НОВОСТИ МОСКВЫ

Премьер-министр Дмитрий Медведев и мэр Москвы Сергей Собянин посетили строительство нового корпуса Морозовской больницы

стр. 2

СТРАНИЧКИ МОРОЗОВКИ

Алексей Кисляков: о работе детской патологоанатомической службы и о её роли в контроле качества медицинской помощи

стр. 4

ДЕТСКИЕ БОЛЕЗНИ

Является ли сегодня инсульт у ребенка редкостью? Что говорят нам научная литература и клиническая практика?

стр. 10

ДЕТСКИЙ ДОКТОР

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

ТЕМА НОМЕРА

ЛИХОРАДКА У ДЕТЕЙ

3 (3) 2016

РЕКОМЕНДАЦИИ ВОЗ

Маркетинг нездоровых пищевых продуктов и безалкогольных напитков признан одним из основных факторов роста числа детей с избыточным весом и ожирением

ДЕТСКИЕ БОЛЕЗНИ

Острые нарушения мозгового кровообращения входят в число десяти ведущих причин летальных исходов у пациентов в возрасте от 5 до 24 лет

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

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

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

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

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

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

Выпускающий редактор – Анна Шикунова

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

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

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

Учредитель
Общество с ограниченной ответственностью «Бионика Медиа Инновации»

Издатель
www.bionika-media.ru
Председатель Совета директоров – Ирина Красивская
Генеральный директор – Дмитрий Огурцов
Заместитель генерального директора по медицинским изданиям – Анна Власова

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

Периодичность – 4 номера в год
Газета зарегистрирована Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор)
Регистрационный номер ПИ № ФС77–63900 от 09 декабря 2015 г.
Газета набрана и сверстана в ООО «Бионика Медиа», отпечатана в ООО «Борус-Пресс» 300041, г. Тула, ул. Сойфера, д. 6
Тираж 15 000 экз.
Номер подписан 25 октября 2016 г. в 10:00
Полное или частичное воспроизведение редакционных материалов, опубликованных в газете «Детский доктор», запрещается, за исключением случаев письменного согласия редакции

Заглядывая в будущее

Новый корпус Морозовской больницы примет первых пациентов в мае 2017 года. Пока же на строительство многопрофильного центра мэр столицы Сергей Собянин в конце июля пригласил премьер-министра Дмитрия Медведева.

Пока строительство нового корпуса – самая большая «медицинская» стройка в Москве, на ней задействовано 70 тыс. квадратных метров территории, это наполовину больше всей площади, занимаемой сейчас Морозовской больницей, которая лечит 30% детского населения столицы.

Дмитрий Медведев и Сергей Собянин у нового корпуса

По словам Сергея Собянина, решение Правительства РФ о софинансировании строительства было правильным и своевременным. При этом, как отметил мэр, больница продолжает работать в обычном режиме, оснащая свои операционные и лаборатории самым современным оборудованием. Премьер-министр с удовлетворением узнал о том, что после окончания строительства до 30% пациентов Морозовской больницы будут составлять больные дети со всей России. Мэр рассказал также, что в 10 других клиниках Москвы создаются медицинские центры для детей. Детское здравоохранение остается приоритетом столицы, и, по словам Сергея Собянина, в ближайшие 3 года будет построено несколько десятков объектов здравоохранения.

О том, какие акценты в лечении детей будет делать Морозовская больница, гостям рассказал главный врач Морозовской больницы Игорь Колтунов. Здесь появится первое в России отделение трансплантации костного мозга, отделения кардиохирургии, ортопедии, травматологии, также впервые в РФ начнет принимать больных детей отделение детского инсульта.

Новый семиэтажный корпус будет наполнен палатами совместного пребывания матери и ребенка, вполне возможно, что он станет лучшим столичным детским учреждением здравоохранения. Здесь разместятся современные лаборатории, кабинеты и операционные, которые будут работать полные сутки.

«В нашей больнице сегодня лечатся 100 тыс. детей в год. И в основном это дети, страдающие тяжелыми хроническими наследственными заболеваниями, генетическими заболеваниями, дети, нуждающиеся в постоянном медицинском контроле, – сказал главный врач Морозовской больницы Игорь Колтунов. – Такое количество пациентов стало возможным после перехода клиники на круглосуточную работу».

Мэр Москвы и премьер-министр ответили на вопросы медиков, касающиеся разных сфер здравоохранения. Сергей Собянин отметил достоинства и ошибки московской системы ЕМИАС, которая дала возможность организаторам московского здравоохранения контролировать потоки больных, упростить электронный документооборот, осуществлять запись к врачам, а программное обеспечение москвичей помогает коллегам в других регионах сделать здравоохранение в городах России более качественным и современным.

Дмитрий Медведев также прокомментировал действия Правительства для приближения улучшений в здравоохранении. По его мнению, этому будет способствовать новый национальный проект в здравоохранении, по типу проведенного национального проекта «Здоровье» в 2006 г. Для претворения в жизнь этого плана и уточнения направлений развития сейчас создается рабочая группа.

Источник: Департамент здравоохранения г. Москвы

Игорь Колтунов рассказывает гостям о планах Морозовской больницы на будущее

Глубокоуважаемые коллеги и друзья!

У Вас в руках третий номер газеты «Детский доктор», который вышел в дни открытия II Московского городского съезда педиатров «Трудный диагноз» в педиатрии. Преодолевая барьеры. Мультидисциплинарный подход». В 2015 году был успешно проведен I Московский городской съезд «Трудный диагноз» в педиатрии. Специализированная помощь в работе врача-педиатра». Это было, по сути, первое крупное научно-практическое мероприятие в Москве, посвященное различным проблемам педиатрии. Интерес московских врачей был огромен, присутствовали более 1500 участников из России и зарубежных стран, около 500 участников в on-line трансляции имели возможность оценить выступления ведущих специалистов, ученых, научных работников, врачей-практиков.

На сегодняшний день для успешного лечения пациентов необходимо учитывать преемственность работы амбулаторно-поликлинического звена и стационара. Многие сложные, тяжелые пациенты требуют обсуждения, мультидисциплинарного подхода и обследования сразу нескольких специалистов с момента поступления. Основная цель Съезда – способствовать повышению качества оказания доступной помощи, в том числе специализированной.

II Московский городской Съезд педиатров состоится 8–10 ноября 2016 года, он должен стать той площадкой, на которой будут обсуждаться важные проблемы городского здравоохранения: обмен опытом лечения и обследования больных, повышение квалификации специалистов в рамках непрерывного постдипломного образования.

Участникам настоящего Съезда будут предоставлены материалы сборника «Трудный диагноз в педиатрии №4», в котором описаны самые тяжелые и сложные пациенты, госпитализированные в ГБУЗ «Морозовская детская городская клиническая больница Департамента здравоохранения города Москвы», а также методические рекомендации по актуальным проблемам педиатрии.

Газета «Детский доктор» регулярно освещает новости медицины и здравоохранения г. Москвы. В настоящем номере – мэр Москвы Сергей Собянин посетил Морозовскую больницу и рассказал о планах строительства десятков объектов здравоохранения на ближайшие 3 года.

Инсульт молодеет? Очевидно. Актуальность изучения данной проблемы и перспективы ее изучения, литературные данные и клиническая практика представлены в статье И.Е. Колтунова и И.О. Щедеркиной. В Морозовской больнице приказом Департамента здравоохранения города Москвы от 27.02.2014 №169 был создан Центр по лечению цереброваскулярной патологии детей и подростков, который уже начал приносить свои плоды. Цель работы центра – улучшение диагностики и лечения детского инсульта, разработка профилактических мер, организация катамнестического наблюдения. Перспективы работы Центра – донести до практических врачей информацию о данной патологии и необходимости мультидисциплинарного подхода к обследованию детей, перенесших данную патологию.

В осенний период времени особенно актуальными будут проблемы острых респираторных инфекций, сопровождающихся кашлем и лихорадкой. В рубрике «Детские болезни» – подробнее читайте материалы по дифференциальному диагнозу и лечению данных состояний, выбору актуальных препаратов.

Мы уже говорили о том, что обмен опытом лечения и описание тяжелых и интересных случаев течения разных заболеваний – обязательная составляющая нашей газеты. Рекомендуем ознакомиться со случаем, который протекал под маской разных состояний: острого аппендицита, пиелонефрита, и др. В рубрике «Случай из практики» – демонстрация «ишемической маски» острого миокардита у ребенка 9 лет.

Уважаемые коллеги, надеемся, что наша газета будет интересна врачам разных специальностей. Желаем успехов участникам II Московского городского съезда педиатров «Трудный диагноз» в педиатрии, а также читателям.

С уважением, М.С. Савенкова,
шеф-редактор газеты «Детский доктор»,
профессор кафедры клинической функциональной диагностики факультета дополнительного профессионального образования ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

НОВОСТИ

Число отказов от прививок выросло почти вдвое

Вакцинацию детей чаще считают ненужной, однако врачам удается переубедить треть родителей.

В докладе Американской академии педиатрии (American Academy of Pediatrics – AAP) сообщается, что с 2006 по 2013 г. родители стали чаще отказываться от вакцинации детей.

Выводы были сделаны на основании двух опросов членов AAP: 629 респондентов в 2006 г. и 627 – в 2013 г. По сравнению с 74,5% родительских отказов от прививок в 2006 г., в 2013 их доля увеличилась до 87%. Кроме того, процент родителей, отказавшихся от одной вакцины, возрос с 4,5% в 2006 г. до 8,6 в 2013 г., от нескольких прививок – с 2,5% до 4,8%, а от всех – с 2,1% до 3,3%. При этом педиатры в пригородах или сельских районах чаще сталкиваются с отказами родителей.

Согласно данным, многие родители считают иммунизацию ненужной: в 2006 г. эта причина была актуальна в 63,4% случаев, а в 2013 г. – в 73,1%. Также они медлят с вакцинацией, опасаясь возможной боли и дискомфорта во время прививки ребенка, или чрезмерной нагрузки на иммунную систему при одновременном использовании нескольких вакцин. Эти причины отказа упоминаются чаще, чем, например, озабоченность родителей по поводу развития аутизма из-за вакцинации (56,8% в 2006 г. и 53,9% в 2013 г.). Однако педиатры сообщили, что им удалось переубедить треть отказавшихся от вакцинации, рассказав о возможных последствиях отсутствия прививки у ребенка (в 2006 и 2013 гг. были переубеждены 31,9% и 34,4% родителей соответственно).

«Вакцины стали жертвами собственного успеха, – говорит ведущий автор работы, доктор Кэтрин Хью-Телфорд (Catherine Hough-Telford), представитель Педиатрического союза в штате Флорида (Pediatric Health Alliance). – Конечно, распространение заблуждений относительно вакцинации в интернете и в СМИ сыграло свою роль, однако основной причиной отказов является то, что родители никогда не видели, насколько опасны болезни, которые способны предотвращать вакцины. Они никогда не жили во времена эпидемии полиомиелита. Мы твердо убеждены в необходимости вакцинации, это важная составляющая здоровья детей и общества в целом».

Сегодня основным средством борьбы с отказами является просветительская работа. Около 10% врачей не принимают детей и родителей, которые отказываются от прививок или не соблюдают сроков вакцинации. Тем не менее, как отмечают авторы доклада, всего этого явно недостаточно, и нужно сосредоточиться на разработке конкретных подходов работы с родителями. Впрочем, согласно опросу 1551 педиатра, проведенному Medscape в 2016 г., в области применения вакцин, напротив, наблюдается позитивная тенденция: 46% респондентов считают, что отношение к прививкам улучшилось по сравнению с ситуацией годичной давности (42% педиатров считают, что ситуация все же ухудшилась). Однако почти три четверти респондентов (72%) отметили, что восприятие опасности инфекционных заболеваний родителями стало более адекватным.

Источник: http://www.univadis.ru

XV РОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС
«Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии»
25-27 октября 2016
Москва, гостиница «Космос»

Ключевые направления работы:
- Аллергология и иммунология;
- Гастроэнтерология;
- Гематология;
- Вакцинопрофилактика;
- Эндокринология;
- Кардиология;
- Генетические заболевания;
- Неврология;
- Нефрология;
- Неонатология;
- Нутрициология;
- Пульмонология;
- Экопатология;
- Противорадиационная защита;
- Детская хирургия.

Параллельно с научными секциями на конгрессе будет работать XV международная выставка «Современные диагностические, лекарственные и нутрициологические технологии в педиатрии и детской хирургии», в которой примут участие ведущие российские и зарубежные компании, действующие на фармацевтическом рынке, в области медицинской техники и детского питания.

Организаторы
Министерство Здравоохранения Российской Федерации
Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова
Научно-Исследовательский Клинический Институт Педиатрии имени академика Ю.Е. Вельтищева

www.congress2016.pedklin.ru
Секретариат Оргкомитета Конгресса
Тел.: +7 (926) 525-16-82
e-mail: congress@pedklin.ru
16+ Реклама

На страже медицинских ошибок

Алексей Кисляков,
заведующий патологоанатомическим отделением Морозовской детской городской клинической больницы

Контроль качества медицинской помощи остается наиболее важной задачей отечественного здравоохранения. Поэтому одной из ведущих структур в клиниках и больницах, призванных выполнять эту задачу, является патологоанатомическая служба лечебного учреждения.

Как же мы формулируем задачи нашего отделения? Главная задача – обеспечить клинических врачей и пациентов морфологическим диагнозом, поскольку от этой информации зависит постановка диагноза и, соответственно, лечение больного. Причем важно давать такое морфологическое заключение на должном квалификационном уровне и обычно в течение 3–5 рабочих дней.

Понятно, что именно качественное проведение биопсии и исследование операционного материала особенно важно для пациента. Морфологическая верификация патологического процесса лежит в основе клинического диагноза, и на основании этого понимания затем назначается лечение и определяется прогноз развития болезни или выздоровления. Поэтому служба проводит оперативные исследования удаленных во время операции органов и их частей, а также биопсийного материала – фрагментов ткани, полученных хирургом или врачом-эндоскопистом специально с целью постановки диагноза.

Покажу на примере, как результат работы службы может повлиять на ход лечения и, к примеру, на то, станет ли ребенок инвалидом или нет. Если провести диагностическую биопсию опухоли кишки у ребенка, то патологоанатом с помощью иммуногистохимии в большом числе случаев может поставить диагноз лимфомы, чаще это лимфома Беркитта. Такой диагноз подразумевает специфическое химиотерапевтическое лечение, а не удаление пораженной части кишки, то есть хирургического лечения не потребуется. В таких случаях инвалидизация ребенка сводится к нулю. Мы, врачи, обязаны об этом думать. Мы реально встречались в Морозовской больнице с несколькими случаями очень редких для детей гастроинтестинальных стромальных опухолей (ГИСО, GIST). Их обязательно необходимо верифицировать гистологически и иммуногистохимически, так как они лечатся не только путем удаления, но и назначения таргетного, то есть действующего на определенную молекулу или клеточный антиген препарата.

Или вот еще пример: в нашей больнице довольно долго не могли установить диагноз одному очень маленькому пациенту. Но на консилиуме с нашим участием патологоанатом предложил сделать трепанобиопсию подвздошной кости для исследования костного мозга. Мы провели гистологическое исследование и сделали иммунное окрашивание, по результатам которого установили один из редких вариантов миелоидного лейкоза. Это я рассказываю к тому, что приглашение патологоанатома на консилиумы – это очень важная вещь; у нас как-то это не принято, а на Западе – это довольно рутинная практика, которую у нас необходимо культивировать.

Еще одна важная часть нашей работы – посмертная диагностика, конечно, сам пациент уже никакой пользы получить не сможет, однако полученная по результатам аутопсии информация особенно полезна для врача, и иногда может оказаться полезной для родственников. В нашем случае это обычно касается родителей, которые впоследствии будут планировать следующую беременность.

Исследования биопсий и операционного материала в Морозовской больнице*

10 000–12 000 пациентов в год – частота проведения прижизненных патологоанатомических исследований в Морозовской больнице

Стабильный рост количества пациентов благодаря повышению хирургической активности:
- **2013 г. – около 1800 пациентов;**
- **2014 и 2015 гг. – около 3700 пациентов;**
- **на начало августа 2016 г. – около 3000 пациентов.**

*Многие патологоанатомы привыкли считать объемы своих исследований в каких-то «кусочках», гистологических стеклах и т.п. Мы же определяем объем так же, как и все в мире, по числу пациентов.

