СТРАНИЧКИ МОРОЗОВКИ

12 детей из Севастополя со сложными диагнозами в нынешнем апреле пролечены в Морозовской городской больнице Москвы

стр. 2

ПЕДИАТРИЯ МОСКВЫ

Актуальность проблем детской гастроэнтерологии и необходимость постоянного развития этой области здравоохранения не вызывают сомнений

стр. 8

МЕРОПРИЯТИЯ

28 мая в Морозовской больнице состоялась встреча маленьких пациентов с прославленным коллективом камерного оркестра «Виртуозы Москвы».

стр. 15

Дегорий ДОКТОР

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

TEMA HOMEPA

ИНФЕКЦИИ





Корь и краснуха. Симптомы, лечение и Глобальный стратегический план



ДЕТСКИЕ ЛЕКАРСТВА

Что стоит первым делом взять с собой на отдых?

НОВОСТИ МОСКВЫ ДЕТСКИЙ ДОКТОР 2(6) 2017

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 – Алёна Митина

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

Отдел полиграфии

Руководитель – Наталья Надворская Менеджер по полиграфии – Дмитрий Тужиков

Размещение рекламы

Директор по продажам – Вероника Милоянина **Руководитель терапевтического направления**

- Екатерина Семенова **Менеджеры по работе с клиентами:**

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

Учредитель

Общество с ограниченной ответственностью «Бионика Медиа Инновации»

Издатель

мумм.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 000 «Бионика Медиа», отпечатана в 000 «Борус-Пресс» 300041, г. Тула, ул. Сойфера, д. 6 Тираж 15 000 экз. Номер подписан 20 июня 2017 г. Время пописания по глафику – 10-00

Номер подписан 20 июня 2017 г. Время подписания по графику – 10:00, фактически – 10:00 Дата выхода в свет – 26 июня 2017 г.

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

«Морозовская» на Балаклавском шоссе

12 детей из Севастополя со сложными диагнозами в нынешнем апреле пролечены в Морозовской городской больнице Москвы, причем двоим детям были выполнены нейрохирургическая и травматологическая операции. Главный врач Морозовской Игорь Колтунов сообщил об этом в столичный Департамент здравоохранения. А особенность ситуации в том, что явились они не просто отдельным случаем помощи региональным медикам, а очередным, запланированным этапом большой работы, которая связывает столичных врачей со специалистами и пациентами Крыма.

Вахта

Три мартовских дня бригада врачей – «морозовцев» под руководством заместителя Главного врача по медицинской части, врача-педиатра и детского эндокринолога Елены Петряйкиной работали в городской больнице №5 Севастополя «от зари и до зари». Поехали столичные медики вести прием больных детей и подростков, а также консультировать коллег из амбулаторий и стационаров, причем поехали 8 классных специалистов, не начинающих стажеров, а заведующих отделениями и центрами Морозовской больницы. Самыми нужными в Севастополе оказались опытные хирурги, онкологи, требовались также инфекционисты, пульмонологи, аллергологи-иммунологи, урологи, неврологи, кардиоревматологи. В итоге за 3 дня было проведено 450 амбулаторных консультаций, более 80 детей получили помощь в стационаре, было решено, что 68 детей и подростков получат специализированную высокотехнологичную помощь в Москве. Кроме того, у троих детей с подозрением на редкие заболевания кровь для селективного скрининга была отправлена в клинико-диагностическую лабораторию ГБУЗ «Морозовская».

Крымский берег

По сведениям уполномоченного по правам ребенка в Севастопольском регионе Марины Песчанской, всего в Севастополе сейчас проживают 76,5 тысяч детей, только на учете в территориальных отделах по защите прав несовершеннолетних, опеки и попечительства состоят 206 детей-сирот и 486 детей, оставшихся без попечения родителей. И на такую гвардию, к примеру, сейчас нет ни одного ревматолога, нет детского онколога, так что почти нет помощи детям с онкологическими заболеваниями, всего один нейрохирург, в городской системе здравоохранения вообще дефицит медицинских специалистов и много и других «нет»...

Городской больнице №5 на 5-м километре Балаклавского шоссе 35 лет. Строилась она методом народной стройки, деньги в свое время поступали от коммунистических субботников. В строительстве больничного комплекса и дальнейшем благоустройстве территории, кроме «Севастопольстроя», принимали участие практически все городские предприятия, учебные заведения и совхозы. 31 декабря 1982 г. акт приемки был подписан. 1 июня 1988 г..



Междисциплинарная бригада врачей-специалистов Морозовской больницы в Севастополе



Конференция «Трудный диагноз» в Севастополе



Е.Е. Петряйкина, и.о. руководителя ДЗ Севастополя О.А. Емельяненко и руководитель ГБУЗ ГБ №5 Севастополя М.С. Зимина

в Международный день защиты детей, произошло объединение детской городской больницы, консультативной поликлиники, двух роддомов, двух женских консультаций и Центра планирования семьи и репродукции человека. Образованное учреждение стало называться Коммунальное заведение «Городская больница N° 5 — Центр охраны здоровья матери и ребенка». Жители города называли его просто «детский комплекс».

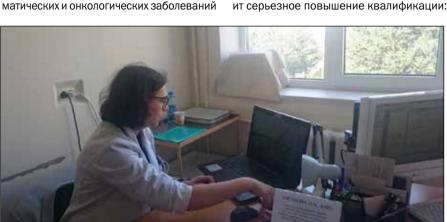
В конце 2014 г. горбольница №5 была переименована в Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Севастополя «Городская больница №5 – «Центр охраны здоровья матери и ребенка» (ГБУЗС ГБ №5 – ЦОЗМиР). Сегодня это единственное учреждение в городе, которое обеспечивает родовспомогательную помощь, медико-генетическое консультирование, пренатальную диагностику.

