительство будет принимать, где это остро необходимо.

Вопрос: А куда пропадают выпускники педиатрических факультетов?

А.И. Хрипун: Несмотря на то что мы целевым образом направляем их именно на педиатрический факультет, они действительно не приходят в поликлиники.

У нас существует договоренность с выпускниками: мы их устраиваем на медицинский факультет, с тем чтобы они потом три года отработали. И те, которые продолжают выпускаться, будут отрабатывать.

Продолжаю отвечать на ваш вопрос. К сожалению, социальные инструменты, такие как жилье и дополнительные льготы, не работают сейчас, и двумя инструментами главного врача для привлечения специалиста являются: первый и главный – это зарплата, весьма эффективный, кстати, инструмент. Я считаю, что самое важное в поликлинической помощи – это участковые педиатры и терапевты. Я на 300% уверен, что если бы я работал главным врачом, то я бы этот вопрос решил за счет путей распределения заработной платы. Это справедливо. И главные врачи имеют возможность платить участковым педиатрам столько, чтобы штат был заполнен, чтобы человек, ходя по району, не сожалел, что он участковый педиатр, а был доволен, и семья его была довольна тоже. А второй инструмент для привлечения специалистов – это атмосфера, которая есть в коллективе. Есть коллективы, в которых хотят работать и дорожат этим.

Вопрос: Я бы хотела еще раз вернуться к вызовам врача на дом. Это основная наша проблема. И это решит все кадровые вопросы. Это не престижно для молодых врачей, никто не хочет ходить по квартирам. Нужно как-то отрегулировать вызовы. Участковый принцип – это хорошо, но критерии вызова врача на дом должны быть. Я считаю, что участковый педиатр должен ходить к детям до трех лет. Первые годы он должен делать патронажи и вести детей от ОРВИ до полного выздоровления. А дальше этим должны заниматься выездные бригады. Если врач- педиатр будет сидеть на приеме по пять часов, потом осмотрит своих новорожденных, детей до трех лет и инвалидов – это будет очень эффективно. И создать выездные бригады, которые будут ездить к остальным. И тогда, поверьте, восстановится весь наш кадровый состав.

А.И. Хрипун: Леонид Михайлович Рошаль говорит, что на участок должен ходить только один человек. Я с ним не согласен. Потому что в возрасте от 15 до 18 лет это уже не так важно. Мы думаем над тем, каким образом структурировать возрастной состав пациентов, чтобы Вы осуществляли обслуживание вызовов на дом к определенной возрастной группе.

В январе 2016 г. будем запускать краудсорсинг-проект «Детские поликлиники». Пожалуйста, призываю вас активно участвовать в этой дискуссии. Вносите свои предложения.

Так вот, весной 2015 г. спросили взрослых, важно ли им, чтобы с ними дело имел именно их участковый терапевт. Сказали, что важно, только 38%, а 62% – что неважно. Когда сейчас мы проводили с нашей аналитической группой опросы в детских поликлиниках и спросили, кто знает своего участкового-педиатра, как думаете, какие результаты были? Те родители, у кого есть дети до восьми лет, до 80% знают своего участкового-педиатра. В девять лет – 50%.

Вопрос: У меня есть предложение по данному вопросу. Наверное, должны быть разработаны критерии вызова врача на дом, и нужно ознакомить всех родителей с этими критериями по телевидению, на сайтах и за ложный вызов штрафовать.

А.И. Хрипун: Мы не должны забывать, что решения, которые мы с вами обсуждаем и которые являются правильными и целесообразными относительно нашей работы, – это одно. Но вообще-то мы работаем для наших маленьких пациентов и их родителей. Конечно, работа участкового педиатра должна быть достойно позиционирована в обществе.

Академик Румянцев Александр Григорьевич – звезда отечественной медицины, педиатр с большой буквы – считал, что участковый педиатр должен работать на дому у пациента. По его мнению, педиатр вообще в поликлинике может не появляться. А он не просто работал участковым педиатром в свое время, но и заведовал кафедрой поликлинической педиатрии. Мы спросим москвичей, мы должны учитывать их точку зрения. Мы не для себя работаем, а для них. Клиент должен быть доволен. Он не должен позволять себе хамства, грубости, но работать мы должны для населения.

Вопрос: А у нас клиент или пациент?

А.И. Хрипун: Мне ближе слово «пациент». Но в некоторых странах употребляют термин «клиент».

Вопрос: За прививки ратуют только врачи и медицинские сестры первичного звена. Конечно, Конституцию мы обойти не можем, но почему во многих странах непривитых детей не принимают в различные организационные коллективы? Почему у нас такое свободное отношение к этому вопросу? Почему СМИ раздувают случаи, в которых, с их точки зрения, неправильно провели прививку, хотя если в этих случаях будут разбираться специалисты, то окажется, что прививки были сделаны правильно. И почему у нас не выступают врачи, специалисты, которые должны об этом говорить? Вот сейчас мы ждем подъем заболеваемости корью. Начала болеть прослойка взрослых, которая не была привита. Почему говорят только о том, что необоснованно сделали прививку и человек заболел ДЦП, хотя он пострадал в десятилетнем возрасте в ДТП? Почему об этом все молчат? Отсюда и неуважение к врачам. И неуважение врачей к себе самим. Ведь мы не будем единственной страной, которая запретит принимать детей в организованные коллективы без прививок.

А.И. Хрипун: Обязательно подумаем. Но напомню вам, что мы живем в государстве, у которого есть Конституция, в которой каждому предоставлено право на образование. Мы таким образом можем ограничить право на образование. Аналогичные аргументы можно найти и относительно дошкольного образования. Это сложный вопрос, мы не можем запретить принимать детей в организованные коллективы без прививок.

Вопрос: По поводу реакции Манту. Вышел новый СанПиН 2014 г., который как раз и регламентирует, что дети, не обследованные на туберкулез, не допускаются в образовательные учреждения. Почему с остальными прививками так нельзя? И также некоторые изменения в СанПиН по полиомиелиту, когда в предыдущих выпусках было указано, что если ребенок не привит против полиомиелита, и в образовательном учреждении начинается вакцинация, то остальные дети должны быть выведены из образовательного процесса. Сейчас говорится, что они должны быть разобщены. Соответственно, в самом образовательном учреждении нет возможности или руководители не хотят разобщать детей и отделять непривитых детей в одну группу, а привитых – в другую.

А.И. Хрипун: Здравый смысл и логика говорит о том, что вы правы. Нам нужно внести правовую оценку ваших предложений. Мы их проверим. Например, я не уверен, что существуют какие-то документы, которые обязывают Правительство Москвы закрывать двери детских садов, если ребенок не привит.

Вопрос: Хотелось бы также узнать насчет допуска на соревнования. Школы просят делать допуски на соревнования врачей-педиатров, хотя по приказу это должны делать врачи по спортивной медицине.

А.И. Хрипун: В Москве есть физкультурные диспансеры, они работают. Направляйте детей туда.

Вопрос: Работа врача – участкового педиатра и врача неотложной помощи на дому связана с опасностями – нападения в подъездах и т.д. Возможно ли, что введут страхование жизни для врачей?

А.И. Хрипун: Данный вопрос активно обсуждается на всех уровнях. Сдвиги, скорее всего, произойдут. Будем заниматься.

Вопрос: Наша поликлиника расположена на границе с Московской областью, и многие родители хотят прикрепиться, несмотря на то что у них есть дети-инвалиды и дети до года, которые нуждаются в наблюдении на дому. Как мы должны поступать в этих ситуациях?

А.И. Хрипун: Вы не имеете права отказать родителям, но должны предупредить, что домой Вы приходить не будете. Если ребенок прикреплен к вам, но живет в Московской области и родители вызывают врача или бригаду неотложной помощи, то счет за услугу придет Московскому областному фонду, а из вашей поликлиники заберут деньги.

Вопрос: По поводу наблюдения и ведения детей с года и до 18 лет. Кто-то придумал, что ребенок может заболеть за месяц только три раза, а за профилактической помощью может обратиться только один раз. Только эти услуги прописаны.

А.И. Хрипун: Никакого ограничения в кратности приема быть не может. Если страховая компания упрекает Вас в этом или наказывает, она поступает неправильно. Я разберусь.

Вопрос: Много иногородних детей. Часто бывает ситуация, когда родители живут в Москве и работают уже 10 лет. Приехали из Владивостока, платят здесь подоходный налог. У них родились дети, и мы не можем выписать им ни лекарства, ни молочное питание, потому что они не москвичи.

А.И. Хрипун: Это региональная льгота, и осуществляется она из бюджета субъекта РФ.

Вопрос: Хотелось бы уточнить касательно тарификации в отделениях платных услуг. Я согласен, что цена оправданна. Например, оформление карты в сад, школу – 10 000 руб., но они проходят полный осмотр.

В частных клиниках – 2500 руб. Но без осмотра и с выездом на дом. Получается, дети качественно не осмотрены. А к нам они не обращаются из-за цены.

А.И. Хрипун: Введение платных услуг – это прерогатива самой медицинской организации и главного врача. Главный врач просто уведомляет Департамент об этом. Ценник на услуги мы не утверждаем, но, конечно, он не должен отличаться от коммерческих медицинских организаций в худшую сторону. А контролировать качество работы частных клиник мы не можем.

Источник: Департамент здравоохранения г. Москвы

Москва – город детства

Первый в истории Московский городской съезд педиатров под эгидой Правительства и Департамента здравоохранения Москвы состоялся 16–17 ноября 2015 года. Были подняты вопросы модернизации московского здравоохранения, качества оказания медицинской помощи, демографические показатели в регионе, грядущие изменения в системе последипломного образования и работы участковой педиатрической службы.

Елена Воронина, фото Олега Кирюшкина

Открывая съезд, заместитель мэра Москвы в Правительстве Москвы по вопросам социального развития Леонид Михайлович Печатников поблагодарил оргкомитет и Департамент Москвы за первый в истории съезд московских педиатров. «Я рассчитываю, что это собрание станет традиционным, и разговор между вами, коллегами, во многом определит развитие педиатрической службы на будущее», – подчеркнул Л.М. Печатников.

«Если нам есть чем гордиться в последние годы, то это то, что мы сумели сохранить педиатрическую службу», – заметил вице-мэр Москвы. «Общеизвестный факт, – продолжил он, – что западные коллеги пошли по пути семейных врачей и проиграли. Взрослый доктор не сможет заменить педиатра – это другой тип образования». Отдельно Леонид Михайлович коснулся проблемы дефицита кадров в участковом звене, который существовал всегда, и компенсировать который пока не удается. При этом наблюдается существенный профицит врачей некоторых специальностей: акушеров-гинекологов, стоматологов и ряда других.

В последние годы, продолжил Л.М. Печатников, большое внимание было уделено строительству новых детских стационаров в Москве. Новый многопрофильный лечебный корпус Морозовской детской городской клинической больницы, завершение строительства и запуск в строй которого должны состояться в конце 2016 г., будет рассчитан на 500 коек и оснащен самым современным оборудованием. Кроме того, на базе городской клинической больницы №67 им. Л.А. Ворохобова идет строительство перинатально-кардиологического центра. По заверению Л.М. Печатникова, стационары станут современными медицинскими центрами европейского уровня. Кроме того, закончен новый инфекционный корпус в Детской городской клинической больнице №9 им. Г.Н. Сперанского, в 2016 г. откроется несколько городских поликлиник, включая детские. «Несмотря на все сложности, мы развиваемся», – заверил вице-мэр.

Другой актуальной темой, по словам Л.М. Печатникова, является младенческая и материнская смертность, снижение которых в Москве наблюдается в последние четыре года. «Начиная с 2011 г., младенческая смертность, благодаря вашим усилиям, снизилась практически на 30%, – подчеркнул он. – Мы переоснастили акушерскую помощь. Это уже совершенно другие роддома с великолепными реанимационными отделениями, что позволило нам выхаживать по новым нормам живорожденности. По некоторым демографическим показателям Москва существенно ушла вперед от средних российских показателей, вплотную приблизившись или соответствуя уровню западноевропейских стран».

При анализе демографических данных по городу было выявлено неожиданное увеличение показателей смертности за счет роста числа несчастных случаев среди подростков 13–14 лет, что связано с занятием экстремальным видом передвижения. «Мода на зацеперов оказалась настолько серьезной, что, по итогам анализа, московское правительство приняло решение о внесении в городской Кодекс административных нарушений наказания и штрафа для родителей, чьи дети задержаны на железной дороге в неположенных местах. За этих детей должны нести ответственность родители», – отметил Леонид Михайлович.

Леонид Михайлович Печатников

«В целом, мы удовлетворены работой педиатрической службы», – подводя итог, отметил Л.М. Печатников, выразив надежду, что по итогам съезда будут выработаны рекомендации для Департамента здравоохранения.

От имени организаторов мероприятия участников съезда приветствовал министр Правительства Москвы, руководитель Департамента здравоохранения Алексей Иванович Хрипун, который отметил, что съезд – это лишь начало разговора о том, куда и каким образом необходимо двигаться. «Департамент здравоохранения Москвы в настоящий момент завершает анализ ситуации в детских городских поликлиниках, по результатам которого будет сформирован комплекс мероприятий, направленных на совершенствование их работы, который не подразумевает резких решений», – подчеркнул и заверил он. В этой связи запланирован целый ряд обсуждений и общественных слушаний, а в январе месяце будущего года должен стартовать аутсорсинговый интернет-проект. Планируемые мероприятия предполагают изучение общественного мнения в большом масштабе. «Мы часто с Леонидом Михайловичем Рошалем говорим на эту тему, доминирующим фактором в принятии решений должно быть профессиональное мнение, поэтому будем встречаться на круглых столах, совещаниях и обсуждать. Любые предложения будут ценны», – заверил Алексей Иванович.

Одна из тем, которую затронул А.И. Хрипун, – увеличение обращаемости в московские поликлиники и маршрутизация пациентов. «В отдельные дни текущего года, – отметил он, – обращаемость самотеком в Морозовскую больницу достигает 50%, что говорит о том, что работа по маршрутизации требует серьезной коррекции».

Игорь Ефимович Колтунов, главный внештатный специалист педиатр Департамента здравоохранения, главный врач Морозовской детской городской клинической больницы поздравил врачей с открытием съезда и в ответ на представленные руководителем Департамента данные отметил, что самотек является следствием модернизации здравоохранения. Во всех крупных детских стационарах круглосуточно работают компьютерная томография, УЗИ, рентген, биохимическая лаборатория, подчеркнул он.

В приветственном слове «главный детский доктор страны» Леонид Михайлович Рошаль, президент Национальной медицинской палаты, директор ГБУЗ «НИИ неотложной детской хирургии и травматологии ДЗМ» отметил: «Руководство Москвы рассказывает нам про педиатрию – это только плюс ему. Мы можем гордиться педиатрией Москвы, в этом никаких сомнений нет».

Продолжая диалог, он отметил ключевые темы, которые требуют дальнейшего обсуждения и принятия решений: сохранение педиатрической и участковой службы, увеличение бюджета и расходов на здравоохранение в 2016 г.

Заместитель председателя Комитета Совета Федерации по социальной политике Людмила Вячеславовна Козлова поддержала выступающих, но высказала тревогу по поводу качества и доступности медицинской помощи. «Когда есть дефицит кадров, не может быть хорошего качества и доступности медицинской помощи, – подчеркнула она. – Национальный проект «Здоровье» дал возможность построить новые лечебно-профилактические учреждения, отремонтировать и оснастить старые, но основное – это кадры». Основная задача на сегодняшний момент, продолжила сенатор, это ликвидация дефицита кадров, повышение качества образования, престижности специальности и базовых окладов врачам. «Давайте все-таки, реформируя, стоять на земле и слышать друг друга», – сказала в заключение сенатор.

На правах бывшего внештатного специалиста педиатра Департамента здра-

воохранения, полномочия которого он выполнял в течение 15 лет, академик РАН Александр Григорьевич Румянцев, генеральный директор ФНКЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева в своем выступлении провел анализ достижений московской педиатрии, работы участковой педиатрической службы и наметил пути решения ряда проблем.

«Произошли серьезные изменения правовых основ, – отметил он, – среди которых – конституционно закрепленная ответственность семьи за ребенка, реорганизация поликлиник в связи с передачей подростков в амбулаторную педиатрическую сеть, пренатальный государственный скрининг и диспансеризация детского населения, изменения в системе медицинского страхования и многое другое. Законодательно утвержден порядок оказания первичной медико-социальной медицинской помощи и базового образования в области педиатрии».

«Москва – город детства, – отметил Александр Григорьевич, – в котором проживает около 1 800 000 детей, с учетом Московской области – около 3 млн детей, что составляет около 10% детского населения страны. Участковый врач был в советское время и должен оставаться. Попытка повторить дифференциацию взрослой и детской службы по одному

Александр Григорьевич Румянцев

сценарию – принципиально неправильна. В области высокотехнологичной помощи и лечения пациентов мы имеем парадигму – излечение, а терапевты – качество жизни», – подчеркнул он.

Взаимоотношения с узкими специалистами, по мнению А.Г. Румянцева, тоже являются предметом обсуждения: «Узкий специалист – это консультант участкового врача, который дирижирует оркестром». При этом участковый врач проходит эволюцию от участкового до врача обучающего. «Большое заблуждение, – подчеркнул академик А.Г. Румянцев, – что участковый врач лечит на дому, он обучает маму и семью лечению, ведению пациента, контролирует детей из групп риска, которых насчитывается до 60–70%».

Одна из проблем, с которой столкнется педиатрическая служба, – изменение системы последипломного образования врачей. «В этом году мы переживаем тяжелейший вариант – выпускники, получившие диплом, сразу же идут работать в сеть педиатрами. Фактически, 25-летний опыт подготовки врачей нарушен, – отметил Александр Григорьевич. – Когда я учился в институте, у меня была полноценная санитарная, сестринская и врачебная практика. Выпускаясь из института, я мог сделать аборт, простейшую операцию, мог выйти в поликлинику, на дом, провести первичный патронаж ребенка, провести ребенка с инфекционным заболеванием в поликлинике. Представьте себе, что сейчас этого ничего нет. Думаю, мы будем иметь проблемы, связанные с тем, что образовательная система не даст нам на постдипломном уровне готовить специалистов».