Наши технологии

Многие, даже коллеги, весьма смутно представляют, какова современная технология исследования образца ткани. Остановлюсь на этой стороне патологоанатомической работы. Технология производства гистологических препаратов осуществляется лаборантом и, вкратце, такова. Материал, взятый хирургом или врачом-эндоскопистом, предварительно фиксируется в формалине. Затем врач-патологоанатом производит макроскопическое исследование материала, описывает его основные характеристики. После этого осуществляется вырезка фрагментов и кусочков ткани, которые, после окончательной фиксации в формалине, подвергаются специальному процессингу (так называемая «проводка ткани»). Следующий этап – заливка образцов в парафиновые блоки, из которых в дальнейшем осуществляется нарезка (микротомия) материала на предметные стекла, подлежащие окраске.

Основной метод окраски препаратов – окраска гематоксилином и эозином, что является обязательной (рутинной) окраской. При микроскопическом исследовании окрашенных препаратов врач в большинстве случаев ограничивается ей. Однако при диагностике опухолевых процессов рутинной окраски почти всегда недостаточно. Поэтому в онкоморфологической практике следующий этап – это иммуногистохимическое исследование. Метод основан на реакции «антиген-антитело» и позволяет выявлять специфические антигенные детерминанты, которые экспрессируются тем или иным типом опухолевых клеток.

Мы неслучайно говорим о качестве обучения и квалификации специалистов. Для проведения иммуногистохимических исследований врачу необходимо обладать достаточной квалификацией, так как он должен не только ориентироваться в широком спектре онкологической патологии, но и знать все нюансы технологического процесса иммунного окрашивания. Это нужно для того, чтобы правильно оценивать полученный результат, ведь анализ иммуногистохимических реакций проводится патологоанатомом визуально с помощью микроскопа, а не выдается распечатанным лабораторной машиной, как, например, в клинико-диагностической лаборатории. Кстати, в ряде случае иммуногистохимия используется и в диагностике неопухолевых заболеваний (например, болезни Гиршпрунга по биоптатам слизистой оболочки кишки, полученным при колоноскопии).

Так что патологоанатом в детской больнице должен обладать высокой квалификацией, впрочем, как и везде. В детской патологоанатомической практике есть огромное количество как базовых отличий (например, нозологический спектр значительно отличается от взрослой патологии), так и отдельных нюансов. При этом в поле зрения детского патологоанатома попадают также болезни подростков и молодых взрослых, а вот в работе взрослого патологоанатома случаи из детской патологии не встречаются.

А что же мы имеем на практике? Приходится констатировать, что у нас в стране низкий средний уровень врачей. То есть, есть отличные специалисты (и их не так мало), но вот средний уровень квалификации врача очень низкий по сравнению с Европой, например! Это тоже фундаментальная проблема: в целом не очень качественное медицин-

ское образование усугубляется почти полной потерей бывших когда-то хороших (но не великих по мировым меркам, как у нас представлялось ранее) профессиональных школ.

Аутопсия и независимость

Что касается аутопсийного раздела работы, то здесь основная наша задача – формулировка развернутого посмертного диагноза. В дальнейшем каждый летальный случай детально разбирается на заседаниях специальной комиссии совместно с коллегами-клиницистами, там происходит анализ возможных ошибок или неверной лечебно-диагностической тактики. За последние годы в нашем отделении проводится в среднем 1000–1200 вскрытий в год, однако подавляющее их большинство приходится на умерших новорожденных или мертворожденных из родильных домов. Количество же аутопсий пациентов, умерших в нашей больнице за последние два года, было 46 и 82 соответственно, это около 50% от общего числа умерших. Случаи без вскрытия – это, как правило, дети, умершие от онкологических заболеваний или иных достоверно верифицированных летальных состояний, например, орфанных болезней.

Следует сказать, что в Морозовской больнице проводятся исследования и для других ЛПУ Москвы. Мы занимаемся прижизненной и посмертной диагностикой для двух стационаров детской сети: для НПЦ медицинской помощи детям им. Войно-Ясенецкого и НИИ неотложной детской хирургии и травматологии. Очень большой объем работы приходится на материал родильных домов из стационаров взрослой сети – это преимущественно аутопсии, а в разделе прижизненной диагностики – исследования последов.

Отдельно необходимо подчеркнуть работу службы патологоанатомических исследований для онкологического отделения. Диагностика онкологических заболеваний – это самая важная и ответственная часть работ патологоанатома. Для большинства онкологических нозологий метод гистологической верификации является «золотым стандартом». Это касается самых разных опухолей: мягкотканных, костных, новообразований головного и спинного мозга, а также лимфопролиферативных заболеваний. И с коллегами-клиницистами из подразделений под руководством Константина Леонидовича Кондратчика и Егора Валерьевича Шорикова у нас давно сложился тесный контакт.

Вопрос независимости патологоанатомических служб весьма болезненный и дискуссионный. Копьев на этом поле сломано много. Что я об этом думаю? Проблема зависимости мнения врача не локальна, она повсеместная в наших палестинах. По большому счету, не важно, кому служба будет подчинена: даже если служба будет отдельной, нет гарантии, что нас не «поправят» где-то на административном верху. Это вопрос, простите за пафос, всей системы госуправления, и в этой части у меня иллюзий нет. В Германии, например, служба патологии входит в общую структуру клиники, но диктовать ей никто ничего не может, как, впрочем, и любому другому подразделению. Поэтому подчинение службы в нашей стране – вопрос абсолютно периферийный, и, скажем честно, от искажений мы не защищены. Так что подчинение разным ведомствам или автономность (условная) патологоанатомических отделений (бюро), на мой взгляд, кардинально не могут улучшить ситуацию. Так что остается только трудиться честно и профессионально на своем рабочем месте.

Врачи патологоанатомического отделения Морозовской ДГКБ (слева направо: Д.О. Аллина, проф. А.Г. Талалаев, проф. Л.В. Леонова, А.Н. Кисляков, Х.М. Арчакова, М.П. Шалатонин, Ю.И. Семина)

Лаборанты за работой

Это мы!

Мы считаем, что коллектив отделения весьма перспективный. Сейчас в отделении работают преимущественно молодые доктора: Д.О. Аллина, Х.М. Арчакова, Ю.И. Сёмина, М.П. Шалатонин. Мы намеренно подбирали коллектив из молодых специалистов, открытых к постоянному самообучению и постоянному самосовершенствованию, ум которых еще не «зашорен» профессиональными стереотипами. Эти врачи сами получают новую информацию на англоязычных порталах и в современной профессиональной литературе, тоже англоязычной, поскольку ничего качественного по нашей специальности на русском языке практически не публикуется. У нас трудятся врачами два профессора – Александр Гаврилович Талалаев, который ранее много лет руководил кафедрой патологической анатомии педиатрического факультета РНИМУ (2-го МОЛГМИ), и Людмила Васильевна Леонова, также проработавшая на кафедре более четырех десятков лет. Александр Гаврилович и Людмила Васильевна обучали наших докторов основам специальности в интернатуре и ординатуре.

Нельзя не сказать о нашем среднем и младшем персонале, без которого невозможна работа подразделения. Это, прежде всего, «руки» отделения – лаборанты (Л. Бородулина, Н. Батурина, С. Баталенко, М. Ивашкина, А. Харитонова, Е. Чаткина, Л. Шимакина), а также медицинский регистратор и санитары.

Я хотел бы отметить наши тесные профессиональные связи с коллегами из федеральных учреждений. Это, прежде всего, совместная работа с ФНКЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Рогачева, с Российской детской клинической больницей и НИИ нейрохирургии им. акад. Бурденко.

Кроме того, при необходимости мы можем проконсультировать наиболее сложных и неоднозначных пациентов, а также спорные случаи за рубежом у коллег в ведущих клиниках Германии, Италии, Великобритании.

Работа, проводимая патологоанатомами по прижизненной морфологической и посмертной диагностикам, изучение генеза болезней, расхождений клинических и патологоанатомических диагнозов, позволяет выяснить непонятные диагнозы из-за сложности симптомов, а также выявить дефекты в оказании медицинской помощи на всех этапах болезни. Эта работа позволяет установить истину в причинах возникновения болезни или совместно протекающих болезней, а также прояснить воздействие применявшихся лекарственных средств, улучшить качество диагностики и лечения, оперативно устранить причины медицинских ошибок или неверной лечебно-диагностической тактики.

Скорая помощь – стационар. Синергия для лечения ребенка

Николай Кулешов,
заведующий приемным отделением Морозовской детской городской клинической больницы

Нужны ли в стационаре скоропомощные койки? Какова эффективность такого дуэта?

Сегодня Морозовская больница – это скоропомощной многопрофильный детский стационар. В нем только на основной территории медицинскую помощь детям круглосуточно оказывают врачи на 945 койках. К нам ежедневно обращаются от 150 до 400 пациентов. Они приходят сами, их привозят машины скорой помощи, кроме того, пациенты поступают в плановом порядке. Ясно, что при таком потоке больных невозможно обойтись без выверенной, четкой и оптимальной маршрутизации. Этот механизм должен работать 365 дней в году и 24 часа в сутки. Но бессмысленно и накладно впустую госпитализировать пациентов в круглосуточный стационар, если таковая медпомощь им не нужна.

Принцип работы

Какова рациональная схема работы в Морозовской больнице? В МДГКБ организована и зарекомендовала себя такая система приема пациентов, при которой потоки пациентов разделены на инфекционный и неинфекционный профиль между непосредственно приемным и боксированными отделениями. Кроме того, выделены плановые пациенты хирургического и терапевтического профиля. Если нужна экстренная медицинская помощь, то осуществляется она непосредственно в реанимационном отделении, минуя приемное отделение.

Как мы это сделали? Поступающие в приемное отделение пациенты госпитализируются на специально выделенные койки скорой медицинской помощи краткосрочного пребывания, где им оказывается необходимая специализированная медицинская помощь, включая диагностику. А далее, при необходимости, мы госпитализируем ребенка в профильные отделения стационара. Использование коек скорой помощи в приемном отделении позволяет нам повысить скорость сортировки поступающих больных детей и оптимально выбрать условия для их дальнейшего лечения. Кроме того, такой путь сократил необоснованную госпитализацию. Тем не менее, в специализированные отделения стационара в среднем ежесуточно мы отправляем около 200 детей.

Что нам дала такая маршрутизация? Во-первых, мы не теряем драгоценные минуты при оказании экстренной помощи, если жизни ребенка грозит опасность. Во-вторых, пациенты с инфекциями, в т.ч. с сочетанной патологией, не пересекаются с «чистыми» детьми. В-третьих, плановой госпитализацией не занимаются врачи, оказывающие неотложную помощь, и не задерживается помощь экстренным пациентам.

Организована работа коек скорой медицинской помощи краткосрочного пребывания (или коек СМП) была с сентября 2013 года. Теперь остановлюсь на том, где и какими силами и средствами мы проводим эту работу.

Стационарозамещающие технологии в цифрах

Показатель	4 мес 2013 г.	2014 г.	2015 г.	6 мес 2016 г.
Пациенты, госпитализированные в МДГКБ	12 950	56 600	73 730	49 623
Пациенты, госпитализированные на койки СМП	2770	12 981	23 989	18 088

Приемное отделение Морозовской детской городской клинической больницы располагается в двух корпусах. Прием экстренных пациентов с неинфекционной патологией происходит в корпусе №1, где на первом этаже расположены 7 отдельных смотровых боксов. Также в составе отделения

Пациенты, госпитализированные на койки СМП, в соответствии с нозологическими группами МКБ-10, *n* (%)

Группы	4 мес 2013 г.	2014 г.	2015 г.	6 мес 2016 г.
A00-B99. Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	114 (4,1)	176 (1,4)	370 (1,5)	174 (1)
C00-D48. Новообразования	4 (0,1)	17 (0,1)	42 (0,2)	40 (0,2)
D50-D89. Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	12 (0,4)	68 (0,5)	108 (0,5)	75 (0,4)
E00-E90. Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	6 (0,2)	28 (0,2)	29 (0,1)	19 (0,1)
F00-F99. Психические расстройства и расстройства поведения	4 (0,1)	10 (<0,1)	–	–
G00-G99. Болезни нервной системы	107 (3,9)	357 (2,8)	449 (1,9)	365 (2)
H00-H59. Болезни глаза и его придаточного аппарата	86 (3,1)	326 (2,5)	1786 (7,4)	1118 (6,2)
H60-H95. Болезни уха и сосцевидного отростка	27 (1,0)	514 (4,1)	1802 (7,5)	1367 (7,6)
I00-I99. Болезни системы кровообращения	8 (0,3)	70 (0,5)	72 (0,3)	49 (0,3)
J00-J99. Болезни органов дыхания	368 (13,3)	1639 (12,8)	1811 (7,5)	1504 (8,3)
K00-K93. Болезни органов пищеварения	467 (16,9)	1579 (12,3)	2232 (9,3)	1965 (10,9)
L00-L99. Болезни кожи и подкожной клетчатки	66 (2,4)	351 (2,7)	799 (3,3)	865 (4,8)
M00-M99. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	35 (1,3)	157 (1,2)	267 (1,1)	262 (1,4)
N00-N99. Болезни мочеполовой системы	43 (1,6)	291 (2,2)	568 (2,4)	591 (3,3)
O00-O99. Беременность, роды и послеродовой период	–	–	6 (0,1)	6 (0,1)
P00-P96. Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	15 (0,5)	71 (0,5)	138 (0,6)	109 (0,6)
Q00-Q99. Врожденные аномалии [пороки развития], деформации и хромосомные нарушения	15 (0,5)	44 (0,3)	167 (0,7)	101 (0,6)
R00-R99. Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках	26 (0,9)	499 (3,8)	1831 (7,6)	1402 (7,8)
S00-T98. Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	1361 (49,2)	6754 (51,8)	11481 (47,9)	8076 (44,6)
V01-Y98. Внешние причины заболеваемости и смертности	–	–	–	–
Z00-Z99. Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения	6 (0,2)	30 (0,2)	31 (0,1)	–

есть ординаторская, пост медицинской сестры для приема и сортировки пациентов, чистая и гнойная перевязочные, отдельные кабинеты офтальмолога и оториноларинголога, смотровой кабинет хирурга и невролога с помещением для ожидания, кабинеты заведующего и старшей медсестры, комната для персонала, рабочие посты медсестер, вакцинальная.

Для оказания медпомощи пациентам с травмами выделена отдельная зона с помещением для ожидания и манипуляционной. В непосредственной близости от помещений приемного отделения располагаются кабинет рентгенографии, компьютерной томографии, кабинет ультразвуковых методов исследования, а также экспресс-лаборатория, где выполняются общий анализ крови, общий анализ мочи, анализы на уровень глюкозы в крови, на наличие кетоновых тел и желчных пигментов в моче, на электролиты крови, КЩС, на показатели газового обмена, анализ биологических жидкостей на предмет отравлений химическими веществами.

В корпусе №22А проводится плановый прием и госпитализация пациентов в отделения хирургического профиля, там расположены кабинет педиатра и кабинет регистрации пациентов, помещение для ожидания.

Такое размещение дает нам возможность круглосуточного ежедневного приема, осмотра, обследования и госпитализации больных, поступивших в приемное отделение по скорой и по экстренным показаниям для граждан, обращающихся самостоятельно. Также оно исключает попадание в эти помещения инфекционных больных и позволяет проводить оформление пациентов, поступивших в плановом порядке. Мы имеем возможность оказать медпомощь в минимально короткие сроки на койках краткосрочного пребывания, а также не нуждающимся в стационарном лечении.

При таком размещении решены все вопросы для проведения необходимых диагностических лабораторных и инструментальных исследований всем больным, обеспечено наблюдение за больными, находящимися в приемном отделении до выяснения диагноза. Все пациенты распределяются по тяжести и профилю заболевания, отделения загружены равномерно в зависимости от количества штатных коек круглосуточных подразделений и фактического наличия пациентов.

Кроме того, мы обеспечили контроль за обоснованностью направления пациентов в стационар и правильное оформление документов. Параллельно идет учет пациентов, получивших в приемном отделении амбулаторную помощь, и пациентов, которые отказались от госпитализации.

Рис. 1. Пациенты, госпитализированные на койки СМП с ХГД

В % от общего количества пациентов МДГКБ (количество госпитализированных пациентов).

