НОВОСТИ МОСКВЫ

В детской Морозовской больнице будет открыто отделение трансплантации костного мозга для детей с острыми лейкозами

стр. 2

ТЕМА НОМЕРА

В Москве состоялся благотворительный аукцион, посвященный Дню редких заболеваний. Собранные средства пойдут на закупку лекарств для детей с редкими заболеваниями в 2016 году

стр. 5

МЕРОПРИЯТИЯ

Эпилепсия, СДВГ и аутоиммунные заболевания нервной системы глазами специалистов на IX Конгрессе педиатров России

стр. 11

ДЕТСКИЙ ДОКТОР

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

2 (2) 2016

ТЕМА НОМЕРА

Редкие болезни: вчера, сегодня, завтра

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 06 июня 2016 г. в 10:00
Полное или частичное воспроизведение редакционных материалов, опубликованных в газете «Детский доктор», запрещается, за исключением случаев письменного согласия редакции

Морозовку посетил Сергей Собянин

Мэр Москвы Сергей Собянин во время посещения детского центра онкологии и гематологии сообщил, что в детской Морозовской больнице будет открыто отделение трансплантации костного мозга для детей с острыми лейкозами.

«В 2014 году создали Центр гематологии и онкологии на базе Морозовской больницы, старейшей детской больницы Москвы, за последний год здесь прошли лечение уже более 4 тыс. детей», – отметил мэр.

Мэр Москвы Сергей Собянин и главный врач Морозовской больницы Игорь Колтунов

Строительство нового многопрофильного лечебного корпуса Морозовской больницы начато в январе 2014 года на месте снесенных одноэтажных инфекционных корпусов 1930-х годов, находившихся в аварийном состоянии. Корпус будет рассчитан на 500 коек, что позволит обеспечить оказание стационарной и амбулаторной помощи порядка 70–80 тыс. детей и подростков в год. Для оснащения корпуса будет закуплено лучшее медицинское оборудование, предварительная стоимость которого составляет 3,9 млрд рублей, в том числе компьютерные и магнитно-резонансные томографы, рентгендиагностические и рентгенхирургические аппараты, ультразвуковые диагностические системы, а также широкий спектр диагностического, профилактического и хирургического оборудования.

Планируется, что в каждой палате будут установлены «тревожная кнопка» и система видеонаблюдения за состоянием детей, а для мам будут предусмотрены отдельные спальные места.

Строительство нового корпуса Морозовской больницы является федеральным проектом, реализуемым совместно Правительством Москвы и Минздравом России. Проект является очень важным этапом в развитии медицины и возможности оказания необходимой помощи онкобольным детям.

Как известно, Морозовская детская городская клиническая больница – крупнейшее многопрофильное медицинское учреждение Москвы, основанное в 1903 году. В его структуру входят 29 отделений на 1060 коек, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь детскому населению.

Центр детской онкологии и гематологии, созданный в 2014 году, представляет собой единый городской центр оказания специализированной помощи детям в возрасте до 18 лет.

В Центре оказывают амбулаторную и стационарную медицинскую помощь на уровне лучших мировых стандартов. В нем имеется амбулаторное отделение, стационар дневного пребывания, круглосуточная онкогематологическая лаборатория, отделение переливания крови, а также круглосуточный стационар для того, чтобы мать и болеющий ребенок могли находиться вместе (включая блок интенсивной терапии и реанимации для онкогематологических больных). При этом отделения расположены так, что взаимодействие и пересечение потоков амбулаторных и стационарных пациентов исключены. Нужно отметить, что в отделениях применяются самые современные, высокотехнологичные методы лечения, врачи-специалисты Центра прошли стажировку в госпитале «Шарите» в Берлине (Германия). Каждый день в Центре оказывают всю необходимую помощь в среднем 170 пациентам. Всего за 2014 год тут было пролечено 3659 детей, а в 2015 году – 4385 детей. Из них высокотехнологичную медицинскую помощь получили 360 человек (хирургическое лечение, химиотерапия).

В прошлом году долгосрочная выживаемость детей-пациентов Центра составила:

- с острыми лимфобластными лейкозами – до 90% (при среднестатистических показателях по России – 80%);
- с острыми нелимфобластными лейкозами – до 68% (43% по России);
- с опухолями ЦНС – 60%, при выявлении опухоли на ранней стадии – 75%.

Данные показатели показывают большой прогресс в области оказания этого вида медицинской помощи, и они сопоставимы, а во многом даже и выше показателей ведущих мировых детских клиник.

В настоящий момент развитие Центра связано со строительством в Морозовской больнице нового многопрофильного лечебного корпуса.

Источник: Департамент здравоохранения г. Москвы

Дорогие коллеги!

Примите искренние поздравления с профессиональным праздником – Днем медицинского работника!

Мы с вами посвятили свою жизнь гуманному и благородному делу – медицине. Наша миссия сложна и ответственна, а труд требует полной отдачи сил, опыта, знаний, душевной щедрости. Врач учится всю жизнь, и каждый его рабочий день – это новая непростая задача. Профессиональная забота и внимание позволяют вновь обрести здоровье и уверенность в себе нашим пациентам, а доброта и милосердие лечат порой лучше всяких лекарств.

Искренне желаем вам здоровья, оптимизма, бодрости, благополучия, новых успехов и свершений в вашем благородном и таком необходимом людям деле!

Редакция газеты «Детский доктор»

Составляющие успеха

Если организаторам здравоохранения удается осуществить и комплекс мероприятий для внедрения высокотехнологичных и новых методик в лечение онкологических больных, и рациональные технологические изменения, то здравоохранение вправе ожидать результативности от программ оказания специализированной медицинской помощи в мегаполисе.

После централизации детской специализированной медицинской помощи в столице, которую осуществил Департамент здравоохранения Москвы, в Морозовской больнице начал работу центр помощи детям с онкологическими патологиями. Место дислокации первого такого городского центра в условиях работы мощного скоропомощного стационара выбрано было неслучайно.

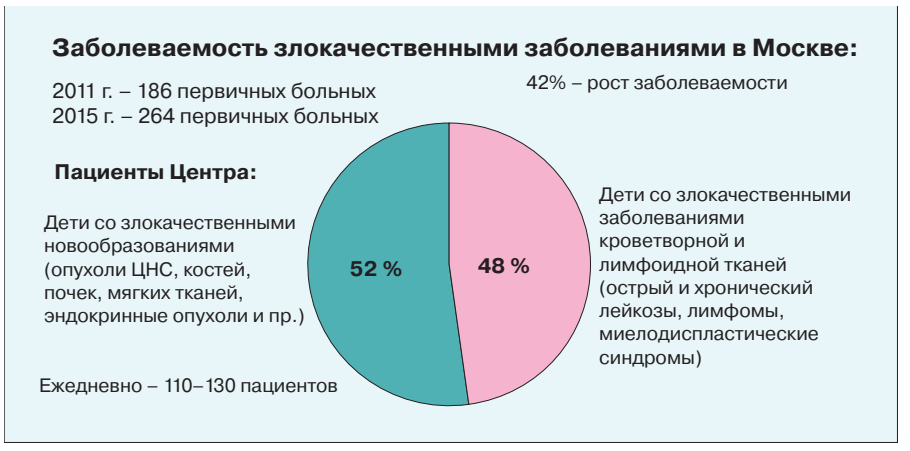
Именно здесь долгое время работали классики детской онкологии и гематологии, знаменитые на весь мир академик РАН, профессор, д.м.н. А.Г. Румянцев (директор ФНКЦ детской онкологии, гематологии и иммунологии МЗ РФ), член-корреспондент РАМН, профессор, д.м.н. РАМН Н.С. Кисляк, профессора Л.А. Дурнов (один из основателей Института детской онкологии Онкоцентра РАМН), Л.А. Махонова, Р.В. Ленская, А.А. Мазо. В Морозовской больнице они заложили основы специализированной помощи детям, и только позже «направление распалось» по различным медицинским организациям.

Их ученики – главные внештатные детские специалисты Департамента здравоохранения города Москвы – онколог О.А. Тиганова и гематолог К.Л. Кондратчик, а также другие врачи онкологической и гематологической службы, подняли на должный уровень работу Центра детской онкологии и гематологии в стационаре Морозовской больницы. Так что создание в столице первого городского центра специализированной помощи (он создан Приказом Департамента здравоохранения города Москвы № 608 от 4.07.2014 г.) – а именно Центра детской онкологии и гематологии ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ» – это и дань традициям, и признание огромного опыта врачебных школ учреждения, но это еще и выбор наилучшего алгоритма оказания медицинской помощи детям с тяжелым недугом в соответствии с современными требованиями условий оказания специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи. Это решение – отражение приоритетных направлений деятельности Правительства Москвы и Департамента здравоохранения города Москвы по развитию медицинской помощи детям.

Итак, как же организована в условиях единого многопрофильного круглосуточного скоропомощного стационара медицинская помощь большинству московских детей, страдающих злокачественными заболеваниями?

Базовыми отделениями для оказания медицинской помощи профильным пациентам являются отделения клинической онкологии, онкологии и гематологии Центра детской онкологии и гематологии ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ», в которых проводится комплексное амбулаторное и стационарное обследование и лечение детей и подростков, страдающих онкологическими заболеваниями.

В Центре применяются современные стационаросберегающие технологии: максимально сокращена круглосуточная госпитализация, а выполнение большинства лечебных и диагностических процедур организовано во время нахождения ребенка в отделении дневного пребывания, и, конечно, обеспечена круглосуточная ежедневная телефонная связь с дежурными врачами – детскими онкологами. Так комфортнее и больным, и родителям пациентов, и медикам.



Центр для лечения больных детей, страдающих онкологическими заболеваниями, использует все возможности нашей многопрофильной скоропомощной детской больницы Москвы: инфекционно-боксированные отделения при развитии интеркуррентных заболеваний и сочетанной патологии, хирургические отделения для оперативного лечения опухолей любой локализации, стоматологическое отделение и другие структурные подразделения. Это позволяет обеспечить многопрофильную медицинскую помощь в едином стационаре и, самое важное, – наблюдение силами мультидисциплинарной команды врачей-специалистов. В эту команду входят детский онколог, гематолог, педиатр, анестезиолог-реаниматолог, детские хирурги, детский эндокринолог, невролог, оториноларинголог, офтальмолог, челюстно-лицевой хирург, травматолог-ортопед, нейрохирург, неонатолог, инфекционист. Наблюдение ведется ежедневно и круглосуточно. Аналогичной многопрофильной бригады врачей, работающей в ежедневном круглосуточном режиме, нет ни в одном детском стационаре не только Москвы, но и России!

Пройдем по отделениям

Все обследования и лечение пациентов проходят в едином корпусе, по стандартам и условиям оказания медицинской помощи, соответствующим лучшим клиникам Западной Европы и США, потоки амбулаторных и стационарных больных не пересекаются. Но учтен не только опыт расположения подразделений, большинство врачей, принимающих участие в лечении онкогематологических больных в нашем стационаре, прошли обучение в госпитале Шарите (Германия).

Итак, на первом этаже проходят амбулаторные консультации, комплексные обследования и лечение пациентов в стационаре дневного пребывания, включая возможности пункционного морфологического обследования костного мозга для верификации диагноза, таким образом выбирается эффективный и безопасный протокол лечения.

На втором этаже работает круглосуточная онкогематологическая лаборатория. Одно из важнейших отделений – отделение трансфузиологии. Здесь происходит заготовка крови и ее компонентов: эритроцитарной массы, тромбоконцентрата, периферических клеток крови для аутотрансплантации, свежезамороженной плазмы и других компонентов. Ежедневно работает кабинет забора крови. Пропускная способность кабинета примерно 30 доноров в день. До 90% доноров в нашем стационаре сдают кровь и ее компоненты безвозмездно.

Руководство Морозовской больницы сделало все необходимое, чтобы отделение было оснащено самым современным оборудованием, здесь работает высококвалифицированный персонал, а выдача крови и ее компонентов по запросам клинических структурных подразделений больницы ведется в круглосуточном режиме. Отделение трансфузиологии обеспечивает потребности в крови и ее компонентах не только Центра детской онкологии и гематологии, но и всего нашего многопрофильного круглосуточного скоропомощного стационара. Объемы годовой заготовки крови и ее компонентов постоянно растут – от 1750 л в 2014 г. до 2700 л в 2015 г.

На третьем этаже расположился круглосуточный стационар с комфортными условиями совместного пребывания матери и ребенка, здесь же блок интенсивной терапии и реанимации для онкогематологических больных. Площадь корпуса относительно небольшая, но правильная маршрутизация пациентов, оснащенность и возможности отделений позволяют эффективно и безопасно оказывать медицинскую помощь в полном объеме 150 пациентам в день.

Наши пациенты

Для их лечения в отделениях Московского городского Центра детской онкологии и гематологии применяются современные, высокотехнологичные методы лечения. Это интенсивная высокодозная полихимиотерапия, клеточная терапия, инновационные хирургические пособия, соответствующие мировым стандартам ведения данных пациентов.

С 2015 г. бюджетное финансирование по профилю «Детская онкология» не осуществляется, вся медицинская помощь в полном объеме профильным пациентам оказывается в рамках ОМС. Нужно отметить, что Городской Фонд ОМС (директор В.А. Зеленский) в полном объеме осуществляет оплату доступной, эффективной и качественной профильной медицинской помощи онкологическим пациентам. Но это не все. За счет средств городского бюджета (в рамках Адресной инвестиционной программы города Москвы на 2014–2017 годы, утвержденной Постановлением Правительства Москвы от 15.10.2014 № 606-ПП), на условиях софинансирования из федерального бюджета ведется

Продолжение на стр. 4

Продолжение. Начало на стр. 3

строительство нового лечебного корпуса на 500 коек на территории Морозовской детской городской клинической больницы, и у нас впервые в структуре Центра детской онкологии и гематологии будет открыто отделение трансплантации костного мозга. Итак, в едином многопрофильном детском городском скоропомощном стационаре удалось объединить и оптимизировать стационарную и амбулаторную медицинскую помощь детям, страдающим онкологическими заболеваниями. Возможностей оказания медицинской помощи и удобной маршрутизации пациентов стало больше. Эта помощь финансируется за счет средств, получаемых по ОМС, и при этом штатная численность сотрудников достаточна. Качество оказания плановой и экстренной специализированной медицинской помощи профильным пациентам улучшилось. Закупки дорогостоящих лекарственных препаратов и лечебного питания для профильных пациентов до 18 лет в Москве стали более прозрачными, они соответствуют имеющимся Регистрам профильных пациентов. Полное обследование, лечение и обеспечение необходимыми лекарственными препаратами стали более удобными. Обеспечивается преемственность стационарной помощи и наблюдения в Консультативно-диагностическом центре, а также медицинская реабилитация больных детей. Маршрутизация пациентов сделала лечение более комфортным для профильных пациентов и членов их семей. В результате оптимизации сократились коечный фонд и сроки пребывания в стационаре профильных пациентов за счет внедрения стационаросберегающих технологий и персонифицированного подхода к больным в едином ЛПУ. Принцип: «один врач – один пациент» удалось претворить в жизнь.

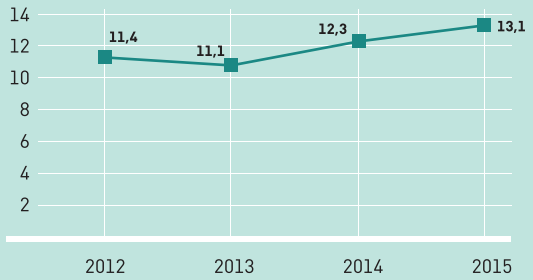
Каковы же результаты?

Современные технологии позволяют добиваться высоких показателей лечения, которые сопоставимы, а по некоторым направлениям даже превосходят достижения ведущих детских клиник мира.

В июне 2015 г. К.Л. Кондратчик награжден Дипломом национальной премии лучшим врачам России «Призвание» за создание нового метода лечения острого лимфобластного лейкоза. В соответствии с решением мэра Москвы о создании университетских клиник на базе медицинских организаций Департамента здравоохранения города Москвы в ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ» создана совместная с Российским университетом дружбы народов имени П. Лумумбы университетская клиника. Так что результаты работы, которые по праву можно назвать лучшими в России, доказывают, что подготовка медперсонала и современное оборудование Центра помощи детям с онкологическими патологиями соответствуют показателям ведущих аналогичных мировых медицинских центров.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ГОРОДЕ МОСКВЕ

Динамика заболеваемости злокачественными новообразованиями



Структура онкологической патологии в г. Москве

ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

МОРОЗОВСКАЯ ДЕТСКАЯ ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА

Центр детской онкологии и гематологии

Новые возможности помощи детям

Маршрутизация пациентов с онкологическими заболеваниями в Москве

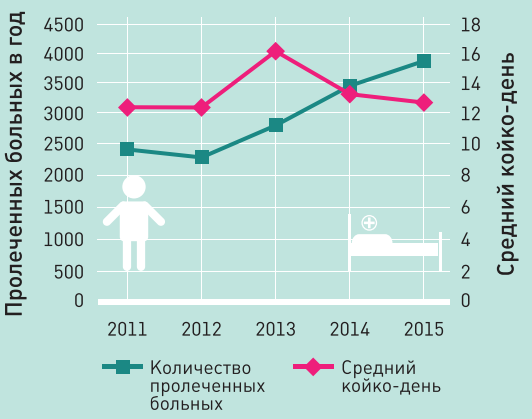
РЕАБИЛИТАЦИЯ

ЦЕНТР ДЕТСКОЙ ОНКОЛОГИИ И ГЕМАТОЛОГИИ

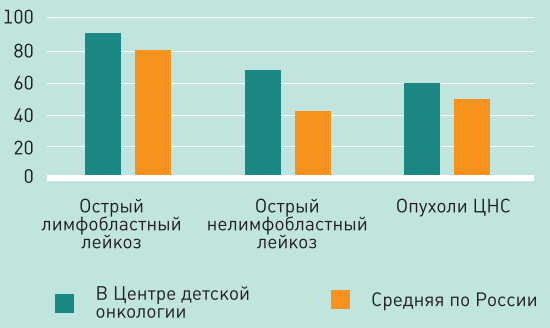
Создан Департаментом здравоохранения г. Москвы (приказ № 608 от 04. 07. 2014) в Морозовской больнице на базе отделений **клинической онкологии** и **онкологии и гематологии**.

ПОКАЗАТЕЛИ РАБОТЫ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ МОРОЗОВСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Количество пролеченных пациентов и средний койко-день



Долгосрочная выживаемость детей при онкологических заболеваниях



С 2015 г. **не осуществляется бюджетное финансирование** по профилю «Детская онкология», а вся медицинская помощь в полном объеме профильным пациентам эффективно оказывается **в рамках ОМС**.

В новом лечебном корпусе **на 500 коек** на территории Морозовской больницы впервые в структуре городского Центра детской онкологии и гематологии будет открыто **отделение трансплантации костного мозга**.

Чтобы они не потеряли надежду

29 февраля по инициативе Европейской организации по изучению редких болезней (EURORDIS) во всем мире отмечается День редких заболеваний. В Москве к этой дате приурочили благотворительный аукцион в Институте русского реалистического искусства.

Александр Рылов, фото Олега Кирюшкина

Главным организатором аукциона выступило Всероссийское общество орфанных заболеваний (ВООЗ). Поддержку в проведении мероприятия оказали также АО «Мединторг», Институт русского реалистического искусства, фармацевтический дистрибьютор ООО «Сайлент 2000», компания NUTRICIA, Морозовская больница ДЗМ.

Перед началом аукциона к его участникам обратились с приветственными словами председатель ВООЗ, руководитель лаборатории наследственных болезней обмена веществ «Медико-генетический научный центр» Е.Ю. Захарова, кандидат медицинских наук, и главный внештатный специалист по медицинской генетике Минздрава России, профессор С.И. Куцев, доктор медицинских наук. Оба эксперта поблагодарили собравшихся за их участие в аукционе и подчеркнули, насколько важна поддержка общества для успешного лечения детей с редкими заболеваниями. Затем Е.Ю. Захарова рассказала о наиболее острых проблемах в оказании медицинской помощи российским детям с редкими болезнями, а С.И. Куцев среди этих проблем остановился на молекулярно-генетической диагностике таких патологий, в том числе проводимых в рамках неонатального скрининга.

На аукционе также присутствовали председатель комиссии Мосгордумы по здравоохранению и охране общественного здоровья Л.В. Стебенкова, первый заместитель главного врача Морозовской больницы, профессор, доктор медицинских наук Е.Е. Петряйкина. Среди других собравшихся на аукционе, а всего в зале присутствовали свыше 40 человек, большинство были врачами-педиатрами.