Игорь Ефимович Колтунов отметил, что новый корпус Морозовской больницы строится не вместо каких-то больниц и отделений, а в дополнение. В нем, в том числе будут представлены отделения трансплантации костного мозга, онкогематологии и гематологии, что было бы невозможно без поддержки академика Александра Григорьевича Румянцева

Отдельно А.Г. Румянцев коснулся достижений московской педиатрической службы: сохранение показателей здоровья детей в тяжелый период 90-х гг., в период перехода на страховую медицину, снижение младенческой и детской смертности, которое наблюдаем в течение последнего десятилетия. Оптимизирована система выхаживания недоношенных детей, включая детей с экстремально низкой массой тела. Это стало возможным за счет укрепления родильных домов и отделений реанимации, обеспечения сурфактантом родильных отделений. «В Москве была организована специальная служба катамнеза за детьми с перинатальными расстройствами, принципы диспансерного наблюдения детей с перинатальными расстройствами еще предстоит сформулировать», – отметил он.

Академик А.Г. Румянцев обозначил задачи на будущее, требующие решения: снижение детской смертности от онкологических и гематологических заболеваний, организация управляемого пренатального скрининга, включая опережающий скрининг на первичные иммунодефициты и нарушение клеточной регуляции, который поможет своевременно выявить группу детей, требующую наблюдения, и многое другое.

«Для успешного внедрения поставленных задач должны быть подготовлены стандартные операционные процедуры, клинические рекомендации, протоколы, межведомственные стандарты», – обозначил пути решения проблемы А.Г. Румянцев. Клинические рекомендации должны пересматриваться ежегодно, и в электронном виде быть доступны врачу.

Подводя итог состоявшейся дискуссии, вице-мэр Москвы Леонид Михайлович Печатников сказал: «Я очень рад, что с первой минуты, вместо торжественных приветствий и аплодисментов, у нас завязался профессиональный разговор. Мы все здесь – профессионалы, не важно – чиновники или нет. Все мы, здесь сидящие – врачи. Никто не собирается уничтожать, то, что создано. Педиатрическая служба – это то, что создавалось на протяжении многих лет. Не нами создано, чтоб ее разрушать, но реформировать придется».

НОВОСТИ

У недоношенных детей чаще развивается синдром дефицита внимания с гиперактивностью

Преждевременные роды влияют на головной мозг детей. К таким выводам пришли исследователи из Медицинской школы Вашингтонского университета (Washington University School of Medicine), которые изучили головной мозг младенцев, родившихся вовремя, и тех детей, которые появились на свет на 10 недель раньше срока. Процедуре МРТ подверглись 58 доношенных детей и 76 недоношенных младенцев. Оказалось, что у детей, родившихся в срок, в зонах головного мозга, ответственных за эмоции и обучение, было гораздо больше связей, чем у недоношенных малышей. Больше всего различий было выявлено в лобно-теменной части мозга, что существенно повышает риск развития синдрома дефицита внимания и гиперактивности, а также расстройств аутистического спектра у недоношенных детей.

Синтия Роджерс (Cynthia Rogers) и ее коллеги объясняют, что в первые месяцы жизни мозг младенцев очень пластичен, и своевременно начатая ранняя терапия поможет избежать развития возможных неврологических проблем в будущем. В ближайшее время они планируют разработать критерии, помогающие оценить вероятность возникновения психологических нарушений у недоношенных детей.

Источник: http://medportal.ru/

Ученые выяснили, как влияет завтрак на успеваемость школьника

Новое исследование ученых из Университета Кардиффа продемонстрировало прямую связь между качеством завтрака школьника и его уровнем успеваемости. Результаты своих исследований авторы опубликовали в журнале Public Health Nutrition. В исследовании приняли участие 5 тысяч детей от 9 до 11 лет из сотни начальных школ Великобритании. Ученые изучили рацион питания школьников, а также следили за их оценками в течение 6–18 месяцев. Исследование показало, что дети, хорошо позавтракавшие с утра, имеют в два раза больше шансов добиться высокой успеваемости по сравнению со своими сверстниками, обходящимися без завтрака.

При этом нездоровый завтрак, утверждают ученые, не оказывает положительного влияния на успехи ребенка в школе. При этом каждый пятый ребенок, участвовавший в исследовании, рассказал, что завтракает сладостями и чипсами.

Результаты исследования, отмечают ученые, заставляет задуматься о необходимости введения завтраков в школе.

Источник: http://doctorpiter.ru

Московская педиатрия: достижения, проблемы, пути развития

Первый Московский городской съезд педиатров (16–17 ноября 2015 г.) начался с обсуждения ведущими экспертами и руководителями Правительства и Здравоохранения Москвы животрепещущих тем организации столичного здравоохранения, успехов и проблем столичной педиатрии. Научная программа съезда включала в себя актуальные вопросы эпидемиологии, диагностики и терапии заболеваний, преемственности в работе амбулаторной и стационарной служб в системе здравоохранения Москвы. Принципы развития медицинской помощи детям и подросткам обсудили главные специалисты Минздрава РФ и Департамента здравоохранения Москвы.

Елена Воронина, фото Олега Кирюшкина

Научная часть съезда открылась образовательным семинаром главных врачей детских стационаров «Специализированная медицинская помощь детям и подросткам в городских медицинских организациях Москвы. Вчера, сегодня, завтра» под председательством Президента Национальной медицинской палаты, директора Научно-исследовательского института неотложной детской хирургии и травматологии Департамента здравоохранения г. Москвы, профессора Леонида Михайловича Рошаля.

Неотложная хирургическая помощь

Ольга Витальевна Карасева, заместитель директора НИИ детской хирургии и травматологии по науке, д.м.н., руководитель отдела сочетанной травмы, анестезиологии-

Леонид Михайлович Рошаль

реанимации остановилась на вопросах организации хирургической неотложной помощи детям, уточнив, что это огромный пласт заболеваний – от острого живота до обширных травм. Стратегией развития специализированного стационара в настоящий момент является оптимизация всех направлений работы и создание замкнутого цикла хирургической помощи, начиная с догоспитального этапа и заканчивая катамнестическим наблюдением, отметила она. Особенностью стационара с неотложной хирургической помощью является одновременное проведение диагностических, реанимационных и лечебных мероприятий. «Золотой час в неотложной хирургии крайне важен», – подчеркнула О.В. Карасева. Другой важной задачей любого педиатрического стационара является создание адекватной психолого-эмоциональной среды для ребенка.

Приоритетными направлениями стационара, оказывающего неотложную хирургическую помощь детям, являются: применение малоинвазивных технологий (лапароскопия, нейроэндоскопия и др.), ранняя хирургическая реабилитация и многопараметрический мониторинг анестезии и реанимационного периода. Ранняя хирургическая реабилитация включает в себя проведение большинства реконструктивно-пластических операций до выписки ребенка из стационара и коррекцию утраченных функций, произошедших в результате травмы.

О.В. Карасева остановилась на проблеме, объединяющей хирурга и педиатра – проблеме острого живота, отметив при этом, что хирургических причин острого живота значительно меньше, чем соматических. Ольга Витальевна еще раз напомнила соматическую патологию, которая дает клиническую картину острого живота: функциональные нарушения ЖКТ (более 50%), заболевания органов дыхания (около 25%), неспецифический мезаденит (около 11%) и ряд других патологий. «При этом именно неспецифический мезаденит заставляет хирурга идти на инвазивную диагностику в связи с отсутствием объективного метода подтверждения или исключения диагноза. УЗИ может диагностировать мезаденит, но УЗИ не может на 100% исключить деструктивный аппендицит, – объяснила она причину этого и продолжила. – Это сложно сделать хирургам, еще сложнее педиатрам».

Какие проблемы еще остались нерешенными для хирурга и педиатра? В 75% случаев при аппендикулярном перитоните дети поступают в клинику спустя 24 часа от начала заболевания, подчеркнула докладчик основную проблему преемственности амбулаторной и стационарной служб. Ее поддержал Леонид Михайлович Рошаль: «Несмотря на нашу профилактическую работу, эта цифра не меняется годами. В большинстве случаев это связано с поздним обращением родителей, но 15% – это врачебные ошибки как на догоспитальном, так и на стационарном этапе».

> «Важной задачей любого педиатрического стационара является создание адекватной психолого-эмоциональной среды для ребенка»

Ольга Витальевна отметила, что в настоящий момент неотложная абдоминальная хирургия – в большинстве своем лапароскопическая, что свело практически на нет случаи спаечной кишечной непроходимости.

В заключение доклада О.В. Карасева остановилась на проблеме инвагинации кишечника у детей, причиной которой, по последним данным, являются острые неспецифические мезадениты. Леонид Михайлович Рошаль продолжил тему инвагинации кишечника, отметив, что проблема у детей первого года жизни, как правило, связана с введением прикорма. Основной проблемой он видит поступление ребенка с клиникой инвагинации более чем через 24 часа от начала заболевания, что связано с работой педиатрической службы.

Елена Александровна Дегтярева

Врожденные пороки сердца

Елена Александровна Дегтярева, главный врач детской инфекционной клинической больницы №6, профессор, академик РАЕН, вице-президент Российской ассоциации детских кардиологов в своем докладе отметила, что ситуация для участкового педиатра будет усугубляться с каждым днем. «Это связано с тем, что выписка из родильного дома будет происходить через два часа или на вторые сутки. При этом критические врожденные пороки сердца манифестируют клинически, начиная с третьих суток. Это потребует определенных знаний и определенных организационных мер», – подчеркнула она.

«Врожденные пороки – важная проблема в структуре смертности», – отметила Е.А. Дегтярева, приведя данные статистики: 50% случаев смерти на дому или досуточная летальность в госпитале приходятся на недиагностированные критические врожденные пороки сердца.

Возможности хирургической коррекции полностью определяют прогноз и реабилитационный потенциал. «В настоящий момент мы сформулировали все критерии реабилитационного потенциала, передали их профессору Батышевой, разработали и сдали в Минздрав технологическую карту», – отметила Елена Александровна.

Антонина Ивановна Чубарова, профессор, главный внештатный специалист неонатолог Депаратамента здравоохранения Москвы, главный врач Детской городской клинической больницы №13 им.

Внебольничные и госпитальные пневмонии у детей занимают 3-е место в структуре причин смерти после внешних причин и пороков развития

Н.Ф. Филатова отметила важность преемственности служб в диагностике пороков сердца: «В прошлом году принят приказ о неонатальном кардиоскрининге: первый этап проводится в родильном доме, второй – в поликлинике. Проводить его нужно не формально, кардиоскрининг представляет собой простейшие манипуляции».
Профессор А.И. Чубарова продолжила образовательный семинар докладом по клинической манифестации и диагностике врожденных заболеваний кишечника.
Одной из главных проблем, озвученной неоднократно в ряде выступлений съезда, – преемственности стационарной и амбулаторной педиатрической медицинской помощи в Москве, был посвящен доклад профессора Анатолия Александровича Корсунского, главного врача Детской городской клинической больницы №9 им. Г.Н. Сперанского.

Пневмонии у детей

Внебольничные и госпитальные пневмонии у детей были темой ряда докладов съезда. Марина Сергеевна Савенкова, профессор, заведующая курсом функциональной диагностики детского возраста кафедры функциональной диагностики ФПДО РНИМУ им. Н.И. Пирогова отметила, что, по данным Минздрава, внебольничные и госпитальные пневмонии у детей занимают 3-е место в структуре причин смерти после внешних причин и пороков развития. С другой стороны, отметила М.С. Савенкова, в период с 1995 по 2012 гг. произошло снижение смертности от пневмонии среди детей первого года жизни с 16,1 до 2,7 на 10 000 родившихся живыми. Среди факторов риска формирования тяжелых пневмоний она отметила позднее обращение за медицинской помощью (позже 3 суток), позднее поступление в стационар и неадекватное начало антибактериальной терапии.
По данным ERS Pediatric Respiratory Medicine, возбудителями пневмонии у детей, наряду с бактериями, могут быть вирусы: РС-вирус, гриппа, парагриппа и метапневмовирус. Диагностика внебольничной пневмонии, летальность при которой у детей может составлять от 25 до 50%, должна включать не только исследования на выявление бактериальных возбудителей, но и экспресс-тесты на легионеллез. У лиц с выраженными нарушениями иммунитета необходимо проводить исключение легионеллезной, пневмоцистной и герпесвирусной инфекций, а также микоплазменной и хламидийной инфекций.
Кроме того, во время сезонного подъема заболеваемости гриппом и ОРВИ рекомендуется методом мультиплексной ПЦР проводить диагностику на выявление различных видов респираторных вирусов, что связано со смешанной этиологией пневмоний у детей (методические указания МУК 4.2.3115-13).
По рекомендациям ERS Pediatric Respiratory Medicine, при пневмониях у детей необходимо исследование мокроты и эндотрахеального аспирата. При этом порогом заражения считается уровень микроорганизмов 10^5 КОЕ в 1 мл (эндотрахеальный аспират) и 10^4 КОЕ в 1 мл (бронхиальный образец). При использовании мультиплексных панелей на целевые возбудители и детекции количества бактерий, плотность 8000 копий пневмококка в 1 мл является маркером пневмонии.

Спектр болезней, требующих паллиативной медицинской помощи в детском и подростковом возрасте:
30% – неонатальные состояния
44% – врожденные пороки развития
12% – болезни нервной системы
8% – злокачественные новообразования и др.

Репродуктивное здоровье

О репродуктивном здоровье девочек и подростков в Москве и перспективах развития профильной специализированной помощи рассказала главный внештатный специалист гинеколог детского и юношеского возраста, заведующая отделением детской гинекологии Морозовской детской городской клинической больницы, профессор Елена Викторовна Сибирская. По ее словам Москва, Московская область и Центральный регион России относятся к зонам дефицита йода. В этой связи для девочек характерны: гипофункция щитовидной железы и запаздывание полового развития с наступлением менархе в 16–18 лет, ювенильная дисфункция яичников, нарушения менструального цикла, которые могут повлечь за собой аномальные маточные кровотечения пубертатного периода.
«На базе Морозовской детской городской клинической больницы, помимо существующего отделения, создан репродуктивный центр, где на сегодняшний момент обследованы более 3000 девушек», – отметила она. В репродуктивном центре Морозовской ДГКБ работает школа репродуктивного здоровья детей и подростков.

Москва, Московская область и Центральный регион России относятся к зонам дефицита йода. В этой связи для девочек характерны гипофункция щитовидной железы и запаздывание полового развития с наступлением менархе в 16–18 лет

Антонина Ивановна Чубарова

Елена Викторовна обозначила возрастные границы и ситуации, когда ребенок должен быть направлен на консультацию к гинекологу: профилактические осмотры в 3, 7, 11–12 и 14 лет (на основании Приказа №572Н от 12.11.2012 года), при жалобах на неспецифические выделения из половых путей и болях в животе. Изменение формы и размеров живота, появление признаков полового развития до 8 лет, отсутствие вторичных половых признаков в возрасте 12–13 лет и менструации в возрасте старше 15 лет также являются показаниями для немедленной консультации гинеколога. Кроме того, врачебного контроля требуют случаи ожирения или дефицита массы тела в период полового созревания, задержки физического развития, состояния после лапаротомии и длительно текущие экстрагенитальные заболевания, включая туберкулез и ревмокардит.
Продолжил тему репродуктивного здоровья детей профессор Дмитрий Игоревич Тарусин, руководитель Центра детской и подростковой андрологии, подчеркнув, что в России сейчас существует специализированный Институт охраны репродуктивного здоровья мальчиков и юношей-подростков. Д.И. Тарусин обозначил серьезные проблемы, существующие в столичном и российском здравоохранении, которые связаны с нарушением первичной выявляемости заболеваний. «По приказу №1346Н от 21 декабря 2012 года, в течение первых 3 лет отсутствуют осмотры мальчиков урологом-андрологом, то есть от момента первого до второго профилактического осмотра проходит 4 года, что приводит к пропуску врожденных пороков развития», – отметил он. Кроме того, детские урологи-андрологи были исключены из системы первичной записи, что приводит к тому, что дети чаще попадают в зону внимания детских хирургов и педиатров, а не узких специалистов.

Паллиативная помощь

Главный внештатный специалист по паллиативной помощи Минздрава РФ, главный врач хосписа №1 г. Москвы, к.м.н. Диана Владимировна Невзорова отметила изменения, последовавшие за принятием Федерального закона 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», который ввел паллиативную помощь как отдельный вид медицинской помощи.
Текущая система организации паллиативной медицинской помощи в Москве детям включает 67 коек для детей с паллиативными заболеваниями, из них 30 коек в Морозовской ДГКБ. «Всю систему паллиативной помощи детям мы построили, теперь ее нужно наполнить смыслом, чем мы сейчас и занимаемся», – отметила она.
Елена Александровна Дегтярева, подводя промежуточные итоги, подчеркнула ситуацию, сложившуюся в столичном и российском здравоохранении: «Сейчас радикально меняется ситуация. В результате модернизации практическое здравоохранение блестяще оснащено. Проблема порой – в нехватке специалистов, в том числе и в федеральных центрах. Это говорит о том, что ситуации, когда практическая медицина и федеральная медицина были неравнозначны, уходят в прошлое».

Итоги работы экспертной группы Аттестационной комиссии «Педиатрия», «Неонатология»

И.Е. Колтунов[1], И.П. Витковская[2], М.В. Толстых[2]
[1] Морозовская детская городская клиническая больница Департамента здравоохранения г. Москвы
[2] Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы

Динамичное развитие медицины в России, постоянно увеличивающийся объем информации, улучшение специализированной помощи населению делают необходимым регулярное повышение уровня профессиональных знаний медицинских работников.

После завершения обучения в высшем профессиональном учебном заведении совершенствование медицинского работника продолжается в течение всей жизни. Согласно определению, принятому ВОЗ еще в 1980 году, основной задачей медицинского специалиста является постоянное повышение компетентности в повседневной работе, что имеет особо существенное значение в период реформ.

В целях определения уровня теоретических знаний и практических навыков, необходимых для выполнения профессиональных обязанностей по соответствующим специальностям и должностям, проводится аттестация для получения квалификационной категории (далее – аттестация). Аттестация – квалификационный экзамен включает в себя экспертную оценку отчета о профессиональной деятельности специалиста, тестовый контроль знаний и собеседование.