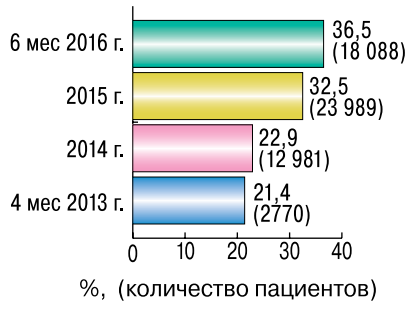


Рис. 2. Койки СМП принимают пациентов вне зависимости от канала поступления

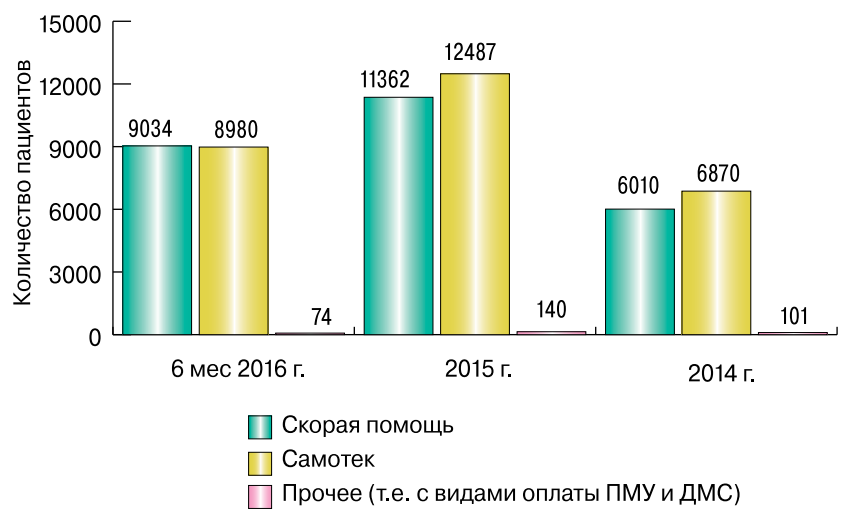
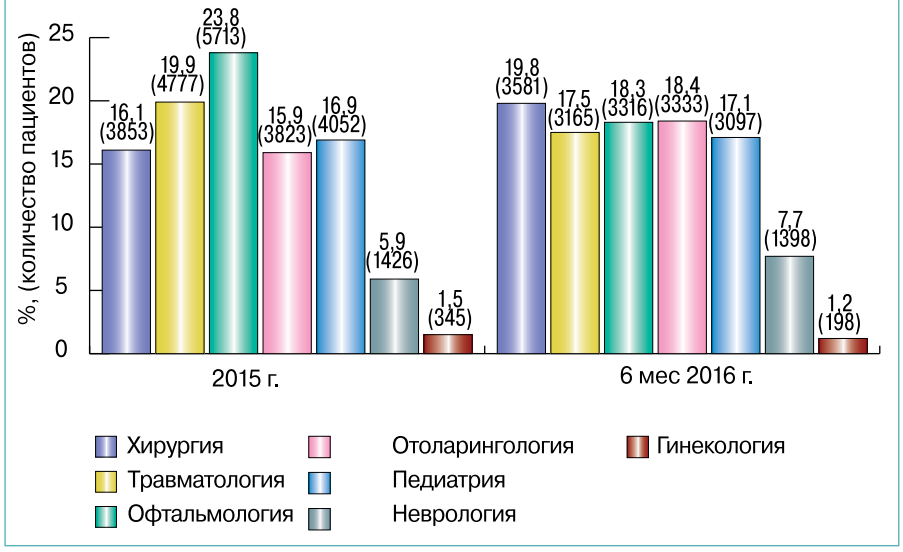


Рис. 3. Пациенты, получившие помощь профильных врачей на койках СМП



Кадры и коечный фонд

Дежурную бригаду круглосуточно составляют два педиатра, два детских хирурга, травматолог-ортопед, оториноларинголог, офтальмолог и невролог. Консультации врачами узких специальностей проводятся при необходимости, для этого они вызываются из профильных отделений.

Все смотровые боксы образуют коечный фонд приемного отделения, куда непосредственно госпитализируются поступающие пациенты для их изоляции, обследования и ожидания госпитализации в профильное отделение, а также для того, чтобы оказать неотложную помощь и при необходимости провести динамическое наблюдение. После наблюдения как минимум в течение 4 часов, при отсутствии показаний для экстренной госпитализации, пациент выписывается на амбулаторное лечение по месту жительства.

Таким образом, в приемном отделении мы пользуемся современными стационарозамещающими технологиями, а коечный фонд круглосуточных отделений используется рационально. Всем госпитализированным пациентам была оказана медпомощь соответствующего профиля в необходимом объеме, для того чтобы убедиться в отсутствии показаний для экстренной госпитализации в отделение с круглосуточным пребыванием.

Госпитализация на койки СМП краткосрочного пребывания в приемном отделении, как инновационная стационарозамещающая технология, позволяет более эффективно использовать коечный фонд отделений стационара, т.к. указанное количество пациентов не было госпитализировано под круглосуточное наблюдение.

Койки СМП принимают пациентов вне зависимости от канала поступления. Значимого различия между количеством госпитализированных пациентов, доставленных бригадами ССиНМП и обратившихся самостоятельно, не прослеживается за весь период работы коек. Количество пациентов, доставленных бригадами ССиНМП и госпитализированных на койки СМП, достигает почти 50%. Однако сотрудники ССиНМП не стараются проводить более точную диагностику пациентов и верифицировать диагнозы «на месте» и фактически просто транспортируют их в приемное отделение, чтобы «подстраховаться». Таким образом, они выполняют исключительно транспортную функцию. Пациенты, доставленные бригадами ССиНМП и обратившиеся самостоятельно, в большинстве случаев значимо не отличаются по тяжести состояния.

> За работу по проекту стационарозамещения коллектив Морозовской больницы был удостоен премии Правительства Москвы «Новаторы Москвы» в 2014 г.

Немного об экономике

Работа коек СМП в приемном отделении обеспечивается различными видами оплаты. Учитывая принадлежность и предназначение нашей клиники, доминирующим видом оплаты оказанной медпомощи является ОМС. Количество таких пациентов достигает 98–99%. Оставшаяся часть больных могут обратиться без полиса ОМС или в рамках платных медицинских услуг, в т.ч. ДМС. Койки СМП также принимают участие в оказании платной медицинской помощи, хотя доля пациентов, приносящих внебюджетные средства, очень мала. Использование коек СМП в приемном отделении для оказания платных медицинских услуг в основном объясняется тем, что нередко поступают граждане иностранных государств, которым медицинская помощь в неотложной форме должна оказываться платно в соответствии с действующим законодательством РФ. Также пациенты, застрахованные в рамках ДМС, направленные на стационарное лечение страховыми компаниями, могут не нуждаться в нем, а получить необходимый объем медицинской помощи на койках СМП краткосрочного пребывания в приемном отделении.

Профили медицинской помощи

Пациенты, госпитализированные на койки СМП в приемном отделении, имеют возможность получить медпомощь любого профиля. Для этого в штате отделения работают врачи семи различных специальностей, а узкие специалисты вызываются на консультацию из соответствующих отделений.

Комиссия по ликвидации детского ожирения ВОЗ призвала к действиям на высоком уровне

Комиссия по ликвидации детского ожирения (КЛДО) представила Генеральному директору ВОЗ свой доклад, ставший кульминационной точкой двухлетнего процесса изучения высоких уровней ожирения и избыточного веса среди детей в глобальных масштабах.

В докладе КЛДО предлагается ряд рекомендаций для правительств, направленных на прекращение тенденции роста уровней избыточного веса и ожирения среди детей в возрасте до 5 лет.

«Для решения глобальной проблемы избыточного веса и ожирения у детей необходимо усилить политическую приверженность, – заявил сэр Питер Глакмэн, сопредседатель Комиссии. – ВОЗ необходимо работать с правительствами для осуществления широкого ряда мер, ориентированных на устранение обусловленных окружающей средой причин ожирения и избыточного веса, и содействовать в обеспечении для детей здорового жизненного старта, которого они достойны».

Второй сопредседатель Комиссии, д-р Сания Ништар, отметила: «Избыточный вес и ожирение оказывают воздействие на качество жизни детей, которые сталкиваются с широким рядом проблем, включая физические, психологические и медицинские последствия. Мы знаем, что ожирение может также сказываться на их успеваемости, а это – в сочетании с тем фактом, что они и в зрелом возрасте, вероятно, будут страдать от ожирения – и приводит к значительным медицинским и экономическим последствиям для них, их семей и общества в целом».

По данным доклада, в настоящее время многие дети растут в окружающей среде, способствующей набору веса и развитию ожирения. В условиях глобализации и урбанизации воздействие нездоровой (ведущей к развитию ожирения) среды возрастает в странах с высоким, средним и низким уровнем дохода и во всех социально-экономических группах. Маркетинг нездоровых пищевых продуктов и безалкогольных напитков признан одним из основных факторов роста числа детей с избыточным весом и ожирением, особенно в развивающихся странах.

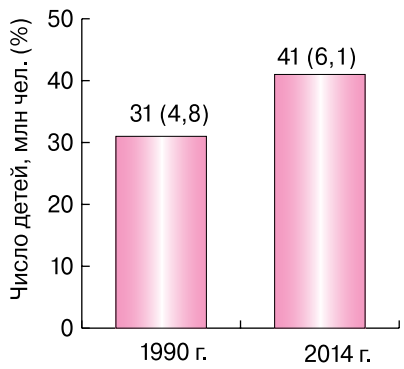
41 млн детей в возрасте до 5 лет страдают ожирением или имеют избыточный вес
Наиболее быстрые темпы роста числа таких детей – в странах с низким и средним уровнем дохода

КЛДО рекомендует правительствам стран

1. Содействие потреблению здоровых пищевых продуктов.

Проводить всесторонние программы, способствующие потреблению здоровых пищевых продуктов и снижению уровней потребления нездоровых пищевых продуктов и напитков с добавлением сахара среди детей и подростков (например, путем эффективного налогообложения напитков с добавлением сахара и сдерживания маркетинга нездоровых пищевых продуктов).

Рис. 1. Распространенность избыточного веса среди детей в возрасте до 5 лет



Страны со средне-низким уровнем дохода – увеличение числа детей с избыточным весом с 7,5 млн до 15,5 млн

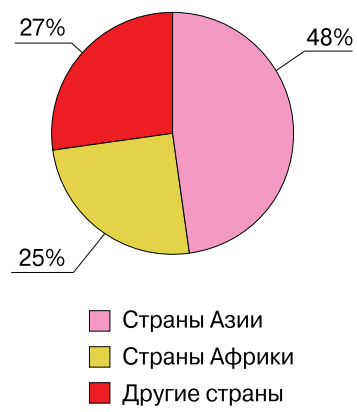
2. Пропаганда физической активности.

Проводить всесторонние программы, пропагандирующие физическую активность и направленные против сидячего образа жизни среди детей и подростков.

3. Уход в период до зачатия и во время беременности.

Объединить руководство по профилактике неинфекционных заболеваний с имеющимся на сегодняшний день руководством по уходу в период до зачатия и в дородовой период (в целях снижения риска развития детского ожирения путем предотвращения рождения детей с низкой массой тела или большим весом, недоношенности и других осложнений беременности).

Рис. 2. Дети с ожирением в мире (2014 год)



4. Питание и физическая активность в раннем детстве.

Предоставить руководство по здоровому питанию, сну и физической активности в раннем детстве, способствовать развитию здоровых привычек и надлежащему росту детей (путем стимулирования грудного вскармливания; ограничения потребления пищевых продуктов с высокими уровнями содержания жиров, сахара и соли; обеспечения доступности здоровых продуктов и физической активности в учреждениях по уходу за детьми раннего возраста).

5. Охрана здоровья, питание и физическая активность детей школьного возраста.

Проводить всесторонние программы, способствующие формированию здоровой окружающей среды в школах, грамотности в вопросах здоровья и питания и физической активности среди детей и подростков школьного возраста (путем установления стандартов на школьное питание; прекращения продажи нездоровых пищевых продуктов и напитков и включения в основные учебные программы аспектов здоровья, питания и физической активности).

6. Контроль веса.

Обеспечить семейные, ориентированные на здоровый образ жизни многокомпонентные службы для детей и молодых людей, страдающих ожирением.

Согласно выводам КЛДО, ВОЗ необходимо институционализировать в рамках всей Организации межсекторальный, охватывающий весь жизненный цикл подход к ликвидации детского ожирения. Кроме того, в докладе определены меры, которые должны быть приняты другими заинтересованными сторонами. Неправительственным организациям необходимо уделять больше внимания проблеме детского ожирения и пропагандировать улучшения в окружающей среде, а частному сектору – поддерживать производство пищевых продуктов и напитков, способствующих здоровому питанию, и улучшать доступ к ним.

Источник: http://www.who.int

Диаскинтест® VS проба Манту: к чему такая спешка?

Осенью этого года вступят в действие новые правила диагностики туберкулеза, в соответствии с которыми проверенную десятилетиями пробу Манту заменят на Диаскинтест® (ДСТ). Минздрав уже принял решение. Однако многие специалисты-практики считают его поспешным, утверждая, что ДСТ способен обнаружить только часть случаев активного туберкулеза.

Этапы внедрения

ДСТ появился на рынке в 2009 г. А в 2010 г. вышел Приказ МЗСР РФ № 855 от 29 октября 2009 г. «О внесении изменения в Приложение № 4 к Приказу МЗ России от 21 марта 2003 г. № 109», в соответствии с которым «... Детям и подросткам при наличии сомнительной или положительной реакции на препарат Диаскинтест показано полное обследование на туберкулез с последующим лечением или превентивным лечением и наблюдением в соответствующей группе диспансерного учета...» При этом, уже весной 2010 г. новый тест стал использоваться в противотуберкулезной службе 37 регионов страны, а с 2011 г. его начали применять по всей России. В 2012 г. начался пробный массовый скрининг здоровых детей из разных регионов страны с помощью ДСТ. На основании этих разрозненных исследований, без единой научной методологии в конце 2014 г. Минздравом РФ был издан Приказ № 951, утверждающий Методические рекомендации: в нем говорится о необходимости замены пробы Манту с 2 ТЕ на ДСТ при скрининге детей от 8 до 17 лет. Однако этот Приказ вступил в конфликт с Приказом № 109 и действующим Постановлением Главного санитарного врача. Не урегулировав возникшие противоречия, Минздрав подготовил проект нового приказа «Порядок и сроки проведения профилактических медицинских осмотров граждан в целях выявления туберкулеза», подтверждающего замену Манту на ДСТ с 8 лет.

Что представляет собой ДСТ?

ДСТ является разработкой отечественных ученых, в 2008 г. получивших слитный генно-инженерный белок ESAT-6 и SFP-10 из *Mycobacterium tuberculosis hominis* (микобактерии человеческого вида/МБТ) с использованием кишечной палочки (*E. coli*). Поскольку ESAT-6 и SFP-10 отсутствуют в микобактериях вакцинного штамма БЦЖ, ДСТ первоначально предназначался для дифференциальной диагностики поствакцинальной и инфекционной аллергии. Методика проведения ДСТ скопирована с традиционной пробы Манту. Однако тест имеет более низкую чувствительность по сравнению с пробой Манту. По данным клинических исследований, проведенных независимыми специалистами России и ближнего зарубежья, новый метод не позволяет выявить около 20% больных активным туберкулезом и не определяет латентную туберкулезную инфекцию. При первичном инфицировании МБТ, в так называемый ранний период первичной туберкулезной инфекции, который является фактором высокого риска развития туберкулеза, в 96–98% случаев регистрируется отрицательный результат теста. А у детей, инфицированных МБТ более года, положительные реакции на ДСТ составляют в среднем 6,7%. Следует заметить, что, как показали в своей работе ученые из НИИ им. Гамалеи, только монобелок ESAT-6 является ранним, комплекс из двух белков (ESAT-6+SFP-10) формируется на поздних стадиях развития туберкулезной инфекции.

Зав. лабораторией иммунологических исследований и молекулярной диагностики туберкулеза НИИ фтизиопульмонологии МГМУ им. И.М. Сеченова, проф. М.А. Владимирский сообщил: «Более высокая чувствительность туберкулиновой пробы (пробы Манту) была показана в двойном слепом исследовании датского кожного теста C-Tb (полного аналога российского ДСТ), результаты которого были опубликованы в декабре 2015 г. По полученным данным, чувствительность квантиферонового теста *in vitro* (результаты которого соответствуют результатам ДСТ) и C-Tb в точности совпала и оказалась существенно ниже чувствительности туберкулинового теста (76,7% против 94,5%).

Причина недостаточной чувствительности обоих методов – в ограниченном количестве антигенов, их всего 2 (ESAT-6 и SFP-10), тогда как в туберкулине представлено >16 природных белков, относящихся к факторам вирулентности МБТ».

Существует гипотеза, что недостаточная чувствительность ДСТ обусловлена низким сродством искусственного белка, в состав которого входят «сшитые» ESAT-6 и SFP-10, к «мишени» по сравнению с природными, отдельно взятыми ESAT-6 и SFP-10, поэтому положительный результат ДСТ появляется только при высоком уровне сенсибилизации организма антигенами возбудителя туберкулеза – МБТ.

