## СТРАНИЧКИ МОРОЗОВКИ

*Новое семиэтажное здание построено в рамках федерального проекта, реализованного совместно Правительством Москвы и Минздравом России на месте аварийного двухэтажного корпуса 1930-х гг.*

стр. 2

## ПЕДИАТРИЯ МОСКВЫ

*III Московский городской съезд педиатров, прошедший 4–6 октября, позволил специалистам столицы обсудить общие и частные проблемы медицинской помощи детям и подросткам.*

стр. 4

## ДЕТСКИЕ ЛЕКАРСТВА

*Роспотребнадзор показал, что динамика заболеваемости респираторными инфекциями в 2015–2017 гг. начиналась в декабре–январе и продолжалась фактически по апрель. В острый период выбор лекарственного средства затрудняет положение. Что же окажется решением в данном случае?*

стр. 8


# ДЕТСКИЙ ДОКТОР

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


## АКТУАЛЬНО

*Вакцинация детей по графику является самой популярной современной программой*

4 (8) 2017

## ИНТЕРВЬЮ

*Насколько актуально сегодня говорить о жестоком отношении к детям?*

## ПРОБЛЕМЫ ДЕТСКОЙ КАРДИО-ХИРУРГИИ:

*сложные патологии, возможные решения*

biblioteka

**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, главный врач ГБУЗ «Детская городская клиническая больница св. Владимира 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

**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 27 декабря 2017 г.
Время подписания по графику – 10:00, фактически – 10:00
Дата выхода в свет – 9 января 2018 г.

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

# Новая Морозовская больница

*«На сегодняшний день в Морозовской больнице госпитализируются более трети пациентов от общего числа госпитализаций в Москве, независимо от того, федеральное это учреждение или муниципальное. Открытие Новой Морозовской больницы – это абсолютная гарантия того, что москвичи получат качественную медицинскую помощь и достойные условия пребывания».*

Новое семиэтажное здание построено в рамках федерального проекта, реализованного совместно Правительством Москвы и Минздравом России на месте аварийного двухэтажного корпуса 1930-х гг. Работы начались в январе 2014 г. и велись за счет городского и федерального бюджетов.

Здесь открылись новые направления медпомощи в области экстренной сердечно-сосудистой хирургии, аритмологии и трансплантации органов и тканей, включая пересадку костного мозга. Пациентов размещают в одно- или двухместных палатах, рассчитанных на совместное пребывание детей с мамами. В каждой палате есть тревожная кнопка и система видеонаблюдения за состоянием пациента.

***Больница стала полнопрофильным медицинским учреждением, аналогов которому нет в мире***

## КАК УСТРОЕНА НОВАЯ МОРОЗОВСКАЯ БОЛЬНИЦА

**1 этаж**

Инфекционное отделение (мельцеровские боксы), педиатрическое отделение сочетанной патологии, консультативный центр. Здесь получают медицинскую помощь пациенты с пневмонией, ОРВИ, менингитом, острыми бронхитами, инфекциями мочевыводящих путей, острой аллергической реакцией и т.д. Также в консультативном центре ведут прием врачи-специалисты по различным медицинским профилям.

**2 этаж**

Отделение экстренной абдоминальной и гнойной хирурги, отделение оториноларингологии, отделение гематологии, отделение челюстно-лицевой хирургии. Здесь пациенты получают медицинскую помощь по профилям «абдоминальная хирургия», «оториноларингология», «гематология», «челюстно-лицевая хирургия» (врожденные пороки, травмы челюстно-лицевой области).

**3 этаж**

Отделение функциональной диагностики, отделение эндоскопии, отделение травматологии и ортопедии, отделение плановой хирургии и урологии, отделение детской гинекологии, консультативный центр. Здесь пациенты получают медицинскую помощь по профилям «травматология», «ортопедия», «детская урология-андрология», «гинекология». Также ведут консультации детские кардиологи, педиатры, детские хирурги, оториноларингологи, дерматологи, проводятся ультразвуковые и функциональные методы диагностики.

**4 этаж**

Отделение онкологии и гематологии с блоком интенсивной терапии, отделение клинической онкологии, отделение офтальмологии и микрохирургии глаза.

Здесь получают медицинскую помощь пациенты с онкологическими заболеваниями крови (лейкозы), опухолями органов и тканей. Также оказывают помощь по профилю «офтальмология», проводятся ультразвуковые исследования.

**5 этаж**

Отделение кардиоревматологии, отделение кардиохирургии, нейрохирургии с блоком интенсивной терапии, отделение наследственных нарушений обмена веществ, а также первое в системе городских детских медицинских организаций отделение трансплантации костного мозга с блоком интенсивной терапии. Здесь пациенты получают медицинскую помощь по профилям «детская кардиология», «ревматология», «нейрохирургия», «орфанные и другие редкие заболевания». Нуждающимся пациентам будет проводиться трансплантация костного мозга.

**6 этаж**

Операционный блок на 12 операционных, отделение анестезиологии, отделение реанимации для хирургических больных, отделение лучевой диагностики и административно-хозяйственные помещения. Здесь на современном оборудовании проводятся операции по различным хирургическим профилям (кардиохирургия, абдоминальная хирургия, урология, торакальная хирургия, травматология, оториноларингология, офтальмология и т.д.). Также проводятся магнитно-резонансная и компьютерная томография, рентгенологические исследования.

**7 этаж**

Отделение физиотерапии и лечебной физкультуры, клинико-диагностическая лаборатория, производственные помещения пищеблока и обеденный зал, блок административно-хозяйственных помещений и конференц-зал на 200 мест.

## НОВЫЕ ВИДЫ ПОМОЩИ

Для новой Морозовской больницы закупили компьютерные и магнитно-резонансные томографы, рентген-диагностические и рентген-хирургические аппараты, оборудование для челюстно-лицевой хирургии, мониторы болевого стресса, ультразвуковые диагностические системы, генетическую лабораторию – всего около трех тысяч единиц новейшего медицинского оборудования. В операционной были установлены аппараты для электрофизиологических методов диагностики и лечения сложных нарушений сердечного ритма у детей. Здесь впервые в России были открыты отделения трансплантации костного мозга, органов и тканей с аппаратами для хранения трансплантата

***Для корпуса закупили новейшее медицинское оборудование***

bionika-media.ru

и стерильными боксами для проведения операций, появилось отделение экстренной детской кардиохирургии, которого не было в Москве, открыт единственный в городе референс-центр орфанных и других заболеваний детей и подростков (их всего два в России – в Екатеринбурге и Москве). Работают два операционных блока, отделение анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии, клинико-диагностическая лаборатория, отделение физиотерапии и лечебной физкультуры.

***Новая Морозовская больница – это не просто новое здание, это новая больница – достижение и гордость Москвы и России! Морозовская больница, имеющая вековую историю и ежегодно принимающая более 100 тысяч детей, развивается, и любой юный житель не только Москвы, но и России может получить тут высококвалифицированную медицинскую помощь.***
***В любое время дня и ночи, каждый день, круглый год лучшие врачи и медицинские сестры страны лечат и помогают своим пациентам.***

## МНОГОПРОФИЛЬНАЯ КЛИНИКА

В новой Морозовской больнице сформированы уникальные центры, где оказывают помощь детям и подросткам, нуждающимся в сложном и высокотехнологичном лечении.
В **Центре по лечению цереброваскулярной патологии у детей и подростков** для врачей стоит основная задача – работа с педиатрами всех специальностей и родителями детей, относящихся к группе риска по развитию нарушения мозгового кровообращения.
**Центр детской ревматологии** функционирует с апреля 2014 г. В структуру центра входят отделение кардиоревматологии и пульмонологии, педиатрический дневной стационар, отделение ОРИТ для терапевтических больных, отделение травматологии и ортопедии, отделение офтальмологии и микрохирургии глаза. Здесь оказывают стационарную и амбулаторную помощь детям с ювенильным ревматоидным артритом, реактивным артритом, постинфекционными артритами, системной красной волчанкой, ювенильным дерматомиозитом, ювенильным полимиозитом, синдромом Кавасаки и другими заболеваниями.
Созданный в 2014 г. **Центр детской онкологии и гематологии** оказывает пациентам медицинскую помощь в соответствии с лучшими мировыми стандартами. В нем оборудованы амбулаторное отделение, стационар дневного пребывания, круглосуточная онкогематологическая лаборатория, отделение переливания крови и круглосуточный стационар на 230 коек (включая блок интенсивной терапии и реанимации для онкогематологических больных). В отделениях применяются высокотехнологичные методы лечения: интенсивная высокодозная полихимиотерапия, клеточная терапия, инновационные хирургические методики, заместительная терапия факторами свертывания крови и иммуноглобулинами.
В **Центре репродуктивного здоровья детей и подростков** проводят комплексное обследование пациентов с заболеваниями органов репродуктивной системы, разрабатывают систему реабилитации, ведут городской регистр профильных пациентов. На базе центра работает школа репродуктивного здоровья, посвященная нормам и патологиям репродуктивной системы, порокам развития половых органов, воспалительным заболеваниям наружных и внутренних половых органов, вопросам контрацепции у подростков.
В рамках работы **Центра детской эндокринологии** ведутся регистры детей с эндокринной патологией, оказывается многопрофильная медицинская помощь пациентам. Среди заболеваний, с которыми работают специалисты центра, сахарный диабет и другие формы нарушения углеводного обмена, метаболический синдром и ожирение, патология щитовидной железы, патология надпочечников и задержка роста.
В **Центре по лечению детей с болезнью Виллебранда** оказывают консультативную, амбулаторную и стационарную медицинскую пациентам с данным заболеванием, проводят клинико-лабораторные, инструментальные и морфогенетические обследования, проводят переливание крови и останавливают кровотечение, применяя самые современные технологии.
В **Центре детской гастроэнтерологии** оказывают все виды комплексной медпомощи детям, страдающим тяжелыми заболеваниями желудочно-кишечного тракта, в том числе воспалительными заболеваниями кишечника, нарушениями всасывания в кишечнике и синдромом короткой кишки, возникающим в результате операций. Там же ведут регистры пациентов с воспалительными заболеваниями и синдромом короткой кишки, что позволяет закупать необходимые препараты, специализированное питание и медицинские изделия. Льготные рецепты, выдача которых не зависит от наличия или отсутствия инвалидности у ребенка, выписывают на консультативном приеме, получить все необходимое можно в аптечном пункте на территории больницы.
В **Медико-генетическом отделении (Московском Центре неонатального скрининга)** новорожденные проходят обследование для раннего выявления заболеваний, которые приводят к инвалидности. При ранней диагностике таких заболеваний сразу назначается терапия, что исключает развитие клинических проявлений и осложнений установленного заболевания. Здесь

***В больнице работает круглосуточный детский многопрофильный стационар, не имеющий аналогов в России, где больных принимает дежурная бригада детских врачей-специалистов***

наблюдаются дети с такими наследственными заболеваниями, как фенилкетонурия, галактоземия, адреногенитальный синдром, муковисцидоз, врожденный гипотиреоз. Врачи генетики проводят консультации пациентов по направлению врачей специалистов города, а также осуществляют консультирование семей, уже имеющих ребенка с наследственной патологией.
**Референс-центр врожденных наследственных заболеваний**, генетических отклонений, орфанных и других редких заболеваний позволяет максимально рано диагностировать редкие болезни у детей и подростков и начать их своевременное лечение. В центре проводят селективный скрининг для снижения детской и младенческой смертности, раннюю диагностику и лечение наследственных заболеваний у детей, профилактику наследственных заболеваний.
**Консультативно-диагностический центр амбулаторной неврологии и семейной психотерапии** оказывает помощь подросткам с функциональными нарушениями центральной нервной системы и последствиями перенесенных заболеваний ЦНС, сопровождающихся когнитивными и поведенческими изменениями. Консультации в центре проводятся специалистами с привлечением таких диагностических возможностей, как нейросонография, ультразвуковое исследование сосудов, электроэнцефалография, видео-ЭЭГ-мониторирование, электронейромиография, магнитно-резонансная и компьютерная томография. Ведется прием по узким направлениям детской неврологии. Выделены кабинеты эпилепсии и пароксизмальных состояний, патологии раннего возраста, нервно-мышечных заболеваний, головной боли, нарушения поведения и задержки развития, психолого-логопедическая группа.
В **Центре респираторной медицины** оказывают первичную высокотехнологичную специализированную помощь детям с респираторными заболеваниями, проводят клинико-лабораторные и инструментальные обследования, чтобы установить или подтвердить диагноз и организуют динамическое наблюдение.
Открытие **Центра специализированной медицинской помощи детям при заболеваниях органов головы и шеи** планируется в январе 2018 г. Центр будет оказывать помощь детям по таким профилям, как челюстно-лицевая хирургия, нейрохирургия, оториноларингология, торакальная хирургия и др.
Сегодня в больнице работает:

- круглосуточная многопрофильная бригада, состоящая из 14 врачей-специалистов и вспомогательных служб (рисунок);
- 11 Главных внештатных специалистов ДЗМ города Москвы;
- оказание медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях
- (полный спектр медицинских услуг от диагностики и лечения до медицинской реабилитации).

С 2011 по 2017 г. в рамках программы модернизации столичного здравоохранения в Новой Морозовской больнице установили более 3 тыс. единиц различного медицинского оборудования, в том числе аппаратуру для искусственной вентиляции легких новорожденных и инкубаторы для выхаживания детей с экстремально низкой массой тела.
В Морозовской больнице оказывают помощь в области экстренной сердечно-сосудистой хирургии, аритмологии и трансплантации органов и тканей, включая пересадку костного мозга. Также работают профильные отделения реанимации и интенсивной терапии. Для оснащения нового корпуса было закуплено около трех тысяч единиц новейшего медицинского оборудования. Пациентов размещают в одно- или двухместных палатах. В каждой есть тревожная кнопка и система видеонаблюдения за состоянием детей. Для мам предусмотрены отдельные спальные места.

***Морозовская больница имеет лицензию на образовательную деятельность и является центром постдипломного педиатрического образования***

vofmedia

# На столичных педиатров равняются регионы

*III Московский городской съезд педиатров, прошедший 4–6 октября, позволил специалистам столицы обсудить общие и частные проблемы медицинской помощи детям и подросткам. Пути решения этих проблем врачи наметили, исходя из слогана форума: «Трудный диагноз в педиатрии: от простого – к сложному».*

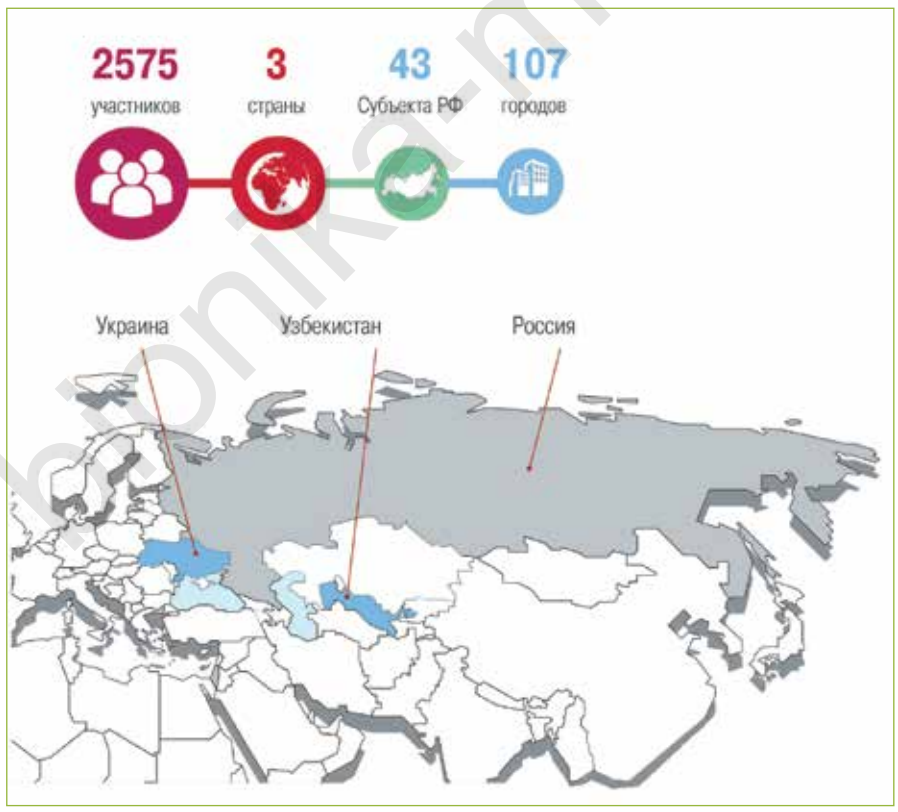
В своем приветственном слове глава Комитета по охране здоровья Московской городской думы Дмитрий Анатольевич Морозов напомнил о том, что на протяжении всей своей истории и даже в самые сложные для России времена отечественная педиатрия никогда не подводила страну и являлась примером того, как надо работать. А также напутствовал участников съезда мудрым выражением Сергея Петровича Боткина: «В диагностике заболевания его симптомы не перечисляют, а взвешивают».

