СТРАНИЧКИ МОРОЗОВКИ

Детская Морозовская больница – одна из старейших детских больниц в России. Ее история началась в 1990 г., а сейчас она является крупнейшим стационаром г. Москвы, состоящим из 47 отделений и оснащенным самым современным оборудованием

стр. 2

ДЕТСКИЕ ЛЕКАРСТВА

Осень – время первых простуд. Эффективность противоинфекционной защиты дыхательных путей у детей снижается. Самым первым и ярким симптомом ОРВИ является кашель, который показывает нам, что воспаление уже началось и надо принимать меры

стр. 11

ПЕДИАТРИЯ МОСКВЫ

Именно в Москве находится ведущая клиника России, которая специализируется на реабилитации пациентов с ДЦП – Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗМ, где делают все, чтобы максимально оказать помощь пациентам

стр. 16

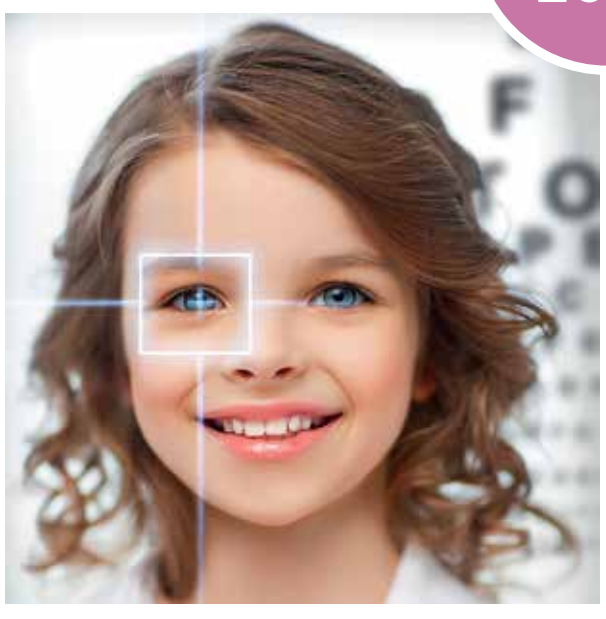
ДЕТСКИЙ ДОКТОР

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

ТЕМА НОМЕРА

ТРУДНЫЙ ДИАГНОЗ

3 (7) 2017



МУЛЬТИДИСЦИП-ЛИНАРНЫЙ ПОДХОД

Общие и частные проблемы

ОТ ПРОСТОГО К СЛОЖНОМУ

Оказать помощь и сохранить жизнь

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: a.mitina@bionika-media.ru

Выпускающий редактор – Алёна Митина

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

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

Размещение рекламы
Руководитель терапевтического направления – Екатерина Семенова
Менеджеры по работе с клиентами:
Наталья Семенова (nsemenova@bionika-media.ru),
Анна Донских (donskih@bionika-media.ru)
Анастасия Яснова (a.yasnova@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 25 сентября 2017 г.
Время подписания по графику – 10:00, фактически – 10:00
Дата выхода в свет – 3 октября 2017 г.

Полное или частичное воспроизведение редакционных материалов, опубликованных в газете «Детский доктор», запрещается, за исключением случаев письменного согласия редакции

Нужна детская больница

Морозовская детская городская клиническая больница – это одна из старейших детских больниц в России. Ее историческое начало относится к 1900 г., когда на пожертвования мануфактур-советника, купца первой гильдии Викулы Елисеевича Морозова было начато строительство новой детской инфекционной больницы (четвертой детской больницы в городе).

МОРОЗОВСКАЯ БОЛЬНИЦА: ВЕХИ

Во времена, которые называют допетровскими, медицинская помощь простым москвичам оказывалась в основном при церквях и монастырях. Те жители, кто был побогаче, приглашали врачей-иностранцев на дом. Первой общественной клиникой стал военный госпиталь на Яузе, а для гражданских лиц – Павловская больница в усадьбе генерал-прокурора Глебова (ее конфисковала еще сама Екатерина II).

Большой доступный больничный комплекс появился в Москве только в 1776 г. Это была Старо-Екатерининская больница на 150 коек, одно время она была и тюремной больницей, где работал выдающийся доктор Федор Гааз. Постепенно эту больницу для чернорабочих расширили до 400 коек.

Третьей в Москве появилась Голицынская больница. Князь Дмитрий Голицын оставил на ее основание 900 тыс. руб. и завещал еще 700 тыс. на содержание, кроме того, два села в 700 человек крестьян работали для содержания этой больницы. Построил ее архитектор Казаков во второй половине XVIII в.

По просьбе своей умирающей жены граф Шереметьев в 1810 г. переделал свой дворец еще в одну больницу на 100 мест «для увечных и больных бедняков». Построили ее на Садовом кольце при пересечении с 1-й Мещанской улицей. Так что самыми активными частными лицами при строительстве московских больниц в это время были семьи Голицыных, Шереметьевых и других меценатов.

С 1763 по 1870 г. в Москве работали уже 10 больниц, построенных на частные деньги. Но в эти годы население достигло 360 тыс. человек, и больниц все равно не хватало. В город шли в поисках работы толпы крестьян, бурно развивалось производство, и во второй половине XIX в. московское купечество и промышленники – Рябушинские, Морозовы, Прохоровы, Солдатенковы и другие семьи – строят социальные городки со зданиями для рабочих, банями, больницами и родильными приютами, а также яслями и начальными школами. Причем основатели городков денег с рабочих «за социалку» тогда практически не брали. Она была частью оплаты за труд.

У семейства промышленников Морозовых было две фирмы в Орехово-Зуеве.

Варвара Морозова

При одной из мануфактур была приличная больница. Другая ветвь семейства имела производство в Богородске, там тоже работала больница. Большую больницу семейство отстроило и в Твери.

На Девичьем поле во второй половине XIX в. появилась клиническая база из 13 клиник для лечения больных и одновременного обучения врачей Московского университета.

В первую клинику, которая стала психиатрическим центром без насильственного лечения, вложила 800 тыс. руб. Варвара Алексеевна Морозова. Возглавил ее врач Сергей Сергеевич Корсаков. И известные психиатры России Сербский, Гиляровский, Рот, Россолимо были его учениками из клиники Морозовой.

Клиники, которые создавались московскими промышленниками, финансировались из городской думы и благотворительных обществ. Уставы утверждались в самом Петербурге, попечители же могли обсуждать кадровые назначения, принимать решения о строительстве новых корпусов и покупке оборудования. Но детской медицины в Москве практически не было (кроме маленькой больницы на Бронной улице).

НУЖНА ДЕТСКАЯ БОЛЬНИЦА

Первая доступная больница для детей появилась в Сокольниках на средства Павла фон Дервиза в память о своем сыне, позже она стала называться Русаковской. Затем появились больницы Хлудова на Девичьем поле и Щербатовская на Садовом кольце (сейчас она Филатовская). А в начале XX в. появилась знаменитая Морозовская больница для детей. Пышный особняк с лепными украшениями построил в 1900 г. в 4-м Добрынинском переулке архитектор Михаил Чичагов. Деньги пожертвовал купец первой гильдии мануфактур-советник Викула Елисеевич Морозов.

ВЕСЕЛОЕ МЕСТО

На месте, где появилась Морозовская больница, в XIX в. была Конная площадь. Литератор Иван Шмелев писал, что перед Рождеством на Конной площади в Москве вся площадь запружена была тысячами саней, и «стон стоял». Шла колоритная торговля поросятами, бараниной, лошадями, солониной, в птичьих рядах торговали глухарями, утками, гусями, курами, рябчиками… Многие торговали прямо из саней поштучно и без весов. Все отлетевшие при рубке куски мяса доставались нищим, которых было вокруг немало. Здесь же продавались и рождественские елки. Но весело на площади было не всегда, поскольку на Конной площади проводились гражданские казни.

Так, в 1873 г. на этой площади читали приговор террористу и народовольцу Сергею Нечаеву. С этого нигилиста русский классик Федор Достоевский позже писал роман «Бесы», где вывел Нечаева в образе Верховенского.

Сергей Нечаев – один из первых «героев» революционного терроризма, предводитель организации «Народная расправа». Осужден за убийство студента Иванова (которого народовольцы считали предателем).

Из Сущевского съезжего дома, где содержали Нечаева, по велению царя народовольца привезли накануне на Конную

Конная площадь

площадь в Серпуховский жандармский караул. Во время перемещения его на площадь ранним утром было велено барабанщикам вокруг эшафота заглушать возможные призывы со стороны преступника. По правилам преступника необходимо было выставить к позорному столбу. И действительно Нечаев кричал лозунги за свободу народа и против царя, но никаких волнений не произошло. Через 13 лет Сергей Нечаев умер в Алексеевском равелине Петропавловской крепости в Санкт-Петербурге от «общей водянки и цинготной болезни».

МОРОЗОВСКОЙ БОЛЬНИЦЕ БЫТЬ

Сын Викулы Елисеевича Алексей обратился по воле родителя к городскому голове с сообщением, что родители жертвуют на благотворительные дела 400 000 серебром для устройства новой детской

4 ветви семейства промышленников Морозовых, имевших 4 текстильные фабрики: Абрам Абрамович Морозов, Тимофей Саввич Морозов, Викула Елисеевич Морозов, Василий Захарович Морозов.

Фото А. Бергнера (начало 1860 г.)

больницы имени Викулы Елисеевича Морозова. Половина средств должна быть потрачена на здания и оборудование, причем строить нужно в месте, где население особо нуждается в больнице. Вторая половина денег неприкосновенно должна находиться в банке, а с процентов необходимо содержать 150 больничных коек. Условием была именно бесплатная больница для детей из бедных семей. Главным врачом Морозовской больницы стал старший врач детской больницы св. Владимира Николай Алексеев.

Архитектором большей части зданий стал Илларион Шиц, а хирурга Тимофея Краснобаева отправили учиться организации больничного дела и перенимать европейский опыт в Италию, Швейцарию, Францию, Австрию и Германию, чтобы больница была «не хуже, чем в Европах». В поездке он исследовал работу 30 европейских клиник.

Главное, что переняли организаторы Морозовской больницы, – это то, что пациенты должны быть разделены по корпусам для изоляции и нераспространения инфекций. У въезда в клинику больных детей осматривала фельдшер. И в соответствии с предварительным диагнозом ребенка направляли в отведенный корпус. В это время основная смертность у детей была связана с «детскими» болезнями: корью, коклюшем, дифтерией. С таким профилем и работало отделение. Морозовские врачи хотели переломить ситуацию.

В первую очередь отстроили административный корпус и 3 инфекционных. В апреле 1902 г. начали прием больных детей. В 1903 г. открыли корпуса для детей, больных скарлатиной, дифтерией, и для маленьких пациентов с подозрением на инфекцию. Прием вели инфекционист, хирург и педиатр. Несколько позже были построены хирургический и терапевтический корпуса и дополнительно еще 2 инфекционных. В 1906 г. построили жилой корпус для персонала, часовню, секционный зал, кухню, котельную и другие хозяйственные постройки. Уже в начале века это был настоящий больничный городок. В том же году на территории появились корпуса для острозаразных пациентов и пациентов с корью, а также терапевтических больных.

В 1914 г. сын известнейших купцов-чаеторговцев Андрея и Софьи Корзинкиных Андрей Андреевич – один из директоров товарищества Ярославской Большой мануфактуры унаследовал от родителей 3 дома в Москве, амбары в гостином дворе и 10 торговых заведений. В 1908 г. он пожертвовал 50 тыс. руб. на пособия бедным, а также построил и оборудовал лечебницу на 15 грудных детей имени своей матери, открытую в 1914 г. при Морозовской больнице. Главным врачом этой больницы стал Н.И. Ланговой. Там же располагались молочная кухня и амбулатория.

В 1930 г. в одном из корпусов построили боксы, а позже уже 3 корпуса имели мельцеровские боксовые отделения на 120 человек.

МОРОЗОВСКАЯ БОЛЬНИЦА И НОВАЯ ИСТОРИЯ

История Морозовской больницы чуть не прекратилась в XX в. Во время Великой Отечественной войны больница попала под воздушный налет. Прямо на крыши зданий сыпались осколки зенитных снарядов, десятки зажигательных бомб. Возникли пожары на тех крышах, где не было бойцов противопожарной обороны. Через некоторое время на больничные корпуса были сброшены фугасные бомбы. Краска на стенах зданий загорелась, лопнули стекла окон. Бойцы начали выводить детей, и никто из пациентов не пострадал.

В больнице уже работали лор-отделение, отделение ревматологии, в годы войны открыли неврологическое отделение, а через 5 лет отделения лечения менингита и туберкулеза.

После 1960 г. некоторые больничные корпуса «подрастили» до 2 и 3 этажей. Впервые в условиях городского многопрофильного детского стационара в СССР началось развитие детской специализированной медицинской помощи в профильных отделениях. Открылись отделения новорожденных с неврологической патологией, травматологии и эндокринологии, онкологии и гематологии. Здесь же делились передовым опытом педиатры Москвы и России.

В 1972 г. был построен 7 этажный корпус на 300 больных. В 1983 г. появился корпус с мельцеровскими боксами, а в 1976 г. отделение патологической анатомии получило отдельное здание.

В 70-е гг. начало работать отделение нейрохирургии, открылись отделения офтальмологии и кардиоревматологии. Приняла первых посетителей поликлиника. Реконструкция корпуса гематологии прошла в 1997 г., и в Морозовской начали лечить детей, больных лейкозом, по самым современным протоколам в комфортных условиях, на его базе также было открыто отделение переливания крови.

С 1937 г. на территории Морозовской больницы работает училище для подготовки среднего медперсонала. 292 врача, медсестры и лаборанты обеспечивают работу 29 лечебных корпусов на 1025 коек по 17 медицинским профилям.

А впереди был XXI в. с новыми задачами, достижениями и проектами.

Морозовская больница 1988 г.

Ирина Власова

НОВОСТИ

Красота в подарок: хосписам и детским больницам Москвы передадут лучшие работы фестиваля флористов

В Москве прошел VI Московский международный фестиваль садов и цветов Moscow Flower Show, участие в котором принимали ландшафтные дизайнеры и флористы из 12 стран мира. Экспертное жюри определило лучшие композиции и проекты более чем 200 конкурсантов. Впервые в истории фестиваля свои работы на нем представляли студенты профессиональных колледжей. На торжественной церемонии открытия выступили заместитель мэра Москвы по вопросам социального развития Леонид Печатников и руководитель Департамента здравоохранения города Москвы Алексей Хрипун.

Как отметил в своем выступлении Леонид Печатников, очень важно, чтобы вся представленная на фестивале красота не пропала и оказалась перед глазами тех, кто больше всего в ней нуждается – детей, которые лечатся в детских больницах, и пациентов хосписов. Поэтому было решено, что после завершения мероприятия цветочные композиции будут переданы в дар детским больницам и хосписам Москвы. По словам руководителя столичного Департамента здравоохранения Алексея Хрипуна, многие представленные на фестивале работы сделаны по проектам и при непосредственном участии пациентов Морозовской детской больницы. Поэтому то, что часть композиций впоследствии украсит интерьер и территорию этого прославленного медицинского учреждения, очень символично.

– Участники фестиваля передадут свои произведения московским детским больницам, в частности, Морозовской, чтобы они помогали выздоравливать маленьким пациентам, – добавил Алексей Хрипун. Благодарность за решение использовать конкурсные работы в оформлении территории рядом с московскими хосписами высказала организаторам фестиваля руководитель столичного центра паллиативной медицины Нюта Федермессер. По ее словам, в большинстве хосписов территория пока пустует.

– Я очень обрадовалась, когда узнала, что в этом проекте приняли участие студенты московских колледжей. А это значит, что молодые люди учатся уважать чужую жизнь, сколько бы ее ни оставалось, – подчеркнула она.

Для справки:

VI Московский международный фестиваль садов и цветов Moscow Flower Show проходил с 29 июня по 9 июля в парке «Музеон». Главное событие фестиваля – международная выставка-конкурс садово-паркового искусства и ландшафтного дизайна. В конкурсной программе заявлены более 30 проектов.

Источник: http://mosgorzdrav.ru

Новое время: набирая обороты

XX в. принес в историю Морозовской детской клинической больницы новые задачи, новые горизонты и новые возможности. Шутка сказать: сейчас медицинскую помощь детям здесь оказывают 47 отделений, а совокупная коечная мощность больницы составляет 1025 коек.

Среди основных профилей оказываемой медицинской помощи нейрохирургическая, травматологическая, ортопедическая, полный набор помощи хирургической, а также кардиология, пульмонология, неврология, онкология, нефрология, несколько отделений для лечения инфекций, ревматология, урология и многие другие.

Скорая помощь привозит сюда как младенцев, так и подростков, кроме того, в больнице имеется 36 реанимационных коек и 5 коек дневного стационара.

Сколько же нужно корпусов, палат, лабораторий, чтобы успеть оказать всем пациентам квалифицированную медицинскую помощь? Основная территория больницы находится по трем адресам в 37 корпусах общей площадью 52 тыс. м^2. А общая площадь территорий Морозовской больницы составляет 12 га.

С каждым годом эффективность работы этого комплекса растет.

Сейчас в больнице работает около 2 тысяч сотрудников, из них почти 500 человек – врачи, среднего медицинского персонала 743 человека и 698 человек немедицинского персонала.

Это большая армия специалистов, известных в столице: 48 докторов медицинских наук, 118 кандидатов медицинских наук, 2 заслуженных врача Российской Федерации, 1 заслуженный врач Москвы.

Только за последние 5 лет в Морозовской больнице проведены работы по текущему ремонту на общую сумму более 336,2 млн руб. Введены в эксплуатацию мельцеровские боксы на 30 коек, отделение реанимации и интенсивной терапии для недоношенных и новорожденных детей, отделения реанимации и интенсивной терапии, неонатологии, неврологии и микрохирургии глаза для грудничков, клинико-диагностическая лаборатория, отделения гастроэнтерологии, детской эндоскопии, офтальмологии, неврологии, педиатрии. Больница стала уютнее, чище, комфортабельнее.

Корпуса Морозовской больницы

Что такое больница без современного оборудования? В Морозовскую поставлено и введено в эксплуатацию более 2500 единиц современного медицинского оборудования на 1 млрд руб. Новые компьютерные и магнитно-резонансный томографы, ультразвуковые системы, в том числе премиум-класса, видеоэндоскопические стойки, современное оборудование для реанимационных палат и палат интенсивной терапии, многофункциональная медицинская мебель, операционные столы, цифровые рентгеновские комплексы, микроскопы для проведения высокотехнологичных офтальмологических операций, аппаратура для искусственной вентиляции легких новорожденных и инкубаторы для выхаживания детей с экстремально низкой массой тела и многое другое заняло свое место в операционных, палатах и лабораториях.

За 2011–2017 гг. в Морозовской больнице были внедрены новые высокотехнологичные методики лечения больных в уроандрологии, нейрохирургии, травматологии, ортопедии, офтальмологии, оториноларингологии, детской эндокринологии, ревматологии, гастроэнтерологии, неврологии, орфанных заболеваний и при других патологиях. Это позволило сформировать в Москве 12 центров городской специализированной медицинской помощи для детей и подростков. Не многие города России могут похвастаться таким набором возможностей.

В Морозовской ДГКБ работают 12 из 24 в городе главных внештатных детских специалиста Департамента здравоохранения города Москвы: педиатр, ревматолог, детский эндокринолог, гинеколог, офтальмолог, детский уролог-андролог, пульмонолог, генетик, гастроэнтеролог, детский онколог, гематолог, сердечно-сосудистый хирург, травматолог-ортопед.

В 2015 г. Морозовская больница получила лицензию на право оказания образовательной деятельности и вместе с другими ведущими клиниками РФ становится Центром постдипломного педиатрического образования.

В больнице проводится определение уровня теоретических знаний и практических навыков, необходимых для выполнения профессиональных обязанностей врача, аттестация для получения квалификационной категории всем медикам столицы по педиатрическому профилю.