С момента своего появления на российском рынке ДСТ позиционируется (как подтверждает практика, безосновательно) в качестве пробы, выявляющей активный туберкулез или латентную туберкулезную инфекцию (ЛТИ) с высоким риском развития заболевания. Между тем, по словам М.А. Владимирского, «проблема дифференцирования ЛТИ (инфицирование МБТ без развития туберкулеза) от активного заболевания остается чрезвычайно актуальной во всем мире. ДСТ эту проблему не решил». ВОЗ еще в 2011 г. сделала вывод о том, что тесты, использующие рекомбинантные белки ESAT-6/SFP-10, обладают низкой прогностической ценностью и не помогают выявить лиц с высоким риском прогрессирования латентной инфекции в активное заболевание. Таким образом, Россия является единственной страной в мире, широко применяющей ДСТ для этих целей.

Сегодня многие связывают ДСТ с получившей широкое распространение в последние годы компьютерной томографией (КТ), которая позволяет фиксировать минимальные морфологические изменения в органах грудной клетки. В соответствии с применяемой в настоящее время схемой диагностики туберкулеза, регламентированной 855-м Приказом, показанием для проведения КТ является положительный ДСТ. Однако, по словам детского фтизиатра проф. К.Г. Пучкова, «методика выявления туберкулеза у детей, базирующаяся на преимущественном обследовании с помощью КТ детей с положительной реакцией на ДСТ, в большей степени позволяет констатировать стадию обратного развития, нежели выявлять ранние стадии заболевания. Широкое применение ДСТ при обследовании детей и подростков уже привело к значительному росту диагностики туберкулеза в стадии обратного развития или в виде остаточных изменений (ЗА ГДУ), что указывает на несвоевременность выявления заболевания».

Практиками описано много случаев, когда отрицательный результат ДСТ позволял врачам снять диагноз «туберкулез» и направлял диагностический поиск по ложному пути, нанося серьезный ущерб здоровью больного, а положительный результат теста заставлял врачей долго и безрезультатно искать несуществующее заболевание.

Зав. кафедрой фтизиатрии СПбГПМУ, проф. В.Н. Кривохиж описывает у детей неспецифические реакции на ДСТ в виде резкого повышения температуры до 39°С, отека руки, в которую вводился препарат, сопровождающегося выраженной гиперемией кожи и болью в руке. Реакции возникают в интервале 1–12 ч после введения препарата и относятся к реакциям гиперчувствительности немедленного типа (предположительно анафилактического или анафилактоидного характера). Точную природу нежелательных явлений еще предстоит установить. Однако уже сейчас можно констатировать, что нежелательные реакции на ДСТ возникают гораздо чаще, чем на пробу Манту.

Что ждет Россию при переходе на массовый скрининг с пробой ДСТ?

Академик АМТН, проф. кафедры фтизиопульмонологии и торакальной хирургии им. акад. М.И. Перельмана Первого МГМУ им. И.М. Сеченова М.В. Шилова отмечает: «Предложение МЗ РФ об отмене пробы Манту с 2 ТЕ при массовых обследованиях на туберкулез детей с 8 лет и старше и переходе на ДСТ приведет к фактическому прекращению выявления детей в ранний период туберкулезной инфекции, наиболее опасный для заболевания туберкулезом, что не позволит своевременно проводить соответствующие лечебно-профилактические мероприятия и предупреждать заболевание туберкулезом впервые инфицированных детей. ДСТ не позволит выявить всех детей с активным туберкулезом в начальные стадии заболевания и своевременно начать их лечение, что ухудшает прогноз эффективности лечения и повышает риск формирования больших остаточных изменений. Это кардинально меняет в худшую сторону ситуацию по контролю и активному воздействию на распространение туберкулезной инфекции. Не случайно в 2015 г., после перехода в соответствии с 951 приказом МЗ РФ половины территорий на скрининг с помощью ДСТ, рост показателя заболеваемости туберкулезом детей и/или подростков произошел в 64 (75,3%) субъектах РФ».

Зав. лабораторией иммунопрофилактики ЦНИИ эпидемиологии, проф. И.В. Михеева предупреждает, что количество пропущенных случаев активного туберкулеза у детей в целом по РФ может составить более 300 случаев в год.

С вышеозвученным согласна зав. детско-подростковым отделом ЦНИИ туберкулеза, проф. Е.С. Овсянкина: «Одним из недостатков ДСТ является то, что с его помощью нельзя полностью сформировать группы риска, прежде всего, выявить ранний период первичной туберкулезной инфекции, на который указывает вираж пробы Манту. А ведь именно в этом периоде у детей чаще всего и выявляется заболевание. Пробы Манту и ДСТ не взаимозаменяемые, они дополняют друг друга. Оптимальным вариантом скрининга является прежний подход с использованием пробы Манту во всех возрастных периодах».

Российские СМИ ежедневно пестрят заголовками пресс-службы Минздрава о «комплексе первоочередных и долгосрочных мер по оздоровлению детей». При этом наши спикеры-практики солидарны в главном: переходя на ДСТ, Россия рискует потерять отлаженную, надежную, проверенную временем систему диагностики туберкулеза. Пора прекратить административный прессинг честных врачей-фтизиатров и ученых, объективно оценивающих возможности ДСТ.

НА ПРАВАХ РЕКЛАМЫ

Проблема инсульта у детей: актуальность и перспективы

Является ли сегодня инсульт у ребенка редкостью? Что говорят нам научная литература и клиническая практика?

И.Е. Колтунов, И.О. Щедеркина
Морозовская детская городская клиническая больница Департамента здравоохранения г. Москвы

Данные свидетельствуют о том, что инсульт в детском и подростковом возрасте вовсе не является редкостью. Показатели ежегодной заболеваемости инсультом у детей в возрасте старше одного месяца составляют 6–13 на 100 000, тогда как среди взрослого населения – 175–200 на 100 000 [De Veber G., 2011; Rivkin M.J., 2016]. Но при этом острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) встречаются у детей с более высокой частотой, чем опухоли центральной нервной системы, и входят в число десяти ведущих причин летальных исходов у пациентов в возрасте от 5 до 24 лет [De Heron M., 2013].

Сформулируем дефиниции

По формулировке ВОЗ, детский инсульт – это быстрое развитие клинических признаков фокального или общего нарушения мозговых функций, сохраняющихся 24 часа и больше, которые могут приводить к смерти и не имеют других причин, кроме нарушения мозгового кровообращения. Это инвалидизирующая патология, и у 50–90% детей в дальнейшем отмечаются стойкий или пожизненный неврологический дефицит, нарушения нервно-психического развития, когнитивные и поведенческие расстройства, а у трети детей, перенесших инсульт, развивается эпилепсия [Gordon A., 2011; Engle R., Ellis C., 2012].

Верификация инсульта у ребенка

Спектр патологических состояний, приводящих к инсультам в детском возрасте, является гораздо более широким, чем у взрослых, что существенно затрудняет их верификацию. Этиология 5–30% случаев ишемического инсульта (ИИ) и 9–23% геморрагического инсульта (ГИ) у детей даже после проведения тщательной диагностики остается неустановленной [Roach E.S., 2008; Jordan L.C., 2011].

К сожалению, многие пациенты имеют еще и сопутствующие заболевания, которые увеличивают риск повторного инсульта и ограничивают возможность активной реабилитации больного ребенка.

Поскольку данное заболевание существенно влияет на смертность, хроническую заболеваемость и на инвалидизацию детей, важны ранняя диагностика и лечение инсультов у детей, а также проведение вторичной профилактики. Между тем, проблема детского инсульта изучена недостаточно для того, чтобы ввести лечебные и диагностические стандарты, а также оптимально использовать реабилитацию и профилактику повторных инсультов.

Что можно сделать?

На наш взгляд, решению этих вопросов в первую очередь способствует создание педиатрического регистра инсульта, который позволяет получить достоверные данные о заболеваемости, смертности, летальности, о структуре, исходах и последствиях инсульта в детской популяции [Mackay M.T., 2011]. Регистр – основа в оценке эпидемиологической ситуации и эффективности работы по профилактике и лечению данной патологии, он помогает объективно оценить эффективность используемых лечебно-профилактических мер и реабилитации [Гусев Е.И. и др., 2003]. Поэтому еще в 2001–2003 гг. Национальная ассоциация по борьбе с инсультом (НАБИ) организовала национальный Регистр в 19 городах России среди населения старше 25 лет [Гусев Е.И. и др., 2003].

Приказом Департамента здравоохранения города Москвы от 27.02.2014 № 169 в Морозовской детской городской клинической больнице (МДГКБ) создан Центр по лечению цереброваскулярной патологии детей и подростков. Целью работы Центра является улучшение диагностики и лечения детского инсульта, разработка профилактических мер, организация катамнестического наблюдения, оптимизация реабилитации с учетом типа инсульта и возраста пациентов. Здесь ведется городской регистр детей, перенесших инсульт.

Информированность педиатров о возможности развития нарушений мозгового кровообращения у детей значительно увеличила количество детей, поступающих в стационар с диагнозом «инсульт» или «нарушение мозгового кровообращения».

Ситуация в Москве

По данным Скорой медицинской помощи, если в 2013 г. с диагнозом ОНМК в детские больницы г. Москвы было доставлено 194, то в 2014 г. – 238, а в 2015 г. – 298 больных детей. Мы полагаем, что причиной учащения госпитализаций стала возросшая настороженность педиатров в связи с возможностью появления инсульта у детей.

После создания Центра по лечению цереброваскулярной патологии у детей и подростков в МДГКБ предпринята попытка создания регистра детского инсульта, что дает возможность оптимизации лечебных, реабилитационных и профилактических мер, а также позволяет разрабатывать стандарты лечения на различных этапах ведения данных пациентов.

С апреля 2014 г. в МДГКБ проходили лечение и внесены в регистр 65 детей. В 2015 г. проходил лечение по поводу ОНМК 121 ребенок, из них у 61% диагностирован ИИ и у 39% – ГИ (рис. 1 и 2).

Рис. 1. Структура детского инсульта в Морозовской ДГКБ за 2015 г., n (%)

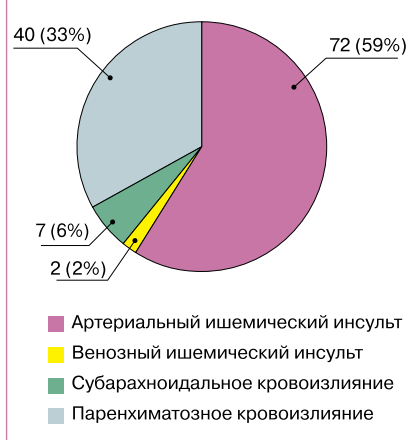
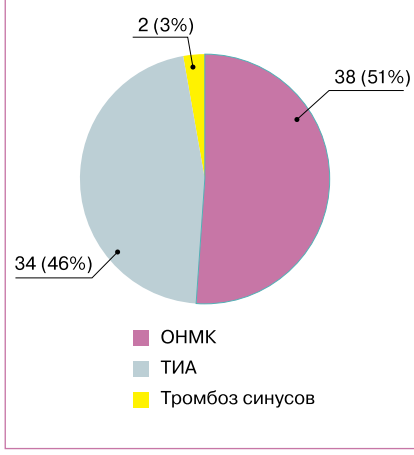


Рис. 2. Структура ишемического инсульта в Морозовской ДГКБ за 2015 г., n (%)



Причины инсультов у детей

По данным различных медицинских центров, занимающихся лечением детей с ОНМК, точную причину инсульта, особенно ИИ, не удается установить в 15–45% случаев (см. таблицу).

Как видно из приведенной таблицы, в МДГКБ в 2015 г. при первичной госпитализации этиология ИИ была установлена только в 41,8% случаев. Известно до 100 этиологических факторов детского инсульта, и в некоторых случаях диагностический поиск продолжается в амбулаторных условиях, уже после выписки из стационара.

Ход лечения

В остром периоде ГИ было проведено оперативное вмешательство у 45 (65%) пациентов. Устранение

Таблица. Установленные причины развития ишемического инсульта (*n*=31)

Причины ишемического инсульта	Количество пациентов
Эмболия	
Кардиогенная эмболия	5
После операции на сердце	1
Невоспалительные	
расслоение стенки артерии	5
болезнь Мойя-Мойя	2
Коагулопатия	
Серповидноклеточная анемия	1
Тромбоцитопеническая пурпура	1
Недостаточность антитромбина III	2
Недостаточность С-белка и S-белка	4
Нарушение обмена гомоцистеина	15
Другие причины	
Венозные тромбозы (травма)	2

сосудистой аномалии, вызвавшей ГИ (артериальная аневризма, артериовенозная мальформация, кавернома) с внутримозговой гематомой, было проведено у 8 пациентов, у 3 пациентов проведено удаление гематомы вместе с опухолью головного мозга супратенториальной локализации. Трижды было проведено опорожнение субдуральной гематомы, у 6 больных проведено удаление внутримозговой гематомы. В 7 случаях при внутрижелудочковых кровоизлияниях было произведено закрытое наружное вентрикулярное дренирование.

Не нуждались в оперативном лечении только 24 пациента с субарахноидальными кровоизлияниями, в том числе и дети, имевшие небольшой объем внутричерепных гематом.

Почему Морозовская?

Именно полиэтиологичность детского инсульта требует госпитализации и ведения данных пациентов в условиях многопрофильного стационара, каким является МДГКБ. С момента создания Центра по лечению цереброваскулярной патологии у детей и подростков разработан и внедрен алгоритм обследования детей с ОНМК, позволяющий максимально сократить время первичной диагностики и своевременно начать необходимое лечение.

В МДГКБ организовано круглосуточное проведение КТ головного мозга, консультации нейрохирурга, что позволяет оперативно решать вопрос о необходимости оперативного лечения при ГИ. Специалисты различного профиля выявляют возможные причины инсульта: это гематолог, кардиоревматолог, кардиохирург, врач центра орфанных заболеваний, инфекционист, онколог, неонатолог, генетик.

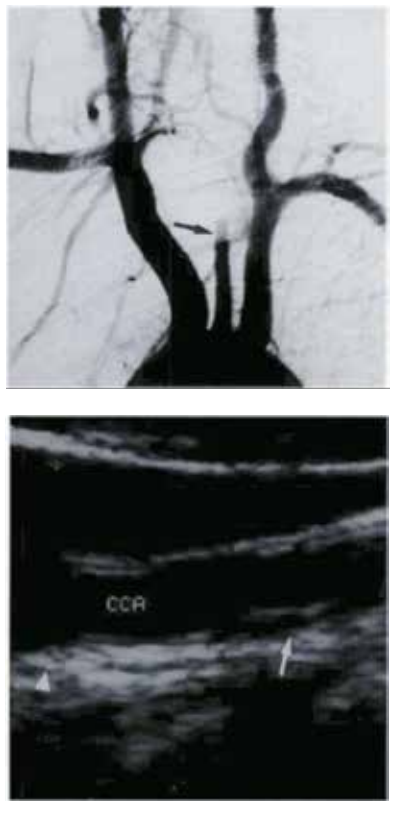
Главным врачом МДГКБ приказом № 177/10 от 09.03.2016 г. по МДГКБ утвержден порядок и объем обследования пациентов с ОНМК, позволяющий стандартизировать диагностику инсульта, сократив время диагностики, госпитализации и, при необходимости, обеспечив своевременное начало реабилитации (рис. 5).

Как мы себя контролируем?

Во время наблюдения за ребенком в стационаре используется балльная оценка состояния пациентов с ОНМК по международным шкалам (PedHNISS, PSOM, шкалы Глазго, Рэнкин), что позволяет дифференцировать инсульт и ТИА, оценить эффективность проводимой терапии, прогнозировать исход и срок перевода пациента на реабилитацию, проводить сравнительный анализ данных Центра не только с клиниками РФ, но и с данными международных центров.

Рис. 3. Мальформация вены Галена

Рис. 4. Диссекция левой общей сонной артерии



Первая опасность миновала

В консультативном центре МДГКБ ведется катамнестическое наблюдение детей, перенесших инсульт. Методика обследования этих детей с использованием международных шкал (PedHNISS, PSOM, CHQ-PF50, опросник Ахенбаха), позволяет объективно оценить наличие у больного ребенка моторного, когнитивного, речевого, психологического дефицитов и их степень.

Перспективы работы Центра по лечению цереброваскулярной патологии

За время существования Центра по лечению цереброваскулярной патологии у детей и подростков обозначился ряд проблем, требующих решения. Поскольку детский инсульт значительно отличается от взрослого по многим параметрам, использование имеющихся наработок в сосудистых центрах для взрослых пациентов затруднительно.

Мы дорабатываем регистр детского инсульта, чтобы улучшить статистическую работу с эпидемиологическими данными, а также для проведения мультифакториального анализа и выработки оптимальных рекомендаций по ведению пациентов и разработке профилактических мер.

К сожалению, до настоящего времени у нас нет полной связи с лечебными учреждениями для того, чтобы обеспечить своевременное внесение данных о пациентах, перенесших инсульт, в городской регистр детского инсульта. Трудности связаны с тем, что дети наблюдаются в различных лечебных учреждениях специалистами разного профиля (гематологом, кардиологом и др.). До сих пор педиатры недостаточно информированы о работе Центра по лечению цереброваскулярной патологии у детей и подростков и его возможностях.

