ПЕДИАТРИЯ МОСКВЫ

Анализ качества медицинской помощи детям и подросткам: раннее выявление, своевременное лечение заболеваний, уменьшение инвалидизации и смертности

стр. 4

МЕРОПРИЯТИЯ

Календарь на 2017 год: перечень основных мероприятий для специалистов по педиатрической тематике

стр. 10

ИСТОРИЯ

К вопросу о грудном вскармливании младенцев, введении прикорма и их связи с детской смертностью в России

стр. 19

ДЕТСКИЙ ДОКТОР

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

ТЕМА НОМЕРА

ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ

1 (5) 2017

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Нестабильный перелом костей таза – тяжелая сочетанная травма, полученная девочкой в результате ДТП

АКТУАЛЬНО

Размик Кешишян: «Оказание помощи детям с травмой всегда происходит внезапно, и все звенья медпомощи в столице должны быть готовы к этому»

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 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 20 марта 2017 г. в 10:00
Полное или частичное воспроизведение редакционных материалов, опубликованных в газете «Детский доктор», запрещается, за исключением случаев письменного согласия редакции

Елка мэра

29 декабря 2016 г. в административном корпусе Морозовской детской городской клинической больницы впервые прошло выездное новогоднее представление «Елка мэра». Желания юных горожан удалось воплотить при поддержке мэрии Москвы и столичного Департамента культуры.

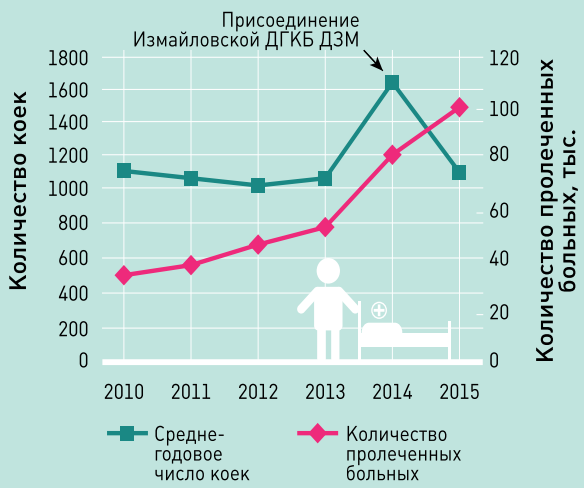
От имени мэра Москвы С.С. Собянина с наступающим Новым годом детей поздравил заслуженный врач Российской Федерации и заместитель мэра Москвы в Правительстве Москвы по вопросам социального развития Леонид Михайлович Печатников. Он отметил, что Морозовская больница – это лучшая детская больница города, пациенты которой также нуждаются в праздничном настроении и отдыхе. Он поздравил присутствующих детей, родителей и медицинских специалистов с наступающим Новым годом.

Во время представления дети встретились с Дедом Морозом. Вместе с ним они пели, танцевали и получили от него сладкие подарки. Ребята стали зрителями красочной новогодней истории «Зайцы на каникулах» от мим-театра «Clown company Kanikuly», окунулись в атмосферу новогодней сказки и смогли почувствовать себя участниками удивительного и захватывающего действия.

– Мы не можем вылечить этих детей, этим занимаются профессионалы, здесь замечательная медицинская база, врачи, – поясняет член попечительского совета Морозовской детской больницы Карина Лазарева, куратор проекта «Зима в Морозовке». – Но мы можем поднять им настроение. Как известно, хорошее настроение – это залог успеха в любом лечении.

ФОТО АГЕНТСТВО «МОСКВА»

ДИНАМИКА КОЕЧНОГО ФОНДА И ЧИСЛА ПРОЛЕЧЕННЫХ БОЛЬНЫХ В МОРОЗОВСКОЙ ДГКБ



Независимо от динамики коечного фонда, количество пролеченных больных
ЕЖЕГОДНО ВОЗРАСТАЕТ

ДИНАМИКА СРЕДНЕГО КОЙКО-ДНЯ И ЧИСЛА ПРОЛЕЧЕННЫХ БОЛЬНЫХ В МОРОЗОВСКОЙ ДГКБ

Ежегодное увеличение количества пролеченных больных достигается за счет
СОКРАЩЕНИЯ СРЕДНЕГО КОЙКО-ДНЯ

ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

МОРОЗОВСКАЯ ДЕТСКАЯ ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА

Морозовская больница в системе детского здравоохранения Москвы

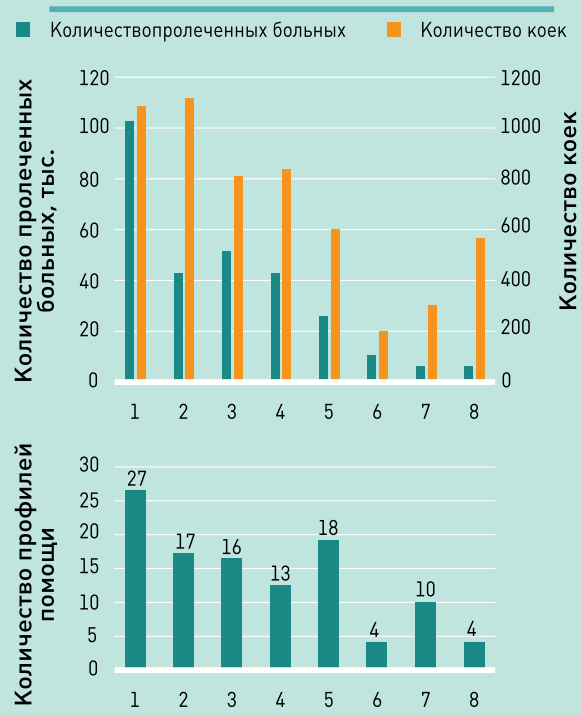
Морозовская больница – центр детской специализированной помощи в Москве

10 центров городской специализированной медицинской помощи для детей и подростков:

- гематологии и онкологии
- цереброваскулярной патологии (детского инсульта)
- неонатального скрининга
- орфанных и других редких заболеваний
- региональный Референс-Центр врожденных наследственных заболеваний, генетических отклонений, орфанных и других редких заболеваний
- для лечения болезни Виллебранда
- репродуктивного здоровья
- эндокринологии
- ревматологии
- ганстроэнтерологии

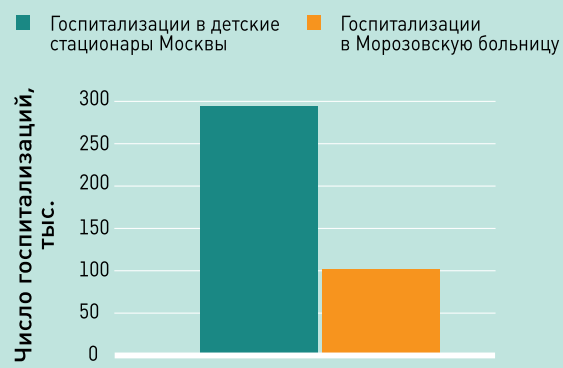
Круглосуточные диагностические возможности:
УЗИ, эндоскопия, КТ, МРТ, клинико-диагностическая лаборатория

СРАВНЕНИЕ ЧИСЛА ПРОЛЕЧЕННЫХ БОЛЬНЫХ И ЧИСЛА КОЕК В ДЕТСКИХ СТАЦИОНАРАХ МОСКВЫ



1 - МДГКБ
2 - ДГКБ Св. Владимира
3 - ДГКБ им. Башляевой
4 - ДГКБ им. Сперанского
5 - ДГКБ им. Филатова
6 - НИИ НДХиТ
7 - НПЦ медицинской помощи
8 - НПЦ детской психневрологии

СТРУКТУРА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В ДЕТСКИЕ СТАЦИОНАРЫ МОСКВЫ

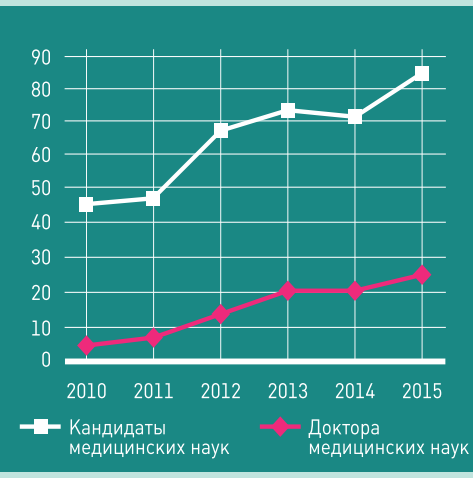


КАЖДАЯ ТРЕТЬЯ
госпитализация в детские стационары Москвы производится в
МОРОЗОВСКУЮ ДГКБ

Круглосуточная многопрофильная бригада врачей-специалистов:
педиатр, неонатолог, невролог, нейрохирург, реаниматолог, анестезиолог, хирург, травматолог, офтальмолог, гематолог, детский онколог, эндокринолог, оториноларинголог, челюстно-лицевой хирург

13 из 24 Главных внештатных детских специалистов Департамента здравоохранения города Москвы:
педиатр, детский онколог, гематолог, офтальмолог, пульмонолог, эндокринолог, ревматолог, специалист по медицинской генетике, уролог-андролог, гинеколог, гастроэнтеролог, травматолог-ортопед

КОЛИЧЕСТВО КАНДИДАТОВ И ДОКТОРОВ НАУК – СОТРУДНИКОВ МОРОЗОВСКОЙ ДГКБ



Оказание медицинской помощи детям и подросткам по профилю «Педиатрия» в медицинских организациях Департамента здравоохранения города Москвы

Перспективой столицы является детское население. Согласно проекту «Концепции демографической политики Москвы на период 2016–2025 гг.» и проекту плана ее реализации на 2016–2020 гг. определены основные направления и целевые показатели улучшения таких демографических показателей, как стимулирование рождаемости, поддержка семей с детьми, укрепление семьи.

И.Е. Колтунов[1], И.П. Витковская[2]
[1] Морозовская детская городская клиническая больница ДЗМ
[2] НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ, организационно-методический отдел по педиатрии г. Москвы

Данные ежегодного доклада «О состоянии здоровья населения и организации здравоохранения города Москвы по итогам деятельности за 2015 год» демонстрируют стабилизацию общей численности (с 2013 г. по 2015 г.) детского и подросткового населения (с рождения до 18 лет) примерно на уровне 1 млн 800 тыс. детей и подростков (рис. 1), а также увеличение рождаемости на 0,4% (11,7) и снижение младенческой смертности на 0,1% (рис. 2, 3). Несмотря на достигнутые показатели, необходимо продолжать активные мероприятия по снижению младенческой смертности в Москве – среднеевропейский уровень этого показателя составляет 4,5 (The UN Inter-Agency Group for Child Mortality Estimation. Levels and Trends in Child Mortality Report, 2014– 2015).

Сравнительные данные заболеваемости детей от 0 до 17 лет демонстрируют тенденцию снижения общей заболеваемости за период 2013–2015 гг., которую можно рассматривать как положительную (рис. 4–5). Абсолютным лидером заболеваемости в Москве у детей и подростков являются болезни органов дыхания. Аналогичные показатели – во всех мегаполисах мира, причинами чего выступают высокая плотность населения, экология, неправильное питание, в том числе способствующее раннему развитию аллергических реакций, и неправильный образ жизни. У детей в возрасте 0–14 лет далее следуют травмы и отравления, болезни глаза и его придаточного аппарата и другие. В популяции подростков в 2015 г. увеличилась распространенность болезней глаза и придаточного аппарата, травм и отравлений, болезней кожи и подкожной клетчатки, болезней органов пищеварения.

С одной стороны, трехуровневая система оказания медико-санитарной помощи детям, внедрение высокотехнологичных диагностических методов (КТ, МРТ, УЗИ, генетических, иммунологических и др.) повышают выявляемость многих заболеваний и способствуют назначению адекватных методов лечения. С другой стороны, требуют повышения качества, доступности и эффективности, прежде всего многопрофильной профилактической педиатрии, с разработкой специальных программ с учетом реалий жизни детей и подростков, рисков для их здоровья, связанных с жизнью в мегаполисе.

Детский контингент населения, обладающий специфичностью развития организма в разные возрастные периоды, требует особенного подхода к охране здоровья. Диспансеризация и профилактические осмотры детей и подростков позволяют своевременно решать проблемы оздоровления.

Согласно данным отчетной формы № 030-ПО/о-12, распределение детей на группы здоровья по итогам диспансеризации в динамике с 2012 г. в целом характеризует позитивные процессы: в 2015 г. увеличилось число здоровых детей на 3,1% и уменьшилось число детей с хроническими заболеваниями на 1,6%. Данные согласуются с общими тенденциями снижения заболеваемости (рис. 6).

Полученные данные объясняются уже достаточно успешно проводящимися в медицинских организациях Москвы различными мероприятиями, направленными на снижение рисков развития заболеваний, а также раннюю диагностику хронической патологии со своевременным назначением адекватного обследования и лечения для профилактики смертности и инвалидизации пациентов.

Особую категорию среди детского населения составляют дети-инвалиды. Несмотря на то, что эта категория детей в общей численности детского населения Москвы (1 879 487 чел.) невелика и составляет 1,95%, они нуждаются в повышенном

Рис. 1. Общая численность детского и подросткового населения (2013–2015 гг.)

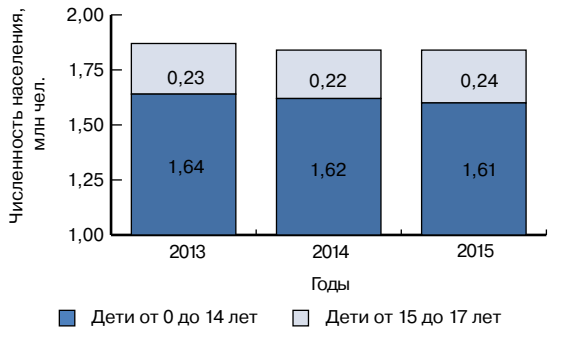


Рис. 2. Динамика показателей рождаемости в Москве за 2013–2015 гг.

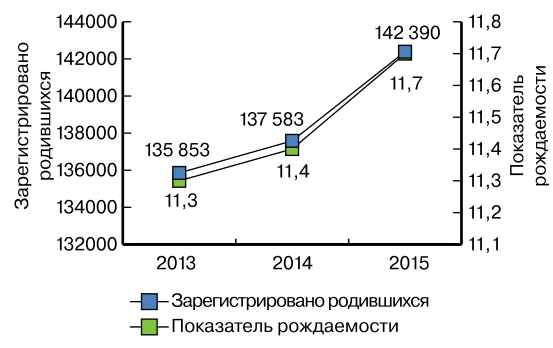


Рис. 3. Динамика показателя младенческой смертности в Москве за 2013–2015 гг.

