НОВОСТИ МОСКВЫ

Вероника Скворцова: «Профилактика инвалидности у детей – одно из важнейших направлений деятельности Минздрава России»

стр. 2

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Описание редкого в детском возрасте дебюта миокардита, имитирующего картину острого инфаркта миокарда

стр. 14

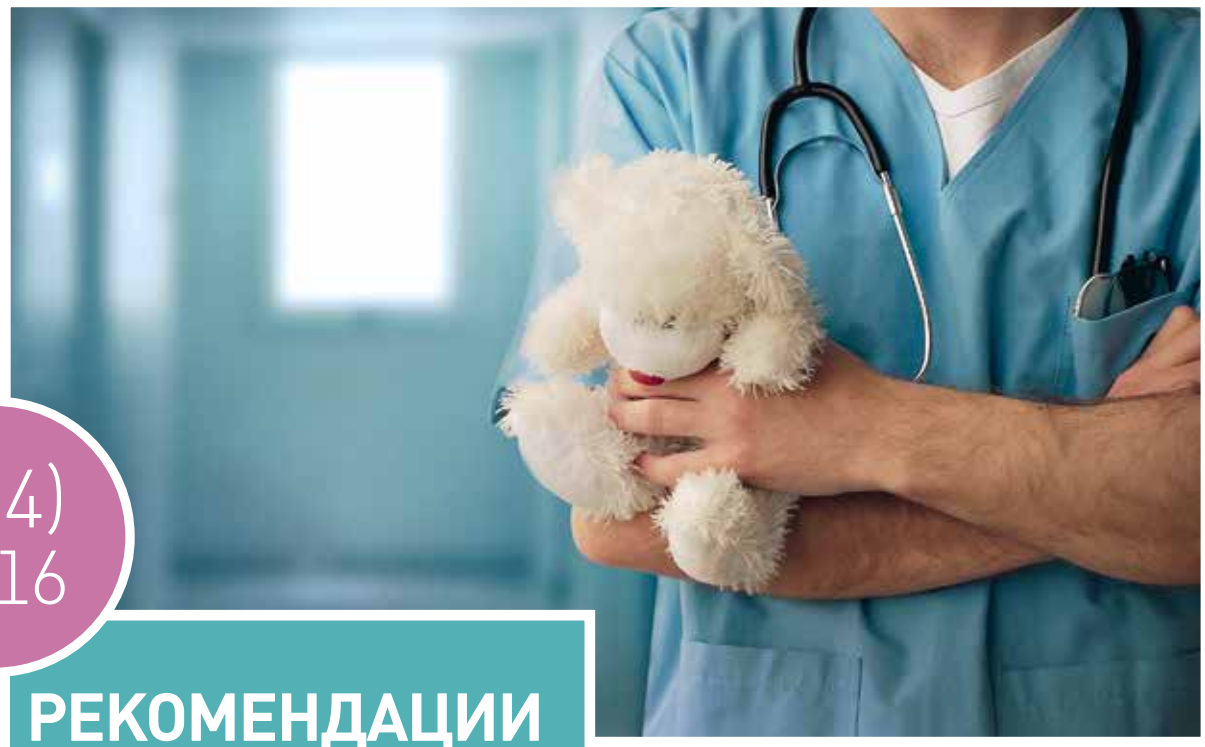
ДЕТСКИЙ ДОКТОР

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

4 (4) 2016

ТЕМА НОМЕРА

ТРУДНЫЙ ДИАГНОЗ В ПЕДИАТРИИ



РЕКОМЕНДАЦИИ ВОЗ

Физическая активность для детей: рекомендуемые формы, уровни и преимущества для здоровья

АКТУАЛЬНО

Инвестиции в специальные мероприятия на государственном уровне помогут детям раннего возраста реализовать свой потенциал развития

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),
Анастасия Титова (titova@bionika-media.ru),
Анна Донских (donskih@bionika-media.ru)
Анастасия Яснова (a.yasnova@bionika-media.ru)
Телефон: (495) 786-25-57

Учредитель
Общество с ограниченной ответственностью «Бионика Медиа Инновации»

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

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

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

Вероника Скворцова: «Профилактика инвалидности у детей – одно из важнейших направлений деятельности Минздрава России»

Министр здравоохранения Российской Федерации Вероника СКВОРЦОВА приняла участие в 9-м заседании Координационного совета при Президенте Российской Федерации по реализации Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012–2017 гг. Темой заседания стала профилактика инвалидности и санаторно-курортное лечение детей в Российской Федерации.

Фото Олега Кирюшкина

Уважаемые коллеги!

Позвольте прежде всего поблагодарить Совет Федерации, комиссию при Президенте Российской Федерации по делам инвалидов за огромный вклад в формирование комплексного подхода к профилактике инвалидности у детей.

Мы высоко оцениваем важность Национальной стратегии действий в интересах детей. В соответствии с планом ее реализации, Минздрав исполнил все пункты, срок по которым наступил.

Профилактика инвалидности у детей – одно из важнейших направлений деятельности Минздрава России. Общая инвалидность детей в расчете на 10 тыс. детского населения снизилась в 2015 г. по отношению к 2011 г. на 2,3%, при этом первичная инвалидность за этот же период снизилась на 14,1%.

Особенно интересна динамика первичной инвалидности в разных возрастных категориях. Так, с 2013 по 2015 гг. инвалидность снизилась в возрастной группе 0–4 года на 15,6%, а в остальных возрастных группах – на 3–6%. Это свидетельствует о повышении эффективности превентивных и реабилитационных мероприятий, проводимых в последние годы.

Важно отметить, что уровень детской инвалидности в России ниже, чем в развитых европейских странах, что может быть обусловлено различными подходами к установлению и снятию инвалидности.

Деятельность системы здравоохранения по профилактике инвалидности осуществляется по трем генеральным направлениям.

Первым является поддержка здорового образа жизни, медицинская профилактика, выявление заболеваний на ранних стадиях. Снижение частоты табакокурения и употребления алкоголя, здоровое питание, достаточная двигательная активность у потенциальных родителей снижают у следующего поколения заболеваемость, врожденную патологию и частоту умственной отсталости. За последние пять лет потребление алкоголя на душу населения сократилось на 22% – с 13,5 до 10,5 литров, что сопровождалось снижением детской инвалидности по причине умственной отсталости на 4,5%.

В результате антитабачной кампании в 2015 г. глобальное исследование ВОЗ выявило резкое снижение распространенности курения табака у подростков в 2–3 раза, а количества потенциальных курильщиков в будущем – в 3,5 раза.

Минздравом инициирован и начал исполняться пилотный проект «Школьная медицина», направленный на улучшение здоровья школьников и повышение их ответственности за свое здоровье и здоровье своих близких. Совместно с Министерством образования и Академией образования разработаны программы и памятки для педагогов, учеников и родителей по здоровому образу жизни и оказанию первой помощи, разработан проект профессионального стандарта для бакалавров по «школьной медицине», в регионах отрабатываются варианты взаимодействия между центрами здоровья, центрами профилактики, участковыми и школьными врачами с использованием информационных технологий.

Для профилактики инвалидности проводится выявление заболеваний у плода. Ежегодно около 1,5 млн беременных проходят пренатальную диагностику, выявляется более 15 тыс. случаев врожденных и наследственных заболеваний. В результате показатель младенческой смертности от врожденных аномалий в Российской Федерации снизился с 2013 г. на 19,7%.

В первые дни жизни проводится неонатальный скрининг пяти врожденных заболеваний. В 2015 г. в Российской Федерации обследовано более 1,9 млн новорожденных (более 95% от числа родившихся). Из них выявлено 1309 детей с тяжелыми, потенциально инвалидизирующими без лечения, заболеваниями. Все дети получают необходимое лечение, предотвращающее тяжелую инвалидность. Рассматривается вопрос о расширении спектра заболеваний, по которым проводится неонатальный скрининг, ориентировочно до 30. Это позволит дополнительно предотвратить инвалидность примерно у двух тысяч детей в год.

Также новорожденным проводится скрининг для выявления нарушения слуха. С 2008 по 2015 гг. обследовано около 10,5 млн новорожденных, выявлено более 35 тыс. детей с нарушениями слуха. В рамках оказания высокотехнологичной медицинской помощи всем нуждающимся была проведена кохлеарная имплантация – более 7,5 тыс. детям, в год проводится более тысячи операций.

С 2015 г. Минздравом России организована замена речевых процессоров системы кохлеарной имплантации за счет средств ОМС. В 2015 г. она проведена 1053 детям.

С 2013 г. во всех субъектах Российской Федерации начато проведение профилактических медицинских осмотров детей по новому алгоритму.

В 2015 г. число детей, прошедших профилактические осмотры, составило 21,3 млн, то есть увеличилось на 51% по сравнению с 2013 г.

Число детей, отнесенных к первой группе здоровья, увеличилось по сравнению с 2013 г. на 13,4%, составив в 2015 г. 29,8%; 85% детей имеют 1-ю или 2-ю группу здоровья, то есть являются здоровыми или имеют функциональные отклонения.

Дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей, изначально имеют худшие показатели здоровья, поэтому диспансеризация данной категории

детей проводится в более углубленном виде.

Результаты профилактических осмотров детей вносятся в Единую информационно-аналитическую систему Минздрава России, что позволяет контролировать объемы профилактических осмотров, структуру вновь выявленной патологии, охват детей ранее назначенными лечебными мероприятиями, который в 2015 г. для детей-сирот превысил 95%.

Одним из резервов снижения заболеваемости, инвалидности и смертности детей является вакцинопрофилактика, благодаря которой, например, наши дети избавлены от тяжелейшей инвалидности, связанной с полиомиелитом.

В 2015 г. по сравнению с 2014 г. отмечено снижение заболеваемости краснухой в 2,5 раза, эпидемическим паротитом – на 27,8%, корью – в 5,6 раз, острым гепатитом В – на 15,2% и др.

Против пневмококковой инфекции в 2015 г. привиты 1,57 млн детей, что почти в 10 раз больше, чем в 2014 г. В результате смертность детей до 1 года от пневмонии сократилась с 2013 г. на 33%, а заболеваемость детей в возрасте до 15 лет снизилась на 17,4%.

В настоящее время проработан и обсуждается вопрос о расширении Национального календаря профилактических прививок за счет ротавирусной инфекции и ветряной оспы.

Второе направление профилактики инвалидности – эффективное лечение потенциально инвалидизирующих заболеваний.

Недоношенные дети, особенно родившиеся с экстремально низкой массой тела – до 1000 г, являются наиболее уязвимой категорией по инвалидизации. Частота неблагоприятных исходов среди выживших детей 20 лет назад достигала 50–80%.

С тех пор благодаря быстрому развитию современных технологий, строительству перинатальных центров, обучению медицинских работников в симуляционных центрах ситуация изменилась в лучшую сторону.

По данным информационно-аналитической системы Минздрава России, среди детей, родившихся 3 года назад с массой тела менее 1000 г, в настоящее время в целом по стране инвалидами являются 33%, а в лучших клиниках – 10–15%.

Важное направление снижения инвалидности – развитие хирургической помощи плоду и новорожденному. Интенсивно развивается внутриутробная хирургия. По стране ежегодно проводится более 500 операций, а еще 5 лет назад такие операции были единичными.

С 2011 г. объем неонатальных хирургических вмешательств в рамках ВМП увеличился практически в 3 раза. Активно развивается кардиохирургия новорожденных. Как результат – детская инвалидность с 2013 по 2015 гг. снизилась за счет врожденных аномалий системы кровообращения на 9%.

Дальнейший вектор развития хирургической помощи новорожденным – выстраивание логистики движения беременных с пороками развития плода и развитие новых высокотехнологичных методов помощи новорожденным.

Объемы оказания высокотехнологичной медицинской помощи детям ежегодно увеличиваются – с 54,7 тыс. в 2011 г. до 119,2 тыс. в 2015 г.

По профилю травматология-ортопедия объем оперативных вмешательств увеличился с 2011 г. по 2015 г. на 53%, что позволило снизить число повторно признанных инвалидами с 2013 г. по 2015 г. по причине заболеваний костно-мышечной системы на 16,2%, по причине травм – на 45,8%.

Третье направление медицинской помощи инвалидам – реабилитация.

Развитие реабилитации инвалидов предусмотрено в рамках Государственной программы «Развитие здравоохранения». В 2012 г. Минздравом издан Порядок оказания медицинской реабилитации детского и взрослого населения. В настоящее время подготовлен отдельный Порядок реабилитации детей с учетом дополнительной потребности в помощи дефектологов и педагогов. В новой форме клинических рекомендаций предусмотрен раздел по реабилитации. На базе Научного центра здоровья детей организуется научно-методический центр по реабилитации детей и подростков.

В программе государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи с 2013 г. предусмотрены объемы по медицинской реабилитации, которые увеличены в 2016 г. на 18%.

Медицинская реабилитация детей проводится на базе 17 федеральных и 176 региональных учреждений с общим коечным фондом более 7 тыс. коек.

По оперативным данным, в 2015 г. в медицинской реабилитации нуждались более 3,5 млн детей, из них 408 тыс. детей-инвалидов. Прошли медицинскую реабилитацию 83,5% детей и 89,5% инвалидов.

Развивается семейноориентированный подход к санаторно-курортному лечению – число санаториев для детей с родителями возросло с 2013 г. на 64% (плюс 16 санаториев), однако при этом сохраняется дефицит санаторных коек для детей около 40% и реабилитационных – около 20%; велик износ материально-технической базы.

Во исполнение поручения Президента Российской Федерации по итогам заседания президиума Государственного совета Российской Федерации в августе 2016 г. Минздрав совместно с заинтересованными ведомствами завершает разработку концепции санаторно-курортного лечения, при этом особое внимание уделяется «детскому» сегменту. Важным механизмом развития детской санаторной и реабилитационной службы является государственно-частное партнерство при централизованном лицензионном контроле со стороны Росздравнадзора за деятельностью данных учреждений.

Под особым контролем Минздрава находятся разработка и внедрение в медицинскую практику новых эффективных технологий диагностики, лечения и реабилитации у детей, для чего законодательно утвержден в 2015 г. новый механизм – клиническая апробация, позволяющая отбирать наиболее значимые технологии для включения в клиническую практику.

В заключение позвольте поблагодарить членов Координационного совета за внимание к проблеме детской инвалидности и профессиональное сообщество – за достигнутые успехи в ее профилактике и за планируемую дальнейшую работу.

Источник: Министерство здравоохранения Российской Федерации

Рис. 1. Диагностика и профилактические осмотры

Рис. 2. Высокотехнологическая помощь детям

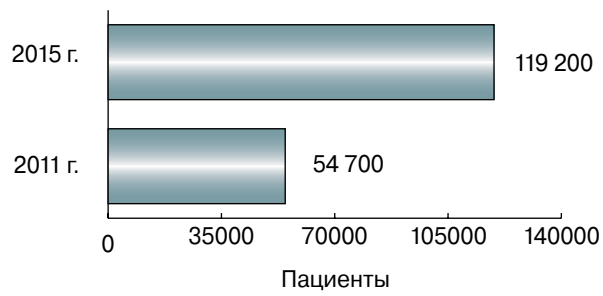
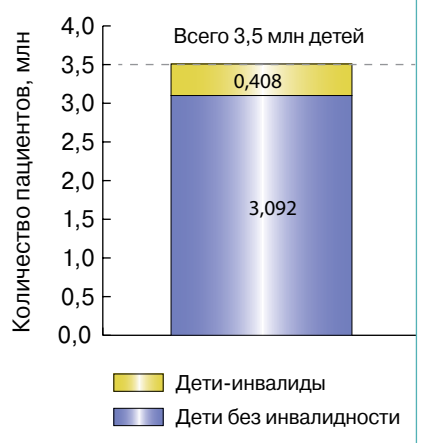


Рис. 3. В реабилитации нуждаются (данные 2015 г.):



НОВОСТИ

Разработаны методические рекомендации по организации пребывания родителей с детьми в реанимации

Специалисты подготовили методический пакет по организации совместного пребывания ребенка вместе с родителями в отделениях реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ). Документ разработан Объединением детских анестезиологов и реаниматологов совместно с благотворительным фондом «Детский паллиатив». В ближайшее время он будет разослан во все отделения детской реанимации российских больниц.

Клинические рекомендации оговаривают все аспекты пребывания родителей в отделении, особенности взаимодействия родителей и медицинского персонала, в том числе регламент взаимодействия при возникновении нештатных ситуаций. Члены семьи, включая несовершеннолетних, имеют право быть рядом с детьми круглосуточно. По предварительному согласованию с медицинским персоналом разрешен даже доступ в палату животных. Детально расписаны правила гигиены, варианты общения с больным, нормы поведения в отделении и меры предосторожности, исключающие причинение вреда пациентам и создание неудобств персоналу.

«С точки зрения законодательства у нас все хорошо. В ФЗ существует такая норма – право родителей находиться со своим ребенком в медицинском учреждении. У нас есть позиция Минздрава и информационные письма, в которых тоже говорится, что учреждения здравоохранения должны обеспечить возможность родителям находиться вместе со своими детьми. Другая сторона вопроса: насколько готовы детские стационары к тому, чтобы пускать родителей в реанимацию неограниченно. На этот вопрос нет однозначного ответа, хотя необходимость повсеместного внедрения практики совместного пребывания ребенка и родителя в реанимации уже не подвергается сомнению. Выпущенные документы – это рабочий механизм для реализации этой нормы», – пояснила директор БФ «Детский паллиатив» Карина Вартанова.

В фонде считают, что методические рекомендации помогут медицинским учреждениям стать более пациентоориентированными. Они разработаны сообществом профессионалов, которые знают все нюансы работы ОРИТ изнутри. «Сложившаяся практика формировалась десятилетиями, и для того, чтобы ее изменить, нужно время. Для этого нужно работать с персоналом, вводить какое-то изменение внутренних правил и политики. Но все это должно вырасти внутри медучреждений, а не быть навязано сверху», – считает Карина Вартанова.

В методическом пособии содержатся научные данные, обосновывающие положительный терапевтический эффект совместного пребывания ребенка с родителями. Например, увеличение посещений пациентов в интенсивной терапии снижает риски серьезных сердечно-сосудистых осложнений и при этом не приводит к увеличению септических осложнений. В другом исследовании доказано, что присутствие членов семьи на процедуре сердечно-легочной реанимации не создает дополнительного стресса для медицинского персонала, не увеличивает продолжительность процедуры и снижает вероятность появления симптомов посттравматического стрессового расстройства у членов семьи.

Источник: Благотворительный фонд «Детский паллиатив»

Дорогие друзья! Глубокоуважаемые коллеги!