Поздравив педиатров с открытием форума, директор Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздрава России, д.м.н., профессор Елена Николаевна Байбарина сказала о том, что сегодня на столичных педиатров равняются все регионы, и это накладывает на московских врачей дополнительную ответственность. «Мы видим ваш большой вклад в ситуацию снижения младенческой смертности в стране», – отметила она и, передав теплые слова от имени министра здравоохранения РФ Вероники Игоревны Скворцовой, вручила благодарственные письма московским врачам.

Заместитель руководителя Департамента здравоохранения Москвы, к.м.н. Елена Юрьевна Хавкина приветствовала московских врачей от имени мэра столицы Сергея Семеновича Собянина и от руководителя Департамента здравоохранения Москвы Алексея Ивановича Хрипуна и передала им слова благодарности за большой вклад в развитие столичного здравоохранения.

Генеральный директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева» Минздрава России, д.м.н., профессор, академик РАН Александр Григорьевич Румянцев сообщил о том, что в самые ближайшие дни Москва ждет открытия нового корпуса Морозовской больницы, где будут представлены отделения гематологии, онкологии и трансплантации гемопоэтических стволовых клеток, а также Центра иммунологии в больнице имени Сперанского. Он напомнил аудитории о том, что 4 года назад в реабилитационном центре «Русское поле» появился уникальный, не имеющий аналогов реабилитационный центр для детей, выздоровевших от рака, перенесших трансплантацию костного мозга и детей с иммунодефицитами. А в мае нынешнего года здесь было открыто отделение для детей первого года жизни, перенесших рак. Главный внештатный специалист-педиатр Департамента здравоохранения города Москвы, главный врач ГБУЗ «Морозовская детская городская клиническая больница Департамента здравоохранения города Москвы», д.м.н., профессор Игорь Ефимович Колтунов поблагодарил академика А.Г. Румянцева за грандиозную работу, которую проводит для детей возглавляемый им Центр, и назвал ее «вселяющей надежду в завтрашний день».

Заведующая кафедрой детских болезней ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, д.м.н., педиатр, пульмонолог, профессор Наталья Анатольевна Геппе сообщила о том, что старейшее российское педиатрическое общество, созданное профессором Н.Ф. Филатовым, в нынешнем году будет отмечать



***Участники III Московского городского съезда педиатров***

bipnika-m

170-летие своего основателя, и многие столичные мероприятия пройдут под эгидой этой знаменательной даты. В своем пленарном докладе профессор И.Е. Колтунов взглянул на столичную педиатрию с точки зрения ее развития, обозначив главный приоритет – здоровье детей: «В своем составе Москва сегодня имеет Центр орфанных заболеваний (один из двух в России), единственный в России Центр детского инсульта. Поэтому сегодня, попадая в столичный многопрофильный стационар, ребенок может получить в нем всю необходимую медицинскую помощь. Мы смогли расширить неонатальный скрининг (сегодня он включает 11 нозологических форм, и это почти европейский стандарт), выполняем селективный неонатальный скрининг. Мы активно внедряем тандемную масс-спектрометрию и лечим эпилепсию хирургическим путем. Единственное, чего Москве сегодня не хватает, – это лучевой терапии. Но мэр столицы С.С. Собянин уже принял беспрецедентное решение, выделив 50 миллионов долларов на строительство Центра протонной медицины, и уже через 2 года Москва получит весь цикл оказания медицинской помощи детям, страдающим онкологическими заболеваниями».

Профессор А.Г. Румянцев посвятил свою лекцию «клиническому воплощению биологии развития» – так он охарактеризовал педиатрию. «Важным является то, что педиатр сегодня Newton не столько лечащий врач, сколько обучающий, потому что 25% своего времени участковый врач тратит на разговоры с родителями, хотя этот момент не прописан ни в каких документах и не оплачивается, – отметил он. – И, поскольку этому врачу обязательно нужно получить диагноз, в педиатрической среде самое большое количество функциональных диагнозов (среди которых можно назвать дисбактериоз, диспанкреатизм, дискинезию желчевыводящих путей, вторичную иммунологическую недостаточность, ВСД и др.), которых нет в современном классификаторе болезней. Поэтому внедрение информационных технологий в сегодняшнюю педиатрию требует полной перестройки практики детского здравоохранения. При этом следует переоценить и пересмотреть роли участковых педиатров, врачей стационаров и узких специалистов, а также семей и НКО по охране здоровья детей. Мы должны изменить подготовку врачей-педиатров из лечащих в обучающих семью ребенка и работающих в целях профилактики».

Докладчик также обратил внимание на то, что опережающее значение биологии развития и педиатрии определяет дальнейшее развитие клинической медицины. В нее, по мнению профессора А.Г. Румянцева, необходимо включить, во-первых, полногеномное секвенирование плода в первый триместр беременности по циркулирующим в биологических жидкостях матери нуклеиновым кислотам. Во-вторых, детализацию биологии материнского и детского микрохимеризма и определение его роли в патологии человека. В-третьих, биоинформационные технологии в онкологии (регуляцию клеточного цикла опухолевых клеток, определение ключевых нарушений генома, таргетную терапию). В-четвертых, клеточные основы трансплантации ГСК, органов и тканей. В-пятых, биологию старения как проблему логистики полипотентных и унипотентных стволовых клеток. В-шестых, изучение межклеточного взаимодействия и врожденного иммунитета в инфекционном процессе. В-седьмых, изменение причинно-следственных отношений в иммунологии и аллергологии. В-восьмых, изучение роли микробиоты человека.

*А.Г. Румянцев*

Главный специалист по детской кардиохирургии Морозовской ДГКБ, д.м.н., профессор Михаил Арамович Абрамян коснулся вопросов истории и рассказал о вкладе отечественных ученых в развитие детской кардиохирургии. Он напомнил, что кардиология своими корнями уходит еще в античные времена, связанные с именами Клавдия Галлена, впервые предложившего теорию о строении сердца и кровообращении, и развившими ее Леонардо да Винчи, Андреасом Везалием, Уильямом Гарвеем. Докладчик упомянул о пионере детской кардиохирургии Роберте Гроссе (который впервые выполнил перевязку открытого артериального протока), об Уолтоне Лиллехае (семь раз номинированном на Нобелевскую премию в области медицины за первые операции на открытом сердце, внедрение перекрестного кровообращения, первого пузырькового оксигенатора в клинике, нормотермической перфузии, первого внешнего кардиостимулятора, создание оригинального искусственного клапана и проведение новейших операций на сердце). Среди современных отечественных ученых, которые внесли огромный вклад в развитие кардиохирургии в стране, докладчик назвал многие имена, и их в числе, конечно, был упомянут А.Н. Бакулев, который первым в СССР выполнил перевязку открытого артериального протока и закрытую митральную комиссуротомию, а также стал организатором и директором института грудной хирургии. Говоря о рентгенэндоваскулярной хирургии и аритмологии, профессор М.А. Абрамян назвал имена Ю.С. Петросяна, А.В. Иваницкого, Б.Г. Алекяна, А.Ш. Ревишвили, которым принадлежат многие открытия мирового значения.

*И.Е.Колтунов и Д.А. Морозов*

В заключительные минуты пленарного заседания III Московского городского съезда педиатров профессор Игорь Ефимович Колтунов наградил дипломами министра здравоохранения Москвы лучших участковых педиатров столицы.

**Людмила Боева**

НОВОСТИ

## Число детей с расстройствами аутистического спектра в России занижено в десять раз

Число детей с расстройствами аутистического спектра в России в 10 раз выше, чем свидетельствует официальная статистика. Об этом сообщила член Совета при правительстве по вопросам попечительства в социальной сфере Елена Клочко. По данным совета, большинство педиатров не владеют методиками раннего распознавания подобных заболеваний. В результате дети остаются без своевременной помощи и становятся инвалидами.

По данным Минздрава России, распространенность расстройств аутистического спектра (РАС) в России и мире составляет около 1% детской популяции. Исходя из этой информации, в фонде содействия решению проблем аутизма «Выход» приблизительно рассчитали, насколько диагностика РАС отстает от реального положения дел. Например, в Москве может проживать 21,6 тыс. детей с аутистическими расстройствами, но на июнь 2017 года диагноз поставлен только 2,6 тыс., сообщают «Известия» со ссылкой на фонд.

В Санкт-Петербурге число детей с РАС может доходить до 9 тыс., но в декабре 2016 года Комитет по здравоохранению правительства Северной столицы сообщал лишь о 402 детях с аутизмом. Соотношение прогнозного числа детей с расстройствами аутистического спектра и официальных данных в некоторых других регионах выглядит так: Новосибирская область – 5,9 тыс. и 694, Воронежская область – 4,4 тыс. и 712, Белгородская область – 3 тыс. и 337. О проблеме на заседании Совета при Правительстве РФ по вопросам попечительства в социальной сфере доложено премьер-министру Дмитрию Медведеву.

По словам Елены Клочко, в разных регионах России детям с аутизмом ставят различные диагнозы; например, умственную отсталость. В результате они попадают в коррекционные школы, получают неправильное образование. «Ребенок с умственной отсталостью должен развиваться по особой программе. И совсем другая ситуация у аутиста с сохранным интеллектом. Это совершенно иное состояние, иная проблема. В этом должны разбираться именно детские психиатры. А методические материалы для раннего выявления аутизма до сих пор не переведены на русский язык. Мир давно уже идет путем развития методики раннего выявления, а мы остаемся на обочине», – считает Елена Клочко.

В Минздраве России изданию сообщили, что среди специалистов во всем мире идет дискуссия о том, не является ли высокая частота аутизма в некоторых странах результатом гипердиагностики. «Проблема пациентов с расстройствами аутистического спектра находится под пристальным вниманием Минздрава и специалистов ведущих федеральных центров, – сообщили в ведомстве. – В девяти субъектах РФ реализуются пилотные проекты, целью которых является ранее выявление детей с риском развития ментальных нарушений, в том числе аутистического спектра».

Источник: www.medvestnik.

# Проблемы детской кардиохирургии: сложные патологии, возможные решения

*На одном из симпозиумов состоявшегося в Москве с 4 по 6 октября III городского съезда педиатров специалисты обсудили проблемы детской кардиохирургии. «От простого – к сложному» – такова была общая концепция форума, и по этому пути двигались врачи, обсуждая самые различные вопросы.*

Сердечно-сосудистый хирург отделения кардиохирургии и интенсивной терапии ГБУЗ ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова ДЗМ Оксана Игоревна Калинина затронула тему эндоваскулярной окклюзии «сложных» дефектов межпредсердной перегородки (ДМПП) у детей. Свой доклад она начала со статистики, сообщив, что ДМПП является одним из часто встречающихся врожденных пороков и составляет около 7–10% от всех врожденных аномалий сердца. По словам докладчика, такая аномалия может быть как изолированной, так и комбинированной и относится к числу пороков, которые могут быть полностью корригированы с большей эффективностью, чем другие сердечные аномалии.

Доктор О.И. Калинина пояснила, что дефект межпредсердной перегородки можно разделить на первичный и вторичный, который составляет около 90% от всех ДМПП, при этом подобные аномалии имеют край, отделяющий дефект от уровня предсердно-желудочковых клапанов. По локализации вторичные аномалии делятся на центральный дефект, дефект нижнего венозного синуса (расположенный у устья нижней полой вены), верхний (расположенный под устьем верхней полой вены), задний (дефект, смещенный к свободной стенке правого предсердия), передний (дефект, смещенный к аорте) и множественные дефекты. «Наиболее простым и подходящим для эндоваскулярного закрытия является центральный ДМПП, который имеет все края. Но поскольку у детей дефект обычно смещен вперед, это ведет к дефициту аортального края и делает его закрытие затруднительным, — сказала она. – Для закрытия ДМПП окклюдером наиболее сложными являются крупные, более 15 мм, ДМПП с дефицитом аортального края менее 3 мм или его отсутствием, а также дефекты с диспластичным задненижним краем, множественные ДМПП и дефекты без нижнего края».

Оксана Игоревна напомнила, что закрытие ДМПП у детей раннего возраста стало возможным, когда в 1996 г. профессор университета Миннесоты Курт Амплатцер (Kurt Amplatzer) разработал новое самоцентрирующееся, самораскрывающееся и репозицируемое устройство, названное септальным окклюдером Амплатцера. Данные экспериментального апробирования показали высокие технические и клинические характеристики, что позволило начать его клинические испытания. В 1997 г. разрешение на клиническую апробацию окклюдера было предоставлено нескольким рабочим группам ведущих кардиохирургических центров мира.

Далее докладчик рассказала об опыте хирургического лечения ДМПП в отделении кардиохирургии ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова, где с 2012 г. по настоящее время было выполнено 185 окклюзий ДМПП 183 детям (средний возраст – 7 лет, средний вес – 29 кг), двум детям была проведена реинтервенция. 25% этих пациентов имели крупный ДМПП с дефицитом аортального края. В этой работе были использованы окклюдеры Амплатцера (в 82% случаев), а также Figula Flex II, который отличается от первого наличием подвижного соединения между окклюдером и доставляющим устройством, что может быть полезно при оперировании сложных дефектов. Доктор О.И. Калинина пояснила, что размер окклюдера был выбран после предварительного измерения ДМПП баллоном, а диаметр выбирался исходя из полученного размера дефекта +10 – 20%.

В качестве примера закрытия сложного ДМПП у ребенка докладчик привела клинический случай хирургического лечения пациентки 6 лет 8 мес (вес – 26 кг, рост – 125 см) с диагнозом «врожденный порок сердца, крупный вторичный дефект межпредсердной перегородки без аортального края». «Учитывая отсутствие аортального края, было принято решение выполнить закрытие дефекта ДМПП окклюдером Figula Flex II диаметром 21 мм. Окклюдер был позиционирован на перегородке при трансторакальной интраоперационной эхокардиографии, в результате чего было достигнуто отсутствие сброса крови через дефект», — прокомментировала доктор О.И. Калинина данную операцию. И далее резюмировала: «Эндоваскулярное закрытие ДМПП является относительно безопасным методом хирургического лечения порока. И даже у сложного контингента больных порок может быть закрыт надежно и без осложнений. Однако в этой области требуется накопление опыта и проведение дальнейших исследований».