Порядок и сроки прохождения аттестации для получения квалификационной категории утверждены Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23 апреля 2013 года № 240н «О порядке и сроках прохождения медицинскими работниками и фармацевтическими работниками аттестации для получения квалификационной категории».

Аттестация на присвоение квалификационной категории является добровольной, проводится по специальностям и должностям, предусмотренным соответствующими номенклатурами (приказы Минздрава России от 07.10.2015 № 700н «О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование» и от 20 декабря 2012 года № 1183н «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников»).

Процедура аттестации осуществляется только на основании личного заявления специалиста и проводится по трем квалификационным категориям: вторая, первая, высшая.

Квалификационные категории присваиваются специалистам с высшим медицинским образованием, занимающим должности в медицинских организациях, имеющим достаточный уровень теоретической подготовки и практических навыков и имеющим стаж работы по специальности:

вторая – не менее трех лет;

первая – не менее пяти лет;

высшая – не менее семи лет.

По желанию, специалист может получить квалификационную категорию по специальностям, соответствующим как основной, так и совмещаемой должностям.

Присвоенная квалификационная категория действительна на всей территории Российской Федерации в течение пяти лет со дня издания распорядительного акта о присвоении. Аттестация проводится один раз в пять лет.

Для проведения аттестации специалистов Департаментом здравоохранения города Москвы создана территориальная аттестационная комиссия (приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 03.12.2013 № 1174 «Об Аттестационной комиссии Департамента здравоохранения города Москвы»).

В настоящее время Аттестационная комиссия Департамента здравоохранения города Москвы состоит из экспертных групп и Координационного комитета аттестационной комиссии, осуществляющего координацию работы экспертных групп и утверждение (изменение) принятых ими решений.

Экспертные группы, уполномоченные проводить оценку профессиональных знаний и присвоение квалификационных категорий по соответствующим специальностям, утверждены приказом Департамента здравоохранения города Москвы от 30.01.2015 г. № 52 «О совершенствовании работы Аттестационной комиссии Департамента здравоохранения города Москвы».

20.04.2015 г. приказом Департамента здравоохранения города Москвы № 313 «О внесении изменений в приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 30.01.2015 № 52» изменен состав экспертной группы «Педиатрия», «Неонатология» и ее местонахождение.

В состав экспертной группы вошли главные внештатные детские специалисты

Состав экспертной группы Аттестационной комиссии «Педиатрия», «Неонатология»

№ п/п		
1	**Колтунов Игорь Ефимович**	Главный внештатный специалист педиатр ДЗМ, главный врач ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ», д.м.н., профессор, заслуженный врач РФ
2	**Чубарова Антонина Игоревна**	Главный внештатный специалист неонатолог ДЗМ, главный врач ГБУЗ «ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова ДЗМ», д.м.н., профессор
3	**Петряйкина Елена Ефимовна**	Главный внештатный детский специалист эндокринолог, д.м.н., профессор, первый заместитель главного врача ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ»
4	**Делягин Василий Михайлович**	Заведующий отделом клинической физиологии, заведующий отделением функциональной диагностики Федерального научно-клинического центра детской гематологии, онкологии и иммунологии МЗ РФ, академик РАЕН, д.м.н.
5	**Блохин Борис Моисеевич**	Руководитель научно-образовательного инновационного центра «Неотложные состояния в педиатрии», заведующий кафедрой поликлинической и неотложной педиатрии, научный руководитель Детского медицинского центра ГМУ Управления Делами Президента РФ, профессор, д.м.н., заслуженный врач РФ
6	**Дегтярева Елена Александровна**	Главный врач ГБУЗ ДИКБ № 6 ДЗМ, д.м.н., профессор, академик РАЕН, заслуженный врач РФ
7	**Алиева Эльмира Ибрагимовна**	Главный внештатный детский специалист гастроэнтеролог ДЗМ, заведующая кафедрой педиатрии с курсом детской хирургии ГКА им. Маймонида, заведующая отделением гастроэнтерологии ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ», врач-гастроэнтеролог высшей категории, д.м.н., профессор
8	**Османов Исмаил Магомедович**	Главный внештатный детский специалист нефролог, главный врач ГБУЗ «ДГКБ им. З.А. Башляевой ДЗМ», д.м.н., профессор
9	**Жолобова Елена Спартаковна**	Главный внештатный детский специалист ревматолог, руководитель Центра детской ревматологии ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ», д.м.н., профессор
10	**Мазанкова Людмила Николаевна**	Главный внештатный специалист по инфекционным болезням у детей, заведующая кафедрой детских инфекционных болезней ГОУ ДПО РМПАПО, заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор
11	**Витковская Ирина Петровна**	Заведующая Организационно-методическим отделом по педиатрии г. Москвы, ГБУ «НИИ ОЗММ ДЗМ»

Департамента здравоохранения города Москвы по аттестуемым специальностям.
В настоящее время экспертная группа «Педиатрия» и «Неонатология» проводит оценку знаний на присвоение квалификационной категории по следующим специальностям:
Педиатрия
Неонатология
Аллергология и иммунология
Детская эндокринология
Инфекционные болезни
Детская кардиология
Гастроэнтерология
Пульмонология
Нефрология

Процедура присвоения квалификационной категории медицинским работникам состоит из трех этапов:
I этап – тестирование;
II этап – предоставление отчета о профессиональной деятельности специалиста;
III этап – определение уровня теоретических знаний и практических навыков специалиста (экзамен).
I этап проходит в ГОБУ «Центр повышения квалификации Департаментом здравоохранения города Москвы», а II и III этап процедуры присвоения квалификационной категории осуществляются в ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ», по адресу: г. Москва, ул. 4-й Добрынинский переулок, дом 1/9.
Специалисты, успешно прошедшие I, II и III этапы присвоения квалификационной категории, получают удостоверение установленного образца.
Всю информацию о необходимых документах, графике работы экспертной группы, контактные телефоны можно найти на сайте www.mdgkb.com в разделе «Обучение».
В 2015 году измененным составом экспертной комиссии, на базе ГБУЗ «Морозовская детская городская клиническая больница Департамента здравоохранения города Москвы» было проведено шесть заседаний (12.05.2015, 16.06.2015, 16.09.2015, 14.10.2015, 11.11.2015 и 10.12.2015 гг.)
За отчетный период (с мая по декабрь 2015 г.) комиссией аттестовано 219 человек, из них 53% первично и 47% повторно.
Вторая квалификационная категория присвоена 6,8%, первая – 19,2%, высшая – 74%.
Структура присвоения квалификационной категории по специальностям:
Педиатрия – 78,1%
Неонатология – 13,1%
Аллергология и иммунология – 2,3%
Гастроэнтерология – 1,8%
Пульмонология – 1,8%

Распределение результатов аттестации по специальностям и категориям за период с 01.05.2015 г. по 01.01.2016 г.

Специальность	Категория							
	всего		высшая		первая		вторая	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Педиатрия	171	78,1	126	73,7	36	21,1	9	5,3
Неонатология	30	13,7	28	16,4	2	1,2	0	0,0
Аллергология-иммунология	5	2,3	2	1,2	1	0,6	2	1,2
Гастроэнтерология	4	1,8	2	1,2	1	0,6	1	0,6
Пульмонология	4	1,8	2	1,2	0	0,0	2	1,2
Нефрология	2	0,9	1	0,6	1	0,6	0	0,0
Детская эндокринология	1	0,5	1	0,6	0	0,0	0	0,0
Детская кардиология	2	0,9	0	0,0	1	0,6	1	0,6
Инфекционные болезни	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Всего	**219**	**100,0**	**162**	**74,0**	**42**	**19,2**	**15**	**6,8**

Нефрология – 0,9%
Детская кардиология – 0,9%
Детская эндокринология – 0,5%.
На основании имеющихся данных можно сделать вывод, что современная доступность к медицинским научным материалам, множественным курсам повышения квалификации, специализированные конференции, съезды и мастер-классы имеют положительное влияние и стимулируют специалиста к самостоятельному росту повышения квалификации, что отражается в увеличении присвоений квалификационных категорий.

НОВОСТИ МОСКВЫ

В столице завершилась подача идей для краудсорсинг-проекта «Детские поликлиники»

Более 10 000 идей предложили участники краудсорсингового проекта «Детские поликлиники», стартовавшего в Москве 25 января.
В рамках проекта участники обсуждали доступность и качество услуг в детских поликлиниках, эффективность работы участковых педиатров, меры повышения комфортности пребывания в медучреждении, информационную открытость и обратную связь с родителями и подростками.
На сайте crowd.mos.ru 1 февраля завершился самый длительный этап – «Генерация предложений», в ходе которого была предложена 10 341 идея. Эксперты проекта анализируют полученные предложения, и уже 4 февраля лучшие из идей будут представлены на этап голосования.
Депутат Московской городской думы, главный внештатный специалист по оказанию первичной медико-санитарной помощи детям Департамента здравоохранения Лариса Картавцева уверена, что большинству москвичей небезразлично то, каким будет детское медучреждение. «Первое – это комфортность пребывания в детской поликлинике. Здесь пойдет речь об игровых островках, мебели, о том, нужны ли телевизоры, какие программы по ним транслировать. Второе направление – повышение качества обслуживания. Вопросы о медицинском этикете и скриптах поведения врачей давно назрели. Ну и третье направление – повышение удобства работы службы вызова на дом. Во всех взрослых поликлиниках в прошлом году начали свою работу мобильные бригады терапевтов. Это позволило значительно увеличить не только скорость оказания первичной медицинской помощи, но и время работы участковых терапевтов, тем самым повысив доступность записи к ним», – отмечает Картавцева.
Среди наиболее популярных идей, выдвинутых пользователями, можно назвать разделение потока детей и создание выездных бригад для пациентов старше 8 лет.
Участники проекта вынесли на обсуждение инициативу по разделению входов для детей, которые пришли за справками о выздоровлении или же посетили врача с профилактической целью, и маленьких пациентов, к примеру, страдающих ОРЗ. Родители в рамках обсуждения предложили оставить выезды участковых врачей только для самых маленьких пациентов (ориентировочно до 8 лет), а к остальным направлять выездные бригады. К детской поликлинике прикреплены и грудные дети, и 14–18-летние подростки, последние обычно не придают особого значения тому, кто из педиатров приходит на дом.
Всего в проекте «Детские поликлиники» зарегистрировались 12 555 человек, которые выдвинули более 10 000 идей, оставили свыше 200 постов и 11 000 комментариев по вопросам повышения качества работы детских поликлиник.

Об организационных мероприятиях, проводимых в детских поликлиниках, рассказала главный врач ДГП № 125 Татьяна Михайловна ВАСИЛЬЕВА.
– Татьяна Михайловна, в вашей поликлинике внедряется комплекс новых мероприятий по улучшению качества работы. Расскажите о них подробнее, пожалуйста.
– Да, разработка комплекса организационных мероприятий началась в нашей поликлинике. Сейчас эти новации апробируются еще в некоторых детских поликлиниках столицы.
– О каких изменениях идет речь?
– У нас реорганизована регистратура, родителям не нужно ходить за картами, стоять в очереди. Карты разносят по кабинетам перед приемом у врача. В холле поликлиники организован так называемый «ресепшн», где можно получить консультацию о графике работы врачей и записаться на прием. Кроме того, в поликлинике появились аппараты с напитками и сладостями, а также зоны комфортного пребывания, где дети могут поиграть, посмотреть мультфильмы, а родители – выпить чай, кофе, покормить ребенка. Также были организованы комнаты для грудного вскармливания детей.
Кроме того, в туалетных комнатах по просьбе родителей мы поставили пеленальные столики. Помимо этого, теперь в нашей поликлинике разделены потоки: кабинеты, где принимают больных и здоровых детей, находятся в разных «крыльях» здания. Открыли кабинет «Здоровое детство», где можно получить необходимые справки в школу, в детский сад, направление на прививки.
– У вас есть еще и кабинет «Здоровый ребенок». Чем он отличается от «Здорового детства»?
– Кабинет «Здоровый ребенок» предназначен для родителей с малышами, здесь принимают детей в возрасте до 3 лет. Прием ведет медицинская сестра, которая помогает родителям, обучая их правильному уходу за ребенком: гигиена, зарядка, навыки кормления, купания. Здесь им покажут комплекс специальных массажей, лечебной физкультуры, объяснят, как правильно кормить ребенка, как развивать определенные навыки.
– Как изменилась работа участковых педиатров с началом эксперимента?
– Они стали больше времени уделять пациентам. Их значительно разгрузил от бумажной работы кабинет «Здоровое детство». Кроме того, в поликлиниках работает еще и дежурный врач, попасть к которому можно с острыми заболеваниями и прямо в день обращения.
– Что Вы ожидаете от краудсорсинга, который начинается в столице?
– Запускается краудсорсинговый проект «Детские поликлиники», в котором москвичи на портале crowd.mos.ru смогут высказать свои предложения о том, как должны развиваться лечебные учреждения. Мы очень рассчитываем на идеи и предложения горожан.
– Продолжат ли участковые врачи-педиатры ходить по вызовам на дом?
– Да, обязательно продолжат. Большинство родителей хотят, чтобы за здоровьем ребенка следил участковый педиатр, который наблюдал его с раннего детства.

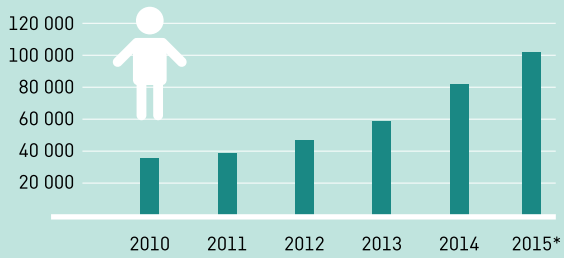
ОБРАЗОВАНИЕ

Открытый медико-психологический университет совместно с Европейской конфедерацией психоаналитической психотерапии приглашает врачей и медработников с высшим образованием на обучение по программе «Теория и практика психоаналитической психотерапии»

Кто, как не врачи, знают, как важно определить, что происходит с человеком, чтобы ему помочь? Однако «соматической» картины часто оказывается недостаточно. Но как понять, что происходит с психикой человека, особенно, если он сам этого не осознает? Как найти язык общения с бессознательным? Какова структура психики и как она развивается (в норме и при психопатологии)? Как психическая жизнь человека влияет на его здоровье? Как понять жалобы пациента, его отношения с врачом и мотивы лечения? Именно на эти вопросы отвечает психоанализ.
Основная информация по программе:
• базовые знания, навыки и технические приемы классического и современного психоанализа;
• ознакомление с различными формами и методами психоаналитической стратегии при различных формах психической патологии;
• разборы клинических случаев;
• участие в клинических субботах и других мероприятиях профессионального сообщества;
• удобный график для занятых людей;
• небольшие группы;
• возможность прослушивания лекций в онлайн-режиме при вынужденном отсутствии;
• сертификация специалистов согласно действующим образовательным стандартам.
Начало занятий: 26.02.2016 г.
Расписание: пятница с 20:00–22:15, воскресенье с 12:00 до 14:15. Расписание может быть скорректировано в соответствии с пожеланиями студентов.
Срок обучения: 2 года (4 семестра).
Стоимость: 60 000 рублей за семестр.
Лектор: Наши лекторы – ведущие практикующие психоаналитически-ориентированные терапевты Москвы, супервизоры и тренинг-аналитики. Руководитель программы – Ерёмин Борис Александрович.
Записаться на курс или задать какие-либо вопросы можно через электронную почту ompu@bk.ru и по телефону 8 (499) 340-05-10. Для зачисления в группу необходимо пройти собеседование.
Для тех, кто заинтересовался программой, но пока не уверен, что хочет посвятить изучению психоанализа два года, мы можем предложить краткосрочные программы по введению в психоанализ.

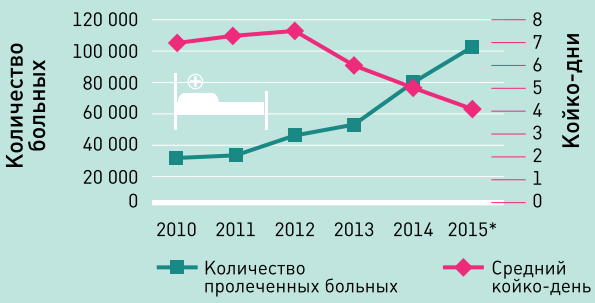
ПОКАЗАТЕЛИ РАБОТЫ МОРОЗОВСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ЗА 2010–2015 ГГ.

Количество пролеченных больных



Объем финансирования по ОМС и средняя стоимость законченного случая

Количество пролеченных больных и средний койко-день



*данные за 1-е полугодие в годовом выражении

ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

МОРОЗОВСКАЯ ДЕТСКАЯ ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА

Реформа здравоохранения Москвы 2010–2015 годы

5

лет эффективной работы

РЕФЕРЕНС-ЦЕНТР ВРОЖДЕННЫХ, НАСЛЕДСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ГЕНЕТИЧЕСКИХ ОТКЛОНЕНИЙ, ОРФАННЫХ И ДРУГИХ РЕДКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Создан Департаментом здравоохранения г. Москвы для реализации концепции оказания ранней помощи детям с генетическими отклонениями (поручение Президента РФ В.В. Путина от 16 января 2014 г. №Пр-78 и Заместителя Председателя Правительства РФ О.Ю. Голодец)

Цель массового скрининга – выявление заболевания на доклинической стадии

Данные за 2015 г.