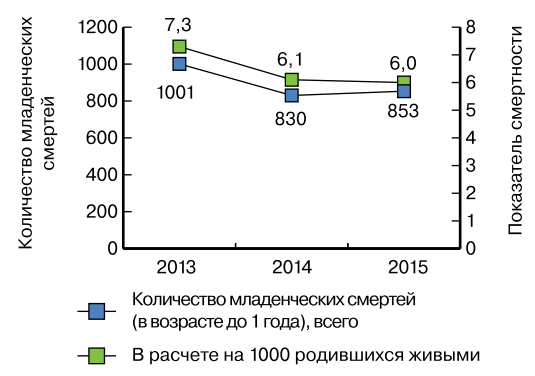
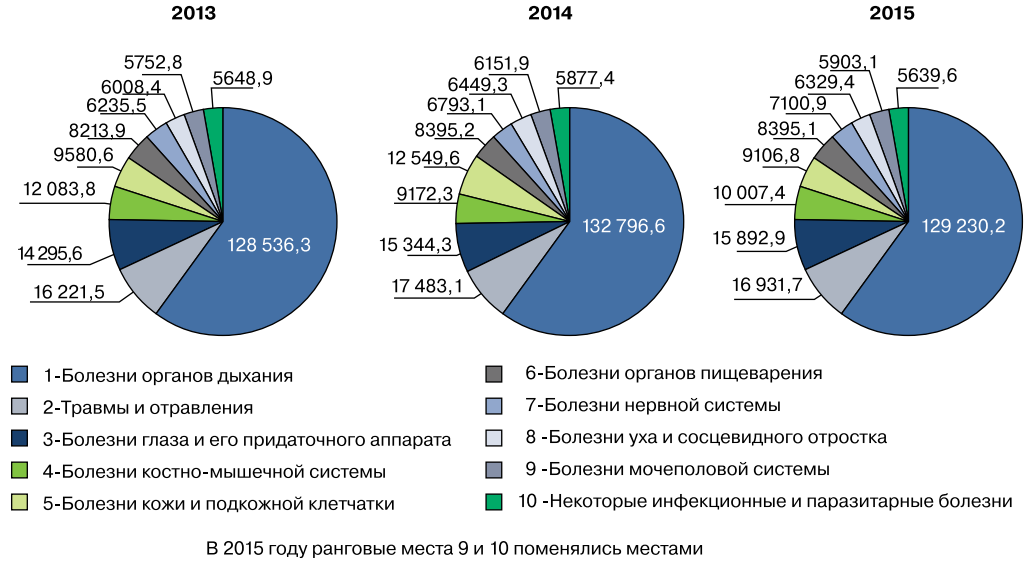


Рис. 4. Структура общей заболеваемости детей (0–14 лет) в Москве



В 2015 году ранговые места 9 и 10 поменялись местами

Рис. 5. Структура общей заболеваемости подростков (15–17 лет) в Москве

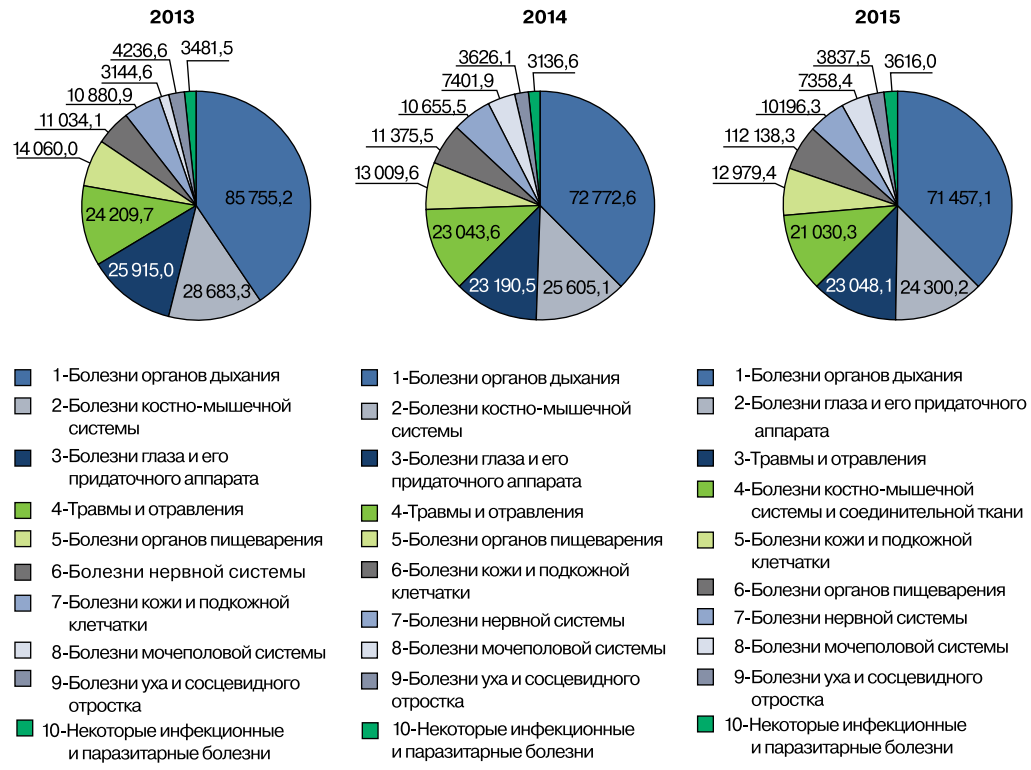


Рис. 6. Распределение детей по группам состояния здоровья по результатам профилактических осмотров (2013–2015 гг.)

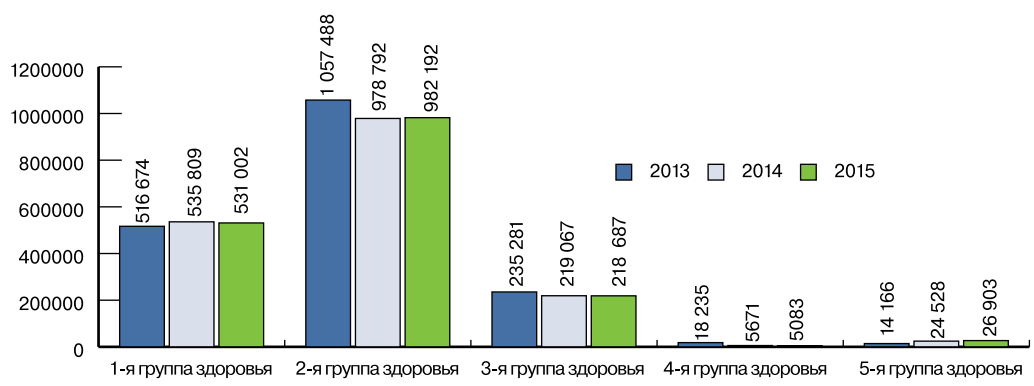
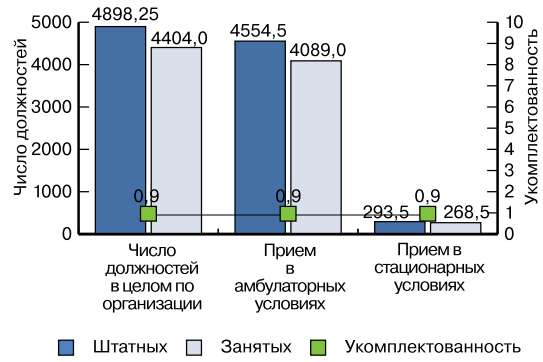
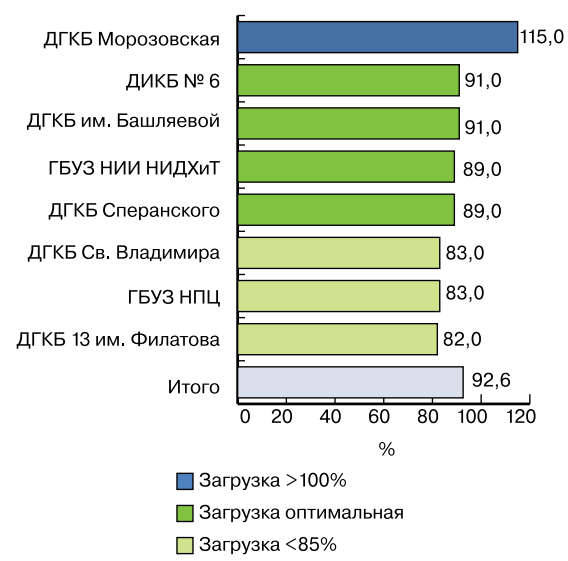


Рис. 7. Укомплектованность детских медицинских организаций ДЗМ врачами-педиатрами в 2015 г.*



*По объединенным данным формы 30 годового отчета «Сведения о медицинской организации» за 2015 г.

Рис. 8. Загруженность коечного фонда в детских стационарах ДЗМ в 2015 г.*



*По данным формы № 14 годового отчета «Сведения о деятельности подразделений медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях» за 2015 г.

внимании врачей детской практики с целью поддержания, улучшения их здоровья, социализации.

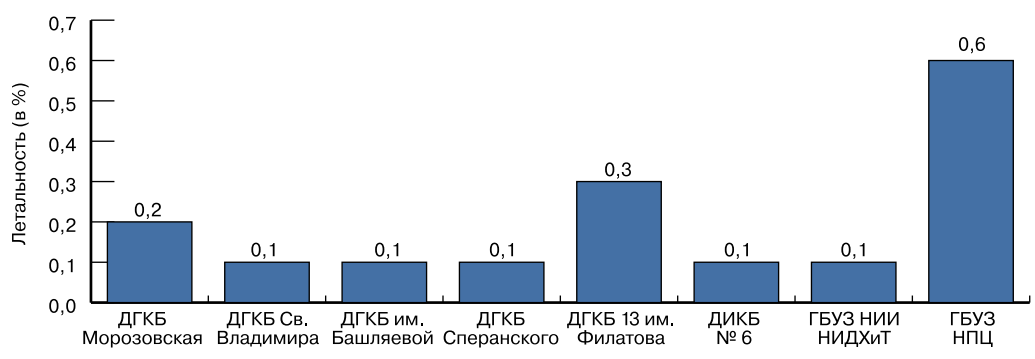
Анализ состояния здоровья детей-инвалидов осуществлялся по данным отчетной формы № 19 «Сведения о детях-инвалидах за 2015 год». На конец 2015 г. в Москве зарегистрировано 36 606 детей-инвалидов. По данным медицинских организаций, с 2011 г. отмечается ежегодный рост инвалидности среди детей. В 2015 г. по сравнению с указанным годом число детей-инвалидов увеличилось на 9116 человек. Темп прироста составил 33,2%.

Методами гигиенического воспитания можно не только улучшить состояние здоровья, предотвратить формирование инвалидности, но и улучшить качество жизни больных детей и их семей.

Основополагающим принципом профилактики врожденной патологии является неонатальный скрининг (Приказ Минздравсоцразвития России от 22.03.2006 № 185 «О массовом обследовании новорожденных детей на наследственные заболевания» и медико-генетическое консультирование (Приказ Минздрава РФ от 30.12.1993 № 316 (ред. от 05.08.2003) «О дальнейшем развитии медико-генетической службы Министерства здравоохранения Российской Федерации», приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 917н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с врожденными и (или) наследственными заболеваниями») с целью пренатальной диагностики и выявления заболеваний на стадии доклинической симптоматики, организации раннего лечения и предупреждения инвалидизации.

Положительным моментом в решении проблемы инвалидности в Москве следует отметить начавшееся в 2014 г. открытие 21 Центра специализированной медицинской помощи для диагностики заболеваний и их лечения. Центры оказывают амбулаторную и стационарную медицинскую помощь детям под руководством главных внештатных специалистов ДЗМ.

Рис. 9. Заболевания, приведшие к летальному исходу у детей в Москве в 2015 г. (%)



В 2015 г. проводился ежемесячный мониторинг работы коечного фонда детских стационаров по следующим показателям: средний койко-день, оборот койки, загруженность коечного фонда по соответствующим профилям, летальность. Не все стационары города были загружены в рамках целевых значений, что потребовало оптимизации их коечного фонда, которая была произведена в 2016 г.

Средняя летальность по детским стационарам Москвы за 2015 г. составила 0,19% (форма № 14 годового отчета «Сведения о деятельности подразделений медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях»). Динамика данного показателя с 2013 г. практически не изменилась. Показатель летальности по стационарам варьирует от 0,1 до 0,6% и зависит от профилей коечного фонда и тяжести состояния детей, которым оказывается медицинская помощь.

При оценке причин смерти детей в Москве выявлено, что 47,07% – это отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде, почти треть (29,46%) – врожденные аномалии и пороки развития. Далее, с большим отрывом (6,47% и ниже), – новообразования, травмы и отравления, болезни нервной системы и др. (рис. 9).

Полученные результаты демонстрируют правильность мероприятий правительства и ДЗМ, направленных на повышение качества медицинской помощи в перинатальном периоде и раннее выявление, своевременное лечение врожденных наследственных заболеваний, генетических отклонений, орфанных и других редких заболеваний, на уменьшение инвалидизации и смертности профильных пациентов.

ТЕМА НОМЕРА

Травматология и ортопедия

Михаил Петров: «Хирургия – мой осознанный выбор»

Травматологическое отделение Морозовской детской больницы на 40 койках оказывает помощь детям от грудного возраста до 18 лет. Здесь лечат переломы разной степени сложности, поврежденные суставы, в том числе в случаях травм внутренних органов, сложные сочетанные травмы. В отделении проводят детям операции реконструктивного характера, лечат различные пороки развития с поражением опорно-двигательного аппарата, а также дисплазии, вывихи бедра, различные остеохондропатии, хондродисплазии, остеохондромы, кисты костей. Мы спросили заведующего отделением травматологии и ортопедии Морозовской детской городской клинической больницы, к.м.н., доцента, врача высшей категории Михаила Анатольевича ПЕТРОВА об особенностях и буднях работы отделения.

Беседовала Ирина Власова

– Михаил Анатольевич, Вы по работе вашего отделения можете оценить количество детских травм? Есть ли динамика? Приходится ли изменять подход к их лечению?

– Не могу сказать, что частота и распространенность травм увеличились. Как меня учителя учили много лет назад, так в основном распространенность травм и сохраняется по возрастам. Меняются подходы. Классический пример: когда 7–8 лет назад вы могли зайти в отделение травматологии, то видели там обязательно несколько детей, лежащих с вытяжением, с гирьками… Сейчас за годы моей работы здесь вытяжение бывает 1–2 раза в год. Это очень некомфортно для ребенка и родителей, поскольку это 3–4 недели в стационаре, а потом длительная гипсовая иммобилизация. В нашем отделении мы можем этого избежать: имея хорошие металлофиксаторы и знания, как их применять в детском возрасте, период вытяжения можно исключить, в принципе.

Медицина ушла вперед в диагностике травм, которые раньше оставались незаметными врачам. Фиксируются кости теперь изнутри. При спортивных травмах ребенок может раньше вернуться в спорт, избежать деформаций. Классический вариант – это повреждение коленного сустава и передней крестообразной связки. Еще 5–7 лет назад это повреждение вообще мало кто диагностировал, примерно 4 года назад мало кто лечил, а сейчас мало кто решается лечить. Мы при такой травме используем определенные эндоскопические методики, восстанавливая переднюю крестообразную связку у детей. Это бывает и при спортивной травме, и при уличной травме. Еще недавно мы тоже не готовы были лечить детей с такой патологией. Приведу пример. Лет десять назад мы говорили, что вывих плеча – это показание к очень длительному лечению, и зачастую оно было безуспешным. А сейчас мы говорим, если у вас произошел вывих плеча, то быстрее нужно оперировать эндоскопически, артроскопически, чтобы в последующем избежать повторных вывихов, длительной реабилитации и иммобилизации. То есть сейчас мы умеем лечить те повреждения, которые еще недавно лечить не умели в принципе. Если говорить о врожденной патологии, то еще буквально недавно приходили родители – у ребенка тяжелое плоскостопие, нужна ортопедическая обувь. Это длилось годами, на эту обувь тратились безумные деньги. Сейчас мы говорим, что если ребенку от года до восьми, то лечить не надо, а от восьми и старше мы предлагаем несложную операцию на 15 мин, и на всю жизнь после операции ребенок избавится от боли, от ортопедических стелек, и получит хорошую функцию и косметический эффект. В настоящее время меняется подход к хирургии, она стала более нейтральной, менее инвазивной, есть возможность с малой агрессивностью получить большой результат.

– А есть ли какие-то пики в поступлении больных в отделение?

– Травма всегда примерно одинакова. Упал на льду или упал летом – механизм один. Но есть сезонность. В конце весны, в мае, в начале лета огромен поток пациентов – детей по всем стационарам. Это мотоциклисты, велосипедисты, спортсмены, любители роликов, скейтбордов, плюс все идут гулять, бегать, прыгать, и на этом фоне увеличивается количество травм. Второй пик получения травм детьми – середина осени, сентябрь-октябрь, когда дети возвращаются с каникул, идут в школу, становятся активными, но здесь на сентябрь приходится пик тех пациентов, кто получил травмы на отдыхе, и им по каким-то причинам вновь требуется помощь: неправильно срастающиеся переломы или несросшиеся. Летом бывает в отделении тише за счет того, что дети разъезжаются, зима и осень держат ровно плотный уровень травм без всплесков.