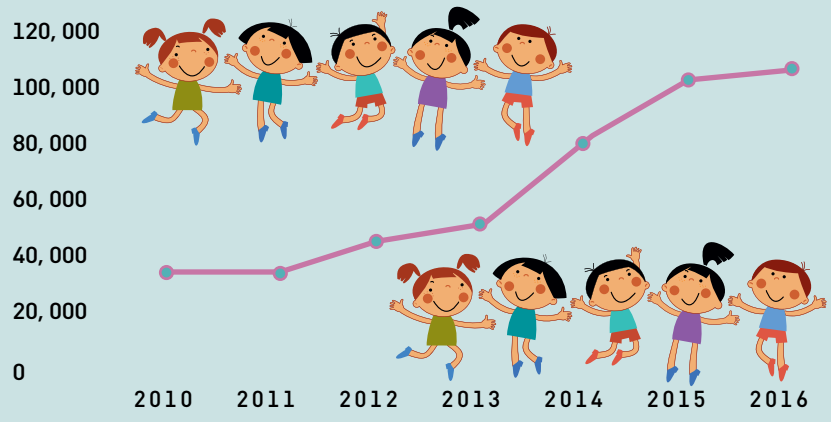
Морозовская больница является клинической базой для 18 кафедр четырех медицинских вузов города Москвы (РНИМУ имени Н.И. Пирогова, РМАНПО, Медицинского института Российского университета дружбы народов, Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова).

Обучение врачей в Морозовской больнице

С 2015 года Морозовская больница получила лицензию на образовательную деятельность. На базе больницы организованы ординатура, аспирантура и другие виды постдипломного образования

С 2016 года осуществляется дистанционное консультирование специалистами Морозовской больницы детей из регионов России

Рост количества пролеченных больных



Количество госпитализаций в детские стационары г. Москвы

Активно сотрудничает с ведущими национальными медицинскими научными центрами Минздрава России и РАН: НЦЗД, НИКИ педиатрии имени академика Ю.Е. Вельтищева, РНИМУ имени Н.И. Пирогова, Научным центром сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева, Эндокринологическим научным центром и другими учреждениями здравоохранения. А врачи больницы – авторы десятков научных статей и монографий.

Можно говорить, что доступность и качество медицинской помощи пациентам позволили коллективу Морозовской больницы в 2016 г. пролечить 106 822 пациента (в 2015 г. – 102 082 пациента), а за первое полугодие 2017 г. – 59 685 пациентов.

Всего в Москве в 2016 г. в клиниках и больницах лечились 317 286 детей, из которых практически каждого третьего ребенка излечили в Морозовской.

Дистанционное консультирование стало для Морозовской больницы ежедневной и понятной. Об этом не понаслышке знают врачи не только из Московской области, но и, к примеру, врачи Крыма, куда специалисты выезжают работать вахтовым методом.

ЗАГЛЯДЫВАЯ В ЗАВТРА

В Морозовской больнице ведется строительство лечебного корпуса на 500 коек. Это не рядовое событие. В 2013 г. инфекционные корпуса, на месте которых было запланировано строительство нового корпуса, были снесены, а пациенты с инфекционными заболеваниями перераспределены в детские клинические больницы им. З.А. Башляевой и больницу № 9 им. Г.Н. Сперанского.

На строительство объекта выделено 6,78 млрд руб. Еще 3,7 млрд выделено на медицинское оборудование. 7-этажное здание с отделениями на 500 коек нового корпуса будет иметь еще и 2 подземных этажа.

С 1 октября 2017 г. пройдет лицензирование медицинской деятельности в новом корпусе. И дети, и подростки начнут получать многопрофильную медицинскую помощь в новом корпусе Морозовской больницы,в котором будет работать 20 отделений, рассчитанные на 500 коек и оснащенные современным оборудованием

В новом корпусе на 72 тыс. м^2 разместятся на -1 и -2 этажах автомобильная стоянка, административно-хозяйственные помещения, аптека, прачечная, лаборатория.

Первый этаж – это приемное отделение с мельцеровскими боксами, на втором разместятся оториноларингология, торакальная хирургия, офтальмологии (микрохирургии глаза) и гинекология. Третий этаж вместит плановую хирургию и урологию-андрологию, а также неотложную и абдоминальную хирургии, челюстно-лицевую хирургию, отделение травматологии и ортопедии. Отделение клинической онкологии, гематологии и онкологии, блок реанимации и интенсивной терапии для онкологических и гематологических больных примет четвертый этаж.

На пятом этаже разместятся отделения экстренной сердечно-сосудистой хирургии и кардиологии, ревматологии, нейрохирургии, отделение наследственных нарушений обмена веществ, блок реанимации и интенсивной терапии для кардиохирургических больных, отделение трансплантации органов и тканей, блок реанимации и интенсивной терапии для отделения трансплантации костного мозга, органов и тканей.

Целых 2 операционных (в том числе рентгенохирургическая операционная (ангиография) для нейрохирургии, кардиохирургии и др.) расположатся на шестом этаже. Здесь же будут работать отделение анестезиологии и реаниматологии, эндоскопии, реанимации и интенсивной терапии. Ну и на самом высоком седьмом этаже разместятся административные помещения, кабинеты физиотерапии, ЛФК, пищеблок для пациентов, столовая для посетителей и сотрудников и конференц-залы. Многие отделения появятся впервые не только в Морозовской ДГКБ, но и впервые в Москве.

С открытием нового корпуса в Морозовской детской больнице на 1187 койках и 63 реанимационных койках оказание специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи будет набирать новые высоты, будут открыты новые направления медицинской помощи в экстренной сердечно-сосудистой хирургии, аритмологии и трансплантации органов и тканей, в том числе пересадке костного мозга. Разве можно было рассчитывать на интегрированные операционные, системы нейронавигации для осуществления локализации цели во время операции, аппараты искусственного кровообращения, оборудование для мониторинга пациентов, цифровые рентгеновские диагностические аппараты с плоским рентгеновским детектором и потолочным креплением рентгеновской трубки, компактные мобильные высокоскоростные мультисрезовые компьютерные томографы, современное оборудование в старых неприспособленных корпусах, послуживших верой и правдой, но устаревших для сегодняшних задач?

С 2016 года осуществляется дистанционное консультирование специалистами Морозовской больницы детей из регионов России.

Задачи для оказания эффективной, качественной и доступной медицинской помощи московским детям и подросткам с рождения до 18 лет велики. И коллектив Морозовской больницы готов их решить.

Ирина Власова

Новые возможности медицинской помощи детям в новом корпусе Морозовской больницы

Впервые в системе городских лечебно-профилактических учреждений:

- отделение трансплантации органов и тканей, в том числе костного мозга
- отделение экстренной детской кардиохурургии
- молекулярно-генетические исследования в новой многопрофильной клинико-диагностической лабаратории
- современный магнитно-резонансный томограф (3 Тл), работающий в круглосуточном режиме.

В новом корпусе условия совместного пребывания матери и ребенка будут полностью соответствовать современным санитарным нормам.

В новом корпусе будет работать 20 отделений, рассчитанные на 500 коек и оснащенные современным оборудованием

Рациональная антибиотикотерапия бактериальных инфекций в педиатрическом стационаре в эпоху глобальной антибиотикорезистентности

Своевременная диагностика и лечение нозокомиальных инфекций является одной из важнейших задач современной медицины. Нозокомиальные инфекции (НИ) развиваются у госпитализированных пациентов на фоне основного заболевания, существенно увеличивают финансовые затраты на лечение и сроки пребывания в стационаре, а также повышают риск развития летального исхода.

О.В. Шаляпина, врач – клинический фармаколог ГБУЗ «Морозовская ДГКБ» ДЗ г. Москвы

В зависимости от условий возникновения все бактериальные инфекции подразделяются на внебольничные и нозокомиальные (внутрибольничные, госпитальные). Точных данных по распространенности НИ в России на сегодняшний день нет. Согласно отчетам Росздравнадзора, количество зарегистрированных случаев НИ составляет менее 35 000 в год, по мнению экспертов, реальная частота инфекций в РФ составляет около 2 млн в год.

Для изучения реальной частоты НИ в стационарах России в 2013 г. было проведено проспективное многоцентровое исследование ЭРГИНИ, в котором приняли участие 4 детских стационара, в том числе Морозовская детская городская клиническая больница. Согласно данным, полученным в результате этого исследования, наибольшая распространенность НИ отмечена в ОРИТ – 36,67%, причем в детских выше, чем во взрослых, затем в отделении неврологии – 6,82%. Частота НИ в терапевтических и хирургических отделениях была примерно одинакова у детей и взрослых. У детей в терапевтических отделениях – 4,76%, в хирургических – 3,4%. По локализации очага у детей преобладают инфекции верхних (34,8%) и нижних дыхательных путей (26,1%), реже встречаются ангиогенные (17,4%), абдоминальные и мочевые инфекции (по 8,7%), инфекции кожи и мягких тканей (4,3%).

Важнейшая проблема, связанная с бактериальными инфекциями, – рост резистентности возбудителей к существующим классам антибактериальных препаратов и закономерное снижение эффективности проводимой терапии. Широкое применение антибиотиков с профилактической или лечебной целью, расширение возможностей в оказании помощи пациентам в критическом состоянии, проведение инвазивных процедур у госпитализированных пациентов, применение высоких технологий способствуют селекции резистентных возбудителей у взрослых. Для педиатрических пациентов в исследовании ЭРГИНИ удалось доказать такую связь только для двух факторов: предшествующее (в период до 3 мес) применение антибиотиков и предшествующая госпитализация. Также показано увеличение длительности стационарного лечения в педиатрических стационарах на 10 дней (в 1,7 раза) при развитии НИ.

Устойчивые микроорганизмы на сегодняшний день встречаются не только в стационарах, но и во внебольничной среде. Например, пневмококки, основные возбудители внебольничных инфекций верхних и нижних дыхательных путей, по данным мониторинга антибиотикорезистентности, который в течение многих лет проводится Смоленским НИИ антимикробной химиотерапии, демонстрируют клинически значимый рост резистентности в отношении пенициллинов и макролидов выше 20% в популяции, среди детского населения показатели в целом более благоприятные. Однако среди пациентов, госпитализированных в Морозовскую детскую городскую клиническую больницу в 2015–2016 гг. с осложненным течением отитов и синуситов, нечувствительность пневмококков к пенициллинам составляет около 40%, к макролидам – 43%.

С активным выходом нозокомиальных штаммов во внебольничную среду и появлением пациентов, длительное время находящихся на стационарном лечении, в XXI в. появился новый термин для правильного понимания этиологии этих заболеваний – «инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи» (ИСМП). Это инфекции возникают во внебольничных условиях, однако этиологическими агентами являются высокорезистентные возбудители. Они возникают у пациентов, часто находящихся на стационарном лечении и получавших антибактериальную терапию. Кроме того, широкое применение антибиотиков сопровождается «параллельным ущербом» – развитием резистентности не только к тем возбудителям, на которые направлена антибиотикотерапия, но и в отношении возбудителей, не входивших в спектр действия препаратов. Наиболее проблемными в этом отношении антибиотиками, способствующими росту БЛРС-продуцентов, являются цефалоспорины 3 поколения. Карбапенемы и ингибиторзащищенные бета-лактамы являются безопасными в отношении селекции резистентных возбудителей.

Врачи практически всех специальностей в ежедневной практике сталкиваются с назначением антибактериальных препаратов и заинтересованы в постоянном обновлении информации по приоритетным возбудителям инфекций в стационаре и эффективным схемам антибактериальной терапии. Поэтому контроль за обоснованностью назначения антибактериальной терапии с позиций необходимой достаточности и внедрение новых схем лечения в случае выделения поли- и панрезистентных возбудителей является одной из задач, стоящих перед клиническим фармакологом.

Систематизация бактериологических отчетов важна для подтверждения эффективности схем эмпирической терапии, применяемых в стационаре, и своевременной коррекции в случае повышения порогового уровня резистентности к препаратам более 20%. По данным многоцентрового проспективного исследования МАРАФОН, которое проводилось в стационарах различных регионов России в 2011–2012 гг., ведущими возбудителями нозокомиальных инфекций являются представители семейства *Enterobacteriaceae* – 33,7%, на первом месте среди них *Klebsiella pneumoniae* (16,9%), также проблемными возбудителями являются неферментирующие энтеробактерии – *Pseudomonas aeruginosa* – 20,2%; *Acinetobacter baumannii* – 13,9%.

В этиологии НИ в нашем стационаре, по данным микробиологического мониторинга за 2015–2016 гг., также закономерно доминируют грамотрицательные возбудители. Нозокомиальная пневмония, развившаяся у пациентов ОРИТ, в 61% случаев была вызвана грамотрицательными бактериями, среди них *Klebsiella pneumoniae* – 24%, *Pseudomonas aeruginosa* – 18%, *Acinetobacter baumannii* – 6%, *Stenotrophomonas maltophilia* – 5%. Среди грамположительных микроорганизмов преобладает *Staphylococcus aureus* – 15%. Штаммы *Klebsiella pneumoniae* в 85% случаев являются продуцентами бета-лактамаз расширенного спектра, что делает неэффективным использование цефалоспоринов 3–4-го поколения не только для терапии инфекций, вызванных данным возбудителем, но и для эмпирической антибактериальной терапии в отделениях реанимации в целом. Особую тревогу вызывает рост перекрестной резистентности энтеробактерий сразу к нескольким классам антибактериальных препаратов: цефалоспоринам, фторхинолонам, аминогликозидам. Еще три года назад в такой ситуации препаратами выбора были карбапенемы. А в настоящее время, в связи с нарастанием количества энтеробактерий, продуцирующих карбапенемазы, в частности рост резистентности *Klebsiella pneumoniae* к меропенему с 38 до 72% за последние два года, выбор эффективного препарата уже не так очевиден. Препараты, к которым сохраняется высокая (выше 80%) чувствительность энтеробактерий, в том числе *Klebsiella pneumoniae*, это полимиксин, тигециклин и фосфомицин, около 50% штаммов сохраняют чувствительность к амикацину. Неферментирующие энтеробактерии (*Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii*), выделенные от пациентов ОРИТ, согласно данным мониторинга по нашему стационару, обладают экстремальной резистентностью, чувствительны только к 1–2 антибиотикам. Это совпадает с данными других педиатрических стационаров, полученными в исследовании ЭРГИНИ. Интересен тот факт, что *Pseudomonas aeruginosa* более резистентна в отношении карбапенемов (69–72%), чем к антисинегнойным цефалоспоринам 3–4 поколения (39–42%). Вероятно, это связано со строгим административным контролем: сокращением использования антисинегнойных цефалоспоринов для эмпирической терапии в стационаре и применением их только при высеве чувствительной *Pseudomonas aeruginosa*. На сегодняшний день все выявленные штаммы *Pseudomonas aeruginosa* чувствительны к полимиксину. В отношении штаммов *Acinetobacter baumannii* также отмечается высокий рост резистентности к цефалоспоринам 3–4 поколения 77–88%, карбапенемам – 70%. Нечувствительность к цефоперазон/сульбактаму составляет 63%. Для преодоления резистентности *Acinetobacter baumannii* можно использовать комбинации максимальных дозировок цефоперазон/сульбактама в сочетании с полимиксином.

Кроме свойств возбудителей инфекций, которые мы учитываем при назначении терапии, важно понимать особенности фармакокинетики препарата: проникновение в ткани пораженного органа и создание адекватных концентраций, а также доказательную базу по применению препарата в детской практике и возрастные ограничения. Поэтому препараты, к которым сохраняется чувствительность микроорганизма, могут иметь ограничения к применению в клинической практике для лечения определенной нозологии. Например, препарат амикацин при внутривенном введении недостаточно хорошо проникает в легочную ткань и не создает высоких концентраций в очаге инфекции при пневмонии. В связи с высокой гидрофильностью распределяется в основ-

ном в сосудистом русле, его эффективность доказана при БЛРС-бактериемии и только в сочетании с препаратами других групп. Ингаляционное введение аминогликозидов, колистиметата натрия при нозокомиальной пневмонии способствует созданию высоких концентраций в очаге инфекции, однако в монотерапии эффективность препаратов, по данным клинических исследований, невысока. Поэтому практическое применение препаратов ограничено лечением муковисцидоза, нозокомиального ИВЛ–ассоциированного трахеобронхита. Тигециклин, к которому также сохраняется высокая чувствительность возбудителей, согласно инструкции, не показан при нозокомиальной пневмонии, вентилятор-ассоциированной пневмонии (ВАП), у детей младше 8 лет. Доказана эффективность для педиатрических пациентов при осложненных инфекциях кожи и мягких тканей, осложненных интраабдоминальных инфекциях. Препарат обладает бактериостатическим действием и при жизнеугрожающих инфекциях, вызванных чувствительными к нему возбудителями, рекомендован в режиме комбинированной терапии, например с карбапенемами. Среди значимых возбудителей природно неактивен в отношении *Pseudomonas aeruginosa*.

Главным преимуществом полимиксина В является сохранение активности *in vitro* в отношении экстремально резистентной *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii*; а также разрешение к применению в педиатрии с периода новорожденности. К недостаткам препарата относятся высокая нефро- и нейротоксичность, невысокие концентрации в крови при парентеральном введении, плохое проникновение через тканевые барьеры (практически не проходит через гематоэнцефалический барьер), низкие концентрации в желчи, плевральной и синовиальной жидкостях. Поэтому для достижения клинического эффекта лучше использовать препарат в комбинированной терапии с бета-лактамами. Таким образом, согласно современным рекомендациям, для достижения клинического эффекта в лечении НИ, вызванных полирезистентными грамотрицательными возбудителями, необходимо комбинировать несколько препаратов: карбапенемы, в том числе в максимальных дозировках и в виде продленных инфузий, полимиксин, фосфомицин, тигециклин.

Одним из подходов к оптимизации антибактериальной терапии является изучение фармакокинетических и фармакодинамических параметров (ФК/ФД) препаратов, которые помогают в выборе оптимального способа дозирования препарата. Существует два типа антимикробной активности: времязависимый и концентрационнозависимый. К времязависимым антибиотикам относятся бета-лактамы (пенициллины, цефалоспорины. карбапенемы), некоторые макролиды. Основным ФК/ФД параметром, определяющим клиническую и бактериологическую эффективность для этого типа препаратов, является время, в течение которого сывороточная концентрация антибиотика превышает МПК для данного возбудителя Т>МПК. Показатель Т>МПК зависит от вида возбудителя, локализации очага инфекции, особенностей препарата, однако обычно составляет 40–50% длительности интервала дозирования. Препараты данной группы характеризуются отсутствием постантибиотического эффекта. Поэтому для повышения эффективности времязависимых антибиотиков важно увеличивать кратность введения препарата, а не разовую дозу. Для карбапенемов (меропенем, дорипенем) доказано повышение эффективности в отношении *Pseudomonas aeruginosa* при назначении препаратов в виде продленных инфузий. При использовании концентрационнозависимых антибиотиков основной целью является создание максимально возможной концентрации в очаге инфекции. Препараты обладают выраженным постантибиотическим эффектом и сохраняют активность даже после снижения концентрации ниже МПК. К концентрационнозависимым препаратам относятся аминогликозиды, ванкомицин, азитромицин, фторхинолоны.

Основным ФК/ФД параметром, определяющими эффективность препаратов данной группы, является соотношение между максимальной сывороточной концентрацией препарата и МПК. Таким образом, для эффективности препаратов данной группы важно увеличивать разовую дозу. Поэтому амикацин рекомендован к применению однократно в сутки в максимальной дозировке (исключение – инфекционный эндокардит, период новорожденности), такой режим способствует не только повышению эффективности, но и снижается нефротоксичность, которая, в свою очередь, зависит от времени экспозиции препарата в почечной ткани.

Не теряет своей актуальности вопрос о целесообразности применения комбинированной антибактериальной терапии. Доказательных данных о преимуществе комбинированной терапии по сравнению с монотерапией не получено, за исключением тяжелых жизнеугрожающих инфекций и выделения панрезистентных штаммов микроорганизмов. Однако часто в рутинной практике назначаются комбинации препаратов, применение которых нерационально. Например, метронидазол с карбапенемами и ингибиторзащищенными пенициллинами, цефалоспоринами. Вышеуказанные препараты обладают анаэробным спектром, поэтому добавление метронидазола нецелесообразно. Сочетание аминогликозидов с бета-лактамими, рутинное добавление антифунгальных препаратов при проведении антибиотикотерапии также не способствуют повышению эффективности терапии. Необоснованное назначение дополнительных препаратов не только не полезно, но и вредно, так как ведет к увеличению лекарственных взаимодействий, повышению токсичности и снижению эффективности лекарственной терапии.

В заключение следует отметить, что для оптимизации антибактериальной терапии нозокомиальных и тяжелых внебольничных инфекций в педиатрическом стационаре являются важными создание ограничительного формулярного списка, административный контроль за назначением антибиотиков из группы резерва, проведение локального микробиологического мониторинга и создание рекомендаций по ведению больных с различными нозологиями на основе локальных данных резистентности.