Опыт хирургического лечения синдрома аномального отхождения левой коронарной артерии от легочного ствола аудитории представил врач сердечно-сосудистый хирург ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Минздрава России Владимир Петрович Мирошниченко. Он напомнил, что аномальные отхождения являются крайне разнообразной патологией, включающей отхождение левой коронарной артерии от легочного ствола, отхождение правой коронарной артерии от легочного ствола, атрезию левой коронарной артерии, аномальное отхождение коронарных артерий от корня аорты (правая артерия от левого синуса Вальсальвы, левая артерия от правого синуса Вальсальвы), а также аномальное отхождение левой коронарной артерии от ветвей легочной артерии. «Встречаемость отхождения левой коронарной артерии от легочного ствола составляет 1 на 300 тысяч новорожденных. При естественном течении порока сердца летальность без оперативного вмешательства к первому году жизни достигает 90%», — отметил докладчик.

Далее он остановился на патофизиологии порока, которая связана с тем, что к трем месяцам жизни у ребенка снижается сопротивление в стволе легочной артерии, и аномально отходящая коронарная артерия начинает сбрасывать кровь в легочный ствол, тем самым уменьшая коронарное перфузионное давление. Это приводит к ишемии миокарда, дилатации левого желудочка, дисфункции папиллярных мышц и, как следствие, к недостаточности митрального клапана.

По словам доктора В.П. Мирошниченко, клинической картиной заболевания являются приступы необъяснимого беспокойства и плача ребенка, кардиомегалия и признаки застойной сердечной недостаточности. Также в патофизиологию данного порока входят ишемические изменения – высоковольтажные зубцы Q в грудных отведениях. А по данным эхокардиографии выявляются большой конечный диастолический объем левого желудочка, наличие сброса в стволе легочной артерии, фиброз папиллярных мышц митрального клапана, приводящий к его недостаточности.

Докладчик рассказал об опыте лечения 19 пациентов Центра здоровья детей: «Только у трех из них был первично выставлен диагноз ВПС, все остальные дети наблюдались с диагнозом дилатационной кардиомиопатии. Это очень важно для кардиологов любого звена: прежде чем ставить такой диагноз, в первую очередь необходимо исключить врожденные пороки сердца». Доктор В.П. Мирошниченко сообщил о том, что за 2016 – 2017 гг. в отделении кардиохирургии выло выполнено 9 операций по реимплантации ЛКА в аорту, 7 – по прямой имплантации, 2 – по созданию неоствола ЛКА и в 2 случаях проводилась экстракорпоральная мембранная оксиге-

нация (ЭКМО). Ни в одном из этих случаев не было летальных исходов.

Докладчик представил коллегам клинический пример лечения пациента – мальчика 5 месяцев жизни, который поступил в отделение кардиохирургии с одышкой при кормлении и плохой прибавкой в массе тела. В анамнезе ребенка было снижение фракции выброса левого желудочка, а диагноз, который ребенку поставили по месту жительства, звучал как «врожденный кардит с исходом в дилатационную кардиомиопатию». По данным эхокардиографии отмечались большой КДО левого желудочка, митральная регургитация 2–3 степени, ретроградный поток в проекции ЛКА, гиперэхогенные, утолщенные фиброзно-мышечные тяжи хордального аппарата митрального клапана. По данным ангиографии у ребенка был установлен порок – отхождение левой коронарной артерии от правой ветви легочной артерии. Это послужило основанием для оперативного вмешательства. В послеоперационном периоде ребенок 4 ч находился на ИВЛ и 48 ч в отделении реанимации и интенсивной терапии. На 10 сут пациент был выписан из стационара. Спустя 3 мес после операции малыш адекватно прибавил в весе. Ему были назначены минимальные дозы диуретиков, ингибиторов АПФ. «По данным эхокардиографии можно было наблюдать положительные результаты увеличения фракции выброса левого желудочка, снижения конечно-диастолического размера и уменьшения недостаточности на клапане», – сказал в заключение доктор В.П. Мирошниченко.

О результатах хирургического лечения детей с транспозицией магистральных артерий (ТМА) в ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова рассказал врач сердечно-сосудистый хирург, старший научный сотрудник ФГБУ «Научно-практический центр интервенционной кардиоангиологии» Минздрава России Олег Юрьевич Корноухов. Он сообщил о том, что первая в России успешная операция анатомической коррекции с транспозицией магистральных артерий была выполнена в отделении экстренной кардиохирургии новорожденных центра имени Бакулева 13 марта 1992 г. командой специалистов под руководством профессора В.Н. Ильина, который сегодня возглавляет отделение кардиохирургии ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова.

Далее докладчик перешел к клиническим примерам проведенных операций. В период с 2008 по 2016 г. 128 пациентов с ТМА перенесли артериальное переключение. Хирургами было выполнено 102 «простых» переключения с транспозицией (из которых 75 – пациентам с интактной межжелудочковой перегородкой, 27 – с устранением одного дефекта межжелудочковой перегородки) и 26 «сложных» переключений. «Сложными» случаями докладчик обозначил артериальные переключения у детей с транспозицией множественных дефектов межжелудочковой перегородки, при сочетании транспозиции с обструкцией дуги аорты, артериальное переключение у пациента весом менее 2,5 кг, коррекцию порока при установленной «сложной» коронарной анатомии, а также с обструкцией выводного отдела левого желудочка и другими непростыми сочетаниями. Он пояснил, что сложными для перемещения вариантами коронарных сосудов являются артерии с интрамуральным ходом, а также единственная коронарная артерия, формирующая двойную петлю (II, III C, IV тип в соответствии с классификацией госпиталя Marie Lannelongue, который применяется в ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова).

Доктор О.Ю. Корноухов рассказал о том, что для реконструкции корня неоаорты хирурги использовали открытую технику и следующие принципы реплантации коронарных сосудов: левой коронарной артерии – с использованием техники trapdoor, правой – реплантацию ПКА выше линии анастомоза с восходящей артериальной аортой. В одном случае с близко расположенными над областью лицевой комиссуры устьями коронарных сосудов с интрамуральным ходом обеих коронарных артерий была использована техника in-situ с формированием передневерхней стенки неосинуса колпачком из материала Gore-Tex.

Затем докладчиком была продемонстрирована хирургическая техника реконструкции корня неолегочной артерии трапециевидным лоскутом нативного аутоперикарда, которая была представлена российскими специалистами в нынешнем году в Барселоне на Всемирном конгрессе детских кардиологов. «В нашей серии наблюдений мы отдавали предпочтение первичному артериальному переключению, однако перинатальные экстракардиальные осложнения (сепсис, пневмония, пролонгированная ИВЛ, внутрижелудочковое кровоизлияние, отек мозга, язвенно-некротический энтероколит), а также выраженная недоношенность при рождении могут быть аргументами для отказа от немедленной анатомической коррекции порока в условиях искусственного кровообращения в периоде новорожденности», – объяснил он. – 19 пациентам коррекция порока была проведена в два этапа, причем 17 из них первый этап анатомической коррекции был выполнен в клинике им. Н.Ф. Филатова. Госпитальная выживаемость в общей группе оперированных детей составила 93%, причем у пациентов с «простым» переключением она составила 95,1%, а в группе «сложных» – 84,6%. Медиана отдаленного наблюдения составила 2,6 года с отдаленной выживаемостью более 99,2% (была одна поздняя смерть пациента). В течение 8 лет наблюдения за этими пациентами состоялись 4 повторные операции, среди которых в двух случаях пациентам резецировали коарктацию аорты через 2 и 2,5 мес после неонатального ASO (операции артериального переключения). Оба пациента имели крупный проток до операции и были выписаны из клиники без признаков коарктации аорты. Пиковый градиент систолического давления по данным ЭХО на анастомозе дуга\нисходящая аорта спустя 7 лет наблюдения составил 17 и 10 мм рт.ст. соответственно.

***П.В. Кахцян***

Подводя итог своему докладу, доктор О.Ю. Корноухов озвучил политику ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова в отношении исследования коронарного русла: «Только с помощью рутинного обследования пациентов, перенесших ASO (с помощью коронарографии мультиспиральной КТ-ангиографии), можно выявить коронарные проблемы. Наша тактика в отношении коронарной ангиографии после артериального переключения такова: выполнять рутинно в позднем дошкольном возрасте (6–7 лет). Выполнять раньше, если ЭКГ и ЭХО дают основания предполагать наличие миокардиальной ишемии. На сегодняшний день планово обследовано 14,9% оперированных детей. Таким образом, артериальное переключение является методом выбора коррекции транспозиции магистральных артерий, в том числе ее комплексных форм. Двухэтапная стратегия при наличии серьезных противопоказаний к хирургическому вмешательству в условиях искусственного кровообращения в периоде новорожденности является хорошей альтернативой первичному артериальному переключению. Неоаортальная регургитация и легочный стеноз не были проблемой в нашей популяции пациентов. Однако в связи с тенденцией к дилатации необходимо аккуратное наблюдение за динамикой состояния неоаортального корня».

Доклад о современных подходах к тактике ведения и показаниям к неотложной коррекции инфекционного эндокардита сделал старший научный сотрудник отделения реконструктивной хирургии клапанов сердца и коронарных артерий ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева» Минздрава России Павел Вараздатович Кахцян. Он сообщил о том, что ни встречаемость, ни смертность от инфекционного эндокардита (ИЭ) не уменьшилась за последние 30 лет. «ИЭ проявляется в разнообразных формах, варьируя начальными клиническими проявлениями, исходным преморбидным фоном (пороки сердца), разнообразием возбудителей, наличием или отсутствием осложнений, особенностями конкретного пациента. По этим причинам ИЭ требует совместного подхода врачей первичного звена, кардиологов, кардиохирургов, микробиологов, инфекционистов, а зачастую и неврологов, нейрохирургов, радиологов и патологов. Частота встречаемости ИЭ в разных странах составляет от 3 до 10 эпизодов на 100 тысяч человек в год. У молодых пациентов встречаемость ИЭ достаточно низкая, но резко повышается у возрастных пациентов», – объяснил докладчик.

Далее он сообщил, когда именно можно заподозрить ИЭ у пациента: «При внезапно возникшем шуме в сердце, при эмболических эпизодах или сепсисе неясной причины, а наиболее частым признаком заболевания является лихорадка. Также ИЭ необходимо заподозрить, если лихорадка возникает при наличии внутрисердечных инородных материалов (протезов, электродов, кондуитов), при ИЭ в анамнезе, иммунодефиците, на фоне ВПС или ППС, недавних манипуляциях с вероятной бактериемией, при сердечной недостаточности, внезапно возникших нарушениях проводимости сердца, позитивной гемокультуре с типичными возбудителями ИЭ, очаговых и неспецифических неврологических нарушениях, эмболиях в ЛА, периферических абсцессах почек, мозга, селезенки невыясненной причины.»

Предикторами неблагоприятного исхода при ИЭ доктор П.В. Кахцян назвал пожилой возраст пациентов, наличие у них протезного эндокардита, инсулинозависимого диабета и сопутствующих заболеваний – истощения, сердечно-сосудистых, легочных, почечных. Также, по его словам, возможные осложнения при ИЭ могут возникнуть при сердечной или почечной недостаточности, инсульте, септическом шоке, перианнулярных осложнениях. К наиболее агрессивной флоре, которая требует направления пациента к хирургу, докладчик отнес S.aureus, грибы, грамотрицательные бактерии. «К счастью, дети составляют менее 5% из всех оперируемых нами пациентов, – сказал в заключение докладчик. – Однако врачам следует помнить, что проблема ИЭ требует совместной работы кардиолога, микробиолога и только затем хирурга. Но если мы задерживаемся с операцией, то рискуем потерять те краткосрочные преимущества, которые мы получили даже при адекватной антибактериальной терапии. Поэтому самое важное – найти тот временной промежуток, когда операция необходима».

**Людмила Боева**

# Гроприносин – противовирусный препарат, обладающий иммуномодулирующим действием

*Осенне-зимний период времени, как известно, характеризуется ежегодным подъемом заболеваемости острыми респираторными инфекциями (ОРИ) и гриппом. Этому обстоятельству способствует легкость передачи воздушно-капельных инфекций от больного здоровому как при острой, так и при стертой формах заболевания.*

**М.С. Савенкова,** д.м.н., профессор кафедры клинической функциональной диагностики ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ, Москва

Заболеваемость детского населения ОРИ в 4–6 раз выше этого показателя у населения в целом. Наиболее высокие показатели заболеваемости, а также тяжелые формы регистрируются у детей первых лет жизни. В возрастной структуре заболеваемости, по данным статистики, в 2015 г. превалировали дети до 17 лет [1].

Клиническая симптоматика респираторных инфекций во многом зависит от биологических свойств вирусов, их тропизма к слизистой дыхательного тракта. Для окружающих эпидемиологическую опасность определяют два фактора: количество вируса в слизи верхних дыхательных путей и выраженность катарального синдрома у больного человека. В среднем продолжительность инкубационного периода определяется типом вируса и составляет от нескольких часов (например, при гриппе), до нескольких дней при других ОРИ. В группу ОРИ входят следующие вирусы: грипп, парагрипп, риновирусная инфекция, аденовирусная, респираторно-синцитиальная инфекция, реовирусная, коронавирусная, метапневмовирусная (HMPV), бокавирусная (HBoV).

Анализ известных сайтов, отражающих динамику заболеваемости респираторными инфекциями, в частности, Роспотребнадзор, показал, что подъем этого показателя в 2015–2017 гг. начинался в декабре–январе и продолжался фактически по апрель. Однако четкая статистика по гриппу и гриппоподобным заболеваниям в России практически отсутствует.

В последние годы более актуальными и целесообразными стали методики ПЦР-диагностики в режиме реального времени (*Real-Time PCR, ПЦР-РВ*), который используется для одновременной амплификации и измерения количества искомой молекулы ДНК у 12 вирусов. Состав циркулирующих вирусов ежегодно меняется. В эпидсезоне 2016–2017 гг. превалировали следующие разновидности вируса гриппа:

- А/Калифорния/7/2009 (H1N1)pdm09;
- В/Брисбен/60/2008;
- А/Гонконг/4801/2014(H3N2).

В связи с этим в рекомендуемых противогриппозных вакцинах должны содержаться данные типы штаммов. В 2017–2018 гг. штаммы новых вирусов «Нацимбио» были переданы российским специалистам для создания четырехвалентной вакцины с измененными компонентами:

- A/Michigan/45/2015 (H1N1);
- A/Hong Kong/4801/2014 (H3N2);
- B/Brisbane/60/2008;
- B/Phuket/3073/2013.

В разных странах мира, в частности в Китае, Корее, Вьетнаме, Юго-Восточной Азии, США, выявлены отдельные случаи заболеваний, вызванных новыми подтипами вируса птичьего гриппа: H7N9, H10N8, H5N8, H5N6, H5N1.

Лечение гриппа и гриппоподобных заболеваний – вопрос дискутабельный. Во многом эффективность лечения ОРИ зависит от индивидуальной чувствительности к противовирусным и интерфероносодержащим препаратам. К примеру, амантадин и римантадин – препараты, относящиеся к классу адамантанов в отношении гриппа А и В, – не эффективны и не рекомендованы для противогриппозного лечения.Ингибиторы нейрамидаз для перорального применения (осельтамивир и занамивир) сохраняют свою эффективность при лечении гриппа А и В различной тяжести. Резистентных штаммов крайне мало: 1–2% (для осельтамивира) и 0,001% (для занамивира) [2].