Недавно в рамках программы модернизации горбольница №5 начала получать современное высокотехнологическое оборудование: 8 ультразвуковых аппаратов, аппараты КТ и МРТ, современные кувезы для выхаживания младенцев, аппараты искусственной вентиляции легких, оборудование для детской хирургии и родильного дома, в отделение лабораторной диагностики и медикогенетическую консультацию поступили новейшие автоматические анализаторы. От правительства Москвы получены функциональные кровати, от Олимпийского комитета «Сочи-2014» и общества Красного Креста РФ – дефибрилляторы и хирургические отсосы.

В 2011 г. три медицинских сестры здравоохранения Севастополя получили общественную неправительственную награду РФ — медаль «Сестра милосердия Екатерина Бакунина». В больнице работают трое врачей, носящих звание «Заслуженный врач», и четверо медицинских сестер — «заслуженный работник здравоохранения», три кандидата медицинских наук. Эксперты Всемирной организации здравоохранения присвоили городской больнице №5 звание «Больница, доброжелательная к ребенку». Проблемы с кадрами есть. Кроме того, врачи из Москвы видят — много чему нужно научить севастопольских коллег.

Диагноз – это сложно

Конечно, важно было поделиться с коллегами современным видением лечения и реабилитации больных детей. 21 марта в Севастополе прошло совещание заместителя Главного врача по КЭР ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ» Т.А.Теновской со специалистами города по актуальным вопросам клинико-экспертной работы в детских учреждениях города. А 22 марта столичные врачи провели мастер-класс для детских врачей городских поликлиник и больниц Севастополя под общим названием «Трудный диагноз» в педиатрии». 200 врачей городской системы детского здравоохранения Севастополя обсуждали проблемы врожденных пороков развития мочеполовой системы у детей, вопросы мультидисциплинарного подхода к диагностике и лечению, «маски» редких заболеваний и алгоритмы ведения «редких» пациентов, неотложные и критические состояния в детской эндокринологии. Важными также были обсуждения инновационных технологий в профилактике осложнений сахарного диабета у детей и подростков, особенностей диагноза ревматических и онкологических заболеваний



О.А. Тиганова



Осмотр пациента

в педиатрии, метаболических поражений нервной системы и спастического синдрома, неврологических диагнозов в педиатрии, а также применение современных технологий в диагностике и лечении.

Что дальше?

Оказание помощи медикам и пациентам Севастополя проходит по соглашению о сотрудничестве между департаментами здравоохранения правительств Севастополя и Москвы, заключено он было в нынешнем январе. Так что и мартовская поездка столичных медиков в Севастополь, и лечение детей в апреле в Морозовской больнице — это только часть совместной работы.

«В дальнейшем мы планируем совершать ежемесячные командировки, и летом вахтовым методом будем осуществлять более длительные рабочие поездки, — рассказала Елена Петряйкина. — Факт остается фактом: на сегодня специализированная высокотехнологичная медпомощь в Севастополе по разным причинам — мы их прекрасно знаем — не находится на том уровне, на котором она находится в Москве».

Да и многих специалистов здесь попросту нет. «Детский кардиолог один, и этого недостаточно. Детского ревматолога нет в Севастополе, вообще такой врач один на весь полуостров. Никакой регистр не ведется. Хотя часть из детей — с орфанными или редкими заболеваниями. Обеспечение лекарствами ведется исключительно на местах, просто кто-то о них знает и пишет какие-то заявки. То есть системы никакой здесь нет, нет детского онколога», — расска-

стажировки, тематическое усовершенствование в Москве, сертификационные циклы и другие виды постдипломного образования на базе Морозовской больницы. Кроме того, уже закупается телемедицинское оборудование с защищенными каналами связи для телемедицинских консультаций.

зывает заведующая пульмонологическим

и кардиоревматологическим отделением

Морозовской детской городской клини-

ческой больницы Анастасия Глазырина.

Многим севастопольским врачам предсто-

Ждем продолжения

Итоги первого визита показали огромную потребность в продолжении сотрудничества с «Морозовской» больницей. По следам работы московских специалистов из Крыма пришло письмо с благодарностями и просьбами от исполняющей обязанности Директора 5-й горбольницы Елены Боенко «...рассмотреть возможность повторного командирования в мае 2017 года в город Севастополь невролога, кардиолога-ревматолога, гематолога, онколога, аллерголога-иммунолога, генетика, специалиста УЗД». Ждут в Севастополе конференций по проблемам управления медицинскими кадрами, лечению онкологических, ревматологических, генетических заболеваний. Так что уже сейчас ясно, что требуется многолетнее и серьезное сотрудничество и шефство. Потому решено, что для обеспечения на московском уровне эффективной, качественной и доступной медицинской помощи детям и подросткам Севастополя в городе в течение 3 лет должен появиться филиал Морозовской больницы. В правительстве Севастополя в ближайшее время завершается разработка медико-технического задания для проектирования и строительства такого медицинского центра.

Ирина Власова

новости



Ожирение у детей в четыре раза увеличивает риск развития диабета 2 типа

У детей, страдающих ожирением, риск развития диабета 2-го типа в четыре раза выше, чем у пациентов с нормальным весом. Таковы результаты ретроспективного когортного исследования, опубликованные в журнале Journal of the Endocrine Society.

Группа ученых во главе с доктором Али Аббаси (Ali Abbasi) из Королевского колледжа Лондона проанализировала данные почти 370 тыс. детей от 2 до 15 лет. Отмечается, что 12,3% участников имели избыточный вес, 16,7% были классифицированы как страдающие ожирением.

Результаты показали, что за исследуемый период (1994–2013 годы) было зафиксировано 654 случая развития диабета 2-го типа и 1318 случаев – диабета 1-го типа. Также удалось установить, что в последние годы исследования резко возросла частота развития диабета 2-го типа: с 6,4 случая на 100 тыс. человек в 1994–1998 годы до 33,2 – в 2009–2013 годы, особенно значительно среди детей с избыточным весом и ожирением. Связи между развитием и ожирением. Связи между развитием сахарного диабета 1-го типа и ожирением обнаружено не было, отмечают ученые.