Бепантен® Мазь в лечении пеленочного дерматита, трещин сосков в период кормления

Пеленочный дерматит – это изменение кожи, сопровождающееся покраснением, раздражением и болезненностью кожи младенцев в области ношения памперсов.

Более 70% родителей сталкиваются с данными проявлениями в течение первого года жизни своего ребенка. Частота пеленочного дерматита, по различным данным, колеблется от 30 до 70%. Чаще всего пеленочный дерматит развивается у детей раннего возраста. При этом значительно чаще страдают данным заболеванием девочки, а также дети, страдающие атоническим или себорейным дерматитом. Нередко развитию пеленочного дерматита способствует появление жидкого стула у ребенка.

При назначении лекарственных средств для наружной терапии у детей необходимо учитывать следующие требования: безопасность и эффективность, отсутствие побочных эффектов, возможность длительного использования, а также удобство эксплуатации – отсутствие неприятного запаха и ощущения жирности на коже.

Например, в педиатрической практике широко применяются средства линейки Бепантен.

Бепантен® мазь – это универсальное средство для малыша и мамы. Бепантен® Мазь – это проверенное средство для лечения пеленочного дерматита у детей и болезненных трещин сосков у мамы. Высокая безопасность и эффективность препарата подтверждены в более чем 100 клинических исследован. При подборе средства для нежной кожи малыша важно особо тщательно обращать внимание на его состав. Активным веществом этих средств является декспантенол (синтетический провитамин пантотеновой кислоты B_5),

который способствует профилактике развития или скорейшему заживлению уже образовавшихся микротрещин. Провитамин декспантенол, входящий в состав препарата, быстро превращается в клетках кожи в пантотеновую кислоту, оказывая лечебное влияние, усиливая метаболическую активность дерматоцитов и стимулируя процессы регенерации. А ланолин, входящий в состав Бепантена, создает надежный защитный слой, позволяя коже дышать, формирует защитный барьер от внешних раздражителей (моча, фекалии и др.). Это единственный компонент, одобренный FDA (США) для ухода за грудью во время лактации. За счет содержания ланолина Бепантен® Мазь долго остается на поверхности кожи, обеспечивая длительное поступление Провитамина B_5.

Бепантен – это единственное[1] лекарственное средство с декспантенолом без консервантов, в то время как другие декспантенолсодержащие мази обычно содержат синтетические консерванты. Бепантен® Мазь гипоаллергенна, не содержит отдушек и красителей, что особенно важно в первый год жизни малыша и его мамы.

Бепантен® Мазь следует наносить при появлении первых признаков опрелостей на поврежденный или воспаленный участок кожи (1–2 раза в день). Во время ухода за кожей сосков Бепантен® Мазь следует наносить после каждого кормления. Мазь легко наносится и не требует смывания перед кормлением.

Пеленочный дерматит – одно из самых частых поражений кожи у детей раннего возраста. Если своевременно не обратить на это должное внимание, воспалительные изменения в области промежности причиняют боль малышу и могут стать источником серьезных осложнений. Правильный уход за кожей ребенка, частая смена подгузников и использование современных средств по уходу за кожей на основе декспантенола позволяют предотвратить развитие пеленочного дерматита.

[1] Розанов А.В. Применение Бепантена для профилактики и лечения заболеваний кожи у новорожденных и грудных детей. РМЖ.

Болезнь не может приспосабливаться к знаниям врача.
Парацельс

Медицина слагается из науки и искусства, а над ними простирается покров героизма.
Г. Глязер

Атипичные симптомы частых болезней бывают чаще, чем типичные симптомы редких.
Доктор Хаус

Глубокоуважаемые коллеги!

Я счастлив, что снова имею честь пригласить вас принять участие уже в III Московском городском съезде педиатров «Трудный диагноз в педиатрии. Мультидисциплинарный подход. От простого к сложному», который состоится с 4 по 6 октября 2017 г. при поддержке Правительства и Департамента здравоохранения города Москвы по адресу: ул. Новый Арбат, 36 (здание Правительства Москвы).

В 2015 и 2016 г. успешно проведены I и II Московские городские съезды педиатров. Мы сделали наш съезд основным московским ежегодным городским научно-практическим мероприятием, отражающим не только самое новое и значимое в педиатрии, но и площадкой для проведения дискуссий и мастер-классов с широким обсуждением практически всех аспектов многопрофильной педиатрической помощи не только в Москве и России, но и в мировой практической медицине.

III Московский городской съезд педиатров «Трудный диагноз в педиатрии. Мультидисциплинарный подход. От простого к сложному» 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 – основа 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, развития медицинской логики и навыков дифференциальной диагностики заболеваний, социально-правовых аспектов оказания многопрофильной медицинской помощи – всего того, что можно объединить словосочетанием «трудный диагноз» в педиатрии, который требует 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 – высокую профессиональную образованность и неравнодушие медицинского персонала, применения его научно-практического опыта и клинического мышления в ежедневной амбулаторной и стационарной медицинской педиатрической практике.

В рамках III Московского городского съезда педиатров «Трудный диагноз в педиатрии. Мультидисциплинарный подход. От простого к сложному», так же как в 2016 г., планируется проведение Конкурса молодых ученых имени А.В. Мазурина, очередные ежегодные городские конференции по лечению цереброваскулярной патологии (детского инсульта), каншинские чтения, посвященные актуальным проблемам детской гастроэнтерологии, абдоминальной хирургии и колопроктологии, научно-практическая конференция «Эндокринные аспекты в педиатрии» и другие значимые московские конференции, ранее проводимые как отдельные мероприятия.

Спасибо всем, кто снова не останется равнодушным или впервые примет участие в работе III Московского городского съезда педиатров «Трудный диагноз в педиатрии. Мультидисциплинарный подход. От простого к сложному».

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»,
д.м.н., профессор,
заслуженный врач РФ ***И.Е. Колтунов***

Основные направления научной программы

- Специализированное питание для пациентов с острыми и хроническими заболеваниями.
- 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 практики.
- 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. Выделение 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.
- Социально-правовые аспекты оказания многопрофильной медицинской помощи детям и подросткам с рождения до 18 лет.
- Другие актуальные вопросы современной педиатрии в рамках дифференциальной диагностики, мультидисциплинарного подхода к обследованию и лечению детей.

Охват иммунизацией.
Информационный бюллетень ВОЗ 2017 г

По оценкам, иммунизация позволяет ежегодно предотвращать от 2 до 3 млн случаев смерти от дифтерии, столбняка, коклюша и кори. Однако при улучшении глобального охвата иммунизацией можно было бы предотвращать еще 1,5 млн случаев смерти. На протяжении последних лет глобальный охват вакцинацией – доля детей в мире, получающих рекомендуемые вакцины, держится на одном уровне.

В 2015 г. около 86% (116 млн) детей грудного возраста в мире получили три дозы вакцины КДСЗ, защитившие их от инфекционных заболеваний, которые могут причинять большие страдания, приводить к инвалидности или смерти. К 2015 г. в 126 странах был обеспечен по меньшей мере 90-процентный охват КДСЗ.

ОХВАТ ИММУНИЗАЦИЕЙ В МИРЕ, 2015 ГОД

Бактерия *Haemophilus influenza* типа b (Hib) вызывает менингит и пневмонию. К концу 2015 г. вакцина против Hib была введена в 191 стране. Глобальный охват тремя дозами этой вакцины оценивается на уровне 52%. Уровни охвата в регионах варьируются в больших пределах. В Америке охват оценивается на уровне 90%, в то время как в регионах для стран Западной части Тихого океана и Юго-Восточной Азии он составляет лишь 25% и 56% соответственно.

Гепатит В является вирусной инфекцией, поражающей печень. К концу 2015 г. вакцина против гепатита В для детей грудного возраста была введена на общенациональном уровне в 185 странах. Глобальный охват тремя дозами вакцины против гепатита В оценивается на уровне 83%, а в регионе для стран Западной части Тихого океана достигает 90%. Кроме того, в 96 странах введена иммунизация новорожденных одной дозой вакцины против гепатита В в течение первых 24 ч жизни, и глобальный охват составляет 39%.

Вирус папилломы человека – самая распространенная вирусная инфекция половых путей, может вызывать рак шейки матки и другие типы рака, а также остроконечные кондиломы у мужчин и женщин. К концу 2015 г. вакцина против вируса папилломы человека была введена в 66 странах.

Корь является высокоинфекционной болезнью, вызываемой вирусом, которая обычно сопровождается высокой температурой и сыпью и может приводить к слепоте, энцефалиту и смерти. К концу 2015 г. 85% детей получили 1 дозу противокоревой вакцины до своего второго дня рождения, 160 стран включили вторую дозу в качестве составной части в программы регулярной иммунизации и 61% детей получили 2 дозы противокоревой вакцины в рамках национальных программ иммунизации.

Менингит А – это инфекция, которая может вызывать тяжелые поражения мозга и часто приводит к смерти. К концу 2015 г., через 5 лет после введения вакцины MenAfriVac, разработанной ВОЗ и ПНТЗ, 235 млн человек из Африканских стран, охваченных этой болезнью, прошли вакцинацию.

Свинка (инфекционный паротит) вызывает высокоинфекционный вирус, который приводит к болезненному опуханию околоушных желез, высокой температуре, головной боли и мышечным болям. Этот вирус может приводить к развитию вирусного менингита. К концу 2015 г. вакцина против свинки была введена на общенациональном уровне в 121 стране.

Пневмококковые инфекции включают пневмонию, менингит и фебрильную бактериемию, а также средний отит, синусит и бронхит. К концу 2015 г. пневмококковая вакцина была введена в 129 странах, и охват иммунизацией достиг 37%.

Полиомиелит является высокоинфекционной вирусной болезнью, которая может приводить к необратимому параличу. В 2015 г. 86% детей грудного возраста в мире получили три дозы полиовакцины. Передача полиомиелита, намеченного для глобальной ликвидации, остановлена во всех странах, кроме двух – Афганистана и Пакистана. В свободных от полиомиелита странах происходят случаи ввоза вируса, и все страны, особенно страны, переживающие конфликты и нестабильность, будут подвергаться риску до тех пор, пока полиомиелит не будет полностью ликвидирован.

Ротавирусы являются самой распространенной причиной тяжелых диарейных заболеваний среди детей раннего возраста во всем мире. К концу 2015 г. ротавирусная вакцина была введена в 84 странах, и охват этой вакциной достиг 23%.

Краснуха является вирусной болезнью, протекающей обычно в легкой форме у детей, но инфекция на ранних сроках беременности может приводить к смерти плода или синдрому врожденной краснухи, который может приводить к поражениям мозга, сердца, глаз и ушей. К концу 2015 г. вакцина против краснухи была введена на общенациональном уровне в 147 странах, и охват этой вакциной достиг 46%.

Столбняк вызывают бактерии, размножающиеся при отсутствии кислорода, например, в грязных ранах или в плохо обрабатываемой пуповине. Бактерии вырабатывают токсин, который может приводить к серьезным последствиям и смерти. К концу 2015 г. вакцина, предотвращающая столбняк матерей и новорожденных, была введена в 106 странах. В результате иммунизации было защищено, по оценкам, 83% новорожденных детей. Столбняк матерей и новорожденных остается проблемой общественного здравоохранения в 19 странах, преимущественно в Африке и Азии.

Желтая лихорадка – это острое вирусное геморрагическое заболевание, передаваемое инфицированными комарами. По состоянию на 2015 г. вакцина против желтой лихорадки была включена в программы регулярной иммунизации детей в 35 из 42 стран и территорий, подвергающихся риску желтой лихорадки в Африке и Америке.

Основные факты

- Иммунизация позволяет предотвращать страдания, инвалидность и смерть от болезней, предотвратимых с помощью вакцин, включая рак шейки матки, дифтерию, гепатит В, корь, коклюш, пневмонию, полиомиелит, ротавирусную диарею, краснуху и столбняк.
- Глобальный уровень охвата вакцинацией держится на стабильном уровне.
- Уровни использования новых и недостаточно широко применяемых вакцин возрастают.
- В настоящее время иммунизация позволяет предотвращать предположительно от 2 до 3 млн случаев смерти в год. Еще 1,5 млн случаев смерти можно было бы предотвращать путем улучшения глобального охвата иммунизацией.
- По оценкам, 19,4 млн детей грудного возраста в мире все еще не получают основных вакцин.

ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ

В прошлом году Стратегическая консультативная группа экспертов (СКГЭ) определила 5 факторов для достижения результатов в обеспечении охвата иммунизацией:

- качество и использование данных;
- участие местных сообществ;
- улучшенный доступ к службам иммунизации для маргинализованных и перемещенных групп населения;
- прочные системы здравоохранения;
- доступ к вакцинам везде и всегда.

По оценкам, в 2015 г. в глобальных масштабах 19,4 млн детей грудного возраста не были охвачены такими услугами регулярной иммунизации, как вакцина КДСЗ. Более 60% этих детей живут в 10 странах: Анголе, Демократической Республике Конго, Индии, Индонезии, Ираке, Нигерии, Пакистане, Украине, Филиппинах и Эфиопии.

Мониторинг данных на субнациональном уровне имеет решающее значение для содействия стратам в установлении приоритетности и адаптации стратегий и оперативных планов для заполнения пробелов в области иммунизации и охвата всех людей жизненно необходимыми вакцинами.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ВОЗ

ВОЗ работает со странами и партнерами над улучшением глобального охвата вакцинацией, в том числе путем проведения инициатив, принятых на Всемирной ассамблее здравоохранения в мае 2012 г.

ГЛОБАЛЬНЫЙ ПЛАН ДЕЙСТВИЙ В ОТНОШЕНИИ ВАКЦИН

Глобальный план действий в отношении вакцин (ГПДВ) является дорожной картой для предотвращения миллионов случаев смерти путем обеспечения более справедливого доступа к вакцинам. Целью стран является обеспечение к 2020 г. охвата вакцинацией на уровне ≥90% в масштабах всей страны и ≥80% в каждом районе. В то время как ГПДВ должен способствовать ускорению борьбы со всеми болезнями, предотвратимыми с помощью вакцин, первым рубежом является ликвидация полиомиелита. Целью плана является также содействие в проведении научных исследований и разработок следующего поколения вакцин.

План был разработан многочисленными заинтересованными сторонами – учреждениями ООН, правительствами, глобальными организациями, партнерами в области развития, специалистами здравоохранения, учеными, производителями и гражданским обществом. ВОЗ прилагает усилия для поддержки регионов и стран в адаптации ГПДВ для осуществления. В апреле 2015 г. ВОЗ предупредила о том, что темпы продвижения к 5 из 6 целей ГПДВ недостаточны, и что достаточный прогресс наблюдается лишь на пути к одной цели – внедрение недостаточно широко применяемых вакцин. Этот вывод был основан на докладе о независимой оценке, проведенной Стратегической консультативной группой экспертов (СКГЭ) по иммунизации.

ГПДВ рекомендует 3 основных шага для заполнения пробелов в области иммунизации:

- объединить иммунизацию с другими службами здравоохранения, такими как послеродовая помощь матерям и новорожденным;
- укрепить системы здравоохранения, чтобы они могли проводить вакцинацию даже во время кризисов; и
- обеспечить доступ к вакцинам и их приемлемость по стоимости для всех людей.

ВСЕМИРНАЯ НЕДЕЛЯ ИММУНИЗАЦИИ

Ежегодно в последнюю неделю апреля ВОЗ и партнеры проводят Всемирную неделю иммунизации. Ее целью является ускорение действий по повышению осведомленности и спроса на иммунизацию и улучшению служб по доставке вакцин с тем, чтобы везде можно было бы обеспечить защиту людей от смертельных болезней.

В 2016 г. кампания проводилась под глобальным лозунгом «Заполним пробелы в области иммунизации» и была сфокусирована на иммунизации для всех людей на протяжении жизни. Более 180 стран провели различные мероприятия, такие как кампании иммунизации, семинары, круглые столы и кампании по информированию общественности.

Источник: Всемирная организация здравоохранения

Неполноценное питание

Неполноценное питание во всех его проявлениях включает недостаточное питание (истощение, задержка роста и пониженная масса тела), недостаток витаминов или минералов, наличие избыточного веса, ожирение и обусловленные питанием неинфекционные заболевания.

ВВЕДЕНИЕ

Неполноценное питание означает недостаточное, избыточное или несбалансированное поступление в организм калорий и/или питательных веществ. Понятие «неполноценное питание» охватывает 3 обширных группы состояний:

• недостаточное питание, что включает истощение (низкая масса тела для данного роста), задержку роста (низкий рост для данного возраста) и пониженную массу тела (низкая масса тела для данного возраста);

• несбалансированное поступление микроэлементов, что включает недостаток микроэлементов (отсутствие важных витаминов и минералов) или избыток микроэлементов;

• избыточный вес, ожирение и обусловленные питанием неинфекционные заболевания (например, болезни сердца, инсульт, диабет и некоторые виды рака).

РАЗЛИЧНЫЕ ФОРМЫ НЕПОЛНОЦЕННОГО ПИТАНИЯ

Недостаточное питание

Существует 4 формы недостаточного питания: истощение, задержка роста, пониженная масса тела и недостаток витаминов и минералов. В частности, вследствие недостаточного питания дети становятся более уязвимыми к болезням и чаще умирают.

Низкий вес для данного роста означает истощение. Обычно это указывает на имевшую недавно место сильную потерю веса по причине отсутствия у человека достаточного количества пищи и/или в результате инфекционного заболевания, например диареи, вызвавшего потерю веса. У маленького ребенка с истощением умеренной или сильной степени тяжести увеличивается риск смерти, однако лечение возможно.

Низкий рост для данного возраста означает задержку роста. Это вызвано хроническим или периодическим недостаточным питанием, как правило, в связи с плохими социально-экономическими условиями, слабым здоровьем и плохим питанием матери, частыми болезнями и/или ненадлежащим питанием ребенка и уходом за ним в грудном и раннем возрасте. Задержка роста не позволяет детям в полной мере достигнуть своего физического и умственного потенциала.

Если у детей низкий вес для своего возраста, то считается, что они имеют пониженную массу тела. Ребенок с пониженной массой тела может страдать от задержки роста, истощения или одновременно от того и от другого.

Несбалансированное поступление микроэлементов

Несбалансированное поступление витаминов и минералов, которые часто называют микроэлементами, также можно объединить в одну группу. Микроэлементы позволяют организму вырабатывать ферменты, гормоны и прочие вещества, необходимые для правильного роста и развития.

С точки зрения здоровья мирового населения важнейшими элементами являются йод, витамин А и железо; их недостаток создает существенную угрозу для здоровья и развития мирового населения, в частности детей и беременных женщин в странах с низким уровнем доходов.

КТО ВХОДИТ В ГРУППУ РИСКА?

В каждой стране мира наблюдается одна или несколько форм неполноценного питания. Борьба с неполноценным питанием во всех его проявлениях — одна из важнейших глобальных задач в сфере здравоохранения. Наиболее высок риск неполноценного питания среди женщин, младенцев, детей и подростков. Оптимизация питания на раннем этапе жизни, в том числе в течение 1000 дней с момента зачатия до второго дня рождения ребенка, обеспечивает оптимальные условия для раннего развития и приносит пользу в долгосрочной перспективе.

Бедность увеличивает риск неполноценного питания и сопутствующих заболеваний. Различные виды неполноценного питания чаще характерны для малоимущих слоев населения. Кроме того, неполноценное питание увеличивает расходы на здравоохранение, снижает производительность и замедляет экономический рост, из-за чего бедность и плохое состояние здоровья могут приобрести постоянный характер.

Основные факты

- От избыточного веса или ожирения страдают 1,9 млрд взрослых, при этом у 462 млн человек наблюдается пониженная масса тела.
- 52 млн детей в возрасте до 5 лет страдают от истощения, причем 17 млн – от тяжелой формы истощения; у 155 млн наблюдается задержка развития, а от избыточного веса или ожирения страдают 41 млн.
- Примерно 45% случаев смерти детей в возрасте до 5 лет связаны с недостаточным питанием. Такая картина наблюдается в основном в странах с низким и средним уровнем доходов.
- Экономические, социальные и медицинские последствия глобального бремени неполноценного питания носят долгосрочный характер, как для отдельных индивидов, так и для сообществ и стран в целом.

Избыточный вес и ожирение

Избыточный вес и ожирение означают, что у человека слишком большая масса тела для своего роста. Повышенные или чрезмерные жировые отложения могут вредить здоровью.