За рубежом существует еще один противогриппозный препарат – перамивир – для внутривенного введения при тяжелых формах, однако у нас в стране он пока не зарегистрирован. При лечении других ОРИ используются интерфероносодержащие препараты в разных формах (свечи, таблетки), которые применяются в детской практике в разные возрастные периоды.

С 3-летнего возраста у детей применяется Инозин пранобекс (Гроприносин) – препарат, обладающий противовирусным и иммуномодулирующим действием не только относительно вирусов гриппа А и В, но и других вирусов респираторной группы, герпесвирусов (вирусов простого герпеса 1 и 2 типа, ветряной оспы, вируса Эпштейна–Барр, цитомегаловируса), полиовирусов, кори, вируса папилломы человека, контагиозного моллюска.

При назначении Гроприносина сокращается длительность заболевания.

Инозин пранобекс относится к пуринам, которые обладают выраженным противовирусным и иммуномодулирующим действием. При воздействии инозина угнетается секреция провоспалительных цитокинов, в том числе фактора некроза опухоли-α и интерлейкина-1β, продуцируемых активированными моноцитами и эпителиальными клетками. Действие Гроприносина основано на активации созревания и дифференцировки Т-лимфоцитов. Кроме того, препарат способствует нормализации соотношения Т-хелперов и Т-супрессоров, а также повышает активность Т-хелперов. Иммуномодулирующий эффект обеспечивается за счет выработки интерферона, который, в свою очередь, справляется с вирусно-бактериальными ассоциациями.

Биодоступность инозина высокая (более 90%), а полная элиминация его метаболита – мочевой кислоты – из организма происходит в течение 48 ч, следовательно, кумуляции его в организме не происходит. Противовирусное действие заключается в нарушении синтеза РНК и ДНК соответствующих вирусов. Гроприносин активно применяется как у взрослых, так и у детей при гриппе и других ОРВИ. Рекомендуемая суточная доза: 50 мг/кг в сутки, разделенных на 3–4 приема. Лечение острых заболеваний обычно продолжается от 5 до 14 дней. После исчезновения симптомов лечение следует продолжить в течение 1–2 дней. При хронических рецидивирующих заболеваниях лечение проводится курсами по 5–10 дней с интервалами 8 дней. Длительность поддерживающей терапии может составить 30 дней, при этом доза может быть снижена до 500–1000 мг/сут. С 2008 г. у нас в стране был накоплен опыт эффективного применения Гроприносина у детей и взрослых при вирусно-бактериальных инфекциях, ангине, у детей с частыми респираторными заболеваниями. Особая актуальность применения Гроприносина связана с его применением в период эпидемии гриппа и ОРВИ у детей с частыми респираторными заболеваниями, обострением герпетических инфекций.

Список литературы находится в редакции.

# Десятикратный рост числа детей и подростков с ожирением за последние сорок лет: новое исследование Имперского колледжа в Лондоне и ВОЗ

*К 2022 г. от ожирения будут страдать больше детей и подростков, чем от пониженной массы тела.*

## РАСПРОСТРАНЕНИЮ ОЖИРЕНИЯ СПОСОБСТВУЮТ МАРКЕТИНГ ПИЩЕВОЙ ПРОДУКЦИИ, ПОЛИТИКА И ЦЕНЫ

Ведущий автор исследования профессор Маджид Эззати (Majid Ezzati) из Школы общественного здравоохранения Имперского колледжа отмечает: «За последние сорок лет показатели детского и подросткового ожирения резко выросли во всем мире, и этот процесс продолжается в странах с низким и средним уровнем доходов. Совсем недавно в странах с более высоким уровнем доходов рост затормозился, хотя распространенность ожирения остается неприемлемо высокой». «Такие тревожные тенденции являются следствием маркетинга пищевой продукции и политики в этой сфере по всему миру, когда здоровые и питательные продукты являются слишком дорогими для бедных семей и общин. В результате такой динамики может вырасти поколение детей и подростков, страдающих ожирением и подвергающихся повышенному риску заболеваний, таких как диабет. Нам требуются способы повышения доступности здоровой, питательной пищи дома и в школе, а также меры регулирования и налоговые механизмы для защиты детей от нездорового питания», – добавляет профессор Эззати.

К 2022 г. в возрастной группе 5–19 лет будет больше страдающих ожирением, чем пониженной массой тела, но проблема недостаточного веса сохраняется в бедных регионах Авторы исследования утверждают, что при сохранении тенденций, наблюдавшихся после 2000 г., глобальная численность детей и подростков, страдающих ожирением, к 2022 г. превысит число их сверстников с умеренно или значительно пониженной массой тела. В 2016 г. во всем мире насчитывались 75 млн девочек и 117 млн мальчиков, чья масса тела была в умеренной степени или значительно ниже нормы.

Вместе с тем, наличие в 2016 г. большого числа детей и подростков с умеренно или значительно пониженной массой тела все еще является серьезной проблемой для общественного здравоохранения, особенно в наиболее бедных странах мира. Ситуация хорошо демонстрирует опасность неполноценного питания во всех его формах, поскольку в одних и тех же местах проживают молодые люди как с недостаточной, так и с избыточной массой тела.

Во многих странах со средним уровнем доходов тенденция к преобладанию аномально низкой массы тела среди детей и подростков сменилась тенденцией к ее увеличению выше нормы. Авторы считают, что это может быть обусловлено ростом потребления высококалорийных продуктов, особенно углеводов, подвергшихся интенсивной обработке,

Д-р Фиона Булл (Fiona Bull), координатор программы по вопросам эпиднадзора и популяционной профилактики неинфекционных заболеваний (НИЗ) ВОЗ, отмечает: «Эти данные служат иллюстрацией, еще одним доказательством и подтверждением того факта, что избыточный вес и ожирение в наши дни представляют собой глобальный кризис в области здравоохранения, который может в ближайшие годы только усугубиться, если мы не приступим к решительным действиям».

Меры по сокращению масштабов ожирения – ключевой пункт Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. Предусмотренная Целями в области устойчивого развития (ЦУР) задача 3.4 обязывает сообщество к 2030 г. уменьшить на треть преждевременную смертность от НИЗ, в том числе путем профилактики ожирения. В рамках задачи 2.2 мировое сообщество обязалось к 2030 г. покончить со всеми формами неполноценного питания, включая избыточный вес и ожирение. Кроме того, цель Десятилетия действий ООН по проблемам питания (2016–2025 гг.) заключается в том, чтобы содействовать сотрудничеству между всеми секторами и заинтересованными лицами для ликвидации неполноценного питания во всех его формах.

В ходе исследования были также сделаны следующие выводы:

**Дети, страдающие ожирением, более подвержены возникновению различных проблем со здоровьем во взрослом возрасте, таких, как:**

- сердечно-сосудистые заболевания;
- резистентность к инсулину (зачастую является ранним признаком скорого развития диабета);
- нарушения скелетно-мышечной системы (особенно остеоартрит, крайне инвалидизирующее дегенеративное заболевание суставов);
- некоторые онкологические заболевания (внутриматочные, молочной железы, толстой кишки);
- инвалидность.

## ПРОБЛЕМА ОЖИРЕНИЯ СРЕДИ ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ: РЕШЕНИЯ ЕСТЬ

В связи с выпуском новых оценочных данных по проблеме ожирения ВОЗ публикует резюме Плана осуществления рекомендаций по ликвидации детского ожирения (ECHO). План содержит четкие указания для стран об эффективных мерах по борьбе с детским и подростковым ожирением. ВОЗ также выпустила руководящие указания, в которых призвала работников здравоохранения передового звена активно выявлять детей с избыточным весом и ожирением и оказывать им помощь.

«ВОЗ настоятельно рекомендует странам принять меры для корректировки условий, в которых вероятность развития ожирения у детей возрастает. Так, страны должны стремиться уменьшить потребление дешевых калорийных продуктов питания глубокой переработки с низким содержанием полезных веществ. Им также следует сократить время, которое дети проводят у экранов и посвящают малоподвижным видам досуга, и способствовать повышению уровня физической активности, развивая подвижный отдых и спорт», – добавляет д-р Булл.

## ГЛОБАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ ОБ ОЖИРЕНИИ И ДЕФИЦИТЕ МАССЫ ТЕЛА

В 2016 г. в мире насчитывались 50 млн девочек и 74 млн мальчиков с ожирением, а глобальная численность девочек и мальчиков с умеренно или значительно пониженной массой тела составляла 75 млн и 117 млн, соответственно.

Число взрослых, страдающих ожирением, увеличилось со 100 млн в 1975 г. (69 млн женщин, 31 млн мужчин) до 671 млн в 2016 г. (390 млн женщин, 281 млн мужчин). Еще 1,3 млрд взрослых имели избыточный вес, который, однако, был меньше порогового значения, принятого для ожирения.

## ДАННЫЕ ПО РЕГИОНАМ/ СТРАНАМ ОБ ОЖИРЕНИИ, ИМТ* И ДЕФИЦИТЕ МАССЫ ТЕЛА

**Ожирение:**

В последнее время ускорилось распространение детского и подросткового ожирения в странах с низким и средним уровнем доходов, особенно в Азии. С другой стороны, в странах с высоким уровнем доходов распространение детского и подросткового ожирения замедлилось, и его показатели стабилизировались.

В 2016 г. самая высокая распространенность ожирения среди мальчиков и девочек наблюдалась в Полинезии и Микронезии, где она составила 25,4% у девочек и 22,4% у мальчиков; за ними следовали страны англоязычного мира с высоким уровнем доходов, а именно США, Канада, Австралия, Новая Зеландия, Ирландия.

Районами, где численность страдающих ожирением детей и подростков увеличилась больше всего, стали Восточная Азия, англоязычные страны с высоким уровнем доходов, а также Ближний Восток и Северная Африка.

Самая высокая распространенность ожирения среди девочек имела место в Науру (33,4%), а на Островах Кука она была самой высокой среди мальчиков (33,3%).

В Европе показатели ожирения были наиболее высокими среди девочек на Мальте и среди мальчиков в Греции, составляя, соответственно, 11,3% и 16,7% населения. Среди мальчиков и девочек в Молдове показатели ожирения были самими низкими и составляли, соответственно, 3,2% и 5% населения.

Соединенное Королевство занимало по распространенности ожирения среди девочек 73-е место в мире (6-е в Европе); а среди мальчиков – 84 место в мире (18-е в Европе). США по уровню распространенности ожирения среди девочек стояли на 15-м месте в мире; а среди мальчиков — на 12-м месте.

В Соединенных Штатах Америки наблюдались самые высокие показатели ожирения у девочек и мальчиков среди стран с высоким уровнем доходов.

**ИМТ:**

За четыре десятилетия самое большое увеличение ИМТ детей и подростков произошло в Полинезии и Микронезии среди мальчиков и девочек, а также в Латинской Америке среди девочек. Наименьший рост ИМТ детей и подростков за охваченный исследованием сорокалетний период наблюдался в Восточной Европе.

Среди девочек ИМТ больше всего вырос на Самоа, где его увеличение составило 5,6 кг/м$^2$, а среди мальчиков — на Островах Кука, где он повысился на 4,4 кг/м$^2$.

**Дефицит массы тела:**

На протяжении рассматриваемых четырех десятилетий распространенность умеренно и значительно пониженной массы тела была самой высокой в Индии (24,4% девочек и 39,3% мальчиков имели умеренно или значительно пониженную массу тела в 1975 г., а в 2016 г. их доля составляла, соответственно, 22,7% и 30,7%). В 2016 г. в Индии проживали 97 млн детей и подростков с умеренно или значительно пониженной массой тела.

*Источник: Всемирная организация здравоохранения*

*ИМТ – соотношение веса человека и массы жира в его организме к его росту, позволяющее судить о том, соответствует ли его вес нормальным показателям. Расчет ИМТ является самым простым способом оценить вес человека и наиболее распространенным методом определения недостаточной, нормальной, избыточной массы тела и ожирения. ИТМ детей и подростков корректируется с учетом их возраста и пола при помощи разработанных ВОЗ кривых развития.

bionika-medica

# Рекомендуемый график иммунизации детей и подростков в возрасте до 18 лет

*Редакция газеты Детский Доктор подготовила для Вас обзор графика иммунизации детей от 0 до 18 лет, рекомендуемого Консультативным комитетом по иммунизации (Advisory Committee on Immunization Practices), Американской академией педиатрии (American Academy of Pediatrics), Американской академией семейных врачей (American Academy of Family Physicians), Американским колледжем акушеров и гинекологов (American College of Obstetricians and Gynecologists) в 2017 г.*

## 1. ВАКЦИНА ПРОТИВ ГЕПАТИТА В (HEPB)

**Минимальный возраст:** при рождении.
**Рутинная вакцинация**: при рождении.
Моновалентная вакцина HepB назначается всем новорожденным в течение 24 ч с момента рождения.
Для младенцев, родившихся от матерей с положительным поверхностным антигеном гепатита В (HBsAg), – назначают вакцину HepB и 0,5 мл иммунного глобулина гепатита В (HBIG) в течение 12 ч после рождения. Исследование на HBsAg и антитела к HBsAg (анти-HB) проводится в возрасте от 9 до 12 мес (предпочтительно при профилактическом осмотре ребенка) или через 1–2 мес после завершения вакцинации HepB, если вакцинация была отложена.
Если статус матери на HBsAg неизвестен, то вакцину HepB назначают в течение 12 ч после рождения независимо от веса при рождении. При весе новорожденного менее 2000 г назначают HBIG в дополнение к вакцине HepB в течение 12 ч после рождения. Статус матери на HBsAg необходимо определить как можно скорее и, если мать является HBsAg-положительной, то новорожденным с весом 2000 г или более необходимо провести вакцинацию HBIG как можно скорее, но не позднее 7 дней от рождения.
Последующая вакцинация: вторую дозу следует вводить в возрасте 1–2 мес. Моновалентную вакцину HepB следует использовать при вакцинации, проводимой до достижения возраста 6 нед.
Младенцам, которые не получали вакцинацию при рождении, должно быть назначено 3 дозы вакцины, содержащей HepB, по графику 0 мес, 1–2 мес и 6 мес, начиная как можно раньше от момента рождения (см. таблицу 2).
Назначение второй дозы рекомендуется с интервалом в 1–2 мес после первой дозы (минимальный интервал 4 нед); вводить третью дозу рекомендуется как минимум через 8 нед после второй дозы и как минимум через 16 нед **после первой дозы.** Окончательная (третья или четвертая) доза вакцины HepB должна вводиться **не ранее 24 нед.**
Введение в общей сложности 4-х доз вакцин HepB допустимо, когда комбинированная вакцина, содержащая HepB, вводится после рождения.

**Догоняющая вакцинация:**
- Невакцинированные при рождении дети должны получить 3 дозы.
- Серия вакцинации из 2 доз (разделенных как минимум 4-месячным интервалом) препаратом для взрослых Recombivax HB разрешена для использования у детей в возрасте от 11 до 15 лет.
- Другие рекомендации см. таблицу 2.

## 2. ДИФТЕРИЯ И СТОЛБНЯЧНЫЕ АНАТОКСИНЫ И БЕСКЛЕТОЧНАЯ КОКЛЮШНАЯ ВАКЦИНА (DTAP)

**Минимальный возраст:** 6 нед. Исключение: вакцина DTaP-IPV [Kinrix, Quadracel]: 4 года
**Рутинная вакцинация:**
- Курс вакцинации составляет 5 доз вакцины DTaP в возрасте 2, 4, 6, 15–18 мес и 4–6 лет.
- Четвертую дозу можно вводить уже в возрасте 12 месяцев при условии, что прошло по меньшей мере 6 мес после введения третьей дозы.
- Неумышленное (случайное) введение четвертой дозы DTaP раньше положенного срока: если четвертая доза DTaP была введена до окончания 4-х мес после третьей дозы DTaP, а ребенку в момент введения было 12 мес или больше, то повторять вакцинацию не надо.