– Изменяется ли у вас в целом хирургическая активность в отделении? Много ли осложнений? Есть ли летальность?

– Хирургическая активность по итогам 2016 г. по травматизму и ортопедии составила порядка 85%, высокая для детского стационара. Надо иметь в виду, что в отделение не госпитализируются дети, которые не нуждаются в хирургическом лечении, есть возможность вести всю консервативную травму амбулаторно, для этого есть травмпункт на первом этаже нашего корпуса, который занимается этими детьми. Если детей лечили без использования металлоконструкций, мы можем выписывать их из стационара быстро, через день-два, а основная масса детей, которые находятся в отделении, – это дети, нуждающиеся непосредственно в хирургическом лечении. Общий план госпитализации таков, что, имея соответствующее оборудование, мы можем ребенка, который поступил сегодня, оперировать завтра утром, так что он не ждет операции в стационаре. В неделю в отделении проходит 40–50 операций, в месяц получается около 200. Летальности в отделении у нас не было за три последних года, столько я здесь и работаю.

– Расскажите о вашей команде. Есть специализация или все могут всё?

– У нас в отделении работают сейчас 3 доктора и 2 дежуранта, которые дежурят круглосуточно, это тоже доктора, мы ротируемся, кто-то уходит на дежурство, потом возвращается, так что в день 3 доктора и заведующий отделением. Что умеем? Работаем мы круглосуточно, в отделении всегда есть доктор, который в любой момент примет ребенка и окажет квалифицированную медпомощь. Все, кто работают, владеют всеми методиками, современным остеосинтезом, так что если ребенок с переломом поступает в 1–2 часа ночи, то первично будет выполнено полное обследование и полностью оказана медпомощь. Если надо фиксировать кости – их фиксируют, если перелом надо оперировать – оперируют. Если нужны кардиолог, уролог, хирург, в больнице ежедневно дежурит бригада врачей по всем профилям: педиатр, эндокринолог, два гематолога, нейрохирург, травматолог, кардиолог, гинеколог, 2 общих абдоминальных хирурга. Мы быстро получаем полную информацию о ребенке из приемного отделения. В нашем корпусе есть компьютерный томограф, если надо

КТ до и после операции, что часто бывает необходимо при травме позвоночника, КТ, рентгеновская установка работают круглосуточно. Мы можем все это сделать быстро и в любой момент.

Если говорить о наших ведущих докторах, то это Шляпникова Наталья Станиславовна, Панкратов Иван Владимирович и другие врачи, они умеют все, хотя есть у каждого свои приоритеты и интересы. Наталья Станиславовна плотно занимается ортопедической группой заболеваний, посттравматическими деформациями, в том числе при системных заболеваниях. Иван Владимирович очень заинтересован в эндоскопических методах лечения. Моя страсть – спинальная хирургия. Но в принципе в отделении все взаимозаменяемы. Если происходит ситуация, когда палец надо пришить, каждый на дежурстве это может сделать. Бывает ситуация, когда массовое поступление, большой поток пациентов, когда не успевают, доктора созваниваются, и приезжает коллега, идут всегда друг другу навстречу. На пике поступлений 2 доктора могут оперировать одновременно.

– Приходится ли травматологам отделения исправлять чужие ошибки? Чему-то недоучивают хирургов в вузе?

– Сложно говорить о чужих ошибках, не люблю эту тему. Мы ведь не знаем, что есть ошибка. Оснащенность стационаров где-то лучше, где-то хуже, и сказать, что репозицию сделали плохо, не имея для этого возможности контроля, современной дрели, современных винтов и пластин, сложно. Думаю, что сделали все, что могли… В институте учат азам, основе, но врач должен продолжать учиться постоянно. Все, кто в отделении работают, все дополнительно учатся каждый день. Мы тратим время и деньги, чтобы ездить на конференции, семинары, к примеру, радикально поменяли классификацию переломов, поскольку используем европейские стандарты и лечим по ним. Недоучивают – неправильно говорить, доктор должен для каждого пациента читать что-то, есть очень большое количество доступной, иногда дорогой англоязычной литературы, которая позволяет получать большое количество знаний. Мы, когда выступаем на конгрессах у нас в стране, зачастую одним из упреков слышим: вы используете много англоязычных терминов. Но сложно переводить бывает некие вещи, которые в ЕС устоялись, так что мы вынуждены их использовать, и для большинства докторов это понятно, но когда эти термины вступают в противоречие с некой советской школой, то вызывают недопонимание. Так что не недоучивают хирургов, а хирурги недоучиваются сами. Вообще врач, если он сейчас работает, должен тратить очень много сил на образование. Это сложно.

– Михаил Анатольевич, а правда ли, что хирурги своих родственников не оперируют?

– Когда я «в поле», я на человека не смотрю. Сложнее всего оперировать тех, с кем долго общаешься… Пара пациентов у меня есть, которые прошли через очень много операций, у них длительные сложные пороки развития, они лечились, потом к нам пришли. Я помню одну из своих последних операций по удалению металлофиксатора. Девочка уже ходит, бегает, и мне надо было только пластинку убрать. Очень хорошая девочка, лет 12–13, за амбулаторный период она приходила часто, ей удлиняли конечность. Скорость 1 мм в день и, если надо удлинить на 8–9 см, то пациент 3 месяца с нами, а девочка очень позитивная. Я удаляю металлофиксатор, и отношусь к ней уже как к дочери, и мне тяжело работать. Поэтому, когда оперируешь, не видишь человека, просто надо делать качественно и хорошо работу, иначе будет очень сложно… потому да, я не оперирую родственников… Родственников самому лечить нельзя….

Коллектив отделения травматологии и ортопедии Морозовской ДГКБ

– Может быть, назовете своих учителей? Кому Вы обязаны выбором специальности?

– Мои учителя – это Вахтанг Панкратович Немсадзе, он учитель очень большого поколения детских хирургов, потрясающий человек был, который на нас положил много сил и времени, и Евгений Петрович Кузнечихин. Евгений Петрович жив-здоров, ему огромная благодарность, он и до сих пор нам подсказывает какие-то вещи. Он работал на кафедре Второго медицинского университета и в больнице РДКБ. Он и в Морозовской работал, когда я сюда пришел, мы созванивались, я приезжал к нему, он пожелал успеха и удачи, надеялся, что у меня все получится, очень теплые слова говорил. Так что хирургия – мой осознанный выбор, не самоцель с детства, но специальность – это было мое желание, которое реализовалось. А то, что это будет травматология, это определилось на последних курсах института, когда я встретил Вахтанга Панкратьевича и Евгения Петровича. Эти люди дали мне путевку в жизнь и привлекли в специальность.

– А приходится учить молодежь, демонстрировать свои операции..?

– У нас глобальных секретов нет, но чтобы у тебя за спиной много докторов стояло, это не очень хорошо, есть система трансляции, когда операция транслируется с использованием современных видеоматериалов. Это иногда мы используем, и для студентов, и для докторов. Чаще это эндоскопия, потому что это легко транслируется, и доктора видят то, что у тебя в полости происходит, в колене или в плече, в суставе…

– Скажите немного о планах отделения…

– В планах на этот год у нас в первую очередь переезд в новое здание. Наш новый корпус – он по оборудованию и по оснащению предоставит нам еще больше возможностей комфорта пребывания пациентов с родителями, будут маломестные палаты. В этом корпусе у нас на 3 человека палаты, а в новом корпусе палаты двухместные, есть возможность нахождения мамы с пациентом постоянно, что очень важно для детей. Кроме того, большой спектр оборудования закупался именно для оснащения этого корпуса, это большой пул рентгеновского оборудования, магнитно-резонансная томография, инструменты для малоинвазивной хирургии, в том числе для операций при тяжелых травмах или пороках развития.

Это даст много возможностей для ускорения оказания медпомощи, мы сможем меньше держать пациента в стационаре, получать минимум осложнений, связанных с самим пациентом.

Других планов тоже много, но они узкоспециализированные, связаны с анализом и совершенствованием хирургических методик и инструментов. У каждого из докторов есть свои мысли о том, как сделать ту или иную операцию или манипуляцию проще, быстрее, как сократить ребенку срок в стационаре, послеоперационную боль… Методик много, и каждая из них требует большого анализа.

Есть мысли и мечты запредельные… Вот я думаю, при спинальной грубой деформации возможно ли избежать больших разрезов и использовать малоинвазивные системы. Это далекие планы, каждый день что-то новое привносится в отделение, чтобы сократить объемы хирургического вмешательства. И при этом получить улучшенные результаты.

Малоинвазивная установка спинальной конструкции пациенту с травмой

Размик Кешишян: «Во всех детских травмах всегда виноваты взрослые»

Детских травм в Москве меньше не становится. Какие меры дополнительно нужны в мегаполисе? Выстроена ли сегодня система помощи травмированным детям? Достаточно ли в столице ресурсов? На эти и другие вопросы медицинскому обозревателю газеты ответил главный детский ортопед-травматолог Москвы Размик КЕШИШЯН.

Беседовала Ирина Власова

– Размик Арамович, от чего зависит количество травм у детей в Москве? Что нам говорят цифры о трендах?

– Проблема детского травматизма всегда была актуальна. Несмотря на то что Правительством Москвы, столичными департаментами образования и здравоохранения предпринимаются серьезные меры по профилактике детского травматизма, по статистическим данным, количество травм у детей не снижается. Недавно принято решение по госпитализации в детские отделения пациентов до 18 лет, и, возможно, с этим связано отсутствие значимого статистического снижения травм. И самое печальное, что не сокращается количество тяжелых травм. В Москве до 1000–1200 детей ежегодно получают тяжелые, часто сочетанные травмы, и до 250–300 детей травмируются, падая с высоты, в основном это маленькие дети, выпавшие из окон многоэтажек.

К сожалению, не сокращается количество ДТП с детьми. Сегодня в силу развития инфраструктуры в Москве, появления дополнительных тротуаров и более жестких правил для водителей число ДТП с участием детей-пешеходов уменьшается. Детей стали пристегивать, появились специальные кресла в личных автомобилях и в такси, некоторые роддома даже не выписывают детей, пока не будет переноски для передвижения с новорожденным ребенком. Таким образом, культура поведения на дорогах в столице меняется в лучшую сторону. Это отличные предпосылки для уменьшения тяжелых ДТП. Однако увеличивается частота тяжелых травм у детей-водителей скутеров, мопедов, велосипедов.

Остается в столице много бытового травматизма, причем пострадавшие – дошкольники и младшие школьники. До 3 лет дети чаще других получают ожоги.

Оказание помощи детям с травмой – это всегда тяжелая проблема для всех, это всегда происходит внезапно, и все звенья медпомощи в столице должны быть готовы к этому.

Что касается профилактики, с детьми, конечно, нужно работать, но я искренне убежден, что в каждом случае травматизма ребенка виноват взрослый, который недоглядел, не предупредил, не закрепил, не проверил, не проконтролировал.

Есть еще одна важнейшая проблема. В Москве, несомненно, наблюдается огромный прогресс в организации реанимационной службы, в работе Скорой медицинской помощи, т.е. на так называемом догоспитальном этапе, что позволяет спасать детей с тяжелыми травмами, которые ранее погибали в первые часы и дни. Но на фоне снижения смертности после тяжелых происшествий увеличивается количество детей, которые требуют длительной реабилитации, чтобы они не становились инвалидами и могли социально адаптироваться. То есть необходимо создание продуманной системы восстановительного лечения для детей после острого лечения тяжелых травм.

– Черепно-мозговые травмы у детей тоже участились? Подростковый спорт стал более рискованным?

– Экстремальный спорт популярен у подростков. Да и вообще больше детей занимаются спортом, и это прекрасно. Но любой спорт сопряжен с риском травматизма, и медицинские службы города должны быть к этому готовы. Спортивная травма имеет свои особенности; в зависимости от вида спорта, которым занимаются дети, и развития у них связочного аппарата несколько отличаются и реабилитационные мероприятия. Именно поэтому в городе в ведущих клиниках создаются Центры по лечению спортивной травмы. Эти Центры имеют не только практические, но и научные задачи – по разработке оптимальных методик лечения спортивных травм у детей и подростков. Я надеюсь, что уже в ближайшие годы мы сможем конкурировать или, по крайней мере, сравняться по уровню оказания такой помощи с ведущими западными клиниками. Уже сейчас мы формируем профессиональные связи с такими клиниками и готовы к обмену знаниями и восприятию передового опыта.

– Как организована медпомощь детям с травмами?

– Организация службы по профилактике и лечению травматизма в Москве, несомненно, меняется в лучшую сторону. Обеспечение помощи детям с травмой начинается, как правило, с вызова Скорой помощи и оказания помощи на догоспитальном этапе. За последние годы служба станций Скорой и неотложной помощи совершила колоссальный рывок в положительную сторону. Среднее время прибытия бригады 8–10–11 минут, а часто и меньше, и это мировой показатель. На сегодняшний день все линейные бригады оснащены как реанимационные, в них есть все необходимое оборудование: и следящие системы, и кардиомониторы, и аппараты искусственной вентиляции легких, и инфузоматы, позволяющие проводить лекарственную терапию дозированно. Хорошо оснащена скорая аппаратами связи, им легко связаться со своим центром. Но сегодня мы стараемся внедрить систему, которая позволит Скорой напрямую связываться с дежурной бригадой стационара. В Москве уже нет грубых ошибок и осложнений, проводится более качественное обезболивание, сотрудники владеют методами иммобилизации, как правило, при множественной травме используют вакуумные матрасы, специальные носилки для иммобилизации тела и конечностей. По скорой помощи детям Москва может сравниться с мегаполисами ведущих стран, с Нью-Йорком, к примеру. И по скорости прибытия, и по качеству связи, и по идеологии оказания помощи детям к таким стандартам приблизились. Система сегодня выстроена так, что ни одна ошибка, допущенная на догоспитальном этапе, не может пройти мимо руководства Скорой, контроль и консультации обеспечены. Это большой плюс.

– Что вас тревожит?

– Для Москвы серьезной проблемой является неравномерная загруженность стационаров. Морозовская больница открыла круглосуточный травмпункт в прошлом году, но об этом недостаточно известно населению и Скорой – персонал может провезти мимо данного травмпункта в НИИ неотложной детской хирургии и травматологии или в больницу им. Филатова. Получается, что больные дети где-то в очереди долго ждут приема врача… Конечно, если пострадавший с тяжелой травмой, его быстро переводят в стационарное отделение, но мы говорим о качестве оказания помощи всем, а не только тяжело пострадавшим детям. Ребенок с любой травмой требует помощи, быстрой, часто экстренной и должной по качеству. Коечный фонд Москвы, количество персонала в стационарах при правильной маршрутизации позволят практически ликвидировать очереди в приемных покоях, сделать службу более эффективной как с точки зрения здравоохранения, так и для пациентов, что крайне важно.

В Москве, безусловно, все стационары обеспечены достаточно хорошо. И Морозовская, и НИИ неотложной хирургии, и 9-я Горбольница им. Сперанского, и Филатовская имеют современные операционные блоки, в которых можно провести все виды операций больному с травмой. Весной открывается новый корпус в Морозовской, где будут и травматология, и ортопедия, и травмпункт, и челюстно-лицевая хирургия, и нейрохирургия любой сложности, так что больной получит в максимально короткие сроки высокотехнологичную специализированную медпомощь.

– Но каких-то детей, получивших травмы, и не нужно везти в стационар, так?

– Абсолютное большинство пострадавших получают нетяжелые травмы. Чтобы оказывать помощь тяжелым пострадавшим, должны быть готовы стационары, без этого никак. Для помощи при более легких травмах работает система травмпунктов, куда детей доставляют по Скорой, или родители привозят ребенка. Травмпунктов в Москве 22, но только 4 из них работают при стационарах: в Морозовской, Филатовской больницах, в больнице им. Башляевой и при Институте неотложной детской хирургии и травматологии. Они работают круглосуточно, и это правильно. Многопрофильные больницы св. Владимира и им. Сперанского тоже должны иметь круглосуточные травмпункты.