Число новорожденных, обследованных по программе неонатального скрининга	87 930
Число выявленных больных	80
Фенилкетонурия	18
Галактоземия	9
Адреногенитальный синдром	9
Первичный гипотиреоз	35
Муковисцидоз	9

Распространенность проверяемых заболеваний – **1 случай на 1099 новорожденных**

ПРОФИЛИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ ЦЕНТРЫ В МОРОЗОВСКОЙ БОЛЬНИЦЕ

Структура коечного фонда Морозовской больницы

НА БАЗЕ МОРОЗОВСКОЙ БОЛЬНИЦЫ РАБОТАЮТ 9 ЦЕНТРОВ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

- Центр детской ревматологии
- Центр для лечения цереброваскулярной патологии у детей и подростков
- Центр репродуктивного здоровья детей и подростков
- Центр детской эндокринологии
- Центр детской гастроэнтерологии
- Центр детской онкологии и гематологии
- Центр орфанных и других редких заболеваний
- Центр неонатального скрининга
- Референс-центр врожденных наследственных заболеваний, генетических отклонений, орфанных и других редких заболеваний

В Морозовской больнице работают 11 главных внештатных специалистов Департамента здравоохранения г. Москвы, действует круглосуточная бригада из 10 врачей-специалистов

Перспективы развития Морозовской больницы

НАПОМИНАЕМ ВАМ КОНТАКТЫ ГЛАВНЫХ ВНЕШТАТНЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ ГБУЗ «ДГКБ ДЗМ» И ПРОФИЛЬНЫЕ ЦЕНТРЫ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Колтунов Игорь Ефимович
Главный педиатр, заслуженный врач РФ, профессор, д.м.н.
+7 916 640-17-54
lepet_morozko@mail.ru

Тиганова Ольга Александровна
Главный детский онколог, доцент, к.м.н.
+7 916 640-30-47
morozov-14@yandex.ru

Кононов Леонид Борисович
Главный детский офтальмолог, к.м.н.
+7 916 640-36-23
orhtmoroz@gmail.com

Демикова Наталья Сергеевна
Главный специалист по медицинской генетике, профессор, д.м.н.
+7 916 640-55-39
Demikova2015@yandex.ru

Малахов Александр Борисович
Главный детский пульмонолог, профессор, д.м.н.
+7 916 640-55-46
mdgkb19@mail.ru

Петряйкина Елена Ефимовна
Главный детский эндокринолог, профессор, д.м.н., руководитель Центра детской эндокринологии
+7 916 640-22-02
lepet_morozko@mail.ru

Кондратчик Константин Леонидович
Главный детский гематолог, доцент, к.м.н., руководитель Центра детской онкологии и гематологии
+7 916 640-48-67
morozov-14@yandex.ru

Жолобова Елена Спартаковна
Главный детский ревматолог, профессор, д.м.н., руководитель Центра детской ревматологии
+7 916 640-49-84
revma.mdgkb@gmail.com

Врублевский Сергей Гранитович
Главный уролог-андролог детского и юношеского возраста, профессор, д.м.н.
+7 916 640-49-92
s.g.vrublevskiy@yandex.ru

Сибирская Елена Викторовна
Главный гинеколог детского возраста, профессор, д.м.н., руководитель Центра репродуктивного здоровья детей и подростков
+7 916 640-42-60
elsibirskaya@yandex.ru

Алиева Эльмира Ибрагимовна
Главный детский гастроэнтеролог, профессор, д.м.н., руководитель Центра детской гастроэнтерологии
+7 916 640-52-35
gastromoroz@mail.ru

Печатникова Наталья Леонидовна
Руководитель референс-центра врожденных наследственных заболеваний, генетических отклонений, орфанных и других редких заболеваний
+7 499 236-47-91
orfancentr@mail.ru

Шестопалова Елена Андреевна
Руководитель Центра неонатального скрининга, врач высшей категории
+7 495 695-45-01
+7 495 695-01-71
elshest@mail.ru

Попов Владимир Евгеньевич
Руководитель Центра для лечения цереброваскулярной патологии у детей и подростков, доцент, к.м.н.
+7 495 959-87-25
1popov1@list.ru

ЦЕНТРЫ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ:
Центр детской эндокринологии
Центр детской онкологии и гематологии
Центр детской ревматологии
Центр репродуктивного здоровья детей и подростков
Центр детской гастроэнтерологии
Центр орфанных и других редких заболеваний
Центр неонатального скрининга
Центр для лечения цереброваскулярной патологии у детей и подростков
Референс-центр врожденных наследственных заболеваний, генетических отклонений, орфанных и других редких заболеваний

ТОЧНАЯ ДИАГНОСТИКА И СВОЕВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДАЖЕ ПРИ «ТРУДНОМ» ДИАГНОЗЕ

Эффективность лечения – в мультидисциплинарности

В IX Научно-практической конференции «Эндокринологические аспекты в педиатрии. Преодолевая барьеры. Мультидисциплинарный подход при лечении эндокринных заболеваний в педиатрии», которая прошла в здании Правительства Москвы 16–17 декабря 2015 г., приняли участие ведущие специалисты детских клиник Москвы – эндокринологи, педиатры, гинекологи, кардиологи, хирурги, урологи, психологи, организаторы здравоохранения и врачи других специальностей.

Участников приветствовал главный внештатный специалист эндокринолог Департамента здравоохранения г. Москвы, главный врач Эндокринологического диспансера Департамента здравоохранения г. Москвы, профессор Михаил Борисович Анциферов. «Радостно, что это девятая уже конференция, и мы многое сделали, но нам необходимо понимать, какой должна быть эстафета от детских эндокринологов к взрослым, как пациентов передавать и контролировать, – сказал профессор Анциферов, – и тут мультидисциплинарный подход выходит на первый план».

Михаил Борисович Анциферов

Заболевание сахарным диабетом (СД) представляет собой серьезную социально значимую проблему. По данным ВОЗ, сегодня в мире СД страдает каждый 500-й ребенок и каждый 200-й подросток. При этом в ближайшие годы прогнозируется увеличение заболеваемости СД среди детей и подростков на 70%. Учитывая распространение и тенденцию к «омоложению» патологии, проблема СД у детей требует участия в лечении разных специалистов: педиатров, детских эндокринологов, кардиологов, неврологов, офтальмологов и других медиков. Но в организации лечения пока еще остаются проблемные моменты. «По стандарту, стационарное лечение сосудистого больного стоит 38 тыс. руб., а больного СД – 28 тыс. На практике это ведет к тому, что больницам невыгодно класть больных диабетом», – считает М.Б. Анциферов. Надо сказать, что и в мире ситуация с лечением диабета далека от благополучной: ежегодно от этой болезни умирают 4 млн человек. Многие развитые страны создали специальные программы лечения диабета, частью которых становится подготовка терапевтов, которым на местах приходится диагностировать первые признаки СД.

Причины и риски

Что же сегодня можно считать «толчком в болезнь» для ребенка? Ведущим фактором для начала развития СД 1 типа у детей медики называют наследственную предрасположенность, высокая частота семейных случаев заболевания тому свидетельство.

Однако запуск механизма этого аутоиммунного процесса зависит от воздействия провоцирующего фактора внешней среды. Таковыми агентами могут являться вирусы Коксаки В, ЕСНО, Эпштейна-Барр, паротита, краснухи, герпеса, кори, ротавируса, энтеровируса и др.

Кроме этого, развитию СД у детей с генетической предрасположенностью могут способствовать токсические воздействия, искусственное или смешанное вскармливание, кормление ребенка коровьим молоком, углеводистая пища, стрессы, хирургические вмешательства. Эндокринологи уверены, что в группу риска по развитию СД входят дети с массой при рождении свыше 4,5 кг, а также дети, имеющие ожирение, страдающие диатезами. СД у детей может быть ассоциирован с различными генетическими синдромами (порфирией, синдромом Дауна, Клайнфельтера, атаксией Фридрейха и другими патологиями). Эксперты называют два пика манифестации СД у детей: в 5–8 лет и в пубертатном периоде. Для СД 1 типа у детей характерно бурное начало, часто с быстрым развитием кетоацидоза и диабетической комы. От момента первых симптомов до развития коматозного состояния может пройти от 1 до 3 месяцев.

С неясным диагнозом

Однако есть и хорошая новость. По данным директора Института детской эндокринологии – заместителя директора Эндокринологического научного центра по научной работе, главного детского эндокринолога Минздрава России, члена-корреспондента РАН Валентины Александровны Петерковой, готово к эксплуатации новое здание Института детской эндокринологии, имеющего не только хорошие палаты, но и отделения ЭКО, родильное, новое хирургическое, где будут ставить стенты, оперировать осложнения на конечностях, проводить операции на сердце пациентам с СД. Сегодня в России 98% детей с диабетом получают бесплатно самые лучшие препараты в мире – аналоги инсулинов, однако удержаться на высоком уровне профессионализма детским эндокринологам непросто, мультидисциплинарность им нужна, чтобы была возможность учиться у коллег, что в узкопрофильном ЛПУ невозможно, отметила специалист, особенно, когда неясен диагноз ребенка.

> Примерно 80 000 детей с рождения до 18 лет в Москве страдают эндокринными заболеваниями

Учиться на ошибках

Вопросы этики всегда воспринимаются медицинским сообществом болезненно. Нужно ли врачам говорить о своих ошибках коллегам? По мнению В.А. Петерковой, нужно, и необходимо на этих ошибках учиться. Она рассказала молодым врачам о двух своих ошибках, которые допустила, будучи еще совсем молодым врачом. Тогда из-за отсутствия правильного диагноза медики не разглядели обширного пиелонефрита. Больной требовалось срочное вмешательство нефрологов, но консультаций она не получила, как и своевременного лечения, молодая пациентка погибла. Валентина Александровна подчеркнула, что чаще, чем в популяции, у больных детей СД 1 типа бывает связан с аутоиммунными болезнями и сочетается также именно с пиелонефритами.

Валентина Александровна Петеркова

Может ли обучать диете толстый учитель?

Медики акцентировали внимание на соблюдении больными детьми диеты. Для оценки рисков участковый педиатр должен быть знаком с родословной семьи, особенно внимательно отслеживая случаи ожирения. Если ожирением в семье страдают оба родителя, то риск диабета у ребенка составляет до 80%, если один из родителей – 40%. Дискуссию вызвал вопрос: может ли научить диетическому питанию учитель, сам страдающий ожирением? Число таких учителей в школах РФ достигает 70%. Дети мало двигаются, не везде соблюдается постановление об обязательности трех уроков физкультуры в неделю.

Гипотиреоз

В.А. Петеркова остановилась также на проблемах неонатального скрининга, диагностики новорожденных, в частности, на врожденные заболевания (фенилкетонурию, галактоземию, врожденную дисфункцию коры надпочечников, муковисцидоз, гомоцистинурию и на врожденный гипотиреоз). «Врожденный гипотиреоз – заболевание, при котором своевременно начатое лечение предотвращает развитие умственной отсталости у ребенка», – подчеркнула специалист. При невыявленной тугоухости ребенок бывает обречен на отставание в обучаемости. Для того чтобы учесть многие факторы и добиться максимальной эффективности, необходима правильная организация работы как эндокринологической службы, так и педиатрической, и специалистов смежных профессий.

Болезнь в мегаполисе

Со структурой помощи детям с эндокринными заболеваниями в г. Москве участников ознакомила главный детский эндокринолог Департамента здравоохранения г. Москвы, д.м.н., профессор Елена

НОВОСТИ

Роспотребнадзор: В Россию может вернуться сыпной тиф

В России сохраняются реальные предпосылки для возникновения случаев сыпного тифа, считают в Роспотребнадзоре. Дело в том, что платяные и головные вши – переносчики заболевания – обнаруживаются у россиян все чаще.

На протяжении последних десяти лет высокие уровни педикулеза в России не снижаются. Ежегодно в России регистрируется до 300 тысяч случаев педикулеза. В 2014 году заболеваемость выросла на 5,8%. В связи с этим главный санитарный врач России Анна Попова подписала постановление «Об усилении мероприятий, направленных на профилактику эпидемического сыпного тифа и педикулеза в Российской Федерации».

Наиболее высокие уровни поражения педикулезом зарегистрированы в Москве (1616,1 на 100 тысяч населения) и Петербурге (248,2 на 100 тысяч населения). Как отмечают в Роспотребнадзоре, это связано прежде всего с большим числом мигрантов и людей без определенного места жительства. Ежегодно осмотр на педикулез проходят свыше 500 тысяч бездомных россиян – из них выявляется более 7 тысяч человек, зараженных головными вшами, и более 170 тысяч, страдающих от платяных вшей. Дети чаще всего страдают от педикулеза в возрасте от 3 до 6 лет – на 100 тысяч населения приходится 135,9 случаев.

Несмотря на отсутствие случаев заболевания эпидемическим сыпным тифом с 1998 года, в 7 регионах страны, в том числе Москве, регистрировались случаи болезни Брилля (рецидивная форма эпидемического сыпного тифа). Сейчас, по мнению Роспотребнадзора, сохраняются реальные предпосылки ухудшения эпидемической обстановки по сыпному тифу.

При этом проводимые профилактические мероприятия недостаточно эффективны. В 28 регионах, в том числе в Ленинградской области, до сих пор не проводится осмотр бездомных россиян. При обращении в медицинские организации на педикулез осматриваются не все пациенты. Дети, перенесшие педикулез, допускаются в школы и детсады без контрольного осмотра. Полный учет страдающих от педикулеза, мучающихся от длительной лихорадки, и их обследование на сыпной тиф все еще не организован.

В своем новом постановлении Роспотребнадзор предлагает выделить дополнительное финансирование на профилактику и борьбу с сыпным тифом и педикулезом. В том числе для оборудования дезинфекционными камерами санитарных пропускников, которые используются для санитарной обработки бездомных. Кроме того, отмечает Анна Попова, необходимо обеспечить клиники иммунобиологическими препаратами для диагностики сыпного тифа — проводить лабораторное исследование на сыпной тиф нужно в тех случаях, когда повышенная температура у людей с педикулезом держится более 5 дней. Также необходимо подготовить медицинских работников по вопросам диагностики, лечения и профилактики сыпного тифа, болезни Брилля.

Сейчас 75% человек с педикулезом выявляется в санитарных пропускниках, 15% – при госпитализации в медицинские организации, 7% – в общеобразовательных организациях, 1% – в дошкольных организациях, 2% – в детских домах, домах инвалидов.

Источник: http://doctorpiter.ru

Ефимовна Петряйкина. Она проанализировала эпидемиологические показатели эндокринных заболеваний, акцентируя внимание на преемственности в работе педиатров, неонатологов, кардиологов, хирургов, андрологов и детских эндокринологов в выявлении и лечении эндокринологических нарушений.

В Москве проживают 1 млн 600 тыс. детей, и уже на протяжении нескольких лет структура заболеваемости детей в столице не имеет никаких кардинальных изменений. «На сегодняшний день, как и много лет назад, три четверти детских эндокринных заболеваний приходится на сахарный диабет 1 типа», – сказала Е.Е. Петряйкина. Проблема заключается в росте заболеваемости СД 1 типа детей дошкольного возраста.

> Детей и подростков с эндокринными нарушениями больше, чем официально зарегистрированных и состоящих на диспансерном учете пациентов

Елена Ефимовна Петряйкина

«Еще двадцать лет назад, когда я поступила в ординатуру, СД 1 типа впервые выявлялся в основном у детей в возрасте 11–15 лет», – заметила Елена Ефимовна. Чем меньше возраст ребенка, тем «злее» протекает заболевание, тем труднее диабет поддается компенсации, тем вероятнее, что тяжелые осложнения проявятся еще в детском и подростковом возрасте. «Кому из наших пациентов 20 лет назад нужна была лазерная коагуляция сетчатки в детском возрасте? – спросила Е.Е. Петряйкина. – Практически никому или, как правило, детям с запущенным заболеванием из асоциальных семей. Сегодня высокопрофессиональные окулисты из отделения офтальмологии – микрохирургии глаза Морозовской больницы делают ее детям и подросткам, страдающим СД, значительно чаще. В детском и подростковом возрасте стало больше пациентов с большим стажем заболевания, а значит, лечение осложнений СД вошло в ежедневную практику детского эндокринолога».

Корреляция с ожирением

Вернемся к цифрам: из 1400 больных СД, пролеченных в Морозовской больнице в 2011 г., 76% детей были крупнее своих сверстников. По словам Петряйкиной, существует прямая корреляция между ростом числа ожирения у детей и частотой возникновения СД 1 типа. СД 2 типа в детском возрасте по-прежнему редкость. Медики констатируют, что, как и много лет тому назад, 60–70% детей поступают в Морозовскую клинику уже в состоянии диабетического кетоацидоза, который является самой частой причиной смерти детей с СД, особенно младенцев. «У маленьких детей, поступивших в состоянии диабетического кетоацидоза, самые высокие показатели досуточной летальности, – сказала Елена Ефимовна, – причиной является позднее обращение, и связано это с невнимательностью педиатров, неумением вовремя распознать болезнь и поставить диагноз».

Если хотим, то можем

На сегодняшний день одним из достижений Морозовской больницы, осуществленных при поддержке администрации больницы и Департамента здравоохранения Москвы, является открытие на базе отделения круглосуточной горячей линии по детской эндокринологии: в любое время суток можно получить бесплатную консультацию врача-эндокринолога. За год работы горячей линии поступило 1533 звонка, причем не только из Москвы, Подмосковья, но и из российских регионов. Наиболее часто задаваемые вопросы касаются коррекции дозы инсулина и адекватной терапии при присоединении интеркуррентных инфекций, отметила специалист.

> У каждого 5-го ребенка выявляется эндокринная патология

Эндокринологическое отделение Морозовской детской больницы первым в Москве применило помповую инсулинотерапию при впервые выявленном диабете. Врачи отделения первыми поставили инсулиновые помпы детям до 7 лет с самым лабильным СД. В настоящее время постоянное подкожное введение инсулина с помощью помпы – наиболее современный и перспективный метод инсулинотерапии у детей и подростков с СД 1 типа. Однако не следует забывать, что пока не разработана помпа замкнутого цикла, полная компенсация достигается лишь при правильном применении и обученности родителей. «Я также твердо убеждена, что постановка помпы ребенку должна осуществляться в стационарах, а не в поликлиниках, – сказала доктор. – Во-первых, в стационаре есть возможность испытать помпу под наблюдением врача в течение недели или двух, если потребуется. Родителям это ничего не стоит, поскольку пробные помпы с расходными материалами на это время мы предоставляем бесплатно. Во-вторых, в стационаре при осложнениях есть возможность оказания врачебной помощи круглосуточно».

ЦИФРЫ И ФАКТЫ

Согласно данным Государственного регистра больных СД:
3 964 889 больных СД зарегистрировано в России на 1 января 2014 г.
Из них:
- 339 360 человек – больные СД 1 типа:
  - 20 373 детей
  - 10 038 подростков
  - 308 949 взрослых
- 3 625 529 человек – больные СД 2 типа:
  - 409 детей
  - 342 подростка
  - 3 624 778 взрослых

Наиболее распространен СД 2 типа, который чаще всего возникает у людей с избыточной массой тела и низкой физической активностью.