Развитие ожирения способствует росту заболеваемости диабетом 2-го типа. При этом у тех, кто страдает ожирением, риск развития диабета указанного типа возрастает в четыре раза, заключили исследователи.

medvestnik.ru



Две трети побочных эффектов ОТС-лекарств у детей связаны со случайным проглатыванием

Журнал Pediatrics опубликовал результаты эпидемиологического исследования нежелательных явлений у детей при приеме ОТС-препаратов от кашля и простуды.

Исследование охватило период с 2009 по 2014 год. Оно показало, что безрецептурные препараты от кашля и простуды обычно безопасны для детей до 12 лет, нежелательные явления встречаются редко. Из 4202 рассмотренных случаев 3251 (77,4%) был определен экспертами как потенциально связанный с приемом лекарств. Случаи нежелательных событий после приема бромфенирамина, хлорфенирамина, декстрометорфана, дифенгидрамина, доксиламина, гвайфенезина, фенилэфрина и псевдоэфедрина были собраны из 5 источников данных.

Чаще неблагоприятные события наступали у детей младше 4 лет. Наиболее распространенными были случайные неконтролируемые проглатывания лекарств (67% случаев) и нарушения режима дозирования (13%). Почти все случайные проглатывания происходили дома.

Частыми проявлениями были тахикардия, сонливость, галлюцинации, атаксия и мидриаз. Частота побочных эффектов составила 1 случай на 1,75 миллиона проданных единиц.

medvestnik.ru

Диарея в отпуске

Диарея путешественников — наиболее частое заболевание лиц, путешествующих в другие, непривычные страны или климатические зоны; представляет собой полиэтиологический клинический синдром (учащение стула более трех раз в сутки нередко с кровью, лихорадка, спастические боли в животе, тошнота, метеоризм). Во время отпуска у взрослых и детей возможны пищевые токсикоинфекции; до настоящего времени острые кишечные инфекции занимают ведущее место в инфекционной патологии детского возраста.

A

Кильдиярова Р.Р., д.м.н., профессор кафедры пропедевтики детских болезней с курсом поликлинической педиатрии ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия», Ижевск.

тартовая терапия пищевой токсикоинфекции, острой кишечной инфекции и диареи путешественников, согласно клиническим рекомендациям Министерства здравоохранения России, зависит от степени тяжести, возраста человека и возбудителя заболевания. Если при субклинической форме и легкой степени тяжести можно обойтись дието-, ферментотерапией. применением энтеросорбентов и пробиотиков, то при наиболее часто встречающейся средней степени тяжести требуется иная тактика ведения. Ввиду развития кишечного токсикоза с эксикозом обязательна оральная регидратация с обильным дробным питьем глюкозо-солевых растворов и этиотропная

Во многих странах мира пересмотрены подходы к назначению антибиотиков. ВОЗ абсолютными показаниями для назначения антибиотиков считает только шигеллез, брюшной тиф, амебиаз, холеру. При выборе средств «стартовой» этиотропной терапии больных инфекционной диареей предпочтение отдают препаратам, которые мало всасываются в кишечнике, оказывая бактеристатическое или бактерицидное действие.

Диетотерапия.

Первое правило: раннее начало кормления; не допустимо голодание. Второе правило: дробное питание с увеличением кратности до 6–7 раз в день и снижения объема пищи до 50–70% от возрастной нормы.

Рекомендуемые продукты:

- Детям первого года жизни: грудное молоко, адаптированные кисломолочные напитки, низко- и безлактозные молочные смеси
- Каши из всех круп (кроме пшенной и перловой) на воде
- Супы слизистые крупяные, с разваренной вермишелью, овощные
- Мясо паровое, птица и рыба, отварные в виде пюре, суфле, кнелей, фрикаделек, котлет (с 3–4 дня болезни)
- Кисель и желе из фруктов и ягод спелых сладких сортов, кисломолочные напитки (двух, трехдневный кефир), крепкий чай, отвар шиповника, черники
- BRAT-диета: banana, rise, apple, toast (банан,

рис, яблоко, тосты) – рекомендация ВОЗ взрослым и детям старше 3 лет при нетяжелой кишечной инфекции

Полностью исключаются следующие продукты:

- Газированные напитки, фруктовые соки, молоко цельное, ряженка, сливки
- Мясные и рыбные бульоны, жирные сорта мяса, рыбы, птиц, копчености, соленья, маринады, грибы, орехи
- Овощи и фрукты: белокочанная капуста, бобовые, свекла, огурцы, редька, репа, редис, груша, сливы, виноград, абрикосы
- Сладости, свежая выпечка, черный хлеб Диета способствует снижению нагрузки на пищеварительный тракт и восстановлению баланса полезных бактерий. Придерживаться

диетотерапии рекомендуется на протяжении минимум одной-двух недель, а после выздоровления длительность диетической коррекции определяется индивидуально и может составлять до 3–6 месяцев.

Основным противомикробным препаратом широкого спектра действия этиотропной терапии инфекционной диареи является нифуроксазид – производное 5нитрофурана (Энтерофурил). После перорального применения препарат свое антибактериальное действие оказывает исключительно в просвете кишечника, полностью выводится через желудочно-кишечный тракт. Терапия Энтерофурилом проводится не более 7 дней с момента начала появления первых симптомов заболевания. Контроль эффективности лечения проводится сдачей лабораторных анализов.

Первичная профилактика диареи включает следующие правила «нельзя»: принимать пищу без соблюдения правил гигиены; пить некипяченую воду, непастеризованные молочные продукты; применять в пищу продукты с истекшим сроком хранения; есть немытые овощи, фрукты и ягоды; заниматься самолечением. Заметим, выбор продуктов и напитков, очистка воды, прием медикаментозных средств значительно снижают риск развития инфекционной диареи. Собираясь в любое путешествие, не следует забывать об Энтерофуриле, как лекарственном препарате с высокой доказательной базой.