Значительные трудности в лечении детского инсульта связаны также с отсутствием разработанных стандартов лечения ИИ. Экстраполяция рекомендаций из взрослой практики невозможна из-за различия этиологических факторов инсульта, возрастных особенностей, отсутствия исследований по доказанной эффективности препаратов в педиатрии. К сожалению, в настоящее время во многих случаях проводится лечение с использованием лекарственных средств off label на основании опыта применения этих препаратов в других клинических центрах как в РФ, так и за рубежом.

Дорогу осилит идущий

Тем не менее, многое удалось сделать. Налажена связь отделений МДГКБ и НПЦ детской психоневрологии по реабилитации детей, перенесших инсульт, где под руководством главного детского невролога ДЗМ профессора Т.Т. Батышевой проводится комплексная реабилитация пациентов с использованием современных методик.

На базе Центра функционирует кабинет катамнеза, где врачи консультируют детей, перенесших инсульт/ТИА, фиксируют динамику их состояния. Это особенно важно для выявления и коррекции последствий перенесенных инсультов/ТИА. В некоторых случаях, особенно при возникновении ОНМК в раннем возрасте, трудно предсказать, каковы будут нарушения в моторном, психическом и речевом развитии ребенка. Только динамическое наблюдение с использованием специальных методик, регулярные тестирования позволяют выявить проблему на раннем этапе, дать рекомендации по коррекции сформированной патологии и, при необходимости, назначить соответствующую лекарственную терапию.

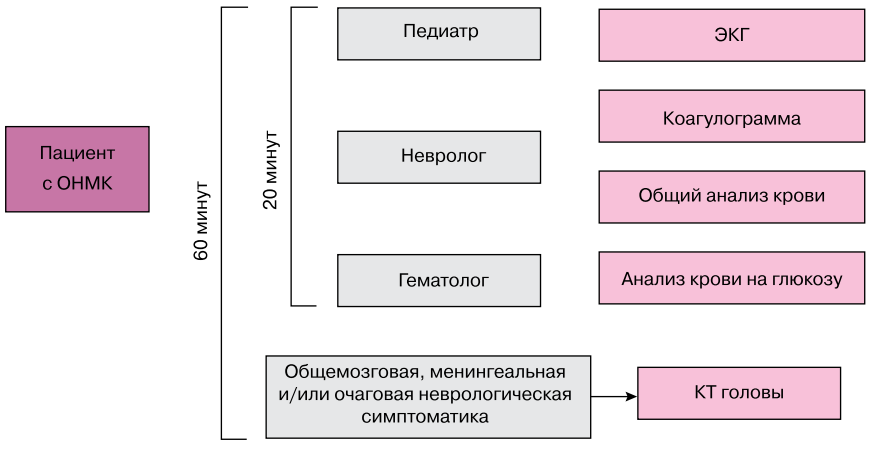
Сегодня проводится совместная работа с гематологическим центром на базе МДГКБ, которая позволяет выявлять детей с ранее перенесенными инсультами/ТИА, с гематологической патологией, и после консультации невролога внести их в городской регистр инсульта, разработав план реабилитации на основе выявленных отклонений.

Работа для генетика

Первичный катамнестический анализ показал, что почти в четверти случаев в семьях детей, перенесших ОНМК, имеется семейное отягощение по инсульту (в основном, ИИ). Это обозначило проблему обследования всех членов семьи. Перспективным направлением в обследовании детей с ОНМК является выявление генетических причин, в том числе редких метаболических причин инсульта. Существование на базе МДГКБ Центра орфанных заболеваний, возможность консультации генетиков позволяет значительно сократить процент детей с ОНМК с неустановленной этиологией и, следовательно, оптимизировать профилактические мероприятия, а также при необходимости проводить первичную профилактику у членов семей пациентов.

В настоящее время ведется работа с главным неврологом департамента здравоохранения г. Москвы профессором А.Н. Шамаловым, со взрослыми сосудистыми центрами для организации процесса передачи подростков, перенесших инсульт, во взрослую сеть. Это облегчит перенос данных из регистра детского инсульта во взрослый регистр и обеспечит, таким образом, преемственность в ведении пациентов с цереброваскулярной патологией.

Рис. 5. Стандартный алгоритм обследования при поступлении в стационар всем пациентам с ОНМК



ТЕМА НОМЕРА

Лихорадящий ребенок: алгоритм действий

Лихорадка часто встречается в педиатрической практике и может стать причиной развития патологических состояний. При большом разнообразии лекарственных средств крайне актуальным является вопрос правильного подбора препарата, разрешенного к применению у детей.

С.Б. Ерофеева, врач клинический фармаколог Федеральной клинической больницы, Москва

Под влиянием умеренной лихорадки усиливается синтез интерферонов, прежде всего интерферона-γ, фактора некроза опухоли-α, повышается бактерицидность полинуклеаров, усиливаются реакция лимфоцитов на митоген, синтез белков острой фазы воспаления, стимулируется лейкоцитоз. На фоне лихорадки многие микроорганизмы теряют способность к размножению. Однако лихорадка, как и всякая неспецифическая защитно-приспособительная реакция, при истощении компенсаторных механизмов или при гиперергическом варианте может быть причиной развития патологических состояний, например, гипертермического синдрома. На развитие неблагоприятных последствий лихорадки могут оказать существенное влияние индивидуальные факторы отягощенного преморбидного фона. Например, у детей с серьезными заболеваниями органов дыхания и кровообращения лихорадка может привести к развитию декомпенсации этих систем. Большое значение для развития патологических состояний при лихорадке играет и возраст ребенка. Установлено, что чем младше ребенок, тем опаснее для него быстрый и существенный подъем температуры в связи с высоким риском развития нарушений витальных функций. У детей, особенно в возрасте до 3 мес, основной опасностью лихорадки является дегидратация, которая развивается вследствие значительных потерь воды при дыхании и потоотделении. На каждый 1°С повышения температуры тела потери воды возрастают приблизительно на 10%.

Общепринятые показания для снижения температуры тела:

- >38,5°С, сопровождается мышечной и/или головной болью у ранее здоровых детей в возрасте до 3 лет;
- >38,0°С у детей с заболеваниями сердца, легких и ЦНС;
- >38,0°С у детей первых 3 мес жизни.

Снижение температуры тела не должно быть резким. Достаточно понизить ее на 1–1,5°С, чтобы добиться улучшения самочувствия ребенка и помочь ему лучше переносить лихорадочное состояние. Необходимо помнить, что снижение температуры тела при лихорадке с помощью нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) не устраняет вызвавшую ее причину, а лишь купирует симптомы. Поэтому длительное, более 3–5 дней, лихорадочное состояние является поводом для повторной консультации и более тщательного обследования ребенка.

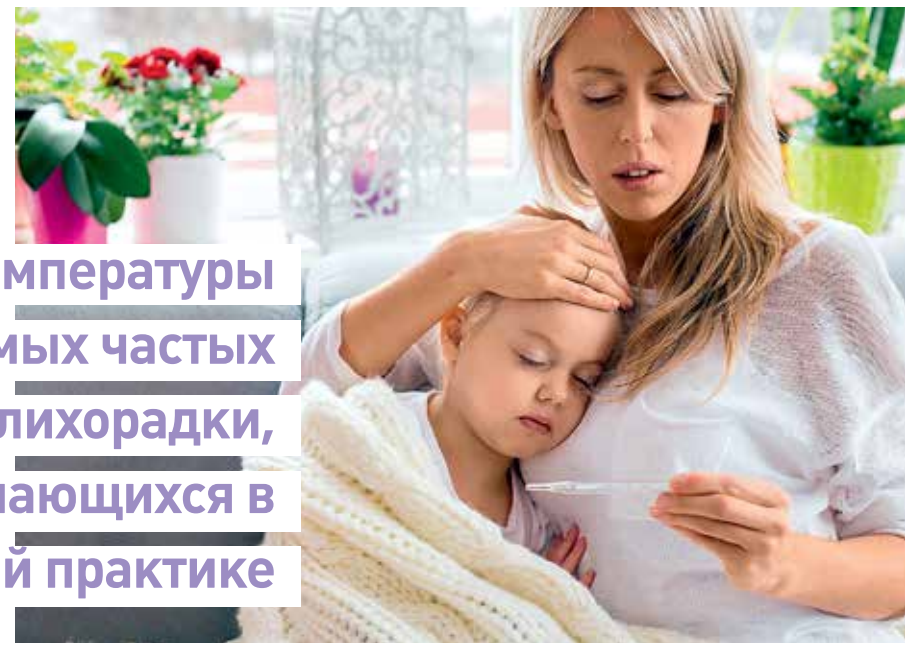
Представляет практический интерес **алгоритм действия врача при лихорадке у ребенка в возрасте от 2 мес до 5 лет**, разработанный ВОЗ. При сборе анамнеза необходимо обратить внимание на продолжительность лихорадки, наличие кожной сыпи, ригидность мышц затылка, головную боль, боль при мочеиспускании, боль в ухе, посещение регионов, где распространена малярия. При физикальном обследовании ребенка необходимо сделать акцент на ригидность затылочных мышц (менингит), болезненность суставов (артрит), учащенное дыхание или втяжение грудной клетки (пневмония), петехиальную сыпь (менингококковая инфекция), изменения слизистой оболочки глотки (инфекция глотки), болезненность в ухе и изменения при отоскопии (отит), желтуху, выраженную бледность ладоней, патологические изменения при пальпации живота.

Ребенок с лихорадкой нуждается в постельном режиме. Для усиления теплоотдачи необходимо раздеть ребенка. Температура воздуха в комнате должна быть в пределах обычного физиологического режима. Важно обеспечить адекватное увлажнение воздуха в детской комнате. Обязательно обильное питье для обеспечения повышенной теплоотдачи за счет обильного потоотделения.

Кормление обеспечивается в зависимости от аппетита, нельзя кормить ребенка насильно. Весьма полезна углеводистая пища, а свежее молоко при лихорадке не рекомендовано.

Из физических методов борьбы с лихорадкой возможно обтирание кожи водой (температура воды 29,4–32°С). При этом не рекомендованы обтирания спиртом с водой, водкой, уксусом (возможность всасывания через кожу) или ледяной водой (резкое снижение температуры тела вызывает спазм сосудов и уменьшение теплоотдачи). Важным является контроль опорожнения кишечника.

Препаратами выбора для лечения гипертермии являются НПВС – обширная группа лекарственных препаратов, широко применяющихся в клинической практике.



Повышение температуры тела – один из самых частых симптомов лихорадки, встречающихся в педиатрической практике

Механизм действия НПВС заключается в способности ингибировать циклооксигеназу (ЦОГ) – фермент, катализирующий превращение свободных полиненасыщенных жирных кислот (арахидоновой) в простагландины (ПГ), а также другие биологически активные вещества – тромбоксаны (ТрА2) и простациклин (ПГ-I2). Известно, что существуют два основных изофермента ЦОГ, которые ингибируются НПВС. Первый изофермент – ЦОГ-1 – контролирует выработку ПГ, регулирует целостность слизистой оболочки ЖКТ, функцию тромбоцитов и почечный кровоток, а второй изофермент – ЦОГ-2 – участвует в синтезе ПГ при воспалении. Причем ЦОГ-2 в нормальных условиях отсутствует, а образуется под действием некоторых тканевых факторов, инициирующих воспалительную реакцию (цитокины). В связи с этим предполагается, что противовоспалительное действие НПВС обусловлено ингибированием ЦОГ-2, а их нежелательные реакции – ингибированием ЦОГ-1. Таким образом, для всех НПВС характерно системное действие.

За последние годы количество НПВС значительно возросло, но немногие из них являются препаратами выбора для применения в педиатрической практике. К препаратам для использования в педиатрии предъявляют следующие требования: наличие зарегистрированных показаний к использованию в данной возрастной группе в России, наличие детских лекарственных форм (сиропы, суппозитории), наличие проведенных многоцентровых рандомизированных клинических исследований, наличие широкого спектра терапевтического действия, незначительный процент серьезных нежелательных явлений. В настоящее время разрешены к применению у детей: с 1 мес – парацетамол, с 3 мес – ибупрофен, с 2 лет – нимесулид, с 6 лет – диклофенак. Парацетамол и ибупрофен рекомендованы ВОЗ в качестве жаропонижающих средств у детей с первых месяцев жизни.

Разовая доза парацетамола составляет 15 мг/кг. После приема препарата в терапевтической дозе температура тела начинает

снижаться приблизительно через 30 мин, достигает минимальной отметки через 2 ч и вновь повышается через 3–4 ч. У новорожденных клиренс парацетамола снижен, поэтому назначать препарат следует с интервалом 8–12 ч. Более продолжительное действие оказывает парацетамол в виде суппозиториев. При этом его разовая доза может достигать 20 мг/кг, поскольку пиковая концентрация препарата в крови при этом достигает лишь нижней границы терапевтического диапазона. Для более эффективного снижения температуры тела парацетамол можно сначала применить в виде раствора, а следующую дозу дать в виде суппозитория через 2–3 ч, что обеспечит более длительное жаропонижающее действие. Необходимо учитывать, что при ректальном пути введения биодоступность парацетамола варьируется от 24% до 98%, поскольку абсорбция препарата при его ректальном применении непредсказуема. Суточная доза парацетамола не должна превышать 60 мг/кг. Препарат противопоказан при тяжелых заболеваниях печени, почек, органов кроветворения, а также при дефиците глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы. Одновременное использование парацетамола с барбитуратами, противосудорожными препаратами и рифампицином повышает риск развития гепатотоксических эффектов. Разовая доза ибупрофена при лихорадке составляет 5–10 мг/кг. Максимальная суточная доза не должна превышать 30 мг/кг. Ибупрофен обладает более высоким профилем эффективности при лихорадке, чем парацетамол. Он хорошо всасывается в ЖКТ, достигая пика концентрации в сыворотке крови через 1 ч после приема. Существует большой выбор форм препаратов для детей на основе ибупрофена: в виде суспензии для приема внутрь (в 1 мл суспензии – 20 мг ибупрофена), в виде ректальных суппозиториев (в 1 суппозитории – 60 мг ибупрофена) и в таблетированной форме (в 1 табл. – 200 мг ибупрофена). В ходе многоцентровых исследований было показано, что препарат на основе ибупрофена для детей начинает оказывать действие уже через 15 мин. Противовоспалительный эффект ибупрофена связан с уменьшением проницаемости сосудов, улучшением микроциркуляции, снижением высвобождения из клеток медиаторов воспаления (простагландины, кинины, лейкотриены) и подавлением энергообеспечения воспалительного процесса. Анальгезирующее действие препарата обусловлено снижением интенсивности воспаления, уменьшением выработки брадикинина и его альгогенности. Ибупрофен рекомендован к применению как жаропонижающее средство у детей, у которых лихорадка сопровождается болевым синдромом (головная боль, мышечные боли). Снижение интенсивности боли после приема начальной дозы препарата у детей происходит через 30–60 мин, а длительность обезболивающего и жаропонижающего эффектов составляет до 8 ч. Ибупрофен, в отличие от парацетамола, обладает не только жаропонижающим, но и выраженным противовоспалительным эффектом.

Быстрый метаболизм и экскреция ибупрофена в некоторой степени объясняют относительно низкую токсичность по сравнению с некоторыми другими НПВС. В исследовании, включавшем 84 192 ребенка в возрасте от 6 мес до 12 лет, показано, что риск возникновения серьезных побочных эффектов при использовании ибупрофена не выше, чем для парацетамола. При этом, по данным исследования BUFS, при приеме ибупрофена риск развития астмы невелик: 80 на 100 000 детского населения (95% ДИ 55–130). По данным того же исследования, при приеме дозы ибупрофена 5 мг/кг наблюдается парадоксальный протективный эффект в отношении развития астмы по сравнению с парацетамолом или высокими дозами ибупрофена. При этом необходимо помнить, что если у ребенка в анамнезе было ухудшение течения астмы на фоне приема НПВС, препараты данной группы ему противопоказаны.

> Снижение температуры тела с помощью НПВС не устраняет причину лихорадки, а лишь купирует симптомы, поэтому длительное лихорадочное состояние является поводом для более тщательного обследования ребенка

Метаанализ, выполненный D. Henry et al., касается главным образом серьезных осложнений со стороны верхнего отдела ЖКТ, связанных с употреблением НПВС и являющихся наиболее частыми последствиями лечения данными препаратами. На основании данного метаанализа авторы расположили широко используемые НПВС в определенной последовательности и сделали вывод, что длительный прием всех этих препаратов приводит к развитию желудочно-кишечных осложнений. Ибупрофен является стандартом для всех НПВС в дозе до 2400 мг/сут и обладает наименьшим риском развития тяжелых желудочно-кишечных осложнений: ибупрофен< ацетилсалициловая кислота < диклофенак < напроксен < индометацин < пироксикам.