Средний гликированный гемоглобин у детей и подростков с сахарным диабетом 1 типа (данные городского Регистра сахарного диабета)

Годы	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Дети	8,03	8,17	8,07	8,01	7,8	7,9
Подростки	8,55	8,88	8,67	8,25	8,1	8,1

Количество детей с сахарным диабетом 1 типа, использующих инсулиновые дозаторы (помпы)

Годы	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Кол-во детей на инсулиновых дозаторах (помпах)	290/15%	338/7%	408/19,5%	484/22%	586/24%	667/25,7%

По распространенности эндокринные заболевания у пациентов-инвалидов детства до 18 лет в Москве находятся на 4-м месте, уступая врожденным аномалиям развития, болезням нервной системы, психическим расстройствам

Организация медпомощи

Первый уровень

Первичная специализированная медико-санитарная помощь – детские эндокринологи в амбулаторных ЛПУ АО.

Второй уровень

Консультативно-диагностическая специализированная медико-санитарная помощь на базе детских амбулаторных центров в административных округах Москвы.

В 2014 г. в Москве работает 42 АПЦ; 116 филиалов; 2 детских поликлинических отделения взрослых поликлиник.

Третий уровень

Специализированная консультативно-диагностическая, в том числе высокотехнологическая медицинская помощь на базе: детского отделения Эндокринологического диспансера и эндокринологических отделений Морозовской ДГКБ и ДГКБ имени З.А. Башляевой ДЗМ.

В 2014 г. исполнилось 50 лет отделению эндокринологии Морозовской ДГКБ – первому в СССР отделению эндокринологии в условиях городского скоропомощного детского стационара.

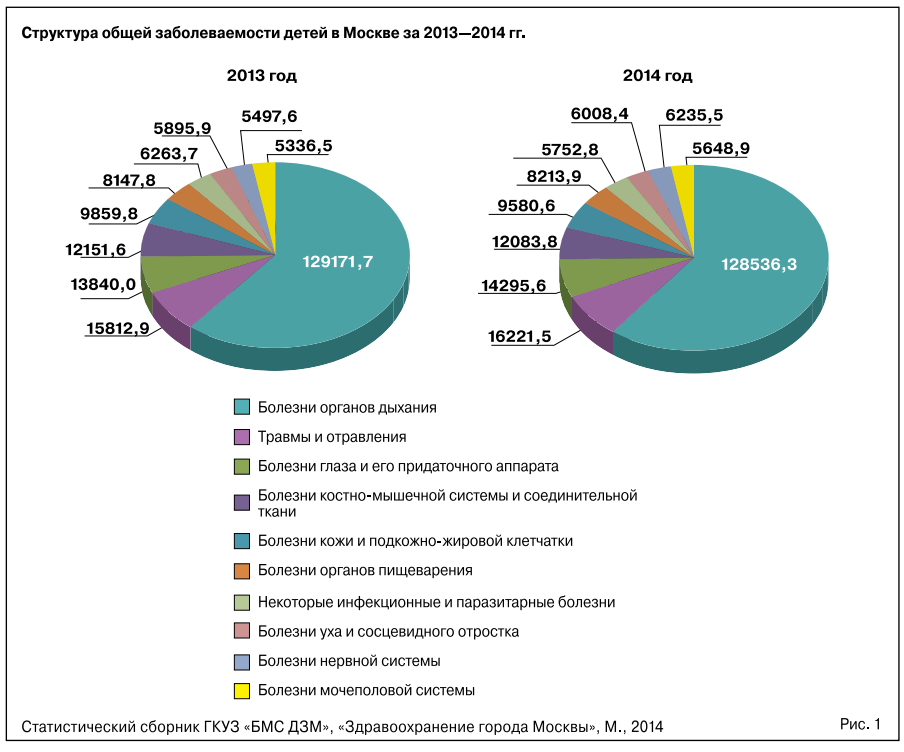
Укомплектованность детскими эндокринологами на третьем уровне оказания медицинской помощи по профилю Детская эндокринология в 2013 г. составила 74,2 %; в 2014 г. – 94%.

В 2012 г. авторская методика лечения ДКА, созданная в отделении эндокринологии Морозовской ДГКБ, удостоилась Премии Мэра Москвы по медицине. В 2014 г. данная авторская методика ДКА официально рекомендована в Федеральных клинических рекомендациях (протоколах) по ведению детей с эндокринными заболеваниями Российской ассоциации эндокринологов. В 2014 г. впервые ДЗМ закуплено и установлено 50 инсулиновых дозаторов для московских детей с сахарным диабетом 1 типа. В 2015 г. впервые ДЗМ закупает 100 инсулиновых дозаторов для московских детей с сахарным диабетом 1 типа.

Круглосуточно, ежедневно в стационаре работает бригада врачей-специалистов: педиатры, невролог, нейрохирург, реаниматологи, анестезиологи, хирурги, травматолог, офтальмологи, гематологи (онкогематологи и специалисты по нарушению гемостаза), эндокринолог, оториноларингологи. Такой бригады врачей-специалистов нет ни в одном детском стационаре Москвы, что обеспечивает круглосуточное качественное оказание медпомощи пациентам с рождения до 18 лет, в том числе, при коморбидности и «трудном диагнозе».

ЦИФРЫ И ФАКТЫ

Лечение: сахарный диабет (Е 10-Е 14)
3133 человека всего получили бесплатное лечение
Из них: 2623 (84%) дети-инвалиды
Всего потрачено: 141 556 040,3 рублей
Средняя стоимость на 1 пациента – 45 487,16 руб.
Средняя стоимость рецепта – 1 851,08 руб. Наиболее распространен СД 2 типа, который чаще всего возникает у людей с избыточной массой тела и низкой физической активностью.



Статистический сборник ГКУЗ «БМС ДЗМ», «Здравоохранение города Москвы», М., 2014 Рис. 1

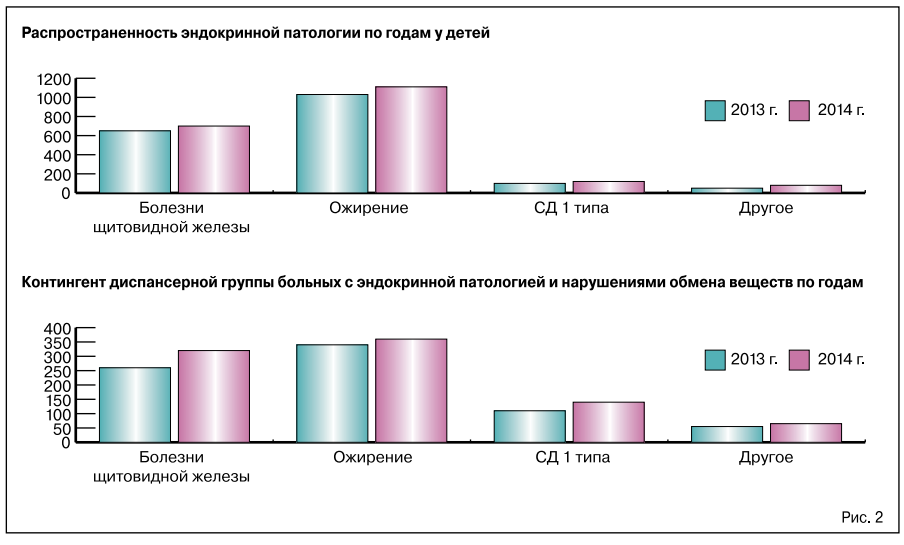


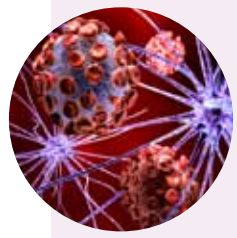
Рис. 2

Локоть коллеги

Особенностью оказания педиатрической помощи в условиях мегаполиса, по мнению Елены Петряйкиной, является высокая частота сочетанной патологии, патологии рецидивирующего течения с высоким риском осложнений. Для оказания оптимальной медпомощи таким пациентам необходимо объединение в медицинской организации 3-го уровня всех этапов медпомощи за счет создания профильных клиник и центров.

Среди предложений специалистов Морозовской больницы для увеличения эффективности в лечении эндокринологических болезней – предложение разрешить бесплатную выписку рецептов и ИМН для диспансерной группы больных (дети-инвалиды) до 3 месяцев, что уменьшит нагрузку и увеличит доступность детского эндокринолога для пациентов. В условиях кризисной экономики медики предлагают организовывать школы самоконтроля по сахарному диабету и ожирению на втором уровне оказания амбулаторно-поликлинической помощи детям на базе детских амбулаторных центров в административных округах Москвы. Необходима организация наблюдения и проведение повторного скрининга детей с врожденным гипотиреозом и ВДКН, ведение регистров по гипофизарному нанизму и преждевременному половому созреванию на базе городского Центра детской эндокринологии Морозовской ДГКБ с созданием регистров данных заболеваний в ЕМИАС.

НОВОСТИ



Кишечник здоровых детей с рождения заселен вирусами

Бактерии – не единственные обитатели, колонизирующие кишечник вскоре после рождения ребенка. Как выяснилось в результате исследования ученых из Вашингтонского университета в Сент-Луисе (Washington University School of Medicine in St. Louis), в кишечнике здоровых детей также обитают вирусы. Все они создают важную для поддержания здоровья микрофлору. Исследование анализирует данные восьми здоровых детей, образцы стула которых отслеживались в течение первых двух лет жизни. В итоге были найдены неизвестные штаммы вирусов и описана экосистема кишечника, в котором микроорганизмы не просто взаимодействуют, но и охотятся друг на друга.

Самые первые образцы фекалий испытуемых был взяты на 1–4-й день жизни, и даже в этот период в них уже обнаруживались вирусы. «Это ставит вопрос о том, откуда они появились. Мы пока не знаем, следствие ли это диеты, способа принятия родов или другие средовые влияния», – говорит автор работы Лори Хольтц (Lori M. Holtz), педиатр-гастроэнтеролог.

Анализ генома вирусов показал, что часть из них заразны для носителя, другие – инфицируют бактерии. Именно вторая группа у младенцев была наиболее многочисленной, но с возрастом их численность сократилась. Бактерии же, напротив, были слабо представлены сразу после рождения, а затем значительно разнообразились к раннему возрасту.

Исследователи считают, что эта динамика обусловлена тем, что сначала вирусам-бактериофагам практически нечем заняться, так как бактерий слишком мало, и это сокращает их количество. Тогда, в отсутствие «хищников», начинает расти и множиться бактериальная флора. «Эта динамика «жертв» и «хищников» – пока лишь гипотеза, такие отношения описаны для бактериофагов и бактерий, обитающих в океанах. Но эти отношения хорошо объясняют наблюдаемые нами популяции вирусов и бактерий, изменений и последующей стабилизации системы с возрастом», – говорит Хольтц.

Другой тип вирусов – анелловирусы, отражающие иммунный статус человека – также найдены в довольно большом количестве (у одного из детей в возрасте года присутствовало не менее 47 штаммов), и большинство из них не были известны ранее. «Сейчас мы пытаемся понять, какова норма. У нас недостаточно данных, чтобы определить, влияет ли на виром ребенка тот же набор факторов, что и на микробиом», – заключает Хольтц.

Источник: http://medportal.ru/

Владимир Трунов: «Я рад, что стал детским хирургом!»

Современная детская хирургия в последние десятилетия развивается стремительными темпами. Сегодня в московских больницах выполняют даже самые сложные операции высокотехнологичными и малотравматичными способами, позволяющими избегать осложнений и быстро ставить маленьких пациентов на ноги. О специфике работы и возможностях детского хирурга, новых методиках лечения и уникальных операциях рассказывает Владимир Олегович ТРУНОВ, заведующий отделением неотложной хирургии Морозовской детской городской клинической больницы.

Беседовала Юлия Пескова, фото Олега Кирюшкина

Хирургия на месте не стоит

– Владимир Олегович, расскажите про ваше хирургическое отделение. С какими основными проблемами к вам попадают детишки? Какие операции наиболее часто приходится выполнять?

– Спектр патологий, с которыми нам приходится иметь дело, очень широкий. В первую очередь, это различные заболевания органов брюшной полости, грудной клетки, мягких тканей, включая мягкие ткани шеи и конечностей, колопроктологические патологии и т.д. Также через нас проходит наибольшая часть пациентов, которые оперируются в нашей больнице по поводу онкологических заболеваний. При этом у нас лечатся дети всех возрастов – от 0 до 18 лет, поэтому хирургия новорожденных (в той мере, в какой она присутствует в нашей больнице) нам тоже знакома.

– Если рассмотреть структуру заболеваний, каких патологий, требующих хирургического вмешательства, в последние годы стало меньше, каких больше?

– Заметно уменьшилось количество гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей, в особенности костей. К примеру, остеомиелиты еще лет десять назад встречались намного чаще. Наверное, это связано с более ранней диагностикой и выявлением этого заболевания, активным применением эффективных антибактериальных средств еще на уровне амбулаторной помощи.

Больше же стало онкологических заболеваний, хотя я думаю, что это произошло не из-за увеличения общего числа больных детей, а в результате некоторого перераспределения потоков пациентов. В нашей больнице – единственной из городских лечебных учреждений Москвы – есть отделение онкологии, которое оказывает полноценную специализированную онкологическую помощь детям. Это и возможность проведения химиотерапии, и выполнение хирургического вмешательства, и все предварительное обследование, включая гистологические, иммуногистохимические исследования и т.д. Благодаря этому к нам попадает много детей, страдающих онкологическими заболеваниями.

– У вас лечатся только московские дети?

– Большая часть детей, конечно, из Москвы, поскольку наша больница – городская, имеющая приоритет в плане оказания специализированной помощи именно для московского здравоохранения. Но мы не отказываем и другим детям, которые поступают к нам по соответствующим направлениям из региональных лечебных учреждений, где квалифицированную помощь оказать не могут. Бывают такие ситуации, когда пациентов присылают с пометкой «в связи с невозможностью выполнения хирургического вмешательства по месту жительства». От этого тоже никуда не деться… Потому что хирургия сегодня – это высокотехнологичная медицинская помощь. Не во всех лечебных учреждениях есть материально-техническая база, позволяющая выполнить те или иные вмешательства. Помимо этого, часто отсутствует и определенный врачебный опыт, без которого невозможно решить сложные лечебные задачи. В нашей же больнице есть и современное оборудование, и огромный опыт врачей, и большое количество разных специалистов. Все это позволяет применять в лечении, как сейчас модно говорить, мультидисциплинарный подход, необходимый для наиболее полноценной и всеобъемлющей помощи детям самых разных возрастов.

– Насколько благодаря этому расширился круг возможностей хирургов?

– Значительно расширился, и, что самое интересное – продолжает расширяться. Хирургия – одна из тех специальностей в медицине, которая на месте не стоит. Ежедневно, ежемесячно, ежегодно что-то внедряется новое. Производители медицинского оборудования, в том числе высокоэнергетического, пытаются реализовать какие-то новые инженерные идеи, что-то технологически улучшить, а мы, в свою очередь, пытаемся это более активно внедрить в нашу практику и тем самым реализовать развитие высокотехнологичной помощи в стационаре.

Для детей – медицина высоких технологий

– Активно ли вы сейчас используете малоинвазивные методы лечения – лапароскопические, эндоскопические, эндоваскулярные? При каких заболеваниях эти методы незаменимы?

– Да, сегодня для нас приоритет – именно лапароскопическая хирургия. Из эндоскопического доступа мы выполняем, наверное, процентов девяносто пять всех оперативных вмешательств на органах брюшной полости, стараемся по максимуму делать такие щадящие операции и торакальным пациентам. В нашем отделении все хирурги, которые осуществляют круглосуточную помощь пациентам, владеют этими технологиями, поэтому подавляющее большинство операций, выполняемых в экстренном порядке, также делаются из лапароскопического доступа. Здесь актуальность несомненна: благодаря малоинвазивным технологиям сокращается послеоперационный период реабилитации пациента, уменьшается вероятность развития у него каких-то серьезных осложнений. Есть также и экономическая составляющая – сокращение койко-дней, количества дорогостоящих препаратов и наркотических анальгетиков, которые ребенок получает в послеоперационный период.

Что касается группы онкологических больных, наш приоритет – это радикальное безопасное удаление опухоли с извлечением ее из брюшной полости или из грудной клетки с минимальной фрагментацией. В этом случае лапароскопические методы занимают не столь большую нишу, чаще являясь важным дополнением. Например, мы нередко начинаем с лапароскопической биопсии какой-то опухоли, а уже после постановки морфологического диагноза на консилиуме определяем тактику лечения: будет ли сначала химиотерапия или хирургическое вмешательство, возможно ли его выполнение из малоинвазивного доступа и с какими рисками по сравнению с открытой операцией это сопряжено. Тут учитывается множество разных факторов: локализация опухоли, вес ребенка, общее состояние его здоровья и т.д.

– Что вы сейчас умеете делать такого, что десять лет назад и представить было невозможно? Расскажите о спектре ваших профессиональных интересов.

– Например, сейчас наше отделение, помимо всего прочего, занимается хирургией тонкой и толстой кишки. Это дети с воспалительными заболеваниями кишечника, которые нуждаются в специфической терапии, в тщательном до- и послеоперационном ведении. Гастроэнтерологический центр Морозовской больницы, возглавляемый профессором Алиевой Эльмирой Ибрагимовной, является одним из ведущих в России по лечению воспалительных заболеваний кишечника. Совместно с ними, при участии главного детского хирурга Российской Федерации, одного из ведущих колопроктологов нашей страны, профессора Игоря Витальевича Поддубного, выполнено большое количество сложных операций. Эти операции – при язвенном колите, при болезни Крона и т.д. – на наш взгляд, представляют значительный интерес. Мы публикуем данные об их выполнении в специальной литературе, делаем доклады на хирургических съездах и конференциях.