Новогодние праздники всегда наполнены атмосферой счастья, радости и гармонии, ожиданием чуда и светлых перемен. В это время мы традиционно подводим итоги уходящего года, строим планы на будущее.

Уходящий год не был простым. Но с ним связаны многие значимые для московской педиатрии события, которых бы не было, если бы не Ваш самоотверженный труд, замечательные идеи и предложения для улучшения качества медицинской помощи детям и подросткам в Москве, поддержка Правительства и Департамента здравоохранения города Москвы.

Вместе с Вами, впервые в практике московской педиатрии, благодаря созданию городских Центров специализированной помощи, работающих под руководством Главных внештатных детских специалистов Департамента здравоохранения города Москвы, мы внедрили персонифицированный подход к динамическому наблюдению, необходимому стационарному и амбулаторному обследованию и лечению, обеспечению лекарственными препаратами и изделиями медицинского назначения детей и подростков, страдающих хроническими заболеваниями, большинство из которых являются инвалидами детства, в рамках единого многопрофильного стационара. Пациент в одной медицинской организации получает полный спектр медицинских услуг – от диагностики и лечения до медицинской реабилитации и обеспечения мер социальной поддержки на современном уровне. Сегодня в Центрах наблюдаются почти 80% профильных пациентов до 18 лет.

Также впервые в России в 2016 г. в Москве был осуществлен прорыв в ранней диагностике орфанных (редких) заболеваний, связанных с наследственными болезнями обмена. 14 июня 2016 г. вышел приказ Департамента здравоохранения города Москвы № 500 «Об организации проведения селективного скрининга».

Редкие (орфанные) заболевания, в том числе наследственные болезни обмена, встречаются с частотой не более 10 случаев на 100 тысяч населения, однако летальность от этих болезней крайне велика, а при своевременной постановке диагноза и начале терапии жизнь ребенка может быть спасена.

Только один анализ крови, взятый из пальца на специальную фильтровальную бумагу (анализ крови на ТМС – тандемную масс-спектрометрию), может исключить более 200 наследственных заболеваний из группы нарушений обмена веществ.

Московская программа селективного скрининга не имеет аналогов в других городах России, а также в некоторых мегаполисах Европы и США. Данная программа – один из примеров внедрения инновационных достижений науки в ежедневную клиническую практику московской педиатрии.

В 2016 г. продолжалось переоснащение самым современным медицинским оборудованием медицинских организаций Москвы. Но ни один, даже самый современный прибор, не может заменить профессионализма и мастерства наших медицинских работников, чуткого и внимательного отношения к пациенту!

8–10 ноября 2016 г. мы с Вами успешно провели II Московский съезд педиатров, который снова был единственным городским детским научно-практическим образовательным мероприятием, объединившим обсуждение всех актуальных вопросов оказания многопрофильной педиатрической помощи, в том числе специализированной и высокотехнологичной, в рамках междисциплинарного подхода. В съезде приняли участие более 2000 врачей разных специальностей, оказывающих медицинскую помощь детям. Координационный совет Министерства здравоохранения Российской Федерации присвоил 18 образовательных баллов съезду с выдачей кодов для балльных сертификатов участникам. И повышение популярности нашего съезда, и высокое признание Минздравом РФ уровня нашего мероприятия говорят о его необходимости и важности, в том числе в рамках развития непрерывного образования врачей-педиатров, врачей общей практики и специалистов, работающих с пациентами до 18 лет.

Уверен, что 2017 год откроет нам новые горизонты развития для московской педиатрии! У нас запланировано много мероприятий, направленных на улучшение работы педиатрической службы Москвы: дальнейшее развитие амбулаторной и стационарной медицинской помощи, разработка и внедрение всех видов медицинской профилактики в медицинских организациях Москвы, развитие школьной медицины, проведение III Московского городского съезда педиатров «Трудный диагноз» в педиатрии. Междисциплинарный подход. Преодолевая барьеры» и др.

В современной медицине успешное лечение пациента всегда является результатом совместных усилий врачей, медицинских сестер, бригад скорой помощи, специалистов лабораторной диагностики и многих других наших коллег. Слаженная командная работа, умение сохранять и развивать лучшие традиции московской и российской медицины и, одновременно, открытость к новациям – вот принципы, благодаря которым нам за несколько минувших лет удалось создать эффективную, доступную и качественную современную педиатрию в столице.

В канун Нового, 2017 года я хотел бы поблагодарить всех медиков, работающих в московской педиатрии, – врачей, фельдшеров, медсестер, младший медицинский персонал, которые не покладая рук работали, чтобы сохранить жизнь и здоровье детей!

Слова благодарности необходимо произнести и в адрес Правительства Москвы, Департамента здравоохранения города Москвы, главных внештатных детских специалистов, руководителей всех детских медицинских организаций Департамента здравоохранения города Москвы!

Отдельные слова благодарности – всем пациентским и благотворительным организациям! Спасибо всем, кто внес свой вклад в развитие московской педиатрии в уходящем году! Надеюсь на продолжение сотрудничества со всеми коллегами в Новом, 2017 году! Желаю вам, дорогие друзья и уважаемые коллеги, крепкого здоровья, благополучия, оптимизма и успехов во всех начинаниях! Пусть 2017 год станет счастливым для Вас и Ваших близких! Всего Вам самого лучшего, доброго и светлого! С Новым годом!

Главный редактор «Детского доктора»,
главный внештатный специалист педиатр ДЗМ,
главный врач Морозовской ДГКБ ДЗМ,
заслуженный врач РФ, профессор, д.м.н.
И.Е. Колтунов

Ранняя диагностика спасает детей

В феврале 2015 г. впервые в детском городском здравоохранении Москвы в многопрофильном круглосуточном скоропомощном стационаре – Морозовской больнице – была централизована медицинская помощь детям с орфанными и другими редкими заболеваниями. Был создан городской Центр орфанных и других редких заболеваний, который затем стал частью регионального Московского городского референс-центра врожденных наследственных заболеваний, генетических отклонений, орфанных и других редких заболеваний ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ». А всего в Морозовской больнице 35 отделений и 27 медицинских профилей. Сюда привозят ежедневно больше 400 пациентов. Дети попадают по «Скорой помощи» в случае ухудшения состояния, а часто просто при необходимости, приходят с родителями для консультации или установления диагноза. Сегодня для решения любой медицинской задачи необходимо получить результат лабораторного исследования. Всем нужны точные и быстрые анализы.

А.В. Буллих, заведующий клинико-диагностической лабораторией Морозовской детской городской клинической больницы
Фото Игоря Чунусова

Что такое современная лаборатория?

Загляните когда-нибудь в Клинико-диагностическую лабораторию (КДЛ) Морозовской больницы. Это большой лабораторный комплекс, и сегодня лаборатория такого класса может выполнять огромный спектр исследований, имеет высококлассное оборудование и использует только оригинальные расходные материалы. КДЛ работает на базе информационной системы с возможностью подключения удаленных рабочих мест, она соединена с лабораторными системами других медицинских организаций, а также осуществляет выгрузку результатов исследования в автоматическом режиме. Еще несколько лет назад мы даже не могли об этом мечтать.

Сегодня мы можем проводить цитологические, микробиологические, биохимические, генетические, изосерологические, иммунологические исследования, исследования на оппортунистические инфекции, гормонального профиля и другие. Идентификация микроорганизмов при микробиологических исследованиях проводится на тандемном масс-спектрометре, что заметно ускоряет получение результата микробиологического исследования клиницистом.

Составные части нашей КДЛ? Это экспресс-лаборатории реанимационных и приемного отделения, а также центральная лаборатория. В центральную лабораторию входит группа неонатального скрининга, которая проводит данное исследование по программе госгарантий всем новорожденным во всех медицинских учреждениях Москвы, независимо от формы их организации, а также селективный скрининг по направлениям педиатров при наличии у ребенка подозрения на наследственные болезни обмена. Здесь же находится группа цитологического скрининга, которая фактически является централизованной цитологической лабораторией ЦАО г. Москвы, выполняющей исследование цитологического материала, полученного при гинекологических осмотрах в амбулаториях Москвы. Организация такого отдела в нашем стационаре значительно расширила диагностические возможности лаборатории, в частности позволила проводить цитологические исследования пунктатов щитовидной железы для пациентов в отделении эндокринологии, без привлечения сторонних организаций, и исследование всевозможных биоматериалов для пациентов хирургического и реанимационного профиля. После внедрения в обследование гематологических пациентов цитохимического исследования клеток костного мозга стало возможным проводить диагностику лейкозов по международному стандарту на базе одной лаборатории.

КДЛ оснащена современным диагностическим оборудованием ведущих фирм-производителей, а значит, мы получаем тысячи быстрых, надежных и достоверных результатов. На данном оборудовании проводится широкий спектр гематологических, иммуногематологических, биохимических, общеклинических, иммунологических и цитологических исследований.

Мы обеспечиваем необходимыми лабораторными исследованиями врачей стационара, выполняем исследования в экстренном порядке для пациентов, поступающих в больницу, а также планируем расширение спектра исследований и увеличение их объема за счет прикрепления амбулаторного звена.

Наши пациенты

«Простых» пациентов в Морозовскую не привозят. Достаточно часто мы встречаем детей с редкими патологиями, сложными случаями болезней. Это патологии, прячущиеся под маской других болезней. Прежде всего, адреногенитальный синдром, галактоземия, врожденный гипотиреоз, муковисцидоз, фенилкетонурия. Можно ли сказать, что эти заболевания сейчас стали проявляться чаще? Думаю, дело не в этом. Включение лаборатории в состав регионального Московского городского референс-центра врожденных наследственных заболеваний, генетических отклонений, орфанных и других редких заболеваний Морозовской больницы позволило более тесно контактировать с врачами различных специальностей, прежде всего с врачами-генетиками. Это обеспечило частоту выявляемости наследственных болезней обмена (НБО) с улучшением качества и своевременности их лечения для профилактики инвалидизации и смертности, сократилось время до постановки диагноза. КДЛ «приложила к этому руку».

Частота редких болезней – 1 ребенок на 10 000 детской популяции. Так что пациентов должно быть явно больше, чем занесено сейчас в существующий регистр (в нем около 1000 детей), и медики на местах должны быть настороже. В Центре разработана и выполняется программа селективного скрининга на редкие болезни, и возможно уже сделать некоторые выводы. В частности, ясны перспективы использования селективного скрининга на НБО методом тандемной масс-спектрометрии (ТМС).

Нет предела совершенству...

В повседневную работу КДЛ введена лабораторная информационная система (ЛИС), что позволяет нам не только постоянно контролировать все процессы, происходящие во всех отделах лаборатории, в режиме онлайн просматривать ход выполнения исследований и проведения контроля качества, проводить тщательный учет расходных материалов, но и значительно упростить доставку результата исследования до лечащего врача. Кроме того, ЛИС позволила свести к минимуму количество ошибок при проведении исследований и обработке данных, ускорить проведение исследований, обеспечить оперативный доступ к результатам, снизить финансовые расходы лаборатории, уменьшить затраты рабочего времени персонала при подготовке текущей и отчетной документации.

Сегодня всем новорожденным в медицинских учреждениях на территории Москвы обеспечен неонатальный скрининг, и совместно с центром орфанных заболеваний мы проводим подтверждающую диагностику пациентам, у которых были выявлены отклонения, обеспечивая возможность дальнейшего лечения таких детей.

За счет улучшения преемственности между медицинскими организациями Москвы, количество обследованных новорожденных детей по программе неонатального скрининга по Москве существенно увеличилось. К примеру, увеличилось количество проб на фенилкетонурию, АГС, гипотиреоз, муковисцидоз, галактоземию (со 104 649 в 2015 г. до 69 610 только за первое полугодие 2016 г.), подтверждающая диагностика на муковисцидоз проводилась в 7 раз чаще, а общее количество проб увеличилось в 4 раза.

Это значит, что наш план – организовать в ближайшее время на базе КДЛ полноценную генетическую лабораторию для обеспечения нужд медико-генетического отделения и центра орфанных заболеваний – вполне осуществим. Конечно, потребуется поддержка ДЗМ и Правительства города Москвы, мы на эту поддержку очень рассчитываем.

Для этого будет необходимо несколько модернизировать имеющиеся масс-спектрометры, на которых проводится исследование на НБО и лизосомные заболевания, а также запустить на базе КДЛ центр лекарственного мониторинга для подразделений больницы и медицинских организаций ДЗМ. Проведение лекарственного мониторинга при помощи масс-спектрометра позволит получать более точную и детальную информацию по фармакокинетике и фармакодинамике препаратов.

Некоторые итоги. Если общее количество пациентов, для которых мы выполняли исследования, за 2013–2014 гг. возросло с 21 815 человек до 67 046, то в нынешнем году это увеличение стало еще заметнее. В 2015 г. мы обследовали 176 657 пациентов, а только за первую половину 2016 г. – 125 001.

Наш инструментарий

Расскажу подробнее об одной из современных лабораторных методик. В принципе, скрининг новорожденных на генетические

заболевания существует уже несколько десятков лет. Но для их диагностики необходимы уникальные и дорогостоящие биохимические тесты, а частота таких заболеваний в популяции невелика. Это означает, что вряд ли удастся включать их в программу массового скрининга на НБО. Так что можно сказать, что новая эра в неонатальном скрининге началась именно с появлением ТМС. Эта технология, существенно улучшающая скрининг, расширила список выявляемых нарушений, которые поддаются лечению, но ранее они не диагностировались имеющимися скрининг-программами.

С конца апреля 2015 г. лаборатория неонатального скрининга работает в ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ» в структуре КДЛ и Регионального референс-центра врожденных наследственных заболеваний, генетических отклонений, орфанных и других редких заболеваний. И с этого времени в лаборатории неонатального скрининга продолжена диагностика наследственных болезней обмена методом ТМС.

Тандемная масс-спектрометрия – один из самых современных методов анализа соединений, который мы используем как для научных, так и для практических целей. Пользуясь методом, мы проводим анализ нескольких сотен соединений в микроколичествах биоматериала. Этот современный метод лабораторной диагностики позволяет количественно определять большое число метаболитов, являющихся маркерами НБО, и большее количество заболеваний.

ТМС применяется для диагностики 3 основных групп НБО: нарушений обмена аминокислот, органических кислот и дефектов митохондриального β-окисления жирных кислот.

Но для окончательного подтверждения диагноза НБО необходимо использовать такие методы подтверждающей диагностики, как ДНК-диагностика, исследование органических кислот мочи и т.д.

Сейчас мы разработали и довели до детских врачей Москвы показания для проведения исследования на НБО. Методика отлично себя зарекомендовала и уже начала приносить клинические результаты, больные выявляются лучше, за ними ведется наблюдение, раньше начинается профильное лечение.

В настоящее время на исследование методом ТМС врачи Москвы могут направлять детей с определенными клиническими симптомами, сопровождающими НБО. Посмотрим на цифры. В результате проводимой работы резко возросло количество выявляемых случаев НБО у детей, с июля 2016 г. в рамках селективного скрининга выявлено уже 9 случаев.

Если по первичному скринингу при обследовании с мая 2013 г. по октябрь 2016 г. среди 147 135 детей было выявлено 7 детей с НБО, то при селективном скрининге методом ТМС за этот же период было выявлено уже 19 таких детей. Среди них только с лейцинозом выявлено 5 детей, с недостаточностью трифункционального белка – 3 ребенка.

На основании полученных результатов можно говорить о том, что использование селективного скрининга методом ТМС по определенным клиническим показаниям приносит наибольшую эффективность по сравнению с массовым скринингом. В то же время следует понимать, что ТМС – это только первый этап диагностики таких нарушений, и для точной постановки диагноза требуется проведение подтверждающей молекулярно-генетической диагностики, сопоставление клинических и лабораторных данных.

Наш коллектив

Конечно, ничто само собой не делается. За время существования КДЛ сложился сплоченный, профессиональный коллектив из более чем 100 сотрудников. У нас работает доктор медицинских наук и 3 кандидата медицинских наук, фельдшеры-лаборанты, медицинские лабораторные техники, и должен сказать, что это сертифицированные специалисты с высоким уровнем профессиональной подготовки. За неимением возможности назову только нескольких коллег-врачей, имеющих большой опыт работы и сейчас занимающихся неонатальным скринингом.

Лабораторный генетик **Валентина Борисовна Митькина** окончила в 1991 г. 2-й МОЛГМИ им. Н.И. Пирогова, затем повышала квалификацию по неонатальному скринингу и пренатальной диагностике, она – врач высшей квалификации со стажем в 26 лет.

У педиатра **Елены Владимировны Смажил** врачебный стаж 28 лет. Елена Владимировна тоже окончила в 1986 г. 2-й МОЛГМИ им. Пирогова, а затем в 1986–1988 г. училась в клинической ординатуре. С 1988 г. она работает врачом клинической лабораторной диагностики, врач высшей квалификации, дополнительно получила профессиональную переподготовку по лабораторной диагностике и лабораторной генетике.

Есть среди нас врач-невролог. Это **Александр Иванович Денисенков**, интернатуру он закончил в 1987 г., а позже в 2006 г. прошел специализацию по лабораторной генетике. Его врачебный стаж 30 лет.

Олег Евгеньевич Потехин – клинический иммунолог, окончил в 1986 г. 1-й ММИ им. И.М. Сеченова. Работал клиническим иммунологом в Медицинском центре Управления делами Президента РФ. После аспирантуры работал врачом в лаборатории клинической иммунологии и вирусодиагностической лаборатории в Медицинском центре Управления делами Президента РФ. Около 10 лет проработал специалистом по медицинской лабораторной продукции в различных медицинских компаниях. Он – к.м.н. Врачебный стаж у Олега Евгеньевича 18 лет, сейчас уже 4 года занимается ТМС.

Из наших бактериологов я бы выделил врача отделения клинической бактериологии с 20-летним стажем **Светлану Владимировну Жилину**. Она – врач высшей квалификации. В 2009 г. окончила заочную аспирантуру кафедры микробиологии, иммунологии и вирусологии МПФ Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. К.м.н.

У нас благоприятная, дружественная атмосфера, коллеги друг к другу доброжелательны, а взаимопомощь и дисциплинированность – залог успешной работы и развития подразделения.

Наш рабочий цикл предполагает точность и достоверность проводимых лабораторных исследований, потому особенно важно изо дня в день обеспечивать качество выполняемых анализов. Помимо ежедневного контроля качества при помощи контрольных материалов и специальной компьютерной программы, КДЛ с 2005 г. ежегодно является участником Федеральной системы внешней оценки качества клинических лабораторных исследований.

Сегодня лаборатория выполняет, кроме рутинных клинических и биохимических анализов, широкий спектр гормональных исследований, исследований маркеров воспаления и онкопатологии, показателей иммунного статуса человека, весь спектр исследований на инфекции, а также большой перечень анализов на аллергенспецифические антитела к широкому спектру бытовых, пищевых, эпидермальных и других аллергенов. Четкая организация работы КДЛ позволяет осваивать новые более специфичные методы лабораторной диагностики.