Индекс массы тела (ИМТ) — показатель отношения веса к росту, повсеместно используемый для определения наличия избыточного веса или ожирения. Он рассчитывается как масса тела человека в килограммах, разделенная на его/ее рост в метрах в квадрате (кг/м^2). У взрослых значение ИМТ 25 или более указывает на избыточный вес, а ИМТ 30 или более — на ожирение.

Избыточный вес и ожирение вызваны нарушением баланса между поступающей энергией и энергозатратами. Во всем мире люди употребляют высокоэнергетические продукты и напитки, при этом уровень физической активности снижается.

Обусловленные питанием неинфекционные заболевания

К обусловленным питанием неинфекционным заболеваниям (НИЗ) относятся сердечно-сосудистые заболевания, некоторые виды рака и диабет. Во всем мире нездоровое и неполноценное питание входит в число основных факторов риска по этим заболеваниям.

МАСШТАБ ПРОБЛЕМЫ

В 2014 г. в мире примерно 462 млн взрослых страдали от пониженной массы тела, при этом избыточный вес и ожирение наблюдались у 1,9 млрд.

По оценкам, в 2016 г. у 155 млн детей в возрасте до 5 лет отмечалась задержка роста, при этом 41 млн детей имели избыточный вес или страдали ожирением.

Примерно 45% смертей среди детей в возрасте до 5 лет связаны с недостаточным питанием. Такая картина наблюдается в основном в странах с низким и средним уровнем доходов. Вместе с этим в этих странах растет доля детей с избыточным весом и ожирением.

ДЕСЯТИЛЕТИЕ ДЕЙСТВИЙ В ОБЛАСТИ ПИТАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ

1 апреля 2016 г. Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций (ООН) объявила 2016–2025 гг. десятилетием действий в области питания Организации Объединенных Наций. Десятилетие – беспрецедентная возможность для борьбы со всеми формами неполноценного питания. Оно устанавливает конкретный срок выполнения принятых на Второй Международной конференции по вопросам питания (ICN2) обязательств по достижению ряда глобальных целей в области питания и целей в области обусловленных питанием НИЗ к 2025 г., а также соответствующих целей Повестки дня в области развития на период до 2030 г., в частности цели 2 в области устойчивого развития (ЦУР) (ликвидация голода, улучшение питания и содействие устойчивому развитию сельского хозяйства) и ЦУР 3 (обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте).

В рамках Десятилетия действий в области питания ООН предусмотрено принятие под руководством ВОЗ и Продовольственной и сельскохозяйственной организаций Объединенных Наций (ФАО) стратегических мер по следующим основным направлениям:

• формирование устойчивых и невосприимчивых к внешним воздействиям продовольственных систем, способствующих оздоровлению рациона питания;

• обеспечение социальной защиты и просвещения по вопросам питания для всех;

• координация деятельности систем здравоохранения с учетом потребностей в области питания и обеспечение всеобщего охвата важнейшими мероприятиями в области питания;

• обеспечение того, чтобы торговля и инвестиции способствовали улучшению питания;

• создание безопасных и благоприятных условий для обеспечения питания в любом возрасте;

•повсеместное укрепление механизмов управления и подчетности в области питания

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ВОЗ

ВОЗ стремится избавить мир от всех форм неполноценного питания и обеспечить здоровье и благополучие для всех. В соответствии со стратегией по питанию на 2016–2025 гг. ВОЗ работает с государствами-членами и партнерами над обеспечением всеобщего охвата эффективными мерами вмешательства в области питания в рамках устойчивых и невосприимчивых к внешним воздействиям продовольственных систем.

ВОЗ использует свои возможности для мобилизации заинтересованных сторон, чтобы помочь в установлении, согласовании и продвижении приоритетов и стратегий, способствующих выдвижению вопросов питания на передний план на глобальном уровне; разрабатывает рекомендации на основе достоверных научных данных и соответствующих этических принципов; оказывает поддержку в принятии руководящих указаний и осуществлении эффективных мер в области питания; а также контролирует и оценивает осуществление политики, программ и конечные результаты в области питания.Эта деятельность закреплена во Всео-бъемлющем плане осуществления деятельности в области питания матерей и детей грудного и раннего возраста, принятом государствами-членами посредством резолюции Всемирной ассамблеи здравоохранения в 2012 г. Принятие мер по искоренению неполноценного питания также крайне важно для достижения связанных с питанием целей, предусмотренных Глобальным планом действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013–2020 гг., Глобальной стратегией охраны здоровья женщин, детей и подростков на 2016–2030 гг. и Повесткой дня в области устойчивого развития на период до 2030 г.

Источник: Всемирная организация здравоохранения

Осень: время ОРЗ – время фенспирида

Наступает осень, и российские педиатры снова вспоминают о том, что эффективность противоинфекционной защиты дыхательных путей у детей гораздо ниже, чем у взрослых. Помочь устранению клинических симптомов помогает противовоспалительная терапия, в которой наряду с другими препаратами применяется фенспирид. Об эффективности его использования рассказывает доктор медицинских наук, профессор, врач-педиатр Ольга Игоревна СИМОНОВА.

Беседовала Людмила Боева, фото Игоря Чунусова

– Ольга Игоревна, давайте начнем со статистики: какова сегодня доля респираторных проблем (прежде всего бронхита) в структуре острых детских заболеваний?

– Респираторные заболевания у детей в настоящий момент сохраняют свою актуальность: на сто тысяч детского населения фиксируется пятьдесят тысяч случаев ОРВИ. При этом болезни органов дыхания в структуре детской общей заболеваемости продолжают занимать первое место и встречаются в 75% случаев. Медицинская практика во всем мире подтверждает, что каждый ребенок переносит в год до шести–восьми острых респираторных эпизодов. А обструктивный бронхит обязательно бывает хотя бы один раз в жизни у каждого ребенка в возрасте до трех лет и у 50% детей в дошкольном возрасте.

– Какие группы препаратов показаны при заболеваниях дыхательных путей?

– Самым первым, ярким и частым симптомом при ОРВИ у детей является кашель. Это защитный природный рефлекс, и в данной ситуации он обеспечивает очищение дыхательных путей от мокроты, инфицированной вирусами, а иногда и бактериями. Поэтому противокашлевые препараты в данный момент категорически запрещены. А вот чтобы очищение респираторного тракта было более эффективным, необходимо сделать мокроту более жидкой и менее вязкой, применив так называемые муколитики. Но серьезной и частой врачебной ошибкой является одновременное назначение противокашлевых препаратов, которые блокируют кашлевой рефлекс, и муколитиков. Так возникает один из мифов о «заболачивании легких». Чтобы избежать этого, нельзя с одной стороны разжижать мокроту и одновременно блокировать механизм ее эвакуации.В самом начале заболевания необходимо также восстановить работу мукоцилиарного клиренса, который нарушается в момент респираторного эпизода, усугубляя патологические процессы воспаления на слизистой оболочке дыхательных путей и дополнительно снижая местную иммунную защиту. Для устранения этих проблем применяются как раз так называемые препараты, влияющие на кашель: отхаркивающие, муко- и секретолитики. В особых случаях, когда есть конкретные показания, врач может применить антибиотики. Если острый бронхит у ребенка сопровождается бронхоспазмом, то применяются бронхолитические препараты. При этом обязательно проводится активная кинезитерапия – специальная дыхательная гимнастика. Кроме того, обсуждается и вопрос о симптоматической терапии. Однако это общая схема лечения.

Но в каждом конкретном случае врач принимает индивидуальное решение, исходя из собственного опыта, согласно рекомендациям и особенностям заболевания и учитывая другие моменты. А для педиатра это вдвойне трудная задача, так как у детей есть анатомо-физиологические особенности, которые всегда надо учитывать. Во-первых, у детей полноценный кашлевой рефлекс формируется только к шести годам. Во-вторых, обструкция носит практически всегда генерализованный характер: на периферии – в мелких бронхах и в центральной части – в крупных бронхах. В-третьих, размеры дыхательных путей у детей короткие и узкие. В-четвертых, всегда играют роль генетические факторы и иммунологические особенности детского возраста. И, наконец, в-пятых, неполный ответ после ингаляции бронхолитика. Поэтому процессы воспаления на слизистой развиваются у детей довольно быстро.

В таком случае целесообразно применить противовоспалительные препараты, которые быстро купируют эти процессы. Но антигистаминные, глюкокортикоиды и нестероидные противовоспалительные средства здесь не уместны. А вот фенспирид (препарат, который не относится к этим группам и обладает комплексным противовоспалительным и бронхолитическим эффектом) как раз может быть использован в данной клинической ситуации. Он способен действовать на все стадии воспалительного процесса.

Обычно проявления ОРЗ не требуют назначения антибактериальных препаратов, поэтому для облегчения симптомов часто используются «домашние» средства. Но их действие кратковременно, а применение у детей раннего возраста ограниченно.

– Фенспирид показан только детям с атопией или его можно рекомендовать при первых симптомах острых респираторных инфекций?

– Фенспирид можно применять детям при первых симптомах острой инфекции, в том числе у детей с отягощенным аллергоанамнезом, которые имеют проявления аллергии. Фенспирид обладает H_1-антигистаминным действием, а также блокирует α_1-рецепторы, расположенные в слизистой респираторного тракта, уменьшая секрецию бронхиальных желез.

– Фенспирид принимается при сухом или влажном кашле?

– Кашель – это клинический симптом, который показывает нам, что воспаление на слизистой дыхательных путей уже началось и надо принимать меры. Он может быть «сухим» по характеру, когда мокроты еще мало, в самом начале воспаления, и «влажным», когда инфицированного секрета скапливается много, обычно к третьему–четвертому дню инфекции. При «сухом» кашле действует свойство фенспирида, направленное на смягчение кашлевого рефлекса без воздействия на кашлевой центр, что очень важно. Фенспирид успешно устраняет оба вида кашля, и его лучше использовать в начале заболевания прежде всего с противовоспалительной целью.

– Может фенспирид влиять на сроки выздоровления?

– Исследования наших коллег показали, что фенспирид способствует более быстрому выздоровлению ребенка при ОРВИ: сроки болезни укорачиваются на фоне монотерапии фенспиридом в среднем на три дня. Это особенно важно для ребенка, когда каждый день хорошего самочувствия бесценен. Можно сказать, что он обеспечивает максимальный лечебный эффект при минимальной терапии.

–Ольга Игоревна, и еще один вопрос: в каких случаях необходимо назначение Эпистата в таблетках, а в каких – в сиропе?

–Эпистат в виде таблеток можно использовать только у взрослых и у подростков с восемнадцати лет. Для детей с 2-летнего возраста выпускается Эпистат в форме сиропа. Поэтому задача педиатра в этом плане несколько упрощается: следует назначать препарат детям в виде сиропа, используя традиционный в педиатрической практике расчет суточной дозы: 4 мг действующего вещества на 1 кг массы тела ребенка, разделив эту дозу на 2–3 приема в день. Суточную дозу сиропа в миллилитрах также удобно рассчитать, умножив массу тела ребенка (кг) на 2 мл. Эпистат сироп поставляется со специальным мерным стаканчиком с градуировкой от 2,5 до 20 мл, что позволяет точно дозировать лекарственное средство. Препарат Эпистат зарегистрирован в 2015 г. в Российской Федерации (фенспирид компании «Гедеон Рихтер»). Под контролем лечащего врача-педиатра, строго соблюдая инструкцию к препарату, можно использовать Эпистат (фенспирид), чтобы ускорить выздоровление своего ребенка.

За зрение ребенка отвечают взрослые

Здоровые глаза у ребенка при современных нагрузках и образе жизни – задача непростая. Но хорошее зрение – обязательное условие для полноценной жизни детей. К сожалению, в РФ более 1 000 000 детей страдают самыми разными заболеваниями глаз, и число детей с патологией зрительной системы растет. О необходимых мерах и возможностях улучшить зрение детей медицинский обозреватель Ирина Власова расспросила заведующего отделением офтальмологии Морозовской больницы, к.м.н. Леонида Борисовича КОНОНОВА и руководителя консультационного центра Морозовской больницы, врача высшей категории, к.м.н., доцента кафедры офтальмологии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования Александра Рафаэловича ТУМАСЯНА.

Леонид Кононов

Александр Тумасян

И.В.: Офтальмологи констатируют, что за последние 10–15 лет значительно возросло число детей с патологией зрительной системы. Какова сейчас статистика глазных заболеваний у детей в РФ и Москве?

Л.К.: В 2016 г. было пролечено в Москве 693 462 ребенка. Это на 100 тыс. человек меньше, чем в 2015 г. Мы объясняем эту статистику в основном современными миграционными потоками. Многие молодые семьи с детьми переезжают в города-сателлиты столицы. Там доступнее жилье, потому происходит отток подвижного населения до 35 лет, кроме того, работают стационары областных, федеральных клиник, коммерческие медицинские центры, которых немало. Но по количеству проведенных операций в Москве есть динамика, их стало больше. По показателям чаще всего к офтальмологам обращаются дети по поводу патологии рефракции. Это влияние цивилизации, на зрение детей влияют различные нагрузки от компьютеров, смартфонов, телефонов, а органы зрения не были даны нам для многочасового смотрения на мониторы, происходит миопизация глаз, вдаль дети стали хуже видеть. В странах ЕС показатель до -3 диоптрий уже не считают патологией… В Москве врачи оказывают 1 800 000 медицинских услуг по ОМС, из них 26 тыс. услуг по причинам аномалий рефракции. На втором месте инфекционные причины; конъюнктивиты: и вирусные, и бактериальные…

И.В.: Александр Рафаэлович, а с какими проблемами в консультационный центр Морозовской больницы детей приводят или врачи из поликлиник присылают чаще всего?

А.Т.: Вот как раз к нам и приводят детей с аномалиями рефракции (миопией и гиперметропией). Это примерно половина обращений, воспаления придаточного аппарата глаза (конъюнктивиты, халязионы и др.) – еще 15–20%. Часто встречаемся с такими нарушениями зрения, как косоглазие, астигматизм, амблиопия. Всего в год к нам обращаются за помощью и приходят на консультации 20 тыс. человек. Только по поводу ретинопатии недоношенных детей мы принимаем до 1000 детей. Работают в центре 12 врачей.

И.В.: Это только дети из г. Москвы или областные тоже?

А.Т.: У нас нет никаких прикрепленных районных поликлиник, мы принимаем всех детей от 0 до 18 лет.

И.В.: А как часто нужно показывать ребенка офтальмологу?

А.Т.: Детей надо показывать офтальмологу с 2–3 месяцев, так как у них может быть врожденная патология глаза, при приобретенных заболеваниях обычно нужно показывать ребенка офтальмологу не реже чем 1 раз в год. Дело в том, что наш консультативный центр – медицинская помощь 3 уровня, есть еще районные и окружные амбулаторные центры г. Москвы, но на местах не всегда могут справиться со особо сложными случаями, может не быть соответствующих оборудования и специалиста нужной квалификации.

И.В.: Приходится ли иметь дело с сочетанной патологией?

А.Т.: Да, и довольно часто, мы обращаем на это внимание офтальмологов, неврологическая патология часто сопровождается и офтальмологической. Встречается она и при сахарном диабете, ревматоидных артритах, обменных нарушениях, инфекционных заболеваниях

И.В.: Что сегодня положительно и что отрицательно влияет на зрение ребенка?

А.Т.: На зрение ребенка, по данным большинства исследователей, отрицательно влияют избыточная зрительная работа на близком расстоянии и несбалансированная диета (мало кальция, протеинов). И если мы не можем говорить о росте наследственной патологии, то приобретенная растет, и до 40% детей имеют к окончанию школы проблемы со зрением. Исследования на взрослых пациентах показывают, что через 40–45 мин появляется зрительная усталость глаза и астенопические жалобы, поэтому необходим перерыв в зрительной работе на компьютере, телефоне и другой технике. При начальных стадиях некоторых заболеваний детям могут помочь в кабинетах охраны зрения, есть методики профилактики и специальная аппаратура. Но не всегда можно добиться 100% решения проблемы, хотя в 70% случаев это возможно.

И.В.: При каких заболеваниях глаз нельзя обойтись без хирургического вмешательства?

А.Т.: Как правило, не обойтись без хирургического вмешательства при тяжелых травмах глаза, катаракте, врожденной глаукоме, нередко при косоглазии. Все зависит от диагноза. Если у ребенка глаукома или катаракта, нельзя медлить совсем, срочно нужна операция. А в случае косоглазия может быть разная тактика. Иногда можно подобрать терапевтические методы лечения, специальные очки или контактные линзы, упражнения для глаз, которые разрабатываются индивидуально для ребенка, но в некоторых случаях потребуется хирургическая операция.

И.В.: Вы упомянули травмы. Их много? В каком возрасте они чаще происходят и по каким причинам?

Л.К.: В стационаре число травм значительное. Морозовская больница – единственный медицинский центр срочной офтальмологической помощи для всей столицы, Московской области, иностранцев, детей из юго-восточной Украины. За год в Морозовскую больницу с травмами поступает 800–1000 детей. Если мы проводим всего 3500 операций в год,

получается, что до 30% общего объема помощи составляют травмы, проникающие ранения глаза, повреждения век, нарушение слезоотведения травматической этиологии у детей от 6 мес и до 18 лет.

И.В.: А в чем обычно причина?

Л.К.: Часто это травмирование игрушками, травмы от разбитого стекла посуды, бутылок, укусы и ранения от кошек и собак. Самые экзотические – это травмы зацеперов, т.е. это травмы любителей кататься на электротранспорте, на крышах и между вагонами подвижного состава; катаракты как последствия от электротравм в сочетании с неофтальмологическими повреждениями. Также повреждения от петард и пневматического оружия. Чаще всего это проникающие ранения глаза, повреждения век, нарушение слезоотведения у детей от 6 мес и до 18 лет.

И.В.: Как рано нужно начинать лечить болезни глаз?

А.Т.: Чем раньше начинается лечение, тем лучше результат. Также своевременные плановые осмотры, начиная со 2 мес жизни ребенка, помогают вовремя выявить проблему со зрительным анализатором и сразу начать какие-либо лечебные мероприятия, которые помогут избежать дальнейших осложнений и устранить проблему.

И.В.: Можно ли использовать линзы у детей?

А.Т.: Да, конечно. Контактные линзы назначаются детям с 2 мес жизни. Причем в консультативном центре Морозовской ДГКБ имеется собственное производство – делаем линзы любой сложности. Некоторые офтальмологи в этом сомневаются, но мы используем линзы с 2-месячного возраста, просто их надевают ребенку родители. Очками поправлять зрение сложнее, линзы делают точно по форме глаза, они не плоские, качество зрения в линзах лучше, чем в очках. Но за линзами нужен уход, и такая помощь получается несколько дороже. В некоторых же случаях без линз вообще обойтись невозможно, к примеру, когда удален хрусталик на одном глазу, а искусственный поставить не удалось. В Морозовской больнице есть лаборатория контактной коррекции, можно изготовить необходимые линзы.

И.В.: Какие существуют новые методики и возможности коррекции зрения и лечения офтальмологических заболеваний у детей?

Л.К.: У детей выполняется имплантационная хирургия высококачественными интраокулярными линзами. Контактная коррекция всеми типами контактных линз. Также лазерная рефракционная хирургия в случаях высоких анизометропий. В общем, все, как у взрослых, но с учетом особенностей детского формирующегося органа зрения.

И.В.: Каковы сегодня возможности центра, а также инструментальные и аппаратные возможности Морозовской клиники в целом?

А.Т.: В центре есть возможность провести полную диагностику, получить консультацию специалиста по поводу поставленного диагноза, медицинский прогноз состояния зрения, провести терапевтическое лечение. Индивидуальная программа лечения составляется для каждого пациента с учетом не только состояния, но и возраста, образа жизни. Больница укомплектована самым современным оборудованием как диагностического, так и лечебного профиля: имеются оптические когерентные томографы глаза, новейшие установки для электрофизиологического исследования глаза, в стационаре есть современные витреотомы, факоэмульсификаторы, операционные микроскопы последних моделей. Честно говоря, даже трудно что-то еще пожелать…

И.В.: Кто сегодня работает в отделении?

А.Т.: Коллектив состоит из врачей-офтальмологов высшей категории, часть врачей имеет ученые степени к.м.н. и ученые звания доцент. В консультативном центре есть все.