Кроме того, большое внимание уделяется хирургии врожденных пороков у детей, особенно в тех случаях, когда есть возможность малоинвазивного исполнения той или иной операции. Также в нашей клинике получила существенное развитие эндокринная хирургия при заболеваниях надпочечников и щитовидной железы. Здесь тоже речь идет о тесном сотрудничестве хирургов и эндокринологов, которые ведут этих пациентов, определяют показания к проведению того или иного хирургического вмешательства. Этих детей, быть может, не так много, но сложность их подготовки,

выхаживания в послеоперационный период в очередной раз подчеркивает важность взаимодействия между специалистами разных направлений.

Если взять раздел онкологии, огромный интерес представляют технически сложные операции по удалению нейробластом, находящихся в забрюшинном пространстве. Это очень сложная анатомическая локализация опухоли, когда она охватывает множество кровеносных сосудов в забрюшинном пространстве, аорту, почечные артерии вен, нижнюю полую вену, чревный ствол и т.д. Это как раз те случаи, когда хирурги в регионах понимают, что они такого рода операции выполнить не могут, поскольку риски очень велики. Эти дети приезжают для получения высокотехнологичной медицинской помощи в наш стационар.

За неделю здоровая часть печени выросла в 3 раза!

– Мы заговорили об онкологических больных. Расскажите, что это за уникальная операция, которую вы сделали двухлетнему мальчику с раком печени? Я слышала, таких операций даже в мире сделаны лишь единицы…

– Это технология, которая применяется в тех случаях, когда объем опухоли занимает большую часть печени, и одномоментное ее удаление может привести к развитию в раннем послеоперационном периоде острой печеночной недостаточности с вероятностью летального исхода. Поэтому для детей, для которых радикальное удаление опухоли представляет слишком большую опасность ввиду ее объема, применяется технология двухэтапной резекции, позволяющая свести к минимуму все риски. Эта технология пришла к нам из трансплантологии, причем появился метод случайно. Немецкий хирург при выполнении резекции печени прервал операцию, поняв, что технически он ее закончить не сможет. Когда же через несколько дней он пошел на ревизию брюшной полости, к своему удивлению, обнаружил, что здоровая доля печени, которую планировалось оставить, увеличилась в размере в несколько раз. После этого как раз и было предложено использовать такой вариант резекции, когда первым этапом выполняется разделение органа непосредственно в брюшной полости, с частичным нарушением венозного кровоснабжения той доли печени, которая несет опухоль. Примерно через неделю здоровая часть печени увеличивается, после чего приступают ко второму этапу – удалению пораженной доли. Такие операции проводились раньше в основном у взрослых пациентов, у маленького ребенка эта методика применялась впервые в России. Мы увидели, что за неделю та часть печени, которая должна была остаться у ребенка, выросла более чем в 3 раза. И сама по себе резекция не привела к развитию каких-то серьезных осложнений. Второй этап операции прошел уже с минимальной травматичностью и занял не больше 40 минут. И мы, и наши коллеги-онкологи, и родители мальчика весьма удовлетворены результатом.

– Испытывает ли ваша клиника, как некоторые другие, «кадровый голод»?

– На этапах становления и формирования хирургической службы в нашей клинике были такие проблемы. Но сейчас мы работаем с крупными лечебными учреждениями Москвы и в случае необходимости приглашаем узкопрофильных специалистов или высококлассных хирургов. Например, мы активно сотрудничаем с Андреем Борисовичем Рябовым, руководителем отдела торакоабдоминальной онкохирургии Московского научно-исследовательского онкологического института им. П.А. Герцена, профессором Игорем Витальевичем Поддубным, о котором я уже говорил, а также с другими врачами. Я думаю, в плане кадровой политики это существенное достижение нашей администрации, позволяющее решать многие достаточно сложные задачи.

Лечить детей – особая миссия

– Дети – это все-таки особые пациенты. Чем Вы отличаетесь от взрослого хирурга?

– Взрослая и детская хирургия – это две разные специальности, которые очень сильно отличаются. Во-первых, это неодинаковые патологии, с которыми приходится сталкиваться врачу. Детский хирург имеет дело с множеством болезней, практически не встречающихся во взрослой практике. В то же время нам не доводится работать с заболеваниями, характерными именно для взрослых людей, связанными с возрастными особенностями. Второе существенное различие – это работа с детьми. На мой взгляд, дети легче вступают в эмоциональный контакт с врачом, с ними проще общаться. Хотя, если ребенок маленький, не всегда можно понять, что именно его беспокоит. И здесь очень важна врачебная интуиция, которая позволяет оценить состояние ребенка, принять те или иные решения. И технологически выполнение хирургического вмешательства у ребенка по целому ряду показателей, конечно, отличается от аналогичной операции, выполняемой у взрослого. Детская хирургия должна быть в большей степени малотравматичной, органосохраняющей. Детский хирург должен быть в большей степени неконфликтен с ребенком, эмоционально с ним близок. Это мое твердое убеждение.

> Детская хирургия должна быть в большей степени малотравматичной, органосохраняющей. Детский хирург должен быть в большей степени неконфликтен с ребенком, эмоционально с ним близок

– Ваша профессия требует огромных душевных сил…

– Это верно. Здесь я полностью согласен со словами наших учителей, что детский хирург – это не профессия, а образ жизни. Бывает, мы созваниваемся со своими коллегами или пациентами и в вечернее, и в ночное время. И сопереживаем своим больным, и кого-то видим во сне… Наша работа, конечно, составляет значительную часть жизни и требует действительно больших душевных и эмоциональных сил.

– Вам приходится встречаться с вашими выздоровевшими и повзрослевшими пациентами?

– Да, с кем-то, конечно, встречаемся. Есть пациенты, с которыми мы стали хорошими знакомыми и общаемся уже много лет. Бывает, у кого-то несколько детей в семье я лечил. Жизнь на месте не стоит, дети болеют, поэтому у нас работа есть всегда. Собственно, как и у взрослых врачей… Но здесь важен такой момент: мы стараемся не создавать дружеские отношения на этапе лечения, это неправильно с точки зрения этики, все-таки между врачом и родителями пациента должна быть некая дистанция, субординация, это важно. Она не должна нарушаться, потому что от этого в какой-то мере зависит успех лечебного процесса.

– Почему Вы стали именно детским хирургом?

– Мне сейчас сложно ответить, потому что это было много лет назад. Но желание стать именно детским хирургом появилось еще в школе. Уже тогда было интуитивное ощущение, что лечить детей будет приятнее, интересней, чем взрослых.

– Мне кажется, Вы не разочаровались в профессии…

– Нет, я не разочаровался. Я рад, что я – хирург, и что я именно детский хирург.

– Желаем Вам успехов в вашей важной и сложной работе!

НОВОСТИ

Дети, принимавшие препараты против астмы, растут медленнее

Финские ученые наблюдали за 12 482 детьми в течение первых двух лет жизни, собирая данные о весе и росте малышей, а также информацию о том, какие препараты им назначались. Дети, принимавшие ингаляционные кортикостероиды флутиказон и будесонид, назначаемые обычно для лечения астмы, были примерно на 2,5 см ниже своих сверстников. Среди детей, употреблявших препараты дольше полугода, отставание в росте оказалось более выраженным. Авторы исследования подчеркивают: до недавнего времени было популярно мнение о том, что подобные препараты замедляют рост лишь временно. Однако у них есть основания предполагать, что прием ингаляционных кортикостероидов в раннем детстве имеет длительный эффект и вызывает отставание в росте даже во взрослом возрасте. Проанализировав информацию о росте родителей, ученые рассчитали предполагаемый рост уже выросших детей: употребление препаратов от астмы уменьшало этот показатель в среднем на 3 см. Для подтверждения своей теории исследователи планируют продолжать наблюдения. Антти Саари (Antti Saari) и его коллеги из Университета Восточной Финляндии (University of Eastern Finland) отметили также, что задержку роста вызывал и прием антибиотиков в раннем детстве. Часто болевшие дети, которым неоднократно назначали курсы антибиотиков, также оказались ниже своих ровесников. Авторы поясняют, что отказываться от жизненно важных препаратов, конечно же, не стоит, однако врачи должны предоставлять родителям информацию о возможных последствиях приема этих лекарств.

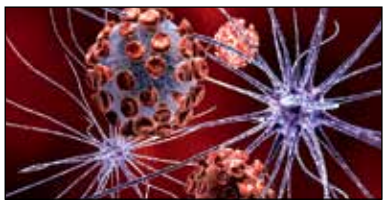
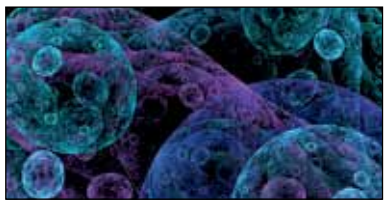
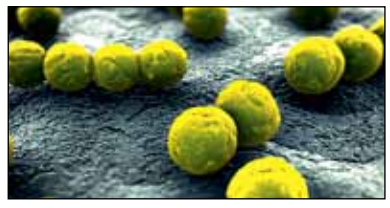
Источник: http://medportal.ru/

Простой эксперимент с изюмом позволит предсказать будущие успехи школьников

Психологи из Уорвикского университета (University of Warwick) во главе с Дитером Волке (Dieter Wolke) подвели итоги длительного эксперимента, в ходе которого оценивались способности детей к самоконтролю. Исследование было начато в 1985 году в Германии. В нем приняли участие 558 20-месячных детей. Экспериментаторы клали на стол изюминку, накрывали ее непрозрачной чашкой, после чего предлагали малышам найти изюм и съесть его.

Сперва детям предложили несколько раз потренироваться таким образом, а потом ученые помещали под чашку изюм и просили ребенка не трогать лакомство до тех пор, пока им не разрешат. Детям нужно было подождать всего одну минуту. Оказалось, что не все были способны устоять перед соблазном съесть изюм раньше времени. Более нетерпеливыми оказались недоношенные дети, а те, кто появился на свет в срок, лучше контролировали свои желания. Спустя 6 лет, когда дети стали школьниками, ученые оценили когнитивные способности участников эксперимента. Они обращали внимание на способность концентрироваться, умение считать, читать и решать задачи. Недоношенные дети, не справившиеся с «изюмным» тестом, хуже справлялись со школьными заданиями, уровень концентрации у них был снижен. Авторы считают, что такой тест позволит предсказать развитие возможных проблем с обучением, что позволит своевременно начать работу, чтобы не допустить отставания в школе. Ученые считают, что столь простая методика, которую может использовать любой родитель или воспитатель, даст возможность предсказать будущие проблемы в обучении и дефицит внимания у недоношенных малышей. А это, в свою очередь, позволит начать превентивную программу по развитию способностей таких детей, с целью не допустить их отставания в развитии от сверстников.

Источник: http://medportal.ru/

ТЕМА НОМЕРА

Инфекции в педиатрии: современный взгляд

Лекции, доклады, симпозиумы, расширенные клинические разборы для врачей-практиков, а также конкурсы научных работ молодых ученых были предложены слушателям на XIV Конгрессе детских инфекционистов России, прошедшем 10–11 декабря в Москве. Организатором конгресса и выставки выступила Ассоциация педиатров-инфекционистов.

ВПЧ: взгляд дерматолога

О рисках вирусных инфекций для детей с точки зрения дерматолога рассказала профессор Ирина Васильевна Полеско. В своем докладе она назвала основные признаки инфекционных заболеваний, кратко дала определение болезней, указала статистические данные, остановившись на истории, этиологии и эпидемиологии папилломавирусной инфекции.

ЦИФРЫ И ФАКТЫ

9–13% всего населения земного шара (около 630 млн человек) инфицировано ВПЧ, по данным ВОЗ.
50% – заболеваемость вирусом папилломы среди женщин.
На сегодняшний день известно о существовании более **80** штаммов ВПЧ

Ирина Васильевна Полеско

Папилломавирусная инфекция – актуальная проблема современной медицинской практики, и занимаются ею специалисты разных направлений, в том числе инфекционисты, вирусологи, педиатры, гинекологи, урологи и дерматологи. «Инфицированность в мире на сегодняшний день составляет 600 млн человек, и эта цифра каждый год увеличивается», – сказала И.В. Полеско. По данным автора, еще в XVII в. был доказан половой путь передачи инфекции, но сам вирус папилломы (*Human Papillomavirus*) был выделен лишь в 1960 г. Главный риск состоит в том, что вирус запускает рост злокачественных опухолей, в частности рака шейки матки, вульвы и влагалища у женщин и опухолей полового члена у мужчин. По данным различных авторов, частота встречаемости ВПЧ-инфекции варьирует от 15 до 50 случаев на 100 000 населения.

Официальными зарегистрированными вакцинами от ВПЧ являются вакцины Гардасил и Церварикс производства фармкомпаний Merck и GlaxoSmithKline соответственно. Прививка включена в календари прививок многих стран мира. В России прививание от ВПЧ хотя и необязательно, но рекомендовано для частной вакцинации.

Вакцины безопасны для человека, так как не содержат инфекционных частиц. И.В. Полеско пояснила, что прививка от ВПЧ предназначена для защиты от четырех самых опасных типов ВПЧ: 6, 11, 16 и 18. Папилломавирус 6-го и 11-го типа вызывает 90% случаев образования кондилом, а ВПЧ 16-го и 18-го типов становится причиной рака шейки матки в 80% случаев, рака влагалища – в 40% случаев, рака полового члена – в 40% случаев.

После попадания вируса в организм он переходит в латентное состояние и лишь под воздействием различных способствующих факторов активируется и приводит к образованию доброкачественных новообразований (бородавки, кондиломы) или провоцирует развитие рака.

Если у одного из партнеров сформировались остроконечные кондиломы, передача вируса другому партнеру может доходить до 100%. Как рассказала специалист, еще одним распространенным способом передачи вируса являются роды, в результате чего высока вероятность развития ларингеального папилломатоза у ребенка (папилломы гортани). Повышают вероятность заражения и активации ВПЧ раннее начало сексуальной жизни, большое количество сексуальных партнеров, наличие сопутствующих инфекционных заболеваний половых органов (хламидиоз, микоплазмоз, гонорея, кандидоз, а также ВИЧ-инфекция, герпес, сниженная иммунная защита). Риски для заражения, по данным И.В. Полеско, представляет и продолжительный прием антибиотиков. Так, по имеющимся данным, в США заражение вирусом происходит у 14 млн человек в год, причем чаще заболевают чернокожие американцы.

Инкубационный период для вируса папилломы составляет от 1 до 9 месяцев. В 80–90% заболевание протекает бессимптомно и через 1–1,5 года наступает самоизлечение. В 10–20% случаев болезнь принимает хроническое течение. Об этом могут свидетельствовать бородавки всей поверхности кожи, кондиломы, телесные остроконечные наросты на слизистой оболочке рта, половых органов, в параректальной области.

Возникновение ракового процесса составляет 1–5% от всех случаев инфицирования ВПЧ. Диагностику папилломавирусной инфекции стоит начать с консультации дерматолога, если проявления болезни локализуются на внешних кожных покровах, или гинеколога и уролога, если признаки болезни появились на слизистых половых органов.

На сегодняшний день нет более надежного и безопасного способа предотвращения заболеваний инфекционными болезнями, чем профилактическая вакцинация, поскольку только она вырабатывает в организме невосприимчивость к возбудителям болезней с помощью вакцин. Среди современных безопасных вакцин специалист назвала вакцины производства ведущих мировых и российских производителей, сертифицированные и зарегистрированные в РФ. Достоверно доказано, что после проведения вакцинации в Австралии произошло резкое снижение заболеваемости у девочек 11–14 лет.

Докладчик рассказала о практике использования рекомбинантных интерферонов и подготовительной работе медиков: возможностях и рисках в проведении деструктивных методов лечения, физических и химических возможностях санации поверхностей кожи и слизистых, использовании интерферонов альфа (короткого действия) в оральной и назальной форме.

Также Ирина Васильевна рассказала о практике вакцинации девочек в Москве и Московской области 4- и 2-валентной вакциной и о скором появлении на фармацевтическом рынке РФ 9-валентной вакцины. Докладчик уточнила, что лучше всего проводить вакцинацию еще до начала половой жизни, что устранит риск заражения в старшем возрасте.

Вакцинация от ВПЧ предполагает три прививки. Вакцина уже дала успешные результаты: по зарубежным данным, иммунитет к вирусу выработался у 95–100% привитых девочек.

Правовые основы педиатрической практики

Образовательный симпозиум на эту тему прошел в конце прошлого года в рамках XIV Конгресса детских инфекционистов Российской Федерации. На симпозиуме были рассмотрены основы законодательства РФ в области здравоохранения, нормативно-правовые документы, регламентирующие деятельность лечебных учреждений и организацию медицинской помощи, а также другие важнейшие вопросы правовой подготовки врачей.

Юлия Пескова, фото Олега Кирюшкина

Открыл симпозиум профессор Михаил Петрович Савенков, заведующий кафедрой клинической функциональной диагностики РНИМУ им. Н.И. Пирогова, выступивший с докладом «Современное реформирование здравоохранения и повышение качества оказания медицинской помощи детям с инфекционными респираторными заболеваниями». Он отметил, что сегодня врачи в своей деятельности должны полагаться не только на профессиональные умения, но и на законодательные положения, предписывающие то, как следует поступать в той или иной конкретной ситуации. Однако на практике врачи мало знают о правовых аспектах своей деятельности, без которых трудно уберечься от различного рода ошибок и нарушений. При изучении законодательства в этой области необходимо особое внимание уделить положениям о правах, обязанностях и ответственности врачей и пациентов, юридическому обеспечению гарантий своей профессиональной деятельности, а также вопросам медицинского страхования.

Михаил Петрович напомнил статью 41 Конституции Российской Федерации, согласно которой, «каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений». Существующие нормативы оказания бесплатной медицинской помощи, критерии ее доступности и качества регули-

Михаил Петрович Савенков

руются Постановлением Правительства РФ № 1074 от 22 октября 2012 г. «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 г. и на плановый период 2014–2015 гг.». Важнейшее практическое значение имеет Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 г., определяющий правовые, организационные и экономические основы охраны здоровья граждан; права и обязанности пациентов, медицинских работников и организаций. Согласно этому закону, доступность и качество медицинской помощи обеспечиваются применением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи. «Стандарты занимают ведущее место в сложной системе

Марина Сергеевна Савенкова

организации лечения больных, поэтому, хотим мы или не хотим, ими надо уметь пользоваться», – сказал профессор Савенков. Однако, по мнению Михаила Петровича, на практике стандарты часто не работают, потому что не укладываются в существующую систему финансирования. Поэтому сегодня основной упор делается на укрупненный стандарт, клинико-статистические группы (КСГ) и национальные клинические рекомендации (протоколы ведения больных), которые определяют варианты лечения пациентов в разных ситуациях и позволяют распределять финансирование между группами заболеваний. Сложность здесь заключается в том, что, во-первых, многие клинические рекомендации и протоколы пока еще находятся в стадии разработки, а, во-вторых, законодательно нигде не прописаны алгоритмы их применения.