Мы гордимся тем, что КДЛ предоставляет клиницистам около 80% объема объективной диагностической информации, необходимой для своевременной быстрой и точной постановки диагноза ребенку и контроля за эффективностью его лечения.

Лаборатория и клинические отделения перешли на работу с одноразовыми системами забора крови, которые повышают точность анализов, обеспечивают стабильность пробы при хранении и транспортировке и защиту медицинского персонала. Сегодня в случае необходимости исследования можно выполнить в любое время суток. Произошла 100% замена лабораторного оборудования, значительно увеличились мощности лаборатории, расширился спектр проводимых исследований, и теперь уже не нужно привлекать сторонние лаборатории к лечебному процессу в нашем стационаре.

А что дальше?

Первый опыт использования ТМС для диагностики НБО выявил и ряд проблем. Сегодня нет достаточных отличительных клинических признаков данных заболеваний, симптомы их неспецифичны в неонатальном периоде, они маскируются под другие заболевания (такие как эпилепсия, нейроинфекция, перинатальная патология). Болезни эти относительно мало распространены. Так что точная диагностика возможна только с помощью современных лабораторных методов.

В свою очередь, проблемы лабораторной диагностики НБО методом ТМС заключаются в том, что нет общепризнанных данных по границам норм в зависимости от веса, возраста, срока гестации или недоношенности плода, а также в большом количестве ложноположительных результатов, которые мы получаем у недоношенных детей и пациентов реанимационных отделений. Еще одна сложность в том, что результаты могут быть искажены под влиянием проводимой медикаментозной терапии, нет утвержденных алгоритмов исследования для разных НБО, сложно правильно интерпретировать полученные результаты, только разрабатывается система внешнего контроля качества.

Сегодня приходится говорить о необходимости дополнительных методов подтверждающей диагностики, стоимость диагностики достаточно высока, нет пока и подготовленного персонала.

Что же необходимо сделать уже сейчас? Несомненно, что диагностика НБО требует проведения таких сложных тестов как ТМС. Более широкое использование ТМС позволит

анализировать большое число метаболитов и выявлять большее число НБО, и использование селективного скрининга методом ТМС по определенным показаниям принесет наибольшую эффективность. Использование ТМС делает возможным лабораторное мониторирование проводимой терапии и течения болезни. Потому сегодня актуальны разработка и внедрение единых алгоритмов диагностики НБО.

В этой связи логическим продолжением работы в данном направлении представляется создание единого лабораторного центра для диагностики НБО на базе ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ». Для большей эффективности необходимо дальнейшее развитие и укрепление материально-технической базы данного центра для улучшения подтверждающей диагностики результатов ТМС. В дальнейшем центр мог бы взять на себя функции единого учебно-методического центра для подготовки и повышения квалификации специалистов для диагностики НБО методом ТМС. И необходимо продолжать работать с врачами на участках, учить их быть настороже, поскольку болезни НБО маскируются и под детский церебральный паралич (ДЦП), и под гепатит или нарушение свертываемости крови, у ребенка могут появляться неясные эпилептические приступы.

Многие врачи ошибочно считают, что заболевания этой группы встречаются так редко, что исключать их нужно только в последнюю очередь, и в результате правильный диагноз устанавливается уже на поздних сроках болезни или заболевание вообще не диагностируется. Но поздняя диагностика этих нарушений приводит к грубой инвалидизации и к самому неблагоприятному исходу для больного ребенка. Некоторые из этих заболеваний поддаются эффективной терапии, мы не можем позволить себе терять время, вовремя начатое лечение может спасти ребенку жизнь.

В поисках исчезающего времени...

Конечно, увеличение нагрузки и потока пациентов с редкой патологией, утяжеление контингента больных заставило искать новые возможности в организации работы отделения. Во-первых, обязательными стали обучающие и информационные семинары для сотрудников лаборатории и для клиницистов. Немаловажно, что приходится прогнозировать расходы по стандартам и перечням исследований для разных патологий. Нам пришлось заменить ряд устаревших лабораторных методик, кроме того, лабораторная информационная система уменьшила участие в технологическом процессе медицинских работников. Мы активно продолжаем превращать КДЛ стационара в централизованную лабораторию.

И мы должны заглядывать в завтрашний день: уже принимаем помещения и оборудование в новом, практически построенном корпусе, планируем оптимальную логистику, работаем с медицинскими учреждениями других регионов по выполнению лабораторных исследований. Например, налажено проведение неонатального скрининга новорожденным Чукотского АО.

Нам и в дальнейшем придется совершенствовать методы диагностики, модернизировать аналитическое оборудование, переходить к компьютерным лабораторным системам, внедрять высокотехнологичные методы диагностики. Мы должны не только диагностировать имеющуюся патологию у наших пациентов, но и предсказать возможность ее развития. Видимо, нам потребуются специалисты еще более высокого класса. Потому так важна для меня работа со студентами медицинских училищ во время производственных практик, чтобы, возможно, впоследствии привлечь лучших из них на работу в отделение. Да и самому приходится заглядывать в учебники. Кроме сертификатов по «Патологической анатомии» и «Организации здравоохранения и общественного здоровья», прошел профессиональную переподготовку по специальности «Специалист в сфере закупок» и получил второе высшее образование по специализации «Менеджмент в здравоохранении». Зачем? Ну, в частности, это важно, поскольку я еще и председатель первичной профсоюзной организации и председатель единой больничной комиссии по закупкам, являюсь еще и экспертом по качеству лабораторных исследований при Федеральной Системе Внешней Оценки Качества (ФСВОК), а также председателем котировочной комиссии больницы. Есть еще работа в комиссии при ГБУ «НИИ ОЗММ ДЗМ» по оптимизации и развитию лабораторной службы в Москве. Надеюсь, все это не помешает вскоре закончить работу на соискание ученой степени «кандидат медицинских наук».

P.S.

Неудивительно, что по итогам 2015 г. Премия Лабораторной службы ДЗМ «Бронзовый микроскоп» (2016 г.) в номинации «Лаборатории стационаров и медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь» «За инициативность и прогрессивное развитие» была вручена лабораторной службе Морозовской больницы.

Екатерина Глазырина: «И детей, и родителей надо настраивать на чудо!»

Через отделение кардиологии и пульмонологии Морозовской больницы в год проходят почти 3 тыс. больных детей. И треть из них – дети, больные ревматологическими заболеваниями. Особые дети, особые болезни. И особые медики. Об этом и других аспектах работы отделения наш разговор с заведующей отделением, врачом-педиатром 1-й категории Анастасией Глазыриной.

Беседовала Светлана Петрова, фото Игоря Чунусова

– Анастасия Александровна, расскажите, пожалуйста, о возможностях отделения, и кто ваши самые частые пациенты…

– В отделении кардиологии и пульмонологии Морозовской больницы на 2-м этаже 21-го корпуса 60 коек, это 17 палат. Работают у нас также кабинет ЭКГ, ЭхоКГ, УЗИ, спирометрии, антицитокиновый кабинет, есть учебная аудитория на 25 человек. Ведущий наш профиль – ревматологический. Это дети с аутоиммунными и аутовоспалительными заболеваниями. Вот смотрю по историям болезней: ревматология, болезнь Рейтера, узелковый полиартериит, ювенильный полиартериит, системная красная волчанка, системный склероз, вызванный ЛС и химическими соединениями, ювенильный дерматомиозит, болезнь Бехчета, полимиозит, синдром Рейно и другие аутоиммунные заболевания. Это часто редкие и очень тяжелые болезни. Сейчас в отделении лежат двое детей с дерматомиозитом – одному 17 лет, а другой – 8. Болезнь встречается в 4 случаях на 100 000 населения. Возраст детей, получающих медицинскую помощь в отделении, от 1 месяца до 18 лет. До 13% детей – это дети до 1 года, примерно столько же детей от 1 года до 3 лет и 73% детей старше 3 лет. И в прошлом, и в этом году в отделении остается высокий процент детей до 3 лет, причем у нас сохраняется тенденция к увеличению числа детей до 3 месяцев. В целом за 2 последних года количество детей, которых мы пролечили, увеличилось вдвое: с 1697 до 3295. Ежедневно в отделении лечатся около 50 пациентов, но если посчитать тех, кто приходит на консультации, на амбулаторное лечение, то получится вдвое больше.

– Ваши коллеги?

– С 2015 года в отделении работают вместе со мной врачи-специалисты: ревматолог, кардиолог, пульмонолог и 11 медицинских сестер. Есть два доктора-ревматолога на амбулаторном приеме. И эти же доктора выписывают рецепты на льготные лекарства. По профилю «ревматология» все льготное обеспечение лекарствами в Москве полностью обеспечиваем мы. И рецепты, и регистр ведем, контролируем заявки, закупки, наличие препаратов в аптеке, у нас в отделении можно и ввести этот препарат, поскольку они частично подкожные, частично – внутривенные.

– Вы говорите, что болезни достаточно редкие и требуют внимания и особых знаний. Есть ли они сегодня у педиатров в поликлиниках Москвы?

– На сегодняшний день в Москве таких детей лечится около 280 человек. Но их должно быть больше, есть недовыявляемость, по сравнению с мировой статистикой. Всего с такими болезнями в регистре около 700 человек, а должно быть 1200. Врачам в поликлиниках нужно больше читать и быть внимательнее, они пропускают таких детей. Мы с окружными ревматологами раз в месяц собираемся на доклад и разбор клинического случая. Таких больных мало, это же редкие заболевания, и их интересно посмотреть всем, не только ревматологам. Дети с такими патологиями могут болеть годами, вот была у нас такая девочка на амбулаторном приеме, болела потихонечку 4 года! А это была волчанка. Потом у нее начали болеть суставы, выпадать волосы… Есть у кого поучиться. Наше отделение – база кафедры детских болезней Российского университета дружбы народов (зав. кафедрой д.м.н. профессор Д.Ю. Овсянников), и мы всегда готовы общаться с коллегами.

– А болезни изменяются? Каких стало больше? Каких меньше?

– Из заболеваний мы чаще стали встречать ревматизм, хотя было мнение, что его вообще не стало. Самый настоящий, с поражением суставов, сердца и ЦНС. В 2015 г., по сравнению с 2014 г., почти на четверть у нас увеличилось количество пролеченных больных кардиологического профиля. Ежедневно таких пациентов бывает в среднем 16 человек. В группе кардиологических больных преобладают дети с нарушением ритма сердца и врожденными пороками сердца. Это дети преимущественно грудного возраста, поступающие чаще по скорой помощи для коррекции недостаточности кровообращения и для подготовки к операциям.

Обращает на себя внимание увеличение количества детей с ювенильным ревматоидным артритом, вероятно, связанное с применением генно-инженерной биологической терапии. Также увеличился список нозологий по профилю ревматология, появились более тяжелые заболевания, требующие длительного нахождения в стационаре и дальнейшего наблюдения ревматолога. За 2015 год увеличение составило в 2 раза, ежедневное количество больных выросло на 80% и составило в среднем 18 человек. И в отделении их стало больше, и назначаем мы аутоиммунной терапии, соответственно, больше.

Впервые в МДГКБ на территории РФ было проведено лечение болезни Кавасаки генно-инженерным биологическим препаратом Этанерцепт.

В 2015 г. стало больше больных по профилю «Пульмонология» на 94,3%, что составляло 918 пациентов. При анализе группы бронхолегочных больных обращает внимание высокий уровень заболеваемости детей обструктивными бронхитами, бронхиальной астмой. Увеличилось количество больных с пневмонией. В отделении мы применяем современные методы обследования и лечения бронхиальной астмы и бронхообструкции: используем небулайзерную терапию беродуалом и пульмикортом с последующим переводом на базисную терапию. Значительно уменьшилось применение инфузионной и антибактериальной терапии при лечении обструктивного бронхита и бронхиальной астмы. Но в целом количество пневмоний, особенно у детей старше 3 лет, увеличилось. Стартовую терапию пневмонии начинаем с назначения внутривенно защищенных пенициллинов, проводим оценку эффективности лечения в течение 3 дней, и затем переходим на пероральный прием лекарств.

– А почему так много пневмоний у детей?

– Высокая заболеваемость бронхолегочной патологией у детей связана, скорее всего, с неблагоприятными экологическими факторами, характером питания, неблагополучной домашней обстановкой в семьях (родители курят, содержат домашних животных и птиц), в ряде случаев в семьях плохие жилищно-бытовые условия: холодные сырые квартиры, «грибок» на стенах.

Приходится признавать, что высок процент внутриклеточных и внутриутробных инфекций, в популяции наблюдаем рост генетической предрасположенности к заболеваниям аллергического характера. Не секрет, что население бесконтрольно использует медикаменты, мало́ взаимопонимание между педиатром в поликлинике по месту жительства и родителями пациента. Ну, и сохраняется высокая заболеваемость острыми аллергическими реакциями, в основном за счет пищевой аллергии и обструктивных бронхитов. Обязательно нужно повышать образовательный уровень родителей по вопросам детского питания и здорового образа жизни.

– С какими аллергическими заболеваниями чаще сталкиваетесь?

– В этой группе преобладают дети с отеками Квинке и крапивницей. Увеличилось количество детей, которым необходимо проведение инфузионной терапии и назначение ГКС коротким курсом. В подавляющем большинстве случаев причина развития таких заболеваний – пищевая аллергия, что, несомненно, требует проведения соответствующей санитарно-просветительной работы среди родителей. Нельзя отказываться от «школ матерей» на базе детских поликлиник, пренебрегать научно-популярной литературой, образовательными передачами по радио и телевидению.

Я бы еще отметила, что с 1983 г. в отделение поступают дети с укусами животных различной локализации для введения антирабических препаратов: антирабического иммуноглобулина, концентрированной культуральной антирабической вакцины (КоКАВ) для профилактики бешенства. Но в настоящее время антирабическая вакцинация детей осуществляется на койках скорой помощи в приемном отделении, именно с этим связано уменьшение детей в отделении. В большинстве случаев эти дети имеют неблагополучный преморбидный фон (различные аллергические заболевания в анамнезе, хроническую соматическую патологию, заболевания нервной системы), что требует особой осторожности при проведении антирабической вакцинации и наблюдения за ребенком в поствакцинальном периоде.

– Анастасия Александровна, схожи ли стандарты лечения в Морозовской больнице и, скажем, в стационарах западных стран? И только ли дети из Москвы к вам попадают в отделение?

– Мы лечим и теми же препаратами, и те же обследования больным детям назначаем, и статистика по стационару у нас такая же, как в западных странах. И осложнения у наших детей точно такие же. Сейчас в отделении лежит ребенок с системной формой ревматоидного артрита с тяжелым аутоиммунным осложнением – синдромом активации макрофагов. В мире 2% артритов осложняются этим тяжелым заболеванием. И у нас тоже получается 2%. Лечат болезнь циклоспорином, иммуносупрессантами, преднизолоном, и мы также лечим, и лаборатория у нас круглосуточная, такая же. Мониторируем результаты и меняем дозы лекарств на ходу, если нужно, вот я вчера дозу ребенку меняла в 21.00, по результатам анализа, и ему стало лучше. Детей из региона мы тоже лечим, никому не отказываем. Как правило, из регионов просто звонят. Я, к примеру, знаю ревматологию Тверской области, знаю, какие больные есть в Грозном и Владикавказе, в Сочи, в Ростове-на-Дону, в Подмосковье практически всех знаем. А что касается лекарственного обеспечения для них, есть нюансы, и иногда обращаемся в благотворительные фонды, этот путь работает. К примеру, есть фонд «Кораблик», я в соцсетях поддерживаю его начинания, они за идею настоящие борцы.

– А как Вы сами оказались в отделении?

– Оказалась случайно. Закончила я лечебный факультет Первого медицинского, я – «взрослый доктор» по образованию, и к Морозовской больнице отношения не имела. В ординатуре была от Департамента здравоохранения, и в 2008 г. должна была распределиться в Измайловскую больницу. А ездить мне надо было далеко, из Медведково. И вот на распределении предложили мне поближе ездить, в Морозовскую, и отправили в отделение для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Я там, в отделении, очень испугалась, я же вообще больных детей не видела. Но меня уговорили остаться на полгода, вот так и осталась. Потом после ординатуры в этом отделении врачом я проработала 3 года, затем в отделении у «грудничков». А когда заведующая отделением ушла в декрет, меня попросили на несколько месяцев ее заменить. И вот я здесь четвертый год, а доктор уже за вторым ребенком пошла в декрет. Отделения ревматологии здесь не было раньше, это уже организовывали мы с Гаянэ Гайрегиновной Тарасян, ревматологом нашим, она – хороший и опытный уже специалист. Нам дали эти койки, взяли мы на себя ведение регистра, амбулаторный прием. В общем, работа тут круглосуточная, когда кого-то нет, мы друг друга заменяем, всю документацию ведем. Еще есть наука, но времени на нее не хватает. В ближайшие дни едем в Крым, это уже вторая поездка по передаче опыта, были там с лекциями, а сейчас в Севастополь в больницу поедем. Потом поездка в Смоленск, затем сессия у студентов начинается в институте, где я – преподаватель, зачеты в отделении…

– Вижу много подростков в отделении, как с ними справляетесь?

– У нас общение с детьми простое, нас они воспринимают как друзей. Мы не занимаемся их воспитанием принципиально. Воспитывать должны родители и школа, но никак не больница. Пациенты должны знать правила поведения, вести себя «в рамках». Вот сегодня у подростка мы изъяли электронную сигарету. С одной стороны, он – ребенок, значит, родители знают, что она у него есть, подозревают или закрывают глаза. Но придут родители и будут рассказывать, что это сигарета не их, что мы тут подростка научили. Да откройте глаза! Всем когда-то было 15–16 лет! Честно говоря, обычно мы за такое выписываем, как за нарушение режима. А дальше лечите его амбулаторно. Но бывают исключения. Был случай, когда подросток играл в группе на гитаре. Ему с нашего разрешения принесли гитару, и он тренировался без звука. Ну, пусть… Мы на многое готовы закрыть глаза, но, чтобы хамства не было, как только начинают хамить, мы стараемся расстаться. Но у всех родителей есть наши мобильные телефоны, мы в коротком доступе находимся, только не в выходной день и не после 19 часов. Это табу. Все в отделении сделано для них, в приемное отделение наши пациенты не ходят, документацию оформляем тоже прямо в отделении. Так быстрее проходит госпитализация, нет контактов с другими детьми, меньше инфекции, сокращается маршрут. Попал в больницу – через час уже лечение проведено…

– Чем же отделение отличается от других?