Проблемы в оставшихся травмпунктах при поликлиниках есть, и с точки зрения организации помощи они достаточно серьезны. По сути дела, оказать там помощь в соответствии с сегодняшними стандартами просто невозможно. Нет должной организации процесса – сам пункт может работать на одном этаже, а рентген – на другом. Это неудобно и вызывает нервозность пациентов и озабоченность персонала. Вторая проблема – в этих травмпунктах нет отлаженной маршрутизации детей с травмой в детский стационар.

С подготовкой кадров для травмпунктов тоже не все просто. Сегодня там некому работать из врачей, поскольку до настоящего времени не разрешено в травмпункте работать детскому хирургу! Он должен дополнительно иметь специальность травматолога-ортопеда. Раньше было правильнее: есть медицинский университет, где есть педиатрический факультет, он готовит детских хирургов, и раньше кафедра называлась «детской хирургии, ортопедии и реанимации». Это позволяло выпускать и детских хирургов, и травматологов-ортопедов. А сегодня в

педиатрии специальности травматолога нет. И детский хирург после ординатуры по детской хирургии должен получать еще одну специальность – травматолога. Вот такой организационный тупик. А взрослому травматологу тяжело работать с новорожденным… психологически сложно… Это вопрос к Минздраву, к системе.

Профессор Александр Юрьевич Разумовский давно бьется, чтобы выпускники возглавляемой им кафедры детской хирургии имели возможность работать в травмпунктах на догоспитальном этапе.

Обсуждается вопрос о соединении детских и взрослых травмпунктов. Теоретически это возможно, но с обязательным включением детских специалистов в штат травмпункта. Опыт показывает, что без достаточной специализации в педиатрии оказать помощь ребенку «взрослым» травматологам крайне затруднительно – сразу увеличивается частота случаев, когда перелом диагностируется неправильно или не диагностируется, выбирается неверная тактика лечения. Как следствие, неудовлетворительные исходы, крайнее и справедливое недовольство пациентов и их родителей.

– Сейчас есть практика, когда ребенку в приемном отделении оказывают помощь, но потом его не госпитализируют, как вы к этому относитесь?

– Сроки пребывания детей в стационарах Москвы несколько завышенные. В среднем они составляют 5–7 дней, и многие дети не нуждаются и в столь длительном пребывании в стационаре. Большой объем помощи дети должны получать в травмпунктах или в приемном отделении, но без последующей госпитализации, это совсем не обязательно в несложных случаях.

– Может быть, «ставить на ноги» ребенка нужно в другом месте?

– Я уже говорил, что есть очень большая проблема с реабилитацией пациентов. Улучшение работы реаниматологов привело к тому, что те дети, которые раньше погибали от тяжелых травм, теперь выживают, но, к сожалению, остаются инвалидами. Как разгрузить стационары от длительного пребывания в них детей-инвалидов, которым медицинская стационарная помощь уже не нужна? При травматизме должна соблюдаться этапная медпомощь! Профилактика, догоспитальная помощь, стационарная для тяжелых пациентов, после этого следует перевод или в санаторий для медреабилитации, или в реабилитационные центры, куда эти дети могли бы приходить и получать специализированную реабилитацию. Этот вопрос сегодня плохо и недостаточно организован. Прооперировали, выписали с рекомендациями, чего нельзя делать, к примеру, нельзя давать осевую нагрузку на конечность. Но ребенок должен получать реабилитацию, а где? В поликлинике нет такой службы. Специалистов-реабилитологов сегодня недостаточно. Реабилитация детей-инвалидов после черепно-мозговых травм с большим неврологическим дефицитом сегодня тоже не организована на должном уровне. Вся тяжесть падает на семьи, которые абсолютно не знают, что с такими детьми делать… Хорошо работает эта служба только в Институте детской неотложной хирургии. Их опыт должен широко обсуждаться для решения вопроса о создании системы восстановительного лечения после травм.

– Все-таки не миновать вопроса о ресурсах. Много ли Москва тратит ресурсов на пострадавших детей-«немосквичей»?

– Вопрос с лечением приезжих сложный. Насколько это затратно по времени, кадровым ресурсам и бюджету, видно по работе больницы им. Башляевой. В их травмпункт и стационар поступает большое количество детей из Московской области, и очень часто это не граждане РФ. Это большая проблема, и до настоящего времени дети мигрантов оказываются без полиса медицинского страхования, и за медпомощь им нет финансового возмещения.

Для граждан РФ, проживающих не в столице, лечение в Москве – это только вопрос финансовых отношений и возмещений с регионами. При сокращении койко-дня в московских стационарах могут быть высвобождены койки для лечения тяжелых травмированных детей из регионов. Что скрывать, возможности московских больниц значительно выше. В принципе, и коек может быть достаточно при условии дальнейшего совершенствования этапности и системы оказания помощи детям после травмы, о чем мы уже подробно говорили, и четкости взаиморасчетов с регионами.

– Не могу не спросить про ортопедию. Военкомы ежегодно утверждают, что подростки становятся все слабее и «кривее»…

– Что касается ортопедии, то здесь проблем даже больше, чем в травматологии. Когда травматолог работает с тяжелой травмой, проводит активное хирургическое вмешательство, он всегда должен помнить об исходе, о том, что все возможные осложнения достанутся ортопеду. В принципе, было бы желательно, чтобы травматологи и ортопеды работали «в связке».

Другое дело, что у ребенка могут быть врожденные или приобретенные пороки, нарушения осанки, связанные с генетическими заболеваниями, сочетанной патологией, поражением органов кроветворения. Это чисто ортопедические проблемы. С ортопедической патологией работают в Филатовской больнице, в Морозовской больнице, в больнице св. Владимира. «Достаточно ли этих коек?» – это вопрос статистики, организации. Требуется взвешенный анализ всех проблем ортопедии для того, чтобы качественно улучшить саму систему оказания ортопедической помощи детям в Москве с возможностью помогать в этих вопросах и регионам.

Дети и подростки более слабые? Я не убежден, что поколение детей сейчас более слабое, я думаю, что диагностика стала более точная, объективных методов стало больше, которые позволяют диагностировать те патологии, которые медики ранее не выявляли. Но ведь вопрос не в диагностике как таковой, а в своевременной коррекции, подготовке детей к «взрослой» жизни, к службе в армии, развитии детей, их оздоровлении в самом широком смысле этого понятия. И пусть это высокие слова, но для окончания нашего разговора уместные. Ведь сильные, крепкие, здоровые дети – это наша цель, независимо от врачебной специализации. Они – будущее страны.

НОВОСТИ

Петербургские дети пьют средства от засоров и глотают батарейки

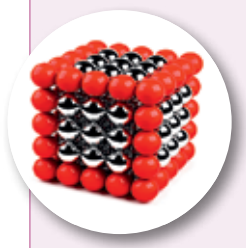
Дети попадают в реанимацию из-за выпитых отбеливателей, проглоченных магнитов и закапанных в нос глазных капель. В прошлом году из-за выпитой бытовой химии в ДГБ №5 госпитализировали 122 маленьких пациента, 20 из них спасали в реанимации. Но число ЧП, происходящих по недосмотру родителей, растет: с начала года в токсикологическом отделении ДГБ №5 пролечили уже 69 детей. Каждый день с различными отравлениями в больницу госпитализируют в среднем пять пациентов. Смертельных случаев отравлений за последние два года не было. В отделении реанимации, куда поступают около 15% всех пациентов с отравлением, используются все современные методы экстракорпоральной детоксикации – гемодиализ, гемофильтрация, гемосорбция, плазмоферез, перитонеальный диализ.

«Фанта» для травли насекомых

Средства для чистки труб и унитазов, щелочные растворы для мытья пола, отбеливатели – почти весь ассортимент хозяйственных магазинов становится причиной отравлений петербургских детей. В прошлом году в Детской городской больнице №5 лечили 122 ребенка, выпивших щелочные растворы, в том числе средства для чистки унитаза. Более двадцати из них спасали в реанимации. С каждым годом число таких ЧП, происходящих по недосмотру родителей, растет, рассказали «Доктору Питеру» в ДГБ №5. По сравнению с 2015 годом в ДГБ №5 число пострадавших выросло почти на 40 процентов. В основном это малыши в возрасте до 3 лет. Трагедии происходят в благополучных семьях. При этом родители уверяют врачей, что держали средства под замком. Самые опасные отравления – бензином и керосином.

– При рвоте вещества на основе нефтепродуктов могут попасть в дыхательные пути и вызвать тяжелейшую аспирационную пневмонию. Единичные случаи отравления детей бензином, к сожалению, случаются ежегодно, – рассказал заведующий отделением реанимации Виталий Казиахмедов.

В очень тяжелом состоянии дети оказываются в реанимации и при отравлении фосфорорганическими средствами (для травли насекомых). В минувшем году в ДГБ №5 спасли двух таких пациентов. «Как мне известно, эти средства давно уже не продаются в магазинах, – отмечает Виталий Казиахмедов. – Но дети продолжают ими травиться. Последнее ЧП случилось этой осенью. Двухлетний ребенок отравился оранжевой жидкостью в бутылке, похожей на «Фанту», он нашел ее в чулане. Оказалось, это карбофос».



Магнитная эпидемия

Спасать в реанимации приходится и детей, проглотивших батарейки и магниты. Дети тянут в рот круглые и плоские батарейки размером с пуговицу. При этом родители зачастую обращаются к врачам поздно, когда батарейка уже «прикипает» к пищеводу. Ребенок может пить и есть жидкие продукты, но у него появляются проблемы с прохождением твердой пищи. «Из-за проглоченной батарейки в пищеводе ребенка возникает химический ожог и появляется риск перфорации пищевода», – объясняет Виталий Казиахмедов. В прошлом году в ДГБ №5 спасали около тридцати детей, проглотивших миниатюрные батарейки.

Бич последних лет – развивающие игрушки, сделанные из суперсильного неодимового магнита. Из маленьких намагниченных шариков можно делать разные причудливые фигурки. Из-за них маленькие петербуржцы оказываются в реанимации. И если пять лет назад это были единичные случаи, то в 2016 г. из-за магнитов в ДГБ №5 попали около двадцати детей.

– Магниты «Неокуб» – такая же катастрофа, как и батарейки. Несмотря на то, что мы проводим разъяснительную работу и везде говорим об их опасности для маленьких детей, число пострадавших только растет, – говорит Виталий Казиахмедов.

В реанимацию из-за «Нафтизина»

Новости об отравлениях детей лекарствами стали появляться в петербургских СМИ практически ежедневно. В 2015 г. в ДГБ №5 спасали 409 детей, а в 2016 г. – уже 487. У врачей точного объяснения этой тенденции нет. Они допускают, что причина – в росте детского населения. Большинство происшествий – это «случайные» отравления из-за самолечения или недосмотра родителей.

– Родители путают созвучные препараты или дают детям лекарства, предназначенные для взрослых. Например, часто происходят отравления «Нафтизином». Мама не знает, что состав детских и взрослых капель существенно отличается: в растворе для детей содержание нафазолина составляет 0,05%, а в растворе для взрослых – уже 0,1%. В итоге – передозировка, которая влияет на сердечно-сосудистую систему так, что дети могут попасть в реанимацию. Бывают случаи, когда глазные капли путают с назальными или настойки для наружного применения с этанолом дают детям в качестве микстур.

Источник: Доктор Питер

КАЛЕНДАРЬ МЕРОПРИЯТИЙ ПЕДИАТРА НА 2017 ГОД

Дата	Место проведения	Мероприятие	Контактная информация
23–25 марта	Орландо, Флорида, США	10-й Ежегодный всемирный конгресс по педиатрии	http://pediatrics.conferenceseries.com E-mail: pediatrics@pediatricsconferences.com
23–25 марта	Орландо, Флорида, США	2-й Ежегодный конгресс по педиатрической гастроэнтерологии и нутрициологии	http://pediatricgastroenterology.conferenceseries.com E-mail: pediatricgastroenterology@pediatricsconferences.com
24–26 марта	Москва, ул. Саморы Машела, 1, ННПЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева	Международная Конференция по респираторной поддержке в педиатрии и неонатологии	http://www.group-primus.com/kopiya-slyot-laboratornoj-sluzhby Тел.: +7-831-410-90-11 E-mail: info@group-primus.com
30 марта – 1 апреля	Амстердам, Нидерланды	4-й Всемирный конгресс по контраверсиям в педиатрии (CoPedia 2017)	http://congressmed.com/copedia E-mail: copedia@congressmed.com
18–19 апреля	Лондон, Великобритания	11-й Всемирный конгресс по кардиологии и врожденным заболеваниям сердечно-сосудистой системы в педиатрии	http://pediatriccardiology.conferenceseries.com/europe E-mail: pediatriccardiologists@pediatricsconferences.org
20–21 апреля	Санкт-Петербург, пл. Победы, 1, Бизнес-центр отеля «Парк-Инн Пулковская»	11-й Российский форум с международным участием «Здоровье детей: профилактика и терапия социально-значимых заболеваний»	http://www.pediatriya-spb.ru Тел.: +7-911-848-66-97 E-mail: conference@pediatriya-spb.ru
20–21 апреля	Казань, Республика Татарстан	Евразийский конгресс «Стоматологическое здоровье детей в XXI веке»	Тел.: +7-903-341-46-47 E-mail: dzinecker@mail.ru
6–9 июня	Лиссабон, Португалия	28-й Ежегодный съезд Европейского общества интенсивной терапии в педиатрии и неонатологии (ESPNIC 2017)	http://espnic2017.kenes.com/ E-mail: reg_espnic17@kenes.com
7–10 июня	Вильнюс, Литва	14-й Европейский конгресс по детской и подростковой гинекологии (EURAPAG 2017)	www.eurapag2017.eu E-mail: info@eurapag2017.eu
14 июня	Москва, ул. Новый Арбат, 36, здание Правительства Москвы	8-я Научно-практическая конференция «Современные вопросы педиатрии»	http://www.medq.ru Тел.: +7-495-614-40-61 E-mail: info@medq.ru
22–25 июня	Рим, Италия	Всемирный саммит по педиатрии (WSP 2017)	http://www.wsp-congress.com E-mail: wsp2017@mci-group.com
29–30 июня	Лондон, Великобритания	2-я Международная конференция по педиатрической хирургии	http://pediatricsurgery.conferenceseries.com E-mail: pediatricsurgery@pediatricsconferences.org
29–30 июня	Куала-Лумпур, Малайзия	2-й Ежегодный съезд по педиатрической нефрологии	http://pediatricnephrology.conferenceseries.com E-mail: pediatricnephrology@insightconferences.com
29 июня – 1 июля	Лондон, Великобритания	11-я Международная конференция по клинической педиатрии	http://clinicalpediatrics.conferenceseries.com E-mail: clinicalpediatrics@pediatricsconferences.org
6–9 июля	Чикаго, США	13-й Всемирный конгресс по педиатрической дерматологии (WCPD 2017)	http://wcpd2017.com/ E-mail: info@pedsderm.net