Еще один аспект, на который Михаил Петрович обратил особое внимание в докладе, касался качества медицинской помощи. По его словам, на первом месте для врача должны быть ответственность и безопасность. Недавно утвержденные Критерии оценки качества медицинской помощи (Приказ МЗ РФ от 7 июля 2015 г. № 422) определяют, что основными результатами лечения должны стать отсутствие прогнозируемых осложнений, связанных с проводимой терапией, дефектами обследования, лечения, выбора метода хирургического вмешательства или ошибок в процессе его выполнения.

Также Михаил Петрович отметил, что в области здравоохранения сейчас происходят глобальные реформы, большой объем медицинской помощи переносится на амбулаторный этап, идет реорганизация поликлиник и стационаров, меняется финансирование, перераспределяется поток больных. Нормативная база реформы находится в стадии разработки, многое еще неясно. Однако в этой непростой ситуации врачам надо сделать все возможное, чтобы наши маленькие пациенты не страдали.

Симпозиум продолжила Марина Сергеевна Савенкова, профессор кафедры клинической функциональной диагностики РНИМУ им. Н.И. Пирогова. Она подчеркнула важную роль активного участия родителей в лечении маленьких пациентов. Сегодня острые респираторные вирусные инфекции являются самыми распространенными заболеваниями у детей, особенно младшего возраста. При этом особую тревогу вызывают дети с более высоким, чем у сверстников, уровнем заболеваемости ОРВИ – так называемые часто болеющие дети, у которых отмечается невосприимчивость к традиционным методам терапии, часто формируется хроническая патология ЛОР-органов, верхних и нижних дыхательных путей, повышается сенсибилизация организма, происходит дисфункция иммунной системы. Вместе с тем, сегодняшние реформы здравоохранения – перенос оказания медицинской помощи на амбулаторный этап, сдерживание госпитализаций, ограничение времени общения врача и пациента, недостаточное финансирование медицинского обслуживания и т.д. – зачастую снижают доступность и качество оказания медицинской помощи, увеличивают риск развития опасных осложнений. В этой ситуации заинтересованность родителей в успешном лечении ребенка, их согласованное взаимодействие с врачом приобретает колоссальное значение. «Ответственное партнерство в лечении – это образование родителей на уровне, позволяющем адекватно оценить состояние здоровья и физического развития ребенка, организовать проведение и осуществлять контроль за назначенным лечением, стимулировать юридическую защиту ребенка как потребителя медицинских и фармацевтических услуг, в том числе осуществлять контроль качества оказываемой медицинской помощи», – отметила Марина Сергеевна. Подобное партнерство родителей и врачей не только повышает эффективность лечения ребенка, способствует его здоровому развитию, но и разгружает систему здравоохранения в целом, облегчает финансовое бремя здравоохранения на бюджет.

Проблему часто болеющих детей продолжил совместный доклад А.К. Абдулаева, Е.С. Кузнецовой, Р.В. Душкина «Коррекция функциональных бронхо-легочных и сердечно-сосудистых нарушений как показатель качества лечения детей с респираторными заболеваниями» (РНИМУ им. Н.И. Пирогова), который представил Алибек Курбанович Абдулаев. Он

ПРАВОВАЯ БАЗА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ:

- Конституция РФ;
- Постановление Правительства РФ № 1074 от 22 октября 2012 г. «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 г. и на плановый период 2014–2015 гг.»;
- Концепция развития здравоохранения РФ до 2020 г.;
- федеральные законы «Об обязательном медицинском страховании в РФ» (2010), «Об обращении лекарственных средств» (2010), «О защите прав потребителей» (платные медицинские услуги) (1992);
- Трудовой кодекс РФ (2006).

констатировал, что слишком частые респираторные заболевания не проходят бесследно для ребенка и могут способствовать формированию хронической патологии респираторного тракта и развитию различных функциональных расстройств сердечно-сосудистой и бронхо-легочной системы, которые, в свою очередь, нередко становятся причиной развития многих заболеваний у взрослых. В связи с этим важно достигать в лечении ребенка запланированного результата: исчезновения всех клинических симптомов инфекции и подтверждения эрадикации возбудителя. Кроме того, для таких детей необходима коррекция функциональных нарушений – снятие брон-

Алибек Курбанович Абдулаев

хообструкции, улучшение вентиляции легких, восстановление гемодинамики, нормализация артериального давления и ритмов сердца. «Контроль артериального давления должен быть обязательным в детской практике. Для самоконтроля АД необходима правильная мотивация родителей», – подчеркнул Алибек Курбанович.

Симпозиум вызвал большой интерес со стороны специалистов, потому что взаимоотношения практикующих врачей и пациентов традиционно являются волнующей темой и предметом профессиональной этики врача. Слушатели задавали много вопросов, на которые докладчики охотно и подробно отвечали. По окончании симпозиума участники получили специальные образовательные сертификаты.

Инфекционные диареи у детей: стандарты и рекомендации

Стандарты и клинические рекомендации (протоколы лечения) при инфекционных диареях, особенности разработки и правоприменения были в зоне внимания XIV Конгресса детских инфекционистов России, проходившего 10–12 декабря 2015 года в г. Москве.

Елена Воронина, фото Олега Кирюшкина

Открывая симпозиум, главный внештатный специалист по инфекционным болезням у детей Департамента здравоохранения г. Москвы профессор Людмила Николаевна Мазанкова, заведующая кафедрой детских инфекционных болезней РМАПО, отметила, что создание клинических рекомендаций по инфекционным болезням у детей под руководством НИИ детских инфекций ФМБА России по заданию Минздрава России практически завершено. «**Клинические рекомендации не заменяют стандарты**, – продолжила она, – но для практической работы будут иметь большое значение: руководствуясь рекомендациями и в соответствии со стандартами, будет происходить подбор терапии и планироваться лекарственное обеспечение лечебно-профилактических учреждений». «Минздравом России была поставлена задача о создании клинических рекомендаций, которые будут пересматриваться с определенной периодичностью», – отметила она. «Первое, что спрашивают врача, на основании каких стандартов и клинических рекомендаций вы лечили ребенка? – подчеркнула актуальность рассматриваемой темы Л.Н. Мазанкова и передала слово к.м.н. Марине Константиновне Бехтеревой, которая представила проект клинических рекомендаций (протокола лечения) ротавирусной инфекции у детей от лица экспертной группы.

М.К. Бехтерева отметила, что инфекционные диареи преобладают среди всех заболеваний, сопровождающихся диареей, в холодное время года на их долю приходится до 90% случаев. Экономический ущерб от кишечных инфекций стоит на третьем месте после инфекций дыхательных путей и туберкулеза, что делает медицинскую проблему социально-значимой.

По словам М.К. Бехтеревой, тревожит, что амбулаторно-поликлиническое звено никак не занимается этиологической расшифровкой возбудителей кишечных инфекций, даже когда произошла регистрация диагноза. По собственным данным, в Санкт-Петербурге лишь в 18–20% амбулаторных случаев устанавливается возбудитель.

По определению ВОЗ, об остром гастроэнтерите можно вести речь в случае 3 и более эпизодов жидкого стула за сутки, с рвотой или без, с лихорадкой или без нее, отметила она, при этом подчеркнув, что российские протоколы лечения разрабатывались с учетом рекомендаций, сделанных ВОЗ. Гастроэнтерит принято оценивать по клинической шкале VESIKARI, по которой госпитализация и внутривенное введение жидкости расценивается как тяжелая форма. «Если мы перейдем к этой оценке, у нас будет избыточное количество тяжелых форм. В силу ряда обстоятельств, наше население не готово к оральной регидратации», – подчеркнула Марина Константиновна.

Перейдя к непосредственному освещению клинических рекомендаций, М.К. Бехтерева подчеркнула, что ее доклад в первую очередь посвящен правовым аспектам и в меньшей степени – клиническим.

Людмила Николаевна Мазанкова

В настоящий момент существуют 4 типа федеральных стандартов: первичной медико-санитарной помощи, специализированной медицинской, скорой медицинской и паллиативной помощи, которые, в свою очередь, как подчеркнула эксперт, должны «опираться» на регламентирующие документы. «В случае поражения желудочно-кишечного тракта это СанПиН 2013 г., в котором указано, что любой случай кишечной инфекции должен быть зарегистрирован и лабораторно обследован, в случае выявления возбудителя необходимо работать по СанПиНу, соответствующему возбудителю. Кроме того, юридическую силу закона имеют методические указания, которые зарегистрированы Министерством юстиции РФ, как и действующие СанПиНы, которые в большей степени ориентированы на Роспотребнадзор, чем на врача-клинициста», – подчеркнула эксперт. Существующие стандарты, представленные на сайте Минздрава России, были подготовлены в 2009–2011 гг., когда Государственный регистр лекарственных средств МЗ РФ только создавался. «Отсутствующий в регистре препарат не мог быть включен в стандарты, как и метод диагностики, – подчеркнула она особенность создания документа, и продолжила: – При этом требование Минздрава было предельно простое: стандарт должен быть доступен любой центральной районной больнице».

М.К. Бехтерева объяснила разницу между стандартами лечения и клиническими рекомендациями, сославшись на Министерство здравоохранения РФ: «Стандарты лечения являются скорее экономическим документом, по которому нельзя оценить качество медицинской помощи, оказанной конкретному пациенту. **Клинические рекомендации (протоколы лечения) позволяют проводить экспертизу, оценку качества медицинской помощи, выбор оптимальных технологий для диагностики и лечения, защиту прав пациента и врача при разрешении спорных и конфликтных ситуаций**». Но при этом эксперт особо акцентировала внимание присутствующих, что стандарты лечения утверждаются Министерством юстиции РФ, тогда как клинические рекомендации будут утверждаться только профессиональными ассоциациями: «Из этого следует, что никакой законодательной силы они, по сути, иметь не могут, ссылаться на них юридически мы с вами не сможем».

Ситуация усложняется введением в 2015 г. Приказа Минздрава РФ «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи», руководствуясь которым с сентября месяца работают фонды ОМС. В Приказе качество медицинской помощи определено как совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения, реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата. «Мне всегда хочется спросить, если у меня поступила гипертоксическая менингококковая инфекция, какой у меня запланированный результат?» – отметила эксперт. «Руководствуясь документом, – продолжила Марина Константиновна, – медицинская организация, которая оказывает медпомощь детям с инфекционной патологией, должна иметь специализированное реанимационное отделение и хорошую лабораторную базу». По мнению эксперта, это положение выполнимо для городов-миллионников, проблема начинается уже с городов с населением 300–400 тыс. человек. Как и обеспечение противоэпидемического режима, которое, по ее мнению, невозможно в полном объеме: «Я не знаю способов, как можно защитить от респираторной, рота- и норовирусной инфекций. По этому критерию качества мы сразу оказываем ненадлежащую помощь».

Срок выписки пациента из стационара тоже является вопросом, по которому наблюдаются разночтения: «При вирусных гастроэнтеритах мы с вами заинтересованы выписать на 3–4-й день. СанПиН не дает четких указаний, а существующие экономические стандарты говорят, что выписывать необходимо на 6-й день. Значит, этот пункт автоматически нарушается. Но при этом я исполняю пункт приказа и предупреждаю внутрибольничное инфицирование», – указала она на расхождение трактовки отдельных нормативных документов.

Приказ Минздрава России о критериях качества оказания медицинской помощи регламентирует выбор лекарственной терапии, руководствуясь инструкцией по медицинскому применению препарата. «Если в отделении 3-месячный ребенок со стафилококковым энтероколитом, я должна подойти к нему, погладить и сказать, чтоб он потерпел до 6 месяцев, когда ему будет разрешено внутримышечное введение папаверина. Это яркая иллюстрация работы в соответствии с критериями качества оказания медицинской помощи», – подчеркнула М.К. Бехтерева.

Марина Константиновна Бехтерева

Каковы же основные принципы лекарственной терапии в представленных клинических рекомендациях (протоколах лечения) ротавирусной инфекции у детей? Эксперт напомнила, что российские клинические рекомендации составлялись с учетом соответствующих документов европейских профессиональных ассоциаций и ВОЗ, а также оценки силы доказательности сделанных рекомендаций. При этом, например, по рекомендациям ВОЗ, цинк показан для стран с исходно высоким уровнем белково-энергетической недостаточности, которой у нас не наблюдается, что позволило не включать применение препаратов цинка в российский документ.

В завершение доклада М.К. Бехтерева обозначила основные принципы лечения ротавирусной инфекции у детей: оральную регидратацию и инфузионную терапию, продолжение питания, диету, подчеркнув, что в рекомендации ESPGHAN 2014 г. были включены два метода терапии с высоким уровнем доказательности сделанных рекомендаций: сорбенты и пробиотики.

Вирус или бактерия?

Ожесточенные споры о природе пневмонии вызвал доклад профессора НЦЗД Минздрава России Владимира Кирилловича Таточенко. Эксперт ВОЗ уделил внимание классификации пневмоний у детей, спектрам возбудителей острой пневмонии в разном возрасте, принципам выбора стартовых антибиотиков

Владимир Кириллович Таточенко

Воспаление легких может быть вызвано разными причинами: воздействием микоплазмы, дымом, керосином, вирусами, бактериями, излучением. Если у детей до 5 лет в основном встречаем пневмококковые пневмонии, то после 5 лет – часто микоплазмы, хламидии и других внутриклеточных возбудителей. Без специфического выявления постановка диагноза смысла не имеет, а просто означает, что «что-то произошло с легкими». Воздействие вируса не дает такую же картину, как воздействие бактерий. Называть то и другое одинаково пневмонией неуместно, наверное, это разные болезни, считает профессор Таточенко.

Итак, для пневмонии типичны наличие кашля, других признаков ОРЗ, в большинстве случаев подъем температуры выше 38°С (кроме атипичных форм в первые месяцы жизни). Без лечения температура держится 3 дня и дольше, тогда как при бронхитах температура обычно ниже 38°С или в течение 1–3 дней снижается до этого уровня, пояснил профессор Таточенко. Так что первая задача – выявить у ребенка поражение нижних дыхательных путей, для которого характерно учащение или затруднение (обструкция) дыхания, втяжение межреберных промежутков, наличие хрипов.

Как же отличить пневмонию от бронхита, который бывает преимущественно вирусным поражением нижних дыхательных путей? «До трех четвертей пневмоний, о которых я слышу, – это не пневмонии, – сказал эксперт. – 85% пациентов с бронхитами получают антибиотики, и это им не помогает!» Без специфических исследований все эти определения не имеют смысла, считает В.К. Таточенко. «Да еще и наличие в РФ «орг. моментов» усугубляет ситуацию», – отметил он. За ведение больного с диагнозом «пневмония» следует бóльшая оплата...

Чем обширнее поражение легких и чем младше ребенок, тем чаще во время болезни у него учащается дыхание. Однако этот признак значим только при отсутствии обструкции, которая характерна для крупа и бронхитов, в т.ч. обструктивного. При бронхиальной обструкции исключается типичная (вызванная пневмококками, гемофильной палочкой, стрептококками) внебольничная пневмония. Таковая встречается при атипичных формах и внутрибольничном заражении.

«У половины всех больных с типичной пневмонией в остром периоде нет никаких хрипов, – отметил профессор Таточенко, – с другой стороны, хрипы, равномерные в обоих легких, как и обструкция, характерны для бронхитов, но не для пневмонии. Сухие хрипы проявляются только у 10%, а рассеянные влажные – у 25% больных, чаще асимметричные».

В целом диагноз пневмонии по указанным выше признакам удается поставить менее чем в 50% случаев. Что же делать врачу? Алгоритм, предложенный ВОЗ, позволяет выявить больных, у которых при рентгеновском исследовании с высокой вероятностью будут обнаружены пневмонические изменения. А в отсутствие рентгена будет оправдана антибактериальная терапия.

Внебольничные и внутрибольничные пневмонии резко отличаются по этиологии и требуют разных терапевтических подходов. Внебольничные пневмонии возникают у ребенка в обычных услоцвиях его жизни, внутрибольничные – через 72 ч пребывания в стационаре или в течение 72 ч после выписки оттуда.

Рентгеновские снимки с признаками пневмонии, с четким инфильтратом (а это – «золотой стандарт», по мнению ВОЗ) с высокой долей вероятности свидетельствуют о бактериальной причине процесса и позволяют исключить из круга заболеваний (которые тоже называют пневмонией) большинство поражений нижних дыхательных путей. Последние вызываются респираторными вирусами и не нуждаются в антибиотиках. Видимые «помарки» на снимках – это не инфильтрат и не пневмония!

При атипичной пневмонии на рентгенограмме имеем расширенные формы, тени менее плотные, различные полоски и помарки, но это ни в коем случае не является признаком бактериальной пневмонии. Микоплазменная пневмония на рентгенограмме дает менее плотную картину, встречается у многих детей старше 4–5 лет. И характерно, что при госпитализации у этих детей нет антител к микоплазмам. Именно поэтому мы подозреваем микоплазменную инфекцию. Антитела к ней появляются только к концу второй недели болезни, и то у половины больных детей. Так что, если поступил больной с похожими симптомами без антител, мы будем лечить микоплазму даже чаще, поскольку антитела и не могли еще образоваться у больного. Если мы знаем, что пневмония микоплазменная – даем макролиды. Сначала пробуем лечить амоксициллином, если не помогает – даем макролиды. Так делают французы, и это правильно.

В.К. Таточенко остановился на различиях протекания пневмоний в разном детском возрасте, на осложнениях пневмоний в виде гнойных плевритов и инфильтратов с полостями деструкции в легких, токсических осложнениях. Эксперт считает, что, несмотря на все сложности, у постели больного педиатр в большинстве случаев вполне может очертить круг вероятных возбудителей («типичных» и «атипичных») и назначить соответствующий препарат. Эффективность препарата оценивается по снижению температуры ниже 38°С через 24–36 ч лечения.