Л.К.: В Морозовской больнице есть несколько операционных, где проводятся различные манипуляции: промывание и зондирование слезопроводящих путей, удаление халазионов, контагиозных моллюсков. Операционная для микрохирургии. В кабинетах функциональной диагностики проводятся высокотехнологические исследования: электроретинография, запись зрительно вызванных потенциалов, оптическая когерентная томография глаза, УЗИ глаз, компьютерная периметрия и др. В составе отделения имеется кабинет глазного протезирования, кабинет наблюдения детей с ретинопатией недоношенных, мы обладаем самым современным из существующего на сегодняшний день оборудованием, владеем высокими технологиями проведения хирургических операций, выполняем практически весь спектр офтальмологической помощи. А в перспективе с осени работа в новом корпусе. Там отделение будет уже на 50 человек, комфортные палаты на 1 пациента. Мы продолжим работать по технологиям стационаросбережения, чтобы в максимально сжатые сроки обследовать ребенка, провести всю необходимую диагностику и пролечить. Если 3 года назад в среднем ребенок проводил в стационаре 6,7–7 суток, сейчас 3,9 суток не в ущерб качеству. А высшая планка – выписка пациента, получившего все необходимое лечение на следующий день без следов косметики.

Место метаболитных пробиотиков в практике педиатра

На сегодняшний день общепризнана важная роль микрофлоры для организма человека. Изучение свойств бактерий, присутствующих в организме здорового человека, показало, что они не только непосредственно влияют на обмен веществ, но и активно участвуют в пищеварении, иммунном ответе.

Т.А. Руженцова, А.В. Горелов
ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии Роспотребнадзора», Москва

В ходе многочисленных исследований и клинических наблюдений было показано, что микробиом необходимо рассматривать как отдельную систему, влияющую на многие процессы жизнедеятельности и определяющую функциональное состояние других органов и тканей [1]. С течением времени появляются новые доказательства разностороннего действия компонентов микрофлоры. В настоящее время доказано, что нарушение состава микрофлоры влечет за собой не только симптоматику, связанную с заболеваниями желудочно-кишечного тракта: энтерит, колит, синдром раздраженного кишечника. Дисбиоз играет роль одного из факторов патогенеза в развитии острых кишечных инфекций, аллергических реакций и ряда других [2–4].

Основное действие пробиотиков реализуется через их продукты метаболизма. Одним из главных компонентов микробной ферментации углеводов, жиров и белков являются короткоцепочечные жирные кислоты. Наибольшее значение имеют уксусная, пропионовая и масляная, представляющие собой энергетические субстраты для всех тканей и органов. Они участвуют в глюконеогенезе, усвоении кислорода, синтезе биогенных аминов, некоторых гормонов и нейромедиаторов, например серотонина и эндорфинов. Короткоцепочечные жирные кислоты регулируют водно-солевой и кислотно-щелочной баланс, препятствуют адгезии к стенке кишечника патогенных и условно-патогенных бактерий, создают оптимальные условия для роста популяции и активности нормальной флоры – бифидо- и лактобактерий [5, 6]. Уменьшение их количества приводит к истончению и повреждениям слизистой оболочки кишечника за счет снижения интенсивности репаративных процессов, нарушению всасывания кальция, ухудшению печеночного кровотока, диарее [2, 7].

За время изучения свойств представителей нормофлоры были выделены вещества белковой природы, непосредственно угнетающие развитие других микроорганизмов, – бактериоцины [8]. Их действие обусловлено индукцией автолиза и деградации пептидогликана клеточной стенки, а также непосредственным подавлением синтеза белков, ДНК или РНК патогенных или условно-патогенных бактерий и грибов. Роль других продуктов, выделяемых в процессе жизнедеятельности пробиотической микрофлоры – полисахаридов (экзополисахаридов), исследователями в последние годы продолжает активно изучаться. Было показано, что они также потенцируют рост собственной нормофлоры организма, подавляя развитие условно-патогенных и патогенных микроорганизмов, тем самым обеспечивая колонизационную резистентность, регулируют фагоцитарную активность макрофагов и продукцию провоспалительных цитокинов, участвуют в энергетическом обмене [9–13].

За счет выделения продуктов обмена компоненты нормофлоры поддерживают муциновый слой – коллоидную пленку, покрывающую эпителий кишечника [14–16]. Имеющиеся на сегодняшний день теоретические и практические данные позволяют рассматривать коррекцию дисбиотических нарушений у детей как основное направление лечения различных состояний, так или иначе связанных с нарушением состава нормофлоры [2, 4].

В настоящее время на фармацевтическом рынке имеется множество пробиотических препаратов, рекомендованных для терапии или профилактики дисбиоза. Абсолютное большинство из них представляют собой целые живые микроорганизмы, идентичные выделенным от здоровых доноров или изолированные штаммы молочнокислого брожения [4, 9].

Однако наряду с многочисленными данными об их способности купировать нарушения, связанные с дисбиозом, и профилях безопасности имеются единичные сведения о возможности формирования на фоне выраженного иммунодефицита с высокой проницаемостью кишечного барьера септических состояний с поражением внутренних органов, в частности, развития эндокардита, обусловленного лакто- или бифидобактериями [9, 17]. Помимо этого, нельзя не учитывать чужеродность назначаемых штаммов для конкретного организма с возможностью непредсказуемого ответа у некоторых пациентов, что представляет собой наибольшую опасность при аутоиммунных процессах, затрагивающих желудочно-кишечный тракт. Тем не менее эти категории больных также нуждаются в коррекции дисбиотических нарушений [18]. Поскольку механизмы полезного действия пробиотических культур связаны с влиянием их метаболитов, становится очевидной возможность получения необходимого результата с меньшим риском у выше указанной категории пациентов при применении метабиотиков [7, 9]. К ним относят структурные компоненты микроорганизмов и/или их продукты обмена веществ [19].

Отсутствие в них живых цельных бактерий обеспечивает оптимальный профиль безопасности в отношении риска пассажа и колонизации в стерильных органах и тканях [20] . Это наиболее важно для недоношенных детей с низкой массой тела, имеющих незрелую иммунную систему и несформированную барьерную функцию кишечника. То же самое необходимо для детей и подростков с выраженными иммунодефицитными состояниями: больных онкологическими заболеваниями, получающих полихимиотерапию и/или лучевую терапию, ВИЧ-инфицированных, употребляющих наркотические вещества, часто болеющих, с тяжелым течением и развитием осложнений, а также при активных аутоиммунных и аллергических процессах [9, 21]. Метабиотики показаны для коррекции различных нарушений микрофлоры, сопровождающихся диареей, запорами, метеоризмом, в том числе с болями в животе, нарушением переваривания тех или иных компонентов пищи, гипо- и анацидными состояниями, аллергическими заболеваниями (крапивницей, эндогенно обусловленной хронической экземой), энтерогенной патологией гепатобилиарного тракта [9, 21]. При необходимости показан прием для коррекции желудочно-кишечных расстройств, вызванных сменой климата, например, при переезде, расстройствах, связанных с переходом на другое питание и/или иные источники воды [2].

Единственным из зарегистрированных в Государственном реестре лекарственных средств Российской Федерации метабиотиков на сегодняшний день остается Хилак форте, имеющий уникальный состав и достаточную доказательную базу его свойств и безопасности. Это свободный от живых бактерий раствор метаболитов компонентов полезной микрофлоры: *Lactobacillus acidophilus* и *helveticus*, *Escherichia coli* и *Streptococcus faecalis*. Отсутствие живых форм обеспечивает стабильный состав в течение всего срока годности. В проведенных исследованиях было показано, что Хилак форте имеет похожие лечебные действия на клиническую симптоматику заболеваний, что и препараты, содержащие живые пробиотические микроорганизмы [22, 23]. Как показали проведенные нами исследования, при его назначении в дополнении к базисной терапии острых кишечных инфекций достоверно уменьшается продолжительность основных симптомов: рвоты и диареи [24].

Было убедительно доказано, что при назначении Хилака форте детям, больным острыми респираторными заболеваниями, состав микрофлоры кишечника к концу заболевания улучшается, несмотря на проводимую антибактериальную терапию, в то время как в его отсутствии может развиваться или усугубляться дисбактериоз [25].

Хилак форте показан для терапии функциональных запоров [21]. В их патогенезе основную роль играет нарушение выработки эндогенной молочной кислоты, являющейся одним из биохимических субстратов, активизирующих кишечную перистальтику. В проведенных исследованиях было показано, что применение Хилака форте позволяет улучшить частоту и консистенцию стула, не провоцируя диарею [21]. При оценке эффек-

тивности пробиотической терапии в ходе анализа результатов проведенного нами исследования было обращено внимание на то, что частота развития аллергических реакций (уртикарной сыпи) была достоверно выше у пациентов, в терапии которых Хилак форте и другие пробиотики не использовались [24]. То же самое отмечено и другими исследователями [26].

Нередко практикующие врачи сталкиваются с проблемой непереносимости препаратов с необходимостью их отмены или замены на другие. Во многих случаях сложно установить наличие или отсутствие непосредственной связи нежелательного явления с приемом препарата. Но большинство родителей и подростков в таких ситуациях отказываются от продолжения терапии тем же лекарственным средством. Наиболее часто побочные действия проявляются в виде атопического дерматита, тошноты или болей в животе.

Отказ может быть связан с неприятным вкусом или с неудобством дозирования. Иногда требуется замена из-за отсутствия клинического эффекта. Нашим отделом была проанализирована частота отказа от приема родителями и/или детьми (подростками), а также замены метабиотика Хилака форте по сравнению с другими пробиотиками среди 350 пациентов в возрасте от 1 мес до 18 лет, находящихся на амбулаторном (202 ребенка) или стационарном (148 детей) лечении. Наблюдение проводили на клинических базах отдела с 2010 по 2016 г. Показанием для назначения были острые кишечные инфекции (у 114 детей), острые респираторные инфекции на фоне антибиотикотерапии (у 129 детей), дисбиотические нарушения у детей с младенческими коликами и функциональными расстройствами желудочно-кишечного тракта (67 больных), атопический дерматит (40 детей). Хилак форте в рекомендуемых возрастных дозировках (табл.) был назначен 166 детям, которые составили основную группу, а другие пробиотики – 184 пациентам (группа сравнения). Продолжительность назначавшегося курса пробиотической терапии составляла от 2 до 6 нед. Группы были полностью сопоставимы по основным показателям: возрасту, полу, основной нозологии, степени тяжести заболевания, проводимой базисной терапии.

Таблица. **Использованные дозы Хилака форте у детей и подростков в зависимости от возраста в упомянутом проведенном клиническом наблюдении**

Возраст	Доза на 1 прием х кратность в сутки
До 6 мес	15 капель × 3
6 мес – 1 год	20–30 капель × 3
1–6 лет	20–40 капель × 3 или 1 саше 1,1 или 2,2 мл × 3
6–12 лет	30–40 капель × 3 или 1 саше 2,2 мл × 3
12–18 лет	40 капель × 3 или 1 саше 2,2 мл × 3

Необходимость отмены Хилака форте до завершения курса лечения с заменой на другой пробиотический состав была зарегистрирована в историях болезней достоверно реже: у 4 детей (2,4%), в то время как в группе сравнения – у 18 (9,8%; $p<0,05$; двусторонний Z-критерий).

Таким образом, из результатов наблюдения следует, что прием метабиотика Хилак форте реже сопровождается нежелательными явлениями и прерыванием назначенного курса терапии.

Хилак форте может применяться у детей при:

– нарушениях микробиоценоза тонкого и толстого кишечника (во время и после лечения антибактериальными препаратами, при инфекционных заболеваниях, в том числе при состояниях, сопровождающихся выраженным иммунодефицитом с высокой проницаемостью кишечного барьера (у детей первого года жизни с низкой массой тела, при лечении онкологических заболеваний, при ВИЧ-инфекции и других));

– острых кишечных инфекциях как в остром периоде, так и в периоде реконвалесценции (в частности, при сальмонеллезе);

– других инфекционных заболеваниях кишечника, сопровождающихся дисбиотическими нарушениями;

– функциональных нарушениях желудочно-кишечного тракта;

– гипо- и анацидных состояниях;

– энтерогенных заболеваниях желчного пузыря и печени;

– кожных болезнях аллергического генеза (крапивница, эндогенно обусловленная хроническая экзема).

Хилак форте принимают внутрь до или во время приема пищи, разбавляя небольшим количеством жидкости (исключая молоко), 3 раза в сутки взрослым по 40–60 капель на прием; детям по 20–40 капель на прием; младенцам по 15–30 капель на прием. В настоящее время имеется еще одна форма – в виде саше по 1,1 и 2,2 мл [27]. Рекомендованная продолжительность терапии Хилаком форте составляет от 2 до 6 нед.

Конфликт интересов: авторы статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

Сокращенный список литературы:

1. Шумилов П.В., и соавт. Эффективная фармакотерапия. 2015;(41):6–11. 2. Хавкин А.И. Микрофлора пищеварительного тракта. 2006, 424 с. 3. Балаболкин И.И. Атопический дерматит у детей. Пособие для врачей. М., 2006. 4. Шульпекова Ю.О. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2012;22(3):70. 5. Ардатская М.Д. Клиническое значение короткоцепочечных жирных кислот при патологии желудочно-кишечного тракта. Диссертация д.м.н.. М.; 2003:299. 6. Mischke M, et al. Adv. Exp. Med. Biol. 2016;902:33–44. 7. Урсова Н.И. Дисбактериозы кишечника в детском возрасте: инновации в диагностике, коррекции и профилактике. М., 2013. 8. Дышлюк Л.С., и соавт. Введение в направление. Биотехнология: учебное пособие. Кемерово, 2014. 9. Харитонова Л.А. РМЖ. 2007;(21):1578. 10. Ивашкина Н.Ю., Ботина С.Г. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2009;19(2):58. 11. Reid G. Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol. 2016;30;17. 12. Yu A.Q., Li L. Nutr Cancer. 2016;68:535. 13. Fons M, et al. Microbial Ecol. Health Dis.Suppl. 2000;2:240. 14. González-Castro A.M., et al. J. Gastroenterol Hepatol. 2017;32:53. 15. Mattar A.F., et al. Pediatr Surg Int. 2002;18:586. 16. Hutsko S.L., et al. Poult Sci. 2016;95:1173. 17. Heart Disease: A Textbook of cardiovascular medicine. Braunwald E, et al., eds. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders. 2007:1713–38. 18. Урсова Н.И. Трудный пациент. 2005;(2):9. 19. Сафонова М.А., Кузнецов О.Ю. Вестник Ивановской медицинской академии. 2012;17(1):49. 20. Урсова Н.И., и соавт. Фарматека. 2005;98(2):33. 21. Топчий Н.В. РМЖ. 2013;(20):1023. 22. Грачева Н.М., и соавт. Consilium medicum. 2004;(1):31. 23. Мазанкова Л.Н., и соавт. Consilium medicum. Гастроэнтерология. 2006;(1):32. 24. Руженцова Т.А., и соавт. РМЖ. 2017;(5):362. 25. Плоскирева А.А., и соавт. Инфекционные болезни. 2010;8(1):21. 26. Пастухова В.А., и соавт. Фарматека. 2007;(6):82. 27. Инструкция по применению Хилак форте.

НА ПРАВАХ РЕКЛАМЫ

HLKF-RU-00264-Doc

Статья подготовлена при поддержке ООО "Тева", 115054, Россия, Москва, ул. Валовая 35, тел. +74956442234, факс +74956442235, www.teva.ru

НОВОСТИ

Дети в России стали реже проходить медосмотры и чаще болеть

Российские дети в 2016 году существенно меньше проходили комплексных медосмотров и обследований, а также посещали в профилактических целях врачей в поликлиниках и центрах здоровья. При этом ожидаемо выросло число обращений маленьких пациентов к врачам по поводу заболеваний. Об этом сообщил на экспертном совещании рабочей группы «Социальная справедливость» Центрального штаба ОНФ, посвященном подготовке предложений в план мероприятий Десятилетия детства директор фонда независимого мониторинга «Здоровье», член Центрального штаба ОНФ Эдуард Гаврилов.

Эксперты фонда проанализировали данные Росстата и выяснили, что в прошлом году общее число посещений детьми врачей в амбулаторных условиях, включая визиты в поликлиники и вызовы врача на дом с профилактическими целями и по поводу заболевания, сократилось на 1,4% (5 млн 267 тыс.). «Среди амбулаторных посещений год за годом уменьшается доля посещений детьми центров здоровья. За 2016 г. сокращение составило 8,6% (143 тыс.), а годом ранее – целых 43,4% (1,3 млн). Центры здоровья задумывались как локомотивы профилактической работы, однако мы видим, что они с этой задачей не справляются и снижают обороты вместо того, чтобы их набирать», – подчеркнул Эдуард Гаврилов.

По его словам, число комплексных обследований детей сократилось за 2015–2016 гг. на 19,1% – на 270 тыс. обследований, в том числе на 53 тыс. за прошлый год. «Количество комплексных медосмотров детей снизилось еще больше: только за 2016 г. оно уменьшилось на две трети (66,2%, 4,3 млн). Это очень серьезное сокращение, едва ли оно могло не оказать негативного влияния на качество профилактической работы и раннее выявление заболеваний», – заявил директор фонда «Здоровье».

В то же время за 2016 г. на 5,2% (10,6 млн) выросла доля амбулаторных посещений по поводу заболеваний среди детей. «Профилактика и раннее выявление заболеваний среди детей – важнейшее направление развития отечественного здравоохранения, и мы надеемся, что Минздрав обратит внимание на сложившиеся крайне негативные тенденции», – заключил Эдуард Гаврилов.

Источник: medvestnik.ru

Почти 13 миллионов младенцев в мире не получили в прошлом году ни одной прививки

По данным доклада Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ), в мире 12,9 млн младенцев, почти каждый десятый, не получили каких-либо прививок в 2016 г. Это означает, что, пропустив первую вакцинацию против дифтерии, столбняка и коклюша (АКСД), младенцы подвергаются серьезному риску заражения смертельно опасными заболеваниями. Более того около 6,6 млн младенцев, которые получили первую дозу АКСД-вакцины, не завершили полный трехдозовый курс иммунизации. С 2010 г. процент детей, получивших полный курс плановых прививок, сохранялся на уровне 86% (116,5 млн) без существенных изменений в каких-либо странах или регионах за последний год. Имеющийся показатель не соответствует глобальной цели ВОЗ по охвату иммунизацией на уровне 90%, говорится в сообщении на официальном сайте организации.

Согласно данным доклада, по меньшей мере 90-процентный охват иммунизацией АКСД-вакциной на национальном уровне достигли и поддерживают 130 из 194 стран-членов ВОЗ. Уровень вакцинации менее 50% в 2016 г. был зафиксирован в восьми странах, включая Центральноафриканскую Республику, Нигерию, Чад, Экваториальную Гвинею, Сомали, Южный Судан, Сирию и Украину. В настоящее время 152 страны применяют вакцину против краснухи, при этом глобальный охват вакцинацией увеличился с 35% в 2010 г. до 47% в 2016. Это серьезный шаг на пути к снижению уровня развития синдрома врожденной краснухи, отмечают в ВОЗ. Глобальный охват недавно рекомендованными вакцинами, в том числе вакциной против ротавирусной инфекции, еще не достиг 50% порога. Многие страны со средним уровнем дохода отстают во внедрении новых и более дорогих вакцин, заявили эксперты ВОЗ.

Источник: Всемирная организация здравоохранения

Помочь детям с ДЦП жить, учиться и работать

Рождаемость в России растет. Однако этому факту не всегда приходится радоваться, ведь вместе с ним увеличивается и число детей-инвалидов. О том, как московская городская неврологическая служба работает в таких непростых обстоятельствах, в нашем материале.

Т.Т. Батышева, д.м.н., профессор, главный внештатный специалист Департамента здравоохранения города Москвы по детской неврологии, заслуженный врач РФ.
С.В. Трепилец, Ю.А. Климов, О.В. Квасова, ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗ г. Москвы»

ДПЦ: МОЖНО ЛИ СНИЗИТЬ РИСК РАЗВИТИЯ?

По примерным подсчетам, в России живут более полутора миллионов граждан с детским церебральным параличом (ДЦП). Точной статистики нет, ведь во времена СССР она была недоступна, а немногочисленные данные всегда имели тенденцию к занижению. Однако столичные власти несколько лет назад начали официально обнародовать эти цифры: по данным Мосгорстата, число новорожденных в 2015 г. составляло 142 390 человек, что почти на 4 тысячи больше, чем в 2014 г. Одновременно, по данным медико-социальной экспертизы, численность детей-инвалидов в г. Москве в 2011 г. составляла 28 349 человек, в 2012 г. – 29 984, в 2013 г. – 31 799, в 2014 г. – 34 983, в 2015 г. – 35 679 человек. В 2016 г. численность детей с ДЦП в Москве составила 3,1 случая на 1000 детского населения, что существенно превышает аналогичные данные за 2011 г. Продолжает расти абсолютное число детей, родившихся недоношенными (7–9% от числа новорожденных).