- * Обнародованная статистика страховых случаев по медицинскому страхованию туристов группы «Ренессанс страхование» (www.renins.com), 2011 г.
- ** Усенко Д. В., Плоскирева А. А., Горелов А. В. Острые кишечные инфекции у детей в практике педиатра: возможности диагностики и терапии // Вопросы современной педиатрии. 2014. № 13 (3). С. 12–20.

Противовоспалительная терапия ОРИ

Противовоспалительная терапия занимает важное место в лечении острых респираторных инфекций (ОРИ). Об особенностях применения у детей рассказала доктор мед. наук, главный научный сотрудник ФГАУ «Национальный научно-практический центр здоровья детей» Минздрава России Булгакова Виля Ахтямовна.

стрые респираторные инфекции (ОРИ) являются самыми распространенными заболеваниями, особенно в детском возрасте, и характеризуются поражением разных отделов дыхательного тракта. Основными возбудителями ОРИ являются респираторные вирусы: считается, что на их долю приходится до 90-95% всех острых респираторных заболеваний у детей. Несмотря на общепризнанную «легкость» течения большинства случаев. некоторые пациенты могут демонстрировать нетипичную, более тяжелую клинику банальной острой респираторно-вирусной инфекции (ОРВИ) за счет осложнений в виде синдрома ложного крупа, обструктивного синдрома, присоединения бактериальной инфекции. У некоторых пациентов ОРВИ могут вызвать обострение хронических болезней органов дыхания, например, бронхиальной астмы. Поэтому проблема эффективного и безопасного лечения острых респираторных инфекций – одна из актуальных в клинической педиатрии.

Как новые возможности фармакотерапии позволяют лечить заболевания верхних и нижних дыхательных путей?

Поскольку патофизиологической основой клинических проявлений ОРИ является воспалительный процесс слизистых оболочек различных отделов респираторного тракта (носоглотка, гортань, трахея, бронхи), индуцируемый главным образом вирусами и реализуемый избыточной продукцией провоспалительных цитокинов, то первая возможность для снижения вирусной нагрузки и воспаления - это раннее назначение противовирусной терапии (например, противогриппозных химиопрепаратов при гриппе). Однако наши возможности воздействия на этиологический фактор при респираторных вирусных инфекциях достаточно ограничены. В этой связи возрастает значение патогенетической терапии, воздействующей на основные механизмы воспаления слизистых оболочек дыхательных путей, в частности угнетения продукции провоспалительных медиаторов (лейкотриены, простагландины). Противовоспалительная терапия при острых инфекциях верхних и нижних дыхательных путей имеет терапевтический потенциал, так как. уменьшая патологические процессы в слизистой оболочке респираторного тракта, устраняет симптомы болезни. Фармакологическими возможностями такого плана обладает препарат фенспирид.

С чего рекомендуется начинать лечение ребенка при развитии у него обструктивных состояний верхних дыхательных путей?

Основной метод патогенетического лечения обструктивных состояний дыхательных путей — противовоспалительная терапия. При развитии обструктивного синдрома или синдрома крупа лечение рекомендуется начинать с введения ингаляционных глюкокортикостероидов (ГКС), а при сохраняющейся тяжести состояния — продолжить введение ГКС (преднизолона или дексаметазона) парентерально в условиях стационара. При обструкции легкого течения, а также для ее профилактики у детей с ОРИ можно использовать фенспирид, который уменьшает действие патогенетических факторов, способствующих развитию воспаления, гиперсекреции слизи, гиперреактивности и обструкции бронхов.

Каковы основные эффекты фенспирида?

Основной фармакологический профиль фенспирида определяется специфическим действием на воспалительные процессы в системе органов дыхания. Напомню, что фенспирид не входит в число нестероидных противовоспалительных препаратов, не является и ГКС. Хотя, как и ГКС, относящиеся к наиболее мощным противовоспалительным средствам,

препятствует высвобождению арахидоновой кислоты из фосфолипидов клеточных мембран. Но в отличие от ГКС, которые подавляют активность фосфолипазы А2, фенспирид блокирует транспорт ионов кальция, необходимых для активации фосфолипазы А2. Препятствуя высвобождению и преобразованиям арахидоновой кислоты, фенспирид угнетает экссудацию и развитие отека в первой фазе воспаления, а за счет ингибиции хемотаксиса и высвобождения цитокинов тормозит переход воспалительного процесса в клеточную фазу. Противовоспалительное действие фенспирида происходит также благодаря антагонизму фенспирида и гистамина. Фенспирид блокирует Н1-рецепторы. 1-адренергические рецепторы и ингибирует их действие на синтез и секрецию цитокинов, особенно фактора некроза опухоли. Все это способствует уменьшению секреции и снижению вязкости секрета, улучшению мукоцилиарного транспорта и достижению бронхорасширяющего эффекта. Совокупность перечисленных свойств определяет противовоспалительное, бронхолитическое и противокашлевое действие фенспирида.

В каких ситуациях необходимо включить фенспирид в комплексную терапию заболеваний дыхательных путей?

Показаниями к применению фенспирида являются заболевания верхних и нижних дыхательных путей. Препарат можно назначать при ринофарингите, ларингите, трахеобронхите, бронхите, при бронхиальной астме (в составе комплексной терапии), 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. Среди препаратов фенспирида могу отметить зарегистрированный в Российской

Федерации препарат Эпистат компании «Гедеон Рихтер». Эпистат выпускается в виде таблеток по 80 мг для взрослых и в виде сиропа Эпистат 2 мг/мл 150 мл для детей с 2 лет. Эпистат сироп поставляется с удобным мерным стаканчиком с градуировкой от 2,5 до 20 мл, что дает возможность точно дозировать лекарственное средство ребенку.

Фенспирид принимается при сухом или влажном кашле?