В исследованиях с моделированием взаимодействия стереоизомеров ибупрофена с соответствующими ЦОГ показано высокое сродство ибупрофена к активному центру ЦОГ-2, чем объясняется низкая ульцерогенная активность и высокая степень безопасности препарата в безрецептурных дозах.

В возрасте старше 2 мес почки достаточно хорошо развиты, чтобы справиться с выведением ибупрофена посредством клубочковой фильтрации. Исследование, включавшее 49 детей в возрасте от 3 мес до 12 лет, не показало никаких возрастных различий в скорости всасывания и выведения ибупрофена.

Безопасность ибупрофена продемонстрирована в крупномасштабном рандомизированном двойном слепом исследовании, в котором оценивали повышение риска госпитализации детей, получавших по поводу лихорадки ибупрофен в дозе 5 или 10 мг/кг (n=55 765), по сравнению с детьми, получавшими парацетамол в дозе 12 мг/кг (n=28 130). Из включенных в исследование 83 915 детей, данные которых были проанализированы, 795 (1%) поступили в больницу в течение 4 нед после включения в исследование. Ибупрофен по сравнению с парацетамолом не повышал риск госпитализации, связанный с одним из 4 серьезных исходов лечения, таких как желудочно-кишечное кровотечение, развитие почечной недостаточности, анафилаксия или синдром Рейе.

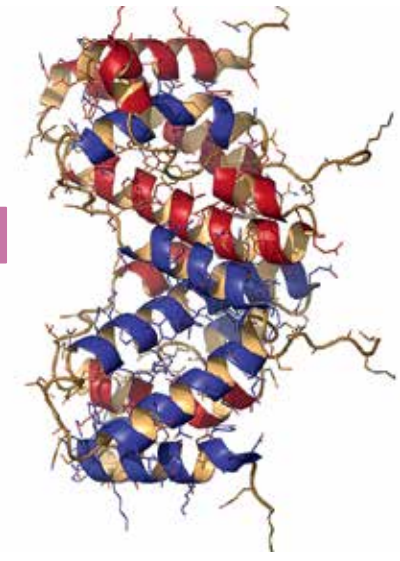
Данные метаанализа, проведенного в 2009 г., включающего обзор 24 рандомизированных клинических исследований, показали, что переносимость и безопасность ибупрофена у детей в возрасте до 18 лет схожи с плацебо, относительный риск составил 1,39 (95% ДИ 0,92–2,10), парацетамола в сравнении с плацебо – 1,57 (95% ДИ 0,74–3,33).

Необходимо обсудить токсичность ибупрофена и парацетамола при передозировке. В отличие от парацетамола, у ибупрофена отсутствуют токсические метаболиты, ибупрофен обладает большим терапевтическим индексом, и его токсичность дозозависима. При приеме ибупрофена в дозе более 400 мг/кг развиваются тошнота, рвота, боль в животе, спутанность сознания, вялость, головные боли, зрительные расстройства. Отсроченные токсические эффекты ибупрофену не характерны, в отличие от парацетамола.

Разработаны НПВС с преимущественной активностью в отношении ЦОГ-2 (нимесулид) и высокоселективные, ингибирующие только ЦОГ-2 (мелоксикам, целекоксиб, рофекоксиб). Эти препараты обладают высокой противовоспалительной активностью, но при этом у них не выражены анальгетическая и жаропонижающая активность по сравнению с неселективными НПВС. В ходе проводимых клинических исследований коксибов и нимесулида было выявлено, что, несмотря на снижение нежелательных явлений, связанных с блокадой ЦОГ-1 (ульцерогенность, геморрагический синдром, бронхоспазм), увеличивается количество побочных эффектов, связанных с блокадой ЦОГ-2 (острая почечная недостаточность, гепатотоксичность, нарушение кровоснабжения миокарда). К сожалению, несмотря на то, что препарат нимесулид в США и Европе не зарегистрирован к применению у детей в возрасте младше 12 лет, в России он широко используется в детских формах по показаниям «ревматические заболевания», «лихорадка». К запрещенным НПВС для использования у детей также относятся амидопирин, феназон и фенацетин (его действующий метаболит – парацетамол). В детской практике доказано также неблагоприятное действие салицилатов, метамизола натрия.

Таким образом, в настоящий момент на отечественном рынке есть только 2 препарата (парацетамол и ибупрофен) для применения у детей раннего возраста для лечения лихорадки, воспаления и боли. Данные препараты обладают хорошей доказательной базой, изученными профилями безопасности и переносимости у детей, одобрены к применению FDA (Управление по контролю за качеством пищевых продуктов и лекарственных средств, США) и EMEA (Европейское агентство лекарственных средств).

Индукторы интерферонов на страже детского здоровья



О проблеме часто болеющих детей и профилактике острых респираторных вирусных инфекций корреспонденту газеты рассказала доктор медицинских наук, профессор кафедры инфекционных болезней у детей РНИМУ им. Н.И. Пирогова Флора Семеновна ХАРЛАМОВА.

— Проблема часто болеющих детей вызывает много вопросов и у врачей, и у родителей. Причем есть мнение, что сегодня наши дети болеют респираторными инфекциями чаще, чем раньше, и тяжелее, чем раньше. Флора Семеновна, с чем, на Ваш взгляд, это связано? Вирусы приобрели большую агрессивность, или организм человека стал слабее?

— Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) являются наиболее распространенными инфекционными заболеваниями. Известно более 200 вирусов, способных размножаться в респираторном тракте с развитием клинических признаков воспаления. Степень тяжести данных инфекций и возможность развития осложнений зависят от многих факторов со стороны возбудителя. Наиболее уязвимой для данных инфекций возрастной группой являются дети от 6 месяцев до 6 лет.

— А какая частота ОРВИ в год считается нормальной для дошкольников и младших школьников, посещающих детские учреждения?

— На первом году посещения детского учреждения допускается заболеваемость острыми респираторными инфекциями (ОРИ) до 8 раз в течение года.

— Каковы причины более частых простудных заболеваний у детей по сравнению со взрослыми?

— В детском возрасте высокая восприимчивость к гриппу и возбудителям острых респираторных заболеваний (ОРЗ) обусловлена отсутствием иммунологической памяти предыдущих контактов с патогенами. При этом не происходит адекватного восстановления функциональных характеристик иммунной системы при повторяющихся ОРЗ, при этом выраженная недостаточность системы интерферонов (ИФН) определяет тяжесть течения заболевания, его продолжительность и способствует развитию бронхолегочных и других осложнений. В случаях массивного заражения, при сниженной сопротивляемости организма, неблагоприятной экологической обстановке, стрессах и др. развитие заболевания сопровождается подавлением системы ИФН, тем самым обеспечивается высокая эффективность размножения вируса в респираторном эпителии.

— Часто болеющие дети требуют особого подхода к лечению. Какие сложности возникают при ведении этой категории пациентов?

— Многочисленные исследования в течение XX столетия были посвящены изучению ослабления иммунной системы у детей с рецидивирующими респираторными инфекциями. В результате этих исследований было показано, что самыми частыми причинами депрессии иммунитета являются: дефицит иммуноглобулина А (IgA); медленное восстановление численности Т-лимфоцитов после перенесенной острой вирусной инфекции; снижение хемотаксиса нейтрофилов и макрофагов; изменения цитокинового статуса, выражающиеся в повышении концентрации интерлейкинов (ИЛ): ИЛ-4, ИЛ-8, ИЛ-10 и снижении содержания ИФН-γ, что обуславливает слабый ответ на вторжение в организм вируса.

— Насколько целесообразно применение у них противовирусной терапии для профилактики и лечения ОРВИ и гриппа?

— Известно, что резистентность к инфекциям зависит от генетически детерминированной активности иммунокомпетентных клеток (ИКК) человека к выработке ИФН. Развитие инфекционного процесса при острых респираторных инфекциях (ОРИ) реализуется в случае имеющегося дефицита синтеза ИФН и других цитокинов, являющихся гуморальными продуктами ИКК. Показано, что у 76,7–90,0% обследованных пациентов с наличием фоновой патологии, в том числе и у часто болеющих детей, имеющих неблагоприятный аллергоанамнез и/или хронические очаги инфекций, имеет место снижение активности всех показателей ИФН-статуса. Согласно разработанным критериям назначения препаратов ИФН и его индукторов при гриппе и других ОРИ, таковые показаны пациентам с умеренным уровнем сывороточного ИФН–α и –γ, а также с исходно низкими показателями спонтанной продукции ИФН–α и –γ, но с высоким индексом стимуляции ИФН-α и -γ ИКК, что имеет место у детей в возрасте от 1 до 6 лет, а также у лиц с аллергопатологией в анамнезе.

— Какие группы современных противовирусных средств сегодня наиболее востребованы в педиатрической практике?

— Значительный рост разработок новых препаратов, действующих на иммунную систему, обусловлен преимущественно тем, что медицинский мир все больше убеждается в важности фармакологического воздействия не только на самих возбудителей ОРЗ – вирусов, но и на пациентов с подавленным иммунитетом, целью которого является нормализация иммунного ответа. Этиотропные препараты должны сочетать в себе свойства ингибитора вирусной репродукции и эффективного стимулятора иммунной защиты организма.

– Флора Семеновна, а почему на первый план выходят индукторы интерферонов? Какие преимущества они имеют по сравнению с другими медикаментами, применявшимися прежде?

— В России накоплен определенный опыт иммунопрофилактики, предусматривающей применение различных препаратов с иммунотропной активностью, среди которых индукторы интерферона представляют собой разнородное по составу семейство высоко- и низкомолекулярных синтетических и природных соединений, объединенных способностью вызывать в организме образование собственных (эндогенных) интерферонов. Образование эндогенных интерферонов при этом является более физиологичным процессом, чем постоянное введение больших доз интерферонов. В отличие от экзогенных препаратов рекомбинантных интерферонов, индукторы интерферонов не приводят к образованию в организме пациента антител к интерферону.

— Флора Семеновна, а может ли профилактический прием индукторов интерферона во время сезонных вспышек гриппа и ОРВИ снизить циркуляцию респираторных вирусов в детских коллективах и, соответственно, уменьшить заболеваемость?

— В арсенал профилактических мер по борьбе с частыми респираторными инфекциями входят 2 типа профилактики: 1) классическая профилактика предусматривает прием иммуномодулирующих препаратов здоровым пациентом с риском развития рецидивирующих респираторных инфекций в период максимальной эпидемиологической опасности (октябрь–март), с целью снижения возможного риска заболевания; 2) прицельная профилактика – наоборот, предусматривает принятие иммуномодуляторов в острой фазе заболевания, при необходимости вместе с терапией антибиотиками, с целью сократить количество дней болезни и компенсировать вызванную инфекцией иммуносупрессию.

Отечественный индуктор интерферона – препарат Кагоцел® хорошо зарекомендовал себя в ряде экспериментальных и клинических исследований у взрослых и детей. В 2006 г. в НИИ вирусологии им. Д.И. Ивановского противовирусная активность препарата Кагоцел® была изучена в культуре клеток, зараженных высокопатогенным вирусом гриппа A/H5N1. В 2007 г. в НИИ вирусологии им. Д.И. Ивановского, в 2008–2009 гг. в ГП ГНЦ «Институт иммунологии ФМБА» и в 2007–2009 гг. в ГОУ ВПО РГМУ Росздрава на кафедре инфекционных болезней у детей были проведены клинические исследования по изучению клинической и профилактической эффективности препарата Кагоцел® у детей старше 6 лет. В 2009 г. доказана его высокая

эффективность при пандемическом гриппе A(H1N1)/Калифорния/04/09. С 2011 г. Кагоцел разрешен к применению у детей с 3-х летнего возраста. Препарат Кагоцел® не обладает токсичностью даже при применении в культуре клеток человека в очень высоких дозах. Результаты исследований, проведенных на нашей кафедре по профилактической эффективности Кагоцела во время сезонных вспышек гриппа и ОРВИ, свидетельствуют о снижении циркуляции респираторных вирусов в детских коллективах и уменьшении частоты рецидивов болезни.

— Какие еще методы профилактики респираторных инфекций Вы советуете своим часто болеющим маленьким пациентам?

– Важным методом профилактики гриппа и ОРВИ у часто болеющих детей является вакцинопрофилактика гриппа и применение в эпидсезон высокой заболеваемости ОРВИ препаратов бактериальных лизатов, повышающих местную иммунную защиту слизистой верхних дыхательных путей и аппликаций виферона в форме геля на слизистую носовой полости.

Место Вибуркола в педиатрической практике

Фармакотерапия нестероидными противовоспалительными средствами у детей может приводить к возникновению осложнений и длительному течению основного заболевания. Так какая же альтернатива существует?

С.Б. Ерофеева,
к.м.н., врач клинический фармаколог, УКБ №4 Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, Москва

Гипертермия, лихорадка и субфебрилитет, различные термопатологические синдромы или болевой синдром корректируются, в соответствии с российскими и международными рекомендациями, препаратами группы нестероидных противовоспалительных средств (НПВС). Но фармакотерапия НПВС зачастую сопровождается повышенным риском возникновения осложнений и может приводить к длительному течению основного заболевания.

В международной практике для коррекции гипертермии и болевого синдрома у детей различного возраста можно использовать не только препараты на основе продуктов химического синтеза, но и натуральные вещества. На сегодняшний день лечение натуропатическими средствами становится все более популярным в мире. В европейских странах, особенно в Германии, гомеопатические средства официально назначаются врачами традиционной практики более 80 лет. Препарат Вибуркол немецкой компании «Биологише Хайльмиттель Хеель ГмбХ» («Хеель») широко применяется при заболеваниях детского возраста как зарубежными врачами, так и отечественными.

Вибуркол относится к антигомотоксическим препаратам, действие которых основано на комплементарном принципе и стимуляции собственных сил организма. Данные препараты изготавливаются из натуральных продуктов в минимальной дозировке и назначаются на основании клинического диагноза, комплексный состав позволяет применять их по показаниям, делая доступными к использованию врачами, не имеющими специальной гомеопатической подготовки. Вибуркол состоит из 6 компонентов (5 растительных и 1 минерального), которые благодаря специальной ступенчатой гомеопатической технологии изготовления содержатся в препарате в сверхмалых дозах. Именно благодаря составу Вибуркол хорошо переносится детьми и, в отличие от традиционных аллопатических препаратов, способствует восстановлению процессов саморегуляции в организме, активизации процессов детоксикации и нормализации нарушенных функций. В настоящее время в России препарат Вибуркол зарегистрирован в виде детской формы «Суппозитории ректальные гомеопатические» (см. таблицу).

Благодаря этим компонентам Вибуркол оказывает комплексное действие: обезболивающее, спазмолитическое, седативное, противовоспалительное. Применение препарата при заболеваниях с лихорадкой не сопровождается резким снижением температуры тела, препарат не влияет на метаболизм арахидоновой кислоты, т.к. его комплексное действие базируется на активации защитных механизмов организма и способствует биологически целесообразному снижению повышенной температуры тела, поддерживая ее на оптимальном уровне, сохраняющем эффективную работу иммунной системы: синтез интерферона, активацию фагоцитоза. Препарат Вибуркол обладает определенными преимуществами: во-первых, обеспечивает быстрый и выраженный эффект, сравнимый с НПВС, во-вторых, имеет минимальные побочные эффекты, в-третьих, – удобную зарегистрированную детскую лекарственную форму и применяется с года жизни; совместим с другими комплексными биологическими и аллопатическими препаратами, при совместном применении с которыми минимизируется их побочное действие. Одновременно Вибуркол обладает благоприятным профилем безопасности и переносимости.

Состав препарата Вибуркол
Суппозитории ректальные гомеопатические

Активные компоненты	Действие	1 супп.
Chamomilla recutita (Chamomilla) D1 (ромашка лекарственная)	Повышает порог восприятия боли, восстанавливает вегетативную регуляцию в организме.	1,1 мг
Atropa bella-donna (Belladonna) D2 (белладонна)	Усиливает действие *Chamomilla recutita*. Базовый компонент для терапии болевого синдрома у детей	1,1 мг
Solanum dulcamara (Dulcamara) D4 (паслен сладко-горький)	Транквилизирующее действие	1,1 мг
Plantago major (Plantago) D3 (подорожник большой)	Седативный эффект	1,1 мг
Pulsatilla pratensis (Pulsatilla) D2 (ветреница)	Нормализует гормональный баланс	2,2 мг
Calcium carbonicum Hahnemanni (Conchae) D8	Выраженное анальгетическое действие	4,4 мг

Вспомогательный компонент: твердый жир (*Adeps solidus*) – 1089 мг, до получения суппозитория массой 1,1 г

Показания к применению Вибуркола охватывают широкий спектр заболеваний и состояний у детей. Это воспалительные процессы с болевым синдромом при прорезывании зубов, отитах; инфекционные заболевания: ОРВИ, грипп, острые заболевания верхних дыхательных путей, детские инфекционные заболевания (ветряная оспа, корь, краснуха), сопровождающиеся лихорадкой; спастические состояния (кишечные колики); нервное возбуждение, беспокойство на фоне повышенной температуры тела; а также профилактика состояния судорожной готовности на фоне повышения температуры тела.