Корреспондент газеты «Детский доктор» попросил рассказать о медико-социальной проблеме редких заболеваний Е.Ю. ЗАХАРОВУ, председателя ВООЗ, руководителя лаборатории наследственных болезней обмена веществ «Медико-генетического научного центра».

– Екатерина Юрьевна, можно ли надеяться, что в 2016 году положение пациентов, страдающих этими патологиями, и в том числе детей, улучшится?

– Конечно, такая надежда есть. Уже по сравнению с 2014 годом все больше пациентов с редкими заболеваниями получают необходимые им лекарственные препараты и лечебное питание. Но, к сожалению, не все, кто в этом нуждаются. Основная проблема – финансирование. Редкие заболевания – одни из самых финансово затратных категорий болезней. Иногда для лечения пациентов с редкими болезнями регионы вынуждены тратить более 20% от всего бюджета, заложенного на льготное лекарственное обеспечение. Поэтому так остро стоит вопрос о помощи федерального бюджета. Механизмы софинансирования для лечения этой категории пациентов должны быть определены. Пациентское сообщество, эксперты выступают единым фронтом по этому вопросу. В прошлом году из средств федерального бюджета были выделены дополнительные средства на льготное лекарственное обеспечение. И это реально помогло многим пациентам получить лечение. Очень надеемся, что и в этом году это произойдет.

– Какие еще вопросы вы считаете важными?

– Безусловно, это принятие критериев формирования перечня редких болезней, а также ускоренный вывод новых препаратов и лечебного питания на российский рынок для лечения тех заболеваний, которые считались неизлечимыми. Таких болезней не так много, но они есть. Нарушения обмена жирных кислот, гиперинсулинизм, недостаточность биотинидазы, гипофосфатазия, семейная гиперхолестеринемия, недостаточность кислой липазы. Главное, что есть и пациенты, которые остро нуждаются в начале лечения. Как они должны быть обеспечены, если их заболевание пока не попало ни в один из официальных перечней? Немаловажными являются и вопросы о развитии системы бесплатной лабораторной диагностики для пациентов с ОЗ, также бесплатной процедуры ЭКО и преимплантационной диагностики, создания экспертных центров как федерального, так и регионального и межрегионального уровня. Ряд предложений, которые были сформулированы на заседаниях круглых столов в государственной Думе, Совете Федераций и других площадках уже рассматриваются в МЗ РФ, и, возможно, некоторые из них будут приняты в виде поправок для внесения в Федеральный закон 323-ФЗ уже в ближайшее время. Знаю об этом потому, что ВООЗ – это общественная организация, объединяющая сейчас и врачей, и пациентов, причем всего у нас уже более 500 членов по всей стране. В 2012 году мы были созданы как организация, объединяющая самых «редких больных» и членов их семей. Выражая единодушное пожелание этих пациентов и всех российских специалистов по ОЗ, мы неоднократно выступали на Совете общественных организаций по защите прав пациентов при Минздраве, встречались с руководителями этого ведомства, и сегодня я очень рада тому, что нас услышали.

В 2016 г. из всех направлений деятельности наиболее важным для нас остается законотворческое. Мы стараемся наладить сотрудничество с органами исполнительной и законодательной власти и благодаря ему добиться принятия новых поправок к законам, благодаря которым увеличивался бы льготный список орфанных препаратов, расширялись возможности для бесплатной диагностики ОЗ и реабилитации, получения такими больными статуса инвалида, создавались бы общенациональные регистры больных с ОЗ. Подчеркну теперь, что широко обсуждаемые в СМИ трудности с лекарственным обеспечением являются важной, но не единственной проблемой этой категории больных.

– А какую из «нелекарственных проблем» вы бы поставили на первое место?

– Встречу со специалистом именно по данному заболеванию и установление окончательного диагноза, после чего только и возможно приступить к лечению. Число уже известных ОЗ приближается к 7 тыс., и во всей этой огромной совокупности редкие болезни таковыми отнюдь не являются: ими страдают около 10% жителей Евросоюза, всего 3–4 млн человек. Для РФ же эта цифра составляет примерно 1,5 млн. В отечественный перечень ОЗ уже включено более 1500 нозологических форм, он опубликован на сайте МЗ РФ. В то же время орфанных препаратов сейчас создано примерно 250, причем это – для лечения менее чем 4% из всех известных сегодня орфанных болезней. В РФ из этих препаратов сейчас зарегистрировано около 60. Но из них государство закупает далеко не все. Одни препараты закупаются из средств федерального бюджета, другие – из регионального. Но некоторые болезни остаются вне системы, и закупят препарат для их лечения или нет, зависит от многих факторов, основным из которых является состоятельность бюджета региона. Итак, хотя фармкомпании ежегодно выводят на рынок не менее 2–3 десятков новых орфанных лекарств, подавляющее большинство таких больных пока не получают свой препарат. Ведь он для них еще не изобретен. Однако найти специалиста по их болезни и уточнить диагноз для таких пациентов столь же необходимо, как и тем, для кого лекарства уже созданы. Симптоматическая терапия тех ОЗ, где пока нет патогенетического лечения, тоже развивается быстро, и нередко позволяет замедлить их прогрессирование. Во всем мире «редкий пациент» обычно тратит многие годы в скитаниях по разным специалистам – появилось даже выражение «диагностическая Одиссея» – пока не будет поставлен правильный диагноз.

– А почему орфанным больным так трудно найти врача, знающего их болезнь?

– Специалистов по редким болезням очень мало, у нас в стране нет даже специальности такой, как в Европе: «специалист по метаболическим болезням». «Редкие врачи» – это энтузиасты, влюбленные в свою специальность и думающие о своих пациентах. И таких немного.

– Можно ли уменьшить время «диагностической Одиссеи» этих больных?

– В развитых европейских странах как первоочередная проблема в борьбе с ОЗ поднялась как раз названная вами. Чтобы ее решить, страны ЕС формируют сеть экспертных клиник. Каждая получит лицензию на ведение пациентов с ОЗ определенных видов. Одновременно создается регистр этих клиник.

– **А можно ли такую же сеть создать в России?**

– Пока у нас нет правового механизма лицензирования клиники на лечение ОЗ. Да и специалистов по редким болезням намного меньше, чем в Европе. В России я и мои коллеги, которые лечат таких больных, знаем друга в лицо, многие из них входят в Российское общество медицинских генетиков. Но, несмотря на дефицит специалистов, по целому ряду редких болезней и в РФ уже есть опытные врачи. И такие федеральные центры, как Российская детская клиническая больница, Научный центр здоровья детей и подростков, Институт педиатрии и детской хирургии, Центр детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Д. Рогачёва, РОНЦ им. Н.И. Блохина, НИИ неврологии, Гематологический научный центр, где сегодня в основном и лечат российских пациентов с ОЗ, вполне могли бы составить специальный регистр клиник и специалистов по таким патологиям. Но, безусловно, нужны и свои региональные, координирующий центры по редким болезням. Куда попадает пациент из региона в случае острой ситуации? В региональную Городскую или областную больницу! И врачи любой клиники должны знать, как им правильно лечить пациента, где они могут получить совет и помощь. Когда такие центры появятся, «диагностическая Одиссея» для многих больных с ОЗ сократится.

– Что бы вы хотели сказать в заключение нашей беседы?

– Думается, что даже при самом благоприятном развитии событий революции в обеспечении орфанными препаратами не произойдет, и эти проблемы сохранятся в РФ надолго. А потому, помимо законотворческого, плодотворными мне представляются и иные направления работы сообществ пациентов с ОЗ. Мы привлекаем благотворительные фонды и другие некоммерческие организации к обеспечению лекарствами наших пациентов. Стараемся, чтобы пациенты были более подкованы по юридическим вопросам, мы провели для них в 2015 году в разных городах 6 школ, поскольку у больного, хорошо знающего свои права, всегда больше шансов получить лечение. В 2016 году мы активно продолжаем такую работу. Мы помогаем людям не только найти своего доктора, но и познакомиться с теми, кто страдает той же болезнью, что и они. Это нужно и чтобы установилось общение, необходимое для таких пациентов, и чтобы они помогали друг другу, например, передавая срочно необходимое лечебное питание хотя бы на время, пока не удастся это закупить. Наверное, это не совсем правильно, но другого выхода просто нет. Ведь кроме лекарственного обеспечения и других проблем больных с редким заболеванием, которые мы обсудили, есть и еще одна, ключевая для них – чтобы они не потеряли надежду!

– Как вы оцениваете итоги этого аукциона?

– Я очень рада, что он состоялся. По-моему, наше мероприятие прошло замечательно, ведь, кроме аукциона , были и мастер-классы для детей, игры с клоунами, праздничный завтрак, экскурсия по музею. С молотка ушли все 43 лота, картины юных художников – уникальный дар учеников художественных школ детям с редкими болезнями; а также керамические работы. Собрать удалось больше 300 тыс. руб. Эти деньги пойдут на лечение конкретных детей, точнее – на закупку лекарств для их терапии в 2016 году. Мы планируем проводить подобные акции регулярно, чтобы найти поддержку в обществе и дать детям с редкими заболеваниями шанс на полноценную жизнь.

О том, как сейчас работает Центр врожденных наследственных заболеваний, генетических отклонений, орфанных и других редких заболеваний, созданный два года назад на базе Морозовской больницы по приказу Департамента здравоохранения Москвы, рассказала профессор Е.Е. ПЕТРЯЙКИНА.

– Елена Ефимовна, сколько уже лет педиатры Морозовской больницы лечат детей с редкими заболеваниями?

– Уже много десятилетий. Но два года назад на базе нашей больницы был открыт первый в Москве городской Центр врожденных наследственных заболеваний, генетических отклонений, орфанных и других редких заболеваний (далее – Центр) в условиях многопрофильного скоропомощного круглосуточного стационара с организацией также и консультативного приема пациентов. Такие центры сейчас появляются по всей стране, и это очень хорошо. Наш же является региональным для столицы. Целью организации нашего Центра стала максимально ранняя диагностика редких болезней у детей, своевременное начало лечения, внедрение современных инновационных методов терапии, повышение уровня знаний пациентов и их семей, оказание им психологической помощи.

Итак, уже два года дети-москвичи с редкими заболеваниями получают амбулаторную и стационарную специализированную медицинскую помощь, клиническое, инструментальное, лабораторное обследование в едином городском учреждении. Мы ведем также регистр больных редкими заболеваниями, проживающих в Москве. Сейчас на учете в Центре состоят около 800 детей. Тесное сотрудничество с различными медико-генетическими лабораториями, зарубежными клиниками, специализирующимися в области редких болезней, дает возможность максимально модернизировать протоколы обследования и лечения этих детей.

– Вы сказали, что центры, подобные тому, который действует в Морозовской больнице, появляются сейчас по всей стране. А в чем особенности вашего учреждения?

– Наш Центр – единственный в стране и один из очень немногих в мире, где пациентам оказывается круглосуточная неотложная помощь. Это особенно важно потому, что, если таких детей надо немедленно оперировать, то это должна делать бригада, имеющая навыки вмешательств у больных именно с редкими заболеваниями. Например, в ряде случаев им не подходит обычная интубация. Тогда должны применяться специальные виды наркоза. Еще одна особенность Центра в том, что детские хирурги Морозовской больницы, если они включаются в комплексное лечение детей с редкими заболеваниями, способны выполнять операции любой сложности, в том числе и уникальные.

– Не могли бы вы привести примеры таких операций?

– Успею привести только два примера. В отделении травматологии, ортопедии и нейрохирургии Морозовской больницы челюстно-лицевыми хирургами успешно проводятся краниопластические операции по поводу краниосиностоза. Это врожденное заболевание, заключающееся в преждевременном сращении швов черепа и лицевого скелета. В результате возникает диспропорция роста черепа и наступает деформация, которая с возрастом усиливается и приводит к эстетическим и функциональным нарушениям. Я говорю о повышении внутричерепного давления, ишемии мозга, возникновении эпилептиформной активности, нарушении функции органов зрения, вплоть до полной слепоты. Также грубый косметический дефект приводит к нарушению социальной адаптации ребенка.

В ходе таких операций наши хирурги полностью реконструируют свод черепа и часть лицевого скелета с целью устранения деформации и обеспечения дальнейшего нормального роста ребенка. Такие операции надо проводить детям в максимально ранние сроки жизни. Незаменимую роль здесь играют: комплексный мультидисциплинарный подход к предоперационному периоду ведения ребенка, начиная с диагностики, в том числе, высокотехнологичных методов обследования КТ, МРТ с использованием 3D-моделирования и консультаций невропатологов, нейрохирургов, педиатров, генетиков; уникальность операционной бригады, состоящей из челюстно-лицевого хирурга и нейрохирурга; особый послеоперационный период, когда пациента консультируют все профильные врачи-специалисты, что позволяет достичь полной реабилитации в кратчайшие сроки.

Другой пример относится к оперативному лечению врожденных первичных опухолей печени. Они являются редчайшей патологией, составляют от 1 до 4% всех новообразований в детском возрасте и встречаются с частотой всего несколько случаев на 1 млн детей. Эту болезнь отличает медленное развитие патологического процесса. Поэтому диагноз здесь обычно ставится в далеко зашедших стадиях. Однако комбинированное лечение данных опухолей существенно изменило прогноз при этой очень сложной патологии детского возраста. При локализованных опухолях до 90% детей выздоравливают, а при метастатических – порядке 60%.

В ноябре прошлого года в Морозовскую больницу поступил двухлетний мальчик с жалобами на слабость, снижение аппетита и увеличение живота. После обследования был выставлен диагноз: врожденная саркома печени. Мальчик прошел четыре курса химиотерапии, но безрезультатно. Тогда началась подготовка к операции. Опухоль занимала больше половины печени. Потому удаление новообразования в один этап могло привести к печеночной недостаточности. Наши специалисты применили новейшую методику In Situ Splitting, то есть разделение на месте. На первом этапе была выполнена резекция печени на две половины: та, которая будет удалена, и та, которая продолжит функционировать. Затем были перевязаны сосуды, приносящие венозную кровь в долю, содержащую опухоль. В течение недели происходил рост здоровой доли печени. И только на втором этапе была удалена пораженная опухолью доля печени. В результате этой операции мальчик, как мы надеемся, вылечился от рака. Сейчас он чувствует себя хорошо, никаких признаков метастазирования нет. Всего в мире по этой методике было успешно прооперировано трое детей, а для России это был первый случай. Горжусь тем, что эту сложнейшую операцию успешно выполнили мои коллеги из Морозовской больницы.

НОВОСТИ

Пеленание увеличивает риск внезапной младенческой смерти

Группа ученых из Бристольского университета (University of Bristol) проанализировала данные четырех исследований, в которых содержалась информация о 760 случаях внезапной младенческой смерти среди 2519 детей. Распространено мнение, что одним из основных факторов риска является сон на животе. Многие исследователи среди факторов риска также называют совместный сон матери с ребенком, слишком мягкую детскую кроватку и искусственное вскармливание.

Авторы во главе с Анной Пис (Anna Pease) пришли к выводу, что пеленание младенцев повышает вероятность развития синдрома внезапной детской смерти: дети, которых перед сном заворачивали в пеленки и спальные мешки, умирали на треть чаще, чем те, чьи родители не практиковали пеленание. Это касалось не только тех малышей, которых укладывали спать на бок или на живот, но и тех, кто спал на спине.

Наибольший риск внезапной смерти был зафиксирован среди детей старше 6 месяцев, родители которых продолжали их пеленать. Ученые связывают это с тем, что такие малыши уже умели поворачиваться и не спали всю ночь на спине.

Впрочем, ученые подчеркивают, что они не могут утверждать, что именно пеленание было причиной гибели детей. Они не исключают, что свой вклад могли вносить и какие-то другие факторы. Несмотря на это, они считают, что пеленать детей старше полугода уже не нужно.

Источник: http://medportal.ru

Жесткая вода – одна из возможных причин экземы у младенцев

Исследователи из Университетского Колледжа Лондона проанализировали данные 1300 трехмесячных детей из Великобритании. Специалисты изучали связь между жесткостью воды, концентрацией в ней хлора, функциями защитного барьера кожи и экземой. Так, ученые выяснили, кто из младенцев страдал от атопической экземы.

Кроме того, исследователи оценили защитную функцию кожи детей. Они измерили количество влаги, испарявшейся через здоровую кожу предплечья участников. Исследование показало: проживание в районе с жесткой водой увеличивало риск экземы в возрасте трех месяцев на 87%. Концентрация хлора в воде на результаты не влияла.

Источник: http://meddaily.ru

Редкие болезни – это задачи для Шерлока Холмса

Круглые сутки принимает больных детей стационар Морозовской больницы. И круглые сутки оказывает помощь на базе этой многопрофильной клиники первый в Москве Центр орфанных и других редких заболеваний детей. Ему исполнился год. Как видят свои задачи специалисты Центра? Какие организационные меры по лечению профильных пациентов еще нужны нам? Что должно насторожить участкового педиатра, чтобы он вовремя направил ребенка в Центр? Об этом рассказывает руководитель Центра, врач-невролог Наталья Леонидовна ПЕЧАТНИКОВА.

Беседовала Ирина Власова, фото Олега Кирюшкина

– Что сегодня представляет из себя Центр орфанных и других редких заболеваний? Какую помощь он оказывает детям?

– Центр работает год, с 9 февраля 2015 года, и был создан для централизованного оказания помощи детям с орфанными и другими редкими заболеваниями в городе Москве. Дело в том, что до настоящего времени эти дети наблюдались в различных лечебных учреждениях столицы, и не было такого места, куда бы они могли приходить и получать всю необходимую помощь, оставаясь в поле зрения врачей, «не теряясь».

У детей бывают сопутствующие патологии, они наблюдаются у эндокринологов, гастроэнтерологов, но узкий специалист не всегда хорошо разбирается в редких болезнях. Именно поэтому Центр действует на базе многопрофильного стационара.

К тому же в Морозовскую больницу дети могут попасть и по Скорой помощи – в случае ухудшения состояния. Здесь врачи знают особенности ребенка, его специфическую диету, противопоказания к применению ряда препаратов. Когда ребенок попадает в иной стационар по Скорой, там могут не знать о его особенностях, не успевают доктора сориентироваться, действует бригада Скорой помощи по общей схеме, но для конкретного ребенка эта схема может оказаться опасной.

Одна из важнейших задач центра – диагностика. Ребенка порой годами водят по разным врачам, каждый специалист находит что-то свое, а на самом деле – проблема в наследственном, орфанном заболевании, которое поражает разные системы организма и лечится особенным способом. Мы стараемся таких детей выявлять, оказывать им помощь и наблюдать их в динамике. Чтобы не получилось так, что ребенок погиб просто потому, что не был вовремя установлен диагноз.

Конечно, иногда мы не можем помочь, потому что какое-то конкретное заболевание пока не лечится. Тем не менее, точный диагноз нужен, чтобы объяснить семье, что происходит с ребенком, каковы прогнозы по его здоровью, каков риск у семьи повторно родить больного ребенка. Мы стараемся провести медико-генетическое консультирование родителей, чтобы помочь семье запланировать здоровую беременность, чтобы не повторилась трагедия.

– Какие отделения входят в состав Центра, кто из специалистов в нем работает?

– В структуру центра входит медико-генетическое отделение Центр неонатального скрининга – это амбулаторное звено. И стационарное отделение наследственных нарушений обмена веществ. В амбулатории проводят массовое обследование новорожденных детей на наличие наследственных заболеваний, консультируют родителей, там же можно получить клинико-биохимическое подтверждение диагноза. Здесь наблюдаются дети, которые не нуждаются в стационарном лечении, например, пациенты с такими орфанными заболеваниями, как адреногенитальный

синдром, галактоземия, врожденный гипотиреоз, муковисцидоз, фенилкетонурия.

В стационаре у нас 15 коек, есть три профиля: неврологический, педиатрический и реабилитационный. В штате Центра работают врачи-неврологи, врач педиатр-генетик, есть инструктор ЛФК, который приходит заниматься с детьми по специальным реабилитационным программам.