Фенспирид, воздействуя на разные звенья воспалительного процесса, уменьшает его интенсивность, блокирует рецепторы гистамина и снижает синтез простагландинов, тромбоксанов и лейкотриенов — основных провоспалительных факторов; оказывает бронхорасширяющее действие; снижает продукцию и объем секреции муцина, улучшая свойства мокроты. Эти свойства препарата позволяют назначать его при кашле, как влажном, так и сухом.

Снижает ли прием фенспирида риск бактериальных осложнений и можно ли с его помощью сократить прием системных антибиотиков?

Хорошо известно, что разрешение ОРВИ может идти по двум направлениям: либо обратное развитие процесса, либо присоединение бактериальных осложнений, и в этом случае может возникать замкнутый круг, который довольно сложно разорвать. Воспаление нарушает мукоцилиарный клиренс, мокрота создает хорошие условия для микробной колонизации, что, в свою очередь, поддерживает воспаление. К решению проблемы: бороться с воспалением или занимать выжидательную тактику — необходимо подходить индивидуально в каждом случае. Клинические исследования показали, что назначение фенспирида при ОРИ пациентам с хроническими заболеваниями, рецидивирующими респираторными инфекциями уменьшает сроки заболевания, снижает риск бактериальных осложнений и сокращает прием системных антибиотиков в 2,5 раза.



Корь. Информационный бюллетень ВОЗ 2017 г.

Корь является крайне заразной тяжелой болезнью вирусного происхождения. По оценкам, в 1980 г., до широкого распространения вакцинации, произошло 2,6 млн случаев смерти от кори.

орь остается одной из основных причин смерти детей раннего возраста во всем мире, даже несмотря на наличие безопасной и эффективной вакцины. По оценкам, в 2015 г. от кори умерли 134 200 человек, большинство из которых – дети в возрасте до 5 лет. Возбудителем кори является вирус из семейства парамиксовирусов. Вирус кори обычно передается через прямой контакт, а также по воздуху, инфицирует слизистую оболочку, а затем распространяется по организму. Корь является болезнью человека и не регистрировалась у животных.

Ускоренные мероприятия по иммунизации оказали значительное воздействие на снижение смертности от кори. В 2000–2015 гг. вакцинация от кори предотвратила, по оценкам, 20,3 млн случаев смерти. Глобальная смертность от кори снизилась на 79% – с 651 600 случаев смерти в 2000 г.* до 134 200 случаев в 2015 г.

ПРИЗНАКИ И СИМПТОМЫ

Первым признаком кори обычно является значительное повышение температуры, которое наступает примерно через 10-12 дней после воздействия вируса и продолжается от 4 до 7 дней. На этой начальной стадии могут появляться насморк, кашель, покраснение глаз и слезотечение, а также мелкие белые пятна на внутренней поверхности щек. Через несколько дней появляется сыпь, обычно на лице и верхней части шеи. Примерно через 3 дня сыпь распространяется по телу и, в конечном итоге, появляется на руках и ногах. Она держится 5-6 дней и затем исчезает. В среднем, сыпь выступает через 14 дней (от 7 до 18 дней) после воздействия вируса. Большинство смертельных случаев кори происходит из-за осложнений, связанных с этой болезнью. Чаще всего осложнения развиваются у детей в возрасте до пяти лет или у взрослых людей старше 20 лет. Самые серьезные осложнения включают слепоту. энцефалит (инфекцию, приводящую к отеку головного мозга), тяжелую диарею и связанную с ней дегидратацию, ушные инфекции и тяжелые инфекции дыхательных путей, такие как пневмония. Тяжелое течение кори более вероятно среди плохо питающихся детей младшего возраста, особенно тех, кто испытывает недостаток витамина А. или чья иммунная система ослаблена ВИЧ/СПИДом или другими болезнями.

Среди групп населения с высокими уровнями недостаточности питания и при отсутствии надлежащей медицинской помощи до 10% случаев кори заканчиваются смертельным исходом. Риску

* Оценки смертности за 2000 г. могут отличаться от ранее сообщаемых оценок. Повторное использование ВОЗ и ЮНИСЕФ модели для оценки ежегодной смертности от кори с учетом новых данных, полученных в рамках Оценок национальных уровней охвата иммунизацией (WUENIC) ВОЗ/ЮНИСЕФ и обновленных данных Эпиднадзора, позволяет также скорректировать и обновить результаты за каждый год, вилючая базовый год. развития тяжелых осложнений подвергаются также инфицированные женщины во время беременности, а беременность может заканчиваться самопроизвольным абортом или преждевременными родами. У людей, переболевших корью, вырабатывается иммунитет против нее на всю оставшуюся жизнь.

КТО ПОДВЕРГАЕТСЯ РИСКУ?

Невакцинированные дети раннего возраста подвергаются самому высокому риску заболевания корью и развития осложнений, включая смертельный исход. Невакцинированные беременные женщины также подвергаются риску. Заразиться корью может любой человек, не имеющий иммунитета — тот, кто не был вакцинирован или тот, кто не выработал иммунитет после вакцинации.

щегося за 4 дня до появления у него сыпи и заканчивающегося через 4 дня после ее появления.

Вспышки кори могут принимать форму эпидемий, которые приводят к многочисленным смертельным исходам, особенно среди детей раннего возраста, страдающих от недостаточности питания.

В странах, где корь в значительной мере ликвидирована, случаи заболевания, ввезенные из других стран, остаются существенным источником инфекции.

ЛЕЧЕНИЕ

Какого-либо специального лечения, направленного против вируса кори, не существует. Тяжелых осложнений кори можно избежать при поддерживающем лечении, которое обеспечивает хорошее Иммунизация одного ребенка против кори стоит примерно 1 доллар США.

Противокоревую вакцину часто объединяют с вакцинами против краснухи и/или свинки в странах, где эти болезни представляют проблемы. Она одинаково эффективна как в виде моновакцины, так и в комбинированном виде. Включение в вакцину от кори краснухи лишь незначительно повышает ее стоимость и позволяет совмещать расходы на доставку вакцин и проведение вакцинации.