Эффективность и хорошая переносимость Вибуркола изучены и подтверждены целым рядом научно-клинических исследований.

В исследовании Reis H. (1986) продемонстрированы результаты лечения в группе из 44 детей в возрасте до 2 лет, заболевших неосложненной вирусной инфекцией верхних дыхательных путей. В ходе исследования была отмечена эффективность проводимой терапии, побочные эффекты не наблюдались.

Zenner S. было проведено исследование 3009 детей в возрасте до 1 года, страдающих острыми респираторными заболеваниями (2173 ребенка), беспокойством на фоне лихорадки (341 ребенок), абдоминальными судорогами (127 детей) и болями (291 ребенок) и другими симптомами (77 детей). В ходе лечения назначались суппозитории Вибуркол 2–3 р/сут 71,3% пациентов, на фоне проводимой терапии выздоровление наступило меньше чем за неделю у 56,5%. В когорте 82,7% оценили эффект как «очень хороший» или «хороший». Только у 4,6% улучшения не наблюдалось, а у 0,5% наблюдалось ухудшение. Из нежелательных реакций было описано 9 случаев диареи, 2 пациента отмечали боль при введении суппозитория.

В исследовании Вибуркола у 30 детей при общем беспокойстве на фоне лихорадки при острых респираторных заболеваниях и прорезывании зубов положительный эффект был достигнут у 25 детей. Нежелательных реакций не зарегистрировано.

Немецкие специалисты Мюллер-Крампе Б. и др. (2002) провели многоцентровое проспективное контролируемое когортное исследование (767 пациентов), в котором сравнили эффективность и переносимость препаратов Вибуркол (361) и парацетамол (406) при симптоматическом лечении острых лихорадочных состояний у детей. Опасность применения парацетамола связана с узким диапазоном между терапевтической и токсической дозами. В связи с безрецептурным статусом парацетамола существует высокий риск его передозировки при самолечении, что может вызвать тяжелые побочные эффекты. Поэтому для сравнения был выбран Вибуркол как способствующий устранению специфической симптоматики без выраженных токсических эффектов. Критериями эффективности и переносимости были температура тела, болезненное самочувствие, степень тяжести лихорадки, степень выраженности клинической симптоматики (спазмы, вызванные инфекцией и температурой, общее беспокойство и нарушение сна, крики/плач, затруднения при еде/питье, время улучшения симптоматики лихорадочного состояния), общий результат терапии, побочные эффекты и общая оценка переносимости. В результате лечения в обеих группах наблюдалось выраженное улучшение по клиническим параметрам. Сделаны выводы, что Вибуркол является надежным, эффективным и безопасным лекарственным средством для симптоматического лечения заболеваний, сопровождающихся лихорадкой у детей. При этом он обладает сравнимым с парацетамолом терапевтическим потенциалом, и при его применении нет опасности развития нежелательных реакций, характерных для парацетамола.

М. Дерассе и др. (2005) провели сравнение эффективности и переносимости препарата Вибуркол с ацетаминофеном (парацетамолом) при лихорадочных состояниях. В исследовании принимали участие 208 детей (до 11 лет) из 38 медицинских центров Бельгии. Основная группа пациентов (107) принимала Вибуркол при рините, отите, бронхите и тонзиллите. Сделан вывод, что Вибуркол обладает хорошей переносимостью и не уступает по эффективности ацетаминофену. Врачи и родители чаще давали оценку «отлично» препарату Вибуркол (93%), чем ацетаминофену (80%).

В России препарат зарегистрирован для применения «в составе комплексной терапии (как жаропонижающее и противовоспалительное средство) при лечении респираторных заболеваний у детей, а также для снятия клинических проявлений при прорезывании молочных зубов».

НА ПРАВАХ РЕКЛАМЫ

Современный подход к терапии микоплазменной инфекции у детей

Ф.С. Харламова[1], О.В. Шамшева[1], Д.А. Воробьева[1], Ю.В. Романова[2], Н.Л. Вальтц[2], А.Е. Анджель[2], А.В. Денисова[3]
[1]ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ, Москва
[2]Морозовская детская городская клиническая больница, Москва
[3]Многопрофильная клиника «Vessel Clinic», Москва

Заболеваемость микоплазменной инфекцией высоко распространена у детей. Основной вопрос, возникающий при интерпретации результатов обследования, связан с выбором этиотропного препарата и оптимизацией терапии.

Микоплазмоз у детей проявляется в виде поражения бронхолегочного тракта, при котором воспалительным процессом охвачены носоглотка и бронхи. Недоношенные дети инфицированы микоплазмами в 3 раза чаще, чем доношенные. У них с высокой частотой развиваются легочные поражения – воспаление, сопровождающееся гиперреактивностью бронхов и инактивацией сурфактанта, перестройкой сосудов легких, способствуя развитию легочной гипертензии и гиперактивного воспалительного ответа на повреждение, вследствие хронической гипоксии, пневмонии или внутриутробной активации синтеза цитокинов. У детей с астмой количество приступов на фоне микоплазмоза значительно увеличивается и протекает в более тяжелой форме. Основным симптомом микоплазмоза, по которому можно заподозрить данную этиологию у ребенка, является длительный кашель (более 2 нед), не поддающийся традиционным методам терапии.

Наиболее изученной в настоящее время является *M. pneumoniae* – причинный фактор респираторного микоплазмоза. При поражении верхних дыхательных путей слабо или умеренно выражены явления назофарингита, сухой навязчивый кашель, боль в горле, неловкость при глотании. Могут развиться симптомы стенозирующего ларинготрахеита. Для микоплазменной пневмонии характерен более длительный инкубационный период (15–40 дней), выраженность симптомов интоксикации: анорексия, повторная рвота, головная боль, гипертермия. В отличие от взрослых, у которых нередко наблюдаются «немые пневмонии», у детей перкуторно и аускультативно выявляются характерные для пневмонии укорочение перкуторного звука и ослабление дыхания в локусе поражения легочной ткани. Выслушиваются сухие и разнокалиберные влажные хрипы. Кашель сухой, упорный, носит коклюшеподобный характер. Физикальные изменения носят затяжной и по интенсивности волнообразный характер на фоне сохраняющегося стабильно субфебрилитета. Явления кислородной недостаточности при этой пневмонии слабо выражены. Рентгенологическая картина по распространенности очагов поражения разнообразна. Чаще на фоне изменений в прикорневых зонах отмечается понижение прозрачности, смазанность структуры с усилением сосудистого компонента легочного рисунка. При этом на всем протяжении легочных полей определяются немногочисленные очаговые тени. Реже наблюдаются массивные сегментарные и полисегментарные пневмонии, сопровождающиеся значительными проявлениями токсикоза и болями в боку.

Микоплазменная инфекция – острое зооантропонозное заболевание, вызываемое грамотрицательными бактериями, сопровождающееся различными воспалительными поражениями респираторного, урогенитального трактов, суставов, кроветворной и нервной систем, а при генерализации процесса – развитием ДВС-синдрома с поражением жизненно важных органов.

Продолжительность клинических симптомов при микоплазмозном риносинусите и аденоидите на фоне терапии Макропеном и азитромицином (n =11)

Клинические симптомы	Продолжительность симптомов	
	Макропен (n =6)	Азитромицин (n =5)
Лихорадка, интоксикация	3,8±0,6**	6,5±0,5
Аденоидит	3±0,8**	6,3±0,9
Риносинусит	6,2±0,9*	8,6±0,9

*p<0,05; **p<0,02; p<0,001.

Респираторный микоплазмоз у детей
Капельно-аспирационный путь заражения.
Инкубационный период – в среднем, 7–14 дней, но может составлять от 4 до 25 дней.
Проявляется в виде поражения бронхолегочного тракта, при котором воспалительным процессом охвачены носоглотка и бронхи.
Основной симптом – длительный кашель (более 2 недель), не поддающийся традиционным методам терапии.

При подозрении на респираторный микоплазмоз используют мазки из носоглотки, мокроту, лаважную жидкость, бронхиальные смывы, а при патологоанатомическом исследовании – мазки-отпечатки тканей и органов.

В настоящее время практически утратили свою актуальность широко использовавшиеся в прежние годы для верификации микоплазмоза такие реакции, как РИФ, РСК и РНГА.

Лабораторная диагностика респираторного микоплазмоза считается оптимальной, если используется комбинация методов, направленных на выявление в исследуемых материалах антигенов возбудителя методами ИФА и РАГА (реакции агрегат-агглютинации) или его генома при помощи ПЦР [1, 2].

Определение специфического антигена проводят в РАГА – диагностический титр 1:8 или 0,001–0,0001 мкг/мл по белку.

К наиболее чувствительным методам обнаружения антител к микоплазмам относят РПГА (диагностический титр 1:32), ИФА и реакцию непрямой иммунофлюоресценции (РНИФ), в которых обнаруживают антитела классов IgM и IgG [3].

В современных условиях для диагностики этой инфекции используется ПЦР, чувствительность и специфичность которой оцениваются в пределах 92–98%. Применение ПЦР возможно для определения антигена микоплазмы в мазках при местном воспалительном процессе.

Диагностика микоплазменной инфекции сложна из-за полиморфизма клинических симптомов, поэтому большое значение в первую очередь придается результатам лабораторной диагностики.

Лечение заболевания должно быть комплексным, с учетом другой патологии, помимо поражения респираторной системы, сопутствующей микрофлоры, а также дисфункции иммунной системы со стойкой депрессией клеточного звена иммунитета. Основной задачей применения этиотропной терапии является не только ликвидация клинической симптоматики, а вероятность эрадикации возбудителя из очага инфекции и ликвидация персистенции. Если не достигается эрадикация, то возможна хронизация инфекции и рецидивы, вызываемые уже резистентными штаммами микроорганизмов [4, 5].

Этиотропная терапия микоплазмоза включает наиболее эффективные на современном этапе антибактериальные препараты из группы макролидов и азалидов, к которым наиболее чувствительны микоплазмы, при применении в оптимальных дозах: азитромицин (внутрь 10 мг/кг 1 р/сут), джозамицин (внутрь 30–50 мг/кг 3 р/сут), кларитромицин (внутрь 7,5–15 мг/кг 2 р/сут), рокситромицин (внутрь 5–8 мг/кг 2 р/сут), клиндамицин (внутрь 10–25 мг/кг 3 р/сут или внутривенно, внутримышечно 20–40 мг/кг в сутки, не более 3 г/сут), мидекамицин (внутрь 30–50 мг/кг 2–3 р/сут). Продолжительность антибиотикотерапии зависит от тяжести и остроты болезни – от 7 до 21 дня [6]. Необходимо отметить, что из всех препаратов внутри своей группы 14- (эритромицин, кларитромицин, рокситромицин) и 15-членных (азитромицин) макролидов, наиболее низкая резистентность характерна для 16-членных (мидекамицин). Эта особенность является существенным компонентом успешности терапии и, кроме того, позволяет минимизировать риск хронизации инфекции.

В течение 4 лет (2013–2016 гг.) под нашим наблюдением находились 52 больных в возрасте от 5 мес до 17 лет, у которых

диагностировали различные клинические формы микоплазмоза. Этиотропная терапия микоплазменной инфекции проводилась макролидными препаратами внутрь или парентерально (в случае бронхита или пневмонии). У 11 детей диагностировали риносинусит, из них у 8 больных сочетавшийся с аденоидитом и тонзиллофарингитом и у 3 детей – с острым гнойным средним отитом. У 27 детей микоплазмоз протекал на фоне активно персистирующей герпесвирусной инфекции, в спектре которой вирусная инфекция Эпштейна-Барр регистрировалась у 8 детей (у всех больных обнаруживалась антигенемия на фоне диагностически значимого титра антител); цитомегаловирусная инфекция диагностирована у 5 детей (у 2 – с антигенемией и у всех выявлялся диагностически значимый титр антител); вирус герпеса 6-го типа был выявлен у 11 детей (у всех обнаруживались антигены в мононуклеарных клетках крови и антитела в диагностическом титре) и у 3 детей регистрировалась инфекция простого герпеса (при диагностически значимом титре антител).

Среди 17 детей с микоплазменной пневмонией преобладали дети школьного возраста (82,35%), чаще болели девочки. Все дети поступали в стационар в конце второй недели заболевания. Заболевание развивалось остро, температура тела в первые двое суток повышалась до 38–39 °С у 11 детей (64,7%). У 2 из них на фоне фебрильной температуры отмечалась рвота. У 6 из 17 детей с первых дней отмечалась субфебрильная температура тела, которая держалась в течение недели. У всех детей был коклюшеподобный сухой, мучительный малопродуктивный кашель. Особенностью рентгенологической картины легких были инфильтративные очаги с тенденцией к слиянию, локализация очагов выявлялась как в верхних, так и в нижних долях. Очаговые тени имели нечеткие края и размытость. Наблюдалось усиление легочного рисунка. Рентгенологические изменения сохранялись в течение 8–9 суток с момента поступления. При повторной рентгенограмме очагов воспаления не наблюдалось, но сохранялось усиление легочного рисунка. Явления васкулита при моноинфекции *Mc. hominis* регистрировались у 4 детей в виде папулезной сыпи с геморрагическим пропитыванием на фоне тонзиллофарингита. Длительный субфебрилитет регистрировался у 14 детей, из них – у 9 отмечались жалобы на головную боль, астению, снижение качества успеваемости; у остальных 5 больных раннего возраста в акушерском анамнезе жизни имелись указания на микоплазмоз у матерей, перинатальную энцефалопатию, у которых при дуплексном сканировании сосудов головы и шеи выявлялись Эхо-признаки затруднения венозного оттока или ангиоспазма артерий Виллизиева круга, при явном уплотнении комплекса интима-медиа сосудов, что косвенно указывало на эндотелиальную дисфункцию, развившуюся, вероятнее всего, в результате воздействия на сосудистый эндотелий непосредственно микоплазм, ответных цитотоксических реакций и, вследствие этого, на клинически выраженную внутричерепную гипертензию. В первой группе из 6 детей был назначен Макропен (мидекамицин) по 30–50 мг/кг внутрь 2–3 р/сут при средней продолжительности курса до 6,2±0,9 дней. Второй группе из 5 детей назначали азитромицин коротким курсом по 10 мг/кг внутрь 1 р/сут.

Детям с микоплазменной пневмонией назначали кларитромицин парентерально, или комбинацию амоксициллина с сульбактамом в сочетании с азитромицином. Симптомы пневмонии на фоне парентеральной терапии кларитромицином исчезали к 5-му дню, при средней их продолжительности на фоне терапии 5±0,8 дня; у получавших комбинацию амоксициллина с сульбактамом в сочетании с азитромицином при смешанной микоплазменно-стафилококково-стрептококковой этиологии симптомы пневмонии сохранялись на 7-й день терапии и купировались, в среднем, спустя 6,9±0,9 дней ($p<0,001$). У детей с микоплазмозом, протекавшим с сопутствующей активно персистирующей герпесвирусной инфекцией, применяли терапию, в составе которой использовали противогерпетические препараты в сочетании с препаратами интерферона α-2В и индукторами интерферона. У больных с синдромом Стивенса-Джонсона и васкулитом на фоне этиотропной терапии применялись короткие курсы глюкокортикоидной терапии и препараты, улучшающие микроциркуляцию в сосудистом русле. Всем больным с тяжелой формой микоплазмоза проводилась посиндромная инфузионная и дезинтоксикационная терапия.

В первой группе симптомы лихорадки, интоксикации и проявления аденоидита исчезли к 3-му дню, симптомы риносинусита и отита купировались к 6-му дню ($p<0,05$), во второй группе, на фоне короткого курса азитромицина – в среднем, к 8-му дню (см. таблицу).