В целом, схема такая: в нашу поликлинику, медико-генетический центр, из всех поликлиник Москвы направляют «подозрительных» детей. Туда же мы передаем из стационара детей, из рук в руки. Мы стараемся, чтобы все такие дети наблюдались у нас. Но не замыкаем их на нашем Центре. Многих передаем в поликлиники по месту жительства. Все, что нужно знать участковому педиатру относительно «нашего» ребенка (к примеру, что делать, если ребенок с редкой болезнью заболел обычной вирусной инфекцией), все противопоказания мы тщательно прописываем в медицинской карте. Острые моменты, в том числе вопросы вакцинации, как правило, все же решаем сами. Так и больному спокойнее, его семье, и нам, и врачам на местах. Если же что-то происходит несложное, и родители понимают, что справятся вместе с участковым педиатром, то и действуют самостоятельно. А если что-то пугает, приходят в наш Центр.

– Кто из врачей сегодня входит в Вашу команду?

– В идеальном варианте, входят в нашу команду все врачи Морозовской больницы. Подразумевалось, что дети с орфанными заболеваниями будут лежать в разных отделениях, в зависимости от ведущего клинического симптома. Но пока идеал не до конца воплотился в жизнь. Редкими болезнями врачу нужно увлечься, чтобы хотелось этим заниматься, искать ответы, складывать пазл поиска диагноза. Конечно, может, мы не очень умеем коллег увлечь, плюс огромная загруженность докторов…

В целом в стационаре Центра работают трое: я, Виктория Сергеевна Какаулина – эпилептолог, Нина Александровна Полякова – педиатр, генетик. С нами работает в медико-генетическом центре заведующая Елена Андреевна Шестопалова, она врач-генетик с большим стажем, специализируется на лечении фенилкетонурии. Она патронирует всех детей, у которых выявлено это заболевание по скринингу новорожденных. Есть уже взрослые девочки с фенилкетонурией, которых она наблюдала, и у них уже свои дети, так что можно сказать, что у нее уже есть пациенты-«внуки». Есть доктора-генетики, которые ведут амбулаторный прием, консультируют в стационаре: Наталья Олеговна Брюханова, Наталья Александровна Семенова.

– Знакомы ли Вы с опытом работы других аналогичных центров?

– Да, за рубежом есть схожие метаболические центры, есть целые клиники, которые специализируются на лечении наследственных заболеваний. Как правило, это единый конгломерат: стационар, поликлиника, лаборатория. Все врачи между собой взаимодействуют и находятся в постоянном контакте. В штате всегда есть диетолог, чтобы руководить диетотерапией, корректировать ее в зависимости от результатов анализов, которые он может обсудить с врачом лаборатории. Это правильно, поскольку только коллегиальный, мультидисциплинарный подход дает оптимальный результат: врач поликлиники всегда может обратиться в стационар, из стационара ребенка выписывают не в «космос», а в свою поликлинику, где коллеги уже в курсе всех тонкостей данной патологии. Врачи могут вместе обсудить все вопросы, общую концепцию разработать. Это бесконечное общее наблюдение за одним ребенком… Мне кажется, это самое эффективное, что может быть.

Что касается диагностики, есть в Москве федеральная центральная лаборатория, по уровню, мне кажется, она не уступает европейским, с которой мы сотрудничаем. Наша лаборатория в Морозовской больнице пока находится в стадии развития. Но мы постараемся, чтобы она соответствовала всем требованиям.

Выявляемость больных за рубежом, конечно, выше, может быть, отчасти из-за того, что скринируют там на большее число заболеваний, неонатальный скрининг там более расширенный. И поэтому опыта у европейских клиник по лечению редких болезней гораздо больше. Мы участвуем в международных конференциях, где докладываются редкие случаи, общаемся с зарубеж-

ными коллегами. И то, что можем перенести в наши условия – а они у нас, конечно, разные, переносим. Стараемся сотрудничать с различными медико-генетическими лабораториями и зарубежными клиниками, специализирующимися в области редких болезней. Это дает возможность модернизировать протоколы обследования и лечения больных детей.

Мы ездим, слушаем и знакомимся с коллегами, с которыми дистанционно можем затем обсуждать наших больных.

– Наталья Леонидовна, сколько, на Ваш взгляд, сегодня невыявленных детей с редкими болезнями в Москве?

> Редкими болезнями врачу нужно увлечься, чтобы хотелось этим заниматься, искать ответы, складывать пазл поиска диагноза

– Много. Примерно 1 ребенок на 10 000. Это явно больше, чем занесено в существующий регистр, где сейчас числятся всего 735 детей. Мы планируем провести ревизию этого регистра, чтобы понимать ситуацию: в каком состоянии находятся «наши» дети, где и как они наблюдаются, нужна ли им наша помощь.

Перед нами стоит еще одна задача – пополнять регистр, расширять его, чтобы туда вошли новые нозологии, те, которые пока не учитываются.

Мы стараемся организовать лечение наших пациентов так, чтобы всю медицинскую помощь они получали вовремя, в соответствии с принятыми стандартами. А для этого необходима удобная система, чтобы родители не бегали по разным клиникам, записываясь то к одному, то к другому специалисту, а приходили туда, где специалисты могли бы расписать им весь план необходимого обследования.

– Как врачам на местах не обмануться? Под какие иные заболевания редкие болезни могут маскироваться? Какие симптомы следует доктору не пропустить?

– Опасность в том, что редкие болезни маскироваться могут подо что угодно: могут проявляться под маской детского церебрального паралича (ДЦП), гепатита, нарушений свертываемости крови, эпилепсии… Мы надеемся, что у нас получится разработать некую программу селективного скрининга, чтобы на основании определенных критериев врач понимал, что этого ребенка нужно отправить на консультацию к генетику.

Когда врач должен насторожиться?

Если в семье уже умер один из детей.

Если фиксируются неясные ухудшения состояния здоровья ребенка, особенно в первые сутки жизни после нормальных родов.

При орфанном заболевании ребенок может достаточно долго развиваться нормально, а потом вдруг на фоне полного здоровья или легкой инфекции стремительно ухудшается состояние, дело даже до реанимации доходит. И никто не может понять, что случилось.

Дети с редкими болезнями внешне могут никак не отличаться от здоровых сверстников. И распространенное представление, что такого ребенка видно в толпе, потому, что у него «две головы или четыре ноги», это глубокое заблуждение! Наши пациенты такие же симпатичные, как обычные дети. Но врача могут насторожить неясные изменения внутренних органов, изменения в анализах. Есть и внешние признаки у детей, страдающих орфанными заболеваниями. Например, у пациентов с мукополисахаридозами. Правда, своеобразный внешний вид у детей формируется не сразу, рождаются они такими же, как и здоровые дети, а фенотипические особенности формируются постепенно, с течением заболевания. И чем дольше болеет ребенок, тем внешние признаки болезни отчетливее.

Довольно подозрительно, когда у ребенка несколько диагнозов, поставленных разными узкими специалистами. Каждый из специалистов находит свою патологию, лечит ее – и все это у одного ребенка! Хочется увидеть общую причину. Ведь маловероятно, чтобы у одного ребенка было сразу пять тяжелых болезней…

Еще один сигнал тревоги – увеличение печени и селезенки, особенно в раннем возрасте. Какое-то время это проходит бессимптомно, но гепатоспленомегалия сама по себе вызывает определенные подозрения. А многие участковые врачи, к сожалению, воспринимают ее только как последствие какой-то внутриутробной инфекции.

Вообще диагноз «последствие внутриутробной инфекции» требует каждый раз очень детального рассмотрения. Все будущие мамы болеют: сложно проходить девять месяцев беременности и не подхватить никакой вирусной инфекции. Все мы носители цитомегаловируса, антител к мегаловирусу, герпесу… В условиях мегаполиса иначе и быть не может. Но почему у одних женщин реализуется эта внутриутробная инфекция, а у других – нет? Это вопрос! Я бы детей, которые лежат с внутриутробными инфекциями, рассматривала как отдельную группу, группу риска по наследственным болезням обмена. В большинстве случаев дело совсем не во внутриутробной инфекции.

Хочется подчеркнуть еще раз: чем раньше будет установлен диагноз, тем больше шансов избежать осложнений, трагических последствий.

– Насколько обеспечены препаратами московские больные орфанными заболеваниями?

– Не могу сказать, что все обеспечены всем, чем мне бы хотелось их обеспечить, но, в целом, Москва неплохо лечит своих детей. И не только из гуманных соображений. С экономической точки зрения, надо еще посчитать, что дороже: содержать тяжелого инвалида, которому нужны огромные средства на реабилитацию, симптоматическую

> При орфанном заболевании ребенок может достаточно долго развиваться нормально, а потом вдруг на фоне полного здоровья или легкой инфекции стремительно ухудшается состояние

терапию, нахождение в реанимации, или обеспечить ребенка патогенетической терапией, которая не даст ему инвалидизироваться…

Печально, что пока многие думают: раз редкая болезнь, значит скандал, суды… Поэтому никто не хочет связываться с этой проблемой. На самом деле, все может быть гораздо спокойнее. И государство внимательно относится к нашим пациентам, и общественные организации активно помогают.

Я бы хотела, чтобы наши больные лечились максимально мирно и эффективно.

Иногда редкие болезни лечатся довольно простыми препаратами, нужно только вовремя поставить диагноз. К примеру, дефицит фермента биотинидазы лечится биотином – витамином Н, в сущности, биодобавкой. Но если вовремя биотин не назначить, то дети погибают на первом году жизни с резистентными судорожными приступами. После первой же таблетки биотина картина меняется. А еще есть B_6-зависимые приступы, когда в силу генетически детерминированной нехватки витамина B_6 дети не излечиваются на классической противосудорожной терапии, а высокие дозы витамина B_6 приступы купируют, и ребенок развивается по возрасту. Словом, порой лечение оказывается не таким уж и сложным или недоступным.

– Самые сложные ваши пациенты, они какие?

– Есть много заболеваний, при которых пока излечить ребенка невозможно. Митохондриальные заболевания, к примеру, практически не излечиваются, существует только симптоматическая терапия.

Бывает, заболевание прогрессирует, несмотря на проводимую терапию. Так что, даже если разработана терапия, все орфанные больные ходят по такой тонкой грани: чуть заболел ребенок, перенервничал – жди ухудшения состояния. А чем оно закончится, никто не знает. Это вопрос жизни и смерти.

Ребенок долго может быть стабилен, но в любой момент может все что угодно произойти. Это для врачей самое сложное.

– Наталья Леонидовна, а были уже неудачи, теряли детей?

– Да, к несчастью. Вот недавно мы потеряли одну девочку пятилетнюю. Ее доставили в отделение уже в тяжелом состоянии, она сразу в реанимацию попала, и, несмотря на то, что быстро установили диагноз (нарушения обмена цикла мочевины), уже ничего нельзя было сделать. А до пяти лет все было хорошо. Резкое ухудшение состояния здоровья случилось «вдруг».

В этой семье есть еще дети, и они здоровы, так что и мысли о генетическом заболевании ни у кого поначалу не было, и не было никакой настороженности в семье. Ничто беды не предвещало. Страшная потеря.

– Проводится ли генетическое тестирование будущих родителей?

– Оно проводится, но, к сожалению, на основании этого тестирования мы можем пару только предостеречь в случае крупных хромосомных аномалий. От всего обезопасить мы не можем. Мы все носители различных заболеваний, и что-либо предсказать трудно.

Есть этнические факторы риска в генетике, к примеру, по некоторым данным, до 25% евреев-ашкенази являются носителями ряда генетических заболеваний, которые могут передаваться детям, поэтому в странах, где преобладает население данной этнической принадлежности, специально эти факторы проверяются у будущих родителей.

Мы всегда предупреждаем пару, что пренатальная диагностика, которую мы рекомендуем на основании уже выставленного диагноза (для одного из уже рожденных детей), подстрахует только в отношении данного заболевания. К сожалению, мы не можем гарантировать, что не будет какого-то другого заболевания. В следующий раз совпадения по генам могут быть иными.

Есть заболевания, которые успешно лечатся, поддаются диетотерапии. Если, по результатам пренатальной диагностики, высок риск рождения ребенка с таким заболеванием, для родителей это не повод прервать беременность. Просто ребенку будет нужна диета, к примеру, как при как фенилкетонурии.

С заболеваниями, которые требуют ферментозаместительной терапии, все сложнее.

Есть единичные семьи, которые, по разным причинам, отказываются от пренатальной диагностики. Мы никак не можем подстраховать их, и там снова и снова рождаются больные дети…

Я считаю, что у семьи есть право принимать решение: сохранять или не сохранять беременность. Но этот выбор им нужно делать на основании какой-то информации. Будущие родители должны знать, к примеру, что велик риск рождения ребенка с заболеванием,

Продолжение на стр. 10

Окончание. Начало на стр. 9

для которого нет лечения. И ребенок будет тяжело болеть и в мучениях погибать, и никто не сможет ему помочь. Мы обязаны об этом семью проинформировать, если, конечно, можем это сделать. А дальше право родителей – решать, что делать.

Вот еще пример: есть материнский тип наследования генетического заболевания. В этом случае, чтобы родился здоровый ребенок, нужно взять донорскую яйцеклетку. Тогда женщина сможет выносить и родить здорового ребенка. В противном случае, у этой женщины не будет детей здоровых. Конечно, такие услуги матерям должны предоставляться бесплатно, не каждая семья сможет за собственные средства что-то сделать, это довольно накладно.

– С чем связаны сегодня надежды на лечение генетических болезней? Вы ожидаете каких-то научных прорывов?

– Прорыв возможен через несколько десятков лет, когда, может быть, врач-генетик и не будет уже нужен, как клиническое звено. Когда будет возможно проведение полного эксомного секвенирования, и будет доступна достоверная база данных для интерпретации полученных результатов. И с каждым годом все больше редких болезней переходит в разряд излечимых, разрабатываются новые подходы к терапии, регистрируются новые препараты.

– Есть коллеги или педагоги, которым вы обязаны своим профессиональным выбором, своим увлечением?

– У каждого из нас свои учителя. Но один учитель «общий» – это заведующая отделением медицинской генетики Светлана Витальевна Михайлова – от нее мы узнали, что такое редкие болезни, что значит думать над больным, складывать факты и не останавливаться на неопределенном поверхностном диагнозе.

> С каждым годом все больше редких болезней переходит в разряд излечимых, разрабатываются новые подходы к терапии, регистрируются новые препараты

Как и для всех неврологов, закончивших РНИМУ им. Пирогова вместе с нами, значимым для нас с Викторией Сергеевной было влияние д.м.н., профессора Константина Юрьевича Мухина, одного из ведущих эпилептологов в Москве. В то время, когда мы учились, он руководил кружком по неврологии в Университете. Еще бы я назвала замечательного заботливого педагога, доцента кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики РГМУ Светлану Сергеевну Жилину, Нина Александровна – ее выпускница. И, конечно, заведующую центральной лабораторией наследственных болезней обмена веществ Медико-генетического научного центра РАМН Екатерину Юрьевну Захарову. У нее дар: всех, кто с ней хоть как-то пересекается, она заряжает своей любовью к редким болезням. И вот уже знакомые погружены в эту тему: компьютерщики делают программы, филологи пишут статьи, юристы помогают больным права отстаивать…

– Наталья Леонидовна, это спонтанное лично у Вас было решение – специализироваться на лечении редких болезней?

– Это же очень интересно! Я не собиралась ничем таким заниматься, я ничего и не знала про редкие болезни. Но еще в институте все искала специализацию, чтобы в процессе лечения был поиск: любила когда-то книги про Шерлока Холмса, разгадывание тайн. А уж когда я узнала, что есть такие болезни, где нужно сопоставлять вроде бы совершенно типичные симптомы, чтобы раз – и раскрылась совсем другая картина! И ты начинаешь лечить ребенка, а ребенок, который ну никак не поправлялся и вообще собирался умирать, вдруг начинает выздоравливать и потом живет, как обычный человек… Словом, мне показалось, что интересней редких болезней вообще ничего нет и быть не может! С того момента все стало развиваться: смотришь больного, вроде бы все понятно, но думаешь: «Дай-ка я проверю, почитаю…» И точно! Вот он наш ребенок, один в один! Потом подтверждается диагноз! И это ощущение, что ты открытие сделал! Если вы к нам два дня походите, тоже «заразитесь»…

Собянин отметил активность москвичей в рамках краудсорсинг-проекта «Детские поликлиники»

По окончанию краудсорсинг-проекта, который был посвящен вопросам улучшения работы детских поликлиник, поступило около 10 тыс. предложений, сейчас их анализируют, и самые лучшие войдут в стандарт детских поликлиник. Известно, что участие в проекте приняли около 12 тыс. человек, в том числе 2,8 тыс. сотрудников медицинских учреждений столицы. В рамках проекта у врачей, родителей и всех заинтересованных москвичей была возможность высказать свои предложения и обсудить новые идеи по улучшению работы детских поликлиник города. Как и предыдущие краудсорсинг-проекты, проект «Детские поликлиники» проводился на специальной площадке Правительства Москвы crowd.mos.ru.

«В городе проведен краудсорсинг “Детские поликлиники”. Мы аналогичную работу проводили со взрослыми поликлиниками. Сейчас мы попросили москвичей обсудить варианты дальнейшего улучшения работы детских поликлиник», – заметил Сергей Собянин на заседании Президиума Правительства Москвы.

Мэр поблагодарил всех граждан, кто принимал активное участие в обсуждении. «Сегодня стоит задача – проанализировать эти предложения уже с профессиональным сообществом, соответственно, определить конечные варианты решения тех или иных проблем, проголосовать на “Активном гражданине”. И выработать стандарт работы московской детской поликлиники. Ну а затем его внедрять», – добавил Сергей Собянин.

Министр Правительства Москвы, руководитель Департамента здравоохранения города Алексей Хрипун отметил, что проект был запущен около месяца назад, причем тема обсуждений менялась примерно через каждые три-четыре дня.

«Всего было подано около 10 тысяч предложений. Важно, что четверть из всех, кто зарегистрировался на этом проекте и принимал участие в генерации предложений, – медики. Мы такой активности профессионалов давно не видели. Из 10 тысяч предложений сформировано 161, которые не повторяют друг друга, то есть они уникальные и являются базой для планирования тех мероприятий, над которыми мы сейчас работаем», – сказал Алексей Хрипун.

Он заметил, что предложенные идеи можно объединить в пять групп. Наиболее волнующей темой оказалась процедура получения рецептов на продукты питания и молочные смеси для детей, было предложено много идей, как упростить этот процесс. В этом заинтересованы и педиатры, т.к. оформление рецепта отнимает много времени.

«Кроме того, жители просят организовать во всех детских поликлиниках города call-центры, которые могли бы консультировать родителей. Особенно эта идея стала популярна у молодых родителей с детьми до одного года. Также педиатров просят предоставлять памятки о вакцинации, профилактических мерах и частых заболеваниях у детей», – отметил руководитель Департамента.

Еще одной актуальной темой обсуждения стала возможность получения некоторых документов без посещения поликлиники ребенком.

В целом, участники проекта обсудили вопросы по следующим направлениям.

- Как улучшить доступность и качество оказания медицинской помощи?
- Как повысить информированность родителей о состоянии здоровья их детей?
- Как убедить ребенка не бояться медиков и с удовольствием посещать поликлинику?
- Как должна работать поликлиника в пиковый сезон?

Наиболее полезными и интересными были признаны идеи:

- увеличить во всех детских поликлиниках срок действия рецептов на молочную кухню в 3 раза – с 1 до 3 месяцев. Это сэкономит время родителей и разгрузит врачей от рутинной работы, позволив им уделять больше времени лечению маленьких пациентов. (На данный момент в московских поликлиниках нет единого срока действия рецептов на молочную кухню. Большинство поликлиник выписывает рецепт на 1 месяц, некоторые – на 2 и 3 месяца);
- предоставить в системе ЕМИАС возможность записи к врачу нескольких детей (братьев и сестер) на ближайшее время, что позволит сэкономить силы и время родителей при посещении поликлиники;
- предоставить в системе ЕМИАС возможность записи к врачу с учетом цели визита (участковый педиатр, дежурный врач или кабинет «здоровое детство»), что позволит более рационально организовать прием врачей;
- разрешить родителям приходить в поликлинику без ребенка для получения рутинных медицинских документов, не требующих врачебного осмотра;
- выдавать молодым родителям брошюры с рекомендациями по кормлению, купанию, уходу за новорожденным ребенком.

Помимо этих были предложены еще некоторые идеи:

- организовать в каждом амбулаторном центре единый call-центр с многоканальным телефоном для записи или вызова врача на дом;
- организовать горячую линию для консультации молодых родителей детей в возрасте до 1 года;
- выдавать краткую памятку о рекомендациях и действиях родителей после проведенной вакцинации;
- создать электронные рецепты на молочную кухню;
- создать дежурные выездные бригады для осмотра на дому пациентов старше 7 лет.