**Догоняющая вакцинация:**
Пятая доза вакцины DTaP не нужна, если четвертая доза вводилась в возрасте 4-х лет и старше.
Другие рекомендации см. таблицу 2.

## 3. ВАКЦИНЫ ПРОТИВ ГРИППА

**Минимальный возраст:** 6 мес для инактивированной противогриппозной вакцины [IIV], 18 лет для рекомбинантной противогриппозной вакцины [RIV].

**Рутинная вакцинация:**
Рекомендуется ежегодная вакцинация против гриппа всем детям, начиная с 6 мес. В 2016–17 гг. не рекомендуется использование живой аттенуированной противогриппозной вакцины (LAIV).
*Для детей от 6 месяцев до 8 лет:*
В 2016–17 гг. рекомендуется назначать 2 дозы (разделенных интервалом как минимум 4 недели) детям, которые впервые получают вакцину против гриппа или до 1 июля 2016 года не получили ⩾2 дозы трехвалентной или четырехвалентной вакцины против гриппа. Для получения дополнительной информации см рекомендации MMWR 26 августа 2016 г., 65(5):1–54, на сайте www.cdc.gov
В 2017–18 гг. следуйте рекомендациям по дозированию в рекомендациях по гриппу от гриппа 2017–18 от ACIP.

В возрасте 9 лет и старше: назначается 1 доза.

## 4. ВАКЦИНЫ ПРОТИВ КОРИ, ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА И КРАСНУХИ (MMR)

**Минимальный возраст:** 12 мес для обычной вакцинации
**Рутинная вакцинация:**
Назначается 2-х кратное введение MMR вакцины в возрасте 12–15 мес и 4–6 лет. Вторую дозу можно вводить до достижения возраста 4 лет, при условии, что с момента введения первой дозы прошло как минимум 4 нед.
*В случае международных поездок до выезда из США*
- в возрасте от 6 до 11 мес назначается 1 дозы MMR вакцины. Эти дети должны быть ревакцинированы двумя дозами вакцины MMR, первая доза вводится в возрасте 12–15 мес (в 12 мес, если ребенок остается в районе, где высокий

**Таблица 1.** Рекомендуемый график иммунизации детей и подростков в возрасте до 18 лет, 2017 г. (В тех случаях, если прививки были отложены см. таблицу 2). Таблицей необходимо пользоваться в сочетании с текстовыми рекомендациями, изложенными внизу.

| Наименование | Беременность | Скомпрометированный иммунный статус (искл. ВИЧ-инфекцию) | ВИЧ (CD4⁺(клеток/μL) | | Почечная недостаточность, гемодиализ | Болезни сердца, легких | Утечка спинно-мозговой жидкости/кохлеарный имплант | Аспления и стойкие нарушения системы комплемента | Болезни почек | Диабет |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | <15% | ⩾15% | | | | | | |
| Гепатит B[1] | | | | | | | | | | |
| Дифтерия, столбняк и коклюш[2] | | | | | | | | | | |
| Грипп[3] | | | | | | | | | | |
| Корь, свинка, краснуха[4] | | | | | | | | | | |
| Дифтерия, столбняк и коклюш[5] | | | | | | | | | | |

biblioteka-medicyny

**Таблица 2.** График прививок в возрасте от 4 мес до 18 лет, для детей чьи прививки были отложены по отношению к графику, указанному в таблице 1. В таблице приведены догоняющие и минимальные интервалы между прививками. Всегда используйте эту таблицу в сочетании с таблицей 1 и последующими пояснениями.

| Наименование | Мин возраст 1-й дозы | Минимальный интервал между дозами | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | доза 1– доза 2 | доза 2 – доза 3 | Доза 3 – доза 4 | доза 3 – доза 4 |
| Дети (4 мес – 6 лет) | | | | | |
| Гепатит B[1] | При рождении | 4 нед | 8 нед и по меньшей мере через 16 нед после первой дозы<br>Мин. возраст для конечной дозы составляет 24 нед | | |
| Дифтерия, столбняк и коклюш[2] (DTaP: до 7 лет) | 6 нед | 4 нед | 4 нед | 6 мес | 6 мес |
| Корь, свинка, краснуха[4] (MMR) | 12 мес | 4 нед | | | |
| Дети и подростки (возраст 7 – 18 лет) | | | | | |
| Дифтерия, столбняк и коклюш[2] | 7 лет | 4 нед | 4 нед, если первая доза DTaP/DT была введена до 1-го дня рождения (1год).<br>6 мес (в качестве конечной дозы), если первая доза DTaP/DT или Tdap/Td вводилась в день или после первого дня рождения (1 год) | 6 мес, если 1 доза DTaP/DT была назначена до 1-го дня рождения | |
| Гепатит B[1] | Не применяется | 4 нед | 8 нед и по крайней мере 16 нед после 1-ой дозы | | |
| Корь, свинка, краснуха[4] (MMR) | Не применяется | 4 нед | | | |
| Примечание: Вышеуказанные рекомендации должны быть прочитаны вместе со сносками этого графика. | | | | | |

**Таблица 3.** Вакцинация, которая может быть проведена детям и подросткам в возрасте 18 лет или младше по медицинским показаниям

| Наименование | Рождение | 1 мес | 2 мес | 4 мес | 6 мес | 9 мес | 12 мес | 15 мес | 18 мес | 19–23 мес | 2–3 г | 4–6 лет | 7–10 лет | 11–12 лет | 13–15 лет | 16 лет | 17–18 лет |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Гепатит B[1] | 1-я доза | 2-я доза | | | 3-я доза | | | | | | | | | | | | |
| Дифтерия, столбняк и коклюш[2] (DTaP: до 7 лет) | | | 1 доза | 2-я доза | 3-я доза | | | 4 доза | | | | 5 доза | | | | | |
| Грипп[3] (IIV) | | | | | | Ежегодная вакцинация (IIV) 1 или 2 дозы | | | | | | | | Ежегодная вакцинация (IIV) 1 доза | | | |
| Корь, свинка, краснуха[4] (MMR) | | | | | См. 8 | | 1 доза | | | | | 2-я доза | | | | | |

риск заболевания), а вторая как минимум через 4 нед.

- в возрасте от 12 мес и старше проводится вакцинация с помощью 2-х кратного введения MMR вакцины. Первая доза должна вводиться в возрасте 12 мес или старше, а вторая – как минимум 4 нед спустя.

**Догоняющая вакцинация:**
Необходимо обеспечить 2-х кратное введение вакцины MMR (всего 2 дозы) всем детям школьного возраста и подросткам; минимальный интервал между двумя дозами составляет 4 нед.

## 5. СТОЛБНЯК, ДИФТЕРИЯ И БЕСКЛЕТОЧНАЯ КОКЛЮШНАЯ ВАКЦИНА (TDAP)

**Минимальный возраст:** 10 лет для Boostrix и Adacel.

**Обычная вакцинация:**

- 1 доза Tdap вакцины всем в возрасте от 11 до 12 лет.
- Вакцину Tdap можно вводить независимо от времени, прошедшего с момента введения столбнячного и дифтерийного анатоксинов. Назначение 1 дозы Tdap-вакцины рекомендуется при беременности в подростковом возрасте (предпочтительно в срок с 27 по 36 нед беременности), независимо от времени, прошедшего с момента предварительной вакцинации Td или Tdap.

**Догоняющая вакцинация:**

- Если вакцинация с помощью DTaP не проведена полностью до возраста 7 лет и старше, необходимо в качестве догоняющей вакцинации назначить 1 дозу Tdap вакцины (предпочтительно первой в курсе); и если необходима будет дополнительная доза, используйте вакцину Td. Для детей в возрасте от 7 до 10 лет, которые получают вакцинацию Tdap в рамках догоняющей вакцинации, можно вводить подростковую дозу вакцины Tdap, которую дети получают в возрасте 11–12 лет.
- Если дети в возрасте от 11 до 18 лет, не получали вакцину Tdap, им следует назначить вакцинацию 1 дозу Tdap, а затем каждые 10 лет после этого следует назначать бустерные дозы Td.

**Не соответствующая графику вакцинация DTaP:**

- Если вакцина введена ребенку в возрасте от 7 до 10 лет, то эта доза может засчитываться как часть догоняющей вакцинации. Эта доза может считаться подростковой дозой Tdap, или ребенок может получать бустерную дозу Tdap в возрасте от 11 до 12 лет.
- Если вакцинация проведена в возрасте от 11 до 18 лет, то эту дозу следует считать бустерной дозой Tdap.
- Рекомендаци по догоняющей вакцинации см. таблицу 2.

## ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Информацию о противопоказаниях и мерах предосторожности при использования вакцин и дополнительную информацию относительно применяемой вакцины специалисты, выполняющие вакцинацию, могут получить в Интернете по адресу: www.cdc.gov

При расчете интервалов между дозами срок 4 нед = 28 дней. Интервалы в 4 мес и более определяются календарными месяцами.

Дозы вакцины, вводимые меньше, чем за 4 дня до минимального интервала, считаются действительными. Дозы любой вакцины, вводимые ⩾5 дней раньше минимального интервала или минимального возраста, не должны считаться действительными дозами и повторная доза должна быть введена в соответствующем возрасте. Повторная доза должна быть разнесена после неправильно введенной дозы согласно рекомендованному минимальному интервалу. Для получения дополнительной информации см. таблицу 1, Recommended and minimum ages and intervals between vaccine doses, in MMWR, General Recommendations on Immunization and Reports / Vol. 60 / No. 2, доступна в Интернете по адресу:www.cdc.gov.

- *Информация о требованиях и рекомендациях по вакцинации для туристических поездок доступна по адресу www.nc.cdc.gov*
- *Информацию о вакцинации лиц с первичными и вторичными иммунодефицитами см. таблицу 13 Table 13, Vaccination of persons with primary and secondary immunodeficiencies, in General Recommendations on Immunization (ACIP), доступна по адресу: www.cdc.gov;*
- *Информация об иммунизации в специальных клинических условиях – Kimberlin DW, Brady MT, Jackson MA, Long SS, eds. Red Book: 2015 report of the Committee on Infectious Diseases. 30th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 2015:68–107.*

Национальная программа компенсации последствий вакцинации (National Vaccine Injury Compensation Program – VICP), созданная Национальным законом о детской вакцинации (the National Childhood Vaccine Injury Act) от 1986 г., обеспечивает компенсацию людям, состоянию здоровья которых нанесен ущерб в результате вакцинации. VICP покрывает последствия от всех вакцин из рекомендуемого перечня иммунизации детей, за исключением пневмококковой полисахаридной вакцины (PPSV23). Для получения более детальной информации см. www.hrsa.gov

Izdatel'skiy dom Gorodskoy pediatr-media

# Светлана Сулейманова: «Сегодняшняя жертва завтра может стать обидчиком!»

*Жертвами семейного насилия достаточно часто становятся самые слабые члены семьи – дети. Но жестокое обращение с детьми, пренебрежение их интересами не только наносит непоправимый вред их здоровью, но и влечет за собой тяжелые социальные последствия. На вопросы медицинского обозревателя Ирины Власовой об особенностях действий медиков в случаях жестокого обращения с детьми отвечает ведущий юрисконсульт ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ», многодетная мама Светлана Сулейманова.*

**И.В. Светлана Александровна, насколько актуально сегодня говорить о жестоком отношении к детям?**

**С.С.** На сегодняшний день, по данным официальной статистики, в России около 2 млн детей ежегодно подвергаются жестокому обращению. Около 20 тыс. детей становятся жертвами избиений, 2 тыс. кончают жизнь самоубийством, более 50 тыс. уходят из дома. И весь ужас еще и в том, что около 60% детей, которые были жертвами или свидетелями бытового насилия, не могут избежать его и в зрелом возрасте – они опять становятся его жертвами или же сами его совершают. Дети беззащитны перед негативными проявлениями в отношении них со стороны взрослых.

**И.В. Речь только о физическом насилии?**

**С.С.** Насилие над детьми различается по видам и классифицируется специалистами следующим образом: физическое насилие – это действия взрослых лиц (или законных представителей ребенка), представляющие собой нанесение телесных повреждений ребенку, травм различной степени тяжести, причиняющих угрозу его жизни и здоровью. Сексуальное насилие – принуждение и вовлечение детей и подростков в активную деятельность сексуального характера, когда ребенок порой не осознает или не может отказаться от нее. Эмоциональное насилие – действия взрослых лиц, несущие за собой оскорбления и унижения ребенка, его человеческого достоинства. Кстати говоря, пренебрежение интересами ребенка тоже форма насилия, когда родители или иные законные представители в должной мере не исполняют свои обязанности, не обеспечивают ребенка продуктами питания, одеждой, правом на получение образования и медицинской помощи.

Сюда же добавляется оставление детей дома одних без попечения родителей, нахождение ребенка в обстановке, угрожающей его жизни и здоровью. К психической форме насилия относятся открытое неприятие и постоянная критика ребенка, словесные угрозы, оскорбления, преднамеренная физическая или социальная изоляция ребенка, ложь и невыполнение взрослыми своих обещаний, грубое психическое воздействие.

Знаю о случае, когда приемного ребенка в семье годами не кормили нормально, а дистрофию объявляли «болезнью»… Пришлось вмешиваться и юристам, и медикам, и иным социальным службам. К счастью, ребенка удалось спасти.

В самой большой опасности оказываются маленькие дети, которые не могут сообщить о насилии в отношении них. До 70% погибших от жестокости взрослых детей – это дети до 3 лет.

**И.В. Как тогда расценивать мнения взрослых, в том числе и педагогов о «физических методах» воспитания? Где грань, за которой кончается норма и начинается насилие?**

**С.С.** Согласитесь, что повсеместно мы встречаем случаи не только физических наказаний, но и психологического и эмоционального насилия, и не только в семьях, но и в школе, других детских учреждениях, в том числе детских домах (новое название «Центры содействия семейному воспитанию»). Но исходя из личного опыта могу сказать, что распознать физическое насилие в отношении детей проще, чем пренебрежение их интересами. В практике, к сожалению, встречаются такие случаи, когда в присутствии родителей истощенный ребенок говорит, что он болен, но, чем болен, не поясняет. Специалистам медицинских учреждений приходится трудно в период обследования и лечения пациента.

**И.В. Так как же должен действовать врач?**

**С.С.** Первые возможности у специалиста появляются при сборе информации об имеющихся заболеваниях у ребенка и причине его обращения в медицинское учреждение за помощью. Как правило, такую информацию представляют законные представители ребенка при оформлении истории болезни. В первую очередь следует обратить внимание на то, как себя ребенок ведет, замкнут он или нет, испытывает чувство страха перед родителями или ведет себя спокойно. Врачу в период сбора информации (анамнеза) о признаках заболевания, с которым ребенок поступил в медицинское учреждение, а также после проведенных исследований предстоит трудная задача понять, действительно ли перед ними заболевание или же имеют место признаки насилия над ребенком. Задача каждого специалиста медицинского учреждения, будь то врач, или медицинская сестра, или иной сотрудник данного профиля, заключается не только в проведении исследований и оказании первой медицинской помощи. Главное – это спасение жизни пациента!

Поэтому, когда специалист при проведении определенных исследований имеет сомнения по диагнозу ребенка, он должен поставить в известность администрацию учреждения, пригласить для беседы с ребенком психолога, который сможет установить, действительно ли с ребенком жестоко обращались, и понять истинную причину поступления его в медицинское учреждение.

После того как выявлен данный факт, необходимо через юридическую службу учреждения уведомить соответствующие органы системы профилактики детской безнадзорности, беспризорности и правонарушений, о подозрениях на жестокое обращение с ребенком.