– У нас особое отделение и особые больные дети. И все наши врачи и медсестры в отделении работают «за идею», это наши самые преданные люди. Если бы не работали за идею, то уже бы ушли, и не потому, что мало денег платят, а просто работать у нас тяжело физически и морально. Дети у нас в отделении хронически больные, они практически не выздоравливают. Иногда они болеют так, что у нас складывается ощущение, что они умирают… Это морально тяжело. 600 больных детей в городе, и всех мы их знаем. 180 человек приходят к нам каждый месяц по своему графику на лечение. Поставят диагноз маленькому ребенку, и до 18 лет он у нас наблюдается. А вы бы видели, в каком катастрофическом состоянии они к нам приходят! Какие у них кривые, выгнутые руки, какие наросты! – «шея лебедя!» Несколько лет лечения нужно, чтобы обострение снять… С ними нужно научиться жить и общаться. У нас каждый год кто-то из докторов не выдерживает и уходит, особенно из молодых. Врачи «выгорают», начинают пациентов воспринимать, как своих собственных детей. Есть мировая статистика по ощущению счастья у врачей. Так вот, ревматологи находятся в самом конце, после них только паллиативная медицина. Даже онкологи ощущают себя более счастливыми. И профилактики для наших пациентов нет, и предотвратить болезни невозможно. И причин мы не знаем. Я считаю, что медикам нужно иметь еще и другую жизнь, а иначе не получится лечить этих детей.

– Но, может быть, все-таки бывают чудеса? Что-то внушает вам оптимизм?

– В педиатрии чудеса бывают! Всегда родителям говорю: «Перерастет!» Если не верить в чудо, то его и не будет, и детей надо настраивать на это, и взрослых. Возможности компенсаторные детского организма колоссальные. И ребенок еще жизни не пробовал, им интересно жить, и они живут! В 2017 году весной мы поедем в Новый корпус. Это самая большая и радужная перспектива, и мы станем самостоятельным отделением, это будет отделение ревматологии. Отделение будет такое же, просто площади помещений сейчас не хватает. С ревматическими заболеваниями проходят через наше отделение до 1000 пациентов в год. А в целом проходят около 3 тыс. детей.

ТЕМА НОМЕРА

Трудный диагноз в педиатрии

Современная педиатрия: что зависит от врачей?

С 8 по 10 ноября под эгидой Правительства и Департамента здравоохранения Москвы в столице прошел II Московский городской съезд педиатров, объединивший детских специалистов темой «Трудный диагноз в педиатрии. Мультидисциплинарный подход».

Людмила Боева, фото Олега Кирюшкина

Приветствуя коллег на открытии пленарного заседания, д.м.н., профессор, заслуженный врач РФ, главный внештатный специалист-педиатр Департамента здравоохранения Москвы, главный врач ГБУЗ «Морозовская детская городская клиническая больница Департамента здравоохранения города Москвы» Игорь Ефимович Колтунов сообщил о том, что при подготовке съезда его организаторы ориентировались на обсуждение наиболее востребованных вопросов ежедневной клинической работы, более всего актуальных для врачей-педиатров и врачей общей практики.

Столица заботится о здоровье маленьких москвичей

О современном состоянии здоровья детей в Москве рассказал директор ФНКЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Д. Рогачева, профессор,

Игорь Ефимович Колтунов

академик РАН Александр Григорьевич Румянцев. Начав с общей статистики, он сообщил о том, что в 2015 г. в педиатрических стационарах было пролечено почти 312 тыс. детей, что на 31% больше, чем в 2010 г. (238 тыс. чел.). За последние 5 лет число родившихся детей возросло на 19 428, при этом показатель младенческой смертности снизился благодаря тому, что профилактика и лечение детских заболеваний стали многоуровневыми. «В неонатальных центрах столицы сегодня работают высококвалифицированные специалисты, которые буквально творят чудеса: выхаживают малышей с экстремально низким весом, проводят новорожденным сложные хирургические операции», – сказал докладчик. Эту работу готовы подхватить детские поликлиники, восстановительные детские санатории, многопрофильные детские стационары. К примеру, сегодня в ДГКБ имени З.А. Башляевой, одной из крупнейших в Москве, маленькие пациенты могут получить практически любую помощь – экстренную, специализированную, высокотехнологичную. В структуре этой больницы 37 подразделений, в том числе 3 отделения реанимации на 36 коек (для новорожденных, инфекционных больных и отделение общей реанимации), дневной стационар на 80 коек, самый крупный в Москве детский травматологический пункт, центр восстановительного лечения для детей с низкой и очень низкой массой тела, консультативно-диагностическое поликлиническое отделение.

Упоминая о трехуровневой системе оказания медицинской помощи детям, А.Г. Румянцев назвал ее очень эффективной: благодаря ей из больницы ребенка не выписывают «в никуда», выписку и рекомендации обязательно направляют в поликлинику, к которой он прикреплен, передают «с рук на руки». Врачи первичного звена знают, какие дети поступают к ним на участки, кто выписался, кто нуждается в дополнительном присмотре – вся эта цепочка досконально отработана. Также А.Г. Румянцев упомянул о том, что в начале нынешнего года на базе больницы им. Башляевой создана школа для родителей детей, страдающих хроническими прогрессирующими заболеваниями с серьезным прогнозом. На базе детской инфекционной клинической больницы №6 открывается

Центр внутриутробных и постнатальных инфекций у новорожденных детей (ЦВиПИН). Здесь будут оказывать медицинскую помощь, в том числе высокотехнологичную, малышам с инфекционными заболеваниями. Ранее Центр

Александр Григорьевич Румянцев

врожденных инфекций работал только в Санкт-Петербурге на базе федерального учреждения – НИИ детских инфекций ФМБА России. Новый московский центр принимает на лечение новорожденных и недоношенных детей (в том числе, с экстремально низкой массой) с гнойно-воспалительными заболеваниями, врожденными пневмониями, генерализованными вирусными инфекциями, сепсисом, гнойными менингитами (воспаление оболочек головного мозга), миокардитами (воспалительные поражения сердечной мышцы), дерматовенерологическими заболеваниями. В настоящее время специализированную медицинскую помощь в Центре получают 126 новорожденных детей, 12% из этого числа являются недоношенными с очень низкой и экстремально низкой массой тела (менее 1 кг). В отделении реанимации находятся 12 новорожденных детей в очень тяжелом состоянии, нуждающихся в проведении искусственной вентиляции легких. Более чем в 60% случаев это дети с врожденной инфекцией на фоне врожденных пороков развития сердца, легких и центральной нервной системы, а также редких орфанных заболеваний и генетических синдромов. Оказание высокотехнологичной помощи таким детям стало возможным в результате полного переоснащения клиники в рамках программы модернизации здравоохранения Москвы.

В детской инфекционной больнице открыты новые неонатальные отделе-

ния, установлено современное оборудование, проведен капитальный ремонт неонатального корпуса. Лечебно-диагностические возможности медицинской организации, наличие специалистов различного профиля, докторов и кандидатов медицинских наук обеспечат лечение и дальнейшее динамическое наблюдение детей даже с крайне тяжелым течением заболеваний, которые часто сочетаются с врожденными пороками сердца, перинатальной патологией центральной нервной системы, бронхолегочной патологией, генетическими и орфанными заболеваниями. В Центре внутриутробных и постнатальных инфекций работает круглосуточный и дневной стационар.

«В результате всех этих и многих других мероприятий, начиная с 2011 г., младенческая смертность, благодаря усилиям многих специалистов, снизилась практически на 30%, – подчеркнул докладчик. – Мы переоснастили акушерскую помощь. Это уже совершенно другие роддома с великолепными реанимационными отделениями, что позволило нам выхаживать по новым нормам живорожденности. По некоторым демографическим показателям Москва существенно ушла вперед от средних российских показателей, вплотную приблизившись или соответствуя уровню западноевропейских стран».

Упоминая о проблемах современного столичного здравоохранения, А.Г. Румянцев назвал среди них качество медицинского обслуживания и профессиональную подготовку педиатров.

Женщины в истории московской педиатрии

О роли женщин-педиатров в истории Московского общества детских врачей рассказала директор клиники детских болезней и заведующая кафедрой детских болезней Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, профессор Наталья Анатольевна Геппе. Начав с самых ран-

Наталья Анатольевна Геппе

них исторических фактов, она напомнила коллегам, как по инициативе видного государственного деятеля и просветителя И.И. Бецкого в 1763 г. в Москве и в 1770 г. в Санкт-Петербурге были учреждены воспитательные дома, принимавшие сирот, подкидышей и беспризорников. В этих учреждениях занимались не только воспитанием детей, в них работали врачи, проводившие искусственное вскармливание, оспопрививание и лечение болезней. В 1799 г. в Московском воспитательном доме была организована больница для пациентов с инфекционными заболеваниями, которая принимала как служащих, так и питомцев. Первая детская больница в Москве была открыта в декабре 1842 г. на Малой Бронной улице (ныне – Детская городская клиническая больница №13 им. Н.Ф. Филатова). А 19 мая 1891 г. Н.Ф. Филатов открыл Хлудовскую детскую больницу на Большой Царицынской улице (ныне – Университетская детская клиническая больница на Большой Пироговской улице) и в 1892 г. организовал Московское общество детских врачей – одно из первых профессиональных сообществ педиатров в России. В 1906 г. были открыты Московские высшие женские курсы, имевшие медицинское отделение. С создания данных курсов берет начало история второго высшего медицинского учебного заведения Москвы – Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова. Клинику детских болезней Московских женских курсов возглавлял профессор А.А. Кисель. В ее стенах в 1930 г. был создан первый факультет охраны материнства, младенчества и детства – первый педиатрический факультет в нашей стране и мире, ставший основной «кузницей кадров» для детских медицинских учреждений Москвы.

В Софийской больнице в 1913–1916 гг. начинала свой врачебный трудовой путь выдающийся педиатр – Юлия Фоминична Домбровская, академик АМН СССР, лауреат Ленинской премии, профессор, заведующая кафедрой детских болезней I Московского медицинского института, возглавлявшая Московское общество детских врачей в 1950–1975 гг. По мере развития педиатрии, выделения отдельных направлений педиатрической практики и организации специализированной помощи детям появилась необходимость в проведении не только пленарных, но и секционных заседаний Общества детских врачей. Инициатором создания секций по рахиту, питанию, гигиене, гастроэнтерологии, пульмонологии, гематологии, кардиологии и ревматологии, неонатологии явилась именно Ю.Ф. Домбровская. Юлия Фоминична организовала отделение для грудных детей и молочную кухню при детской клинике МГУ, разрабатывавшей проблемы детской пульмонологии и витаминной недостаточности.

В истории о женщинах-педиатрах докладчик упомянула также Александру Ивановну Доброхотову (соратницу Г.Н. Сперанского, много сделавшую для организации рациональной диагностики, лечения и профилактики острых детских инфекций, в частности – кори, коклюша и скарлатины) и Людмилу Александровну Исаеву, профессора, заведующую кафедрой детских болезней Первого московского медицинского института, академика АМН СССР, заслуженного деятеля науки РСФСР, лауреата Государственной премии СССР, активно работавшую в области изучения и лечения диффузных

Людмила Николаевна Мазанкова

болезней соединительной ткани. Лектор отметила, что на протяжении истории Московского общества детских врачей председателями и сопредседателями его правления неоднократно были женщины – Юлия Фоминична Домбровская, Людмила Александровна Исаева и Галина Афанасьевна Лыскина – профессор кафедры детских болезней Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. По традиции, отдавая дань исторической значимости роли личности в истории отечественной педиатрии, Московским обществом детских врачей ежегодно проводится конференция, посвященная памяти Н.Ф. Филатова, В.И. Молчанова, Ю.Ф. Домбровской, Л.А. Исаевой.

Столице не хватает инфекционистов

Главный внештатный специалист по инфекционным болезням у детей, заведующая кафедрой детских инфекционных болезней ГОУ ДПО РМПАПО, заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор Людмила Николаевна Мазанкова рассказала об инфекционных болезнях в современной практике педиатра. Она проинформировала коллег о структуре детской инфекционной службы Москвы, в которую сегодня входят 8 клиник столицы с общим коечным фондом на 1411 мест. Самыми крупными из них являются ГБУЗ ДГКБ № 9 им. Н.Г. Сперанского на 380 мест, куда принимают детей с острыми кишечными инфекциями, ОРВИ, нейроинфекциями, а также ГБУЗ ДИКБ № 6 ДЗМ на 295 мест, где лечатся дети с ВИЧ и ОРВИ, и ГБУЗ ДГКБ им. З.А. Башляевой на 260 мест для детей с острыми кишечными инфекциями и ОРВИ. При этом лектор с сожалением отметила отсутствие в столичных детских поликлиниках кабинетов инфекционных заболеваний (КИЗ). Также одной из проблем Л.А. Мазанкова назвала чрезвычайно низкое количество врачей-инфекционистов в звене московских педиатров: их всего трое среди 3447 педиатров амбулаторного звена и 48 – в стационарах: 10 из них работают в ГБУЗ ДГКБ №9 им. Н.Г. Сперанского, 10 – в ГБУЗ ИКБ №1, 19 – в ДИКБ №6 и еще 9 специалистов – в других больницах столицы. «Увеличение числа инфекционистов особенно важно сегодня, если учесть, что в структуре заболеваемости детей до 17 лет роль неуправляемых инфекций наиболее велика», – отметила докладчик. Такая необходимость становится еще более очевидной, если принять во внимание общую статистику детской заболеваемости в Москве: за 9 месяцев 2016 г. уже зафиксировано 1 161 944 случаев заболеваемости ОРВИ и гриппом, при этом гриппозная статистика превышает цифру предыдущего года более чем в 2 раза. По словам Л.А. Мазанковой, охват вакцинопрофилактикой московских детей в нынешнем году составил 35,7%. Говоря о динамике инфекционной заболеваемости в сравнении с 2015 г., докладчик отметила возросшее количество случаев коклюша, ветряной оспы, ИКБ, вирусного гепатита, энтеровирусной инфекции и норовирусной инфекции. При этом значительно снизилось количество заболевших корью (в 2015 г. корь перенесли 104 ребенка, в 2016 г. – 2), менингококковой инфекцией, сальмонеллезом, ОКИ установленной этиологии, псевдотуберкулезом, скарлатиной, инфекционным мононуклеозом и ротавирусной инфекцией.

> За 9 месяцев 2016 г. уже зафиксировано 1 161 944 случаев заболеваемости ОРВИ и гриппом, при этом гриппозная статистика превышает цифру предыдущего года более чем в 2 раза

* * *

Завершая работу пленарного заседания, И.Е. Колтунов отметил работу московских врачей-педиатров и поблагодарил детских докторов за их ежедневный нелегкий труд. В нынешнем году голосованием в проекте «Активный гражданин» москвичи выбрали лучших участковых терапевтов взрослых поликлиник, а также лучших педиатров и медсестер детских поликлиник. Впервые доктора и медсестры получили оценки не от коллег, начальства или чиновников, а от самих горожан. Всего активные граждане оценили работу 2325 врачей-педиатров и 1770 медицинских сестер. Наибольшее количество оценок получили педиатры и медсестры из детской поликлиники №110 СВАО.

«ГАВРОШ» пришел в детскую больницу: израильские дрим-доктора лечили пациентов клоунадой

27 сентября в Морозовскую детскую городскую больницу приехала радость! Привезли ее Айелет Шадмон, Талия Сафра и Йолана Циммерман. Они – актрисы The Dream Theater из Израиля, которые 14 лет работают в больницах своей страны медицинскими клоунами, помогая детям легче переносить тяготы пребывания в стационаре, притупляя страхи ребят и уменьшая болевые ощущения при прохождении процедур

Как они это делают? Надевают нелепую одежду, клоунские носы и общаются с детьми и их родителями, завоевывая доверие с первых же минут знакомства. Актрисы уже давно выработали свой метод общения с пациентами. Им поделились с медицинским персоналом на мастер-классе «Дрим-доктор». Именно так называется их программа, и клоуны, работающие в ней, являются штатными сотрудниками больниц; влияние этих забавных персонажей имеет доказанный позитивный терапевтический эффект.

Сперва Талия Сафра изложила методы работы докторам, медсестрам и волонтерам, показала видеоролик, где акцентированы этапы работы с пациентом. А затем актрисы пригласили участников мастер-класса встать в круг и немного поиграть. Предложенные упражнения были направлены на раскрепощение, на достижение эффективного взаимодействия в группе малознакомых людей, на укрепление командной работы и на развитие воображения. Под конец «серьезной» части мастер-класса даже немного поиграли: обычный фонендоскоп, переходя из рук в руки, превращался в плеер, мобильный телефон, душ, собаку и других животных, а латексная перчатка преобразилась и ожила благодаря нарисованным глазкам и ротику.

Обучением в стенах конференц-зала больницы обмен опытом не закончился: под сопровождение звуков губной гармошки и с запасом отличного настроения шествие во главе с клоунессами двинулось в стоматологическое отделение Морозовской больницы.

Несколько секунд после появления актрис в коридоре – и вокруг уже толпа играющих с ними детей. Одни благодаря синим пакетам становятся суперменами, другие лопают мыльные пузыри, третьим позволено большим шприцом сделать клоуну укол, четвертые за несколько секунд получают высокую прическу с воздушным шариком в основе и все вместе поют известную любому песню про елочку. Пусть гостьи из Израиля почти не знают русских слов, преград для общения нет: язык добра, улыбок и эмоций – то, чем они владеют в совершенстве. Пациенты больницы в мгновение ока стали доверять своим новым друзьям и еще долго их не отпускали.

В 16 часов в конференц-зале Морозовской больницы клоунессы The Dream Theater показали спектакль, который заслужил любовь зрителей «Гавроша» уже в минувшие выходные на сцене «Современника» – «История одной газеты». Маленькие зрители из всех отделений клиники смотрели, не отрываясь. И мы более чем уверены, что эта постановка улучшила их самочувствие и скрасила пребывание в больнице. Кстати, накануне спектакль уже съездил в гости к пациентам Университетской детской клинической больницы Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, и тоже успешно.

Источник: Морозовская ДГКБ

НОВОСТИ

Благодаря активным москвичам в детских поликлиниках появились игровые пространства

Весной большинство «активных граждан» поддержали идею оборудовать медучреждения местами для игр. Сейчас они организованы во всех детских поликлиниках Москвы.

Участники проекта «Активный гражданин» поддержали идею выделить в детских медицинских учреждениях места для игр, которая была выдвинута в рамках краудсорсинг-проекта «Детские поликлиники». Одобрили эту инициативу 64,88% участников голосования. Игровые пространства уже появились во всех детских городских поликлиниках.