Сформировать московский стандарт работы детских поликлиник планируется весной 2016 года.

Источник: Департамент здравоохранения г. Москвы

Проблемы детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности

Юлия Пескова, фото Олега Кирюшкина

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) – самая распространенная причина нарушений поведения и трудностей обучения детей. Об основных подходах к диагностике и лечению СДВГ, методах психолого-педагогической коррекции этого расстройства, представляющих интерес для практических врачей, шла речь на научном симпозиуме «Синдром дефицита внимания и гиперактивности: горячие темы», состоявшемся в рамках XIX Конгресса педиатров России.

Симпозиум проходил в формате диспута: ведущие отечественные эксперты – Николай Николаевич Заваденко (зав. кафедрой неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики педиатрического факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова), Георгий

Николай Николаевич Заваденко

Арчилович Каркашадзе (зав. отделением когнитивной педиатрии ФГБУ НЦЗД), Наталия Вячеславовна Устинова (зав. лабораторией социальной педиатрии ФГБУ НЦЗД), Тинатин Юзовна Гогберашвили (научный сотрудник отделения когнитивной педиатрии ФГБУ НЦЗД) – обсуждали наиболее актуальные проблемы СДВГ, полемизируя друг с другом. В качестве модераторов симпозиума выступили Георгий Арчилович Каркашадзе и профессор Ольга Ивановна Маслова, зав. отделом психоэмоциональной разгрузки, когнитивной поддержки и коррекционно-восстановительной помощи НИИ профилактической педиатрии и восстановительного лечения ФГБНУ НЦЗД.

Первая тема касалась сложностей диагностики СДВГ. Профессор Николай Николаевич Заваденко напомнил слушателям, что СДВГ представляет собой расстройство развития, проявляющееся трудностями концентрации и поддержания внимания, чрезмерной двигательной активностью (гиперактивностью) и несдержанностью (импульсивностью). Эти симптомы не соответствуют нормальным для возраста характеристикам и постоянно наблюдаются в различных сочетаниях в школе, домашней обстановке и других ситуациях. «Однако не существует надежных и общепринятых лабораторных тестов, которые бы подтвердили диагноз СДВГ, – заметил Николай Николаевич. – Диагноз основывается на клинических критериях». В России сегодня используются классификация критериев диагностики МКБ-10 (F.90. Гиперкинетическое расстройство) и классификация критериев DSM, разработанная Американской психиатрической ассоциацией. В 2013 г. опубликована новая версия DSM-V, в которой представлены обновленные диагностические критерии СДВГ: отражена манифестация симптомов в возрасте до 12 лет (ранее – до 7 лет), изменено пороговое количество симптомов СДВГ для взрослых (сейчас – не менее 5, раньше – 6), уточнены характеристики СДВГ для более полного их описания у взрослых пациентов.

Н.Н. Заваденко привел данные популяционных исследований, согласно которым, СДВГ в большинстве регионов мира встречается примерно у 5% детей и 2,5% взрослых. Часто встречаются состояния-«имитаторы» СДВГ: у 15–20% детей школьного возраста периодически наблюдаются сходные с СДВГ формы поведения, связанные с индивидуальными особенностями темперамента или некоторыми заболеваниями. В связи с этим необходимо тщательно разграничивать СДВГ и широкий круг состояний, сходных с ним лишь по своим внешним проявлениям, но существенно отличающихся от СДВГ как по своим причинам, так и методам коррекции. Учитывать это тем более важно, что в последние годы обозначилась тенденция к необоснованно частой постановке диагноза СДВГ.

О расстройствах аутистического спектра (РАС) говорила в своем докладе Наталия Вячеславовна Устинова. Она сфокусировала внимание на особенностях нового подхода классификации DSM-V, которые, по ее мнению, несут революционные изменения для аутизма. Во-первых, произошло объединение в одну рубрику диагностических категорий на

Тинатин Юзовна Гогберашвили

основании представлений об их общих нейробиологических особенностях (расстройство с дефицитом внимания и гиперактивностью, РАС, тики, умственная отсталость). Второе важное изменение состоит в том, что тяжесть расстройства определяется не по коэффициенту интеллектуального развития IQ, а по уровню адаптивного функционирования. И третье, возможно, самое «революционное» новшество – диагнозы детский аутизм, синдром Аспергера, синдром Ретта, дезинте-

Наталия Вячеславовна Устинова

гративное расстройство детского возраста прекращают свое существование в качестве самостоятельных диагнозов. Появляется новая категория – расстройство социальной коммуникации, у которой часть синдромов совпадает с РАС. «Теперь мы имеем конкретную таблицу, по которой выставляем степень тяжести аутизма на основании нарушений социальной коммуникации, ограниченных интересов повторяющегося поведения», – констатировала Наталия Вячеславовна.

В дополнение Н.Н. Заваденко заметил, что в новой редакции классификации DSM-V аутизм и СДВГ считаются двумя взаимоисключающими диагнозами. РАС входят в перечень состояний для дифференциальной диагностики, который является приложением к диагностическим критериям СДВГ. Подразумевается, что у одного ребенка может быть или СДВГ, или аутизм.

Перейдя к следующей теме, Н.Н. Заваденко отметил, что наиболее эффективной при СДВГ является комплексная помощь, при которой объединяются усилия врачей, психологов, родителей и педагогов, работающих с ребенком. Очень важно развивать в России программы обучения и тренинга для родителей детей с СДВГ. Что касается фармакотерапии СДВГ, то она назначается по индивидуальным показаниям в тех случаях, когда когнитивные и поведенческие нарушения у ребенка не могут быть преодолены лишь с помощью немедикаментозных методов. В нашей стране с этой целью традиционно используются препараты ноотропного ряда.

Н.Н. Заваденко представил результаты международного 12-месячного проспективного наблюдательного исследования функциональных изменений состояния у детей и подростков, которым было назначено медикаментозное лечение по поводу СДВГ. Его целью была оценка функциональных изменений у детей и подростков с СДВГ из разных стран, которым на протяжении одного года назначалась монотерапия (препараты метилфенидата, ноотропные средства). Согласно исследованию, значительный регресс симптомов СДВГ был достигнут во всех терапевтических группах. Одновременно во всех группах улучшилась средняя оценка по шкале CHIP-CE, которая характеризовала общее состояние здоровья и самочувствие ребенка, поведение дома, в школе, занятия и взаимоотношения со сверстниками. Для достижения наилучших результатов лекарственная терапия СДВГ должна быть достаточно продолжительной.

О различиях в подходах немедикаментозного лечения СДВГ в России и за рубежом рассказала Тинатин Юзовна Гогберашвили. В нашей стране симптомы СДВГ корригируются в основном нейропсихологическими методами с опорой на познавательные функции. Нейропсихологическая коррекция строится на основе индивидуально-личностных особенностей ребенка, сохранных формах деятельности, предметной и игровой деятельности, комплексности воздействия. За рубежом используются психотерапевтические методы (когнитивно-поведенче-

Георгий Арчилович Каркашадзе

ская психотерапия), то есть акцент делается на эмоционально-личностную сферу. Параллельно ведутся занятия по развитию социальных навыков, проводится работа с родителями, широко используются техники расслабления (йога, медитация, музыкотерапия), трудотерапия.

Завершил симпозиум Георгий Арчилович Каркашадзе, напомнивший, что ребенку с СДВГ, помимо фармако- и психотерапии, необходим большой объем дополнительных мероприятий: родительский контроль, планирование и изменение режима дня с чередованием физической и умственной нагрузки, занятия с логопедом и репетиторами и т.д. Все это требует от врача взвешенного и многостороннего подхода к назначению комплексного лечения СДВГ. А значит – требуются новые знания, повышение квалификации, чтобы уметь грамотно управлять этим сложным лечебным процессом.

Актуальные вопросы детской эпилептологии

Симпозиум с одноименным названием состоялся 14 февраля 2016 года в рамках научной программы XIX Конгресса педиатров России. На симпозиуме рассматривались проблемные вопросы, которые касались особенностей течения различных форм эпилепсии у детей и современных подходов к выбору фармакотерапии, способствующей повышению эффективности лечения и улучшению качества жизни маленьких пациентов.

Юлия Пескова, фото Олега Кирюшкина

Симпозиум открыл профессор Сергей Григорьевич Бурд (кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики РНИМУ им. Н.И. Пирогова), отметив, что в настоящее время накоплен большой опыт медикаментозного лечения эпилепсии у детей. Современные противоэпилептические препараты (ПЭП) первого и второго ряда дают возможность добиться хороших результатов. Однако сохраняется достаточно высокий процент труднокурабельных (фармакорезистентных) форм заболевания, при которых требуется назначение рациональной политерапии – то есть применения комбинации ПЭП с различными механизмами действия. Как правило, дополнительный препарат прибавляется к препарату первой линии, у которого показана возможная, но недостаточная эффективность и переносимость при монотерапии. Сергей Григорьевич подробно остановился на базовых принципах политерапии, основных факторах, определяющих порядок приоритета новых вспомогательных ПЭП, спектре эффективности различных лекарственных средств и особенностях их применения.

Сергей Оганесович Айвазян (НПЦ медицинской помощи детям Департамента здравоохранения г. Москвы) представил доклад «Эпилептический статус. Современные представления о диагностике и терапии». Он осветил современные представления о классификации, этиологии и патофизиологии эпилептического статуса (ЭС) у детей и некоторые детали ведения этого угрожающего жизни состояния, при котором требуется проведение

Сергей Григорьевич Бурд

неотложных интенсивных мероприятий. В том числе С.О. Айвазян проанализировал протокол медицинского лечения ЭС (адаптированный к РФ) в зависимости от стадии, отметив, что основными средствами для лечения всех форм ЭС являются диазепам и мидазолам. Профессор Айвазян остановился на тактике немедикаментозного лечения ЭС, которое включает назначение так называемой кетогенной диеты и проведение локальной гипотермии мозга.

Профессор Валентина Ивановна Гузева, главный внештатный специалист детский невролог МЗ РФ, заведующая кафедрой нервных болезней СПбГПМУ, рассказала о когнитивных и речевых нарушениях при эпилепсии у детей и представила опыт применения у этих пациентов гопантеновой кислоты.

Инна Олеговна Щедеркина (Центр по лечению цереброваскулярной патологии у детей и подростков Морозовской ДГКБ, РНИМУ им. Н.И. Пирогова) осветила тему «Эпилепсия у детей и подростков, перенесших инсульт». Она обратила внимание, что во всем мире, в том числе и в России, с каждым годом увеличивается количество инсультов у детей. При этом детские инсульты нередко заканчиваются летальным исходом, а у 20–40% пациентов происходят повторные эпизоды болезни. Большинство детей, перенесших инсульт, впоследствии имеют двигательные и речевые нарушения, у них наблюдаются судороги, трудности в обучении и другие проблемы, осложняющие их дальнейшее развитие и

Сергей Оганесович Айвазян

снижающие качество жизни. В связи с этим в 2014 г. было принято решение о создании на базе Морозовской ДГКБ «Центра по лечению цереброваскулярной патологии у детей и подростков». Центр специализируется на оказании высококвалифицированной медицинской помощи пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) на всех этапах заболевания.

Инна Олеговна рассказала, что сотрудниками Центра ведется постоянная лечебная и научная работа, посвященная цереброваскулярной патологии у детей и подростков. Так, например, они проанализировали первые клинические проявления у детей с инсультом на догоспитальном этапе (по данным талонов СМП детей, доставленных в МДГБ за 2015 г.) и выявили, что наиболее частыми симптомами ОНМК являются общемозговые и очаговые симптомы или их сочетание, несколько реже наблюдаются судороги. Причем последний симптом является важным настораживающим фактором в свете дальнейшего развития эпилепсии. Так, по мнению ряда авторов, если у ребенка в первые 24 часа наблюдается приступ,

Валентина Ивановна Гузева

это повышает риск развития эпилепсии в течение последующих 6 месяцев. Согласно другим данным, судороги в остром периоде повышают риск развития эпилепсии от 7 до 29%. Еще одна группа исследователей выявила, что в течение 5 лет эпилепсия появляется у 12,4% детей, перенесших инсульт, на возникновение эпилепсии влияет возраст пациентов и возникновение судорог в острый период инсульта.

«Мы хотели посмотреть, насколько наши данные соответствуют литературным сведениям, и что мы можем сделать еще в этом направлении, – сказала Инна Олеговна. – Для этого были проанализированы истории болезни детей, проходивших лечение в МДГБ в 2013, 2014 и половине 2015 гг. по поводу инсульта, а также истории болезни пациентов, направленных к эпилептологу амбулаторно и имевших в анамнезе инсульт за аналогичный период». Из 280 детей диагноз «эпилепсия» был выставлен 24 детям (8,6%), причем преобладали дети с ишемическим инсультом (средний возраст 10,7 лет), в остром периоде инсульта судороги отмечались в 12,5% случаев только при геморрагическом инсульте (средний возраст 2,4 года). Чаще эпилептические приступы развивались в первый год после инсульта, доминировало сочетание нескольких типов приступов.

Инна Олеговна Щедеркина

Что касается лечения эпилепсии у детей, перенесших инсульт, И.О. Щедеркина отметила, что в их Центре использовались самые разные препараты, причем 3/4 пациентов находились на монотерапии. Противосудорожная терапия стартовала после повторного приступа у детей с инсультом в анамнезе во всех случаях.

Также Инна Олеговна сфокусировала внимание на дополнительных сложностях, которые возникают у детей с постинсультной эпилепсией. Тревожность, трудности социализации, нарушения мышления и внимания, агрессивность, проблемы поведения, эмоциональные ограничения – все эти показатели гораздо выше у таких пациентов, чем у детей, перенесших инсульт, но не имевших эпилептического процесса. Эта проблема требует как определенной лекарственной терапии, так и соответствующей педагогической работы.

В заключение симпозиума Оксана Валерьевна Глоба (отделение психоневрологии и психосоматической патологии ФГАУ «Научный центр здоровья детей») остановилась на основных принципах начала лечения эпилепсии – от правильно поставленного диагноза, определения формы эпилепсии и ведущего типа приступов до выбора ПЭП в качестве стартовой монотерапии и подбора адекватной дозы. Также акцентировала внимание на сложностях

Оксана Валерьевна Глоба

подбора лекарственного средства, связанных с тем, что в настоящее время в России для лечения эпилепсии у взрослых есть практически все ПЭП, а в детской практике многие ПЭП не зарегистрированы. Оксана Валерьевна представила обзор доказательности данных по эффективности ПЭП в качестве стартовой терапии при различных формах эпилепсии и типах приступов, отметив, что в целом при затруднении идентификации формы эпилепсии необходимо использовать препараты широчайшего спектра действия (вальпроаты) и широкого спектра действия (зонисамид, топирамат, леветирацетам). Завершая доклад, Оксана Валерьевна отметила, что «в настоящее время существует эффективная терапия для достижения полного контроля приступов эпилепсии. Применение инновационных форм и формул противоэпилептических препаратов обеспечивает стабильный прием лекарственных средств и, как следствие, удержание контроля эпилепсии».

Аутоиммунные заболевания нервной системы у детей

Юлия Пескова, фото Олега Кирюшкина

В последние годы во всем мире наблюдается рост числа детей, страдающих различными аутоиммунными заболеваниями. И хотя сегодня достигнут определенный прогресс в понимании механизмов развития и подходах к лечению этих болезней, многие вопросы остаются нерешенными. Вот почему научный симпозиум «Аутоиммунные заболевания нервной системы у детей», состоявшийся в рамках XIX Конгресса педиатров России, вызвал большой интерес у практикующих врачей разных специальностей.

Ведение детей с рассеянным склерозом

Первый доклад симпозиума был посвящен рассеянному склерозу – наиболее распространенному аутоиммунному заболеванию ЦНС. Надежда Леонидовна Столярова (ФГБУ НЦЗД Минздрава России) обратила внимание на особенности протекания этого

Надежда Леонидовна Столярова

заболевания в детском возрасте. Она рассказала о новых возможностях диагностики, связанных с широким внедрением в медицинскую практику МРТ и современных подходах к терапии рассеянного склероза: «Основная цель нашего лечения – снизить активность заболевания, замедлить прогрессирование патологического процесса и облегчить симптомы болезни, позволяя как можно дольше сохранить качество жизни пациента».

Центральное место в патогенетической терапии сегодня занимают препараты, изменяющие течение рассеянного склероза. Однако круг эффективных лекарственных средств, разрешенных для применения у детей и подростков, сильно ограничен из-за множества побочных эффектов и противопоказаний. В связи с этим на передний план выходит иммуномодулирующая терапия (интерферон бета), которая должна назначаться как можно раньше, иногда даже до постановки достоверного диагноза после первого демиелинизирующего эпизода (клинически изолированного синдрома) с высоким риском прогрессирования, по данным МРТ. Применение иммунокорректирующих лекарственных средств позволяет снизить частоту и тяжесть обострений рассеянного склероза, уменьшить количество воспалительных очагов в ЦНС, положительно повлиять на когнитивные функции и качество жизни больных в целом. При позитивном клиническом эффекте лечение препаратами иммуноглобулина должно проводиться настолько долго, насколько переносится больным. «Причем очень важна преемственность терапии до и после 18 лет, – подчеркнула Н.Л. Столярова. – Когда дети уходят от нас под наблюдение неврологов во взрослые медицинские учреждения, необходимо продолжать лечение без перерыва тем же препаратом, так как необоснованное прекращение лечения влечет за собой декомпенсацию иммунопатологического процесса».

Диагностика и лечение ХВДП

Симпозиум продолжила Бэлла Ибрагимовна Бурсагова (ФГБУ НЦЗД Минздрава России). Она напомнила, что хроническая воспалительная демиелинизирующая полинейропатия (ХВДП) у детей является редким аутоиммунным заболеванием периферической нервной системы с постепенным началом и прогрессирующим течением. При адекватном лечении возможно полное нивелирование симптомов поражения периферических нервов и сохранение длительной ремиссии заболевания.

Бэлла Ибрагимовна проанализировала особенности клинической картины ХВДП в детском возрасте, рассказала о современных международных диагностических критериях, подтверждающих или исключающих заболевание (по EFNS/PNS, 2010). Также она подробно остановилась на общих принципах лечения ХВДП, отметив, что, исходя из аутоиммунной природы заболевания, основными терапевтическими мероприятиями первой линии сегодня считают внутривенную иммунотерапию с применением

Бэлла Ибрагимовна Бурсагова

стандартного человеческого внутривенного иммуноглобулина (ВВИГ) с содержанием не менее 95% IgG, а также назначение больших доз кортикостероидов (КСТ) или проведение плазмафереза. В качестве терапии второй линии применяются цитостатики и моноклональные антитела.

Стартовой терапией внутривенными иммуноглобулинами является доза 0,4 г/кг/сут (суммарная доза 2 г/кг), вводимая ежедневно в течение 5 дней (при хорошей переносимости можно ввести суммарную дозу препарата за 2 или 3 дня). В дальнейшем поддерживающая терапия вводится каждые 4 недели из расчета 1 г/кг в течение 6 месяцев. «В последнее время при выборе препарата для лечения детей с ХВДП мы стараемся использовать 10% раствор иммуноглобулина, – заметила Бэлла Ибрагимовна. – Высокая концентрация позволяет снизить нагрузку за счет уменьшения объема и сокращения времени инфузий, что особенно важно в детском возрасте».