**И.В. Что должен не пропустить врач, какие признаки?**

**С.С.** Во время проведения диагностики о жестоком отношении свидетельствует высокий индекс подозрения, к примеру, к истории, не соответствующей физическим данным ребенка, или травма ребенка атипична. Врачу могут помочь визуализация и лабораторные тесты. Если говорить о психологических особенностях, то признаками и маркерами, по которым можно предположить насилие, являются нежелание или неспособность взрослых предоставлять объяснения для анамнеза, явная задержка в обращении за медицинской помощью при травме, неадекватная реакция со стороны родителей на тяжесть травмы: либо чрезмерная озабоченность, либо равнодушие. К примеру, родители объясняют травму как результат скатывания ребенка с кровати, а ребенок еще слишком мал для того, чтобы самостоятельно переворачиваться, или говорят о том, что травма – результат падения с лестницы ребенка, который еще не научился ползать. То есть налицо истории, которые не согласуются с травмой (например, синяки на задней стороне ног, которые приписывают падению), или старые травмы описаны как недавние. Порой история варьируется в зависимости от источника информации или в течение времени.

**И.В. В каком порядке информация предоставляется медиками в соответствующие службы?**

**С.С.** В некоторых случаях необходимо сначала информировать соответствующие органы, и только тогда, когда будет доступна помощь полиции или других организаций, уведомить законных представителей ребенка. Данная процедура необходима для снижения риска получения новой травмы ребенком. В большинстве случаев целесообразно рассказать законным представителям ребенка, что информирование соответствующих структур системы профилактики семейного неблагополучия и жестокого обращения с детьми происходит в соответствии с требованиями законов Российской Федерации.

Информацию о выявленном факте жестокого обращения с ребенком необходимо незамедлительно передавать в правоохранительные органы и отделы опеки, попечительства и патронажа и иные структуры системы профилактики семейного неблагополучия и жестокого обращения.

Врачи и другие специалисты, контактирующие с детьми (например, медсестры, учителя, работники социальных служб, обеспечивающих дневной уход), являются уполномоченными людьми, которые, в соответствии с законами Российской Федерации, должны сообщать о каждом случае жестокого обращения с ребенком. Если специалисты не выполняют эту свою обязанность, мы не только не защищаем ребенка, но и рискуем получить новых родителей, которые будут еще жестче относиться к своим детям и считать это нормой жизни. Следует понимать, что своими действиями мы не только спасаем жизнь ребенка, но и делаем здоровым общество, исключая возможность роста детской преступности как следствие жестокости по отношению к ним со стороны взрослых людей, выполняющих обязанности законных представителей.

# Голубой или розовый?

*Легенд и мифов в вопросе о выборе пола будущего ребенка масса. Врачам и биологам уже давно известно, что пол определяет только хромосомный набор сперматозоида, но простые люди продолжают верить и искать способы «воздействия» на пол будущего ребенка*

Согласно народным поверьям сотни лет бытует мнение, что родителям стоит придерживаться определенной диеты, «выбирая» пол ребенка. Например, если нужен мальчик, стоит ограничить потребление жиров и углеводов, а потребление рыбы, овощей и нежирного мяса увеличат количество Y-сперматозоидов. Кроме того, в народе считается, что желающим получить будущего мужчину стоит озаботиться в повышенном содержании в рационе калия и натрия. То есть употреблять можно сыр, картофель, грибы, горох, бананы, финики, чернослив, апельсины, чай и кофе, а также пить щелочную минеральную воду. Девочкам будут «полезны» продукты с магнием и кальцием: молочные продукты, яйца, шоколад, баклажаны, манка, свекла, лук, яблоки, орехи, мед, минеральная вода с кальцием.

Описаны народные рекомендации с запретом есть консервы, пить газированные напитки, употреблять колбасы и копчености, пересоленную пищу, раков, жареное, чечевицу, соду, маргарин, соусы – это все для «заказчиков» девочек. А вот желающим мальчика можно включать пиво и вино, чай и кофе, содовые напитки, консервы, креветки, крабы, бобовые, сухофрукты, все это вполне можно. Ограничения же касаются теста, вафель, блинов, орехов, сладкого.

Причем соблюдать диету нужно обоим родителям с начала менструального цикла до предполагаемого зачатия (3 недели до зачатия), а забеременевшей женщине еще почти 2 месяца после.

Множество поверий касаются момента и способа зачатия. Некоторые прогнозисты считают, что сперматозоиды с Y-хромосомой могут двигаться быстрее, хотя и живут меньше. Потому если половой акт происходит в момент овуляции, то сперматозоид -носитель Y-хромосомы движется быстрее, попадет к яйцеклетке раньше. Если же половой акт происходит до овуляции за несколько дней, то в момент овуляции возле яйцеклетки окажутся «девичьи» сперматозоиды с хромосомой X. Так во всяком случае писал в своих работах польский врач Франтишек Бенедо.

Еще одно поверье связано с глубиной семяизвержения. Чем ближе находится пенис к шейке матки во время полового акта, тем больше шансов у пары на зачатие мальчика, поскольку в кислой среде влагалища те сперматозоиды, у которых Y-хромосома, гибнут чаще.

Теперь о возрасте будущих родителей. Издавна и в Японии, и в Китае существуют таблицы, позволяющие подсчитать пол ребенка по возрасту его родителей. Бытует мнение, что у женщин 18–19 лет мальчики рождаются чаще, в 20–21 год – больше рождается девочек, затем девочек и мальчиков рождается пополам, а к 40 годам снова мальчики рождаются чаще.

Англичане высказывали идею о том, что на выбор пола влияет разница в возрасте родителей: если муж старше жены на 5–17 лет, в 65% случаев родится мальчик, если на 1–9 лет жена старше мужа – в 67% случаев рождается девочка. Но бывает так только при рождении первенцев, и в возрасте после 20 лет такие случаи снижаются.

Вот такую таблицу ориентиров по возрасту матери предлагают целители из Китая: темно-зеленые клетки – рождаются мальчики, а светло-зеленые – рождаются девочки.

По некоторым другим поверьям кровь у женщин и мужчин «обновляется» соответственно раз в 3 и 4 года, считая от рождения. У кого из пары кровь будет к моменту зачатия ребенка «моложе», ребенок того пола и родится. Якобы влияет на пол и любая кровопотеря у женщины – роды, аборт, сдача донорской крови, переливание. Тогда отсчет нужно вести от дня кровопотери.

Есть поверье, что при зачатии ребенка в первый же цикл после родов, второй ребенок будет того же пола, а если зачатие пришлось на второй-цикл, то противоположного пола.

Любопытны публикации, которые предлагают поверить в то, что у женщины кроме менструального цикла есть еще и свой индивидуальный цикл «предрасположения к зачатию. (Об этом в частности писал чешский врач О. Йонас в работах 50х гг.) И этот цикл фертильности ориентирован на фазы луны. Каждое возвращение фазы луны для конкретной женщины предрасполагает ее к зачатию. Если женщина соблюдает оба цикла – и менструальный, и лунный – то шанс забеременеть равен 85%. Далее «вступают в силу» знаки зодиака. Йонас утверждает, что в случае, если фертильный период у женщины совпадает с луной «в мужском знаке» – родится мальчик, если с женским знаком – девочка.

Некоторые публикации в итальянских журналах описывают «весовую теорию» выбора пола ребенка. Феномен в том, что чем меньше женщина весит, тем больше вероятность рождения девочек, чем женщина более крупная (больше 65 кг), тем больше шансов на рождение мальчика.

Ну а пока люди с мистическим складом мышления «гадают на кофейной гуще», реалисты «заказывают» пол ребенка точно только при экстракорпоральном оплодотворении (по медицинским показаниям при генетических заболеваниях), либо опять же с вмешательством генетиков и отсеивая сперматозоиды с нужной ориентацией, что законодательно запрещено в целом ряде стран.

bionika-medicina

**ПРИКАЗ**

**от 10 мая 2017 г. N 203н**

## ОБ УТВЕРЖДЕНИИ КРИТЕРИЕВ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

(Продолжение. Начало в № 2)

**3.2. Критерии качества при новообразованиях**

3.2.1. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при ретинобластоме (код по МКБ-10: С69.2)

| N п/п | Критерии качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен осмотр врачом - детским онкологом и врачом-офтальмологом (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена консультация врачом-генетиком (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено офтальмологическое обследование с медикаментозным мидриазом и применением ретинальной камеры (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено ультразвуковое исследование орбит и глаз (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена компьютерная томография и/или магнитно-резонансная томография орбит и головного мозга с контрастированием (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена компьютерная томография органов грудной клетки (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства и шейных лимфатических узлов (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 8. | Выполнена радиоизотопная диагностика костей при экстраокулярной форме (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 9. | Выполнена компьютерная томография и/или магнитно-резонансная томография зон скелета, накапливающих радиофармпрепарат по данным радиоизотопного исследования костей скелета (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 10. | Выполнено морфологическое исследование пунктатов костного мозга из трех точек при экстраокулярной форме (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 11. | Выполнено цитологическое исследование спинномозговой жидкости при экстраокулярной форме (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 12. | Выполнено морфологическое исследование удаленных тканей (при хирургическом вмешательстве) | Да/Нет |
| 13. | Выполнена имплантация венозной порт-системы или установка центрального венозного катетера, введенного через периферическую вену (перед началом первого курса полихимиотерапии) | Да/Нет |
| 14. | Выполнено удаление центрального венозного катетера, введенного через периферическую вену не позднее 6 месяцев от момента установки | Да/Нет |
| 15. | Выполнена рентгенография грудной клетки не позднее 2 часов от момента установки центрального венозного катетера, введенного через периферическую вену | Да/Нет |
| 16. | Проведен следующий курс полихимиотерапии не позднее 21–28 дней от момента начала предыдущего курса полихимиотерапии (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 17. | Выполнено введение химиотерапевтических лекарственных препаратов на фоне инфузионной терапии из расчета 3 л/м$^2$/сутки (при внутривенной полихимиотерапии) | Да/Нет |
| 18. | Выполнен осмотр врачом - детским онкологом и врачом-офтальмологом перед началом каждого курса полихимиотерапии или селективной интраартериальной химиотерапии или интравитериальной химиотерапии | Да/Нет |
| 19. | Выполнен осмотр врачом - детским онкологом и врачом-офтальмологом перед выполнением транспупиллярной термотерапии или криодеструкции или брахитерапии | Да/Нет |
| 20. | Выполнен осмотр врачом - детским онкологом и врачом-радиологом перед началом каждого курса лучевой терапии и после завершения каждого курса лучевой терапии | Да/Нет |
| 21. | Выполнена консультация врачом-офтальмологом перед началом каждого курса лучевой терапии и после завершения каждого курса лучевой терапии | Да/Нет |
| 22. | Выполнен следующий курс полихимиотерапии или селективной интраартериальной химиотерапии или интравитреальной химиотерапии не ранее 21 дня и не позднее 28 дня от момента начала предыдущего курса полихимиотерапии (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 23. | Выполнено повторное ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства и шейных лимфатических узлов не реже 1 раза в 2 месяца | Да/Нет |
| 24. | Выполнено повторное ультразвуковое исследование глаз и орбит перед началом каждого курса полихимиотерапии или лучевой терапии | Да/Нет |
| 25. | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый с подсчетом лейкоцитарной формулы перед началом каждого курса лучевой терапии или химиотерапии и не реже 1 раза в неделю при проведении лучевой терапии или полихимиотерапии | Да/Нет |
| 26. | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (мочевина, креатинин, общий белок, альбумин, общий билирубин, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, лактатдегидрогеназа, натрий, калий, хлор) перед началом каждого курса лучевой терапии или полихимиотерапии и не реже 1 раза в неделю при проведении лучевой терапии или полихимиотерапии | Да/Нет |
| 27. | Выполнен анализ мочи общий перед началом каждого курса лучевой терапии или полихимиотерапии и не реже 1 раза в неделю (при проведении лучевой терапии или полихимиотерапии) | Да/Нет |
| 28. | Выполнено назначение антибактериальных лекарственных препаратов (при фебрильной нейтропении) | Да/Нет |
| 29. | Отсутствие гнойно-септических осложнений | Да/Нет |

3.2.2. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при гепатобластоме (код по МКБ-10: С22.2)

| N п/п | Критерии качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен осмотр врачом-детским онкологом (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена магнитно-резонансная томография с внутривенным контрастированием органов брюшной полости и забрюшинного пространства и/или компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена компьютерная томография органов грудной клетки (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено морфологическое исследование ткани первичной опухоли и/или очагов, подозрительных на метастатические (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 6. | Выполнен просмотр/пересмотр гистологических препаратов врачом-патологоанатомом в медицинской организации, оказывающей онкологическую помощь (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 7. | Выполнена имплантация венозной порт-системы или установка центрального венозного катетера, введенного через периферическую вену (перед началом первого курса полихимиотерапии) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено удаление центрального венозного катетера, введенного через периферическую вену не позднее 6 месяцев от момента установки | Да/Нет |
| 9. | Выполнена рентгенография грудной клетки не позднее 2 часов от момента установки центрального венозного катетера, введенного через периферическую вену | Да/Нет |
| 10. | Выполнено морфологическое исследование удаленных тканей (при хирургическом вмешательстве) | Да/Нет |
| 11. | Выполнена повторная магнитно-резонансная томография с внутривенным контрастированием органов брюшной полости и забрюшинного пространства и/или компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства (перед хирургическим вмешательством) | Да/Нет |
| 12. | Выполнена повторная компьютерная томография органов грудной клетки не реже 1 раза в 2 месяца | Да/Нет |
| 13. | Выполнен осмотр врачом-детским онкологом (перед началом каждого курса полихимиотерапии) | Да/Нет |

biorika-media

| | | |
|---|---|---|
| 14. | Выполнен осмотр врачом-детским онкологом и врачом-радиологом (перед каждым курсом лучевой терапии) | Да/Нет |
| 15. | Проведен следующий курс полихимиотерапии не позднее 21 дня от момента начала предыдущего курса полихимиотерапии (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 16. | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый с подсчетом лейкоцитарной формулы (перед каждым курсом полихимиотерапии и не реже 1 раза в неделю при проведении лучевой терапии или полихимиотерапии) | Да/Нет |
| 17. | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (мочевина, креатинин, общий белок, альбумин, общий билирубин, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, лактатдегидрогеназа, натрий, калий, хлор) (перед каждым курсом полихимиотерапии и не реже 1 раза в неделю при проведении лучевой терапии или полихимиотерапии) | Да/Нет |
| 18. | Выполнен анализ мочи общий (перед каждым курсом полихимиотерапии и не реже 1 раза в неделю при проведении лучевой терапии или полихимиотерапии) | Да/Нет |
| 19. | Выполнено хирургическое вмешательство не позднее 7–14 дня от момента завершения предоперационной полихимиотерапии (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 20. | Выполнено введение химиотерапевтических лекарственных препаратов на фоне инфузионной терапии из расчета 2 или 3 л/м$^2$/сутки (при внутривенной полихимиотерапии) | Да/Нет |
| 21. | Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами (при фебрильной нейтропении) | Да/Нет |
| 22. | Отсутствие гнойно-септических осложнений | Да/Нет |