Они расположены в холлах первых этажей или на других этажах там, где это возможно. Для маленьких посетителей создали максимально комфортную атмосферу: есть телевизор, детские столики и стулья, самые разные игрушки. Дети и их родители могут отвлечься и интересно провести время в ожидании приема.

На голосование в проекте «Активный гражданин» были вынесены наиболее интересные и полезные предложения, которые ранее высказали участники краудсорсинг-проекта «Детские поликлиники».

Голосование в проекте «Активный гражданин» прошло в три этапа, в каждом из которых приняли участие более 197 тыс. человек. В блоке «Комфортность пребывания» свое мнение высказали 200 589 горожан.

Теперь москвичи оценят, насколько комфортнее стали детские поликлиники с появлением в них специальных мест для игр. Они проголосуют в разделе проекта «Городские новинки». Поделиться своим мнением можно на сайте или в мобильном приложении проекта.

Источник: Департамент здравоохранения города Москвы

Жизнь с близорукостью

Ряд европейских ученых сегодня рассматривают неосложненную близорукость до минус 1,5–2 диоптрий уже не как патологическое состояние, а как особенность воздействия цивилизации. О том, как помочь ребенку жить с такой особенностью и о методах профилактики близорукости, «Детскому доктору» рассказывает главный детский офтальмолог Департамента здравоохранения Москвы, заведующий отделением офтальмологии и микрохирургии глаза Морозовской ДГКБ ДЗМ, кандидат медицинских наук Леонид Борисович КОНОНОВ.

Беседовала Людмила Боева, фото Олега Кирюшкина

— Леонид Борисович, сегодня очень выросло количество гаджетов, которыми ежедневно пользуются дети, не говоря уже об электронных учебниках и компьютерах. В связи с этим, насколько серьезно увеличилось количество близоруких детей?

— Близорукость – наиболее частый дефект зрения, с которым сталкиваются современные офтальмологи: им страдает каждый третий-четвертый взрослый житель России. В развитых странах мира частота близорукости составляет от 19 до 42%. Сейчас в Москве на диспансерном учете в медицинских учреждениях до 18-летнего возраста состоят 25 557 человек, причем с предыдущего года их количество увеличилось на 3000 человек. По данным Всероссийской диспансеризации, заболеваемость подростков миопией выросла в 1,5 раза, и эта цифра совпадает с показателями развитых стран.

— Насколько важно «поймать» такие нарушения на ранних стадиях и вовремя отвести ребенка не в салон оптики, а именно к офтальмологу? Чем может специалист помочь на ранней стадии близорукости?

— Несколько лет назад Экспертный совет по аккомодации и рефракции (ЭСАР) ввел термин ПИНА – первичное избыточное напряжение аккомодации. Это синдром, из-за которого у детей появляется «ложная близорукость»: они могут отлично видеть вдаль, если мы подставляем им минусовые стекла, хотя на самом деле у них нет минусовой рефракции. Оставшись в подобном состоянии, ребенок обречен на развитие и прогрессирование близорукости. Такие пациенты должны быть своевременно выявлены, и с этой целью офтальмологи используют препараты для уточнения диагноза, циклоплегики и в схемах лечения применяют не только подбор оптической коррекции, но и медикаментозные методы – глазные капли двух групп – холиноблокаторы и симпатомиметики.

— Какие диагностические обследования проводит именно офтальмолог, в отличие от оптометриста?

— Оптометрист может подобрать пациенту такие стекла, с которыми он будет видеть на 100% вдаль, и не более. Офтальмолог же способен назначить лечебно-профилактическую терапию, выявить характерные для близорукости дистрофические изменения сетчатки глаза – все это он делает при осмотре под медикаментозным мидриазом. Для оценки критериев прогрессирования необходимо УЗИ, которое определит размеры переднезадней оси глаза. В зависимости от динамики ее роста, врач предпринимает либо лечебно-профилактические мероприятия, назначая капли и витаминные препараты, либо принимает более серьезные решения, вплоть до склероукрепляющей операции. Последний вариант возможен в случае, если близорукость прогрессирует больше, чем на 1 диоптрию в год, особенно в школьном периоде.

— Существуют ли диагностические стандарты обследований, и как часто дети должны посещать офтальмолога?

— Стандартом обследования является визометрия – определение остроты зрения с коррекцией и без. Это необходимо делать каждые полгода. При этом офтальмолог стремится к получению 100% зрения вдаль с помощью очков или контактных линз. Обращаю внимание родителей, что именно при 100% коррекции ребенок будет избавлен от первичного избыточного напряжения аккомодации, и мы устраним один из факторов, способствующих прогрессированию близорукости. Также обязательно должны быть проверены объемы абсолютной и относительной аккомодации – насколько хорошо ребенок видит вдаль, а также работает вблизи. Плюс УЗИ и визуальное обследование сетчатки для выявления осложнений в виде дистрофии, которая способна привести к отслойке сетчатки.

— Как остановить прогрессию уже имеющегося заболевания?

— В основном, это делает профилактика: режим зрительной нагрузки, правильная коррекция зрения, применение мидриатиков. При этом склероукрепляющие операции не являются гарантией стабилизации заболевания.

— Какие рекомендации должен дать педиатр родителям?

— Главное – соблюдать режим зрительной нагрузки для детей с близорукостью: работать при достаточной освещенности, не сидеть в классе дальше 4-й парты, предпочтителен средний ряд. Каждые полчаса зрительной нагрузки должны сопровождаться 2–3 минутами покоя с закрытыми глазами. И, конечно, ребенку необходимы правильное питание и полноценный сон. В хорошую безоблачную погоду детям необходимо больше времени проводить на солнце.

— Какие препараты зарекомендовали себя как надежные и безопасные для улучшения зрения вдаль? Как и когда их надо использовать?

— По сути, таких препаратов не существует. Однако есть препараты, которые нивелируют один из пусковых факторов прогрессирования близорукости и борются с первичным избыточным напряжением аккомодации, снимают нагрузку с цилиарной мышцы. Самый известный из них — препарат ирифрин. Но без рекомендации офтальмолога этот препарат не должен использоваться.

— Не так давно выработан комплекс для снижения прогрессирования миопии, который зафиксирован в Федеральных клинических рекомендациях по лечению детской близорукости. Расскажите, пожалуйста, об этом подробнее.

— По сути, этот комплекс заключается в регулярном (раз в полгода) осмотре у офтальмолога, выполнении режима труда и отдыха органов зрения и применении специальных глазных капель. Закапывание препаратов назначается перед сном ребенка. К утру действие препарата заканчивается, при этом за ночь глаза успевают восстановиться и отдохнуть. Такие курсы назначаются врачом 2–4 раза в год. Также в алгоритм лечения прогрессирующей миопии входит комплекс функционального лечения и домашние тренировки.

«Ишемическая маска» острого миокардита у ребенка 9 лет

И.Е. Колтунов[1, 2], М.Г. Кантемирова[1, 2], Ю.Ю. Новикова[2], О.А. Коровина[1, 2], В.С. Цукерман[1], А.А. Шокин[1], Д.Ю. Овсянников[1, 2]

[1] Морозовская детская городская клиническая больница Департамента здравоохранения г. Москвы
[2] Российский университет дружбы народов

Наибольшее значение в этиологии миокардитов у детей отводят вирусам Коксаки группы В (50%) и аденовирусам [1, 4–8]. В последние годы одну из ключевых ролей в развитии миокардита играют парвовирус В19, вирус герпеса человека 6 типа и Эпштейна-Барр-вирус (ЭБВ) [4–6]. Парвовирус В19 и вирус герпеса человека 6 типа (86,4% и 46,7%) являются также причиной развития коронаритов. Коронариты приводят к возникновению вазоспазма в 71% случаев миокардита, что клинически проявляется атипичными болями в грудной клетке, напоминающими ишемические [9].

Энтеровирусы и аденовирусы повреждают клетки-мишени – кардиомиоциты, приводя их к вирус-индуцированному цитолизу. Под воздействием парвовируса В19 и ЭБВ, в отличие от энтеро- и аденовирусов, воспалительные изменения в миокарде происходят в интракардиальных клетках эндотелия мелких артериол и венул, что влечет за собой нарушение микроциркуляции в миокарде и приводит к вторичному некрозу миоцитов [4].

Клиническая картина миокардита у детей зависит от возраста и варьирует от асимптоматичных субклинических форм, возникающих преимущественно на фоне очагового процесса, до выраженных проявлений тяжелой сердечной недостаточности, развивающейся при диффузном поражении миокарда [1, 7, 10].

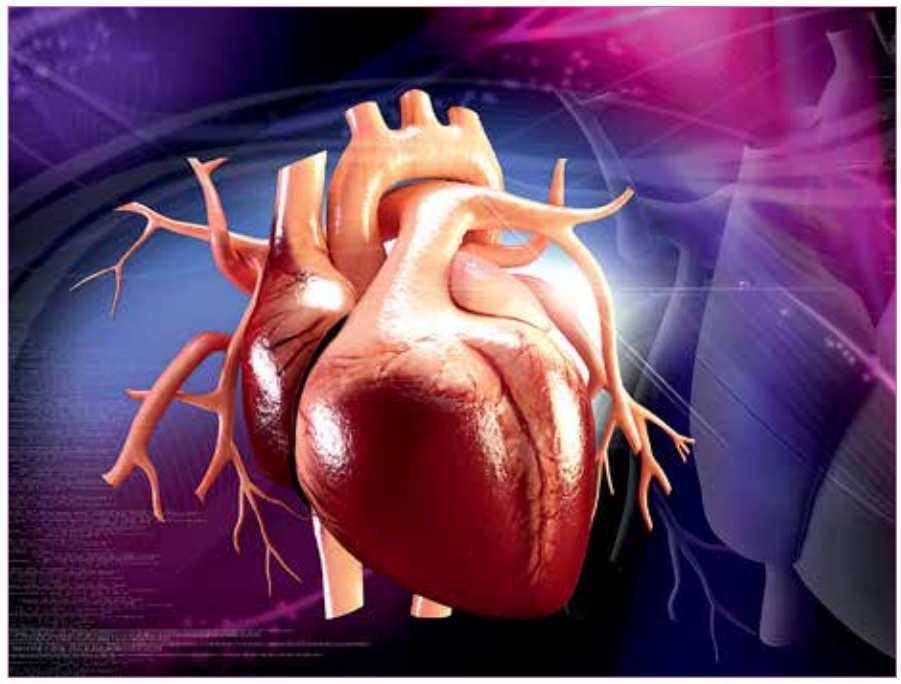
Миокардит у детей часто скрывается под маской более распространенных педиатрических заболеваний, таких как заболевания респираторной системы или желудочно-кишечного тракта [7].

К миокардитам с атипичным течением относится псевдокоронарный вариант, имитирующий картину острого инфаркта миокарда (ОИМ), сопровождающийся характерными клиническими, инструментальными и лабораторными признаками острого коронарного синдрома [11–13].

К скрининговым методам диагностики миокардита относятся ЭКГ, Эхо-КГ и рентгенография органов грудной клетки. При лабораторном исследовании признаками миокардиального повреждения при миокардитах являются повышение уровня тропонина I и T, креатинфосфокиназы (КФК) и ее кардиоспецифической фракции (МВ-КФК) [14].

В настоящее время «золотым стандартом» диагностики миокардитов служит эндомиокардиальная биопсия, однако в педиатрической практике более распространены менее инвазивные диагностические методы [13, 15–19]. Магнитно-резонансная томография, особенно при контрастном усилении гадолинием, – наиболее надежный неинвазивный метод визуализации, который предоставляет точную информацию об анатомических и морфологических особенностях сердца и позволяет дифференцировать ишемические и неишемические изменения миокарда [20]. При миокардите отсроченный гиперинтенсивный сигнал распределяется в субэпикардиальной области или толще миокарда (79%), но может также распределяться и трансмурально (17%). При ОИМ усиление сигнала отмечается трансмурально (51%) либо субэндокардиально (39%) [21, 22]. Субэпикардиальный и средний миокардиальный паттерны позднего контрастного усиления гадолинием при МРТ определены как неишемическая модель и являются характерными для миокардита [23].

Приводим клиническое наблюдение девочки В., 9 лет, поступившей в МДГКБ 25.12.11 с направляющим диагнозом: Острый аппендицит? Острый пиелонефрит? Кардиомиопатия?



СПРАВКА

Миокардит – острое или хроническое заболевание миокарда воспалительного генеза, обусловленное повреждающим воздействием инфекции, паразитарной или протозойной инвазии, химических и физических факторов. Характеризуется развитием клеточной воспалительной инфильтрации миокарда с некрозом и/или дегенерацией миоцитов и последующим формированием фиброза [1–3].

Из анамнеза заболевания

В ночь с 24.12.11 на 25.12.11 возник острый эпизод интенсивных опоясывающих болей в нижней части грудной клетки, эпигастрии на фоне подъема температуры тела до 38 °С. За две недели до госпитализации у ребенка отмечался эпизод кратковременной необильной пятнисто-папулезной сыпи при удовлетворительном самочувствии. Подобные проявления экзантемы на фоне субфебрилитета ранее отмечались у сестры девочки.

Из анамнеза жизни

Раннее развитие без особенностей. Из перенесенных заболеваний – ОРВИ, в 2006 г. – нейрогенная дисфункция мочевого пузыря, хронический вторичный пиелонефрит.

Семейный анамнез

Бабушка по линии матери страдает гипертонической болезнью.

При поступлении

Состояние ребенка тяжелое. Подъем температуры тела до фебрильных значений. ЧД 30/мин, ЧСС 108/мин, АД на руках 90/60 мм рт.ст., на ногах 115/55 мм рт. ст. Кожные покровы бледно-розовые, чистые, умеренный цианоз носогубного треугольника. Носовое дыхание свободное, «навязчивое» подкашливание в положении лежа, ощущение «неполного вдоха». В легких дыхание везикулярное, в нижних отделах ослаблено, преимущественно справа. Одышка смешанного характера. На шее отмечается пульсация сонных артерий, визуально больше справа. Перкуторно границы сердца расширены влево (на 0,5–1,0 см от левой среднеключичной линии). Тоны сердца приглушены, ритмичные, короткий функциональный систолический шум вдоль левого края грудины. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Дизурических явлений нет. Стула не было.

В общем анализе крови

При поступлении: лейкоциты 7,6x10^9, нейтрофилез (82,2%).

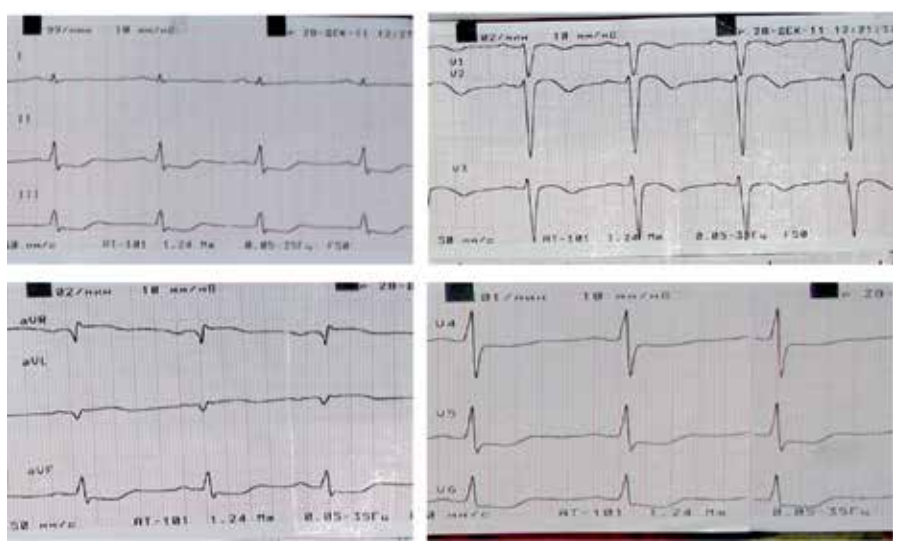


Рис. 1. ЭКГ от 28.12.11

При исследовании в динамике: в общем анализе крови ко вторым суткам от момента госпитализации отмечался лейкоцитоз до $18x10^9$ с выраженным нейтрофильным сдвигом (п/я 29%, с/я 44%).

В общем анализе мочи: умеренная лейкоцитурия (до 15–20 лейкоцитов в п/зр), в динамике: с быстрой санацией.
Анализ мочи на бактериурию: отрицательный.
Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоциты 1250.
Острая хирургическая патология исключена.

В биохимическом анализе крови
Обращало внимание значительное повышение маркеров миокардиального повреждения (КФК, МВ-КФК, тропонин Т, ЛДГ), также повышен уровень трансаминаз и СРБ. Прокальцитониновый тест отрицательный. В коагулограмме выявлены минимальные признаки гиперкоагуляции с нормализацией в последующем.

На рентгенограмме органов грудной клетки от 28.12.11
Усиление сосудистого рисунка больше справа, снижение пневматизации легочной ткани с двух сторон, в нижних отделах,больше справа, за счет интерстициального компонента. Правый контур сердечной тени и правый купол диафрагмы отчетливо не определяются. Инфильтративных и очаговых изменений не выявлено. Тень сосудистого пучка не расширена, сердце широко прилежит к диафрагме, кардиоторакальный индекс 0,52 (норма – до 0,45).

При повторном проведении рентгенографии органов грудной клетки от 30.12.11
Отмечается усиление бронхососудистого рисунка больше справа, нормализация пневматизации легочной ткани.

На ЭКГ
ЧСС 107–100 в 1 мин. Синусовая тахикардия. Вертикальное положение электрической оси сердца. Элевация сегмента ST в aVL, V1–V3 отведениях, депрессия сегмента ST II, III, aVF, V5–V6. Вольтаж QRS в стандартных и усиленных отведениях снижен. Нельзя исключить интрамуральный передне-перегородочный инфаркт миокарда (рис. 1).

На Эхо-КГ от 28.12.11
Умеренная дилатация левых отделов сердца. Конечно-диастолический размер (КДР) левого желудочка (ЛЖ) 45 мм. Конечно-систолический размер (КСР) ЛЖ 31 мм. Снижение сократительной способности миокарда, фракция выброса (ФВ) 55% (норма больше 60%). Гипокинез задней стенки с переходом на верхушку и перегородочные зоны. Пролапс митрального клапана I степени с минимальной регургитацией, расширение левой коронарной артерии (ЛКА) до 5–6 мм (норма 3–4 мм).

При серологическом обследовании
Выявлена персистирующая смешанная инфекция: Эпштейна-Барр-вирусная (положительные IgG к нуклеарному антигену 218 ед/мл (N 0–5 ед/мл), ДНК ЭБВ в слюне методом ПЦР) и цитомегаловирусная (положительные IgG 12,8 МЕд/мл (N 0–0,4 Мед/мл)). Исключена парвовирусная В19 инфекция (антитела IgM, IgG к парвовирусу В19 – отрицательные).