Евгения Владимировна Увакина

При неэффективности или невозможности проведения терапии первой линии говорят о необходимости иммуносупрессивной терапии второй линии (азатиоприн, циклоспорин А, ритуксимаб). Терапия второй линии также требуется при длительном применении ВВИГ и КСТ, если у пациентов происходит потеря чувствительности к лечению. Ее рассматривают и в тех случаях, когда у пациента наблюдается развитие побочных эффектов, связанных с длительным приемом КСТ, или при необходимости снизить затраты на внутривенные иммуноглобулины. При своевременном и грамотном лечении детей с ХВДП возможно купировать неврологические симптомы и добиться стойкой продолжительной ремиссии заболевания. Хорошей иллюстрацией этого стало выступление Евгении Владимировны Увакиной (ФГБУ НЦЗД Минздрава России), которая представила описание двух клинических случаев ХВДП у девочек-подростков. Было продемонстрировано, что применение адекватных доз иммуноглобулина, глюкокортикоидов, плазмафереза и длительное поддерживающее лечение с помощью иммуносупрессоров и биологических агентов

Алексей Львович Куренков

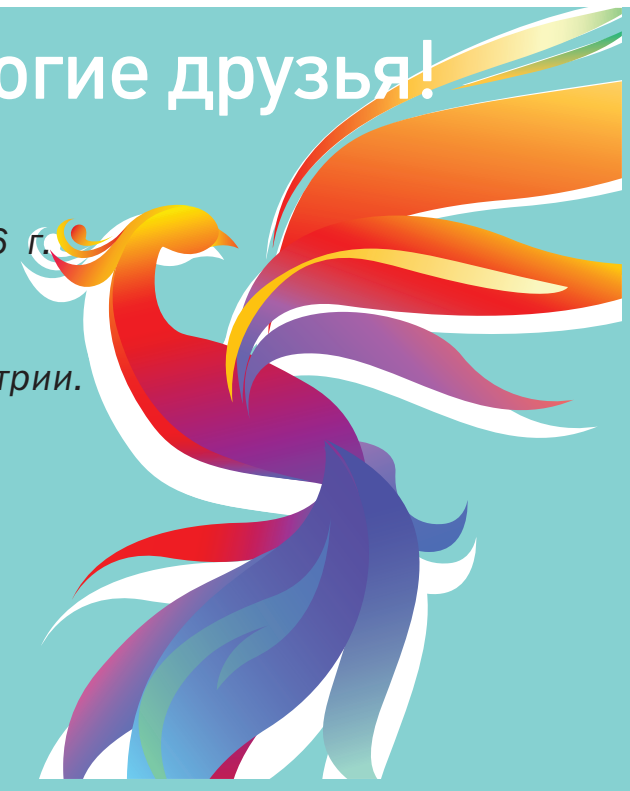
позволяют значительно уменьшить симптомы поражения периферических нервов, избежать повторных обострений и кардинально улучшить общее состояние ребенка и качество его жизни.

Современные подходы к терапии миастении

Большой интерес у слушателей вызвал доклад «Миастения у детей: трудности диагностики, современные подходы к лечению», который представил Алексей Львович Куренков (ФГБУ НЦЗД Минздрава России). С этим классическим аутоиммунным заболеванием, характеризующимся развитием преходящей мышечной слабости и патологической утомляемости, первыми, как правило, сталкиваются педиатры и офтальмологи, у которых должна быть определенная настороженность в отношении миастении при появлении у пациента характерных жалоб на мышечную утомляемость, нарушения дыхания, офтальмоплегию, двоение и другие характерные симптомы болезни. А.Л. Куренков рассмотрел классификацию миастении, обратил внимание на основные антигенные мишени, особенности клиники, критерии дифференциальной диагностики заболевания у детей и подростков, а также изложил современные взгляды на его терапию. Сегодня в основу лечения миастении положены принципы этапности лечебных мероприятий, когда каждый из методов компенсирующей, патогенетической и неспецифической терапии является наиболее целесообразным на том или ином этапах развития болезни. Для купирования обострений и при необходимости добиться быстрого клинического эффекта в последние годы широко применяются плазмаферез и внутривенное введение иммуноглобулинов. Эти современные методы лечения позволяют достигнуть быстрого временного улучшения состояния у большинства пациентов с миастенией.

Глубокоуважаемые коллеги и дорогие друзья!

Приглашаем Вас принять участие во II Московском городском съезде педиатров «Трудный диагноз» в педиатрии. Преодолевая барьеры. Мультидисциплинарный подход», который состоится 8–10 ноября 2016 г. в здании конгресс-парка гостиницы «Украина» (Кутузовский проспект, 2/1, стр. 1). 16–17 ноября 2015 г. в Москве впервые состоялся I Московский городской съезд педиатров «Трудный диагноз» в педиатрии. Специализированная помощь в работе врача-педиатра».



Программа Съезда, помимо пленарного заседания, включала научные симпозиумы, лекции, мастер-классы специалистов ведущих московских клиник и медицинских центров, образовательные семинары и школы, конкурс молодых ученых и другие мероприятия, вызвавшие большой интерес профессиональной общественности.

Съезд сопровождала обширная выставка, в которой приняли участие 63 компании, представившие последние научные разработки в области фармацевтических препаратов, детского питания и медицинского оборудования, а также специализированной медицинской литературы, в материалах съезда, помимо тезисов докладов, участники получили специально изданные к данному мероприятию методические рекомендации и инструкции по актуальным проблемам педиатрической медицинской помощи.

В работе I Московского городского съезда педиатров приняли участие более 1500 врачей – педиатров, детских кардиологов, эндокринологов, онкологов, оториноларингологов, нефрологов, пульмонологов, неонатологов и врачей других специальностей из России, Белоруссии, Германии, Казахстана, Молдовы, Украины, Узбекистана. Дополнительно Съезд в течение 2 дней его проведения, используя on-line трансляцию в режиме реального времени, посмотрели почти 500 врачей из более 30 городов и населенных пунктов России и стран СНГ.

Представленные статистические данные и общественный резонанс в профессиональной медицинской среде продемонстрировали актуальность Московского городского съезда педиатров и необходимость ежегодного проведения данного научно-практического и образовательного мероприятия, с учетом полученного опыта и пожеланий коллег, для повышения качества, доступности и эффективности мультидисциплинарной и многопрофильной медицинской помощи детям и подросткам, в том числе с сочетанной патологией, интеркуррентными заболеваниями и «трудным диагнозом».

На II Московском городском съезде педиатров «Трудный диагноз» в педиатрии. Преодолевая барьеры. Мультидисциплинарный подход», который состоится 8–10 ноября 2016 г. в здании конгресс-парка гостиницы «Украина» (Кутузовский проспект, 2/1, стр. 1), будет продолжено обсуждение наиболее актуальных вопросов современной педиатрии, возможности диагностики, лечения и профилактики с учетом достижений фундаментальной науки.

Основной задачей Съезда по-прежнему является повышение качества и доступности оказываемой врачами-педиатрами всех учреждений здравоохранения медицинской помощи, в том числе специализированной, за счет расширения их медицинских знаний по всем направлениям педиатрии, проведения многопрофильных проблемных дискуссий и мастер-классов ведущих педиатров России.

Наш съезд, несомненно привлекая внимание медицинской общественности к достижениям и проблемам врачей-специалистов в самых различных областях, является самым крупным и значимым мероприятием городского здравоохранения Москвы по педиатрии, ориентированным на врачей-педиатров и врачей общей практики, работа которых составляет основу медицинской помощи детям и подросткам и наиболее востребована в клинической практике, особенно на амбулаторно-поликлиническом этапе, в рамках стационарсберегающих технологий.

По различным причинам, в том числе связанным с нормативным временем приема, качество медицинской помощи врача-педиатра ранее нередко оценивалось тем, насколько быстро он, при развитии патологического симптомокомплекса, направит к врачу-специалисту или, чаще всего, на стационарное лечение.

После оснащения амбулаторно-поликлинических медицинских организаций Департамента здравоохранения города Москвы самым современным оборудованием, персонифицированное медицинское наблюдение за всеми пациентами, в том числе с хроническими заболеваниями, «трудным диагнозом», коморбидностью, сочетанной патологией, осуществляется в амбулаторно-поликлинических центрах 1–2-го уровня здравоохранения, с сокращением показаний к госпитализации, развитием стационарсберегающих технологий, что требует проведения дополнительных образовательных мероприятий.

Сегодня профессии педиатра и врача общей практики – самые востребованные и важные в оказании современной, персонализированной медицинской помощи детям и подросткам.

С нетерпением ждем встречи на Съезде!

Жизнь коротка, путь искусства долог, удобный случай быстротечен, опыт ненадежен, суждение трудно. Поэтому, не только сам врач должен быть готов совершить все, что от него требуется, но и больной, и окружающие, и все внешние обстоятельства должны способствовать врачу в его деятельности.

Гиппократ

Болезнь не может приспосабливаться к знаниям врача.

Парацельс

Уважаемые коллеги!

Я счастлив, что снова имею честь пригласить Вас принять участие во II Московском городском съезде педиатров «Трудный диагноз» в педиатрии. Преодолевая барьеры. Мультидисциплинарный подход», который состоится 8–10 ноября 2016 г. в здании конгресс-парка гостиницы «Украина» (Кутузовский проспект, 2/1, стр. 1).

В 2015 году впервые мы с Вами успешно провели I Московский городской съезд педиатров «Трудный диагноз» в педиатрии. Специализированная помощь в работе врача-педиатра». Наш съезд состоялся 16–17 ноября 2015 г. и был первым в Москве научно-практическим мероприятием, посвященным различным проблемам оказания педиатрической помощи в нашем городе.

Итоги проведения съезда – более 1500 участников из России и зарубежных стран, помимо этого – около 500 в on-line трансляции в режиме реального времени, участие ведущих организаторов здравоохранения России, ведущих российских и зарубежных врачей и ученых, работающих с детьми, возможности многопрофильного обучения и живого общения с коллегами, проблемные дискуссии с участием члена Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации, заместителя председателя Комитета СФ по социальной политике Л.В. Козловой, заместителя мэра Москвы в Правительстве Москвы по вопросам социального развития Л.М. Печатникова, министра Правительства Москвы, руководителя Департамента здравоохранения города Москвы А.И. Хрипуна, президента НИИ детской хирургии и травматологии Департамента здравоохранения города Москвы, президента Национальной медицинской палаты Л.М. Рошаля, директора Федерального научно-клинического центра детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева А.Г. Румянцева и многих других ведущих российских врачей привлекли широкое внимание медицинской общественности и продемонстрировали актуальность ежегодного проведения нашего мероприятия.

II Московский городской съезд педиатров «Трудный диагноз» в педиатрии. Преодолевая барьеры. Мультидисциплинарный подход» позволит нам вместе с Вами обсудить общие и частные проблемы медицинской помощи детям и подросткам в Москве, пути их решения.

Организаторы съезда при подготовке мероприятия ориентированы на обсуждение наиболее востребованных вопросов ежедневной клинической работы, более всего актуальных для врачей-педиатров и врачей общей практики. Практическая работа данных врачей сегодня составляет основу медицинской помощи в педиатрии и наиболее востребована, особенно на амбулаторно-поликлиническом этапе, в рамках стационарсберегающих технологий. 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.

Одной из научно-практических задач нашего съезда является демонстрация для врачей-педиатров актуальной в современной клинической практике проблемы коморбидности, сочетанной патологии, неочевидности или дискутабельности симптомов тяжелой патологии, всего того, что можно объединить словосочетанием «трудный диагноз» в педиа-

трии, требующим мультидисциплинарного подхода к ведению пациента.
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 снова не останется равнодушным или впервые примет участие в работе II Московского городского съезда педиатров «Трудный диагноз» в педиатрии. Преодолевая барьеры. Мультидисциплинарный подход».
Ваши предложения и рекомендации, которые могут возникнуть как при обсуждении прочитанного, так и при подготовке и проведении нашего съезда, мы постараемся учесть в дальнейшей совместной работе на благо здоровья детей и подростков.

С уважением и наилучшими пожеланиями, 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

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ НАУЧНОЙ ПРОГРАММЫ

- Персонализированная помощь детям с хроническими, орфанными и другими редкими заболеваниями.
- Ревматологические заболевания. Своевременное выявление, проблемы диагностики, лечения, профилактика осложнений. Компенсация и реабилитация. Высокотехнологичные виды медицинской помощи.
- Нарушение фосфорно-кальциевого обмена у детей. Рахит. Гипопаратиреоз. Гиперпаратиреоз. Остеопороз. Редкие формы заболеваний.
- Метаболические заболевания у детей. Болезни накопления. Органические ацидурии. Современная дието- и фармакотерапия.
- Орфанные и другие редкие заболевания в педиатрии. Неонатальный скрининг в Москве. Профилактические мероприятия в ведении пациентов. Роль пациентских общественных организаций и благотворительных фондов в повышении качества оказания медицинской помощи профильным пациентам.
- Задержка физического развития у детей. Этиология, клинические аспекты, лечение, профилактика. Редкие формы заболеваний.
- Заболевания легких у детей и подростков. Своевременное выявление, проблемы диагностики, лечения, профилактика осложнений. Компенсация и реабилитация. Высокотехнологичные виды медицинской помощи.
- Клиническое значение пропедевтических основ детской кардиологии в работе педиатра. Разделы детской кардиологии в ежедневной педиатрической клинической практике.
- Медико-социальная экспертиза при хронических заболеваниях у детей. Роль медико-социальной экспертизы при инвалидизирующих нарушениях у детей и подростков в социальной адаптации и улучшении параметров компенсации заболеваний, качества жизни пациентов и их семей. Расширение сотрудничества учреждений практического здравоохранения и института медико-социальной экспертизы для улучшения качества оказания амбулаторной и стационарной специализированной медицинской помощи детям и подросткам.
- Трудный диагноз в педиатрии. Специализированная помощь при неотложных и критических состояниях. Ведение детей с сочетанной патологией, интеркуррентными заболеваниями и коморбидностью при хронической патологии на амбулаторном этапе. Неотложные состояния в педиатрии. Рациональная фармакотерапия. Проблемы полипрагмазии, эффективность и безопасность лекарственных препаратов, профилактика осложнений фармакотерапии.
- Перинатальная специализированная помощь. Мультидисциплинарный подход в неонатологии. Ведение новорожденных детей, матери которых страдают хроническими заболеваниями.
- Репродуктивное здоровье детей и подростков. Роль педиатра в выявлении патологии и ведении профильных больных.
- Патология желудочно-кишечного тракта у детей. От посиндромной терапии до верификации заболевания. Своевременное выявление, проблемы диагностики, лечения, профилактика осложнений. Высокотехнологичные виды медицинской помощи.
- Паллиативная медицинская помощь детям и подросткам. Медико-социальные проблемы обезболивания.
- Другие актуальные вопросы современной педиатрии с применением мультидисциплинарного подхода к обследованию и лечению детей.

Я уколов не боюсь...

Плачущие возле кабинета вакцинации дети – обычная картина в поликлиниках и центрах здравоохранения во всех странах. Но разве родители или медики хотят, чтобы дети страдали от боли? Специалисты ВОЗ полагают, что проблема боли и дискомфорта приводит к тому, что родители и воспитатели в следующий раз могут отложить прививку или вовсе избегать ее.

Более 30 лет доктор Нони МакДоналд, профессор педиатрии Университета Далхаузи и Центра здравоохранения IWK в Новой Шотландии (Канада), вела исследования поведения детей и взрослых перед вакцинацией. В итоге был сделан вывод, что почти половина из родителей переживают из-за боли, которую вынужден терпеть ребенок во время иммунизации.
Страх перед болезненной инъекцией во время вакцинации – важный фактор, из-за которого родители откладывают прививки или отказываются от них. К этому страху добавляются сомнения в полезности вакцинации, неуверенность в безопасности вакцин, а то и недоверие к системе здравоохранения в целом. ВОЗ сообщает, что до сих пор каждый пятый ребенок в мире не получает регулярную жизненно важную иммунизацию, и ежегодно 1,5 млн детей все еще умирают от болезней, которые можно было бы предотвратить с помощью уже существующих вакцин.
Если семьи уже обеспокоены проблемой безопасности вакцин, то боль при проведении процедуры может стать еще одной дополнительной причиной для полного отказа от вакцинации.

Первый документ ВОЗ об уменьшении боли

Что же можно сделать для уменьшения «дискомфорта» вакцинации? Консультативная группа экспертов ВОЗ изучила клиническую практику для разработки мер уменьшения боли и страха, связанных с инъекциями вакцин. И вот какие появились рекомендации ВОЗ по уменьшению боли во время вакцинации.
1. Медицинский персонал, проводящий вакцинацию, должен быть спокойным, надлежащим образом информированным, а во время введения вакцины полезно произносить какие-нибудь нейтральные слова, не акцентируя внимание пациента на предстоящей инъекции и боли.
2. Детей грудного и раннего возраста должны держать их родители или сопровождающие, а детей более старшего возраста нужно просить сидеть прямо.
3. Оттягивать поршень шприца назад перед внутримышечной инъекцией не следует. При этой манипуляции боль усиливается.
4. Если во время вакцинации планируется ввести несколько вакцин, их необходимо вводить с учетом болезненности, то есть последней следует вводить наиболее болезненную вакцину.
5. С детьми грудного и раннего возраста во время и после процедуры вакцинации должны находиться их родители или воспитатели. Кроме того, ВОЗ рекомендует детей грудного возраста кормить грудью во время или незадолго до вакцинации, если это допустимо с точки зрения местной культуры.
6. Как обычно, для отвлечения внимания детей в возрасте до 6 лет рекомендуется использовать игрушки, видеофильмы, музыку.
Когда родители и воспитатели знают о том, как можно успокоить их ребенка до и во время вакцинации, нерешительность уменьшится, сообщает ВОЗ. Конечно, боль во время вакцинации возможно уменьшить с помощью обезболивающих средств для местного применения, однако ВОЗ не дает таких рекомендаций, поскольку такие средства стоят дорого и требуют дополнительного времени от персонала для их использования.
ВОЗ считает, что простое осуществление этих несложных мер поможет достичь и поддерживать высокий уровень вакцинации, успешно бороться с болезнями и улучшать показатели выживаемости детей.

Источник: http://www.who.int

Будем внимательны, коллеги!

Сегодня около трети подростков имеют проблемы в репродуктивной сфере. Специалисты Центра репродуктивного здоровья детей и подростков Морозовской больницы оказывают медицинскую помощь детям с самыми различными проблемами.

Е.В. Сибирская,
д.м.н., профессор кафедры репродуктивной медицины и хирургии ФПДО МГМСУ им. Евдокимова, директор Центра репродуктивного здоровья детей и подростков, главный внештатный специалист гинеколог детского и юношеского возраста города Москвы

Центр репродуктивного здоровья детей и подростков создан в Москве в структуре Морозовской детской городской клинической больницы 2 года назад для того, чтобы обеспечить детям столицы специализированные медицинские услуги на третьем уровне амбулаторно-поликлинической помощи. В нее включена специализированная медпомощь детям и подросткам по профилям «акушерство и гинекология», «детская уроандрология», как экстренная, так и плановая. При этом мы оказываем помощь как в стационаре, так и амбулаторно. Наши пациенты – все дети, начиная с младенчества, и подростки до 18 лет. Сегодня мы готовы провести все возможные обследования и лечение в круглосуточном стационаре, а также амбулаторно в консультационном центре. У нас высококвалифицированные профильные специалисты. Давайте посмотрим, что нам удается делать и какие выводы и вызовы нынешнего времени мы должны учитывать в нашей работе. Расскажу о том, что удалось сделать в 2015 г.

В целом педиатры говорят о том, что до трети подростков имеют проблемы в репродуктивной сфере. За 2015 г. нами было проконсультировано 2130 больных, из них девочек – 1629, мальчиков –501. С какими же проблемами здоровья попадают в центр наши пациенты? Сравним некоторые показатели 2015 г. и одного полугодия 2014 г. По поводу острого вульвовагинита к нам обращались 263 пациентки (в 2014 г. – 35), хронического вульвовагинита – 128 (10), по проблеме синехии половых губ – 168 (44), по поводу эрозии и эктропиону шейки матки – 122 (10), по поводу нарушения менструального цикла – 278 (40), из-за патологического состояния молочных желез – 103 (35). Больше всего направлений на консультации и обследования поступило из Центрального округа Москвы – 199 пациентов, это 12,2% от общего количества. Меньше всего из ВАО – 143, или 8,7%. Могу отметить, что в 2015 г. отмечено значительное увеличение проконсультированных девочек и девушек с гинекологической патологией по сравнению с 2014 г., но оно согласуется с общими данными о гинекологической патологии у девочек и девушек г. Москвы, а также эти нозологии преобладают у девочек и девушек на всей территории Российской Федерации.

Самые частые проблемы, с которыми обращались мальчики, это варикоцеле слева – 78 и односторонний крипторхизм – 36, гипоспадия – 80, односторонняя паховая грыжа – 88. Какие есть видимые изменения в трендах? Каких-то существенных изменений в показателях гинекологической заболеваемости я не вижу, тем не менее, гинекологи не могут не заметить, что мы должны отвечать на вызовы времени.

К примеру, время сексуального дебюта у современных подростков изменилось. Если раньше он приходился на 17-летний возраст, то сейчас – на 14,5 лет. Это значит, что с проблемами в здоровье женщин, в частности с заболеваниями, передающимися половым путем, наши девочки-подростки сталкиваются гораздо раньше. Не редкость, когда они самостоятельно обращаются к гинекологам. Приведу клинический пример такой взрослости и ее последствий.