7–9 июля	Лион, Франция	3-я Конференция Международной ассоциации неонатологов (INAC 2017)	http://2017.worldneonatology.com E-mail: secretariat@worldneonatology.com
16–21 июля	Барселона, Испания	7-й Всемирный конгресс по педиатрической кардиологии и кардиохирургии (WCPCCS 2017)	http://wcpccs2017.org E-mail: secretariat@wcpccs2017.org
28–30 августа	Филадельфия, США	12-й Ежегодный педиатрический медицинский конгресс	http://pediatricemergencymedicine.conferenceseries.com/ E-mail: pediatricemergencymedicine@conferenceseries.com
1–3 сентября	Прага, Чехия	13-я Европейская педиатрическая конференция	http://pediatrics.conferenceseries.com/europe E-mail: europediatrics@pediatricsconferences.com
13 сентября	Москва	9-я Научно-практическая конференция «Современные вопросы педиатрии»	http://www.medq.ru Тел.: +7-495-614-40-61 E-mail: info@medq.ru
20–22 сентября	Барселона, Испания	3-й Международный съезд по неинвазивной вентиляции легких в педиатрии и неонатологии	http://espnic-online.org/Media/Files/2017NIVProgram E-mail: aula@sjdhospitalbarcelona.org
25–27 сентября	Чикаго, США	3-й Ежегодный саммит по педиатрической кардиологии и пульмонологии	http://pediatriccardiology.conferenceseries.com E-mail: pediatriccardiology@pediatricsconferences.com
28–29 сентября	Дубай, ОАЭ	10-й Всемирный педиатрический конгресс	http://pediatriccongress.conferenceseries.com E-mail: pediatriccongress@pediatricsconferences.org
11–13 октября	Ноттингем, Великобритания	31-й Ежегодный научный съезд Ассоциации интенсивной терапии в педиатрии (PICS 2017)	http://www.picsmeeting.com E-mail: picsuk@indexcommunications.com
12–13 октября	Санкт-Петербург, пл. Победы, 1, отель «Парк Инн Пулковская»	Всероссийский ежегодный конгресс «Инфекционные болезни у детей: диагностика, лечение и профилактика»	Тел.: +7-812-380-31-52 E-mail: welcome@congress-ph.ru
12–15 октября	Любляна, Словения	Конгресс Европейской ассоциации педиатрии (EAP 2017)	http://2017.eapcongress.com E-mail: congress@eapaediatrics.eu
19–20 октября	Атланта, США	2-й Ежегодный конгресс по детскому питанию и развитию (ICND 2017)	http://pediatricnutrition.conferenceseries.com E-mail: pediatricnutrition@pediatricsconferences.org
26–29 октября	Белград, Сербия	13-й Всемирный конгресс по перинатальной медицине (WCPM 2017)	http://www.wcpm2017.com E-mail: office@wcpm-2017.com
31 октября – 4 ноября	Венеция, Италия	2-й Конгресс Объединенной европейской неонатальной ассоциации (jENS)	http://www.jens2017.eu E-mail: info@jens2017.eu
Ноябрь	Москва	III Московский Городской Съезд педиатров «Трудный диагноз» в педиатрии»	http://www.pediatr-mos.ru Тел.: +7-495-722-64-20 E-mail: mail@interforum.pro
8–9 ноября	Самара, ул. Алексея Толстого, 99, отель «Холидей Инн»	Межрегиональный научно-образовательный форум «Детский врач. Инновации. Наука. Практика»	http://kongressexpo.ru Тел.: +7-846-201-18-08 E-mail: kongressexpo@kongressexpo.ru
Декабрь	Москва, ул. Новый Арбат, 36, здание Правительства Москвы	Научно-практическая конференция «Эндокринологические аспекты в педиатрии»	http://imfd.ru Тел.: +7-499-750-07-27 E-mail: info@imfd.ru
Декабрь		16-й Конгресс детских инфекционистов России	Тел.: +7-499-236-25-51 E-mail: ch-infection@mail.ru
2–5 декабря	Шэньчжэнь, Китай	10-й Всемирный конгресс Международного общества по детским инфекционным болезням (WSPID 2017)	http://lp.www2.kenes.com/wspid_2017
4–6 декабря	Мадрид, Испания	20-я Международная конференция по неонатологии и перинатологии	http://neonatology.conferenceseries.com E-mail: neonatology@pediatricsconferences.com

Коморбидная патология в практике врача-педиатра – особенности диагностики и тактики ведения

Многие века назад поколения врачей пропагандировали целесообразность комплексного подхода в выявлении болезни и исцелении больного, однако современная медицина, отличающаяся обилием диагностических методик и разнообразием лечебных процедур, потребовала конкретизации.

А.Г. Муталов, д.м.н., профессор, директор Центра непрерывного профессионального образования «Института дополнительного профессионального образования в сфере здравоохранения» (Уфа)

«Не должно лечить болезнь по одному только ее имени, не должно лечить и самой болезни, для которой часто и названия не находим, не должно лечить и причины болезни, которые часто ни нам, ни больным, ни окружающим не известны, ибо давно уже удалились от больного и не могут быть устранены, должно лечить самого больного, его состав, его органы, его силы».

М.Я. Мудров

Известно, что в медицинской практике врачам часто приходится лечить больных с сочетанием нескольких заболеваний и синдромов. Такие ситуации обусловлены высокой распространенностью болезней и их тесными патогенетическими взаимосвязями. Например, с одной стороны, повышение АД приводит к почечной недостаточности, а с другой – снижение функции почек способствует развитию артериальной гипертензии (АГ). Сочетанная патология создает новую клиническую ситуацию, требующую учета ее особенностей при выборе лекарственных средств. Препарат, эффективный при одном заболевании, может привести к существенному ухудшению сопутствующей патологии или, наоборот, хорошо помогает при обоих заболеваниях. Исследований особенностей диагностики и лечения сочетанной патологии проведено мало. В этой связи она представляет практически важную и мало изученную область медицины.

В 1970 г. A.R. Feinstein – выдающийся американский врач, исследователь и эпидемиолог предложил понятие «коморбидность». Явление коморбидности он продемонстрировал на примере соматических больных острой ревматической лихорадкой, обнаружив худший прогноз у пациентов, страдающих одновременно несколькими заболеваниями.

Первоначально термин «коморбидность» стал широко применяться в психиатрии в связи с различиями депрессивных и тревожных расстройств из-за постоянного сочетания симптомов обеих групп, которое часто затрудняет их отнесение к тем или иным расстройствам. Так же как у взрослых изучались случаи коморбидности соматических и психических нарушений у детей. Было показано, что психическая коморбидность присутствует у 13,6% детей. Затем этот термин использовался для клинических ситуаций сочетания психических и соматических расстройств. В скором времени после открытия «коморбидность» была выделена в качестве отдельного научно-исследовательского направления в разных отраслях медицины. Понятие «коморбидность» со временем видоизменялось в «полиморбидность», «мультиморбидность», «полипатию», «двойной диагноз», «соболезненность», «плюрипатологию», но суть оставалась прежней. В настоящее время общепринятая терминология коморбидности отсутствует. Некоторые авторы противопоставляют друг другу понятия коморбидности и мультиморбидности, определяя первую как множественное наличие заболеваний, связанных доказанным единым патогенетическим механизмом, а вторую – как наличие множественных заболеваний, не связанных между собой доказанными на настоящий момент патогенетическими механизмами. Другие утверждают, что мультиморбидность есть сочетание множества хронических или острых болезней и медицинских состояний у одного человека, и не делают ударения на единство или разность их патогенеза.

Принципиальное уточнение термину дали H.C. Kraemer и M. Van den Akker, определив коморбидность как сочетание у одного больного двух и/или более хронических заболеваний, патогенетически взаимосвязанных между собой или совпадающих по времени у одного пациента вне зависимости от активности каждого из них. Однако наибольшую известность получило следующее определение: коморбидность (с лат. – «*co*» – вместе + *morbus* –болезнь) – наличие дополнительной клинической картины, которая уже существует или может появиться самостоятельно, помимо текущего заболевания, и всегда отличается от него.

Сегодня существует 12 общепризнанных методов измерения коморбидности. Наиболее часто для оценки коморбидности используется система CIRS (Cumulative Illness Rating Scale), предложенная B.S. Linn в 1968 г. Эта методика явилась революционным открытием, т.к. дала возможность практическим врачам оценивать количество и тяжесть хронических заболеваний в структуре коморбидного статуса их пациентов. Система CIRS оценивает коморбидность по сумме баллов, которая может варьировать от 0 до 56. При этом максимальные результаты не совместимы с жизнью больных. Среди существующих сегодня систем оценки коморбидности наибольшего внимания заслуживают шкала ICED и индекс Charlson, предложенный для оценки отдаленного прогноза больных в 1987 г. профессором M. Charlson, модифицированный R.A. Deyo в 1992 г.

Вместе с тем, несмотря на разнообразие методов оценки коморбидности, вызывает обеспокоенность отсутствие единого общепринятого способа ее измерения, лишенного недостатков существующих методик, что делает общедоступные системы оценки коморбидности невостребованными в практическом здравоохранении. Назрела отчетливая необходимость в создании универсального инструмента, позволяющего врачу любой специальности оценивать структуру, тяжесть и возможные последствия коморбидности с целью проведения целенаправленного обследования больных и назначения им адекватной терапии.

Чаще других с коморбидностью сталкиваются врачи общей практики и терапевты. Но, как видно из научных работ, опубликованных в последнее время, кроме терапевтов и врачей общей практики с проблемой коморбидности весьма часто сталкиваются педиатры. В клинике детских болезней практически всегда педиатр выявляет более одного заболевания. Современные параклинические методы исследования нередко позволяют выявить у ребенка совсем не те патологические состояния или процессы, по поводу которых он поступил в клинику.

В последние годы активно проводятся исследования, посвященные изучению коморбидности в педиатрической практике. В настоящее время описана коморбидная патология (КП) в детской психиатрии, гастроэнтерологии, кардиологии. Эта проблема обратила на себя внимание и специалистов, работающих

Группы коморбидности

Причинная – обусловлена параллельным повреждением органов и систем, вызванных единым патологическим фактором (например, поражение внутренних органов при алкоголизме).

Осложненная – появляется как результат основного заболевания, которое в той или иной степени разрушает так называемые органы-мишени (например, хроническая почечная недостаточность, появившаяся вследствие диабетической нефропатии (при СД 2 типа); инфаркт (или инсульт), развившийся на фоне гипертонического криза при АГ).

Ятрогенная – причина появления – вынужденное негативное воздействие диагностики или терапии на больного при условии, если опасность какой-либо медицинской процедуры установлена и известна заранее (например, остеопороз (хрупкость костей), который развивается вследствие применения гормональных препаратов (глюкокортикостероидов); при химиотерапии, которая может стать причиной развития лекарственного гепатита у больного).

Неуточненная – предполагается наличие единых механизмов развития болезней, составляющих общую клиническую картину, но для подтверждения этого тезиса требуется проведение определенных исследований (например, у больного, страдающего АГ, может развиться эректильная дисфункция; наличие эрозий и язв на слизистой оболочке верхних отделов пищеварительного тракта у пациентов, имеющих сосудистые заболевания).

«Случайная» – например, сочетание у больного хронической ишемической болезни сердца и наличия камней в желчном пузыре (желчнокаменная болезнь).

с детьми первых лет жизни. В частности, в научной литературе представлены работы, посвященные КП у детей раннего возраста с септальными врожденными пороками сердца, бронхолегочной дисплазией, врожденной патологией опорно-двигательного аппарата.

Традиционно в отечественной педиатрии клинический диагноз включает в себя основное заболевание (ОЗ) и его осложнения, а также сопутствующее заболевание. Основными могут быть несколько конкурирующих тяжелых заболеваний. Конкурирующие заболевания – это имеющиеся одновременно у больного нозологические формы, взаимонезависимые по этиологии и патогенезу, но в равной мере отвечающие критериям ОЗ. При этом выявленные педиатром сопутствующие заболевания – это случайная коморбидность, т.е. случайное сочетание любой болезни с основной.

К сожалению, так называемые узкие специалисты крайне редко обращают внимание на сосуществование у одного больного целого спектра болезней и преимущественно занимаются лечением профильного заболевания. В существующей практике урологи, гинекологи, оториноларингологи, офтальмологи, хирурги и другие специалисты зачастую выносят в диагноз лишь «свое» заболевание, отдавая поиск сопутствующей патологии «на откуп» другим специалистам. Негласным правилом любого профильного отделения стала консультативная работа терапевта и педиатра, взявшего на себя синдромальный анализ пациента, а также формирование диагностической и лечебной концепции, учитывающей потенциальные риски больного и его отдаленный прогноз.

Доказано, что при наличии коморбидности для постановки правильного диагноза больному необходимо соблюсти определенные правила: в диагнозе выделяются ОЗ, фоновые заболевания (ФЗ), осложнения и сопутствующие патологии. То есть среди «букета» заболеваний необходимо прежде всего определить ту болезнь, которая требует первоочередного лечения, так как она угрожает жизни пациента, снижает его трудоспособность или же может спровоцировать опасные осложнения. Бывает так, что ОЗ не одно, а несколько. В таком случае говорят о конкурирующих заболеваниях, т.е. болезнях, протекающих у больного одновременно, взаимонезависимых по механизму возникновения.

Фоновые патологии осложняют течение ОЗ, усугубляют ситуацию, делают ее более опасной для здоровья и жизни пациента, способствуют развитию различных осложнений. ФЗ, как и основное, требует незамедлительного лечения. Осложнения ОЗ связаны с ним по патогенезу (механизму возникновения) и могут привести к неблагоприятному исходу, в некоторых случаях даже к смерти пациента. Сопутствующие болезни – это все остальные патологии, не связанные с ОЗ и, как правило, не влияющие на его течение.

Так, поведенческие отклонения при синдроме Туретта у подростков представляются в некоторых работах как коморбидность: синдром дефицита внимания и гиперактивности, депрессия, проблемы с обучением. Соматическая патология у детей, ассоциированная с отклонениями в поведении и симптомами гиперактивности, также рассматривается как коморбидность, и у больных с соматическими болезнями рекомендуется попытаться выявить психические отклонения. Делается попытка разработать прогностическую (prediction) модель и для педиатрической коморбидности.

Прогноз коморбидных заболеваний (КЗ) во многом связан с особенностями поведения самого пациента, его комплаентности и может быть в значительной степени скорректирован с помощью мер превентивной медицины. Хорошие знания врача и хорошее владение методами скрининга, профилактических мероприятий и диспансерного наблюдения пациентов позволяют добиться наилучших результатов не только в увеличении длительности, но и в улучшении качества жизни пациентов с коморбидной патологией.

Коморбидность оказывает влияние на прогноз для жизни, повышая вероятность летального исхода. Наличие КЗ способствует увеличению вероятности инвалидизации, препятствует проведению реабилитации, увеличивает число осложнений, особенно после хирургических вмешательств. Другой аспект коморбидности, требующий всестороннего изучения, – это влияние этого клинического феномена на длительность пребывания больного на больничной койке, стоимость диагностических и лечебных мероприятий.

КЗ требуют значительного увеличения медицинских ресурсов. Коморбидность представляет серьезную проблему для здравоохранения, т.к. лечение нескольких заболеваний требует увеличения расходов и затруднительно в условиях продолжающейся узкой специализации лечебных учреждений и подразделений.

Проблема ведения пациентов с коморбидными состояниями сложна, и многие вопросы, связанные с коррекцией рекомендуемых доз препаратов, окончательно не решены. Практикующим врачам необходимо осмысленно подходить к данной клинической проблеме, учитывая особенности клинического течения заболеваний, а также обращать внимание на переносимость и безопасность лекарственных средств, даже в пределах одного класса, исходя из доказательной базы и наличия дополнительных фармакологических эффектов. Адекватное комбинированное назначение лекарственных препаратов больным с коморбидными состояниями даст возможность не только предотвратить прогрессирование каждого из заболеваний, но и улучшить отдаленный прогноз.

Учитывая, что повышение числа назначаемых медикаментов увеличивает риск побочных эффектов, важно выработать оптимальную стратегию ведения больных с КП. Пока не удается создать препараты, лишенные побочных эффектов, а сочетанные заболевания требуют назначения большего числа медикаментов, что, соответственно, повышает риски лекарственных осложнений.

Лечить несколько заболеваний можно последовательно или параллельно. Последовательная стратегия подходит больше для ситуаций, когда одно заболевание вызывает другое. В противном случае часто приходится лечить оба заболевания одновременно. Одновременное лечение заболеваний может осуществляться как одним врачом, так и группой специалистов, объединенных в команду или нет. При этом задача каждого врача – видеть клиническую картину в целом. Такой подход, в частности, снижает вероятность тяжелых побочных эффектов при выборе фармпрепаратов: врачи могут и должны учитывать их сочетаемость при одновременном лечении сразу нескольких патологий. Также необходимо помнить, что одновременное назначение большого количества лекарственных препаратов делает невозможным контроль эффективности терапии, увеличивает материальные затраты пациентов, а поэтому снижает их комплаенс (приверженность к лечению).