Конечно, ДЦП – не единственный неврологический диагноз, который ставят московским малышам. Кроме него, еще существуют пароксизмальные состояния (в том числе эпилепсия), задержки психомоторного, речевого и интеллектуального развития различного генеза.

Обычно термин ДЦП используют для группы состояний, в основе которых лежит селективный дефект моторной функции мозга. Основой формирования этого заболевания являются структурное поражение или аномалия развития мозга, которые возникают во внутриутробном, интранатальном и раннем постнатальном периодах (до 20 дней жизни). С ДЦП человеку приходится существовать до конца жизни, и на ее протяжении главными проблемами у пациента остаются нарушения движения и поддержание позы.

По данным некоторых авторов, до половины случаев ДЦП не имеют точно установленной этиологии. Однако некоторые факторы риска развития болезни можно потенциально предотвратить. В первую очередь потому, что известно: до 80% случаев поражений при ДЦП возникают в результате влияния гипоксически-ишемических, травматических, инфекционных, синдромальных состояний, в том числе TORCH-инфекций. Все они способны воздействовать на плод в период внутриутробного развития и вызывать аномальное развитие мозга. Часто отмечается сочетание нескольких неблагоприятных факторов, воздействующих в период беременности и родов. При этом существенное место в этиологии ДЦП занимает внутричерепная родовая травма, часто возникающая на фоне нарушений внутриутробного развития. Возможны и постнатальные причины возникновения ДЦП: гипоксически-ишемические, инфекционные (неонатальный сепсис, нейроинфекции – энцефалит, менингоэнцефалит различной этиологии), послеродовые травмы центральной нервной системы и гипербилирубинемия новорожденных.

Как же врачи могут помочь матери и ребенку и снизить риск развития ДЦП? В первую очередь своевременным лечением инфекционных заболеваний, профилактикой акушерско-гинекологической патологии, осложненного течения беременности и преждевременных родов. Для этого на сроках до 34-й недели гестации проводится уменьшение многоплодных беременностей после искусственного оплодотворения, раннее распознавание и лечение перинатальных инфекций и сепсиса. Выявляются причины привычных абортов и преждевременных родов, предотвращается осложненное течение родов, проводится грамотное родовспоможение и оказание необходимой помощи новорожденным – к примеру, при неонатальных судорогах, синдроме дыхательных расстройств (СДР) и гипогликемии, чтобы предотвратить необратимые повреждения мозга.

НЕ ТОЛЬКО КЛАССИКА, НО И КОСМИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

Именно в Москве находится ведущая клиника России, которая специализируется на реабилитации пациентов с ДЦП, – это Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения Москвы (НПЦ ДП ДЗМ). Здесь стараются сделать все, чтобы максимально эффективно провести диагностику, исключить осложнения и помочь пациентам социально адаптироваться. Сегодня здесь получают ежегодную помощь более семи с половиной тысяч маленьких москвичей. Основу реабилитации составляет метод кинезотерапии по К.А. Семеновой. Он разработан специально для детей раннего и младшего возраста и показывает высокую эффективность при тяжелых формах церебрального паралича. Чтобы применять методику, необходимо понимание закономерностей развития моторного развития и мышечного тонуса здорового ребенка. Метод построен на использовании упражнений, которые помогают вырабатывать и совершенствовать каждый физиологический навык, снижать гипертонус и патологические рефлексы, устранять патологические позы. Занятия проводятся с использованием мячей, качелей, специальных валиков, вертикализаторов, тренажеров, беговых дорожек и велосипедов. Массаж и лечебная физкультура обязательно сочетаются с гидротерапией и физиопроцедурами – для них используют парафиновые аппликации, озокерит, лекарственный электрофорез, гальванизацию. Снизить патологический тонус помогает амплипульс-терапия стимулирующими магнитными токами, световая терапия поляризованным светом «Биоптрон», лазерная терапия «Лазер-душ». Подобные процедуры нормализуют мышечный тонус, улучшают кровообращение и укрепляют иммунитет. Классический массаж и ЛФК отлично сочетаются с терапией на современных аппаратах «Хивамат» – при этом проводится воздействие пульсирующим электростатическим полем на глубокие мышцы, и «Бодидрейн», улучшающем лимфодренаж и венозный отток тканей организма.

Уже несколько лет кинезотерапию успешно дополняют мануальная терапия и рефлексотерапия. Мировой опыт показывает, что эти методики актуальны при всех формах ДЦП: стимулируя определенные биологически активные точки, ребенку помогают улучшить координацию движений и интеллектуальные функции. Помимо этого, применяются медикаментозная иглорефлексотерапия, остеопатия, опорная стимуляция ходьбы, фармакорефлексотерапия. Синергическая рефлексотерапия – так называется применение данных методик в комплексе, и она позволяет увеличить объем движений пациентов до 50%, улучшить речь, память, уменьшить выраженность

косоглазия и стимулировать навыки самообслуживания. Последнее весьма важно для того, чтобы ребенок-инвалид был социально адаптирован.

Чтобы помочь развитию координации движений, на помощь московским детям приходят современные достижения космической медицины – нагрузочные костюмы для космонавтов «Адели», «Атлант», а также уникальный реабилитационный тренажер «Локомат», действующий по методу биологически обратной связи. Все эти космические тренажеры улучшают функции ходьбы.

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНАЯ КОМАНДА ДЛЯ МАЛЕНЬКИХ ПАЦИЕНТОВ

Врачи столичного центра детской психоневрологии понимают, что первостепенное внимание необходимо уделять детям раннего возраста – прежде всего тем, у кого существуют перинатальные поражения центральной нервной системы. Именно поэтому здесь работают специалисты, обладающие уникальным опытом в области лечения и реабилитации новорожденных и детей первого года жизни. И хотя диагноз ДЦП у малыша установить сложно, опытные неврологи способны даже в первые месяцы жизни определить задержку психомоторного развития и заметить угасание безусловных рефлексов. Таким образом, ребенок довольно рано определяется в группу риска по развитию церебрального паралича, и ему проводятся первые процедуры. Благодаря тому, что головной мозг детей раннего возраста обладает определенной пластичностью, это свойство еще не поздно использовать для стимуляции компенсаторных возможностей организма. Если редукция безусловных рефлексов запаздывает, а лабиринтный тонический рефлекс усиливается вместе с асимметричным и симметричным шейным тоническим рефлексом, если параллельно развиваются патологические синкинезии, врачи используют медикаментозную терапию и дополняют их реабилитационными мероприятиями.

Невролог – не единственный специалист, который помогает оценить состояние малыша с ДЦП. Вместе с ним ребенка обязательно осматривают окулист для исключения ретинопатий и ортопед с целью выявления подвывихов тазобедренных суставов. Педиатр оценивает соматическое здоровье пациента, а логопед определяет уровень задержки познавательно-предречевого развития. Врачи ЛФК и ФТЛ дают рекомендации по дальнейшему проведению процедур. Использование комплексного воздействие массажа, гимнастики, плавания, физиотерапевтических процедур, иглорефлексотерапии, остеопатии у детей раннего возраста дает положительные результаты: малышам помогают нормально физиологически развиваться, не позволяя формировать патологические двигательные стереотипы и стимулируя их психическое и предречевое развитие. Реабилитация проводится с участием мультидисциплинарной команды: кроме невролога, в нее входят врачи и инструкторы ЛФК, массажисты, физиотерапевт, рефлексотерапевт и логопед-дефектолог. Если это необходимо, ребенка консультируют педиатр, окулист, лор, ортопед, эпилептолог и генетик. Врачи и медики различных дисциплин тесно сотрудничают, разрабатывая для каждого пациента индивидуальный курс реабилитации. Чтобы его составить, специалисты определяют

уровень тяжести двигательных нарушений по шкале GMFS, уровень когнитивных нарушений, детально обследуется неврологическая симптоматика. Если противопоказаний нет – для ребенка разрабатывается ежедневная 3–4-часовая высокоинтенсивная, индивидуальная программа терапевтических процедур, которые он проходит пять раз в неделю. Если обнаружена отягощенная сопутствующая патология, малыша ждет индивидуальный план реабилитации с учетом максимального исключения побочных эффектов. Чтобы продолжить эту реабилитацию дома, родителей специально обучают элементам различных укладок и рефлексонормализующей гимнастики.

РАЗНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРИ РАЗНЫХ ПАТОЛОГИЯХ

Ребенок с ДЦП часто вынужден переживать сразу несколько проблем, в том числе сколиозы, дисплазии и вывихи тазобедренных суставов, развитие контрактур крупных суставов, эквинусную или вальгусную деформацию стоп. В помощь маленьким пациентам ортопеды московского центра детской психоневрологии назначают ортопедическую обувь, ортезы, шины Виленского, СВОШ и т.д. При необходимости детям делают ортопедические операции и нейро-ортопедическое этапное гипсование. Чтобы снять боль и спазмы, которые могут возникнуть после оперативного лечения, проводятся инъекции ботулотоксина типа А: в кабинете ботулинотерапии неврологи проводят клинический отбор пациентов, определяют необходимую дозу препарата для ослабления мышечного тонуса и увеличения объема движений препарата, проводят процедуру и ведут динамическое наблюдение.

Необратимые нарушения речи и более стойкие системные расстройства – еще одна серьезная патология, часто сопровождающая ДЦП. Ее степень зависит от формы ДЦП, тяжести двигательных нарушений, характера изменений на МРТ и ЭЭГ. Развить у ребенка высшие психические функции, речь, память, логику, крупную и мелкую моторику помогают специалисты – логопеды и дефектологи. Воспитатели, психологи и педагоги включаются в эту работу, помогая сформировать учебно-коммуникативные навыки, улучшить развитие когнитивных функций. Прежде всего такая помощь нужна детям с расстройствами аутистического спектра – для них в клинике открыты специальное отделение и стационар. Для детей с рассеянным склерозом на базе центра также создан городской специализированный кабинет, где наблюдаются еще и маленькие пациенты с клинически изолированным синдромом и острым рассеянным энцефаломиелитом. Здесь же проводится большая научная работа с участием в международных исследованиях.

СПЕЦИАЛЬНЫЙ ЦЕНТР ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ «СПУТНИКА» ДЦП

Статистика говорит о том, что эпилепсия и ДЦП часто бывают «спутниками»: по данным Научно-практического центра детской психоневрологии, эпилепсия диагностируется у 36% детей с ДЦП (Батышева Т.Т., 2015 г.). Не случайно на базе центра был открыт Городской центр эпилепсии и пароксизмальных состояний – здесь оказывают своевременную и квалифицированную медицинскую и социальную помощь маленьким москвичам, страдающим эпилепсией. Специалисты официально подтверждают диагноз эпилепсии, определяют тактику лечения, наблюдают за пациентами и корректируют терапию. Существуют нормативы, выработанные эпилептологами Городского кабинета эпилепсии и пароксизмальных состояний, в соответствии с которыми повторный прием пациента при первичном обращении проводится каждые три месяца, а при клинико-энцефалографической ремиссии – раз в полгода. Сроки наблюдения определяются индивидуально для каждого ребенка и составляют от 2 до 5 лет.

Дети-инвалиды с эпилепсией и нарушениями опорно-двигательного аппарата – особые пациенты Городского центра эпилепсии, ведь для каждого из них необходимо индивидуально подобрать возможности и объемы реабилитации. Здесь дети получают не только официальное подтверждение диагноза, но и необходимую антиэпилептическую терапию из перечня жизненно необходимых лекарственных препаратов. Есть в центре и специализированная амбулаторная служба помощи детям, больным эпилепсией, где специалисты принимают пациентов на уровне поликлинического и стационарного звеньев.

Если ребенку с эпилепсией необходима госпитализация, его готовы принять не только в Научно-практическом центре детской психоневрологии, но и в других стационарах: при развитии острых состояний – в Морозовской ДГКБ и в больнице им. Г.Н. Сперанского. На базе Морозовской больницы работает Центр по лечению цереброваскулярной патологии у детей и подростков: здесь маленьким пациентам оказывают поэтапную помощь после инсультов, а затем центр детской психоневрологии принимает их на реабилитацию. Кроме того, на базе многопрофильного стационара Морозовской детской больницы уже два года работает Центр орфанных заболеваний, куда направляются на консультацию и диагностику дети с подозрением на редкие заболевания. Чтобы качество медицинской помощи улучшалось, столичные неврологические стационары поддерживают между собой постоянную взаимосвязь. К примеру, в тесном сотрудничестве с НПЦ СМП им. В.Ф. Войно-Ясенецкого разрабатываются современные подходы к лечению резистентных форм эпилепсии с использованием кетогенной диеты и VNS-терапии, проводится прехирургическое обследование детей и подростков. Специалисты детских поликлиник и окружные неврологи также участвуют в этой работе, чтобы как можно раньше выявлять детей, которым угрожает развитие неврологических заболеваний. А чтобы врачи разных специальностей всегда были в курсе новейших методов и разработок, в психоневрологическом детском центре для них регулярно проводятся тематические конференции и семинары, публикуются научные статьи и методические рекомендации по актуальным проблемам детской неврологии. Ребенку, страдающему неврологическим заболеванием, важно оказать не только медицинскую помощь, но и восстанавливать его психические, моторные и речевые функции, способствовать его социальной реабилитации. И маленькому пациенту, и его родителям важно, чтобы ребенок с ДЦП был активным в этой жизни и не чувствовал себя обделенным. Ведь каждый из этих особых детей по-своему талантлив, умен и красив. И они заслуживают того, чтобы стать полноценными членами общества.

Боль в горле у детей: местная комбинированная терапия

Боль в горле является наиболее частой жалобой, с которой пациенты обращаются за медицинской помощью. Эта жалоба доминирует при острых инфекционных заболеваниях ротоглотки (фарингит, тонзиллит) и часто сопровождает неспецифические инфекции верхних дыхательных путей или ОРВИ.

С.В. Старостина, д.м.н., профессор кафедры болезней уха, горла и носа лечебного факультета ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» МЗ РФ, Москва

Острый фарингит может трактоваться как воспаление слизистой оболочки глотки, вызванное вирусной, бактериальной или микотической инфекцией, а также механическими, термическими и химическими поражениями глотки, сопровождающееся болями, першением или дискомфортом в горле.

Распространенность острого тонзиллофарингита (ОТФ) среди детей, сложность быстрой диагностики его этиологии сделали данное заболевание одной из наиболее обсуждаемых проблем в оториноларингологии. Ребенок до определенного возраста не может предъявить конкретной жалобы, поэтому важно учитывать клинические проявления с первого дня заболевания. При ОТФ имеет место острое воспаление преимущественно небных миндалин, а также окружающих их тканей, протекающее с отеком, гиперемией, наличием экссудата на миндалинах (тонзиллит) при участии слизистой оболочки глотки (фарингит). Заболевание часто сопровождается повышением температуры тела, интоксикацией, резкими болями при глотании и реакцией регионарных лимфатических узлов. В проведенных многочисленных исследованиях получены достоверные данные, что основной и наиболее значимой причиной возникновения ОТФ является вирусная инфекция. Бактериальный возбудитель – ß-гемолитический стрептококк группы А, ранее считающийся ведущим в этиологии заболевания, по частоте в разы уступает вирусным возбудителям. Ведущую позицию среди вирусов занимают аденовирус, вирус Эпштейна–Барр и энтеровирус, однако к воспалению лимфоидного глоточного кольца могут приводить и другие возбудители респираторных вирусных инфекций [Hsieh T.H. et al., 2011].

Основными принципами терапии заболеваний верхних отделов респираторного тракта у детей являются уменьшение выраженности симптомов болезни, предотвращение развития гнойных и негнойных осложнений при бактериальной инфекции, уменьшение частоты развития побочных эффектов лечения.

Системная антибактериальная терапия не эффективна в отношении вирусных тонзиллитов: не предотвращая бактериальную суперинфекцию, она потенцирует размножение бактериальной флоры, не чувствительной к данному противомикробному препарату, а также грибов, не говоря о развитии дисбиотических изменений в полости рта, носоглотке и желудочно-кишечном тракте (ЖКТ). В мировой литературе

применение антибиотиков рекомендуется ограничить доказанными случаями стрептококковых тонзиллитов. Это обусловлено тем, что пропущенный стрептококковый тонзиллит опасен как гнойными (лимфаденит, абсцессы глотки), так и системными (острая ревматическая лихорадка, гломерулонефрит, PANDAS-синдром) осложнениями [Shulman et al., 2012].

Однако до сегодняшнего дня большая часть больных детей с ОТФ подвергается необоснованному антибактериальному лечению. Причины этого – общность клинической картины всех форм заболевания и трудности этиологической диагностики при первичном осмотре пациента. Необходимость этиологической дифференциации тонзиллитов уже в 1975 г. привела к созданию клинической оценочной шкалы Walsh. В 1998 г. для детей (от 3 до 15 лет) была предложена шкала оценки клинических симптомов – шкала McIsaac, широко используемая в настоящее время. Вне зависимости от этиологии заболевания для ОТФ характерны острое начало с температурой до 39–40 °С, озноб, боли в горле; гиперемия слизистых миндалин, язычка и глотки; отечность миндалин, язычка и глотки; часто фолликулярный или лакунарный выпот; рыхлые налеты на миндалинах. Согласно оценке по шкале McIsaac, при 0–1 балле антибиотики не применяются, используется местное и симптоматическое лечение. Если оценка по шкале McIsaac составляет 2 и более балла, необходимо провести бактериальный посев из зева или экспресс-тест на стрептококк. При положительных результатах теста необходимо использование антибиотикотерапии, при отрицательных – антибиотикотерапия не назначается. В случаях наличия опасных симптомов, признаков скарлатины, осложнений, документированного контакта с больным, инфицированным ß-гемолитическим стрептококком группы А, ревматизма в анамнезе антибиотикотерапию следует начать до получения результатов посевов [McIsaac W.J. et al., 2004].

Вместе с тем следует учитывать, что использование шкалы ограничено: шкала не учитывает случаи ОТФ у детей младше 3 лет, составляющие более 50% госпитализированных детей по поводу изменений фарингоскопической картины. В этих случаях необходимо учитывать наличие катаральных явлений (гиперемия конъюнктив, затрудненное носовое дыхание), с большой вероятностью свидетельствующих в пользу вирусной этиологии заболевания. Дополнительным дифференциально-диагностическим критерием могут служить данные о том, что на детей до 3 лет приходится лишь 2% случаев бактериального тонзиллита, тогда как у детей старше 12 лет бактериальный тонзиллит диагностируется почти в половине случаев. В дополнение у пациентов младшего возраста фарингоскопические изменения нередко сопровождаются появлением микровезикул на передних небных дужках при энтеровирусной и герпетической инфекции, что также не предполагает антибактериальное лечение [Regoli M. et al., 2011].

Как известно, воспаление является нормальной реакцией слизистой оболочки глотки, направленной на уничтожение вирусов и бактерий. Это сложный комплексный процесс, характеризующийся как местная сосудисто-тканевая защитно-приспособительная реакция целостного организма на действие патогенного раздражителя. После фагоцитоза макрофагом бактериального антигена происходит его разрушение, при котором выделяются свободные радикалы и повреждают ткани. В ответ на это высвобождаются медиаторы воспаления, в свою очередь вызывающие пролиферацию лейкоцитов, активацию Т-лимфоцитов и дальнейшее усиление воспаления. Патогенетическая противовоспалительная терапия направлена в первую очередь на блокаду каскада медиаторных реакций, усиливающих воспалительный ответ. Это ведет к купированию таких основных симптомов воспаления при острых фарингитах, как боль, отек, расширение сосудов слизистой оболочки. В качестве этиотропной терапии применяют группу антисептиков и антибиотиков [Лучшева Ю.В., 2006; Овчинников А.Ю. и соавт., 2007].