* * *

В Морозовскую детскую городскую клиническую больницу по Скорой поступила девочка 17 лет с жалобами на боли внизу живота в течение последних 3 дней, скудные кровянистые выделения из половых путей в течение 2 недель. Накануне поступления в стационар ее состояние резко ухудшилось, появились слабость, головокружение, резкие «кинжальные» боли внизу живота. При осмотре состояние средней степени тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Пульс 90 уд/мин. АД 90/60 мм рт.ст. Температура тела 36,8ºС. Симптомы раздражения брюшины положительные. Из анамнеза: менструации с 15 лет, по 5–7 дней, нерегулярные, последняя менструация около 2 месяцев назад. Половая жизнь с 15 лет, использовался барьерный метод контрацепции. В общем анализе крови гемоглобин 117 г/л. Заключение УЗИ органов малого таза: эхо-признаки апоплексии правого яичника. Внутрибрюшное кровотечение.

В приемном отделении был сделан анализ мочи на β-ХГЧ – положительный. Был выставлен диагноз: трубная беременность, внутрибрюшное кровотечение.

После постановки диагноза было принято решение об экстренной операции, и девочка взята в операционную. Во время операции выявлены в малом тазу, латеральных каналах, под печенью значительное количество свежей крови со сгустками. Матка и левые придатки не изменены. При осмотре правых придатков матки – правый яичник не изменен. Правая маточная труба синюшного цвета, длиной до 10 см, утолщена в среднем отделе до 5 см. Между перешеечным и ампулярным отделами имелся кратерообразный разрыв до 3,0×2,0 см, выбухание плодного яйца и продолжающееся кровотечение. Была выполнена тубэктомия справа. Из брюшной полости и малого таза эвакуировано около 700 мл крови со сгустками.

Гистологически картина трубной беременности с разрывом трубы.

Послеоперационный период протекал без осложнений, девочка выписана домой в удовлетворительном состоянии.

Мне хотелось бы акцентировать внимание врачей всех специальностей на том, что возникновение «взрослой гинекологической патологии», такой как внематочная беременность, теперь характерно не только для женщин репродуктивного возраста, но и для девушек-подростков. Так что при возникновении у девушек болей в животе требуется более тщательный сбор анамнеза на наличие или отсутствие половой жизни, а также проведение УЗИ органов малого таза и исследование уровня β-ХГЧ в моче или крови.

Внематочная беременность – беременность, при которой имплантация и развитие оплодотворенной яйцеклетки происходят вне полости матки. В подавляющем большинстве случаев (95–98%) внематочная беременность развивается в маточной трубе, реже – в шейке матки, брюшной полости или в яичнике. По статистике, внематочная беременность составляет примерно 1 из 100 развивающихся беременностей. Учитывая тенденцию к более раннему началу половой жизни, проблема теперь актуальна и в подростковой гинекологии.

Теперь обратная картина. Хочу обратить внимание коллег еще на то, что мы чаще стали сталкиваться с проблемой ювенальной дисфункции яичников. Это следствие крайне отрицательного влияния на менструальную функцию ограничений в питании. Девушки сами искусственно ограничивают себя в еде, стремясь к модельным параметрам тела. Это очень тревожная тенденция, необходима большая разъяснительная работа с нашими пациентками, с их родителями, чтобы обеспечить репродуктивное здоровье наших детей.

На базе центра репродуктивного здоровья детей и подростков г. Москвы мы организовали работу Школы репродуктивного здоровья. За время функционирования школы репродуктивного здоровья детей и подростков города Москвы проведено 12 лекций, посвященных периодам установления менструального цикла, норме и патологии в репродуктивной системе как девочек, так и мальчиков, порокам развития половых органов, воспалительных заболеваний наружных и внутренних половых органов, вопросам контрацепции у подростков. Школу посетили около 100 детей и их родителей.

Коллеги, сегодня Москва находится на особом положении, в рамках реформы столичного здравоохранения выстроена трехуровневая система оказания медпомощи детям и подросткам. Первый – поликлинический. На втором оказывается специализированная медпомощь, а третий – высокотехнологичная специализированная медпомощь. И до сих пор не в каждом городе есть гинекологическое отделение для детей и подростков. Причины разные – отсутствие квалифицированных специалистов, недостаточность средств в субъектах РФ. В нашем репродуктивном центре

есть возможность проводить круглосуточный ультразвуковой мониторинг и выполнять эндоскопические операции любой сложности. Мы можем круглосуточно проводить консультации со специалистами смежных специальностей. Это позволяет поставить правильный диагноз уже при поступлении ребенка в отделение. В случае госпитализации по поводу маточного кровотечения мы можем незамедлительно советоваться с гематологом и эндокринологом. Это позволяет выполнять самые сложные и редкие вмешательства. Приведу еще один клинический пример.

* * *

В приемное отделение МДГКБ бригадой Скорой помощи с болями в животе поступила девочка О., 12 лет. При осмотре обнаружено плотное, умеренно подвижное, чувствительное при пальпации объемное образование в нижних отделах живота, появление которого девочка отметила с августа текущего года.

Ультразвуковое исследование органов малого таза показало эхографические признаки жидкостного образования брюшной полости значительных размеров правого яичника, небольшое количество свободной жидкости в брюшной полости.

Компьютерная томография органов грудной клетки, брюшной полости, забрюшинного пространства, малого таза выявила признаки жидкостного образования брюшной полости и малого таза значительных размеров и небольшое количество свободной жидкости в малом тазу. КТ-данных за наличие патологических образований в паренхиматозных органах брюшной полости, забрюшинного пространства не получено. КТ-данных за наличие патологических изменений в легких не получено. Анализ крови на онкомаркеры: СА-125 – 10,3, α-фетопротеин 1,51 МЕ/мл, β-ХГЧ – 0,06 МЕд/л.

Было принято решение об операции, и под комбинированным наркозом мною совместно с врачами отделения гинекологии МДГКБ Е.И. Поляковой и Е.Г. Моксяковой выполнены лапароскопия и аднексэктомия справа. Раны на передней брюшной стенке ушиты послойно наглухо, наложены косметические швы. Кровопотеря была минимальная.

Благодаря профессионализму и накопленному опыту, данная операция была выполнена с соблюдением всех требований абластической хирургии, образование было удалено при помощи эндомешка, пункционное отверстие запаяно, что исключает попадание содержимого кисты в брюшную полость, так как при любой операции существует онкологическая настороженность. Послеоперационный период протекал без особенностей. Девочка выписана на 3-и послеоперационные сутки в удовлетворительном состоянии. Гистологическое исследование показало серозную цистаденому.

С момента операции прошло 3 месяца. Девочка чувствует себя хорошо, регулярно наблюдается в Центре репродуктивного здоровья детей и подростков на базе МДГКБ, менструальный цикл восстановился.

Коллеги, о самых полезных в медицинском плане решениях мы рассказываем на совещаниях детских гинекологов, съезде педиатров Москвы. Среди тем, о которых мы докладывали в 2015 году, – «Патология молочных желез у девочек и девушек», «Репродуктивное здоровье детей и подростков г. Москвы. Актуальные проблемы и пути их решения», «Причины маточных кровотечений в пубертатном периоде», «Пороки развития половых органов» и другие. Природа задает нам трудные задачи, которые могут быть решены только профессионализмом и постоянным стремлением к повышению квалификации. Правда, иногда мы сталкиваемся с парадоксальными явлениями, но и это требует от врачей внимательности. Приведу пример.

Половое воспитание ребенка является неотъемлемой частью нравственного воспитания и связано с рядом педагогических и специальных медицинских проблем. Профессия врача – одна из самых трудных и ответственных, а если это детский врач, то, помимо своего основного умения врачевать, он должен обладать навыками педагога и психолога. Добиться понимания и доверия бывает очень сложно.

* * *

В один из дней, а точнее, уже ближе к ночи по Скорой помощи привезли девочку 9 лет. Маму ребенка беспокоили кровянистые выделения из половых путей дочери, она переживала, что так рано наступило половое созревание ребенка. Гинекологический осмотр исключил и ранее половое созревание, и наличие менструаций. Но мама настаивала – гигиенические прокладки, которыми пользовалась девочка, были окрашены кровью. Дежурный детский гинеколог Морозовской больницы был насторожен, маме с ребенком была предложена госпитализация в отделение гинекологии для проведения вагиноскопии. Но мама ответила категорическим отказом от госпитализации, решив понаблюдать за девочкой дома. Через несколько дней мама с дочерью повторно посетили Морозовскую больницу, родительница продолжала жаловаться на кровянистые выделения и добивалась от нас подтверждения о том, что ее ребенок достиг половой зрелости. Но я крайне сомневалась в достоверности ее слов, так как результат моего осмотра не соответствовал клинической картине. Настала пора развеять все сомнения, и я назначила девочке комплекс обследований. Ребенку провели ультразвуковое исследование органов малого таза, взяли кровь для определения уровня половых гормонов и назначили вагиноскопию. Удивительно, но все показатели были в пределах возрастной нормы.

Сама же девочка считала, что она выросла, и свидетельством тому менструации. Следующим этапом я отправила ребенка к детским хирургам: необходимо было исключить такие причины кровотечения, как геморрой и трещина прямой кишки. Но и хирурги «своей патологии» не выявили. Мне пришлось настоятельно просить маму сохранить и привезти прокладки девочки и предоставить их на обозрение.

Каково же было умиление врачей всего отделения, когда мы обнаружили, что гигиенические прокладки раскрашены красным фломастером! Просто 9-летняя девочка завидовала повзрослению своей 13-летней сестры. Во время просветительной беседы девочка не сразу призналась, что покрасила прокладки в красный цвет фломастером. Но после того, как я обработала их спиртом, и, по законам химии, краска растворилась, отступать ей было некуда.

Затянувшаяся дискуссия о том, кто должен проводить половое воспитание – родители или педагоги, на практике приводит к тому, что оно не проводится вообще. На сегодняшний день роль врача может быть определена как роль консультанта родителей, воспитателей и широкого круга специалистов, работающих с детьми и подростками. Но эта роль консультанта временная. Основной труд в воспитании детей лежит на родителях. В последнее время нам приходится решать проблемы, которые до нынешнего времени были немыслимыми. Последний пример.

* * *

С октября 2015 года отделение гинекологии МДГКБ принимает на лечение в своих стенах всех беременных девочек-подростков до 18 лет до 22 нед беременности включительно, где они получают комплексную терапию, направленную на сохранение и пролонгирование беременности. При необходимости, юные будущие мамочки консультируются ведущими специалистами клиники, проводится лечение сопутствующих заболеваний. И вот впервые в истории Морозовской больницы, за более чем столетнее ее существование, в стенах стационара произошли роды – врачи отделения гинекологии приняли роды у четырнадцатилетней пациентки и помогли появиться на свет маленькой новорожденной девочке!

Беременность 27–28 нед была выявлена у пациентки впервые при обращении в ЦПСиР и проведении УЗИ, но, учитывая сопутствующие диагнозы девочки: глиома правой височной доли – доброкачественная опухоль головного мозга, неврологический статус будущей мамы, было принято решение пролонгировать данную беременность в условиях городского Центра репродуктивного здоровья детей и подростков, в отделении гинекологии, при многопрофильном стационаре – Морозовской детской городской клинической больнице. В отделении гинекологии Морозовской больницы девочке была оказана вся необходимая многопрофильная медицинская помощь, проведено полное медицинское обследование. Пациентку консультировали офтальмолог, невролог, нейрохирург, гинеколог, эндокринолог, проводилась симптоматическая терапия.

По результатам обследования состоялся врачебный консилиум многопрофильной команды специалистов нашего стационара, определивший, что противопоказаний к пролонгированию беременности нет.

28.02.2016 у девочки произошли преждевременные стремительные самопроизвольные роды на сроке 30–31 нед беременности. Благодаря слаженному и профессиональному действию врачей отделения гинекологии, бережному ведению и принятию родов, родилась живая недоношенная девочка массой 1540 г, ростом 40 см, оповестив весь мир о своем рождении громким криком! Новорожденная девочка была передана бригаде неонатологов, которые, оценив состояние ребенка, выставили ему 5/7 баллов по шкале Апгар, что весьма неплохо, учитывая срок гестации.

Молодая мама выписана из стационара на 4-е сутки послеродового периода в удовлетворительном состоянии. А новорожденная, названная в честь одного из врачей, принимавших роды, находилась на этапе реабилитации и набирала вес в отделении неонатальной службы Морозовской больницы. Сейчас и мама, и ребенок чувствуют себя прекрасно!

В марте 2016 года в большом конференц-зале Морозовской больницы состоялась конференция, посвященная обсуждению механизмов взаимодействия между ведущим лечебно-профилактическим учреждением города Москвы – Морозовской детской клинической больницей, страховыми компаниями, а также сторонними ЛПУ, на которой врач отделения гинекологии Тарбая Н.О. представила наш совместный доклад «Особенности ведения и течения беременности у девочек-подростков». Доклад вызвал оживленный интерес аудитории, т.к. данная проблема особо актуальна в настоящее время во всем мире.

Коллеги, в заключение хочу подчеркнуть, что у нас большие перспективы, но и немалые вызовы готовит нам время, и только общими усилиями детских гинекологов, педиатров, детских хирургов, эндокринологов, детских урологов и других специалистов, с общим профессионализмом и подвижничеством мы сможем решить поставленные перед нами задачи по укреплению репродуктивного здоровья наших детей и подростков!

Сравнительная эффективность стандартного и гомеопатического лечения детей с хроническим гастродуоденитом в условиях дневного стационара

В.А. Александрова, О.Б. Ковалева
Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования; Санкт-Петербургская государственная медицинская академия

Хронический гастродуоденит (ХГД) занимает ведущее место среди всей хронической патологии у детей [1, 2]. В настоящее время основным методом терапии ХГД считается эрадикация H. pylori с помощью противобактериальных препаратов в сочетании с кислотоподавляющими средствами и препаратами висмута [3]. В исследованиях последних лет доказана недостаточная эффективность предлагаемых схем лечения, что объясняется быстрым развитием резистентности H. pylori [4] и неполноценностью местного иммунитета слизистой оболочки (СО) гастродуоденальной зоны [5]. Кроме того, эрадикационная терапия относится к агрессивному методу лечения и нередко приводит к развитию различных побочных эффектов [6, 7]. Неудовлетворенность результатами лечения детей с ХГД, возможность развития побочных эффектов на фоне приема медикаментозных препаратов, ограничение приема некоторых лекарств в детском возрасте делают необходимым дальнейший поиск альтернативных – безопасных и эффективных – методов лечения.

К одному из таких методов относится гомеопатическая терапия, основанная на использовании препаратов природного происхождения с чрезвычайно малой концентрацией лечебных субстанций, что исключает токсическое побочное действие лекарства и сводит к минимуму риск аллергических реакций. Гомеопатический метод лечения официально разрешен в России к использованию в практическом здравоохранении с 1995 г. Результаты клинических исследований, в т.ч. рандомизированных плацебо-контролируемых, подтверждают достаточно высокую эффективность применения гомеопатических препаратов, свидетельствуют о хорошей переносимости терапии и низком риске побочных эффектов [8–11]. Эти данные послужили основанием для настоящего исследования, авторы которого в целях оптимизации лечения детей с ХГД изучали терапевтические возможности комплексных гомеопатических препаратов (КГП).

Для достижения поставленной цели было проведено проспективное рандомизированное слепое исследование. На базе дневного стационара под наблюдением находились 159 детей в возрасте от 10 до 17 лет с ХГД в период обострения. Средний возраст пациентов составил 14,51±1,88 лет. Протокол обследования включал общеклинический минимум (анализ крови, мочи, копрограмму). С целью определения состояния СО гастродуоденальной зоны и выявления моторно-эвакуаторных нарушений верхних отделов пищеварительного тракта проводилась фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС) до лечения и через 4–6 нед. Диагностика *H. pylori* проводилась с помощью быстрого уреазного теста в биоптатах СО желудка. У ряда пациентов было произведено морфологическое исследование биоптатов СО желудка. Состояние кислотообразующей и нейтрализующей функции желудка оценивалось по результатам бичастотной импедансометрии. Для определения состояния органов брюшной полости и почек всем детям выполняли ультразвуковое исследование.

Дети были разделены на 2 группы в зависимости от метода лечения: в основной группе гомеопатическое лечение было проведено 100 детям, из них у 61 ребенка был диагностирован поверхностный гастродуоденит (ПГД); у 39 пациентов – эрозивный гастродуоденит (ЭГД). В группе сравнения стандартную терапию получили 59 больных (с ЭГД 39 детей, с ПГД 20 детей).

Гомеотерапия включала КГП Гастрикумель или Дуоденохель (при язвенноподобном течении) по 1 таблетке 3 раза в день сублингвально курсом 3–4 нед; Мукоза композитум внутримышечно по 2 мл 2 раза в неделю, всего 5 инъекций; Лимфомиозот назначался по 10 капель 2 раза в день в течение 3 нед. Для купирования невротических реакций и нарушений сна в комплекс лечения включался препарат Нервохель по 1 таблетке 2 раза в день.

Пациенты группы сравнения получали лечение согласно стандартам диагностики и лечения болезней органов пищеварения и рекомендациям Российской группы по изучению *H. pylori:* антисекреторные препараты (блокаторы протонной помпы или блокаторы H_2-гистаминорецепторов); антациды, прокинетики. При выявлении хеликобактериоза эрадикационная терапия включала Де-Нол, амоксициллин, фуразолидон в течение 7 дней с последующей терапией пробиотиками. При эрозивном процессе в желудке или луковице двенадцатиперстной кишки курс приема Де-Нола продлевался до 4 нед. Для нормализации психоэмоционального состояния назначался Ново-Пассит.

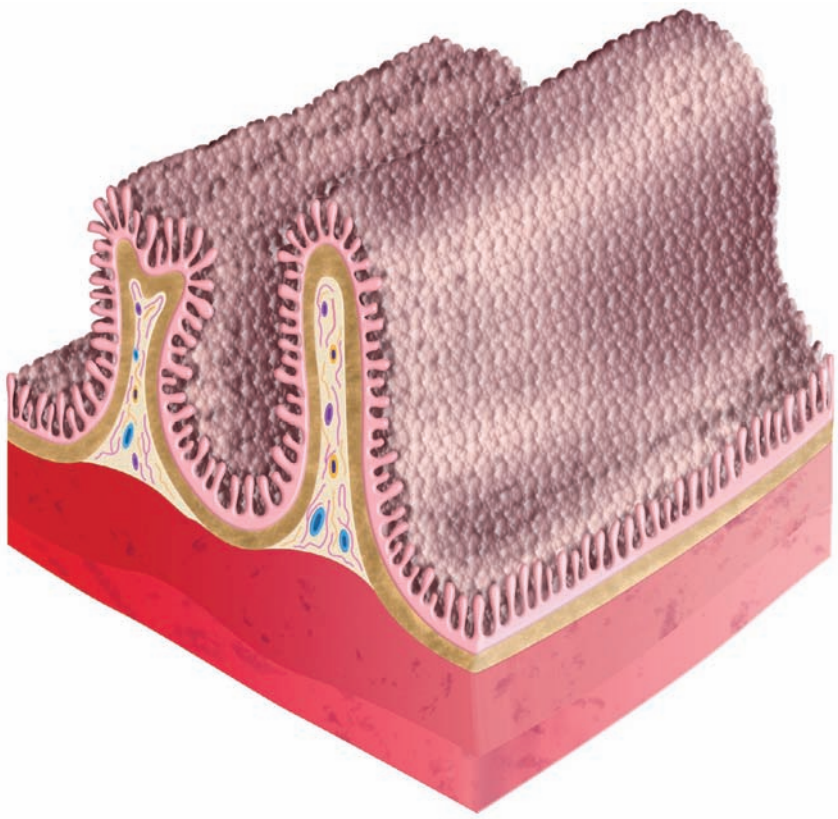
Критериями эффективности лечения явились: динамика субъективных и объективных признаков заболевания, эндоскопической картины, показателей качества жизни пациентов и эффективности эрадикации *H. pylori*. На фоне терапии в течение 4 нед еженедельно регистрировались частота и степень выраженности клинических симптомов. Сведения о клинических проявлениях ХГД были систематизированы в соответствии с основными синдромами ХГД – болевым, диспепсическим и астеновегетативным. Спонтанный болевой синдром проявлялся у 96% больных, преимущественно умеренной интенсивности в надчревной области, реже – в пупочной, левом подреберье; чаще ноющего или спастического характера. Из диспепсических симптомов наиболее часто встречались отрыжка (51,6%), изжога (42%), тошнота (37,1%). Признаки астеновегетативного синдрома отмечались практически у всех обследованных детей. Из сопутствующей патологии желудочно-кишечного тракта наиболее часто выявлялись симптомы, отражающие заинтересованность желчевыводящей системы – у 59,1% детей.