Кроме того, при лечении нескольких заболеваний подбор медикаментов может вызвать затруднения в учете взаимовлияния различных лекарственных препаратов и способствует резкому возрастанию вероятности развития местных и системных нежелательных побочных эффектов лекарственных препаратов. Эти побочные эффекты не всегда принимаются врачами во внимание, поскольку расцениваются как проявление одного из факторов коморбидности и влекут за собой назначение еще большего количества лекарственных препаратов, тем самым замыкая «порочный круг». Понятие коморбидности может помочь в диагностическом процессе, а нацеленность на лечение первопричины цепочки последовавших болезней поможет избежать полипрагмазии, которая, как это ни прискорбно, пришла и в педиатрию.

Необходимо помнить, что многие препараты имеют сложный механизм действия, связанный с различными органами и тканями. Так, при значительном нарушении функции почек и печени необходимо изменять дозы препаратов, преимущественно выводящихся через почки или метаболизирующихся в печени. Так, у пациентов с внебольничной пневмонией коморбидность с другими заболеваниями внутренних органов ассоциируется с повышением риска осложнений и летальности, что требует более активной антибактериальной терапии, лечение гипертиреоза тиреостатическими препаратами требует учета повышенного риска нейтропении у пациентов, применяющих ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента.

Таким образом, оказание медицинской помощи пациентам с КП требует от врача особого внимания, определенной тактики и стратегии. Предложенные подходы позволят предупредить нежелательные медико-социальные последствия, возникающие при сочетанной патологии. Как показывают анализ научной литературы и накопленные за последние годы разработки по диагностике и лечению ОЗ на ранних стадиях, развитие регистров, более углубленное понимание патогенеза отдельных нозологий с созданием современных классификационных и диагностических критериев, в настоящее время созданы все предпосылки для более глубокого изучения проблемы коморбидности, выявления клинических и лекарственных взаимодействий внутри нее, а также определения ее вклада в клиническую медицину.

В заключение хотелось бы отметить, что коморбидность – развивающаяся научно-практическая проблема, которая может быть детализирована по каждой медицинской специальности. Влияние КП на клинические проявления, диагностику, прогноз и лечение многих заболеваний многогранно и индивидуально. Взаимодействие заболеваний, возраста и лекарственного патоморфоза значительно изменяет клиническую картину и течение основной нозологии, характер и тяжесть осложнений, ухудшает качество жизни больного, ограничивает или затрудняет лечебно-диагностический процесс.

Научный и прикладной междисциплинарный потенциал изучения коморбидности позволяет использовать не только опыт, накопленный клиницистами за последние годы, но и методы лечения, основанные на достижениях современной медицины и предназначенные для улучшения исходов терапии. Изучение коморбидности в педиатрии с точки зрения междисциплинарного взаимодействия также позволит оптимизировать расходы на педиатрическую службу, а в перспективе улучшить качество оказания медицинской помощи детскому населению.

Методика ведения коморбидного пациента врачом

I этап – тщательный сбор жалоб и анамнеза по всем заболеваниям; учет и оценка факторов риска; оценка стадии эволюции коморбидности.

II этап – вычленение при формулировке диагноза основного заболевания, сопутствующих заболеваний и ассоциированных с ними состояний; проведение консультаций или совместных осмотров с врачами-специалистами (кардиолог, гастроэнтеролог, пульмонолог, уролог, эндокринолог, хирург и другие по показаниям).

III этап – выявление вызванных заболеваниями изменений в системах и органах, для чего необходимо проведение диагностических мероприятий (если они не были проведены ранее – на предыдущих этапах).

IV этап – качественное и количественное определение индивидуального суммарного риска с использованием общепринятых тестов и шкал по заболеваниям.

V этап – разработка (выбор) тактики лечения. На этом этапе перед врачом стоят следующие задачи:

- интегральное уменьшение выраженности всех симптомов и синдромов, сопутствующих имеющимся заболеваниям путем подбора терапии с исключением полипрагмазии;
- снижение суммарного риска заболеваний;
- повышение качества жизни пациентов.

VI этап – диспансерное наблюдение пациента врачом участковым педиатром (терапевтом), врачом общей практики или врачом-специалистом, предупреждение прогрессирования имеющейся патологии, реализация программ вторичной профилактики и медицинской реабилитации.

Назад в будущее: от антибиотикотерапии – к фитотерапии

В 2017 году XVIII Съезд педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии» с международным участием был посвящен 90-летию профессиональной ассоциации детских врачей страны и проходил в течение трех дней — с 17 по 19 февраля. На одной из сессий участники съезда обсуждали возможности преодоления глобальной мировой проблемы — антибиотикорезистентности.

Людмила Боева, фото Олега Кирюшкина.

Научную сессию, посвященную рациональной антибиотикотерапии, открыла заместитель директора ФГАУ «Научный центр здоровья детей» Минздрава РФ, директор НИИ педиатрии ФГАУ НЦЗД Минздрава РФ, заведующая кафедрой аллергологии и клинической иммунологии педиатрического факультета Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, заведующая кафедрой факультетской педиатрии педиатрического факультета РНИМУ

Лейла Сеймуровна Баранова-Намазова

им. Н.И. Пирогова, д.м.н., профессор, академик РАН Лейла Сеймуровна Баранова-Намазова. Прежде всего она обратила внимание аудитории на мнения российских родителей, которые были проанализированы после проведенного опроса: они выразили свое негативное отношение к частому назначению антибиотиков с просьбами «назначать что-нибудь натуральное или фитопрепараты». «Учитывая огромный уровень самолечения, характерный для нашего населения, тема научной обоснованности применения растительных препаратов заслуживает определенного внимания, – сказала академик Л.С. Баранова-Намазова. – Более того, сегодня даже существует специальная стратегия ВОЗ по данному вопросу».

Докладчик сообщила, что такие изменения во взглядах на лечение у организаторов здравоохранения возникли не на пустом месте: с каждым годом растет число государств, где уже действуют национальные институты, изучающие народную медицину. Например, по запросу «фитотерапия» в международной электронной библиотеке PubMed/Medline можно увидеть огромное число публикаций: за последние 5 лет их число достигло 3100 работ, и оно продолжает расти, подчеркнула докладчик.

«В этих работах, безусловно, присутствуют социальные и культурологические особенности, – заметила Л.С. Баранова-Намазова. – К примеру, в них отмечено, что народную медицину и фитопрепараты предпочитает часть общества, имеющая более низкий образовательный ценз. Однако при этом необходимо видеть четкую разницу в том, какие из этих препаратов используются обоснованно, а какие – нет». Растущую у многих приверженность к здоровому образу жизни докладчик также отметила как повод для выбора фитопрепаратов. И наряду с ней – низкую стоимость этих средств в аптеках.

Кроме того, по словам докладчика, сегодня особенно сильна и ярко выражена пропаганда альтернативных методов лечения. «Но здесь, к сожалению, мы часто слышим голоса не наших союзников, а противников, – отметила профессор Л.С. Баранова-Намазова. – И чаще всего такими пропагандистами выступают враги вакцинации, пытаясь найти ненужные связи в абсолютно очевидной теме применения натуральных продуктов, фитопрепаратов и антивакцинального лобби».

«Мы так много сил прилагаем к тому, чтобы создать нечто искусственное, синтетическое, технологически далекое от натурального мира, что часто совсем не видим тех возможностей, которые дает природа. К примеру, человечество уже давно и безуспешно пытается изобрести вакцину от малярии, но при этом один из самых эффективных антималярийных препаратов, на протяжении многих лет доказывающих свою эффективность, имеет растительное происхождение», – резюмировала докладчик.

Тему современной фитотерапии в педиатрии продолжил доктор естественных наук, председатель правления компании «Бионорика АГ», профессор Михаэль Попп (Ноймаркт,

Михаэль Попп

Германия), предложивший коллегам перейти от традиций к доказательствам. Он рассказал о нескольких плацебо-контролируемых исследованиях, проведенных компанией, в которых оценивалась эффективность и безопасность фитолечения у нескольких тысяч пациентов. Помимо доказательств эффективности, в исследованиях была продемонстрирована хорошая переносимость фитопрепаратов. В России также были проведены исследования результатов лечения цистита, нефропатии и неосложненных инфекций мочевыводящих путей в комбинации с фитопрепаратами, о которых упоминал профессор М. Попп.

Заведующая отделом международных научных связей ФГБУ НЦЗД, д.м.н. Ольга Викторовна Комарова остановилась на профилактике инфекций мочевыводящих путей у детей. Она сообщила о намерении коллектива врачей НЦЗД в ближайшее время провести отечественное исследование по эффективности и сравнению различных схем антимикробной профилактики, чтобы в новой редакции российских клинических рекомендаций дать убедительные данные, демонстрирующие, кроме эффективности, еще и безопасность использования препаратов, назначаемых детям. Также она отметила значительную роль фитопрепаратов в качестве эффективной стратегии снижения антибиотикорезистентности.

Врач-оториноларинголог ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ», д.м.н. Елена Юрьевна Радциг рассказала в своем докладе о проблемах диагностики ОРВИ, назофарингита и риносинусита. Остановившись на этиологии назофарингита, докладчик представила данные кафедры оториноларингологии педиатрического факультета РГМУ им. Н.И. Пирогова о причинах данного заболевания. По словам докладчика, среди них есть и вирусная составляющая, и бактериальная, и, кроме того, – довольно много самых разных ассоциаций. «К сожалению, сегодня при наличии инфекции верхних дыхательных путей врачами назначается от 8 до 12 препаратов, что недопустимо. Необходимо уменьшать количество ЛС, выбирая из них одно, обладающее комплексным действием», – сказала докладчик.

Декан педиатрического факультета РМАНПО, д.м.н., профессор Андрей Леонидович Заплатников рассказал о диагностике и лечении тонзиллофарингитов в практике врача-педиатра. Он еще раз напомнил о цели проходящего симпозиума – уменьше-

Ольга Викторовна Комарова

ние необоснованного назначения антибиотиков, для чего, в первую очередь, необходимо поставить верный диагноз. Так, при сомнениях в диагностике ангины или фарингита профессор А.Л. Заплатников рекомендовал вспомнить о «подсказках»

> Чем быстрее мы будем внедрять в ежедневную практику экспресс-диагностику, верифицирующую этиологию, тем меньше останется шансов на необоснованное назначение антибиотиков

профессора В.К. Таточенко: «Даже если клиническая картина у ребенка первых лет жизни напоминает бактериальное поражение глотки, оно в большинстве случаев не связано со стрептококком, а, скорее всего, является вирусной инфекцией – либо вирусом Эпштейна-Барр, либо аденовирусом». Из этого, по мнению докладчика, следует вывод: «Чем быстрее мы будем внедрять в ежедневную практику экспресс-диагностику, верифицирующую этиологию, тем меньше останется шансов на необоснованное назначение антибиотиков».

Профессор А.Л. Заплатников отметил, что регулярно проводимое анкетирование российских врачей-педиатров свидетельствует о том, что в последние 5–7 лет лишь единицы врачей назначают природные пенициллины. «И это является поводом для соблюдения «золотого правила» антибактериальной химиотерапии – этиотропности, где речь идет о препарате узкого спектра действия, воздействующем на конкретный возбудитель. Поэтому здесь нам очень пригодится β-лактамный антибиотик естественного происхождения».

Далее докладчик рассмотрел в качестве примера «идеальную» ситуацию, когда экспресс-диагностика показывает, что заболевание определяется стрептококком. «Однако, прежде чем назначить антибиотик, всегда надо получить ответ на два вопроса: есть ли у пациента в анамнезе аллергия на β-лактамы и применял ли ребенок в предшествующие несколько месяцев незащищенные β-лактамы, особенно короткими курсами и в малых дозах? В зависимости от ответов, по мнению докладчика, будет меняться и выбор терапии. «И только в случае аллергии на β-лактамы мы должны обсуждать вопрос о назначении

Андрей Леонидович Заплатников

макролидов. Ведь эту группу антибиотиков необходимо сохранить для аллергиков, пациентов с атипичными и гастроэнтерологическими заболеваниями», – резюмировал профессор А.Л. Заплатников.

НОВОСТИ

Использование гаджетов способствует развитию нарушений сна у детей

В Великобритании дети все чаще попадают в больницы в связи с нарушениями сна, вызванными частым использованием по ночам смартфонов и планшетов. По данным Национальной службы здравоохранения (НСЗ), более 8 тыс. детей до 14 лет в прошлом году были госпитализированы с диагнозом «нарушение сна», что почти в три раза выше показателя 2006 г., когда было зафиксировано 3 тыс. подобных случаев.

По мнению врачей, зависимость от современных гаджетов способна привести к серьезным расстройствам психики, ожирению и ослаблению иммунитета. «Если мы будем продолжать игнорировать последние исследования о важности сна для здоровья, то это приведет к увеличению нагрузки на НСЗ», – сказала доцент Саутгемптонского университета Кэтрин Хилл.

По данным британской благотворительной организации «Детский сон», около 30% детей в Соединенном Королевстве страдают от проблем со сном, что обходится НСЗ в миллионы фунтов стерлингов. Выходом из сложившейся ситуации может стать изменение привычек современной молодежи. Например, отказ от хранения электронной техники в спальне. Дело в том, что ее ультрафиолетовое излучение является одним из главных факторов, который существенно вредит детскому сну, препятствуя естественной выработке мелатонина – гормона эпифиза, регулирующего суточные ритмы организма.

Британская служба здравоохранения также отчиталась, что врачи стали в десятки раз чаще назначать своим пациентам всех возрастов мелатонин. Число рецептов, предписывающих его употребление, в 2015 году только в Англии выросло до 600 тыс.

Источник: Информационное агентство ТАСС

Культ супергероев делает детей агрессивными

И хотя в этих героях есть и положительные черты, дети акцентируют внимание на негативном поведении. Дети – фанаты супергероев – часто бывают агрессивны и не склонны защищать в конфликтных ситуациях других детей. Таковы результаты исследования, которое провела Сара Койн (Sarah M. Coyne), профессор Университета Бригама Янга (Brigham Young University).

«Многим родителям кажется, что такая увлеченность супергероями поможет стать их детям лучше своих сверстников. Но наше исследование показывает, что это не так», – говорит Койн. Проблема в том, что большинство передач с супергероями вовсе не рассчитаны на детей, хотя данные говорят, что школьники активно смотрят эти фильмы и программы. В них сложные сюжетные линии, в которых насилие и просоциальное поведение так тесно переплетены, что ребенку просто не хватит опыта разобраться, что к чему, и сделать правильные выводы. Кроме того, увлеченность этими программами снижает когнитивные и эмоциональные реакции, что в итоге, возможно, и приводит к тому, что дети не испытывают сочувствия и в реальной жизни.

В исследовании участвовали 240 детей. Их родители подробно рассказали, какую роль супергерои играют в жизни их детей, не отождествляют ли они себя с этими персонажами. Детям же было предложено назвать десять самых популярных супергероев и своего самого любимого, а также объяснить, что в них нравится.

Большинство детей (26%) привлекала все эта «супергероическая» атрибутика, 20% были очарованы обликом персонажа и 21% – его характером. Говоря о характере, только 10% детей отмечали его положительные стороны: он стреляет и спасает людей. 20% детей привлекали действия, связанные с насилием: он может разбить и уничтожить все. А остальные 70% упирали на то, что он большой, крутой и сильный.

Эти результаты еще раз подтверждают: родители не должны абстрагироваться от того, что смотрят их дети, и должны объяснять и давать оценку поступкам героев. При этом не забывая отмечать как отрицательные, так и положительные их стороны.

«Сегодня в Америке избежать культа супергероев практически невозможно, – говорит Койн. – Мой трехлетний сын, хотя никогда не видел кино про Человека-паука, любит иногда одеться под него и якобы стрелять паутиной. Суть моего исследования не в том, чтобы запретить этих персонажей. Ведь это – неотъемлемая и веселая составляющая детства. Главное – сохранить баланс. Пусть дети интересуются разными играми, и супергерои будут лишь одним из разнообразных увлечений».