По данным Центра по контролю и профилактике заболеваний [2016], подавляющее большинство (85%) случаев ОТФ имеет вирусное происхождение и поэтому не требует назначения антибактериальной терапии. Вместе с тем, согласно многочисленным исследованиям в мире, а также данным ВОЗ, в более чем 70% случаев антибактериальная терапия назначается при отсутствии показаний. То есть данный вид терапии не только не оказывает положительного влияния на течение заболевания (экспертная оценка ВОЗ), но и приводит к неблагоприятным побочным явлениям. Кроме того, формируются новые кланы антибиотикорезистентной микробной флоры, что в конечном итоге снижает возможности этого важного метода терапии [Spurling G.K.P. et al., 2013].

В связи с этим сегодня при ОТФ небактериальной этиологии некоторыми клиницистами предлагаются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Препараты данной группы, особенно для системного применения, нередко вызывают нежелательные побочные явления: гастропатию и нефропатию, гепато- и гематотоксичность, вплоть до развития при применении ацетилсалициловой кислоты синдрома Рея. Нестероидные препараты уменьшают скорость почечного кровотока, способствуют задержке воды и натрия в организме, что может влиять на сосудистый тонус и состояние гемодинамики. Нередки на фоне терапии НПВП изменения в системах кроветворения и свертывания крови.

Ранее широко используемые местные антисептические и противовоспалительные средства в лечении ОТФ (препараты йода, перекись водорода, средства, содержащие

фенол, альдегид, хлор) не рекомендованы в педиатрии вследствие неблагоприятных побочных воздействий и отсутствия эффекта при вирусной природе заболевания. Препараты данных групп подавляют нормальную микрофлору, повреждают слизистую оболочку ротоглотки и желудочно-кишечного тракта, нарушают местный иммунный ответ. Использование средств растительного происхождения (отвары и настойки календулы, ромашки, каланхоэ) ограничено в связи с ростом числа аллергических реакций на данный вид терапии. Так как механическое удаление налетов с миндалин или втирание лекарственных препаратов в слизистую оболочку недопустимо из-за опасности травмирования слизистой оболочки и риска развития гнойных осложнений, топический лекарственный препарат при ОТФ рекомендуется назначать в виде спрея, раствора для полоскания или таблеток для рассасывания [Чернышова О.Е., 2016].

Таким образом, с учетом разнообразия механизмов развития патогенетических сдвигов при ОТФ у детей наиболее рациональным является использование топического препарата, обладающего комбинированным действием: антисептическим (противомикробным и противовирусным), анальгетическим и противовоспалительным. При бактериальной этиологии заболевания препараты этой группы являются дополнением к антибактериальной терапии, а при небактериальной – основным методом лечения.

К средствам, активно влияющим на различные патогенетические звенья воспалительного процесса в глотке, относится широко используемый в мире препарат– бензидамин (Оралсепт®). Этот НПВП относится к группе индазолов комбинированного действия для местного применения. Но, в отличие от остальных НПВП, не содержит карбоксильной группы, что придает ему ряд особенностей: он является слабым основанием, тогда как большинство НПВП – слабые кислоты; обладает высокой липофильностью; по градиенту pH хорошо проникает в очаг воспаления, где pH ниже, и накапливается в терапевтических концентрациях.

Оралсепт® обладает выраженным противовоспалительным, антисептическим (антибактериальным, противовирусным и противогрибковым) действием. Механизм действия препарата связан с угнетением продукции и блокированием активности провоспалительных цитокинов, в частности фактора некроза опухоли и интерлейкина-1, при этом препарат в отличие от других НПВС значимо не влияет на метаболизм арахидоновой кислоты и ингибированием синтеза простагландинов, поэтому лишен побочных эффектов, характерных для группы НПВС. В связи с этим бензидамин классифицирован как цитокинподавляющий противовоспалительный препарат [Schachtel B.P., Padjarino D.A., 1996]. Оралсепт® способствует уменьшению проницаемости капилляров, стабилизации мембран лизосом, торможению процесса окислительного фосфорилирования за счет угнетения выработки АТФ и других макроэргических соединений, а также синтеза, гистамина, брадикинина и провоспалительных факторов. Бензидамину присуще стабилизирующее действие на клеточные мембраны нейтрофилов, тучных клеток, эритроцитов и тромбоцитов.

Кроме того, бензидамин способствует улучшению микроциркуляции в очаге воспаления, вследствие этого оказывает противоотечное действие и уменьшает экссудацию, неаллергенен. Препарат также улучшает процессы эпителизации слизистых ротоглотки в том числе в случае механического повреждения при хирургических манипуляциях [Тарасова Г.Д., 2007; Овчинников А.Ю. и соавт., 2007]. Бензидамин блокирует взаимодействие брадикинина с тканевыми рецепторами, вследствие чего способствует снижению болевой чувствительности в очаге воспаления. Местное анестезирующее действие препарата также связано со структурным сходством молекулы бензидамина и местных анестетиков, что и обусловливает стабилизацию сенсорных рецепторов, снижение концентрации биогенных аминов, имеющих алгогенные свойства [Морозова С.В., Митюк А.М., 2011; Mangano G. et al., 2003]. Недавно получены данные и о воздействии бензидамина на таламические центры болевой чувствительности (локальная блокада синтеза простагландинов E1, E2 и F2a). Кроме того, препарат не раздражает слизистые полости рта и желудочно-кишечного тракта и практически не абсорбируется в кровь и в здоровые ткани, т.е. токсический эффект даже при его передозировке отсутствует.

В отличие от симптоматических средств, Оралсепт® может воздействовать на причину воспаления (бактерии и грибы), быстро проникая через мембраны микроорганизмов с последующим повреждением клеточных структур и нарушением метаболических процессов и лизисом клетки. Противогрибковое действие Оралсепта® доказано в отношении 20 штаммов *Candida albicans* и *non-albicans* за счет структурной модификации клеточной стенки грибов и метаболических цепей мицетов. Спрей содержит натуральный ароматизатор «Мята», придающий препарату приятный вкус, что немаловажно для пациентов детского возраста.

Фармацевтической несовместимости препарата Оралсепт® с другими лекарственными средствами не установлено. Оралсепт® представляет собой новый спрей для местного применения – 1 доза (одно распыление) – 0,255 мкг бензидамина.

Дозирование: **Детям** в возрасте 3–6 лет: 1 распыление на каждые 4 кг массы тела до максимальной дозы, эквивалентной 4 распылениям 2–6 раз в сутки; детям в возрасте 6–12 лет – 4 распыления 2–6 раз в сутки.

Взрослым: 4–8 распылений 2–6 раз в сутки.

Показаниями к применению препарата Оралсепт® являются инфекционно-воспалительные заболевания полости рта и глотки – фарингит, тонзиллит, фаринготонзиллит, ангина, глоссит, гингивит, стоматит различной этиологии, постлучевой эпителиит, кандидоз полости рта (в составе комплексной терапии); в послеоперационном периоде на полости рта и глотки – тонзиллэктомии, аденотомии, крио- и лазерной хирургии новообразований ротоглотки; после травм и оперативных вмешательств на нёбе, полости рта, нижней челюсти.

Нами проведено лечение 50 детей в возрасте от 6 до 12 лет с острым тонзиллофарингитом. 25 пациентов составили основную группу, в схемы комплексной терапии которых была включена местная терапия спреем Оралсепт®. Контрольную группу составили 25 детей, которые не получали местной терапии бензидамином.

Лечебный курс включал местное использование Оралсепта® по 4–6 распылений 4–6 раз в сутки в течение 7–10 дней. Критериями клинической эффективности лечения служили фарингоскопическая картина и субъективные ощущения пациента (спонтанная боль в горле и боль при глотании). Результаты анализа эффективности свидетельствуют, что у пациентов основной группы выздоровление наступило на 5-6 сутки: купировались болевой синдром; разрешились отек, гиперемия и инъекция сосудов слизистой оболочки небных миндалин а также окружающих их тканей. Экссудат и микровезикулы на слизистой оболочке миндалин, небных дужек и задней стенке глотки регрессировали на 4-е сутки заболевания при хорошей переносимости препарата у большинства детей. У больных же контрольной группы инволюция клинической картины острого тонзиллофарингита отмечена только на 8–9 сутки.

Таким образом, правильно подобранная и своевременно проведенная фармакотерапия обеспечивает сохранность функции защитных факторов слизистой оболочки глотки и активность лимфаденоидного глоточного кольца Пирогова-Вальдейера – важного фактора локального и системного иммунитета. Являясь нестероидным противовоспалительным средством из группы индазолов, новый Оралсепт-спрей®, с одной стороны, уменьшает воспалительные процессы и отечность пораженных тканей, с другой – способствует купированию болевого синдрома. Высокий противовоспалительный, анальгезирующий, антибактериальный и противогрибковый эффект получен при лечении воспалительных заболеваний ротовой полости и горла: фарингита, гингивита, глоссита, стоматита, ларингита, тонзиллита, афтозных язв как у детей, так и у взрослых пациентов.

Список литературы находится в редакции.

Все четыре колеса

Об истории детской коляски написаны уже тома книг. Первое подобное средство передвижения создал в 1733 г. ландшафтный архитектор Уильям Кент. Заказчиком детского транспортного средства стал богатый герцог из Девоншира, у которого было 6 детей. Но больше эта коляска была похожа на повозку, в которую запрягали козу, собаку или пони. Постепенно такая дорогая игрушка распространилась в высших слоях общества Англии. Для народа она стала доступной только через 100 лет.

Похожей на нынешнюю коляску это средство передвижения стало только в конце XIX в. Теперь уже американец Уильям Ричардсон в 1889 г. сконструировал детское транспортное средство, в котором ребенок мог сидеть как лицом к маме, так и спиной. И с легкой руки английской королевы Виктории в Англии возникла мода на детские коляски (с ней королева гуляла по парку). Но все равно коляски того времени были неустойчивы, высоки и перевозились без ручки, ее просто тянули за собой. К средине XIX в. их тянули уже не пони, а няни. Названия моделей тоже говорили о привилегиях: вошли в моду коляски «Герцогиня» и «Принцесса».

В 1853 г. была запатентована детская коляска с ручкой сзади, но внешний вид ее все еще повторял взрослый экипаж в уменьшенном размере. Дети в ней только сидели и часто выпадали. После 1870 г. коляска постепенно превратилась в люльку на колесах. Власти в Лондоне относились к ним строго: ее запрещено было возить по тротуарам, кроме того, на коляске необходимы были красные и белые фонари. С появлением первых автомобилей на улицах английских городов появились автоколяски, тогда от няни начали требовать и водительские права. Самой известной компанией по производству детских колясок в конце XIX в. была Silver Cross, которая функционирует и до сих пор. После Первой мировой войны детские коляски в Европе стали доступными всем жителям, кроме бедняков. В моделях появились подножки, сами по себе они стали ниже, колеса стали делать из металла с резиновыми покрышками. Постепенно деревянные и плетеные части корпуса были полностью заменены на резиновые и пластмассовые. Практически до 1930 г. коляски изготавливали вручную, простыми инструментами, а спрос на них оставался большим. В моделях 1940-х гг. появился блок для кормления ребенка, в американских аналогах были красиво изогнутые дуги, верх изготавливался из водонепроницаемой ткани, а в колесах появились спицы.

Легкие складные детские коляски появились только в середине 1960-х гг., причем сначала в США. И создал их авиаинженер Owen Maclaren. Прогулочная коляска stroller была изготовлена из алюминия, она была легка и компактна. Через 20 лет с колясками уже устраивались спортивные забеги, и именно тогда появились маневренные трехколесные модели (их тяжелые прародители на 3 колесах появились еще в XIX в.).

В 2006 г. в Германии среди колясок появились кроссоверы, которые можно было трансформировать в люльку и даже превратить в прицеп к велосипеду. К слову, в мире есть город, где запрещен весь колесный транспорт, кроме детских колясок, – это Венеция.

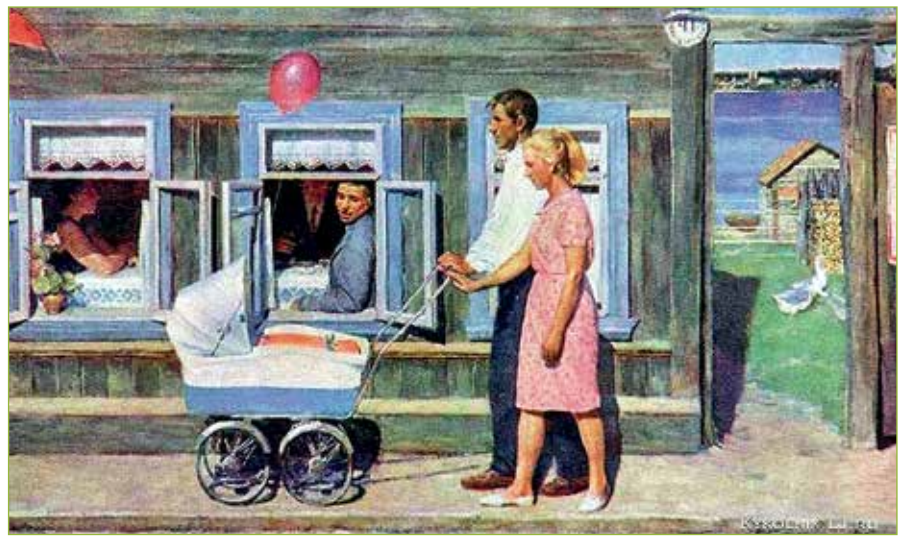
В Советском Союзе коляски начали изготавливать в 1949 г., копируя с немецких образцов. Первые модели вручную изготавливали из лозы, ставили на колесики или полозья, вместо ручек использовали крючки или вешалки. Часто ее в семье передавали «по наследству». В 1953 г. их начал выпускать завод в г. Камове, и следом такие цехи появились на 50 советских заводах. Они были низкими и маленькими. Из импортных встречались немецкие. А с 1960-х гг. появились более высокие прогулочные коляски, где ребенок мог только сидеть, откинувшись назад. Знаменитыми стали детские коляски Воткинского завода. Это были пластмассовые трансформеры, но в народе они не прижились, были легкими и опрокидывались. С 1975 г. по образцу немецких было начато изготовление коляски-трости. Изготавливал их завод в Камове, за что был удостоен Золотой медали ВДНХ.

Портрет детей Олсуфьевых. Тимофей (Тимолоен Карл) Андреевич Нефф (Carl Timoleon von Neff, 1842)

В парке. Татьяна Ниловна Яблонская (1949)

Три ребенка в повозке, запряженной козой. Франс Халс (Frans Hals, 1620)

Радости материнства. Жан Оноре Фрагонар (Jean-Honore Fragonard, 1750)



Праздничное утро. Михаил Юрьевич Кугач (1969)

ПРИКАЗ

от 10 мая 2017 г. N 203н

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ КРИТЕРИЕВ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

III. Критерии качества по группам заболеваний (состояний)
(Продолжение. Начало в №2 2017г.)

3.1.17. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при ветряной оспе (код по МКБ-10: B01)

N п/п	Критерии качеств	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-инфекционистом и/или врачом-педиатром не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
3.	Выполнено определение вируса герпеса человека 3 типа методом полимеразной цепной реакции в крови и/или определение антител к вирусу герпеса человека 3 типа в крови	Да/Нет
4.	Проведена дезинтоксикационная терапия оральная и/или инфузионная (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Проведена терапия противовирусными лекарственными препаратами, обладающими противогерпетической активностью (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Достигнута стойкая нормализация температуры тела на момент выписки из стационара	Да/Нет
7.	Отсутствие новых высыпаний в течение 96 часов до момента выписки из стационара	Да/Нет

3.1.18. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при септицемии (сепсисе) (коды по МКБ-10: A02.1; A39.2; A40; A41; A42.7; A49.9; B37.7; R57.2)

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена оценка состояния и степени тяжести заболевания по шкале SOFA не позднее 1 часа от момента установления диагноза	Да/Нет
2.	Выполнено исследование уровня лактата в крови не позднее 1 часа от момента установления диагноза	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка и/или прокальцитонина в крови не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
4.	Выполнено исследование кислотно-основного состояния крови (pH, PaCO2, PaO2, BE, SB, BB, SO_2, HbO не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
5.	Выполнено не менее двух заборов проб крови, взятых из вен разных верхних конечностей, с интервалом 30 минут для бактериологического исследования крови на стерильность с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
6.	Начата терапия антибактериальными лекарственными препаратами и/или противогрибковыми лекарственными препаратами и/или противовирусными лекарственными препаратами не позднее 1 часа от момента поступления в стационар (при септическом шоке, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Проведена инфузионная терапия не позднее 45 минут от момента установления диагноза (при гипотензии или лактате 4 ммоль/л)	Да/Нет
8.	Не использованы лекарственные препараты на основе гидроксиэтилкрахмала при инфузионной терапии (при тяжелом сепсисе и септическом шоке)	Да/Нет
9.	Выполнено лечение лекарственными препаратами группы вазопрессоры (при гипотензии, не купируемой инфузионной терапией)	Да/Нет
10.	Выполнена пульсоксиметрия	Да/Нет
11.	Выполнена респираторная поддержка (при сатурации кислорода менее 90%)	Да/Нет
12.	Проведена инсулиновая терапия до достижения целевого уровня глюкозы менее 12,9 ммоль/л (только при уровне глюкозы в крови выше 12,9 ммоль/л в двух последовательных анализах крови)	Да/Нет
13.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка и/или прокальцитонина в крови через 48 часов от момента начала антибактериальной терапии	Да/Нет
14.	Выполнено введение низкомолекулярного гепарина или нефракционного гепарина ежедневное однократное (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
15.	Проведена терапия лекарственными препаратами группы ингибиторы протонного насоса (при сепсисе или септическом шоке и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
16.	Выполнено поднятие головного конца кровати на 10 - 45 градусов (при искусственной вентиляции легких)	Да/Нет

3.1.19. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при туберкулезе органов дыхания, подтвержденном бактериологически или гистологически (код по МКБ-10: A15)

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (общий билирубин, аспартатаминотрансфераза, аланинаминотрансфераза, креатинин)	Да/Нет
2.	Выполнен забор мокроты и/или другого биологического материала (бронхоальвеолярной лаважной жидкости, промывных вод бронхов, плевральной жидкости, биоптата бронхо-легочной ткани) для микробиологического (культурального) и микроскопического и молекулярно-генетического исследования до начала курса химиотерапии	Да/Нет
3.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование мокроты и/или другого биологического материала (бронхоальвеолярной лаважной жидкости, промывных вод бронхов, плевральной жидкости, биоптата бронхо-легочной ткани), собранного до начала курса химиотерапии, на жидких питательных средах на микобактерии туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis complex) с идентификацией возбудителя и определением чувствительности возбудителя к противотуберкулезным лекарственным препаратам первого и второго ряда	Да/Нет
4.	Выполнено микроскопическое исследование мокроты и/или другого биологического материала (бронхоальвеолярной лаважной жидкости, промывных вод бронхов, плевральной жидкости, биоптата бронхо-легочной ткани) на микобактерии (Mycobacterium spp.) до начала курса химиотерапии	Да/Нет
5.	Выполнено определение ДНК Mycobacterium tuberculosis complex в мокроте и/или другом биологическом материале (бронхоальвеолярной лаважной жидкости, промывных водах бронхов, плевральной жидкости, биоптате бронхо-легочной ткани) методом полимеразной цепной реакции с идентификацией возбудителя и определение мутации, ассоциированной с лекарственной устойчивостью как минимум к рифампицину до начала курса химиотерапии	Да/Нет
6.	Проведена химиотерапия по режиму 1 (при лекарственной чувствительности возбудителя)	Да/Нет
7.	Проведена химиотерапия по режиму 2 (при монорезистентности к изониазиду или полирезистентности)	Да/Нет
8.	Проведена химиотерапия по режиму 4 (при множественной лекарственной устойчивости микобактерий и чувствительности к лекарственным препаратам группы фторхинолонов)	Да/Нет
9.	Проведена химиотерапия по режиму 5 (при множественной лекарственной устойчивости микобактерий и резистентности к лекарственным препаратам группы фторхинолонов)	Да/Нет
10.	Выполнен непосредственный контроль медицинским персоналом за приемом не менее 80% назначенных суточных доз противотуберкулезных лекарственных препаратов	Да/Нет
11.	Выполнено повторное микробиологическое (культуральное) исследование мокроты на плотных или жидких питательных средах на микобактерии туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis complex) не реже 1 раза в месяц (в интенсивной фазе лечения)	Да/Нет
12.	Выполнено повторное микроскопическое исследование мокроты на микобактерии (Mycobacterium spp.) не реже 1 раза в месяц (в интенсивной фазе лечения)	Да/Нет
13.	Отсутствие нарастания спектра лекарственной устойчивости возбудителя при повторном обследовании микробиологическим (культуральным) и/или молекулярно-генетическим методом в период госпитализации	Да/Нет