До лечения у детей в группах гомеопатической и стандартной терапии статистических различий в частоте клинических и эндоскопических проявлений ХГД, а также уровня инфицированности *H. pylori* не было. На фоне терапии отмечалась однотипная еженедельная динамика исчезновения симптомов обострения ХГД в сравниваемых группах. Через 4 нед после начала лечения спонтанные боли купировались на фоне гомеопатической и стандартной терапии среди детей с ПГД, соответственно у 80,5% и 92,3% больных ($p>0,05$), а среди детей с ЭГД – у 97,6% и 85,7% пациентов ($p>0,05$).

Динамика купирования болезненности эпигастрия при пальпации не зависела от метода лечения ($p>0,05$). Диспепсические жалобы полностью исчезли под влиянием гомеопатического и стандартного лечения у 93,3% и у 94,1% пациентов с ПГД ($p>0,05$) и у 91,9% и 89,2% детей с ЭГД ($p>0,05$). Тошнота купировалась у детей в основной и сравнительной группах, соответственно среди больных с ПГД – у 89,3% и у 100% ($p>0,05$), среди детей с ЭГД – 90,0% и 91,7% ($p>0,05$). Изжога на первой неделе быстрее купировалась у детей с ЭГД на фоне стандартной терапии, чем у пациентов, получавших гомеопатическое лечение, соответственно у 86,7% и у 50,0% больных ($p\leqslant0,05$), на 2–4 нед. Достоверных различий в частоте исчезновения изжоги у детей двух групп не было. Вероятно, различия в динамике исчезновения изжоги связаны с тем, что процессы саногенеза под влиянием гомеопатических препаратов развиваются медленнее, чем скорость подавления процессов кислотопродукции блокаторами протонной помпы и H_2-гистаминоблокаторами.

Мукоза композитум

При заболеваниях слизистых оболочек



- Комплексный препарат на основе натуральных компонентов
- Обладает противовоспалительным, иммуностимулирующим, репаративным и антигеморрагическим действием
- Показан для терапии воспалительных заболеваний слизистых оболочек различной локализации (гастрита, колита, дуоденита, синуситов, цистита, пиелонефрита и пр.)
- Применяется в комплексной терапии заболеваний дыхательной системы, в том числе при респираторном дистресс-синдроме
- Отлично сочетается с лечением пробиотиками, обеспечивая синергический эффект
- Выпускается в виде раствора для внутримышечного и подкожного введения

Регистрационное удостоверение П №12916/01 от 22.12.2010

Реклама

ARNEBIA
www.arnebia.ru

-Heel
www.heel.com

Астеновегетативные проявления перестали беспокоить после гомеопатического и стандартного лечения соответственно 78,9% и 82,4% детей с ПГД и 86,5% и 80,6% больных с ЭГД (p>0,05).

Заслуживают внимания данные о сравнительной динамике проявлений сопутствующей гепатобилиарной патологии на фоне гомеопатической и стандартной терапии. Пузырные симптомы у детей с ЭГД достоверно быстрее исчезали на 1–3 нед на фоне приема КГП (p⩽0,01), по сравнению с таковыми на фоне стандартной терапии. Более благоприятное влияние гомеотерапии, по сравнению с общепринятым лечением, на динамику проявлений дискинезии желчевыводящих путей может быть связано, во-первых, с многосторонним терапевтическим действием КГП, купирующих не только симптомы ХГД, но и оказывающих холекинетический эффект. Во-вторых, большинство детей с ЭГД получали курс эрадикационной терапии, которая включала препараты с отрицательным воздействием на гепатобилиарную систему.

Через месяц от начала гомеопатического и стандартного лечения клиническая ремиссия (исчезновение проявлений болевого и диспепсического синдромов) наступила, соответственно, среди детей с ПГД – у 70,5% и 65,0%, с ЭГД – у 48,7% и 43,6% больных (*рис. 1*).

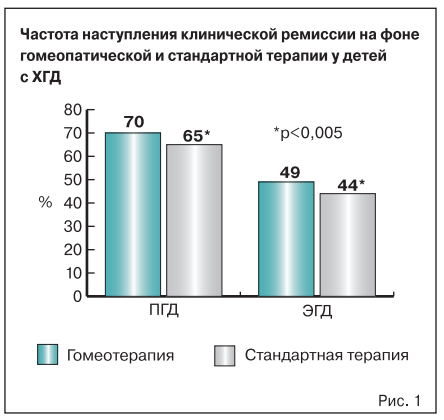


Рис. 1

Динамика эндоскопической картины у детей с ХГД на фоне гомеотерапии и стандартного лечения была сопоставима с динамикой купирования воспалительных явлений СО желудка и двенадцатиперстной кишки (p>0,05). Купирование эндоскопических признаков воспаления СО через 4–6 нед от начала лечения отмечалось с одинаковой частотой в сравниваемых группах. Через 4–6 нед от начала лечения эрозии эпителизировались у всех пациентов, получавших КГП, кроме 2 больных. В первом случае отмечался рецидив заболевания, спровоцированный стрессовой ситуацией в школе, во втором случае – грубым нарушением лечебно-охранительного режима и диеты. В группе стандартной терапии эрозии эпителизировались у 100% детей (p>0,05).

Сравнительная оценка данных ФЭГДС выявила, что на фоне гомеотерапии у больных достоверно чаще исчезала лимфоидная гиперплазия СО антрального отдела желудка в сравнении с аналогичным показателем у детей на фоне стандартного лечения (*рис. 2*).

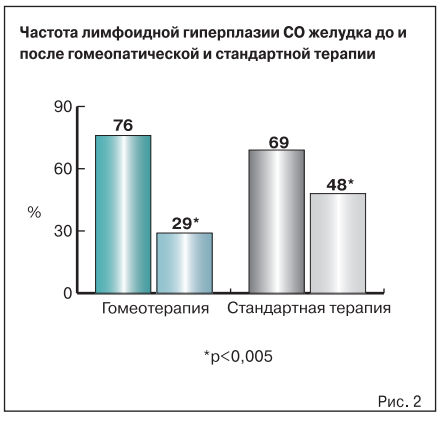


Рис. 2

Выявленная положительная динамика исчезновения признаков воспаления СО желудка, предположительно, связана с противовоспалительным действием КГП, что подтверждается литературными данными о регулирующем действии гомеопатических препаратов на процессы воспаления в тканях путем активации иммунологических реакций [15].

При анализе динамики моторно-эвакуаторных нарушений выявлено, что частота гастроэзофагеального рефлюкса снизилась среди детей, получавших КГП, в 4,4 раза, а в группе стандартного лечения – в 2 раза (p⩽0,05). Полученные в нашем исследовании данные о нормализующем влиянии КГП на моторно-эвакуаторные нарушения гастродуоденальной зоны подтверждаются результатами исследований, которые свидетельствуют об оптимизирующем влиянии гомеопатических лекарств на моторику верхних отделов пищеварительного тракта [11–13]. Особо следует отметить, что эрадикационная эффективность гомеотерапии хотя и не соответствовала современным требованиям к результатам антихеликобактерной терапии (эффективность эрадикации должна быть не менее 80%), однако оказалась сопоставимой со стандартной терапией и составила соответственно 58,3% и 59,0% (p>0,05). Необходимо учитывать, что на фоне стандартной схемы лечения, которая включала 3 препарата с антибактериальным действием, отмечены побочные эффекты в виде тошноты, усиления болей в животе, нарушения стула у 8 (21,6%) детей, а у 3 больных (8,1%) эрадикационная терапия сопровождалась аллергическими реакциями, которые явились поводом к отмене лечения. Напротив, у детей, получавших КГП, отмечалась хорошая переносимость гомеотерапии в течение всего периода исследований.

Противоинфекционное влияние гомеопатических препаратов, очевидно, реализуется опосредованно через активацию неспецифических факторов защиты организма, о чем свидетельствуют данные научной литературы [14] и, вероятно, благодаря положительному влиянию на факторы местной защиты СО желудка. Как видно из *таблицы*, при отсутствии достоверных различий в эрадикационной и клинической эффективности у детей с *H. pylori*-ассоциированным эрозивным ХГД затраты на 4-недельный курс стандартной терапии (Де-Нол + амоксициллин + фуразолидон + Линекс) были в 1,42 раза выше, чем стоимость курса гомеотерапии (Мукоза композитум + Гастрикумель + Лимфомиозот).

Нами был отслежен катамнез жизни обследованных детей. В течение 1,5 лет обострение ХГД отмечалось у 9,1% детей из группы стандартной терапии и у 8,3% детей группы гомеотерапии (p>0,05). Следует заметить, что обострение заболевания развивалось чаще у детей с отягощенным семейным анамнезом по язвенной болезни (p⩽0,05) и с более длительным стажем заболевания (p⩽0,05).

Результаты проведенного исследования позволили сформулировать следующие выводы.

Клиническая эффективность гомеотерапии детей с ХГД сопоставима с результатами стандартного медикаментозного лечения как по срокам исчезновения симптомов, так и по частоте достижения клинической ремиссии. Через 4 нед на фоне гомеотерапии ремиссии достигли 70,5% больных с поверхностным гастродуоденитом и 48,7% детей с эрозивным гастродуоденитом, а на фоне стандартного лечения – 65,0% и 43,6% пациентов соответственно.

Гомеотерапия в сравнении со стандартной терапией оказывала достоверно более выраженную эффективность на исчезновение гастроэзофагеального рефлюкса и лимфоидной гиперплазии СО антрального отдела желудка. Выявлено одинаковое влияние сравниваемых методов лечения на регресс эндоскопических признаков обострения гастродуоденита: частоту эпителизации эрозий, исчезновение гиперемии и отека слизистой оболочки, дуоденогастрального рефлюкса.

Эффективность гомеотерапии и стандартной терапии на эрадикацию *H. pylori* была одинаковой и через 4–6 нед от начала лечения составила 58,3% и 59% соответственно.

Преимущество гомеотерапии проявилось в положительном влиянии на течение сопутствующей патологии. КГП, предназначенные для лечения ХГД, оказывали одновременно терапевтическое действие и на сопутствующую дискинезию желчевыводящих путей, достоверно быстрее снижали частоту пузырных симптомов в сравнении с общепринятым медикаментозным лечением.

При одинаковой эффективности гомеопатической и стандартной терапии отмечалась хорошая переносимость и отсутствие побочных эффектов на фоне лечения КГП. Эрадикационная терапия сопровождалась побочными действиями у 29,7% детей, а у 8,1% больных лечение было прервано в связи с выраженными аллергическими реакциями.

Описанный клинический опыт позволяет дать практикующему специалисту ряд практических рекомендаций.

Для оптимизации помощи детям с ХГД, учитывая высокую клиническую эффективность, хорошую переносимость и отсутствие побочных эффектов, рекомендуется использовать КГП в качестве альтернативного лечения. Гомеотерапию целесообразно проводить у пациентов с отягощенным аллергическим фоном, синдромом дисбиоза, заболеваниями, сопровождающимися нарушением процессов детоксикации и элиминации аллопатических лекарств, а также в случаях безуспешной эрадикационной стандартной терапии и отмены лечения из-за развития осложнений.

У детей с ХГД и умеренными клиническими проявлениями рекомендуется применять Гастрикумель по 1 таблетке сублингвально 3 раза в день в течение 2–3 нед. У больных с язвенноподобным течением гастродуоденита показан Дуоденохель по 1 таблетке сублингвально 3 раза в день в течение 3–4 нед.

У пациентов с деструктивным поражением гастродуоденальной зоны с целью улучшения репарационных процессов дополнительно показано назначение препарата Мукоза композитум по 2 мл внутримышечно 2 раза в неделю, курсом №5.

Детям с эндоскопической картиной лимфоидной гиперплазии СО желудка дополнительно рекомендуется Лимфомиозот по 10 капель 2 раза в день в течение 3 нед.

Метод лечения КГП детей с ХГД может быть использован врачами, не имеющими специальной подготовки по гомеопатии, т.к. препараты применяются по синдромальному принципу.

Таблица. Сравнительная эффективность различных схем лечения у детей с H. pylori-ассоциированным ХГД

Показатель	Схемы лечения			
	Гомеотерапия		Стандартная терапия	
	ЭГД МЛГ (*n*=24)	ПГД ГЛ (*n*=21)	ЭГД ДАФЛ (*n*=28	ПГД ДАФЛ (*n*=9)
Стоимость лечения, руб.	1080	536	1535	771
Клиническая ремиссия, %	45,8	71,4	42,8	66,6
Эрадикация *H. pylori*, %	58,3		59	

Примечание. МГЛ – Мукоза композитум, Гастрикумель, Лимфомиозот; ГЛ – Гастрикумель, Лимфомиозот; ДАФЛ – Де-Нол, амоксициллин, фуразолидон, Линекс.

Список литературы находится в редакции.

Потенциальные угрозы и реальные опасности привозных инфекций

В рамках XIV Конгресса детских инфекционистов России прошел симпозиум «Инфекции мигрантов», на котором обсуждались вопросы оказания медицинской помощи пациентам с различными инфекционными заболеваниями, а также рассматривался круг мероприятий, необходимых для предупреждения распространения подобных болезней.

Юлия Пескова, фото Олега Кирюшкина

Представленные на симпозиуме темы сегодня имеют важнейшее значение, поскольку ежедневно в нашу страну приезжают тысячи людей, среди которых встречаются и больные с особо опасными заболеваниями бактериальной и вирусной природы. Заведующий педиатрическим отделением клинической инфекционной больницы № 1 Мухаммад Сайфуллин в докладе «Работа боксового отделения в условиях эпидемиологической угрозы» подчеркнул возрастающую актуальность проблемы особо опасных завозных инфекционных болезней, связанную с глобальными изменениями в мире, большими миграционными потоками и скоростью перемещения населения. «Сегодня авиаперелет из любой точки А в любую точку В занимает времени меньше, чем инкубационный период любого инфекционного заболевания», – отметил он. Для уменьшения потенциальных и реальных опасностей инфекционных болезней требуется грамотная противоэпидемическая стратегия. Существует перечень заболеваний, требующих проведения мероприятий по санитарной охране территории РФ (Приказ № 97 ДЗМ от 12.02.2015), согласно которому, требуется немедленная госпитализация всех подозрительных больных, прибывших из зарубежных стран.

Мухаммад Сайфуллин

Мухаммад Сайфуллин рассказал о ситуации 2014–2015 гг., связанной с лихорадкой Эбола. За это время в России было зафиксировано 40 случаев подозрения на болезнь, вызванную вирусом Эбола (БВВЭ). И хотя, к счастью, ни один из них не подтвердился, городские власти обратили внимание на возможность потенциальной угрозы завоза в Москву БВВЭ и проверили не только технические возможности, но и психологическую готовность медицинских работников к встрече с больными. Единственную в Москве инфекционную больницу с герметичным боксовым отделением – Московскую инфекционную клиническую больницу №1 – отремонтировали для приема больных, в боксах установили улучшенную систему вентиляции воздуха с многоуровневой системой фильтрации, закупили герметичные боксы для транспортировки опасных пациентов и комплекты специальной защитной одежды для медицинских работников. Для отработки действий персонала больницы и экстренных служб города в случае появления опасных больных Департамент здравоохранения г. Москвы провел учение, в котором были задействованы экипажи «скорой помощи», сотрудники санитарно-контрольных пунктов, полиция, медицинские службы аэропортов и руководители воздушных экипажей. Были отработаны в деталях диагностические и противоэпидемиологические мероприятия, взаимодействие между собой как городских, так и внутрибольничных структур при госпитализации пациентов, представляющих эпидемиологическую опасность.

Симпозиум продолжил профессор Евгений Александрович Ткаченко, заместитель директора по научной работе Института полиомиелита и вирусных энцефалитов им. М.П. Чумакова. Он представил доклад «Современные аспекты изучения хантавирусных лихорадок», в котором акцентировал внимание на то, что в России геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС) занимает сегодня ведущее место среди зоонозных вирусных инфекций и одно из первых мест среди всех природно-очаговых болезней человека (особенно в Приволжском федеральном округе). К началу XXI в. был изучен нозоареал ГЛПС, уточнен видовой состав мелких млекопитающих – носителей и природного резервуара хантавирусов – возбудителей ГЛПС, определена этиологическая роль хантавирусов в структуре заболеваемости. По мнению большинства специалистов, вирус человеку передается аэрогенно – через верхние дыхательные пути, когда в воздухе содержатся частицы экскрементов или слюны зараженных хантавирусом грызунов. В европейской части страны наиболее распространен вирус Пуумала и Куркино, основными переносчиками которого считаются рыжая полевка и полевая мышь. В последние годы вспышка ГЛПС, вызванная вирусами Сочи, зафиксирована в Краснодарском крае. Среди заболевших много детей до 17 лет (12,7%), а также больных с тяжелыми формами клинического течения, обусловливающими высокую летальность (до 14%). Обнаружение и изучение природных очагов ГЛПС в Центральном Черноземье и Краснодарском крае свидетельствует о существовании новых этиологически самостоятельных хантавирусных инфекций, эпидемиологически и клинически отличающихся от ранее известных.

Евгений Александрович Ткаченко

Евгений Александрович Ткаченко призвал врачей обращать внимание на всех больных, у которых симптомы заболевания хотя бы отдаленно напоминают симптомы ГЛПС, поскольку сегодня проявления лихорадки нередко отличаются от описанных классических симптомов. Большая же часть проблем и летальных случаев связаны именно с поздней диагностикой заболевания. Он напомнил, что сейчас существует два основных диагностикума, разработанных ПИПВЭ им. М.П. Чумакова: диагностикум ГЛПС для выявления хантавирусных антител в крови больных непрямым МФА и ИФА тест-система (ХАНТАГНОСТ) для выявления хантавирусного антигена у грызунов.

Также он отметил, что неспецифическая профилактика ГЛПС, как правило, ограничивается дератизационными мероприятиями (истреблением грызунов), однако эпидемиологи считают их недостаточными, так как численность животных в их естественных местах обитания быстро восстанавливается. Наиболее надежной специфической профилактикой является вакцинация, причем в той или иной степени прививки нужны практически всему населению европейской части России. В Институте полиомиелита и вирусных энцефалитов впервые в мире разработана культуральная, инактивированная, комбинированная вакцина против вирусов Пуумала и Добрава Белград (генотип Куркино) – основных возбудителей ГЛПС в европейской части России и странах Европы. Но, по мнению Евгения Александровича, от изобретения до практического применения препаратов в нашей стране проходит немало времени, и без финансовой поддержки государства выпуск вакцины сегодня невозможен.

В заключение симпозиума выступил кандидат медицинских наук, доцент РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России Алексей Юрьевич Ртищев, изложивший свой взгляд на важнейшую тему вакцинопрофилактики мигрантов. Он рассказал, что в 2014 г. в Российской Федерации зарегистрировано более 4,5 млн официальных мигрантов и беженцев, абсолютное большинство из которых – молодые люди трудоспособного возраста, имеющие маленьких детей. Поэтому угроза заноса различных инфекционных болезней достаточно велика, что требует проведения среди приезжих обязательной вакцинации. Алексей Юрьевич напомнил об основополагающих международных правовых документах, регулирующих вакцинацию мигрантов и беженцев, подчеркнув, что приоритетное внимание должно быть уделено вакцинам против кори/паротита/краснухи (КПК) и полиомиелита, поскольку в отношении этих заболеваний на сегодняшний день в близлежащих странах сохраняется неблагоприятная ситуация. Например, на Украине, где в 2014–2015 гг. фиксировались случаи полиомиелита, вакцинацию против этого заболевания не прошли порядка 64% детей младше 6 лет. Учитывая этот факт, в сентябре-октябре 2015 г. в России была организована и проведена 2-туровая дополнительная иммунизация против полиомиелита всех детей до 5 лет в Крымском Федеральном округе; в ноябре 2015 г. проведен 1 тур иммунизации в ДНР и ЛНР. Кроме того, обязательная однократная иммунизация против полиомиелита в индивидуальном порядке должна проводиться детям в возрасте до 15 лет, прибывшим из эндемичных по полиомиелиту стран (территорий) или живущим в семье мигрантов (если ребенок не был привит ранее или не имеет сведений о проведенных прививках). В последующем вакцинация этим детям проводится согласно Национальному календарю профилактических прививок. Эти мероприятия позволят не допустить вспышек заболеваемости опасной инфекции в нашей стране.