Источник: Univadis.ru

Для оценки питания детей применили «поросячью модель»

Какую роль играет питание в первые недели жизни для развития памяти и мелкой моторики у ребенка в дальнейшем? Этим вопросом задались ученые из Университета Иллинойса (University of Illinois), которые в течение десяти лет изучали влияние питания на раннее развитие мозга, используя для этого модель поросенка из-за ее сходства с моделью младенческого мозга.

Ученые составили большой обзор, в который включили несколько исследований по питанию и развитию головного мозга у младенцев, а также описания технологий для оценки развития мозга. По словам ученых, этот обзор позволит стандартизировать результаты и понять, какие из них чувствительны к тем или иным диетическим рекомендациям.

С помощью МРТ ученые смогли проследить за изменениями в областях мозга поросенка в возрасте от 2 до 24 недель, проведя аналогии с показателями роста у младенца.

«Первые исследования свиньи и взаимосвязи питания и развития мозга были направлены на изучение лишь его веса и определение уровня жирных кислот в мозге, – говорит один из исследователей нейробиолог Остин Мадд (Austin Mudd). – Но известно, что различные области мозга созревают с разной скоростью. Таким образом, чтобы увидеть влияние питания на развитие мозга, необходимо смотреть на его конкретные области в разные моменты времени, а не оценивать его как единое целое. Наши исследования позволяют определить оптимальные окна, в которые развивающиеся области мозга по-разному чувствительны к питанию».

Предыдущие исследования были сосредоточены на влиянии жирных кислот в молоке (или молочной смеси) на мозг. В нынешнем обзоре ученые оценивали состав молока по таким параметрам, как холин, железо, холестерин, аминокислоты, мембрана жировых глобул молока и другие молочные биоактивные вещества, в том числе сиаловая кислота, ганглиозиды и альфа-липоевая кислота.

Другим важным аспектом данного обзора является перечень методов, которые были использованы для оценки развития нервной системы поросенка, в том числе весьма передовые, позволяющие сравнить серые и белые объемы мозга, измерить микроскопическое движение воды в нем и вывести структурные изменения.

Другие методы, описанные в обзоре, включают поведенческие характеристики, такие как пространственные лабиринты для оценки способности к обучению и памяти.

Также ученые создали атлас мозга свиньи, который поможет в дальнейших исследованиях.

Источник: Univadis.ru

Осложненный нестабильный перелом костей таза

Повреждения костей таза остаются одним из наиболее сложных вопросов травматологии детского возраста. Частота встречаемости переломов таза у детей стабильно крайне низкая. При этом вопросы диагностики и тактики лечения данного вида травмы в большинстве случаев остаются открытыми.

М.А. Петров, Н.С. Шляпникова, И.В. Панкратов, Р.А. Баранов, Д.Д. Павлова
Морозовская детская городская клиническая больница Департамента здравоохранения г. Москвы, отделение травматологии и ортопедии

Наиболее тяжелыми являются переломы с тотальной нестабильностью тазового кольца. Такие повреждения крайне коварны, поскольку встречаются редко, требуют моментального агрессивного лечения и характеризуются высокой смертностью даже на фоне оказания своевременной квалифицированной помощи.

Многооскольчатые переломы таза с сопутствующим повреждением других систем органов требуют индивидуального подхода, т.к. допустимый объем диагностических мероприятий и хирургического вмешательства определяется тяжестью состояния пациента и характером сочетанных изменений. Как правило, при таких массивных повреждениях ведущим является перелом костей таза как наиболее отягощающий общее состояние фактор за счет массивного кровотечения. Зачастую состояние таких пациентов настолько нестабильное и тяжелое, что проведение компьютерной томографии и других дополнительных методов исследования крайне затруднено.

При значительных повреждениях, абсолютной нестабильности тазового кольца, необходимости ревизии внутренних органов ответ на вопрос, оперативно или консервативно лечить подобного пациента, становится очевидным. Фиксация тазового кольца в данном случае позволяет восстановить гемодинамику, что значительно улучшает прогноз и позволяет в заметно более ранние сроки стабилизировать состояние пациента.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Минуя приемное отделение, ребенок был доставлен в отделение реанимации с тяжелой сочетанной травмой, полученной в результате ДТП (ребенок-пешеход). На момент поступления девочка была без сознания, что, безусловно, уменьшало диагностическую ценность физикального обследования. При осмотре, помимо крайне нестабильной гемодинамики, наибольшее внимание на себя обращали визуальная деформация тазовой области, наличие кровотечения из наружных половых путей, незначительно выраженная пассивная мышечная защита (при пальпации передней брюшной стенки), а также невозможность установки уретрального катетера. На рентгенограммах таза и нижних конечностей, выполненных при поступлении (рис. 1), определяется нестабильный перелом костей таза: многооскольчатые переломы переднего полукольца, перелом боковых масс крестца, разрыв крестцово-подвздошного сочленения справа и закрытый перелом обеих костей левой голени со смещением. По данным ультразвукового исследования органов брюшной полости, почек и забрюшинного пространства выявлено наличие свободной жидкости в полости малого таза и невозможность визуализации левой почки.

С учетом данных анамнеза, клинической картины, данных инструментальных методов исследования была разработана следующая тактика. После кратковременной предоперационной подготовки выполнена диагностическая лапароскопия, на который выявлена обширная забрюшинная гематома и повреждение левого яичника без признаков продолжающегося кровотечения. По причине сохраняющейся нестабильности гемодинамики далее был выполнен доступ Stoppa, как наиболее отвечающий требованиям полной визуализации всего тазового кольца и, при необходимости, органов малого таза. Говоря о хирургическом лечении, важно понимать, что работа хирурга в данной области сопровождается риском ятрогенного повреждения сосудисто-нервных пучков и близлежащих органов.

После визуализации переднего отдела таза выявлены многооскольчатые переломы переднего полукольца, отрыв уретры и разрыв передней стенки влагалища. Тугая тампонада позволила временно остановить продолжающееся кровотечение из костей таза, что дало возможность восстановить переднюю стенку влагалища, затем выполнить первичный шов уретры и фиксацию заднего отдела таза, а именно обоих крестцово-подвздошных сочленений и крестца, после чего была выполнена стабилизация переднего отдела таза с помощью мостовидных пластин. С учетом тяжести состояния ребенка и длительности оперативного вмешательства закрытый перелом обеих костей левой голени фиксирован аппаратом наружной фиксации.

Рис. 1. Нестабильный перелом костей таза: многооскольчатые переломы переднего полукольца, перелом боковых масс крестца, разрыв крестцово-подвздошного сочленения справа

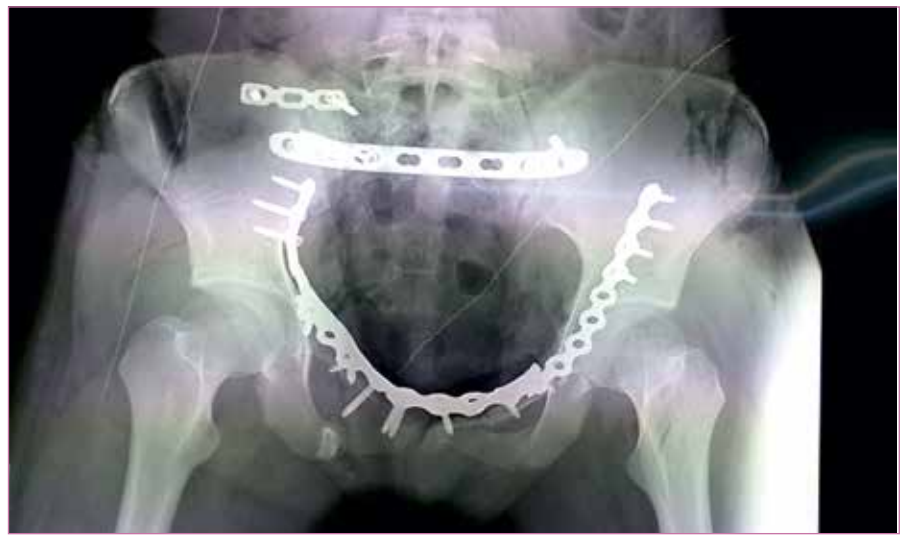


Рис. 2. Нестабильный перелом костей таза: многооскольчатые переломы переднего полукольца, перелом боковых масс крестца, разрыв крестцово-подвздошного сочленения справа, разрыв влагалища, отрыв уретры. Состояние после МОС мостовидными пластинами. Доступы: Stoppa, подвздошный, задний

Стоит отметить, что уже на 1-е послеоперационные сутки ребенок находился в ясном сознании и был мобилизован в пределах постели. Нарушения чувствительности и микроциркуляции в обеих нижних конечностях отсутствовали, движения незначительно ограничены за счет постоперационного болевого синдрома. По результатам компьютерной томографии, выполненной на 1-е послеоперационные сутки, выявлена агенезия левой почки. Положение отломков костей таза удовлетворительное, свободные костные фрагменты не определяются, металлоконструкции стоят вне полости суставов. Через 3 месяца ребенок вертикализован на костылях с опорой на здоровую ногу. В настоящее время с момента травмы 7,5 месяца: жалобы отсутствуют, ребенок ходит без хромоты, с опорой на обе нижние конечности, движения во всех суставах в полном объеме, безболезненные.

Анализируя данный клинический случай, можно сделать следующие выводы: переломы костей таза, характеризующиеся нестабильностью тазового кольца, требуют исключительно оперативного лечения. Несмотря на кажущийся на первый взгляд столь агрессивный подход, все-таки единственным эффективным способом остановки продолжающегося кровотечения при многооскольчатых переломах таза является стабилизация тазового кольца, выполнение которой возможно только оперативным путем.

Лечение детей с политравмой, сопровождающейся массивными осложненными повреждениями таза, является крайне непростой задачей, требующей слаженной работы целой команды многопрофильных опытных специалистов.

Чтобы легко дышалось

Когда-то японцы пытались лечить ОРВИ и грипп сырой рыбой, а афонские монахи готовили микстуру из сока алоэ. В одних странах «правил» мед, в других – мята. Но каким должен быть оптимальный выбор современного человека, постоянно живущего в гуще событий и людей? Об этом – наше интервью с профессором кафедры клинической функциональной диагностики ФДПО ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России Мариной Сергеевной САВЕНКОВОЙ.

Беседовала Людмила Боева, фото Олега Кирюшкина.

– Марина Сергеевна, каковы основные возбудители заболеваний верхних и нижних дыхательных путей?

– Врачам известно, что вирусы, вызывающие острые респираторные заболевания, относятся к разным таксономическим семействам, различаются по структуре и биологической характеристике. В 2009 г. в циркуляции появился новый вирус гриппа A(H1N1) pdm09, который быстро распространился среди детей и взрослых. По анализу изучения эпидемий гриппа в клинике преобладали среднетяжелые формы – острый стенозирующий ларинготрахеит и бронхит. Собственные исследования на основе мультиплексной полимеразной цепной реакции (ПЦР), проведенные в последний год у детей, госпитализированных в отделения Морозовской больницы, показали, что на долю гриппа пришлось всего 2%, в то же время на долю риновирусов – 20%, РС-вирусов – 35%. Причинами госпитализации стало развитие обструкции – ларингита и обструктивного бронхита. Наряду с группой острых респираторных инфекций большое значение в развитии заболеваний верхних и нижних дыхательных путей принадлежит также внутриклеточным инфекциям – микоплазмам и хламидиям, а также герпес-вирусам.

Стоит отметить, что часто болеющие дети – это особый контингент, при обследовании которого обнаруживается микст-инфекция. Поэтому именно эти дети требуют индивидуального подбора как противовирусных средств, так и антибактериальных препаратов.

– Какие проблемы в лечении заболеваний верхних и нижних дыхательных путей, на Ваш взгляд, остались нерешенными?

– Мы живем в такое время, когда приходится пересматривать многие проблемы лечения острых респираторных инфекций. Однако не все препараты, с учетом анализа их применения за последние десятилетия, проявляют активность в отношении вирусов гриппа. Опыт массового назначения ингибиторов М2-каналов (амантадина и ремантадина) показал, что большинство циркулирующих штаммов вирусов гриппа к нему устойчивы. При других ОРВИ ремантадин неэффективен, а при заболеваниях печени, почек, эпилепсии противопоказан. Современные противовирусные детские препараты представлены в стандартах, утвержденных Минздравом РФ по оказанию помощи детям с гриппом разной степени тяжести (№ 26697, № 27796, № 27681), зарегистрированных на территории России.

По результатам анализа последней эпидемии гриппа (2009–2010 гг.), высокоактивными оказались химиопрепараты прямого действия – осельтамивир и занамивир. Кроме них, у детей применяются препараты – индукторы интерферона, и в этом отношении идут работы по изучению эффективности препаратов у детей раннего возраста, их сочетания.

Уверена, что в современных условиях специалистам для грамотного подбора терапии прежде всего необходима расшифровка этиологии заболевания. Аналогичная проблема существует с лечением одной из главных составляющих ОРЗ – кашля, поскольку у детей не могут широко применяться народные средства и ограниченно – препараты центрального ненаркотического и наркотического действия. А муколитические препараты при неверных назначениях могут приводить к увеличению секреции и феномену «заболачивания».

– Как сегодня решается проблема воспаления и бронхообструкции при лечении детей с такой патологией?

– При развитии обструктивного синдрома или синдрома крупа рекомендуется начинать лечение с введения ингаляционных глюкокортикоидных гормонов (ГКС), а при сохраняющейся тяжести состояния – продолжить введение гормонов (преднизолона или дексаметазона) парентерально в условиях стационара.

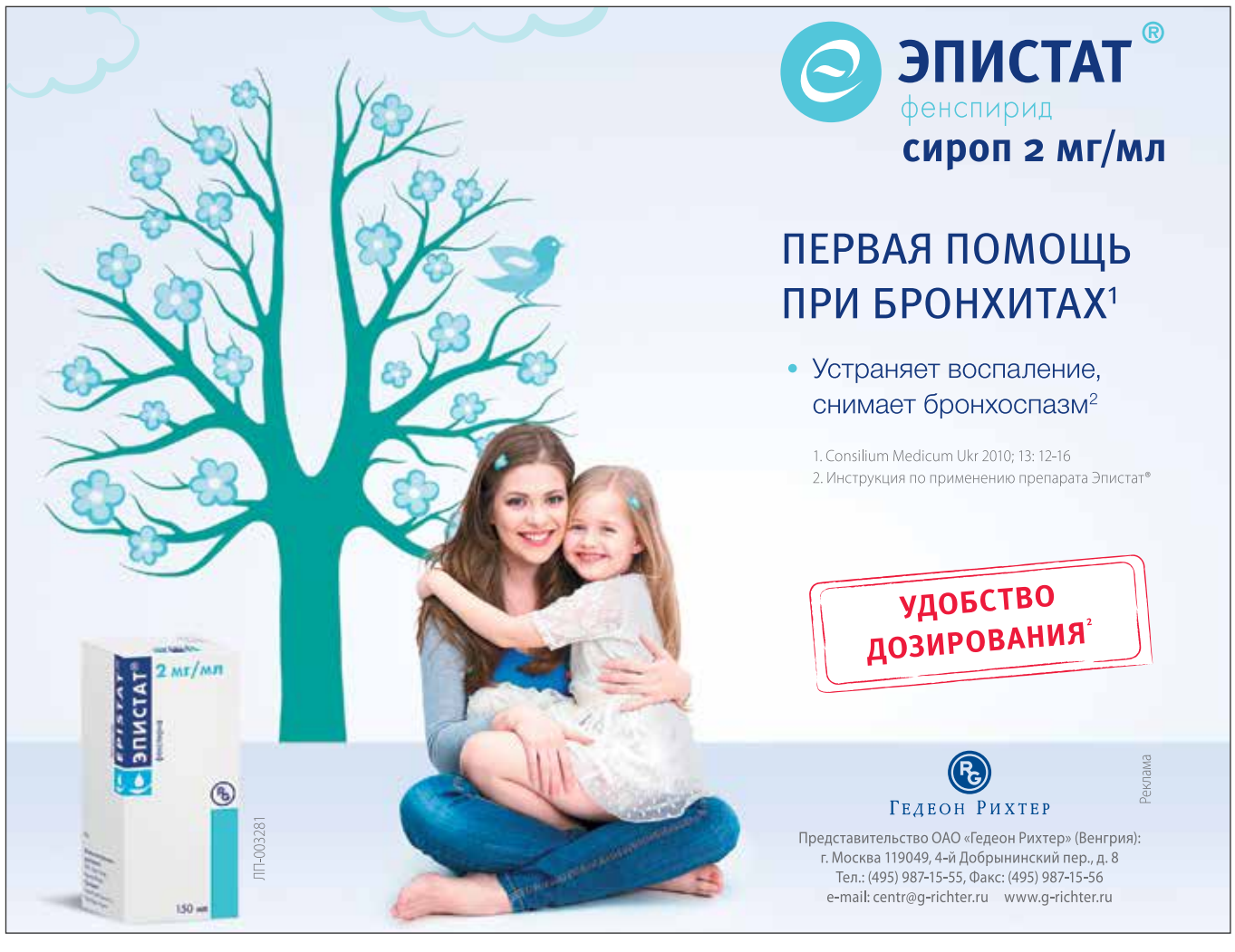
Существует довольно разнородная по механизму действия группа противокашлевых средств. К таковым относится фенспирид (Эпистат, Гедеон Рихтер). Эпистат в виде сиропа применяется у детей с 2-летнего возраста. В случае затяжного и длительного кашля показано исследование функции внешнего дыхания (ФВД) для определения обструкции, как «скрытой», так и выраженной клинически, формирования гиперреактивности бронхов в случае повторения ситуации, а также для проведения дифференциальной диагностики с бронхиальной астмой.