В 2015 г. около 85% всех детей в мире получили 1 дозу противокоревой вакцины в течение первого года жизни в ходе оказания регулярных медицинских услуг, по сравнению с 73% в 2000 г. Для обеспечения иммунитета и предотвращения вспышек болезни рекомендуются 2 дозы вакцины, так как примерно у 15% вакцинированных детей после первой дозы иммунитет не вырабатывается.

Основные факты

- Корь является одной из основных причин смерти среди детей раннего возраста, даже несмотря на наличие безопасной и эффективной по стоимости вакцины.
- В 2015 г. в глобальных масштабах произошло 134 200 случаев смерти от кори почти 367 случаев в день, или 15 случаев в час.
- За период с 2000 по 2015 г. противокоревая вакцинация привела к снижению глобальной смертности от кори на 79%.
- В 2015 г. около 85% всех детей в мире получили одну дозу противокоревой вакцины в течение первого года жизни в ходе оказания регулярных медицинских услуг, по сравнению с 73% в 2000 г.
- В 2000–2015 гг. вакцинация от кори предотвратила, по оценкам, 20,3 млн случаев смерти, сделав вакцину от кори одним из наиболее выгодных достижений общественного здравоохранения.

Корь все еще широко распространена во многих развивающихся странах — особенно, в некоторых частях Африки и Азии. Ежегодно более 20 млн человек заболевает корью. Подавляющее большинство (более 95%) случаев смерти от кори происходит в странах с низким доходом на душу населения и слабыми инфраструктурами здравоохранения.

Самые смертоносные вспышки кори происходят в странах, переживающих стихийные бедствия и конфликты или возвращающихся к нормальной жизни после таких событий. Из-за ущерба, нанесенного инфраструктуре и службам здравоохранения, прерывается регулярная иммунизация, а предназначенные для жилья переполненные лагеря способствуют значительному повышению риска инфицирования.

ПЕРЕДАЧА ИНФЕКЦИИ

Высококонтагиозный вирус кори распространяется при кашле и чихании, тесных личных контактах или непосредственном контакте с инфицированными выделениями из носоглотки.

Вирус остается активным и контагиозным в воздухе или на инфицированных поверхностях в течение 2 ч. Он может быть передан инфицированным человеком на протяжении периода времени, начинаю-

питание, надлежащее поступление жидкости и лечение дегидратации с помощью рекомендуемых ВОЗ оральных регидратационных растворов. Эти растворы возмещают жидкость и другие важные микроэлементы, которые теряются при диарее и рвоте. Для лечения глазных и ушных инфекций и пневмонии следует назначать антибиотики.

Все дети в развивающихся странах, которым поставлен диагноз кори, должны получить 2 дозы добавки витамина А с интервалом в 24 ч. Это лечение позволяет восстановить низкие уровни содержания витамина А, наблюдаемые во время кори даже среди детей, получающих надлежащее питание, и может помочь предотвратить поражения глаз и слепоту. Как показывает опыт, добавки витамина А способствуют уменьшению числа случаев смерти от кори на 50%.

ПРОФИЛАКТИКА

Регулярная противокоревая вакцинация детей в сочетании с кампаниями массовой иммунизации в странах с высокими показателями заболеваемости и смертности являются основными стратегиями общественного здравоохранения, направленными на уменьшение глобальной смертности от кори. Противокоревая вакцина используется на протяжении более 50 лет. Она безопасна, эффективна и недорога.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ВОЗ

В 2010 г. Всемирная ассамблея здравоохранения установила три промежуточных цели в направлении будущей ликвидации кори, которые должны быть достигнуты в 2015 г.:

- увеличить регулярный охват первой дозой корьсодержащей вакцины (КСВ1) детей в возрасте 1 года до ≥90% на национальном уровне и до ≥80% в каждом районе или эквивалентной административной единице;
- сократить и поддерживать ежегодную заболеваемость корью на уровне <5 случаев на млн; и
- сократить оценочную смертность от кори на >95% по сравнению с оценкой 2000 г. К 2015 г. глобальное стремление улучшить охват вакцинацией привело к сокращению числа случаев смерти на 79%. В течение 2000–2015 гг. при поддержке Инициативы по борьбе против кори и краснухи с помощью вакцинации кори было предотвращено 20,3 млн случаев смерти. В течение 2015 г. во время кампаний по массовой вакцинации в 41 странах были вакцинированы против кори приблизительно 183 млн детей. Все регионы ВОЗ сейчас поставили перед собой цель ликвидировать эту поддающуюся профилактике болезнь-убийцу к 2020 г.

ИНИЦИАТИВА ПО БОРЬБЕ ПРОТИВ КОРИ И КРАСНУХИ

Начатая в 2001 г. Инициатива по борьбе против кори и краснухи является глобальным партнерством, осуществляемым под руководством Американского общества Красного Креста, Фонда Организации Объединенных Наций, Центров США по борьбе и профилактике болезней, ЮНИСЕФ и ВОЗ. Инициатива по борьбе против кори и краснухи стремится обеспечить, чтобы ни один ребенок не умирал от кори или не рождался с синдромом врожденной краснухи; ее целью также является сокращение числа случаев смерти от кори на 95% к 2015 г. и

элиминация кори и краснухи к 2020 г. по крайней мере в пяти регионах ВОЗ.

ГЛОБАЛЬНЫЙ СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ПЛАН ПО БОРЬБЕ ПРОТИВ КОРИ И КРАСНУХИ НА 2012–2020 ГГ.

В 2012 г. ИБКК начала осуществление нового Глобального стратегического плана по борьбе против кори и краснухи, который охватывает период 2012–2020 гг.

Этот план содержит четкие стратегии для руководителей иммунизации в странах,

работающих с внутренними и международными партнерами над достижением целей по борьбе с корью и краснухой и их элиминации, поставленных на 2015 и 2020 гг.