Алексей Юрьевич Ртищев

В целом симпозиум был очень плодотворен и вызвал большой интерес у присутствующих специалистов, которые получили множество полезной и важной информации, способной помочь как в лечении, так и в профилактике определенных инфекционных заболеваний у детей и взрослых.

Проблема инфекционных заболеваний у детей не теряет актуальности

В рамках XIV Конгресса детских инфекционистов России, состоявшегося в конце прошлого года в Москве, прошел образовательный симпозиум «Бактериемия и сепсис». На симпозиуме обсуждались актуальные медицинские проблемы, связанные с развитием различных инфекционно-воспалительных процессов у детей, особенностями их течения и выбором наиболее оптимальных схем лечения. В качестве лекторов перед слушателями выступили авторитетные эксперты ведущих медицинских центров страны.

Юлия Пескова

Профессор Марина Васильевна Дегтярева, заведующая кафедрой неонатологии ФДПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, представила доклад «Современное лечение сепсиса». Она подробно рассказала об этиологии и патогенезе неонатального сепсиса у детей, основных факторах риска развития заболевания, критериях его диагностики и принципах терапии. В частности, она отметила, что лечение сепсиса одновременно проводится в двух направлениях: этиотропная терапия, включающая системные антибиотики и местные антибактериальные средства, воздействует на инфекционные агенты, а патогенетическая терапия обращена на восстановление изменений гомеостаза, включая нарушения иммунной системы и органные нарушения.

По мнению Марины Васильевны, препаратами выбора антибактериального средства при эмпирической терапии должны стать антибиотики или комбинация антибактериальных препаратов с бактерицидным типом действия, обладающих активностью в отношении потенциально возможных возбудителей сепсиса. Предпочтение отдают препаратам, обладающим наименьшей токсичностью, проникающим через гематоэнцефалический барьер и создающим достаточную терапевтическую концентрацию в спинномозговой жидкости, в веществе мозга и других тканях организма. При уточнении характера микрофлоры и ее чувствительности антибактериальное лечение корригируют путем смены препарата и перехода на средства более узкого, целенаправленного спектра действия. Неэффективная терапия (когда в течение 48 часов отмечаются нарастание тяжести состояния и органной недостаточности) является показанием к переходу на альтернативную антибактериальную терапию, к усилению дезинтоксикационной инфузионной терапии, а также к подключению иммунотерапии, не зависящей от этиологии сепсиса и направленной на коррекцию всех возникающих нарушений иммунитета. Марина Васильевна обратила внимание на современные подходы направленной иммунокоррекции в неонатологии и алгоритмы иммунотерапии, подчеркнув, что наиболее распространенным способом воздействия на иммунную систему новорожденных с сепсисом считается внутривенное введение иммуноглобулинов в индивидуально подобранной терапевтической дозе.

Флора Семеновна Харламова, профессор кафедры инфекционных болезней у детей РНИМУ им. Пирогова осветила тему «Некротизирующий фасциит у ребенка со стрептококковой инфекцией». Она напомнила, что уже к концу XX в. спектр заболеваний стрептококковой инфекцией значительно расширился, однако появившиеся тяжелые болезни, в частности некротизирующий фасциит, не всегда хорошо известны практикующим детским врачам. В настоящее время термин «некротизирующий фасциит» объединяет все процессы, связанные с тяжелыми прогрессирующими бактериальными инфекциями мягких тканей, протекающие в фасциальных выстилках. Рассказав об этиологии, классификации и патогенезе этого заболевания, дифференциальной диагностике и принципах терапии, Флора Семеновна в качестве примера привела конкретный клинический случай. Тем самым она обратила внимание врачей на важность своевременной диагностики стрептококковой инфекции на этапе оказания амбулаторной помощи. Она подчеркнула, что поздняя диагностика заболевания, недооценка тяжести состояния, отсутствие раннего назначения антибиотикотерапии на фоне мелкоточечной экзантемы, тонзиллита, лимфаденопатии приводит к тяжелому осложнению стрептококковой инфекции в виде некротической инфекции мягких тканей и тромбоваскулиту нижних конечностей у ребенка с вторичным иммунодефицитным состоянием и сопутствующей цитомегаловирусной инфекцией.

> Лечение сепсиса одновременно проводится в двух направлениях: этиотропная терапия системными антибиотиками и местными антибактериальными средствами и патогенетическая терапия, обращенная на восстановление изменений гомеостаза

Большой интерес у присутствующих вызвал доклад «*Achromobacter* – новая угроза больным муковисцидозом», который представил Сергей Юрьевич Семыкин, заведующий педиатрическим отделением Российской детской клинической больницы. Он отметил, что в последние годы достигнут большой прогресс в терапии муковисцидоза. Сегодня это заболевание уже не считается чисто детской патологией с высоким процентом смертности, а переходит в разряд хронических болезней взрослых, причем выживаемость больных год от года растет. Это стало возможным благодаря ранней диагностике и правильной организации медицинской помощи. Однако стоит обратить внимание на тот факт, что в развитии заболеваний легких у больных муковисцидозом все значимее становится роль таких микроорганизмов как *Achromobacter ssp.*, которую многие специалисты недооценивают. Сергей Юрьевич рассказал о клинической значимости для пациентов этих патогенов, их классификации и сложностях идентификации, путях передачи из окружающей среды или госпитальных источников инфицирования, а также об основных антибактериальных препаратах для борьбы с ними.

Об истоках заболеваний, связанных с нарушениями кишечной микробиоты у детей, говорила в своей лекции Людмила Алексеевна Литяева, профессор кафедры эпидемиологии и инфекционных болезней Оренбургской государственной медицинской академии. Она констатировала, что сегодня у детей наблюдается рост хронических воспалительных заболеваний желудочно-кишечного тракта, аллергических и аутоиммунных заболеваний (в том числе сахарного диабета 1 типа), увеличивается число детей, страдающих ожирением, «молодеет» сердечно-сосудистая патология. При этом существующая стратегия лечения всех этих заболеваний обладает недостаточной эффективностью. По словам Людмилы Алексеевны, большое значение в развитии здорового ребенка имеет правильное формирование кишечной микробиоты, которое начинается внутриутробно и продолжается 1000 дней, от зачатия до 2 лет. Созревание иммунной системы от функционально незрелого при рождении к «обучающему» состоянию происходит через постоянную антигенную стимуляцию бактериальными и пищевыми аллергенами, иммуностимулирующее действие кишечной микробиоты. По современным представлениям, кишечная микробиота, состоящая из нескольких триллионов бактерий, рассматривается как метаболически активный орган, выполняющий ряд чрезвычайно важных функций. Людмила Алексеевна продемонстрировала результаты проведенного ретроспективного анализа детей с хроническими неинфекционными заболеваниями (ХНЗ), которые показали, что неправильное питание и нарушение микробиоты матерей в период беременности программируют рождение детей со стойкими функциональными и метаболическими изменениями как до, так и после рождения, повышая риск развития ХНЗ в детском школьном возрасте. Для снижения степени риска нарушений формирования микробиоты и иммунной системы ребенка целесообразно оптимизировать питание матерей в период беременности, применяя комплексы пре/про/метабиотиков и/или продуктов функционального питания.

Клинико-эпидемиологические аспекты эволюции современных сальмонеллезов у детей осветила в своем докладе Людмила Никоновна Милютина, профессор ФБУН ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора. Она отметила, что среди детских инфекционных заболеваний наиболее распространенными после острых респираторных вирусных заболеваний являются острые кишечные инфекции, в частности, одно из ведущих мест продолжают занимать сальмонеллезы, вызываемые целой группой болезнетворных микроорганизмов. Людмила Никоновна привела статистические данные о заболеваемости детей сальмонеллезами в последние годы, рассказала об особенностях клинической картины заболевания и влиянии на нее различных эпидемиологических факторов, обратила внимание на современные подходы к его диагностике и лечению, а также на важную проблему длительного постинфекционного бактерионосительства.

Темы, поднятые в работе образовательного симпозиума «Бактериемия и сепсис», вызвали живой интерес у слушателей, для которых подобные мероприятия – это отличная возможность узнать мнение ведущих экспертов по многим актуальным вопросам их профессиональной деятельности.

Лихорадка денге у детей

Инфекции, вызванные вирусами семейства флавивирусов (Flaviviridae), находятся в фокусе внимания мирового здравоохранения: лихорадка Зика, желтая лихорадка, о вспышках которых объявила ВОЗ, лихорадка денге. Повсеместное развитие туризма приводит к все более частым завозным случаям различных инфекций на территории Российской Федерации. Особенностям течения лихорадки денге и разбору клинических случаев был посвящен доклад, состоявшийся в рамках научной программы XIV Конгресса детских инфекционистов России (10–12 декабря 2015 года, г. Москва).

Елена Воронина, фото Олега Кирюшкина

Мухаммад Абдулфаритович Сайфуллин

Современные данные о лихорадке денге (ЛД) представил заведующий отделением Инфекционной клинической больницы №1 Департамента здравоохранения г. Москвы Мухаммад Абдулфаритович Сайфуллин.

«ЛД представляет собой острое трансмиссивное вирусное заболевание, протекающее с гриппоподобным синдромом и выраженными симптомами миалгии и артралгии», – отметил он. Некоторые варианты ЛД протекают с выраженным геморрагическим синдромом. В настоящий момент существует две классификации, предложенные экспертами ВОЗ. Первая появилась в 1997 году и выделяет классическую и геморрагическую формы ЛД. Вторая классификация ВОЗ: денге и тяжелая денге (известная еще как геморрагическая ЛД). У каждого варианта болезни есть свои клинические и лабораторные критерии, как подчеркнул М.А. Сайфуллин.

Заболевание известно достаточно давно: первое описание появилось в конце XVIII века. В настоящее время инфекция распространена повсеместно, что связано с ареалом обитания переносчика – комаров рода *Aedes Aegypti*.

Возбудителем инфекции является РНК-содержащий вирус денге (*Dengue virus*), имеющий 4 серотипа (DEN-1, DEN-2, DEN-3 и DEN-4). После выздоровления возникает пожизненный иммунитет к конкретному серотипу. Последующие случаи инфицирования вирусом другого серотипа повышают риск развития тяжелой формы ЛД.

Вирус денге относится к семейству флавивирусов (*Flaviviridae*), которое включает в себя возбудителей желтой лихорадки, лихорадки Зика, лихорадки Западного Нила и ряда других инфекций. Переносчики ЛД – комары рода *Aedes Aegypti* – общие для части этих инфекций.

ЛД свойственен иммунологический феномен, при котором имеющиеся антитела не обладают нейтрализующей способностью, приводят к образованию иммунных комплексов, облегчающих проникновение вирусов в клетку. Было отмечено, что у детей имеется два типа течения геморрагической ЛД. Первый тип течения выявляется у детей, рожденных от матерей с имеющимися антителами к вирусу денге, второй – у детей старшего возраста, ранее перенесших ЛД. Кроме того, после повторного развития ЛД в сыворотке крови обнаруживаются в основном антитела к вирусам предыдущего серотипа. При этом антитела к текущему серотипу вируса образуются медленно, присутствуют в сыворотке пациентов в низких титрах. Феномен впервые описал S.B. Halstead в 1983 году, впоследствии он получил название антителозависимого усиления инфекции. Феномен объясняет более тяжелое течение инфекции при повторном заражении ЛД.

Как отметил М.А. Сайфуллин, согласно недавней оценке ВОЗ, ежегодно в мире заражаются порядка 390 млн человек, из которых 96 млн имеют клинические проявления заболевания. При этом реальная картина распространенности ЛД в мире до конца неизвестна, многие случаи заболевания классифицируются неправильно. По данным ВОЗ, начиная с 60-х годов прошлого века, произошло 30-кратное увеличение ЛД в мире – инфекция стала самым распространенным заболеванием, которое передается кровососущими насекомыми. В настоящий момент в ареале распространения инфекции проживают порядка 2,5 млрд человек.

ЛД представляет собой циклическое заболевание. Инкубационный период длится от 3 до 15 дней (чаще 5–7 дней). В острой стадии заболевания различают периоды: лихорадочный, критический, реконвалесценции. Именно в критический период могут возникать геморрагические осложнения и развиваться сердечно-сосудистая недостаточность.

При первичном инфицировании вирусами денге может возникать гриппоподобный синдром с повышением температуры в течение 1–5 дней, гиперемией зева, ринитом и кашлем. По данным литературы, течение заболевания может быть бессимптомным, что чаще всего ассоциируется со 2-м или 4-м серотипом вируса.

Как отметил М.А. Сайфуллин, каждый год в Москве выявляется порядка 30 подтвержденных случаев ЛД у детей. Основные страны-поставщики завозных случаев инфекции – страны Юго-Восточной Азии, из которых до 95% случаев приходится на Таиланд, Индонезию, Вьетнам и Индию. В Москве количество случаев ЛД повышается в январе после завершения зимних новогодних отпусков.

Дальнейший разбор вариантов течения заболевания М.А. Сайфуллин провел на примере конкретных клинических случаев.

Первый клинический случай

Девочка А., 9 лет, постоянно проживает в Москве, наблюдается педиатром по месту жительства по поводу хронической инфекции мочевыводящих путей и эритроцитурии. С 4 по 22 марта находилась на отдыхе вместе с семьей в Таиланде, Сингапуре и Камбодже, проживая в отелях. Употребляла напитки со льдом, брала на руки уличных животных. Со слов родителей, отмечались множественные укусы комаров.

Девочка заболела остро, в день вылета. Острый период сопровождался головной болью, болью в глазах, ознобом, ломотой во всем теле, слабостью, головокружением. Отмечалось повышение температуры тела до 38°С. На следующий день после прилета ребенок был осмотрен врачом. С диагнозом ОРВИ находилась 3 дня дома. На 4-й день болезни на фоне сохраняющейся лихорадки была госпитализирована. При поступлении в анализе крови отмечались тромбоцитопения и лейкопения, повышение уровня моноцитов. После поступления у ребенка появилась небольшая мелкопятнистая сыпь.

При дальнейшем наблюдении на 7-й день болезни произошло снижение температуры тела, появился типичный для ЛД (на выходе из болезни) зудящий отек кистей и стоп. Как правило, симптом сохраняется в течение 2–3 дней, реакция на прием антигистаминных препаратов отсутствует, проходит самопроизвольно.

При лабораторном исследовании у пациентки А. были обнаружены IgM к вирусу денге. При вирусологическом исследовании был получен рост самого вируса. На 10-й день заболевания состояние девочки было расценено как удовлетворительное, она была выписана домой.

Второй клинический случай

Девочка А.З., 15 лет, постоянно проживает в Москве, хронических заболеваний в анамнезе не имеет. Находилась вместе с родителями на отдыхе на Мальдивских островах в период с 29 октября по 5 ноября. Проживали в отелях. Со слов родителей, отмечались неоднократные укусы комаров. Весь период отдыха кормила птиц, кошек, однократно была укушена рыбой во время купания.

Заболела за три дня до вылета в Москву. Первые симптомы: повышение температуры тела, озноб, головная боль, боль в глазах, резкая ломота в мышцах и суставах. К врачу не обращались.

После прибытия в Москву, на следующий день была госпитализирована в инфекционную больницу. В крови отмечались лейкопения, тромбоцитопения.

На 7-й день произошло снижение температуры. На этом фоне отмечались пятнистые высыпания преимущественно на теле и руках, которые прошли самостоятельно. К 12-му дню нормализовались показатели гемограммы. Диагноз ЛД был подтвержден лабораторно.

В заключение своего доклада Мухаммад Абдулфаритович подчеркнул, что ЛД включена в перечень заболеваний, требующих обязательного проведения мероприятий по санитарной охране территории РФ (Приказ № 97 Департамента здравоохранения г. Москвы от 12.02.2015 г.). Пациенты, прибывшие из зарубежных стран с лихорадочным состоянием и сыпью неясной этиологии, в течение 21 дня после прибытия подлежат незамедлительной госпитализации.

> По данным ВОЗ:
> Лихорадка денге – самое распространенное заболевание, которое передается кровососущими насекомыми.
> Ежегодно заражаются 390 млн человек.
> 96 млн из них имеют клинические проявления заболевания.
> 2,5 млрд человек проживают в ареале распространения инфекции

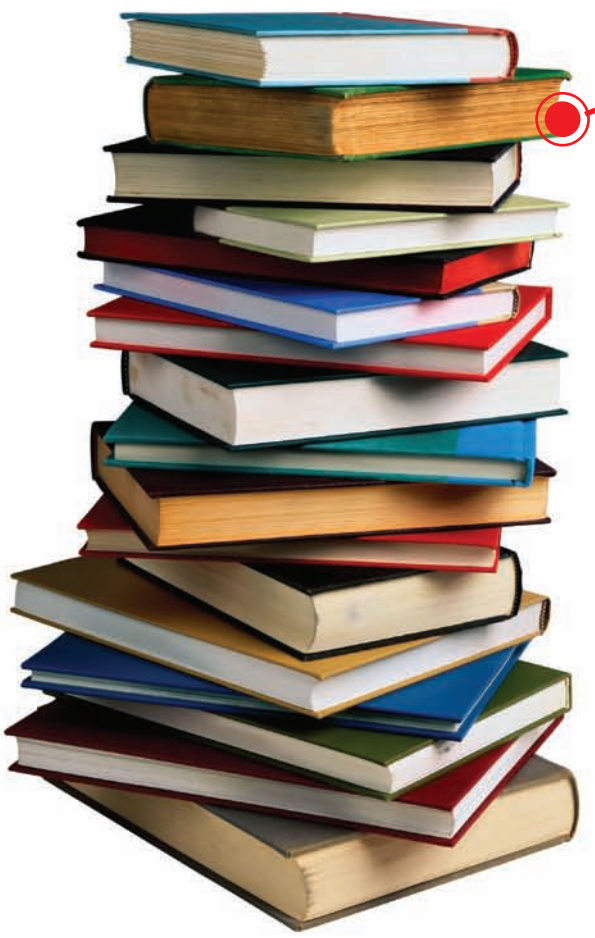
БИБЛИОТЕКА ВРАЧА

на портале

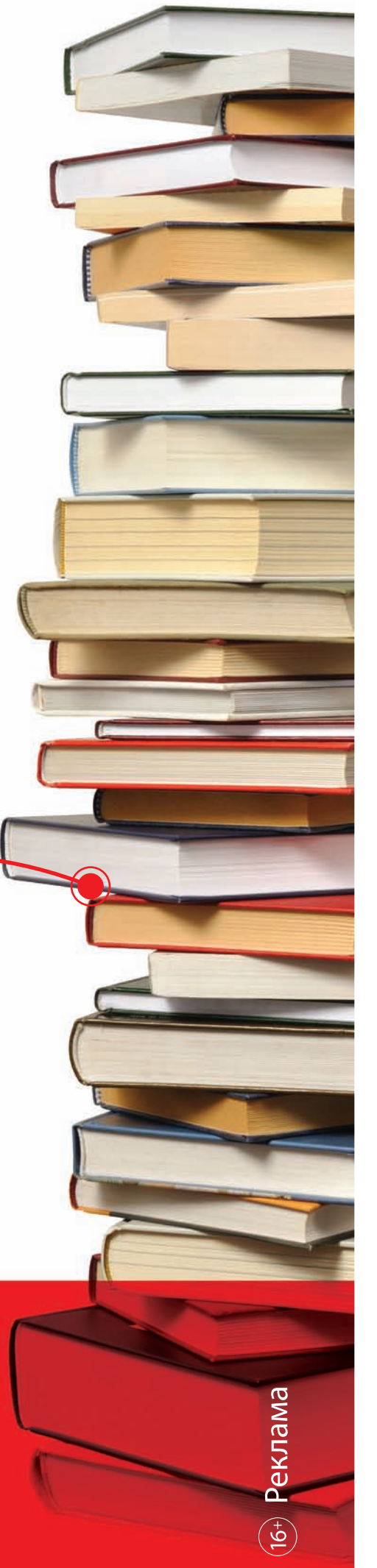
www.medvestnik.ru

Доступно в App Store

15 специализированных медицинских изданий



Более **30** специализаций



более **15 000** научно-медицинских статей

А также...

СМОТРИТЕ НА МЕДВЕСТНИК-ТВ

Новости и события медицины

Актуальные репортажи с мероприятий

Видео лекции и интервью

с ведущими специалистами

16+ Реклама