– Расскажите о механизме действия Эпистата (фенспирида).

– Эпистат оказывает противовоспалительное, спазмолитическое, антигистаминное действия. Механизм действия обусловлен уменьшением продукции ряда биологически активных веществ (цитокинов, особенно фактора некроза опухолей α (ФНО-α), производных арахидоновой кислоты, свободных радикалов), играющих важную роль в развитии воспаления и бронхоспазма. Ингибирование фенспиридом метаболизма арахидоновой кислоты потенцируется его H_1-антигистаминным действием, так как гистамин стимулирует метаболизм арахидоновой кислоты с образованием простагландинов и лейкотриенов.

– Какие ситуации, с Вашей точки зрения, требуют включения Эпистата (фенспирида) в комплексную терапию заболеваний дыхательных путей?

– Эпистат (фенспирид) следует включать в комплексное лечение при ринофарингите, ларингите, трахеобронхите, бронхите на фоне хронической дыхательной недостаточности или без нее, при бронхиальной астме, респираторных явлениях (кашель, осиплость голоса, першение в горле), при таких заболеваниях, как корь, коклюш, грипп, группа ОРВИ, инфекционных заболеваниях, сопровождающихся кашлем, когда показана стандартная антибиотикотерапия, а также при отите и синусите различной этиологии.



Как выбрать чайный напиток для своего ребенка?

О.В. Евдокимова, к.м.н.

Эпидемиологические исследования, проводимые Научным центром здоровья детей и Институтом питания РАН, свидетельствуют о серьезных отклонениях от принципов здорового питания наших детей. Нарушения в пищевом статусе детей приводят к отклонениям в развитии и к появлению алиментарно-зависимых заболеваний. Так как же этого избежать?

Научно обоснованным, наиболее быстрым и экономичным путем решения проблемы восполнения пищевых дефицитов, коррекции различных иммунных и метаболических нарушений является целенаправленное применение пищевых продуктов, содержащих растительные смеси, удовлетворяющие потребности в макро- и микронутриентах. Подобные продукты могут индивидуализировать питание ребенка, повысить неспецифическую резистентность организма к воздействию неблагоприятных факторов окружающей среды, сформировать механизм нелекарственного и более безопасного пути регулирования и поддержки функций отдельных органов и систем организма человека, обеспечивая тем самым повышение уровня здоровья и снижение заболеваемости детей.

К таким продуктам можно отнести детские травяные напитки (травяные чаи, фиточаи, детские чайные напитки), которые представляют собой пищевую продукцию для детского питания, изготовленную на основе трав и экстрактов трав.

Фиточай для детского питания выпускают в пачках и фильтр-пакетах для разовой заварки. В качестве сырья для изготовления фиточая могут использоваться различные высушенные части пищевых, пряно-ароматических и лекарственных растений и их смеси в различных сочетаниях. Однако при выборе детского чайного напитка следует помнить, что при их производстве разрешено использовать ограниченное количество видов сырья.

В состав детских травяных чаев для детей раннего возраста (от 0 до 3 лет) включают:

- **плоды аниса** – обезболивающее и антимикробное действие, секретолитики и стимуляторы моторной функции дыхательных путей;
- **корни алтея** – повышают фагоцитарную активность макрофагов и гранулоцитов; имеют отхаркивающие, муколитические, антигипоксические и обезболивающие свойства; уменьшают отечность;
- **цветки бузины** – мочегонное, потогонное, противовоспалительное, дезинфицирующее и мягкое отхаркивающее средство;
- **цветки гибискуса** – поливитаминное и общеукрепляющее средство;
- **листья земляники** – седативное, кровоостанавливающее, противовоспалительное, желчегонное и мочегонное средство, для нормализации обмена веществ и улучшения пищеварения;
- **цветки календулы** – противовоспалительное, антисептическое, спазмолитическое и желчегонное действия; улучшают процессы регенерации тканей;
- **листья крапивы** – ускоряют процесс свертываемости крови; имеют противовоспалительное и мочегонное действия; повышают грануляцию и эпителизацию поврежденных тканей;
- **цветки лаванды** – профилактическое средство при острых респираторных заболеваниях;
- **цветки липы** – потогонное, противовоспалительное, бактерицидное, жаропонижающее и отхаркивающее действия;
- **цветки мальвы** – отхаркивающее средство;
- **листья мелиссы** – анальгетическое, седативное, ветрогонное, слабительное, потогонное, спазмолитическое, противовирусное действия;
- **листья мяты перечной** – желчегонное, спазмолитическое, противовоспалительное, антисептическое, анальгезирующее, общеукрепляющее и ранозаживляющее средство;
- **листья подорожника** – для усиления секреции бронхиальных желез; способствуют разжижению и более быстрой эвакуации мокроты из дыхательных путей;
- **померанца корка** – поливитаминное средство, повышает аппетит;
- **цветки ромашки аптечной** – противовоспалительное, антисептическое и болеутоляющее, противомикробное, жаропонижающее и потогонное, ветрогонное и желчегонное, спазмолитическое, седативное средство;
- **трава чабреца** – усиливает секрецию бронхиальных желез, разжижает мокроту и эвакуирует ее из дыхательных путей, оказывает бактерицидное и болеутоляющее действия;
- **плоды тмина** – усиление секреции пищеварительных желез, при болях в желудке и кишечнике, метеоризме, имеют отхаркивающее и легкое послабляющее действие;
- **плоды укропа аптечного** – отхаркивающее, противовоспалительное, спазмолитическое, гипотензивное, желчегонное и ветрогонное действия;
- **плоды фенхеля** – отхаркивающее, ветрогонное, противовоспалительное, спазмолитическое и антибактериальное средство, регулирует моторную деятельность кишечника;
- **плоды шиповника** – общеукрепляющее, поливитаминное и противовоспалительное средство
- **и другие.**

Сегодня на нашем рынке немного детских травяных напитков, соответствующих требованиям безопасности, предъявляемым к специализированной пищевой продукции. И, тем не менее, они есть.

Многокомпонентные смеси на основе перечисленных выше видов сырья могут помочь решить многие проблемы вашего малыша.

Например, плоды аниса, плоды фенхеля, трава мяты перечной, цветки лаванды, включенные в состав детского чайного напитка, обеспечивают своевременное наступление и спокойное протекание ночного сна, что является залогом нормального созревания нервной системы и становления психической активности ребенка. Такой напиток способствует нормализации сна, снижает тревожность сна, оптимизирует период засыпания.

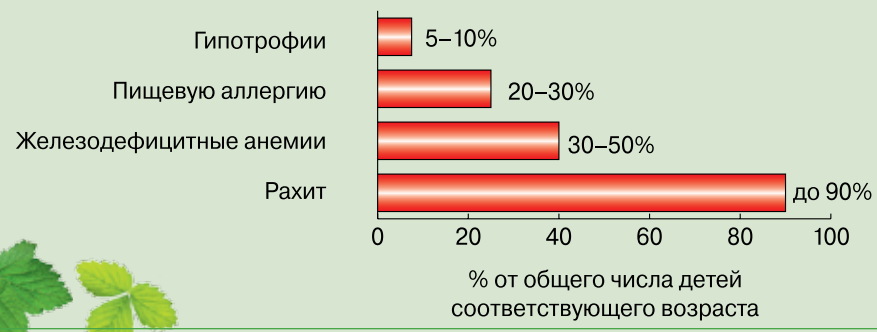
Детский чайный напиток, содержащий цветки ромашки, травы мелиссы, травы мяты перечной, цветки липы и плоды фенхеля, способствует улучшению аппетита и пищеварения, устранению болезненных колик и уменьшению вздутия живота .

С раннего детского возраста происходит контакт малыша с большим количеством инфекций, для защиты от которых необходим крепкий иммунитет. Чайный детский напиток, содержащий цветки гибискуса, плоды шиповника, плоды яблони, плоды аниса и корки померанца, восполняет нехватку витаминов, способствует укреплению иммунитета и улучшению общего самочувствия.

За счет плодов фенхеля, плодов аниса, цветков липы, корней алтея и травы чабреца чайный детский напиток оказывает согревающее действие и препятствует возникновению кашля.

Напиток, содержащий цветки липы, цветки бузины, плоды фенхеля, цветки мальвы и листья тимьяна, предупреждает развитие простудных заболеваний и оказывает согревающее действие.

Дефицит микронутриентов у детей первого года жизни может вызвать:



О грудном вскармливании и прикорме

Обратимся к истории вопроса о вскармливании младенцев. К нему тесно примыкает проблема огромной смертности детей в России в прошлые века.

При том, что рождаемость у всех народов России была высокой, уровень смертности в различных губерниях был разным. В России были уезды, где до 75% всех смертей падало на детей, и до 6–8 лет умерших детей особенно и не жалели, неизвестно было, будет ли вообще жить конкретный ребенок.

Высокую смертность детей у русских крестьян исследователи связывают с обычаем давать младенцу жеваный хлеб чуть ли не с рождения, давали новорожденному также и кашу, и другую пищу, что вызывало частые желудочные заболевания, причем часто смертельные.

К примеру, в Пермской губернии у православных в начале XIX в. при равных условиях жизни из 1000 детей умирали на первом году жизни 342 ребенка, а у магометан-татар – 142. Отличие было лишь в том, что татарские матери весь первый год и даже дольше кормили младенца грудью. Русские же крестьянки часто с первых дней давали младенцу хлебную соску, разбавленное коровье или козье молоко. Для искусственного вскармливания использовали коровий рог, на который надевали сосок коровьего вымени.

Обычно через 40 дней роженица должна была выходить в поле, потому кормления грудью могли быть редкими. Женщина быстро вновь беременела. У мусульман Коран велит кормить ребенка грудью до 2 лет, а ослушавшихся женщин наказывали.

Лишь в середине XIX в. появились первые книги с правилами введения прикорма младенцам, но доступны они были лишь в городах.

При Советской власти в 1920-е гг. ситуация стала меняться: появились первые массовые тиражи с осуждением раннего кормления младенцев хлебом и коровьим молоком. Появились и первые плакаты Санпросвета: «Матери, кормите детей грудным молоком, рахит – английская болезнь!» В 1926 г. появилась книга педиатра Сперанского с советами по вскармливанию младенцев. Младенческая смертность стала постепенно сокращаться, но еще долго желудочные заболевания были ее главной причиной.

По статистике, в 20-х гг. XX в. до 98% младенцев находились на грудном вскармливании. Матерям предоставлялась возможность каждые 3 часа отлучаться с рабочего места для кормления грудью.

Кузьма Петров-Водкин, «Мать», 1915

Но к середине XX в. началась активная пропаганда появившейся промышленной новинки – молочных смесей, «полезных и питательных». Врачи убеждали мам, что в женском молоке не хватает многих полезных веществ, которые ребенок должен получать из обычной пищи. В 50-е гг. XX в. педиатры советовали начинать прикорм младенцев уже с возраста 2 месяцев, а «искусственников» – еще раньше. Похожие советы содержала и известная книга американского доктора Б. Спока 1946 г. Появились даже приспособления-шприцы, чтобы давать соки и пюре детям в 4 недели. Часть женщин не считали нужным соблюдать режим кормления и полагали, что смеси и грудное молоко взаимозаменяемы и равноценны.

Очень долгое время в России считалось, что ранний прикорм – это хорошо. Даже официальные советские рекомендации называли срок введения первого прикорма – с 3-й недели жизни ребенка.

Считалось, что ребенку рано нужны витамины, пищевые волокна и клетчатка. Грудное молоко же практически заменялось бифидокефиром, рисом или гречкой из смесей «Малютка» или «Малыш». В них были белок коровьего молока, сахароза, глюкоза, насыщенные и ненасыщенные жиры. На этом фоне у младенцев легко развивались ферментопатии, аллергические дерматиты, анемии, рахит. Долгое время прикорм вводился ребенку очень медленно: с 3 недель соки по каплям, потом овощной отвар, в 2 месяца – фруктовое пюре, в 3 – кефир, в 4 – каши, в 5 – овощное пюре, творог, затем яйцо, в 7 месяцев – мясо и печенье.

Такое раннее введение прикорма не имело аналогов во всем мире. Все эпидемические исследования, которые проводила ВОЗ на рубеже 2000-х гг., показали, что если сроки введения прикорма младенцам во втором полугодии жизни не сильно отличаются в разных странах, то раннее введение прикорма в первом полугодии в России стало фактором и причиной огромной распространенности аллергических, иммунологических и гастроэнтерологических заболеваний у детей до 1 года и старше. Возможность употреблять твердую пищу требует, чтобы пищеварительная, иммунная и нервно-мышечная системы ребенка созрели. И раннее введение твердой пищи нефизиологично. До 4 месяцев у ребенка даже нет нервно-мышечной возможности отправить пищу в рот и проглотить.

Причем у разных детей, в зависимости от наследственных факторов и функциональной зрелости, ферменты полноценно работать начинают в разные сроки, но у всех не ранее 4-месячного возраста. Поэтому ранний прикорм часто и вызывает кишечные расстройства.

Наименьшую потенциальную нагрузку на почки имеет грудное молоко, а при введении прикорма нагрузка удваивается. Почки тоже начинают работать полноценно только к 4 месяцам жизни, а у недоношенных детей еще позже, примерно к 6 месяцам. Потому раньше этого срока введение прикорма небезопасно и со стороны выделительной системы.

Плакат 1920-х гг.

Слизистая кишечника грудных детей очень чувствительна к антигенам, содержащимся в пище. К потенциальным антигенам относятся белки сои, клейковина, белок коровьего молока, яйца, рыба, и чем раньше вводятся эти продукты, тем выше риск антигенного воздействия на ребенка. На белке сои готовят смеси, которые часто назначают при кожных высыпаниях. Такие смеси могут назначаться младенцу только при непереносимости белка коровьего молока и тщательном контроле реакции ребенка.

По современным рекомендациям ВОЗ, при естественном вскармливании младенца начало введения прикорма возможно после 6 месяцев, а затем компоненты вводятся достаточно быстро. Отечественные педиатры (И.Я. Конь и соавт., 2000) рекомендуют вводить первый прикорм с 4 месяцев и медленно. В любом случае ясно, что если в семье есть аллергики, то введение прикорма младенцу можно несколько отсрочить. Так же поступают при длительном неустойчивом стуле или ферментной неустойчивости.