3.2.3. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при герминогенных опухолях (коды по МКБ-10: С38.1; С49.5; С52; С56; С62)

| N п/п | Критерии качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен осмотр врачом-детским онкологом (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена магнитно-резонансная томография с внутривенным контрастированием органов малого таза и брюшной полости и забрюшинного пространства (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза и брюшной полости и забрюшинного пространства и первичного опухолевого очага (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена компьютерная томография органов грудной клетки (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена радиоизотопная диагностика костей (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена компьютерная томография и/или магнитно-резонансная томография зон, накапливающих радиофармпрепарат по данным радиоизотопного исследования костей (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено исследование уровня альфа-фетопротеина в сыворотке крови (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено исследование уровня хорионического гонадотропина в крови (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 9. | Выполнено исследование уровня лактатдегидрогеназы в крови (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 10. | Выполнено морфологическое исследование ткани первичной опухоли и/или очагов, подозрительных на метастатические (при биопсии и/или при хирургическом вмешательстве на этапе диагностики) (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 11. | Выполнен просмотр/пересмотр гистологических препаратов врачом-патологоанатомом в медицинской организации, оказывающей онкологическую помощь (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 12. | Выполнен осмотр врачом-детским онкологом перед каждым курсом полихимиотерапии | Да/Нет |
| 13. | Выполнено удаление опухоли без повреждения ее капсулы (при радикальном хирургическом вмешательстве) | Да/Нет |
| 14. | Выполнено морфологическое исследование удаленных тканей (при хирургическом вмешательстве) | Да/Нет |
| 15. | Выполнена имплантация венозной порт-системы или установка центрального венозного катетера, введенного через периферическую вену (перед началом первого курса полихимиотерапии) | Да/Нет |
| 16. | Выполнено удаление центрального венозного катетера, введенного через периферическую вену не позднее 6 месяцев от момента установки | Да/Нет |
| 17. | Выполнена рентгенография грудной клетки не позднее 2 часов от момента установки центрального венозного катетера, введенного через периферическую вену | Да/Нет |
| 18. | Проведена полихимиотерапия не ранее 5 суток и не позднее 7 суток от момента хирургического вмешательства (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 19. | Проведен следующий курс полихимиотерапии не позднее 21 дня от момента начала предыдущего курса полихимиотерапии (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 20. | Выполнено введение химиотерапевтических лекарственных препаратов на фоне инфузионной терапии из расчета 2 или 3 л/м$^2$/сутки (при внутривенной полихимиотерапии) | Да/Нет |
| 21. | Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза и брюшной полости и забрюшинного пространства и первичного опухолевого очага перед началом каждого курса полихимиотерапии | Да/Нет |
| 22. | Выполнена повторная магнитно-резонансная томография с внутривенным контрастированием органов малого таза и брюшной полости и забрюшинного пространства (перед хирургическим вмешательством) | Да/Нет |
| 23. | Выполнена компьютерная томография органов грудной клетки не реже 1 раза в 2 месяца | Да/Нет |
| 24. | Выполнено исследование уровня альфа-фетопротеина в сыворотке крови перед каждым курсом полихимиотерапии | Да/Нет |
| 25. | Выполнено исследование уровня хорионического гонадотропина в крови перед каждым курсом полихимиотерапии | Да/Нет |
| 26. | Выполнено исследование уровня лактатдегидрогеназы в крови перед каждым курсом полихимиотерапии | Да/Нет |
| 27. | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый с подсчетом лейкоцитарной формулы перед каждым курсом полихимиотерапии и не реже 1 раза в неделю при проведении лучевой терапии или полихимиотерапии | Да/Нет |
| 28. | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (мочевина, креатинин, общий белок, альбумин, общий билирубин, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, натрий, калий, хлор) перед каждым курсом полихимиотерапии и не реже 1 раза в неделю при проведении лучевой терапии или полихимиотерапии | Да/Нет |
| 29. | Выполнен анализ мочи общий перед каждым курсом полихимиотерапии и не реже 1 раза в неделю при проведении лучевой терапии или полихимиотерапии | Да/Нет |
| 30. | Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами (при фебрильной нейтропении) | Да/Нет |
| 31. | Отсутствие гнойно-септических осложнений | Да/Нет |

3.2.4. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при нефробластоме (коды по МКБ-10: С64; С65; С68)

| N п/п | Критерии качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен осмотр врачом-детским онкологом (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено морфологическое исследование ткани первичной опухоли и/или очагов, подозрительных на метастатические (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена магнитно-резонансная томография с внутривенным контрастированием и/или компьютерная томография с внутривенным контрастированием органов брюшной полости и забрюшинного пространства (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена компьютерная томография органов грудной клетки (при установлении диагноза) | Да/Нет |

bionika-medicine

| | | |
|---|---|---|
| 6. | Выполнена реносцинтиграфия (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 7. | Выполнен просмотр/пересмотр гистологических препаратов врачом-патологоанатомом в медицинской организации, оказывающей онкологическую помощь (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено хирургическое вмешательство не позднее 7–14 дня от момента завершения предоперационной полихимиотерапии ( при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 9. | Выполнено морфологическое исследование удаленных тканей (при хирургическом вмешательстве) | Да/Нет |
| 10. | Выполнена имплантация венозной порт-системы или установка центрального венозного катетера, введенного через периферическую вену (перед началом первого курса полихимиотерапии) | Да/Нет |
| 11. | Выполнено удаление центрального венозного катетера, введенного через периферическую вену не позднее 6 месяцев от момента установки | Да/Нет |
| 12. | Выполнена рентгенография грудной клетки не позднее 2 часов от момента установки центрального венозного катетера, введенного через периферическую вену | Да/Нет |
| 13. | Выполнено введение химиотерапевтических лекарственных препаратов на фоне инфузионной терапии из расчета 2 или 3 л/м$^2$/сутки (при внутривенной полихимиотерапии) | Да/Нет |
| 14. | Выполнен осмотр врачом-детским онкологом (перед каждым курсом полихимиотерапии) | Да/Нет |
| 15. | Выполнена повторная реносцинтиграфия (перед хирургическим вмешательством) | Да/Нет |
| 16. | Выполнена повторная магнитно-резонансная томография с внутривенным контрастированием и/или компьютерная томография с внутривенным контрастированием органов брюшной полости и забрюшинного (перед хирургическим вмешательством) | Да/Нет |
| 17. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства не реже 1 раза в месяц | Да/Нет |
| 18. | Выполнена компьютерная томография органов грудной клетки не реже 1 раза в 2 месяца | Да/Нет |
| 19. | Выполнено определение клиренса креатинина (перед хирургическим вмешательством) | Да/Нет |
| 20. | Проведен следующий курс полихимиотерапии не позднее 21 дня от момента начала предыдущего курса полихимиотерапии (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 21. | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый с подсчетом лейкоцитарной формулы перед началом каждого курса полихимиотерапии и не реже 1 раза в неделю (при полихимиотерапии) | Да/Нет |
| 22. | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (мочевина, креатинин, общий белок, альбумин, общий билирубин, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, лактатдегидрогеназа, натрий, калий, хлор) перед началом каждого курса полихимиотерапии и не реже 1 раза в неделю (при проведении полихимиотерапии) | Да/Нет |
| 23. | Выполнен анализ мочи общий перед началом каждого курса полихимиотерапии и не реже 1 раза в неделю (при проведении полихимиотерапии) | Да/Нет |
| 24. | Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами (при фебрильной нейтропении) | Да/Нет |
| 25. | Отсутствие гнойно-септических осложнений | Да/Нет |

3.2.5. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при злокачественных и доброкачественных новообразованиях мозговых оболочек, головного мозга и других отделов центральной нервной системы (коды по МКБ-10: C70 - C72; C75.1 - C75.5; C75.8; C75.9; D32; D33; D35.2 - D35.4; D35.7 - D35.9; D42; D43; D44.3 - D44.7; D44.9)

| N п/п | Критерии качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен осмотр врачом-детским онкологом и врачом-нейрохирургом при установлении диагноза | Да/Нет |
| 2. | Выполнена консультация врачом-неврологом и врачом-офтальмологом при установлении диагноза | Да/Нет |
| 3. | Выполнена консультация врачом-офтальмологом при установлении диагноза | |
| 4. | Выполнена консультация врачом-детским эндокринологом при опухолях пинеальной области и/или хиазмально-селлярной области и/или подкорковых структур при установлении диагноза | Да/Нет |
| 5. | Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга и/или спинного мозга с контрастированием при установлении диагноза | Да/Нет |
| 6. | Выполнена компьютерная томография головного мозга с внутривенным контрастированием при установлении диагноза | Да/Нет |
| 7. | Выполнено исследование уровня альфа-фетопротеина в сыворотке крови при опухолях пинеальной области и/или хиазмально-селлярной области и/или подкорковых структур (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено исследование уровня хорионического гонадотропина в сыворотке крови при опухолях пинеальной области и/или хиазмально-селлярной области и/или подкорковых структур при установлении диагноза | Да/Нет |
| 9. | Выполнено исследование альфа-фетопротеина в спинномозговой жидкости при опухолях пинеальной области и/или хиазмально-селлярной области и/или подкорковых структур при установлении диагноза (в случае отсутствия внутричерепной гипертензии) | Да/Нет |
| 10. | Выполнено исследование уровня хорионического гонадотропина в спинномозговой жидкости при опухолях пинеальной области и/или хиазмально-селлярной области и/или подкорковых структур при установлении диагноза в случае отсутствия внутричерепной гипертензии | Да/Нет |
| 11. | Выполнено использование операционного микроскопа при удалении опухоли головного и спинного мозга | Да/Нет |
| 12. | Выполнен просмотр/пересмотр гистологических препаратов врачом-патологоанатомом в медицинской организации, оказывающей онкологическую помощь (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 13. | Выполнено цитологическое исследование спинномозговой жидкости на наличие опухолевых клеток не ранее 10 дня и не позднее 21 дня от момента хирургического лечения (при хирургическом вмешательстве) | Да/Нет |
| 14. | Выполнено морфологическое исследование опухолевой ткани до момента завершения хирургического вмешательства (при хирургическом вмешательстве) | Да/Нет |
| 15. | Выполнено морфологическое (гистологическое) и иммуногистохимическое исследование удаленных тканей (при хирургическом вмешательстве) | Да/Нет |
| 16. | Выполнена повторная компьютерная томография головного мозга не позднее 24 часов от момента завершения хирургического вмешательства (при хирургическом вмешательстве) | Да/Нет |
| 17. | Выполнена повторная магнитно-резонансная томография головного мозга и/или спинного мозга с контрастированием не позднее 72 часов от момента завершения хирургического вмешательства (при хирургическом вмешательстве) | Да/Нет |
| 18. | Выполнена имплантация венозной порт-системы или установка центрального венозного катетера, введенного через периферическую вену (перед началом первого курса полихимиотерапии) | Да/Нет |
| 19. | Выполнена рентгенография грудной клетки не позднее 2 часов от момента установки центрального венозного катетера, введенного через периферическую вену | Да/Нет |
| 20. | Выполнено удаление центрального венозного катетера, введенного через периферическую вену не позднее 6 месяцев от момента установки | Да/Нет |
| 21. | Выполнено введение химиотерапевтических препаратов на фоне инфузионной терапии из расчета 3 л/м$^2$/сутки (при внутривенной полихимиотерапии) | Да/Нет |
| 22. | Выполнен следующий курс полихимиотерапии не позднее 14 или 21 или 28 или 42 дней (в зависимости от схемы полихимиотерапии) от момента начала предыдущего курса полихимиотерапии (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 23. | Выполнен осмотр врачом-детским онкологом и врачом-неврологом перед началом каждого курса полихимиотерапии | Да/Нет |
| 24. | Выполнена консультация врачом-неврологом перед началом каждого курса полихимиотерапии | Да/Нет |
| 25. | Выполнена консультация врачом-офтальмологом перед началом каждого курса полихимиотерапии | Да/Нет |
| 26. | Выполнен осмотр врачом-детским онкологом и врачом-радиологом перед началом лучевой терапии | Да/Нет |
| 27. | Выполнена консультация/осмотр врачом-неврологом перед началом лучевой терапии | Да/Нет |
| 28. | Выполнена консультация/осмотр врачом-офтальмологом перед началом лучевой терапии | Да/Нет |
| 29. | Выполнена лучевая терапия или лучевая терапия с химиотерапией не позднее 21 - 28 дней от момента хирургического вмешательства или начала предшествовавшего курса полихимиотерапии (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 30. | Выполнена аудиометрия после лучевой терапии и/или 4 курса полихимиотерапии | Да/Нет |
| 31. | Выполнена магнитно-резонансная томография головного и/или спинного мозга с внутривенным контрастированием после 2 и 4 и 6 и 8 курсов полихимиотерапии и не ранее 4 недель и не позднее 6 недель после окончания лучевой терапии | Да/Нет |
| 32. | Выполнена компьютерная томография головного мозга при лучевой терапии | Да/Нет |
| 33. | Выполнено исследование уровня альфа-фетопротеина в сыворотке крови после каждого курса полихимиотерапии и через 1 месяц после окончания лучевой терапии (при повышенном уровне на этапе диагностики) | Да/Нет |

3.2.6. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при злокачественных новообразованиях костей и суставных хрящей других и неуточненных локализаций, а также других типов соединительной и мягких тканей (коды по МКБ-10: С40; С41; С49)