На основании клинико-анамнестических данных и результатов обследования поставлен диагноз
Миокардит, острое течение. Коронарит. Острый коронарный синдром. Недостаточность кровообращения (НК) 2А. Персистирующая смешанная герпес-вирусная инфекция: Эпштейна-Барр-вирусная и цитомегаловирусная инфекция.

Ребенку была назначена терапия
Пентаглобин 100 мл в/в однократно, антибактериальная (тизим, амикацин, рулид), противовирусная (ацикловир), диуретики (верошпирон), капотен с заменой на энап, конкор, метаболическая терапия (элькар, милдронат, рибоксин), антиагреганты (аспирин, тромбо-АСС), симптоматическая терапия. Основанием для назначения ацикловира явилось обнаружение маркеров Эпштейна-Барр-вирусной инфекции. Имеются сведения об эффективности ацикловира у пациентов с миокардитами, вызванными данным вирусом [24].
На фоне проводимого лечения болевой синдром купировался в течение первых часов пребывания в стационаре. Одышка не беспокоила с 3-го дня госпитализации, сохранялась лихорадка в течение 5 дней. К 7-му дню болезни сегмент ST практически вернулся к изолинии во всех отведениях с параллельным формированием отрицательных зубцов Т в отведениях V2–V4, сохранялся низкий вольтаж комплекса QRS. К концу второй недели заболевания – положительная динамика (Т V2–V3 «+») (рис. 2).

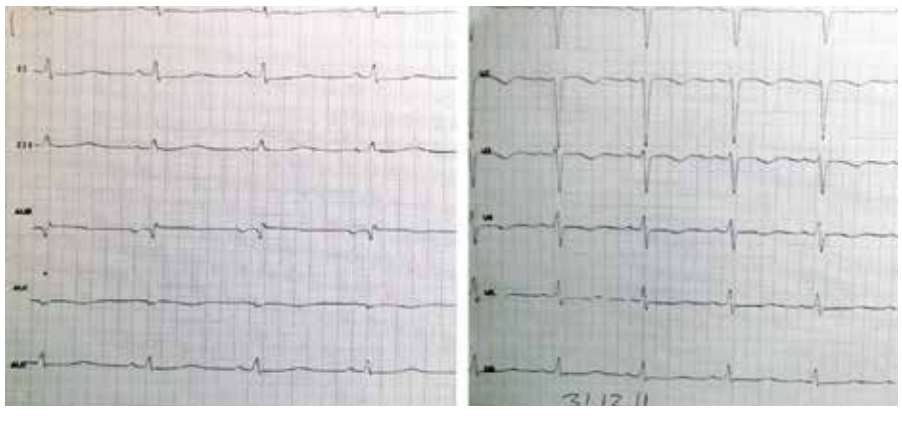


Рис. 2. ЭКГ от 31.12.11

> Миокардит у детей часто скрывается под маской более распространенных педиатрических заболеваний, таких как заболевания респираторной системы или желудочно-кишечного тракта

На Эхо-КГ при повторных исследованиях сохранялось снижение сократительной способности ЛЖ ФВ до 46–56% (при норме более 60%), умеренная дилатация полости ЛЖ (КДР в пределах 45–48 мм при норме 35–45 мм), гипокинез межжелудочковой перегородки, расширение ЛКА до 4–5 мм (при норме 3–4 мм).

Выписана из МДГКБ в стабильном состоянии с рекомендациями
Тромбо-АСС по 50 мг х 1 р/д, энап по 5 мг х 2 р/д, конкор по 1,25 мг х 1р/д, верошпирон по 25 мг х 2 р/д, предуктал по 20 мг х 2 р/д 1 месяц и проведение дообследования с целью уточнения характера коронарного кровотока, исключения аномалий развития коронарных артерий.

Дополнительное обследование
В апреле 2012 г. в кардиологическом отделении НЦЗД РАМН (заведующая отделением – д.м.н, профессор Е.Н. Басаргина) проведено дополнительное обследование. Выполнены сцинтиграфия, селективная (левая и правая коронарные артерии) коронарография: данных за аномалии развития коронарных артерий и наличие гемодинамически значимых сужений не получено.

По данным магнитно-резонансной томографии (МРТ)
При отсроченном контрастировании определяется выраженный гиперинтенсивный сигнал от средней части (с минимальным вовлечением эпикардиального и эндокардиального слоя в среднем сегменте) ЛЖ. МР-признаки фиброза передне-перегородочных отделов базального и среднего сегментов миокарда ЛЖ (вероятнее, последствия острого миокардита). Проведенное исследование подтвердило ранее диагностированный миокардит и позволило исключить органическое поражение коронарных сосудов.
Данное наблюдение демонстрирует редкий в детском возрасте дебют миокардита, имитирующий картину острого инфаркта миокарда, и трудности в проведении дифференциальной диагностики и установлении причин острого коронарного синдрома.

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ УРОВНИ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ДЛЯ ДЕТЕЙ И МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ 5–17 ЛЕТ

(ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ СЛУЧАЕВ ОСОБЫХ МЕДИЦИНСКИХ СОСТОЯНИЙ)

ФОРМЫ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ДЛЯ ДЕТЕЙ

- Игры
- Состязания
- Занятия спортом
- Поездки
- Оздоровительные мероприятия
- Физкультура или плановые упражнения в рамках семьи, школы и своего района

ПРЕИМУЩЕСТВА ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ДЛЯ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ

- Укрепление сердечно-сосудистой системы, скелетно-мышечных тканей
- Снижение риска неинфекционных заболеваний
- Развитие нервно-мышечной регуляции (координация и контроль движений)
- Поддержание здорового веса тела
- Социальное развитие молодых людей (самовыражение, формирование уверенности в себе, социальное взаимодействие и интеграция)
- Принятие здоровых форм поведения (например, не употребляют табак, алкоголь и наркотики)
- Более высокие результаты в школе

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ПРАКТИКА ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ*

ЧАСТОТА: ЕЖЕДНЕВНО
ИНТЕНСИВНОСТЬ: ОТ УМЕРЕННОЙ ДО ВЫСОКОЙ

60 НЕ МЕНЕЕ МИНУТ В ДЕНЬ

- Единовременно 60 минут в день
- Блоками на протяжении всего дня (например, 2 раза в день по 30 минут)
- Более 60 минут в день – дополнительная польза для здоровья

ДЕТИ И МОЛОДЫЕ ЛЮДИ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ

- Следует проконсультироваться с врачом для того, чтобы понять, какие типы и объемы физической активности подходят с учетом их инвалидности
- Необходимо следовать приведенным рекомендациям с учетом предписаний врача

ДЕТИ И МОЛОДЫЕ ЛЮДИ, ВЕДУЩИЕ ПАССИВНЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

- Рекомендуется прогрессивное повышение активности для достижения в конечном итоге указанной выше цели
- Активность в объемах ниже рекомендуемых уровней принесет больше пользы, чем полное ее отсутствие

*Эти рекомендации подходят для всех детей, независимо от пола, расы, этнической принадлежности или уровня дохода.

По данным ВОЗ

Терапия первичных иммунодефицитных состояний

В рамках II Московского городского съезда педиатров, который прошел под общим слоганом «Трудный диагноз в педиатрии. Мультидисциплинарный подход», 9 ноября состоялся симпозиум специалистов, где обсуждались вопросы первичных иммунодефицитов у детей. Один из докладов, представленный кандидатом медицинских наук, врачом аллергологом-иммунологом консультативного отделения, заведующей отделом оптимизации лечения первичных иммунодефицитов ФГБУ «ФНКЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева» МЗ РФ Наталией Борисовной КУЗЬМЕНКО, был посвящен терапии первичных иммунодефицитных состояний (ПИДС).

Людмила Боева, фото Олега Кирюшкина

Наталия Борисовна начала лекцию с упоминания о проявлениях ПИДС, среди которых перечислила аутоиммунные, аутовоспалительные, эндокринологические, гастроэнтерологические, гематологические, аллергические, неврологические, а также опухоли, типичные и атипичные инфекции. Среди синдромальных ПИДС был назван синдром Ди Джорджи (del22q11.2), возникающий вследствие делеции в длинном плече 22 хромосомы, который относится к наиболее частым хромосомным аномалиям и классически проявляется пороками сердца и лицевого скелета.

Тяжелая врожденная нейтропения – достаточно редко встречающееся врожденное заболевание, которое возникает внутриутробно или передается по наследству от родителей к детям. Тяжелая врожденная нейтропения – иммунодефицитное состояние, которое характеризуется нарушением синтеза клеток иммунной системы в костном мозге из-за генетических поломок в определенных генах. В результате этого уменьшается количество нейтрофилов в крови. Поскольку основной функцией нейтрофилов является защита человека от бактерий, у пациентов развиваются тяжелые бактериальные инфекции, плохо поддающиеся терапии и часто угрожающие жизни. Как правило, заболевание диагностируется в раннем детстве, в возрасте до 1 года. Как один из вариантов патологии, существует нейтропения с мутациями в гене *ELANE*, которая характеризуется снижением количества нейтрофилов. Помочь пациенту могут следующие варианты терапии: применение ГМ-КСФ (гранулоцитарно-моноцитарного колониестимулирующего фактора), который способствует правильному и достаточному созреванию колоний гранулоцитов, либо трансплантация костного мозга родственного или неродственного донора.

Наследственный ангионевротический отек. Его причина – дефект системы комплемента (дефицит С1-ингибитора), при котором происходит мутация в генах *SERPING1* (C1NH). Данная патология, при которой происходит отек кожи и слизистых оболочек, не приводит к развитию инфекций. Но при развитии отека в области дыхательных путей, он способен привести к смерти от удушья. В качестве лечения иммунолог предложила заместительную терапию рекомбинантным С1-ингибитором, а также купирование отека антагонистом брадикининовых рецепторов (икатибантом).

Принципы лечения пациентов с ПИДС: трансплантация гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК) и генная терапия, модификаторы иммунного ответа (MoAb, цитокины), иммуносупрессивная терапия, противоинфекционная терапия (лечение и профилактика), а также адекватные дозы заместительной терапии внутривенными иммуноглобулинами (ВВИГ).

Показания для трансплантации гемопоэтических стволовых клеток: дефекты клеточного и гуморального звена (например, ТКИН – тяжелая комбинированная иммунная недостаточность, КИН, гипер-Igm-синдром и др.), комбинированные ПИДС с синдромальными проявлениями (синдром Вискотта-Олдрича (СВО), гипер-Ige-синдром и др.), ПИДС с иммунной дисрегуляцией (дефекты Т-регуляторных клеток, IPEX-синдром, семейный гемофагоцитарный лимфогистиоцитоз и др.), количественные и качественные дефекты фагоцитов (врожденные нейтропении, хроническая гранулематозная болезнь (ХГБ), дефект адгезии лейкоцитов и др.), дефекты врожденного иммунитета (например, дефект STAT1), аутовоспалительные заболевания (например, мевалоновая ацидурия).

Чтобы прийти к улучшению прогноза пациента после трансплантации гемопоэтических стволовых клеток, необходимо раннее проведение трансплантации, качественный подбор донора и совершенствование подготовки пациента. Важна стратегия проведения ТГСК, также необходимо улучшать текущий контроль за состоянием пациента.

Наталия Борисовна привела данные по результатам работы специалистов ФНКЦ ДГОИ им. Д. Рогачева с более чем 100 пациентами, находившимися в клинике с диагнозами дефицита аденозиндезаминазы, Х-сцепленным ТКИН, СВО и ХГБ. Пациенты были успешно пролечены с помощью генной терапии, которая осуществлялась следующим образом. У больных производили забор клеток, затем терапевтический ген доставлялся в клетку при помощи вектора (ретровирусного и лентивирусного), в результате чего клетка начинала продуцировать желаемый белок. Затем такие генетически модифицированные клетки возвращались пациенту.

В качестве **модификаторов иммунного ответа (таргетной терапии)** Н.Б. Кузьменко назвала моноклональные антитела, цитокины (интерферон α – при дефиците TLR3-пути или интерферон γ – при чувствительности к микобактериальным инфекциям), а также антицитокины: ингибиторы IL1 (аутовоспалительные синдромы), ингибиторы интерферона 1 типа (при синдроме Aicardi Gouttieres) или ингибиторы γ-интерферона (HLH). В результате таргетной терапии ингароном и имукином у пациентов с ХГБ уменьшилось формирование гранулем. Терапия канакинумабом и анакинрой у страдающих аутовоспалительными заболеваниями дала ингибирование ИЛ-1. У пациентов с дефектом CTLA4 лечение абатацептом привело к ингибированию Т-лимфоцитов. Пациенты с Х-сцепленным лимфопролиферативным синдромом после лечения ритуксимабом получили результат уничтожения зрелых В-лимфоцитов в терапии EBV-инфекции. Лечение тофацитинибом и руксолитинибом пациентов с дефектом PI3K delta привело к ингибированию JAK-киназ.

Терапия иммуносупрессорами. Среди них Н.Б. Кузьменко перечислила системные кортикостероиды, циклоспорин, такролимус (програф), сиролимус (рапамун), мофетила микофенолят (селлсепт) и ВВИГ в высоких дозах. Терапия ВВИГ у пациентов показала свою эффективность, проявившись в замещении первичного и привнесенного дефектов заместительной терапии на этапах ТГСК, в противовоспалительном действии, а также в иммуносупрессии либо иммуномодуляции.

Заместительная терапия нужна при агамма- и гипогаммаглобулинемии (Х-сцепленная агаммаглобулинемия, общая вариабельная иммунная недостаточность (ОВИН), гипер-IgM-синдром, дефекты иммунной дизрегуляции и др.), а также нормальный и повышенный уровень IgG (СВО, гипер-IgE-синдром и др.). Что касается режимов введения ВВИГ, то в качестве терапии насыщения докладчик назвала суммарно 1–1,5 г/кг, в качестве заместительной терапии – 0,4 г/кг 1 раз в 3–4 нед с индивидуальным подбором разовой дозы препарата, в качестве иммунокорригирующей терапии – 1–3 г/кг. Препараты ВВИГ не идентичны между собой, поскольку не существует оригинального препарата и его аналогов. Соответствие стандартам качества препарата проводится по содержанию мономеров/димеров IgG, содержанию IgA, уровню pH, осмолярности, титру изогемагглютининов и стабилизаторам. Качество заместительной терапии ВВИГ стоит оценивать по отсутствию побочных эффектов, тяжелых инфекций и адекватному претрансфузионному уровню IgG. Докладчик также отметила, что, во-первых, нормальный уровень IgG при ПИДС не исключает заместительной терапии. Во-вторых, IgM, содержащие ВВИГ, не предназначены для заместительной терапии. И, в-третьих, скорость введения ВВИГ рассчитывается на килограмм массы тела в соответствии с аннотацией к каждому препарату.

Первичные иммунодефицитные состояния – генетически обусловленное ослабление иммунной системы, при котором она не способна сопротивляться инфекциям. Проявляются повторяющимися, необычными или тяжело поддающимися лечению инфекциями.

- Легкая форма ПИДС (не диагностируются годами)
- Тяжелые формы (летальный исход может наступить в первые месяцы жизни человека)

Ранняя диагностика и адекватная терапия
↓
Стабилизация состояния и выздоровление

Инвестиции в развитие детей раннего возраста

По данным новой серии статей журнала «Ланцет», 249 млн детей в возрасте до пяти лет могут не реализовать свой потенциал развития, но благодаря проведению низкозатратных мероприятий эту тенденцию можно обратить вспять.

По оценкам новой серии статей журнала «Ланцет» – «Содействие развитию детей раннего возраста: от научных изысканий до широкомасштабного проведения», 249 млн (43%) детей в возрасте до пяти лет в странах с низким и средним уровнем дохода подвергаются повышенному риску ненадлежащего развития вследствие крайней нищеты и задержки в росте.

В этой серии статей продемонстрировано, что мероприятия в области развития детей раннего возраста, ориентированные на обеспечение ухода, способствующего развитию, в сфере здравоохранения, питания, ответственного ухода, защиты, безопасности, и раннего обучения, могут обходиться всего лишь в 50 центов на ребенка в год при их проведении в рамках уже существующих служб, таких как службы здравоохранения. Эта серия статей была подготовлена на основании материалов и методических указаний, предоставленных Всемирной организацией здравоохранения, Всемирным банком и ЮНИСЕФ.

В статьях подчеркивается важность усиления глобальных обязательств в отношении развития детей раннего возраста. По оценкам, убытки отдельных лиц составляют около одной четверти среднего дохода взрослого человека в год, в то время как убытки стран могут до двух раз превышать ту часть ВВП, которая составляет их текущие расходы на здравоохранение или образование. Последствия бездействия сказываются не только на нынешнем, но и на будущем поколениях.

Исследования показывают, что в первые 2–3 года мозг ребенка развивается быстрее, чем на каком-либо другом этапе жизни. Эти ранние годы являются также критически важным периодом с точки зрения способности адаптироваться и реагировать на мероприятия. Лишение детей надлежащего питания, стимулирования развития и защиты может иметь длительные пагубные последствия для семей и сообществ.

Авторы подчеркивают сильные позиции сектора здравоохранения в качестве отправного пункта для проведения мероприятий в раннем детстве, особенно в поддержку ухода, способствующего развитию. Тот факт, что этот сектор имеет доступ к женщинам и детям в течение

«Сейчас мы знаем, как высока цена бездействия, и новые данные ясно дают понять, что пришло время действовать. Мы надеемся, что фактические данные, приводимые в этих статьях, помогут странам охватить большее число беременных женщин и детей раннего возраста услугами в области профилактики и укрепления здоровья, которые потенциально могут значительно улучшить показатели развития детей, а также их здоровья, благополучия и экономической продуктивности в зрелом возрасте».

Профессор Линда М. Рихтер (Linda M. Richter), кандидат наук, программа DST-NRF, Центр передового опыта в области развития человеческого потенциала, Университет Витватерсранда, Йоханнесбург, Южная Африка

Пути для усиления поддержки служб в области развития детей раннего возраста

- Содействие принятию и проведению политики, направленной на создание благоприятной среды, в которой семьи могут осуществлять уход, способствующий развитию детей раннего возраста.
- Создание потенциала и усиление координации для содействия развитию детей раннего возраста в рамках существующих служб в области здравоохранения, питания, образования, социальных услуг и защиты детей.
- Улучшение измерения результатов и обеспечение подотчетности для служб в области развития детей раннего возраста.
- Расширение научных исследований и содействие лидерству и деятельности на глобальном и региональном уровнях.
- Усиление политической воли и расширение финансирования путем проведения информационно-разъяснительной работы в отношении целей в области устойчивого развития.