Полученные результаты позволили сделать вывод о более высокой эффективности мидекамицина в сравнении с азитромицином. Помимо микоплазм, мидекамицин высокоэффективен в отношении других внутриклеточных патогенов (*Chlamydia trachomatis, Chlamydia pneumoniae, Legionella spp., Ureaplasma urealyticum*), грамположительной и грамотрицательной микрофлоры. Широкий спектр действия препарата позволяет применять его при множестве заболеваний, вызванных чувствительными к мидекамицину микроорганизмами: инфекциях дыхательных путей, в т.ч. вызванных атипичными возбудителями, инфекциях мочеполового тракта, кожи и подкожной клетчатки, энтеритах, вызванных бактериями рода *Campylobacter*. Мидекамицин показан для лечения и профилактики дифтерии и коклюша. Высокая клиническая эффективность современных макролидов доказана многочисленными исследованиями. Так, мидекамицин и мидекамицина ацетат изучались в 17 клинических исследованиях, в которых принимали участие более 3 тыс. пациентов [7]. Во Франции к настоящему времени проведено более 15 клинических исследований эффективности и безопасности мидекамицина, включивших 1083 больных (644 взрослых и 439 детей) [8]. В Аргентине мидекамицин исследован у 2322 детей. Лечение было успешным в 90,8% случаев инфекций дыхательных путей, 100% случаев инфекций кожи, 92,8% случаев скарлатины, 100% случаев кампилобактерного энтерита [9]. Показана высокая эффективность мидекамицина у 6% больных с периодонтитом [10]. Он был также эффективен в качестве средства профилактики инфекционных осложнений различных операций [11], включая инфекционный эндокардит [10].

Отдельно следует отметить высокий профиль безопасности препарата. Среди всех макролидов, мидекамицин наиболее хорошо переносится. Трехлетнее постмаркетинговое клиническое наблюдение в Японии, включавшее 12 169 детей (87% – младше 6 лет), получавших сироп мидекамицина ацетата, показало, что побочные эффекты развились лишь у 66 из них (0,54% случаев, у детей до 1 года – 0,97%). При этом лишь в 0,38% случаев отмечались нежелательные явления со стороны желудочно-кишечного тракта, в 0,15% – кожная сыпь и в 0,01% – повышение активности печеночных ферментов. Серьезных побочных эффектов зарегистрировано не было. Ни у кого из 26 больных с аллергией на β-лактамные антибиотики при назначении мидекамицина не появилось аллергических симптомов. На основании результатов исследования мидекамицина ацетат признан самым безопасным макролидом [7, 11, 12].

В заключение необходимо отметить, что выбор препарата для этиотропной терапии любой инфекции сопряжен не только с необходимостью поиска эффективного средства, но и ,в случае с детской популяцией, – высокобезопасного. На сегодняшний день мидекамицин – наиболее безопасный и хорошо изученный препарат среди макролидов, что позволяет рассматривать его в качестве средства первой линии терапии при широком спектре инфекционных заболеваний. При терапии микоплазмоза важно учесть, что подавляющее количество пациентов имеют, помимо активности респираторного микоплазмоза, активную смешанную герпесвирусную инфекцию, которая снижает иммунный ответ на микоплазмоз. Поэтому в комплексной терапии таких больных, помимо терапии макролидами, необходимо проводить противогерпетическую и интерферонотерапию.

Литература

1. Медицинская микробиология. М., 1999.
2. Раковская И.В. Микоплазмы и микоплазмозы человека. Руководство для врачей. М., 1999.
3. Прозоровский С.В., Раковская И.В., Вульфович Ю.В. Медицинская микоплазмология. М., 1995.
4. Чемоданов В.В. Новая эра – новые стандарты назначения антибиотиков. Практика педиатра. 2004;Декабрь:18-21.
5. Таточенко В.К. Антибиотики при острых респираторных заболеваниях у детей. Consilium medicum. 2004;1:3-6.
6. Страчунский Л.С., Козлов С.Н. Макролиды в современной клинической практике. Смоленск, 1998.
7. Ivancovic D. Clinical trial on midecamycin: statistical analysis.Midecamycin: data on file. KRKA, 1989.
8. Jars N., Hardy N., Salhi A. Review of Clinical Experience with Midecamycin in France. 12th International Congress of Chemotherapy. 1981. P. 895-7.
9. Tavares W. Experinecia international. Simposio international sobre nuevos macrolidos – rol de la miocamicina. Buenos Aires, 1992. P. 27-30.
10. Miocamycin: more data required to establish position versus other never macrolides. Drugs Ther Pers. 1994;3(7):5-7.
11. Holiday S.M., Faulds D. Drugs. 1993;46(4):720-45.
12. Mayama T., Maruyama K., Nakazawa T., Iida M. A survey of the side effects of midecamycin acetate (Miocamycin) dry syrup after marketing. Int J Clin Pharmacol Ther Toxicol. 1990;28(6):245-52.
13. Страчунский Л.С., Жаркова Л.П., Авдеева Т.Г. и др. Педиатрия. 1995.

Альтернатива традиции: смеси на основе козьего молока

Козье молоко, наряду с коровьим, широко используется для вскармливания младенцев в большинстве стран мира, и Россия не исключение. О пользе и преимуществе смесей на основе козьего молока нам рассказала руководитель отделения питания здорового и больного ребенка ФГАУ «Научный центр здоровья детей» Минздрава России, д.м.н., профессор Татьяна Эдуардовна Боровик

– Татьяна Эдуардовна, расскажите немного об истории применения козьего молока?

– На целебные свойства козьего молока обращали внимание уже врачи эпохи античности. Состав и лечебные свойства козьего молока стали активно изучаться в начале пошлого столетия. Было замечено, что смертность детей, которые при отсутствии материнского молока получали козье, была значительно ниже, чем у младенцев, которых кормили коровьим молоком. На Всемирном конгрессе детских врачей, который проходил в 1906 г. в Париже, козье молоко было признано лучшим естественным заменителем женского молока.

В России самым активным пропагандистом козьего молока был детский врач и диетолог В.Н. Жук, автор популярной книги «Мать и Дитя». При его активной поддержке и участии в пригороде Санкт-Петербурга была организована ферма по разведению особой породы коз, привезенной по специальному заказу Правительства из Швейцарии. Козье молоко успешно применяли для питания не только ослабленных и часто болеющих детей, но также при туберкулезе, рахите, переломах костей, хронических заболеваниях органов пищеварения и легких.

– Какие именно преимущества есть у козьего молока перед коровьим?

Химический состав молока коз в целом близок к составу коровьего молока. Однако, несмотря на количественное сходство обоих видов молока по содержанию основных нутриентов, качественные характеристики белкового и жирового компонентов их значительно различаются.

Козье молоко, как и коровье, относится к группе казеин-предоминантных: соотношение казеина и сывороточных белков в обоих видах молока схоже и составляет 75:25 и 80:20 соответственно. Однако фракционный состав, структурные, физико-химические и иммунологические свойства белков козьего молока, в отличие от коровьего, ближе к женскому молоку. Так же, как и в грудном, в козьем молоке доминирующей казеиновой фракцией является β-казеин, тогда как казеины белков коровьего молока представлены главным образом αs1-казеином. В нем практически отсутствуют αs1- и γ-казеины, содержащиеся в коровьем молоке.

Из-за особенностей фракционного состава протеинов козье молоко легче усваивается, не вызывая расстройств пищеварения. При этом образующийся в желудке пищевой сгусток в большой степени напоминает таковой при переваривании грудного молока.

Считается, что сенсибилизирующая активность козьего молока, по сравнению с коровьим, меньше из-за низкого количества в нем αs1-казеина и хорошего переваривания в желудочно-кишечном тракте β-лактоглобулина, которые являются высокоаллергенными компонентами молока.

Жировые глобулы козьего молока в 10 раз меньше таковых коровьего молока, что увеличивает поверхность, доступную для воздействия панкреатической липазы и обеспечивает высокую (практически 100%) усвояемость жира козьего молока, в отличие от коровьего.

Второй немаловажной особенностью жира козьего молока является его жирнокислотный состав, отличающийся в значительной степени от коровьего молока: в нем значительно выше содержание легкоусвояемых коротко- и среднецепочечных жирных кислот, которые, как известно, всасываются в кишечнике непосредственно в венозную сеть, минуя лимфатическую, не требуют участия панкреатической липазы и желчных кислот. Кроме того, коротко- и среднецепочечные триглицериды, являясь энергетическим субстратом для энтероцитов, улучшают транспорт нутриентов через клеточную мембрану и способствуют восстановлению поврежденных клеток слизистой кишечника

По содержанию ненасыщенных жирных кислот козье молоко превосходит коровье, но вместе с тем их количество в обоих случаях значительно ниже, чем в грудном молоке.

Содержание железа в козьем молоке в 1,5 раза больше, чем в коровьем. Существуют экспериментальные доказательства того, что биоусвояемость железа и кальция из козьего молока в сравнении с коровьим значительно выше.

Козье молоко, как и молоко других животных и человека, содержит жиро- и водорастворимые витамины, уровень которых колеблется в зависимости от сезона и экологической обстановки.

В козьем молоке, по сравнению с коровьим, выше содержание витамина С и витамина А. Но в нем в 5 раз меньше фолиевой кислоты и в 4 раза – витамина B_{12}, необходимых для нормального кроветворения.

– Скажите, в чем заключается преимущество смесей на козьем молоке?

– За последние годы, как за рубежом, так и в нашей стране, накоплен большой опыт по применению в питании детей раннего возраста различных вариантов адаптированных смесей на основе козьего молока. Так, многоцентровое исследование, проведенное в Научном центре здоровья детей, НИИ питания, Российской медицинской академии последипломного образования, Новосибирском государственном медицинском университете, Научно-клиническом центре аллергологии и иммунологии г. Краснодара на высоком доказательном уровне подтвердило высокую биологическую и пищевую ценность адаптированной смеси на основе козьего молока «Кабрита», а также возможность адекватной замены ею детских смесей, приготовленных из коровьего молока, в питании здоровых детей и при пищеварительных дисфункциях.

К современным адаптированным смесям на основе козьего молока можно отнести линейку молочных смесей Kabrita® Gold (производитель Группа компаний «Hyproca Nutrition», Голландия), дифференцированных по возрасту:

- для детей с рождения до 6 месяцев – Kabrita®1Gold;
- для детей от 6 до 12 месяцев – Kabrita®2Gold;
- для детей старше 12 месяцев – Kabrita®3Gold.

Ни одна из формул линейки Kabrita® Gold не содержит белков коровьего молока. Соотношение сывороточных белков и казеина в смеси «Kabrita®1Gold», так же как и в женском молоке, составляет 60/40, а в «Kabrita®2 Gold» – 47/53.

Для оптимизации жирового компонента в молочные смеси Kabrita® Gold добавлен липидный комплекс DigestX®, разработанный на основе сочетания растительных масел с включением триглицеридов специальной структуры (присутствие пальмитиновой кислоты в молекуле триглицерида в sn-2 позиции (β-положении)). Введение липидного комплекса DigestX® в состав детских молочных смесей позволяет приблизить их по липидному составу к грудному молоку, повысить усвоение жира и энергетическое обеспечение грудных детей на смешанном и искусственном вскармливании, оптимизировать всасывание кальция, улучшить процессы пищеварения и предупредить появление запоров. Молочные смеси Kabrita® Gold обогащены витаминами и минеральными веществами в соответствии с физиологическими потребностями детей первого года жизни. Кроме того, в продукты введены длинноцепочечные жирные кислоты классов ω3 и ω6 (докозагексаеновая и арахидоновая), L-карнитин, таурин, холин, нуклеотиды, пребиотики (галакто- и фруктоолигосахариды), пробиотики (бифидобактерии BB-12®), благоприятно влияющие на обменные процессы в организме, развитие мозга и зрения, созревание иммунной и пищеварительной систем, становление физиологичной микробиоты кишечника.

ЛИНЕЙКА ПРОДУКЦИИ KABRITA

- Смеси на основе козьего молока Kabrita® GOLD
- Детские молочные каши на молочной смеси Kabrita®
- Фруктовые десерты Kabrita® с добавлением сливок козьего молока

«Гошпиталь» для зазорных детей

Появление первых «детских больниц» связано с организацией помощи в российских детских сиротских учреждениях в середине XVIII века. Тогда И.И. Бецкой, крупный государственный деятель XVIII столетия, спроектировал, построил и открыл воспитательные дома для «подкидышей» в Москве (1764) и Петербурге (1771). Но скученность, плохой уход, недостаточное питание, инфекции привели к тому, что большинство детей, помещенных в эти дома, погибали. Неудачны были и попытки воспитания подкидышей или «зазорных» детей в крестьянских семьях, которым выплачивалась мизерная сумма на их содержание и воспитание. Именно для «зазорных» детей и появились первые «гошпитали». Самый первый появился в 1706 г. и открыт был новгородским митрополитом Иовом. На свои деньги для этих целей священник поставил детскую избу-сиротопитательницу в Холмово-Успенском монастыре. Петр Первый своим специальным Указом от 4 ноября 1715 г. предписал устраивать при церквях и монастырях «гошпитали» для подкидышей под надзором монахинь (к 1917 г. на территории России насчитывалось 583 приюта, в которых воспитывались около 30 тыс. детей). По тогдашним законам незаконнорожденным – «зазорным» детям, даже если потом их родители были венчаны и других детей у них не было, ничего завещать было нельзя: ни земли, ни дома, ни сословной принадлежности. Потому такие дети или не рождались даже – их «вытравливали», или подкидывали, или... просто выбрасывали. Мать без мужа с «зазорным дитем» сама становилась зазорной. А дитя – человеком без будущего (Лобачев В. Частная жизнь подданных. Наука и религия. 2003;4:3). Официально такого ребенка называли незаконнорожденным, а простой народ говорил: байстрюк, бастард, безбатешный, безотцовщина, подзаборник, заугольник, пауголок, половинкин сын, «сколотные» дети, ублюдок – клички, которые ребенок, став взрослым, нес через всю свою жизнь.

В.Е. Маковский, «Крестьянские дети» (1890)

О кормилицах

При живой матери, к помощи кормилицы в Российской глубинке прибегали лишь в крайнем случае. В одних местах, как, например, в Пензенской губернии, это объяснялось запретом кормить грудью чужого ребенка из опасения, что может умереть свой ребенок. На некоторых других территориях чужую женщину не допускали кормить новорожденного из боязни навести порчу, боясь «испорченного молока» (Московская губ.). Также бытовало поверье, что ребенок, выкормленный чужой женщиной, не будет любить свою родную мать, станет «чужаком». Таким образом проявлялась вера крестьянок в то, что материнское молоко наделяет ребенка качествами «своего». Считалось, что особая эмоциональная связь между младенцем и матерью, устанавливаемая кормлением, не прерывается даже в случае смерти одного из них. Верили, что умершая мать может приходить по ночам и кормить ребенка, а умерший младенец еще какое-то время может сосать материнскую грудь. По этой причине в Брянском Полесье женщине, только что потерявшей грудного ребенка, советовали спать только на спине, чтобы не закрывать доступ к молоку.

И только через 100 лет, в середине XIX века сформировалась педиатрия как самостоятельная дисциплина. Первые русские детские больницы открылись в 1834 г. в Петербурге (третья в Европе после Парижа и Вены), а в 1842 г. – в Москве. Обе больницы носят теперь имя Н.Ф. Филатова. В 1844 г. в Петербурге была организована первая в Европе больница для грудных детей. В это же время С.Ф. Хотовицкий (1796–1885) начал впервые чтение полного курса детских болезней студентам Медико-хирургической Академии в Петербурге. Он же организовал в академии (1842) Клинику акушерства и гинекологии, где треть общего количества мест была отведена детям. С.Ф. Хотовицкий создал в 1847 г. первое русское учебное руководство по детским болезням – «Педиятрику», в котором дал определение сущности педиатрии и цели ее как науки. Именно в России впервые в мире было введено обязательное преподавание педиатрии на медицинских факультетах.

II московский городской съезд педиатров

8–10 ноября 2016 года

«ТРУДНЫЙ ДИАГНОЗ» В ПЕДИАТРИИ

Преодолевая барьеры. Мультидисциплинарный подход

Организаторы

- Правительство города Москвы
- Департамент здравоохранения города Москвы
- ГБУЗ «Морозовская детская городская клиническая больница ДЗМ»

В рамках Съезда пройдёт представление педиатрических лечебно-профилактических учреждений:

- детских больниц (стационары)
- детских поликлиник
- диспансеров
- детских отделений родильных домов
- детских санаториев

Место проведения: Конгресс-парк гостиницы «Украина», Москва, Кутузовский проспект, 2/1, стр.1

16+ Реклама

Подробности на сайте: www.pediatr-mos.ru

KST interforum

Конгресс-оператор

Организационно-технические вопросы, участие в выставочной экспозиции

ООО «КСТ Интерфорум»

Москва, ул. Профсоюзная, 57

телефон/факс: +7 (495) 722-64-20, +7 (495) 518-26-70

электронная почта: mail@interforum.pro

Научный комитет

По вопросам участия в научной программе

Петряйкина Елена Ефимовна

Москва, 4-ый Добрынинский переулок, дом 1/9

Административный корпус, 3 кабинет

телефон: +7-903-170-23-69

электронная почта: lepet_morozko@mail.ru