| N п/п | Критерии качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен осмотр врачом-детским онкологом (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено морфологическое исследование ткани первичной опухоли и/или очагов, подозрительных на метастатические (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена магнитно-резонансная томография с внутривенным контрастированием пораженной кости и смежных суставов (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено ультразвуковое исследование зоны первичного опухолевого очага и регионарных лимфатических узлов и брюшной полости и забрюшинного пространства (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена компьютерная томография органов грудной клетки (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена компьютерная томография пораженной кости и двух смежных суставов (при установлении диагноза остеосаркома или саркома Юинга) | Да/Нет |
| 7. | Выполнена радиоизотопная диагностика костей (при установлении диагноза остеосаркома) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено радиоизотопное исследование костей скелета и мягких тканей и/или магнитно-резонансная томография всего тела (при установлении диагноза саркома Юинга или саркома мягких тканей) | Да/Нет |
| 9. | Выполнена компьютерная томография и/или магнитно-резонансная томография зон, накапливающих радиофармпрепарат по данным радиоизотопного исследования костей и/или мягких тканей (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 10. | Выполнена рентгенография зоны первичного опухолевого очага в двух проекциях (фронтальной и боковой) с масштабной разметкой (при установлении диагноза остеосаркома или саркома Юинга) | Да/Нет |
| 11. | Выполнено морфологическое исследование пунктатов костного мозга из трех точек (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 12. | Выполнена реносцинтиграфия (при установлении диагноза остеосаркома) | Да/Нет |
| 13. | Выполнен просмотр/пересмотр гистологических препаратов врачом-патологоанатомом в медицинской организации, оказывающей онкологическую помощь (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 14. | Выполнена имплантация венозной порт-системы или установка центрального венозного катетера, введенного через периферическую вену (перед началом первого курса полихимиотерапии) | Да/Нет |
| 15. | Выполнено удаление центрального венозного катетера, введенного через периферическую вену не позднее 6 месяцев от момента установки | Да/Нет |
| 16. | Выполнена рентгенография грудной клетки не позднее 2 часов от момента установки центрального венозного катетера, введенного через периферическую вену | Да/Нет |
| 17. | Проведен следующий курс полихимиотерапии не позднее 21–28 дней от момента начала предыдущего курса полихимиотерапии (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 18. | Выполнено введение химиотерапевтических лекарственных препаратов на фоне инфузионной терапии из расчета 3 л/м$^2$/сутки (при внутривенной полихимиотерапии) | Да/Нет |
| 19. | Выполнен осмотр врачом-детским онкологом (перед каждым курсом полихимиотерапии) | Да/Нет |
| 20. | Выполнен осмотр врачом-детским онкологом и врачом-радиологом (перед каждым курсом лучевой терапии при саркоме Юинга или саркоме мягких тканей) | Да/Нет |
| 21. | Выполнена повторная радиоизотопная диагностика костей (перед выполнением хирургического вмешательства при остеосаркоме) | Да/Нет |
| 22. | Выполнена повторная радиоизотопная диагностика костей и мягких тканей и/или магнитно-резонансная томография всего тела (перед выполнением хирургического вмешательства при саркоме Юинга или саркоме мягких тканей) | Да/Нет |
| 23. | Выполнено повторное радиоизотопное исследование костей скелета и/или мягких тканей и/или магнитно-резонансная томография всего тела не реже 1 раза в 6 месяцев (при метастатическом поражении костей и/или мягких тканей) | Да/Нет |
| 24. | Выполнена компьютерная томография и/или магнитно-резонансная томография зон, накапливающих радиофармпрепарат по данным радиоизотопного исследования костей и/или мягких тканей (перед выполнением хирургического вмешательства) | Да/Нет |
| 25. | Выполнено повторное морфологическое исследование пунктатов костного мозга из трех точек (перед началом каждого курса полихимиотерапии при метастатическом поражении костного мозга) | Да/Нет |
| 26. | Выполнена повторная магнитно-резонансная томография зоны первичного опухолевого очага (перед выполнением хирургического вмешательства) | Да/Нет |
| 27. | Выполнено морфологическое исследование краев резекции кости (до момента завершения хирургического вмешательства) | Да/Нет |
| 28. | Выполнено морфологическое исследование удаленных тканей (при хирургическом вмешательстве) | Да/Нет |
| 29. | Выполнено повторное ультразвуковое исследование зоны первичного опухолевого очага и регионарных лимфатических узлов и брюшной полости и забрюшинного пространства не реже 1 раза в 2 месяца | Да/Нет |
| 30. | Выполнена повторная рентгенография пораженной кости и двух смежных суставов в двух проекциях (фронтальной и боковой) с масштабной разметкой не реже 1 раза в 2 месяца и не позднее 10 суток после хирургического вмешательства (при остеосаркоме или саркоме Юинга) | Да/Нет |
| 31. | Выполнена повторная магнитно-резонансная томография зоны первичного опухолевого очага с внутривенным контрастированием после завершения 2 курсов предоперационной полихимиотерапии и перед выполнением хирургического вмешательства и после завершения 2 курсов послеоперационной полихимиотерапии и далее не реже 1 раза в 2 месяца до достижения ремиссии (при саркоме мягких тканей) | Да/Нет |
| 32. | Выполнено ультразвуковое исследование зоны первичного опухолевого очага и регионарных лимфатических узлов и брюшной полости и забрюшинного пространства не реже 1 раза в 2 месяца | Да/Нет |

bionika-medicina

| | | |
|---|---|---|
| 33. | Выполнена компьютерная томография органов грудной клетки не реже 1 раза в 2 месяца при отсутствии метастатического поражения органов грудной клетки и не реже 1 раза в 1 месяц при метастатическом поражении органов грудной клетки | Да/Нет |
| 34. | Выполнена повторная реносцинтиграфия (перед первым введением лекарственного препарата антагониста фолиевой кислоты из группы антиметаболитов) | Да/Нет |
| 35. | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый с подсчетом лейкоцитарной формулы перед началом каждого курса полихимиотерапии или лучевой терапии и не реже 1 раза в неделю при проведении полихимиотерапии или лучевой терапии | Да/Нет |
| 36. | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (мочевина, креатинин, общий белок, альбумин, общий билирубин, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, лактатдегидрогеназа, натрий, калий, хлор) перед началом каждого курса полихимиотерапии или лучевой терапии и не реже 1 раза в неделю при проведении полихимиотерапии или лучевой терапии | Да/Нет |
| 37. | Выполнен анализ мочи общий перед началом каждого курса полихимиотерапии или лучевой терапии и не реже 1 раза в неделю при проведении полихимиотерапии или лучевой терапии | Да/Нет |
| 38. | Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами (при фебрильной нейтропении) | Да/Нет |
| 39. | Отсутствие гнойно-септических осложнений | Да/Нет |

3.2.7. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при злокачественном новообразовании носоглотки (код по МКБ-10: С11)

| N п/п | Критерии качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен врачом-детским онкологом (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена консультация врачом-оториноларингологом (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена магнитно-резонансная томография с внутривенным контрастированием носоглотки и околоносовых пазух и основания черепа (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено ультразвуковое исследование мягких тканей шеи (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена компьютерная томография органов грудной клетки (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено эндоскопическое исследование носоглотки (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 7. | Выполнена радиоизотопная диагностика костей и мягких тканей (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 8. | Выполнена компьютерная томография и/или магнитно-резонансная томография зон, накапливающих радиофармпрепарат по данным радиоизотопного исследования костей и мягких тканей (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 9. | Выполнено определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу Эпштейна - Барра (Epstein - Barr virus) в крови (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 10. | Выполнено морфологическое исследование пунктатов костного мозга из трех точек (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 11. | Выполнено морфологическое исследование ткани первичной опухоли и/или очагов, подозрительных на метастатические (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 12. | Выполнен просмотр/пересмотр гистологических препаратов врачом-патологоанатомом в медицинской организации, оказывающей онкологическую помощь (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 13. | Выполнена имплантация венозной порт-системы или установка центрального венозного катетера, введенного через периферическую вену (перед началом первого курса полихимиотерапии) | Да/Нет |
| 14. | Выполнено удаление центрального венозного катетера, введенного через периферическую вену не позднее 6 месяцев от момента установки | Да/Нет |
| 15. | Выполнена рентгенография грудной клетки не позднее 2 часов от момента установки центрального венозного катетера, введенного через периферическую вену | Да/Нет |
| 16. | Проведен следующий курс полихимиотерапии не позднее 21 - 28 дней от момента начала предыдущего курса полихимиотерапии (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 17. | Выполнено введение химиотерапевтических лекарственных препаратов на фоне инфузионной терапии из расчета 3 л/м$^2$/сутки (при внутривенной полихимиотерапии) | Да/Нет |
| 18. | Выполнено повторное морфологическое исследование пунктатов костного мозга из трех точек перед началом каждого курса полихимиотерапии (при метастатическом поражении костного мозга) | Да/Нет |
| 19. | Проведена лучевая терапия на область первичного очага и регионарных лимфатических узлов (при их метастатическом поражении) после 4 курса полихимиотерапии (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 20. | Выполнен осмотр врачом-детским онкологом (перед каждым курсом полихимиотерапии) | Да/Нет |
| 21. | Выполнена консультация врачом-оториноларингологом (перед каждым курсом полихимиотерапии) | Да/Нет |
| 22. | Выполнено повторное морфологическое исследование пунктатов костного мозга из трех точек перед началом каждого курса полихимиотерапии (при метастатическом поражении костного мозга) | Да/Нет |
| 23. | Выполнен осмотр врачом-детским онкологом и врачом-радиологом перед каждым курсом лучевой терапии | Да/Нет |
| 24. | Выполнена консультация врачом-оториноларингологом (перед каждым курсом лучевой терапии) | Да/Нет |
| 25. | Выполнена повторная радиоизотопная диагностика костей и мягких тканей после 4 и 8 курсов полихимиотерапии | Да/Нет |
| 26. | Выполнена компьютерная томография и/или магнитно-резонансная томография зон, накапливающих радиофармпрепарат по данным радиоизотопного исследования костей и мягких тканей | Да/Нет |
| 27. | Выполнена повторная магнитно-резонансная томография с внутривенным контрастированием носоглотки и околоносовых пазух и основания черепа (после 2 и 4 и 8 курса полихимиотерапии и через месяц после завершения лучевой терапии) | Да/Нет |
| 28. | Выполнено повторное ультразвуковое исследование мягких тканей шеи перед началом каждого курса полихимиотерапии | Да/Нет |
| 29. | Выполнена повторная компьютерная томография органов грудной клетки не реже 1 раза в 2 месяца | Да/Нет |
| 30. | Выполнено повторное эндоскопическое исследование носоглотки после 2 и 4 и 8 курса полихимиотерапии и через месяц после завершения лучевой терапии | Да/Нет |
| 31. | Выполнено определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу Эпштейна - Барра (Epstein - Barr virus) в крови после 2 и 4 и 8 курса полихимиотерапии и через месяц после завершения лучевой терапии | Да/Нет |
| 32. | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый с подсчетом лейкоцитарной формулы (перед началом каждого курса полихимиотерапии и лучевой терапии и не реже 1 раза в неделю при проведении лучевой терапии или полихимиотерапии) | Да/Нет |
| 33. | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (мочевина, креатинин, общий белок, альбумин, общий билирубин, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, лактатдегидрогеназа, натрий, калий, хлор) (перед началом каждого курса полихимиотерапии и лучевой терапии и не реже 1 раза в неделю при проведении лучевой терапии или полихимиотерапии) | Да/Нет |
| 34. | Выполнен анализ мочи общий (перед началом каждого курса полихимиотерапии и лучевой терапии и не реже 1 раза в неделю при проведении лучевой терапии или полихимиотерапии) | Да/Нет |

bionika-media

| | | |
|---|---|---|
| 35. | Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами (при фебрильной нейтропении) | Да/Нет |
| 36. | Отсутствие гнойно-септических осложнений | Да/Нет |

3.2.8. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при нейробластоме (коды по МКБ-10: С47.3; С47.4; С47.5; С47.6; С47.8; С47.9; С48.0; С74.0; С74.1; С74.9; С76.0; С76.1; С76.2; С76.7; С76.8)

| N п/п | Критерии качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен осмотр врачом-детским онкологом (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено морфологическое исследование ткани первичной опухоли и/или очагов, подозрительных на метастатические (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства и зоны первичного опухолевого очага (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена магнитно-резонансная томография с внутривенным контрастированием зоны первичного опухолевого очага и/или компьютерная томография зоны первичного опухолевого очага (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена радиоизотопная диагностика костей и/или магнитно-резонансная томография всего тела (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена компьютерная томография органов грудной клетки (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 7. | Выполнена радиоизотопная диагностика с 123-йод-метайодбензилгуанидином (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено морфологическое исследование пунктатов костного мозга из трех точек (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 9. | Выполнен просмотр/пересмотр гистологических препаратов врачом-патологоанатомом в медицинской организации, оказывающей онкологическую помощь (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 10. | Выполнена имплантация венозной порт-системы или установка центрального венозного катетера, введенного через периферическую вену (перед началом первого курса полихимиотерапии) | Да/Нет |
| 11. | Выполнено удаление центрального венозного катетера, введенного через периферическую вену не позднее 6 месяцев от момента установки | Да/Нет |
| 12. | Выполнена рентгенография грудной клетки не позднее 2 часов от момента установки центрального венозного катетера, введенного через периферическую вену | Да/Нет |
| 13. | Проведен следующий курс полихимиотерапии не позднее 21–28 дней от момента начала предыдущего курса полихимиотерапии (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 14. | Выполнено повторное морфологическое исследование пунктатов костного мозга из трех точек перед началом каждого курса полихимиотерапии (при метастатическом поражении костного мозга) | Да/Нет |
| 15. | Выполнена повторная радиоизотопная диагностика с 123-йод-метайодбензилгуанидином не реже 1 раза в 6 месяцев | Да/Нет |
| 16. | Выполнено введение химиотерапевтических лекарственных препаратов на фоне инфузионной терапии из расчета 3 л/м$^2$/сутки (при внутривенной полихимиотерапии) | Да/Нет |
| 17. | Выполнен осмотр врачом-детским онкологом (перед началом каждого курса полихимиотерапии) | Да/Нет |
| 18. | Выполнен осмотр врачом-детским онкологом и врачом-радиологом (перед каждым курсом лучевой терапии) | Да/Нет |
| 19. | Выполнено повторное ультразвуковое исследование зоны первичного опухолевого очага и органов брюшной полости и забрюшинного пространства (перед хирургическим вмешательством) | Да/Нет |
| 20. | Выполнена повторная магнитно-резонансная томография с внутривенным контрастированием зоны первичного опухолевого очага и/или компьютерная томография зоны первичного опухолевого очага (перед хирургическим вмешательством) | Да/Нет |
| 21. | Выполнен осмотр врачом-детским онкологом и врачом-радиологом (перед каждым курсом лучевой терапии) | Да/Нет |
| 22. | Выполнена повторная компьютерная томография органов грудной клетки не реже 1 раза в 2 месяца | Да/Нет |
| 23. | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый с подсчетом лейкоцитарной формулы перед началом каждого курса полихимиотерапии и не реже 1 раза в неделю при проведении полихимиотерапии | Да/Нет |
| 24. | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (мочевина, креатинин, общий белок, альбумин, общий билирубин, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, лактатдегидрогеназа, натрий, калий, хлор) перед началом каждого курса полихимиотерапии и не реже 1 раза в неделю при проведении полихимиотерапии | Да/Нет |
| 25. | Выполнен анализ мочи общий перед началом каждого курса полихимиотерапии и не реже 1 раза в неделю при проведении полихимиотерапии | Да/Нет |
| 26. | Выполнено назначение антибактериальных лекарственных препаратов (при фебрильной нейтропении) | Да/Нет |
| 27. | Отсутствие гнойно-септических осложнений | Да/Нет |

3.2.9. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при остром лимфобластном лейкозе (код по МКБ-10: С91.0)

| N п/п | Критерии качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена пункция костного мозга (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено цитологическое исследование мазка костного мозга (подсчет формулы костного мозга) и цитохимическое исследование препарата костного мозга (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено иммунофенотипирование бластных клеток костного мозга с помощью проточной цитометрии (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено цитогенетическое исследование и/или молекулярно-генетическое исследование бластных клеток костного мозга (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена спинномозговая пункция (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено исследование спинномозговой жидкости (определение цитоза, белка, глюкозы, цитологическое исследование) (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 7. | Выполнена рентгенография органов грудной клетки (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 8. | Выполнены ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и ультразвуковое исследование забрюшинного пространства (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 9. | Выполнена компьютерная томография головы и/или магнитно-резонансная томография головного мозга (при установлении диагноза в случае наличия неврологической симптоматики) | Да/Нет |
| 10. | Выполнена повторная пункция костного мозга на 15 день индукционной терапии и не позднее 40 дня от момента начала индукционной терапии | Да/Нет |
| 11. | Выполнено цитологическое исследование мазка костного мозга (подсчет формулы костного мозга) на 15 день индукционной терапии и не позднее 40 дня от момента начала индукционной терапии | Да/Нет |
| 12. | Выполнена повторная рентгенография органов грудной клетки не позднее 40 дня от момента начала индукционной терапии (при наличии инициального поражения средостения) | Да/Нет |
| 13. | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый с подсчетом лейкоцитарной формулы не реже 1 раза в 7 дней (при поддерживающей терапии) | Да/Нет |
| 14. | Выполнена коррекция доз лекарственных препаратов из группы антиметаболитов, антагонистов пуринов и фолиевой кислоты в зависимости от количества лейкоцитов в общем (клиническом) анализе крови развернутом не реже 1 раза в 7 дней (при поддерживающей терапии) | Да/Нет |
| 15. | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, гамма-глутамилтранспептидаза, билирубин, общий белок, альбумин, глюкоза) не реже 1 раза в 3 месяца (при поддерживающей терапии) | Да/Нет |
| 16. | Выполнена консультация врачом-гематологом в медицинской организации, оказывающей онкогематологическую помощь (при наличии медицинских показаний к трансплантации костного мозга) | Да/Нет |

bionka-medicina