критически важного периода – от зачатия и в течение раннего детства, открывает возможности для включения низкозатратных мероприятий, таких как Care for Child Development и Reach Up and Learn ВОЗ/ЮНИСЕФ, в уже имеющиеся службы в области охраны здоровья и питания матерей и детей. Практика свидетельствует о том, что с их помощью можно улучшить качество ухода и общее развитие детей раннего возраста и вместе с тем уделять внимание благополучию лиц, осуществляющих уход. Авторы статей указывают на необходимость проведения мероприятий в раннем возрасте.

Источник: Всемирная организация здравоохранения

«Инвестиции в развитие детей раннего возраста являются настоятельной необходимостью с моральной, экономической и социальной точки зрения. Цели в области устойчивого развития открывают многообещающие перспективы для здоровья детей и подростков, но для достижения амбициозных целей необходимы политическая воля и расширение инвестиций в развитие детей раннего возраста. Развитие детей раннего возраста не только позволит обеспечить преимущества для сегодняшних детей, но и окажет непосредственное воздействие на стабильность и процветание стран в будущем».

Д-р Маргарет Чен,
Генеральный директор ВОЗ

«Исторически сложилось так, что мероприятия для детей раннего возраста были ориентированы на детей дошкольного возраста. Но сейчас мы знаем, что мероприятия, охватывающие период, начинающийся до зачатия и продолжающийся в течение первых двух лет жизни, могут значительно уменьшить проблемы, связанные с ростом и здоровьем, и помочь детям раннего возраста полностью реализовать их потенциал развития».

Профессор Стивен Лай (Stephen Lye), кандидат наук,
Исполнительный директор
Института развития человеческого потенциала им. Фрейзера Мастарда, Университет Торонто,
Онтарио, Канада

«Научные и экономические данные явно свидетельствуют о необходимости инвестиций в первые 1000 дней жизни ребенка, начиная с беременности женщины. Если мы не обеспечим этого, дети отстанут в своем развитии задолго до того, как пойдут в школу, и будут страдать от этого всю свою жизнь. Но если мы обеспечим это, мы сможем бесповоротно повлиять на их способность к полному участию в завтрашней экономике в качестве активных и продуктивных граждан».

Кейт Хансен (Keith Hansen),
вице-президент по вопросам развития
человеческого потенциала,
Группа Всемирного банка

«Научные данные свидетельствуют о том, что биология не предопределяет нашу судьбу, – будущее детей определяется и формируется на основе опыта, полученного в первые дни и годы жизни. Эти научные данные должны послужить сигналом тревоги, поскольку угрозе подвергается развитие миллионов детей, и это не терпит отлагательства. Прямо сейчас существует опасность, что 43% детей в странах с низким и средним уровнем дохода не реализуют свой когнитивный потенциал. Ни одна страна – и тем более страны с низким и средним уровнем дохода – не может себе позволить лишиться почти половины потенциальных возможностей мозга своих маленьких граждан».

Энтони Лейк (Anthony Lake),
Исполнительный директор ЮНИСЕФ

НОВОСТИ

Заработала горячая линия для родителей недоношенных детей

В России ежегодно рождаются более 100 тысяч недоношенных детей. В Международный день недоношенных детей, который отмечается 17 ноября, об этом рассказали специалисты Министерства здравоохранения. Министр Вероника Скворцова добавила также, что из этого огромного числа в среднем по стране выживают 85%. Однако не только дети преждевременно появляются на свет, но и их родители преждевременно становятся родителями, и часто они к этому совсем не готовы. У матери, отца и других родственников, ухаживающих за недоношенным ребенком, может возникнуть огромное количество вопросов – и теперь у них есть возможность получить ответы.

Благодаря инициативе Благотворительного фонда помощи недоношенным детям «Право на чудо» была создана Горячая линия поддержки семей с недоношенными детьми. Позвонив с мобильного телефона по бесплатному номеру *7890, родитель, родственник или даже медицинский работник получит консультацию по всем интересующим его вопросам, связанным с недоношенными детьми – от юридической помощи до информационной и психологической поддержки, если она требуется позвонившему. Операторы имеют высшее профильное образование и смогут либо дать абоненту необходимую информацию, либо перенаправить к профильному специалисту (например, медицинскому консультанту).

Родителям, столкнувшимся с проблемами из-за того, что их ребенок родился раньше срока, расскажут, какие права имеют они и их ребенок, на какие социальные льготы можно рассчитывать, в какие медицинские организации и к каким врачам лучше обратиться. Если позвонившему срочно требуется психологическая помощь – консультант сможет ее оказать. Одной из целей фонда «Право на чудо» является также анализ поступающих запросов с тем, чтобы затем использовать полученную информацию для повышения эффективности работы с семьями, где дети родились преждевременно.

Источник: БФ «Право на чудо»

Алгоритм терапии инфекционных заболеваний в сочетании с аллергическими реакциями

Аллергические и инфекционные заболевания дыхательной системы у детей, выступающие чаще всего в роли коморбидного состояния, представляют из-за его высокой распространенности и частого развития грозных осложнений одну из самых острых проблем в современной педиатрии. Выраженным позитивным действием при указанных патологиях обладает комбинированная терапия препаратами Эуфорбиум композитум и Энгистол.

Развитие ОРВИ при гиперчувствительности слизистой дыхательных путей к инфекционным аллергенам требует от врача коррекции лечения с учетом особенностей патогенеза инфекционного процесса. В этой связи обращает на себя внимание все более частое применение антигомотоксических биорегуляторных препаратов. Благодаря своим натуральным компонентам растительного и минерального происхождения эти лекарства оказывают влияние на восстановление функции слизистых, купирование симптомов заболевания, подавление активности патогенных вирусов, а также выступают в роли иммуномодуляторов и иммуностимуляторов.

Взаимосвязь аллергии и инфекционных заболеваний верхних дыхательных путей в последнее время является предметом все большего числа исследований в педиатрической оториноларингологии и в фундаментальной медицине. Уже бесспорно доказано, что бронхиальную астму (БА), атопический дерматит, аллергический ринит (АР) во многих случаях провоцируют бактериальные и вирусные возбудители. Также и в роли триггеров обострения аллергических заболеваний часто выступают респираторные вирусы, такие как вирусы гриппа, риновирусы, аденовирусы, респираторно-синцитиальные вирусы (РС-вирусы), коронавирусы, энтеровирусы. Эти инфекционные агенты запускают каскад иммунологических реакций, усиливая и поддерживая патологический процесс на слизистых оболочках. К примеру, при АР указанные микроорганизмы могут инфицировать слизистые носовых ходов или околоносовых пазух и приводить к развитию риносинусита. Результаты многочисленных исследований подтвердили, что у аллергии и острой респираторно-вирусной инфекции (ОРВИ) общие механизмы развития.

А потому такие симптомы, как отек слизистой, заложенность носа, ринорея, одинаково характерны как для ОРВИ, так и для АР. И развиваются эти расстройства под влиянием одних и тех же медиаторов воспаления, среди которых наиболее важный – гистамин. При ОРВИ инфекционные агенты поражают клетки слизистых дыхательных путей, что и приводит к развитию воспалительного процесса. Примечательно, что при ОРВИ уровень гистамина, высвобождаемого тканевыми базофилами, повышается до значений, характерных для аллергических реакций. О высокой вероятности развития АР, БА на фоне риновирусной инфекции свидетельствуют и результаты клинических наблюдений. Данные эпидемиологических исследований показывают, что до 80% приступов БА у детей школьного возраста и 50% всех обострений астмы у взрослых связаны с вирусными инфекциями верхних дыхательных путей.

В повседневной практике педиатры и терапевты учитывают эти закономерности, как и то, что аллергия – это актуальный фактор риска рецидивов инфекции, более тяжелого течения заболевания, а также наступления осложнений.

Персистирующие воспалительные изменения в слизистой респираторного тракта больных АР, БА способствуют снижению противомикробной и противовирусной защиты, из-за чего у пациентов с аллергией резко повышается восприимчивость к РВИ. Напомним, что персистирующее воспаление – одно из ключевых понятий в аллергологии, и оно обозначает воспалительный процесс, который постоянно протекает, причем так же и бессимптомно, у пациентов с аллергией, подвергающихся воздействию аллергенов. Повторные же инфекции способствуют сенсибилизации организма и участвуют в патогенезе системных реакций повышенной чувствительности с последующим формированием рецидивов заболеваний органов дыхания. Таким образом, каскад патологических реакций замыкается в порочный круг, где склонность к аллергии провоцирует внедрение респираторных вирусов, а те, в свою очередь, способствуют развитию и усугублению симптомов аллергии. Клиническая ситуация, сформировавшаяся на этом фоне, то есть развитие ОРВИ при гиперчувствительности слизистой дыхательных путей к инфекционным аллергенам, требует от врача коррекции лечения с учетом особенностей патогенеза инфекционного процесса в дыхательных путях у больных с аллергией. Чтобы разорвать этот замкнутый круг, врач должен упорно, вдумчиво, своевременно лечить респираторную инфекцию и симптомы аллергии, помня, что у пациентов с аллергопатологией заболевание всегда протекает тяжелее, характеризуется затяжным течением, торпидностью к традиционным схемам лечения и частыми осложнениями. Очевидно, что терапия должна быть комплексной и нацеленной не только на ликвидацию симптомов болезни. При ее выборе обязательно следует учитывать аллергический и воспалительный компоненты. В этой связи обращает на себя внимание все более частое сочетанное применение двух антигомотоксических препаратов фирмы «Хеель» (Германия): назального спрея Эуфорбиум композитум и сублингвальных таблеток Энгистол. Эуфорбиум композитум обладает доказанным действием при ринитах и синуситах различного генеза. Благодаря своим натуральным компонентам растительного и минерального происхождения препарат восстанавливает функции слизистых, купирует симптомы заболевания и подавляет активность РС-вирусов, адено- и риновирусов, вирусов гриппа и парагриппа.

ДОЗИРОВКА

Эуфорбиум композитум

Взрослые больные и дети старшего возраста	1–2 дозы в каждую ноздрю 3–5 раз в день
Дети до 6 лет	1 доза в каждую ноздрю 3–4 раза в день

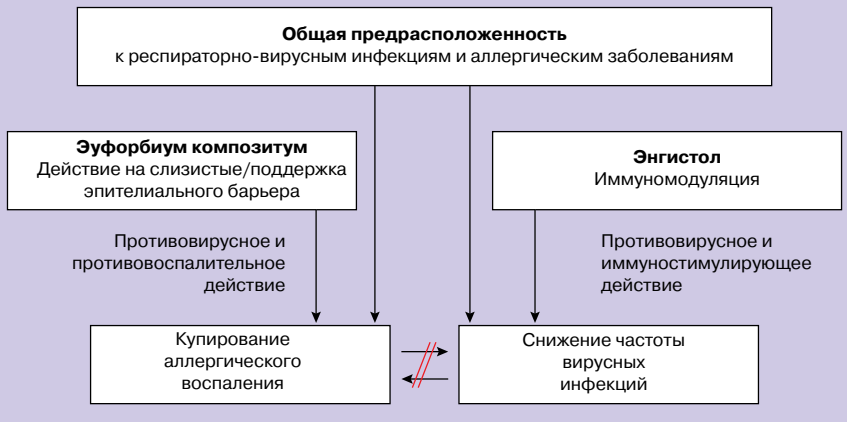
Энгистол

В острых случаях РВИ – прием возрастной дозы каждые 15 минут на протяжении не более 2 часов

Затем в стандартной дозировке – прием возрастной дозы 3 раза в день за полчаса до еды или спустя 1 час после приема пищи

Взрослые больные и дети старше 12 лет	1 таблетка на прием
Дети с 6 до 12 лет	3/4 таблетки на прием
Дети от 1 года до 6 лет	1/2 таблетки на прием
Новорожденные и дети до 1 года	1/4 таблетки на прием

Рис. Результаты сочетанной терапии препаратами Эуфорбиум композитум и Энгистол



Энгистол же применяется в комплексной терапии простудных заболеваний в качестве иммуномодулятора и иммуностимулятора.

В современных алгоритмах по диагностике и терапии рецидивирующих РВИ использованию двух этих препаратов отведена важная роль. Частыми, или рецидивирующими инфекции верхних дыхательных путей считаются, если у детей они случаются более 10–12 случаев в году, а у взрослых свыше 3 раз в году; или у детей – свыше 6 случаев заболеваний в целом за год, но при этом в период с сентября по апрель – более 1 случая инфекций в месяц. Если анализ крови показывает эозинофилию, базофилию, повышение уровней иммуноглобулинов IgG, IgM, IgA свыше порогового диагностического титра, позитивный тест с радиоаллергосорбентом, значит, у пациента присутствует выраженная аллергическая реакция, золотым стандартом лечения является 10-, 14-дневный курс назначения Эуфорбиум композитум и Энгистол либо в качестве монотерапии, либо в комбинации с традиционным медикаментозным лечением. Оно включает современные антигистаминные препараты, интраназальные кортикостероиды, ингибиторы лейкотриенов, десенсибилизацию и сублингвальную иммунотерапию. Однако при уменьшении частоты и выраженности инфекций и аллергии у пациентов можно перейти исключительно на биорегуляторную терапию этими препаратами. Можно также попытаться постепенно снизить дозировку назальных кортикостероидов и антигистаминных препаратов. Если же вышеперечисленные показатели анализа крови остаются в норме, а следовательно, речь идет о пациенте, страдающем рецидивирующими РВИ, но с нормальным иммунитетом, то золотым стандартом терапии является лечение в течение 5 дней препаратами Эуфорбиум композитум и Энгистол.

Кашель у детей

(клинические варианты течения, лечение)

М.С. Савенкова
Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва

Кашель и проблемы, связанные с ним, по многим характеристикам у детей значительно отличаются от взрослых, поэтому принципы лечения «взрослого» кашля нельзя переносить на детей.

В педиатрической практике кашель наиболее часто возникает при острых респираторных вирусных заболеваниях, синдроме крупа, бронхите, пневмонии, бронхиальной астме, заболеваниях ЛОР-органов.

1. Острый кашель характерен для вирусных, оппортунистических и грибковых инфекций, гельминтной инвазии верхних дыхательных путей, острого периода бронхиальной астмы. Его продолжительность <2 недель.

2. Хронический кашель продолжается >4 недель, может проходить спонтанно. Наиболее значимыми причинами его возникновения у детей считаются поллютанты, в т.ч. табачный дым. К частым причинам хронического кашля относятся такие заболевания, как микоплазмоз и коклюш.

3. Специфический кашель возникает при врожденных пороках развития дыхательных путей, инородных телах, заболеваниях легочной паренхимы, а также инфекционных заболеваниях (туберкулез, абсцесс, коклюш).

4. Неспецифический кашель – не связан ни с одним заболеванием, которое может его вызвать.

5. Рефрактерный кашель – кашель, продолжающийся после проведенного лечения. Обычно проходит самостоятельно, поэтому целесообразна выжидательная тактика.

6. На практике чаще врачи сталкиваются с **сухим** или **влажным кашлем**. *Сухой* кашель не сопровождается образованием мокроты. Он может возникнуть в начале многих острых респираторных вирусных заболеваний, а также при коклюше, бронхиальной астме, аллергическом рините.

Влажный кашель (продуктивный) свидетельствует об усилении секреции в дыхательных путях либо о нарушении их очищения.

Кашель может сопровождаться различными **осложнениями**. К относительно легким осложнениям относятся недомогание, бессонница, слабость, осиплость голоса, снижение аппетита, рвота или позывы к рвоте, боли в костях и мышцах, головные боли, потливость. Тяжелые осложнения могут развиваться со стороны респираторной системы (подкожная эмфизема, пневмомедиастинум), сердечно-сосудистой системы (повышение и понижение артериального давления, нарушения ритма), ЦНС (нарушения мозгового кровообращения).

Лечение кашля

Обычно кашель при острых респираторных заболеваниях неплохо лечится простыми народными способами: чай с малиной, мед, инжир с молоком и так далее, однако существуют ситуации, когда данные способы не помогают.

В таблице суммированы основные группы препаратов, применяемых при кашле.

К препаратам центрального наркотического действия относятся: кодеин, кодипронт. Применяются при лечении непродуктивного сухого кашля, сопровождающегося рвотой (например, при коклюше). Применение препаратов этой группы ограничено возрастом.

Противокашлевые препараты **центрального ненаркотического** действия также подавляют кашлевой рефлекс. К ним относятся: Синекод (бутамирата цитрат), Глаувент (глауцин гидрохлорид), Тусупрекс (окселадин). При коклюше и сухом кашле чаще применяется Синекод.

Либексин (преноксдиазин) частично действует на центральную и периферическую нервную систему, угнетая чувствительные рецепторы слизистой дыхательных путей.

Противокашлевые препараты **периферического действия** делят на следующие группы.

• *Обволакивающие* – применяют в виде сиропов, таблеток (экстракты акации, лакрицы, дикой вишни, глицерин, мед).

• *Местноанестезирующие* – бензокаин, циклокаин, тетракаин. Применяют для торможения кашлевого рефлекса, например, перед бронхоскопией.

• *Отхаркивающие средства* – препараты ипекакуаны, термопсиса, корня солодки, бензоата натрия, терпингидрата.

• *Муколитики.* Наиболее часто в педиатрической практике применяются бромгексин, амброксола гидрохлорид – лазолван. Терапевтическое действие проявляется не сразу, а на 4–6-й день. Ацетилцистеин (АЦЦ) способствует снижению вязкости слизи. Карбоцистеин (мукопронт) обладает муколитическим и мукорегулирующим эффектом; его нежелательно применять с другими противокашлевыми препаратами.

• *Комбинированные препараты* – стоптуссин (бутамират с гвайфенезином), туссин плюс (декстрометорфан, гвайфенезин), бронхолитин (глауцин, эфедрин), аскорил (бромгексин, сальбутамол, гвайфенезин). При их применении возможны побочные эффекты в виде сонливости, гипотензии, тошноты, тахикардии и т.д.

На сегодняшний день заслуживает внимания новый отечественный препарат от кашля, созданный по инновационной методике, – ренгалин (ООО «НПФ «МАТЕРИЯ МЕДИКА ХОЛДИНГ»). Работы по изучению клинического эффекта ренгалина были только начаты у нас в стране. Препарат нового класса содержит релиз-активные антитела (Р-А). Ренгалин создан путем технологической обработки аффинно очищенных антител, в результате чего в конечном препарате антитела присутствуют в релиз-активной форме. Релиз-активные антитела воспроизводятся в ходе последовательного уменьшения концентрации исходного вещества, которое переходит в новую физическую форму, свойства которой не зависят от исходного вещества. На основе сверхмалых доз ранее, в предыдущие годы, были созданы и активно применяются у нас в стране при респираторных заболеваниях анаферон и эргоферон. Были проведены двойные слепые плацебо-контролируемые рандомизированные многоцентровые исследования, которые доказали безопасность, отсутствие побочных эффектов при респираторных заболеваниях, аллергических и кишечных инфекциях у детей. Спектр показаний к назначению данных препаратов у нас в стране в настоящее время постепенно расширяется.