ЦЕЛИ НА КОНЕЦ 2015 Г.:

- 1. сократить число случаев смерти от кори в мире по крайней мере на 95% по сравнению с уровнями 2000 г.;
- 2. достичь региональные цели в отношении элиминации кори и краснухи/синдрома врожденной краснухи (СВК).

ЦЕЛЬ НА КОНЕЦ 2020 Г.:

Достичь элиминации кори и краснухи по крайней мере в пяти регионах ВОЗ. Основываясь на нынешних тенденциях в охвате вакцинацией против кори и заболеваемости корью, а также на данных доклада о среднесрочном обзоре выполнения стратегии, Стратегическая консультативная группа экспертов по иммунизации (СКГЭ) пришла к выводу, что глобальные промежуточные цели и цели элиминации кори, поставленные на 2015 г., не были достигнуты из-за сохраняющихся пробелов в охвате иммунизацией. Для

закрепления успехов, достигнутых на сегодняшний день в области борьбы с корью, СКГЭ рекомендует уделять повышенное внимание улучшению систем иммунизации в целом. ВОЗ будет продолжать укреплять глобальную лабораторную сеть для обеспечения своевременной диагностики кори и следить за международным распространением вирусов кори в целях применения более скоординированного подхода к проведению мероприятий по вакцинации и снижения смертности от этой предотвратимой с помощью вакцин болезни.

Источник: Всемирная организация здравоохранения

Краснуха. Информационный бюллетень ВОЗ 2017 г.

Краснуха является острой, заразной вирусной инфекцией. У детей болезнь протекает, как правило, легко, но у беременных женщин она может приводить к серьезным последствиям, вызывая гибель плода или врожденные пороки развития, известные как синдром врожденной краснухи (СВК).

ирус краснухи передается воздушно-капельным путем при чихании или кашле инфицированного человека. Человек является единственным известным носителем вируса краснухи.

симптомы

У детей болезнь протекает, как правило, легко, с симптомами, включающими сыпь, незначительно повышенную температуру (<39°С), рвоту и легкий конъюнктивит. Сыпь, которая появляется в 50–80% случаев, обычно сначала выступает на лице и шее, затем опускается ниже по телу и длится 1–3 дня. Опухшие лимфатические узлы за ушами и на шее являются наиболее характерным клиническим признаком. У инфицированных взрослых людей, чаще у женщин, может развиваться артрит с болями в суставах, который длится обычно 3–10 дней.

После инфицирования вирус распространяется в организме человека в течение 5–7 дней. Симптомы обычно появляются через 2–3 недели после экспозиции. Наиболее инфекционный период наступает обычно через 1–5 дней после появления сыпи.

В случае если инфицирование женщины вирусом краснухи происходит в начале ее беременности, вероятность того, что она передаст вирус плоду, составляет 90%. Это может приводить к выкидышу, мертворождению или тяжелым врожденным порокам развития, известным как СВК. Дети с СВК могут выделять вирус в течение года или более после рождения.

СИНДРОМ ВРОЖДЕННОЙ КРАСНУХИ

Дети с СВК могут страдать от нарушений слуха, дефектов глаз, пороков сердца и других пожизненных форм инвалидности, включая аутизм, сахарный диабет и дисфункцию щитовидной железы. В случае многих из таких нарушений требуются дорогостоящая терапия, хирургические операции и другие дорогие виды медицинской помощи.

Самый высокий риск СВК существует в странах, где женщины детородного возраста не имеют иммунитета к этой болезни (который вырабатывается либо в результате вакцинации, либо после перенесенной

ранее краснухи). До введения вакцины до 4 детей на 1000 случаев рождения живых детей появлялись на свет с СВК.

Благодаря крупномасштабной вакцинации против краснухи, проведенной на протяжении последнего десятилетия, краснуха и СВК во многих развитых и в некоторых развивающихся странах практически ликвидированы. В апреле 2015 г. Американский регион ВОЗ стал первым регионом, где была прекращена эндемичная передача краснухи.

Самые высокие показатели СВК наблюда-

Американском регионе, охвативших более 250 млн подростков и взрослых людей, не было выявлено каких-либо серьезных неблагоприятных реакций, связанных с этой вакциной.

деятельность воз

По рекомендациям ВОЗ, все страны, которые еще не ввели вакцину против краснухи, должны предусмотреть ее введение в рамках существующих устойчивых программ противокоревой иммунизации.

Сегодня 3 региона ВОЗ поставили цели

вакцин, содержащих компоненты против кори и краснухи;

- 2. проводить мониторинг за болезнью, используя эффективный эпиднадзор, и оценивать программные усилия по обеспечению прогресса и позитивного воздействия мероприятий по вакцинации:
- 3. обеспечить и поддерживать готовность к вспышкам болезни, быстрые ответные меры на такие вспышки и эффективное лечение пациентов;
- 4. передавать информацию и проводить работу для формирования общественного доверия и спроса на иммунизацию;
- 5. проводить научные исследования и разработки, необходимые для поддержки эффективных по стоимости действий и для улучшения вакцинации и диагностических метолик

По данным Среднесрочного обзора выполнения Глобального плана действий в отношении вакцин, борьба с краснухой ведется недостаточно интенсивно, поскольку 45 государств-членов еще не внедрили вакцину, а два региона (Африканский и Восточного Средиземноморья) до сих пор не выдвинули целей в области ликвидации или борьбы с краснухой.

По рекомендациям Стратегической консультативной группы экспертов (СКГЭ) ВОЗ, для дальнейшего прогресса в области борьбы с краснухой необходимо уделять повышенное внимание улучшению национальных систем иммунизации в целом. В одном регионе (стран Америки) эндемическая передача краснухи успешно прекращена, а в 2015 г. была подтверждена

ликвидация СВК.