По данным эксперта, вирусная инфекция предшествует бактериальной пневмонии примерно в 50% случаев и тем чаще, чем младше ребенок. Пневмонии только вирусного происхождения, с небольшим легочным инфильтратом, встречаются лишь в 8–20% случаев.

Чувствительность возбудителей к антибиотикам зависит как от их генетических свойств, так и от того, был ли раньше контакт пациента с антибиотиками. Что касается России, то на территории циркулируют 95% штаммов пневмококка, чувствительных к пенициллинам, цефалоспоринам, макролидам, которые при этом устойчивы к аминогликозидам. Стафилококки (вне ЛПУ) сохраняют чувствительность к оксациллину, макролидам, аминогликозидам.

Оценку эффективности лечения проводят через 24, 36 и 48 ч лечения. Эффективность регистрируется при снижении температуры ниже 38°С и улучшении общего состояния. На рентгенологических снимках при этом картина может улучшиться или остаться прежней. Это указывает на чувствительность возбудителя к препарату, следовательно, лечение этим препаратом следует продолжать. Если у больного сохраняется фебрильная температура, нарастает инфильтрация в легких и общие расстройства, значит, эффекта нет, в этих случаях требуется сменить антибиотик.

Длительность лечения нетяжелых пневмоний – 5–7 дней, осложненных форм – 10–14 дней (2–3 дня после падения температуры). При внутрибольничных пневмониях замена препарата проводится по бактериологическим данным или эмпирически уже через 24–36 ч – при первых признаках неэффективности.

Вместе против муковисцидоза

О некоторых новшествах в оказании амбулаторной помощи детям, больным муковисцидозом, шла речь на V Всероссийской конференции пациентских организаций по муковисцидозу.

Конференция «Решение актуальных проблем пациентов с муковисцидозом в России» при поддержке Департамента здравоохранения г. Москвы прошла 20 ноября в Морозовской больнице в рамках Европейской недели муковисцидоза.

Маршрутизацию больных изменят

В своем докладе главный врач больницы профессор И.Е. Колтунов подчеркнул, что вся необходимая профильная медицинская амбулаторная и стационарная помощь сохранится в полном объеме, будут осуществлены и новые перспективные решения. Главный детский пульмонолог А.Б. Малахов будет вести городской регистр пациентов с муковисцидозом. С 2016 г. выписка льготных рецептов будет проходить на амбулаторном приеме в медико-генетическом отделении, там же будут выдавать через аптеку (для удобства пациентов, будет расположена в этом же здании) лекарственные препараты. А.Б. Малахов также рассказал о ситуации с лекарственным обеспечением пациентов с муковисцидозом в столице.

О том, как будет осуществляться маршрутизация пациентов с муковисцидозом в Морозовской больнице, говорила руководитель Московского городского центра неонатального скрининга Е.А. Шестопалова. В работе предполагается тесно сотрудничать с лабораторией мутагенеза ФГБУ МГНЦ и другими научными подразделениями. Аудитории были представлены опытные врачи (сотрудники отделения пульмонологии и аллергологии НЦЗД Минздрава России), которые будут проводить амбулаторный прием в консультативном центре и стационаре Морозовской больницы. Руководитель отделения, профессор О.И. Симонова также будет проводить амбулаторный консультативный прием пациентов с муковисцидозом по адресу ул. Мытная, д. 24.

В настоящее время проходят обучение кинезитерапии в Санкт-Петербурге два врача-специалиста Морозовской ДГКБ, после чего кинезитерапевты начнут прием пациентов на базе филиала №2 Морозовской ДГКБ в Измайлово.

В связи с жалобами общественных организаций пациентов с муковисцидозом и медиков по поводу тесноты помещения для амбулаторных приемов, руководство больницы приняло решение об изменении схемы приемов пациентов. Амбулаторные приемы будут проводиться в кабинетах поликлиники на Мытной улице. Запись на прием будет осуществляться с учетом результатов лабораторных анализов по согласованию с врачами кабинета муковисцидоза.

Что касается больничных площадей, то после окончания строительства нового здания Морозовской ДГКБ (в 2016 г.) возможно расширение площади помещений для оказания амбулаторной и стационарной помощи пациентам с муковисцидозом.

Помощь в регионах

На конференции выступили ведущие специалисты-муковисцидологи с рассказом о заболевании и о методах его лечения, представители Департамента здравоохранения г. Москвы и Морозовской ДГКБ обозначили перспективы развития системы помощи, также прошел круглый стол «Мы – за доступность лечения муковисцидоза во всех регионах России!» О достижениях и проблемах на современном этапе в лечении муковисцидоза рассказал академик РАН А.Г. Чучалин. Инновационным методам терапии посвятила доклад руководитель научно-клинического отдела муковисцидоза ФГБУ МГН, профессор Е.И. Кондратьева. Заведующая лабораторией муковисцидоза ФГБУ НИИ пульмонологии ФМБА России Е.Л. Амелина говорила об особенностях лечения взрослых пациентов с муковисцидозом. Речь шла также о правилах гигиены для больных в стационаре и дома, необходимых приборах для лечения муковисцидоза. Скринингу носительства и преимплантационной генетической диагностике муковисцидоза посвятила выступление Н.А. Широкова (сотрудник лаборатории Genetico). О роли пациентской организации в сотрудничестве с региональной властью рассказал руководитель-сопредседатель Всероссийского союза пациентов Ю.А. Жулев. Председатель правления МОО «Помощь больным муковисцидозом» И.В. Мясникова ознакомила слушателей с законодательными инновациями, важными для пациентов. Пока госпитализация и амбулаторные консультации в Морозовской больнице г. Москвы пациентов с муковисцидозом из других регионов возможны либо при наличии направления или письма из региона, либо при наличии экстренных показаний для госпитализации.

Организатором конференции выступила Межрегиональная общественная организация «Помощь больным муковисцидозом».

СПРАВКА

Муковисцидоз – редкое генетическое заболевание, которое передается только по наследству и чаще проявляется в младенчестве.

При муковисцидозе во всем организме образуется вязкая слизь. В результате серьезно страдает пищеварительная система и легкие, другие органы. Больные муковисцидозом в течение всей жизни нуждаются в дорогостоящем лечении: в пищеварительных ферментах, специальных препаратах, разжижающих слизь, в антибиотиках и других лекарствах.

В 2014–2015 гг. в России насчитывалось около 3000 пациентов с этим диагнозом, но специалисты считают, что их реальное количество существенно больше.

При своевременном лечении жизнь больным можно продлить до 40–50 лет. Пациенты с муковисцидозом могут вести практически обычный образ жизни, учиться, работать, рожать здоровых детей.

По данным Европейской организации муковисцидоза (CFE), каждый 30-й представитель белой расы является носителем гена муковисцидоза.

В Конференции приняли участие региональные представители МОО «Помощь больным муковисцидозом» из более чем 30 субъектов РФ, региональные пациентские организации, занимающиеся проблемами муковисцидоза, родители пациентов

Диагностика и лечение гриппа у детей

Одно из ведущих мест среди всех ОРВИ принадлежит гриппу, который по своей распространенности относится к социально значимым заболеваниям. В России, несмотря на тот факт, что ежегодно регистрируется около 27,3–41,2 млн. случаев респираторной инфекции, определение эпидемиологических границ гриппа затруднено как в связи с недостаточно полным охватом населения экспресс-методами диагностики в силу ряда причин, так и не обращением к врачам за медицинской помощью многих людей при легких формах течения заболевания.

М.С.Савенкова

Грипп (J10, J11 – по МКБ-10) – острое высококонтагиозное заболевание респираторного тракта, этиологически связанное с вирусами трех типов *(Influenza virus A, B, C)* семейства *Orthomyxoviridae* [1, 2]. Возбудитель – РНК-геномный вирус. Вирусы гриппа А в зависимости от антигенных свойств гликопротеидов наружной оболочки – гемагглютинина (H) и нейраминидазы (N) разделяются на подтипы. С учетом антигенных различий поверхностных гликопротеинов вирус гриппа А подразделяется на подтипы – различают 16 видов гемагглютининов (H1–H16) и 9 подтипов нейраминидаз (N1–N9) [3]. Любое изменение антигенной структуры поверхностных гликопротеинов может вызвать эпидемию или пандемию [4]. Изменчивость гриппа А проявляется в виде антигенного «дрейфа» (частичное обновление антигенных детерминант) гемагглютинина или нейраминидазы в пределах одного подтипа, что сопровождается появлением новых штаммов вируса, либо антигенного «шифта» (полное замещение фрагмента генома, кодирующего только гемагглютинин или нейраминидазу). Эти изменения приводят к появлению новых подтипов вируса гриппа А [5].

В 2009 году имела место эпидемия гриппа грипп А (H1N1 – пандемический вариант). Инфекция передавалась от человека к человеку, однако названа была, с подачи средств массовой информации, «свиным гриппом», хотя свиньи не болели. В конце 2009 года, по данным ВОЗ, переболели свыше полумиллиона человек и почти 7 тыс. погибли. Заболевание было зарегистрировано в 208 странах и территориях. Эпидемии гриппа ВОЗ была присвоена 6-я степень пандемической угрозы. В последние годы, по данным ФГБУ НИИ гриппа МЗ РФ, в Российской Федерации циркулирует грипп А(H1N1)pdm09 и грипп А(H3N2) [6]. В 2014–2015 гг. доминировал вирус гриппа, но уже нового дрейф-варианта А(H3N2). Данный вариант гриппа стал причиной эпидемии, в том числе и у вакцинированных, а также летальных исходов, поскольку вакцинальные штаммы не совпадали с тем штаммом, который циркулировал во всех странах.

На эпидемиологический сезон 2015–2016 гг. для стран Северного полушария Всемирная организация здравоохранения рекомендовала следующий штаммовый состав противогриппозных вакцин:

- А/Калифорния/7/2009(H1N1)pdm09-подобный вирус;
- А/Швейцария/9715293/2013(H3N2)-подобный вирус;
- В/Пхукет/3073/2013-подобный вирус.

Наибольшую эпидемиологическую опасность представляют больные гриппом в разгар заболевания – в первые 5 дней. Путь передачи – воздушно-капельный (в разговоре, при плаче, кашле, чихании).

Быстрое распространение гриппа происходит из-за высокой восприимчивости людей к гриппу, тесного контакта, возможности путешествий людей в разные страны и континенты.

Следует выделить ряд типичных для гриппа симптомов: резкий подъем температуры тела – 38–39ºС, озноб, головная боль, головокружение, слабость, боли в мышцах. Другие клинические симптомы не всегда могут присутствовать: сухость слизистых, кашель (вначале сухой, затем влажный), диарея (при репродукции вируса гриппа в стенке кишечника).

Однако клиническими особенностями гриппа А(H1N1) pdm09 были следующие: начало заболевания с непродуктивного приступообразного кашля, поражение нижних отделов дыхательных путей (до альвеол), высокий риск развития ОРДС, высокая частота ранних пневмоний, в том числе деструктивных, развитие дыхательной недостаточности, диарея. Диарея – отличительная особенность гриппа, вызванного А(H1N1)pdm09. Больные отмечали дискомфорт в животе, диарея развивалась на 2–3-е сутки от начала болезни. Характер стула водянистый, без патологических примесей с частотой от 2 до 11 раз в сутки. Функция кишечника обычно нормализовалась через 1–2 дня.

Осложнения при гриппе возникали у 10–15%. Выделены следующие группы риска:

- дети до 5 лет;
- пожилые старше 65 лет;
- беременные женщины;
- пациенты с хроническими заболеваниями (БА, хроническими заболеваниями легких, болезнями почек, печени, сердца, эндокринной системы);
- лица с иммунодефицитами.

Диагностика гриппа базируется на современных и достоверных методах лабораторной диагностики. Материал для исследования при гриппе – смывы и мазки из носоглотки, мазки-отпечатки из рото- и носоглотки и кровь. Полимеразная цепная реакция (ПЦР) относится к экспериментальному методу молекулярной биологии, который позволяет добиться значительного увеличения малых концентраций определенных фрагментов нуклеиновой кислоты (ДНК/РНК) в биологическом материале (пробе) одновременно для нескольких вирусов респираторной группы.

Лечение гриппа

Для лечения вирусных инфекций используются препараты с противовирусным действием, иммуномодуляторы, а также препараты с двойным действием (противовирусным и иммуномодулирующим). Арсенал применяемых в настоящее время противовирусных средств для лечения гриппа у детей ограничен. На сегодняшний день применяющиеся противовирусные препараты у детей представлены в стандартах, утвержденных Минздравом РФ по оказанию помощи детям с гриппом разной степени тяжести (№ 26697, № 27796, № 27681), зарегистрированных на территории Российской Федерации, а также протоколов лечения гриппа.

Основные препараты, применяющиеся у детей в зависимости от возраста

Возраст детей	Препараты
С рождения	Виферон – свечи; Генферон – свечи; Кипферон – свечи
С 1 месяца	Анаферон
С 6 месяцев	Эргоферон
С 1 года	Осельтамивир
С 3 лет	Умифеновир, Кагоцел, Инозин пранобекс
С 4 лет	Меглумина акридонацетат
С 5 лет	Занамивир
С 7 лет	Тилорон
С 13 лет	Ингавирин

Следует сказать, что не все препараты можно сегодня применять для лечения гриппа. Так, опыт массового назначения ингибиторов М2-каналов (амантадина и римантадина) показал, что большинство циркулирующих штаммов вирусов гриппа к нему устойчивы.

По результатам анализа последней эпидемии гриппа (2009–2010 гг.), высокоактивными оказались химиопрепараты прямого действия – осельтамивир и занамивир (усредненный показатель частоты предоставления – по стандартам – 0,5 и 0,1 соответственно). Умифеновир (Арбидол) относится к противовирусным препаратам, действующим на грипп А и В с иммуномодулирующим эффектом. Ингавирин – препарат отечественного производства, обладает комбинированным действием – противовирусным, противовоспалительным. Оказывает противовирусное действие в отношении вирусов гриппа А (H1N1, H3N1, H5N1), типа В, а также аденовирусной инфекции, парагриппа, респираторно-синтициальной инфекции. Однако может применяться у детей лишь с 13 лет.

У детей раннего возраста применение противовирусных препаратов ограничено, поэтому целесообразно опосредованное воздействие на вирусы препаратами интерферонового ряда в виде свечей.

Среди синтетических индукторов интерферона, согласно стандартам, используют высоко- и низкомолекулярные препараты – меглумина акридонацетат (Циклоферон), тилорон (Амиксин), кагоцел.

Кагоцел синтезирован на основе натриевой соли карбоксиметилцеллюлозы и низкомолекулярного полифенола, выделенного из хлопчатника. Он может применяться у взрослых и детей с 3 лет для лечения и профилактики гриппа и других ОРВИ. Согласно инструкции, Кагоцел вызывает в организме человека образование позднего интерферона, являющего смесью α- и β-интерферонов, которые обладают высокой противовирусной активностью. Для лечения гриппа и ОРВИ детям в возрасте от 3 до 6 лет назначают в первые два дня по 1 таблетке 2 раза в день, в последующие два дня – по одной таблетке 1 раз в день. Всего на курс – 6 таблеток. Длительность курса – 4 дня. Детям в возрасте от 6 лет и старше назначают в первые два дня по 1 таблетке 3 раза в день, в последующие два дня – по 1 таблетке 2 раза в день. Всего на курс – 10 таблеток, длительность курса – 4 дня.

Инозин пранобекс относится к пуринам, которые обладают выраженным противовирусным и иммуномодулирующим действием. Противовирусное действие заключается в нарушении синтеза РНК и ДНК соответствующих вирусов. Гроприносин активно применяется как у взрослых, так и у детей при гриппе и других ОРВИ.

Препараты анаферон детский и эргоферон созданы по инновационной методике. Анаферон детский создан на основе аффинно очищенных антител к человеческому интерферону гамма. Может назначаться детям с возраста 1 месяц не только при гриппе, ОРВИ, но и при других инфекциях.

Эргоферон для детей используется в качестве противовирусного и антигистаминного препарата, а также он обладает иммуномодулирующим и противовоспалительным свойствами. Действующими веществами в нем являются антитела к интерферону, гистамину, CD4. Его используют в лечении гриппа А и В.

Список литературы предоставляется по запросу в редакцию.

Работает
даже при запоздалом лечении!

кагоцел®
противовирусное средство

Современный противовирусный препарат для взрослых и детей с 3 лет

№1 СРЕДИ ПРЕПАРАТОВ ОТ ПРОСТУДЫ И ГРИППА[1]

Кагоцел® работает при приеме вплоть до четвертого дня от начала появления первых симптомов простуды и гриппа. Вызывает в организме образование интерферонов с высокой противовирусной активностью, а также стимулирует иммунную защиту организма.

Кагоцел® способствует улучшению самочувствия ребенка, устраняя симптомы простуды и гриппа и укорачивая сроки антибактериальной терапии при лечении осложнений этих заболеваний[2].

Профилактический курс препарата Кагоцел® способствует снижению заболеваемости у часто болеющих малышей[2].

№1 для профилактики и лечения ОРВИ и гриппа по результатам голосования российских врачей в рамках премии «Russian Pharma Awards 2015»[3].

[1] По данным ЗАО «Группа ДСМ», Кагоцел®– самый популярный противовирусный препарат от простуды и гриппа в РФ в 2015 г., в упаковках.
[2] Харламова Ф.С. с соавт. Клиническая и профилактическая эффективность индуктора интерферона при ОРВИ у детей младшего дошкольного возраста // Педиатрическая фармакология. – 2012. – № 9 (1). – С. 81–89.
[3] По версии Russian Pharma Awards 2015 в номинации «Самый назначаемый препарат при профилактике и лечении ОРВИ и гриппа».

Реклама

ООО «НИАРМЕДИК ПЛЮС»
125252, Москва, ул. Авиаконструктора Микояна, д. 12. Тел./факс: +7 (495) 741-49-89.
Подробную информацию вы можете получить на сайте: www.kagocel.ru
Рег. уд. Р N002027/01 от 19.11.2007.
Информация предназначена для медицинских и фармацевтических работников.