3.1.20. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при туберкулезе органов дыхания, не подтвержденным бактериологически или гистологически (код по МКБ-10: A16)

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (общий билирубин, аспартатаминотрансфераза, аланинаминотрансфераза, креатинин)	Да/Нет
2.	Выполнена внутрикожная проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным в стандартном разведении	Да/Нет
3.	Выполнен забор мокроты и/или другого биологического материала (бронхоальвеолярной лаважной жидкости, промывных вод бронхов, плевральной жидкости, биоптата бронхо-легочной ткани) для микробиологического (культурального), микроскопического, молекулярно-генетического исследования до начала курса химиотерапии	Да/Нет
4.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование мокроты и/или другого биологического материала (бронхоальвеолярной лаважной жидкости, промывных вод бронхов, плевральной жидкости, биоптата бронхо-легочной ткани), собранного до начала курса химиотерапии, на жидких питательных средах на микобактерии туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis complex)	Да/Нет

5.	Выполнено микроскопическое исследование мокроты и/или другого биологического материала (бронхоальвеолярной лаважной жидкости, промывных вод бронхов, плевральной жидкости, биоптата бронхо-легочной ткани) на микобактерии (Mycobacterium spp.) до начала курса химиотерапии	Да/Нет
6.	Выполнено определение ДНК Mycobacterium tuberculosis complex в мокроте и/или другом биологическом материале (бронхоальвеолярной лаважной жидкости, промывных водах бронхов, плевральной жидкости, биоптате бронхо-легочной ткани) методом полимеразной цепной реакции до начала курса химиотерапии	Да/Нет
7.	Проведена химиотерапия по режиму 3 (при предполагаемой лекарственной чувствительности возбудителя)	Да/Нет
8.	Проведена химиотерапия по режиму 4 (при предполагаемой множественной лекарственной устойчивости)	Да/Нет
9.	Проведена химиотерапия по режиму 5 (при предполагаемой широкой лекарственной устойчивости)	Да/Нет
10.	Выполнен непосредственный контроль медицинским персоналом за приемом не менее 80% назначенных суточных доз противотуберкулезных лекарственных препаратов	Да/Нет
11.	Выполнено повторное микробиологическое (культуральное) исследование мокроты на плотных и жидких питательных средах на микобактерии туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis complex) не реже 1 раза в месяц (в интенсивной фазе лечения)	Да/Нет
12.	Выполнено повторное микроскопическое исследование мокроты на микобактерии (Mycobacterium spp.) не реже 1 раза в месяц (в интенсивной фазе лечения)	Да/Нет
13.	Отсутствие появления бактериовыделения при повторном обследовании микробиологическим (культуральным) и/или микроскопическим методом в период госпитализации	Да/Нет

3.1.21. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при туберкулезе органов дыхания (коды по МКБ-10: А15; А16)

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (общий билирубин, аспартатаминотрансфераза, аланинаминотрансфераза)	Да/Нет
3.	Выполнен анализ мочи общий	Да/Нет
4.	Выполнена проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным	Да/Нет
5.	Выполнена рентгенография органов грудной клетки и/или компьютерная томография органов грудной клетки	Да/Нет
6.	Выполнен забор мокроты и/или другого биологического материала (бронхоальвеолярной лаважной жидкости, промывных вод бронхов или желудка, плевральной жидкости, ликвора, отделяемого из свищей, биоптата измененных тканей) для бактериологических исследований до начала химиотерапии	Да/Нет
7.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование мокроты и/или другого биологического материала (бронхоальвеолярной лаважной жидкости, промывных вод бронхов или желудка, плевральной жидкости, ликвора, отделяемого из свищей, биоптата измененных тканей) на плотных и жидких питательных средах на микобактерии туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis complex) с идентификацией возбудителя и определением чувствительности возбудителя к противотуберкулезным лекарственным препаратам первого и второго ряда (при наличии бактериовыделения)	Да/Нет
8.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование мокроты и/или другого биологического материала (бронхоальвеолярной лаважной жидкости, промывных вод бронхов или желудка, плевральной жидкости, ликвора, отделяемого из свищей, биоптата измененных тканей) на плотных и/или жидких питательных средах на микобактерии туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis complex) (при отсутствии бактериовыделения)	Да/Нет
9.	Выполнено микроскопическое исследование мокроты и/или другого биологического материала (бронхоальвеолярной лаважной жидкости, промывных вод бронхов или желудка, плевральной жидкости, ликвора, отделяемого из свищей, биоптата измененных тканей) на микобактерии (Mycobacterium spp.)	Да/Нет
10.	Выполнено определение ДНК Mycobacterium tuberculosis complex в мокроте и/или другом биологическом материале (бронхоальвеолярной лаважной жидкости, промывных вод бронхов или желудка, плевральной жидкости, ликвора, отделяемого из свищей, биоптата измененных тканей) методом полимеразной цепной реакции с идентификацией возбудителя и определением мутации, ассоциированной с лекарственной устойчивостью к рифампицину (при наличии бактериовыделения)	Да/Нет
11.	Выполнено определение ДНК Mycobacterium tuberculosis complex в мокроте и/или другом биологическом материале (бронхоальвеолярной лаважной жидкости, промывных вод бронхов или желудка, плевральной жидкости, ликвора, отделяемого из свищей, биоптата измененных тканей) методом полимеразной цепной реакции с идентификацией (при отсутствии бактериовыделения)	Да/Нет
12.	Проведена химиотерапия по режиму 1 (при наличии бактериовыделения и при лекарственной чувствительности возбудителя)	Да/Нет
13.	Проведена химиотерапия по режиму 2 (при наличии бактериовыделения и при монорезистентности к изониазиду или полирезистентности)	Да/Нет
14.	Проведена химиотерапия по режиму 3 (при отсутствии бактериовыделения и при предполагаемой лекарственной чувствительности возбудителя)	Да/Нет
15.	Проведена химиотерапия по режиму 4 (при определяемой и предполагаемой множественной лекарственной устойчивости микобактерий (к изониазиду и рифампицину или рифампицину и чувствительности к лекарственным препаратам группы фторхинолонов)	Да/Нет
16.	Проведена химиотерапия по режиму 5 (при наличии бактериовыделения и при множественной лекарственной устойчивости микобактерий и резистентности к лекарственным препаратам группы фторхинолонов)	Да/Нет
17.	Выполнен непосредственный контроль медицинским персоналом за приемом всех суточных доз противотуберкулезных лекарственных препаратов	Да/Нет
18.	Выполнено повторное микробиологическое (культуральное) исследование мокроты и/или другого биологического материала (бронхоальвеолярной лаважной жидкости, промывных вод бронхов или желудка, плевральной жидкости, ликвора, отделяемого из свищей, биоптата измененных тканей) на плотных или жидких питательных средах на микобактерии туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis complex) не реже 1 раз в месяц (в интенсивной фазе лечения)	Да/Нет
19.	Выполнено повторное микроскопическое исследование мокроты на микобактерии (Mycobacterium spp.) не реже 1 раза в месяц (в интенсивной фазе лечения)	Да/Нет
20.	Выполнен повторный анализ крови биохимический общетерапевтический (общий билирубин, аспартатаминотрансфераза, аланинаминотрансфераза) не реже 1 раза в месяц	Да/Нет
21.	Выполнена повторная рентгенография органов грудной клетки и/или компьютерная томография органов грудной клетки не позднее 2 месяца от момента начала химиотерапии	Да/Нет
22.	Отсутствие появления бактериовыделения при повторном обследовании микробиологическим (культуральным) и/или микроскопическим методом в период госпитализации (при отсутствии бактериовыделения)	Да/Нет
23.	Отсутствие появления бактериовыделения при повторном обследовании микробиологическим (культуральным) и/или микроскопическим методом в период госпитализации (при наличии бактериовыделения)	Да/Нет

3.1.22. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при раннем сифилисе (код по МКБ-10: А51)

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено исследование отделяемого специфических высыпаний, методом темнопольной микроскопии для обнаружения бледной трепонемы (Treponema pallidum) и/или методом полимеразной цепной реакции (при наличии специфических высыпаний на коже и/или слизистых оболочках)	Да/Нет
2.	Выполнено определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) количественным нетрепонемным тестом: реакцией микропреципитации и/или тестом быстрых плазменных реагентов в крови	Да/Нет
3.	Выполнено определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) с использованием реакции пассивной гемагглютинации и/или иммуноферментным методом и/или с использованием реакции иммунофлюоресценции и/или методом иммуноблоттинга и/или реакции иммобилизации бледных трепонем в крови (при диагностике скрытых форм использовано не менее 2 методов)	Да/Нет
4.	Выполнена консультация врачом-офтальмологом (при нарушении функции органа зрения)	Да/Нет
5.	Выполнена консультация врачом-неврологом (при наличии неврологической симптоматики)	Да/Нет
6.	Выполнены рентгенография и/или ультразвуковое исследование внутренних органов и/или опорно-двигательного аппарата (при выявлении клинических признаков поражения соответствующего органа)	Да/Нет
7.	Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами группы пенициллинов (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Проведена антибактериальная терапия лекарственными препаратами группы цефалоспорины III поколения или группы тетрациклинов или группы макролидов при наличии противопоказаний к лекарственным препаратам группы пенициллинов (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.1.23. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при позднем сифилисе, других и неуточненных формах сифилиса (коды по МКБ-10: А52; А53)

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) количественным нетрепонемным тестом: реакцией микропреципитации и/или тестом быстрых плазменных реагентов в крови	Да/Нет
2.	Выполнено определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) с использованием реакции пассивной гемагглютинации и/или иммуноферментным методом и/или с использованием реакции иммунофлюоресценции и/или методом иммуноблоттинга и/или реакции иммобилизации бледных трепонем в крови (при установлении диагноза использовано не менее 2 методов)	Да/Нет
3.	Выполнена спинномозговая пункция (при наличии неврологической симптоматики)	Да/Нет
4.	Выполнено исследование спинномозговой жидкости (определение цитоза, белка) (при спинномозговой пункции)	Да/Нет
5.	Выполнено определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) количественным нетрепонемным тестом реакцией микропреципитации и/или тестом быстрых плазменных реагентов в спинномозговой жидкости (при спинномозговой пункции)	Да/Нет
6.	Выполнено определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) с использованием реакции пассивной гемагглютинации и/или иммуноферментным методом и/или с использованием реакции иммунофлюоресценции и/или реакции иммобилизации бледных трепонем и/или методом иммуноблоттинга в спинномозговой жидкости (при спинномозговой пункции)	Да/Нет
7.	Выполнена консультация врачом-офтальмологом	Да/Нет
8.	Выполнена консультация врачом-неврологом	Да/Нет
9.	Выполнена консультация врачом-кардиологом	Да/Нет
10.	Выполнены рентгенография и/или ультразвуковое исследование внутренних органов и/или опорно-двигательного аппарата	Да/Нет
11.	Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами группы пенициллинов (проведено 2 курса) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
12.	Проведена антибактериальная терапия лекарственными препаратами группы цефалоспорины III поколения при наличии противопоказаний к лекарственным препаратам группы пенициллинов (проведено 2 курса) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

3.1.24. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при врожденном сифилисе (код по МКБ-10: А50)

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено исследование отделяемого специфических высыпаний и/или амниотической жидкости и/или ткани плаценты и/или пуповины методом темнопольной микроскопии для обнаружения бледной трепонемы (Treponema pallidum) и /или методом полимеразной цепной реакции	Да/Нет
2.	Выполнено определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) количественным нетрепонемным тестом: реакцией микропреципитации и/или тестом быстрых плазменных реагентов в крови	Да/Нет
3.	Выполнено определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) с использованием реакции пассивной гемагглютинации и/или иммуноферментным методом и/или с использованием реакции иммунофлюоресценции и/или реакции иммобилизации бледных трепонем и/или методом иммуноблоттинга в крови (при установлении диагноза использовано не менее 3 методов)	Да/Нет
4.	Выполнена спинномозговая пункция (при наличии неврологической симптоматики)	Да/Нет
5.	Выполнено исследование спинномозговой жидкости (определение цитоза, белка) (при спинномозговой пункции)	Да/Нет
6.	Выполнено определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) количественным нетрепонемным тестом: реакцией микропреципитации и/или тестом быстрых плазменных реагентов в спинномозговой жидкости (при спинномозговой пункции)	Да/Нет
7.	Выполнено определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) с использованием реакции пассивной гемагглютинации и/или иммуноферментным методом и/или с использованием реакции иммунофлюоресценции и/или реакции иммобилизации бледных трепонем и/или методом иммуноблоттинга в спинномозговой жидкости (при спинномозговой пункции)	Да/Нет
8.	Выполнена рентгенография длинных трубчатых костей до начала специфической терапии	Да/Нет
9.	Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование препарата плаценты и/или пуповины	Да/Нет
10.	Выполнена консультация врачом-неонатологом и/или врачом-педиатром	Да/Нет
11.	Выполнена консультация врачом-офтальмологом	Да/Нет
12.	Выполнена консультация врачом-неврологом	Да/Нет
13.	Выполнена консультация врачом-оториноларингологом	Да/Нет
14.	Выполнены рентгенография и/или ультразвуковое исследование внутренних органов (при выявлении клинических признаков поражения соответствующего органа)	Да/Нет
15.	Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами группы пенициллинов (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
16.	Проведена антибактериальная терапия лекарственными препаратами группы цефалоспорины III поколения при наличии противопоказаний к лекарственным препаратам группы пенициллинов (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

Продолжение приказа смотрите в следующем номере газеты «Детский Доктор»

НОВОСТИ

Педиатрическая скорая помощь сохранена

Утверждения, будто педиатрическая служба скорой помощи в России ликвидирована, не соответствуют действительности. Помимо нее, из специализированных служб действуют также психиатрическая и неонатологическая (реанимационная младенческая) бригады «скорой». Об этом сказал ректор Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. академика И.П. Павлова Сергей Багненко.

«В большинстве регионов педиатрические бригады остаются, другое дело, что во многих субъектах этим врачам выдали сертификат «Врач скорой медицинской помощи», и тем самым юридически защитили их от любых нападок», – рассказал он и отметил, что такой врач имеет право оказывать помощь больному с любой патологией, поскольку подготовлен для этого. «Конечно, 1/5 из численности всех бригад желательно формировать из лиц с педиатрическим образованием, потому что они знают детей и их лучше отправлять на вызовы к детям», – считает Сергей Багненко.

По его словам, во всем мире у врача скорой медицинской помощи основные задачи – решать кардиологические, травматические и проблемы всех острых заболеваний. И только реанимационная бригада нужна для случаев, связанных с нарушением витальных функций, во всем мире она используется на усиление, отправляясь вслед за линейной бригадой. «Вот к этой схеме мы перешли», – подчеркнул эксперт.

Сергей Багненко добавил, что вопрос ликвидации специализированных бригад был очень болезненным несколько лет назад. «Во всем мире есть бригады скорой помощи и есть реанимационные. А у нас с социалистических времен оказывалась кардиологическая, урологическая, гинекологическая, токсикологическая, эндокринологическая и иная скорая помощь, по сути, это была поликлиника на колесах. Когда мы начали анализировать, насколько эти бригады используются по назначению, то оказалось, что в 90% случаев они ездят не на профильные вызовы. А самая большая проблема была, когда к человеку приезжала обычная бригада, а он жаловался на загрудинные боли, то есть к больному должна была приехать кардиологическая бригада. И время потеряно – человек мог не дожить до этого», – констатировал он.

Источник: medvestnik.ru

Расширен диапазон индекса массы тела в подростковом возрасте, связанный с ранней смертностью от ССЗ

Результаты масштабного исследования, опубликованного в журнале Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, показали, что высокий индекс массы тела (ИМТ), также как и ИМТ в нормальном диапазоне, в позднем подростковом возрасте может повысить риск смерти в среднем возрасте от таких сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), как фатальная аритмия, гипертензивная кардиопатия, кардиомиопатия, артериальные заболевания, сердечная недостаточность и эмболия легочной артерии.

Группа израильских ученых проанализировала данные более 2,2 млн подростков, возраст которых на момент начала исследования в 1967 г. составлял 16–19 лет. Исследование продолжалось до 2011 г. Результаты показали, что с 1981 по 2011 г. скончалось более 32 тыс. участников. В общей сложности было зарегистрировано 3,1 тыс. смертельных случаев от ССЗ, из которых 800 – после исключения инфаркта и инсульта.

По результатам исследования ученые заключили, что излишний вес и ожирение в подростковом возрастетесно связаны с ранней смертностью от ССЗ. Нормальный диапазон ИМТ относительно широк, отмечают исследователи. Они обнаружили, что подростки с ИМТ на верхней границе нормы имеют более высокий риск, чем те, у кого ИМТ приближается к нижней границе нормы. Результаты показывают, что «оптимальный» ИМТ для 17-летнего подростка находится на нижней границе нормы.

«Наши результаты показывают, что подростки с ИМТ в пределах нормального диапазона также могут быть подвержены риску сердечно-сосудистых заболеваний в будущем», – заявили авторы исследования. По их словам, полученные результаты важны, поскольку «в то время как смертность от инфаркта и инсульта у взрослых пациентов моложе 50 лет постепенно снижается, показатели смертности от ССЗ, за исключением инфаркта и инсульта, увеличиваются».

Источник: Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism

Пробиотики в капсулах: зачем ждать **8–10 часов** для активации?[1]

сразу* готов действовать

1. Аджигайтканова С.К. РМЖ. Болезни органов пищеварения. 2007(2):73. *«Сразу» относится к «готов». Подразумевается, что при приеме Хилак форте не происходит растворение капсулы, так как препарат выпускается в жидкой форме и уже содержит готовые метаболиты, которые активны сразу после приема, в отличие от сухих бактерий в капсулах, которым требуется время на активацию. Инструкция по медицинскому применению препарата Хилак Форте. Регулятор равновесия кишечной микрофлоры. За дополнительной информацией обращаться: ООО «Тева», Россия, 115054, Москва, ул. Валовая, 35, БЦ «WallStreet». Тел. + 7 (495) 644-22-35, факс + 7 (495) 644-22-35. E-mail: info@teva.ru, www.teva.ru.

Краткая инструкция по медицинскому применению препарата Хилак форте

Регистрационный номер: П N014917/01. **Торговое название:** Хилак форте. МНН: нет. **Лекарственная форма:** капли для приема внутрь. **Фармакотерапевтическая группа:** противодиарейное средство. **Показания к применению:** нарушение физиологической флоры тонкого и толстого кишечника (во время и после лечения антибиотиками или сульфаниламидами, лучевой терапии); синдром недостаточности пищеварения, диспепсии; диарея, метеоризм, запоры; гастроэнтерит, колит; синдром старческого кишечника (хронические, атрофические гастроэнтериты); расстройства со стороны желудочно-кишечного тракта, вызванные сменой климата; гипо- и анацидные состояния; энтерогенные заболевания желчного пузыря и печени; аллергические кожные заболевания (крапивница, эндогенно обусловленная хроническая экзема); сальмонеллез в стадии реконвалесценции. **Противопоказания:** гиперчувствительность к компонентам препарата. Способ применения и дозы: Хилак форте принимают внутрь до или во время приема пищи, разбавляя небольшим количеством жидкости (исключая молоко). Препарат назначают 3 раза в сутки: взрослым по 40–60 капель или 2,2–3,3 мл на прием, детям по 20–40 капель или 1,1–2,2 мл на прием, младенцам по 15–30 капель на прием. Младенцам рекомендуется использовать препарат во флаконах. После улучшения состояния суточная доза может быть уменьшена наполовину. **Побочные эффекты:** Хилак форте хорошо переносится больными любого возраста. Побочные действия до настоящего времени не наблюдались. Возможны аллергические реакции (кожная сыпь, зуд, крапивница); запор, диарея. **Срок годности:** флаконы — 4 года. После вскрытия флакона — 6 недель. Саше — 2 года. Не применять после истечения срока годности! **Условия отпуска из аптек:** без рецепта. **С подробной информацией о препарате можно ознакомиться в инструкции по применению.** Материал предназначен для медицинских (фармацевтических) работников.

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ, ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ НЕОБХОДИМО ОЗНАКОМИТЬСЯ С ИНСТРУКЦИЕЙ ИЛИ ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

HLKF-RU-00231-Doc-Pharm
Реклама