Основные группы противокашлевых препаратов

1. Группы противокашлевых препаратов	Подгруппы
Препараты центрального действия	Наркотические
	Ненаркотические
Препараты периферического действия	Афферентные: обволакивающие, местноанестезирующие
	Эфферентные: отхаркивающие, муколитики
2. Препараты с опосредованным противокашлевым эффектом	
3. Комбинированные препараты	

Ренгалин содержит Р-А-антитела к брадикинину (0,006 г), гистамину (0,006 г), морфину (0,006 г). Компоненты препарата модифицируют активность лиганд-рецепторного взаимодействия эндогенных регуляторов с соответствующими рецепторами, при этом совместное применение компонентов приводит к усилению противокашлевого эффекта. Помимо противокашлевого эффекта, комплексный препарат, за счет входящих субстанций, оказывает противовоспалительное, противоотечное, антиаллергическое, спазмолитическое и анальгезирующее действия. Избирательно снижает возбудимость кашлевого центра продолговатого мозга, ингибируя болевую импульсацию. Целесообразно его применение при сухом и болезненном кашле, связанном с ОРЗ, коклюшем, микоплазмозом и хламидиозом, сухим плевритом, бронхитом, ларингитом, фарингитом, крупом, у детей с аллергическими заболеваниями. Поскольку у детей до 3 лет еще недостаточно накоплен опыт его применения, пока разрешено применять ренгалин с 3-летнего возраста. Доза: по 1 табл. × 3 раза в день вне приема пищи. В зависимости от тяжести в первые 3 дня частота приема может быть увеличена.

Результаты многоцентрового сравнительного рандомизированного клинического исследования у больных с острыми респираторными инфекциями были опубликованы в 2015 году. Исследование проводилось с участием 143 пациентов с острыми респираторными инфекциями (ОРИ) (основная клиническая симптоматика: фарингит, ларингит, ларинготрахеит, трахеит, трахеобронхит, бронхит). В качестве группы сравнения, в соответствии с протоколом, применяли препарат коделак. По окончании исследований были сделаны следующие выводы. Ренгалин – новый безопасный эффективный препарат для лечения кашля на фоне ОРИ. Снижение тяжести дневного и ночного кашля отмечалось уже после первого приема ренгалина и продолжалось на протяжении всего курса (7 дней). По завершении курса лечения кашель в 100% случаев уменьшился у всех детей, получавших ренгалин, и его динамика сопоставима с коделаком. Важно отметить, что положительные изменения состояния пациентов приводили к улучшению ночного сна. Препарат способствовал выздоровлению без развития вторичных бактериальных осложнений.

В заключение следует подчеркнуть, что лечение кашля требует индивидуального подхода, и в каждом конкретном случае должно включать изучение анамнеза, этиологии, характера, причин, его вызывающих. В случае хронического кашля необходим алгоритм обследования, включающий рентгенографию грудной клетки, исследование функции внешнего дыхания, консультации специалистов – пульмонологов, аллергологов, инфекционистов, отоларингологов.

Качественное питание – здоровое будущее

Первый год жизни ребенка – очень сложный и важный период. Помимо радости материнства, он приносит женщине множество хлопот. В частности, у малышей очень часто возникают расстройства пищеварения. Как обеспечить ребенка наилучшим питанием? Что делать, если по какой-то причине грудное вскармливание оказывается невозможным? Об этом мы поговорили с заведующей кафедрой педиатрии РМАНПО, д.м.н., профессором Ириной Николаевной ЗАХАРОВОЙ.

– Ирина Николаевна, расскажите, как часто у детей раннего возраста возникают функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта? Насколько они опасны?

– Данная проблема является одной из самых распространенных, особенно, когда речь идет о детях первого года жизни. Это связано с физиологическими особенностями желудочно-кишечного тракта малыша. Например, срыгивание встречается у более 80% здоровых детей грудного возраста. Оно бывает связано с незрелостью нейрорегуляции сфинктерного аппарата и моторики ЖКТ. Кишечная колика – метеоризм, сопровождающийся схваткообразными болями в животе, – встречается почти у 70% детей. Нередко возникают и другие расстройства. Например, дискинезии кишечника, которые сопровождаются запорами или поносами. Чаще всего физиологические расстройства не вызывают значительных изменений в состоянии здоровья ребенка. Однако если они носят длительный и упорный характер, это может привести к нарушениям развития малыша и возникновению различных заболеваний ЖКТ. Часто проблемы с пищеварением у детей сопровождаются микробиологическим дисбалансом.

– Существуют ли способы избежать функциональных расстройств ЖКТ или хотя бы свести их к минимуму?

– Для детей раннего возраста огромное значение имеет питание. В последнее время все больше развивается концепция пищевого программирования. Она родилась на западе уже более тридцати лет назад. Основная идея заключается в том, что питание ребенка оказывает влияние на всю его последующую жизнь. Не случайно Уильям Кадоган, известный английский педиатр, который жил в XVIII веке, говорил: «Правильное питание еще важнее, чем одежда для ребенка…» А лучшее питание для детей первого года жизни – это, конечно, материнское молоко. Чем больше изучается этот уникальный природный продукт, тем яснее мы понимаем, что никогда и ни при каких условиях не сможем создать смесь, которая будет способна его заменить.

С современных позиций грудное молоко рассматривается как живая ткань, а не просто некий набор белков, жиров, углеводов, витаминов и микроэлементов. Сейчас в нем открыто более 700 микроорганизмов. Уникальная микробиота грудного молока оказывает влияние на развитие ребенка, включая его головной мозг. Сейчас мы уже знаем, что микроорганизмы способны в значительной степени определять наше здоровье и даже мышление.

ПРОИЗВОДСТВО СМЕСЕЙ KABRITA

Смеси Kabrita® производятся компанией Hyproca Nutrition B.V. в Голландии:

- опыт производства молока и молочных продуктов почти 120 лет
- детские молочные смеси более 70 лет

Логистическая цепочка построена по принципу «**От фермы до бутылочки**». Это, в том числе, означает, что свежее молоко с ферм, находящихся на расстоянии 2,5 ч пути от завода, попадает в производство без длительного хранения и транспортировки молочного сырья

В точности воссоздать грудное молоко абсолютно невозможно, поскольку его состав меняется практически ежедневно, подстраиваясь под потребности растущего ребенка. Чтобы более-менее приблизиться, пришлось бы делать смеси чуть ли не для каждых двух недель. А это невозможно. И, тем не менее, многие компании работают над тем, чтобы создать смесь, максимально похожую на грудное молоко. Это необходимо. Нравится нам это или нет, но всегда есть женщины, у которых молоко отсутствует либо вырабатывается в недостаточном количестве. Или же кто-то не может кормить грудью по какой-либо другой причине. Рада отметить, что сейчас все больше мам стремятся сохранить грудное вскармливание максимально долго. Работа по его популяризации, которая велась на протяжении последних двадцати лет, не прошла даром. Сейчас, когда мы проводим исследование детских смесей, бывает очень сложно найти ребенка, который бы с месячного возраста был переведен на искусственное питание. Мамы тянут изо всех сил. Если все же по каким-то причинам грудное вскармливание прекращается, они стараются найти смесь, которая будет по возможности удовлетворять все потребности ребенка.

– Но ведь на искусственном питании выросли огромное количество людей. А 40–50 лет назад даже не было таких смесей, как в наше время. Кого-то кормили просто коровьим молоком…

– Как я уже говорила, питание в младенческом возрасте оказывает влияние на здоровье человека всю последующую жизнь. Доказано, что дети, которые выросли на не самом лучшем искусственном питании, в будущем чаще страдают болезнями сердца и сосудов. У них с большей вероятностью развивается гипертоническая болезнь, ожирение и т.д.

Если вспомнить историю, то не так давно, в начале XX века, до пятнадцатилетнего возраста доживал только каждый четвертый рожденный ребенок. Особенно высокая смертность была именно у детей первого года жизни. Если у матери пропадало грудное молоко, ребенок практически не имел шансов выжить. Детям давали коровье молоко. При этом не было совершенно никаких приспособлений для кормления.

Сейчас все изменилось, детские смеси постоянно совершенствуются. В грудном молоке было открыто более семидесяти различных факторов, учитывая которые, можно создать по возможности наиболее полноценное питание для ребенка. Это противомикробные и противовоспалительные соединения, соединения развития иммунитета и т.д. Таким образом, со смесью ребенок получает полезные вещества, которые ему необходимы. Например, для тех деток, которых пришлось перевести на искусственное вскармливание, можно рекомендовать смеси Kabrita® Gold. Они содержат функциональные компоненты, которые присутствуют в грудном молоке.

– Расскажите подробнее об этих смесях.

– Прежде всего надо сказать, что смеси Kabrita® Gold делаются на основе козьего молока. Его использование для детского питания в последние годы становится все более популярным. Козье молоко стоит достаточно дорого, поскольку его производится гораздо меньше, чем коровьего. Соответственно, и смеси на основе козьего молока более дорогие. Но они имеют множество преимуществ. В частности, козье молоко отличается в лучшую сторону по белкам, казеину, жирнокислотному составу, сывороточным белкам и другим компонентам. По целому ряду показателей оно более приближено к грудному молоку. Легче усваивается, реже вызывает проблемы с пищеварением. Поэтому смеси на его основе лучше влияют на состояние ребенка, в том числе помогают снизить вероятность развития функциональных расстройств пищеварения.

Мне довелось побывать на производстве смесей Kabrita® Gold в Нидерландах. Я своими глазами видела, как все это делается. Козочек выращивают на современной ферме в экологически чистом районе. Кормят самыми качественными кормами. Нам их даже дали попробовать. Все очень чисто, никакого неприятного запаха. Для производства молока используются козочки специальной породы, которая совершенно не пахнет. Самок держат отдельно от самцов. Некоторые люди не любят козье молоко из-за специфического запаха. Так вот, молоко, производимое на этой ферме, совершенно не пахнет. Я лично выпила несколько стаканов.

Смеси Kabrita® Gold адаптированы для детей разного возраста – до шести месяцев, от шести месяцев до года и старше года. Эти продукты не содержат белков коровьего молока. В составе смесей присутствует липидный комплекс DigestX®, который приближает их по составу к грудному молоку. Продукты обогащены витаминами и микроэлементами в соответствии с потребностями детей определенного возраста. Смеси содержат омега-3 и омега-6 жирные кислоты, L-карнитин, нуклеотиды, таурин, холин, а также про- и пребиотики, которые благотворно влияют на работу ЖКТ малыша.

Пеленание: вчера, сегодня, завтра*

Самые ранние изображения пеленок и запеленутых младенцев можно увидеть на полотнах, посвященных библейским темам. Пеленки, описанные в Библии, в которые был завернут младенец Христос, состоят из ткани, закрепленной с помощью тканевых полос, напоминающих бандажные. После рождения младенца ему обрезали пуповину и завязывали ее. Затем ребенка обмывали, натирали солью с маслом и заворачивали в полоски ткани, которые должны были сохранять тепло и обеспечивать рост конечностей без искривлений. Со времени принятия христианства в Европе до середины XVIII в. детей туго пеленали. Только в Древней Спарте и в Шотландском нагорье традиция не распространилась.

Британский врач Фрэнсис Глиссон в 1650 г. рекомендовал, чтобы не провоцировать рахит, дополнительно к тугому пеленанию использовать шины, но вместо шин матери надевали на младенцев корсеты, чтобы поддержать позвоночник ребенка. О влиянии недостатка кальция и солнечного света еще не знали. Другая опасность для детей заключалась в острых булавках, которыми скрепляли пеленки, английские булавки были изобретены только в XIX в.

Тугое пеленание облегчало уход за детьми, их безопасно было переносить. При таком пеленании ребенок гарантированно был в тепле, пеленание обеспечивало ребенку определенную безопасность. Одной из игр было перекидывание детей друг другу и подбрасывание, что неизбежно увеличивало травмы. Запеленутого младенца не только можно было положить где угодно, иногда ребенка даже подвешивали на крючок.

Амброджо Лоренцетти, «Мадонна с младенцем» (1319)

Неизвестный художник, французская школа, «Людовик XIV» (1638)

Вот как описывался традиционный метод пеленания врачом Паоло Багеллярдом в XV в. Акушерка укладывала новорожденного лицом к себе, вытягивала ноги ребенка, в затем туго обвивала его тело от стоп до подмышек. Затем руки ребенка она укладывала вдоль тела и уже вторым куском ткани плотно обматывала его от пальцев до плеч. Третьим куском ткани оборачивался лоб и плечи с использованием завязок. После этого ребенок выглядел как мумия или как батон. В таком виде младенец не мог даже пошевелить пальцами. Пеленки не стирали каждый раз, а только просушивали у огня. Большая часть медицинской литературы была посвящена уходу за проблемами кожи у младенцев. Использовались льняные свивальники – узкие полоски ткани, похожие на бинты, длиной около 7 м.

В таком положении ребенок содержался в первые 3 месяца, после этого ему освобождали руки. В возрасте 6–9 месяцев на ребенка одевали длинное платье. Считалось, что благодаря такому тугому пеленанию у ребенка будет хорошая осанка и прямые ноги.

Французский врач Франсуа Морисо в 1675 г. предупреждал матерей, что без тугого пеленания дети никогда не научатся стоять вертикально и будут ползать всю жизнь на четвереньках. Новорожденный не считался полноценным человеком, все действия были направлены на то, чтобы он как можно скорее стал внешне похож на взрослого.

Феликс Вюртц (1500–1598), швейцарский хирург, первым начал критиковать практику пеленания детей. Но только через 100 лет после него английские врачи и философы Англии начали требовать отмены тугого пеленания. Критиковали скованность конечностей, перегрев, искривление позвоночника. Жан-Жак Руссо в своей книге «Эмиль, или о воспитании» критикует и пеленание, и нежелание матерей заботиться о детях, и лень нанятых нянек.

«Новорожденный ребенок имеет потребность протягивать и двигать свои члены, чтобы вывести их из онемения, в котором они так долго оставались, будучи собранными в клубок, – пишет автор, – импульс внутренних частей тела, стремящихся к росту, встречает непреодолимое препятствие для потребных ему движений. Дитя непрерывно делает бесполезные усилия, которые истощают его силы или замедляют их развитие... Принужденное состояние, в котором держат члены ребенка, только стесняет обращение крови и соков, мешает ребенку крепнуть и расти и уродует его телосложение. В местностях, где не принимают этих сумасбродных предосторожностей, люди все рослые, сильные, хорошо сложены. Страны, где закутывают детей в пеленки, кишат горбатыми, хромыми, косолапыми, кривоногими, рахитиками, людьми, изуродованными на все лады...»

К середине XVIII в. еще многие матери пеленали ребенка, оставляя только руки на свободе.

В Америке XVIII в. использовали повязку из куска фланели на пупок, а из одежды надевали на младенца льняную или хлопковую сорочку, фланелевые ползунки, льняную или хлопковую длинную рубашку на тесемочках. Впервые на детской одежде появились завязки, но традиционным подарком новорожденному еще долго остаются подушечки с острыми булавками и надписью: «Добро пожаловать, маленький незнакомец». Но и в XX в. грудных детей еще пеленали – «свивали». Эта традиция была продолжена в России. В настоящее время тугое пеленание как способ ухода за грудничками рассматривается как пережиток прошлого. Оно может нанести вред здоровью малыша: длительное и бездумное тугое обматывание тормозит развитие двигательных функций младенца. Привыкание к своим ногам и рукам происходит у таких детей лишь к 6 месяцам, дети могут будить себя вздрагиваниями во сне до 7–8-месячного возраста. Считается, что тугое пеленание с выпрямленными ножками провоцирует дисплазию тазобедренного сустава, нарушается физиологическая привычная поза ребенка, ухудшается его самочувствие, питание, сон. Возражают против тугого пеленания и детские психологи.

В странах, где издавна не применяется пеленание и принято разведенное положение ножек (в Африке грудничков приматывают платком к материнской спине с разведенными ножками, в Азии – носят «верхом» на боку), у взрослых людей гораздо реже имеется дисплазия тазобедренных суставов.

Неизвестный художник, Элизабет Кларк Фрик с дочерью Мэри (1674)

Однако и сейчас есть физиологи, считающие, что у младенца есть привычка к ограниченному пространству и характерной позе, обусловленной формой матки, и именно в этой позе он чувствует себя и удобно, и комфортно, и безопасно.

———————————————

*По материалам Калверт К. Дети в доме. Материальная культура раннего детства, 1600–1900. США, 2009.

Эуфорбиум композитум

Комплексная терапия ринитов и синуситов

Назальный спрей **Эуфорбиум композитум** обладает доказанным действием при ринитах и синуситах различного генеза.

Благодаря своим натуральным компонентам растительного и минерального происхождения, препарат восстанавливает функции слизистых, купирует симптомы заболевания и оказывает противовирусное действие на РС-вирусы, адено- и риновирусы, вирусы гриппа и парагриппа. Не уступая по действенности симпатомиметикам[1], **Эуфорбиум композитум** имеет оптимальную переносимость, может назначаться детям с 4 лет и приниматься длительное время, не вызывая синдрома отмены.

При появлении первых симптомов ринита и заложенности носа рекомендуется применять спрей **Эуфорбиум композитум** по 1-2 впрыскивания в каждую ноздрю 3-5 раз в сутки. Для детей дозировка – по 1 впрыскиванию 3-4 раза в день.

1. Ammerschläger H, Klein P, Weiser M, Oberbaum M. Treatment of inflammatory diseases of the upper respiratory tract – comparison of a homeopathic complex remedy with xylometazoline. Forsch Komplementärmed Klass Naturheilkd 2005;12:24-31.

Регистрационное удостоверение П №011684/01

Реклама

ARNEBIA
www.arnebia.ru

-Heel
www.heel.com

Вибуркол®

- Эффективное средство для симптоматического лечения детских острых инфекций, сопровождаемых психомоторным возбуждением
- Безопасная и щадящая альтернатива лечению обычными препаратами
- Быстро купирует интенсивность симптомов возбуждения у младенцев и детей
- Вибуркол безопасен и хорошо переносится
- Вибуркол не имеет известных побочных эффектов

Регистрационное удостоверение П N012358/01 от 13.01.2011

Реклама

ARNEBIA
www.arnebia.ru

-Heel
www.heel.com