В качестве одного из членов-учредителей Инициативы по борьбе с корью и краснухой ВОЗ оказывает техническую поддержку правительствам и сообществам для улучшения программ регулярной иммунизации и проведения целевых кампаний вакцинации. Кроме того, Глобальная сеть лабораторий по кори и краснухе ВОЗ оказывает поддержку для диагностирования случаев краснухи и СВК и отслеживания распространения вирусов краснухи.

Источник:

Всемирная организация здравоохранения



Основные факты

- Краснуха это заразная и, как правило, легкая вирусная инфекция, поражающая чаще всего детей и молодых людей.
- Краснуха у беременных женщин может приводить к гибели плода или к врожденным порокам развития, таким как синдром врожденной краснухи (СВК).
- По оценкам, в мире ежегодно рождаются более 100 000 детей с СВК.
- Специального лечения краснухи нет, но болезнь можно предотвратить с помощью вакцинации.

ются в Африканском регионе ВОЗ и регионе ВОЗ для стран Юго-Восточной Азии, где отмечается самый низкий уровень охвата вакцинацией.

ВАКЦИНАЦИЯ

Вакцина против краснухи на основе живого аттенуированного штамма используется на протяжении более 40 лет. Единственная доза обеспечивает более 95% длительного иммунитета, схожего с иммунитетом, вырабатываемым в результате естественного инфицирования.

Вакцины против краснухи имеют либо моновалентную форму (вакцина, направленная только на один патоген), либо, чаще всего, комбинированную с другими вакцинами, такими как вакцины против кори (КК), кори и свинки (КСК) или кори, свинки и ветряной оспы (КСКВ).

Неблагоприятные реакции на вакцинацию обычно бывают легкими. Они могут включать боль и покраснение в месте инъекции, незначительное повышение температуры, сыпь и мышечные боли. Во время проведения кампаний массовой иммунизации в

ликвидировать эту предотвратимую причину дефектов при рождении.

В апреле 2012 г. Инициатива по борьбе с корью – известная в настоящее время как Инициатива по борьбе с корью и краснухой – объявила о новом Глобальном стратегическом плане борьбы с корью и краснухой, охватывающем период 2012–2020 гг. План включает новые глобальные цели на 2015 и 2020 г.

ЦЕЛИ НА КОНЕЦ 2015 ГОДА

- Снизить глобальную смертность от кори по меньшей мере на 95% по сравнению с уровнями 2000 г.
- Достигнуть региональных целей в области ликвидации кори и краснухи/ СВК.

К КОНЦУ 2020 Г.

• Завершить ликвидацию кори и краснухи по меньшей мере в 5 регионах ВОЗ.

Стратегия направлена на осуществление 5 основных компонентов:

1. обеспечить и поддерживать высокий уровень охвата вакцинацией 2 дозами

Детская гастроэнтерология в Москве

Московские гастроэнтерологи: важно не только лечить, но и морально поддерживать

Пока ребенок, страдающий проблемами органов пищеварения, вырастет, пройдут годы. И в течение этого времени очень важно обеспечить преемственность между периодом наблюдения маленького пациента у детского гастроэнтеролога и его переходом ко взрослому. А поскольку в этой области с каждым годом растет количество пациентов, направление гастроэнтерологии в современной педиатрии является одним из актуальных.



3.И. Алиева, д.м.н., профессор, врач-гастроэнтеролог высшей квалификационной категории, главный внештатный специалист детский гастроэнтеролог Департамента здравоохранения города Москвы, заведующая отделением гастроэнтерологии и Центром детской гастроэнтерологии ГБУЗ «Морозовская ДГКБ» ДЗМ

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ: УДОБСТВО – ДЛЯ ВРАЧЕЙ, КАЧЕСТВО – ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ

Причин того, что с проблемами пищеварения сталкиваются все большее количество детей, множество: это и «вечный вопрос» питания в фастфудах, и отсутствие режима в жизни маленького человека, и некачественная пища. и школьные перегрузки, и повсеместные стрессы, и экологические проблемы. Однако в начале этой статьи не зря было сказано о преемственности, ведь детская гастроэнтерология стоит особняком в общем учении о болезнях органов пищеварения. Данный факт объясняется не только анатомо-физиологическими особенностями ребенка, но и периодами его роста и функционального развития, когда все органы и системы меняют свою структуру и качество. Именно поэтому современные гастроэнтерологи говорят о том, что данное направление необходимо постоянно развивать, а педиатрическая гастроэнтерологическая служба города Москвы начала работать на перспективу одной из первых. Мы расскажем о том, как это происходило на протяжении последних двух лет.

Чтобы повысить качество и эффективность своей работы, столичной службой, прежде всего, была разработана маршрутизация пациентов по профилю «гастроэнтерология». При этом врачи общей практики и участковые педиатры по вопросам гастроэнтерологии ощутили не только методическую помощь, но и почувствовали эффективность новой методики, ведь перемены в организации и координации работы привели к удобству и для врачей, и для пациентов. Сегодня возможности первичной мелико-санитарной помощи включают в себя профилактику, диагностику, лечение гастроэнтерологических заболеваний и состояний, медицинскую реабилитацию, формирование здорового образа жизни. Такую помощь врачи-гастроэнтерологи оказывают в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара. Если у пациента есть показания, его направляют в стационар, который оказывает специализированную медицинскую помощь по профилю «гастроэнтерология».

Здесь существуют все возможности для профилактики, диагностики, лечения и реабилитации с использованием специальных методов и сложных медицинских технологий. Скорую, в том числе специализированную, медицинскую помощь пациентам оказывают в амбулаторных и стационарных условиях или вне медицинской организации. Если болезнь протекает нетипично и пациенту необходимо установить окончательный диагноз, если проводимая терапия и повторные курсы лечения не дали результатов, но при этом риск хирургического лечения велик – в подобных диагностически сложных случаях пациента дообследуют и оказывают специализированную помощь, при необходимости - высокотехнологичную. Возможность реабилитироваться и восстановить здоровье пациенты получают в специализированных санаторно-курортных организациях.

При такой организации работы стоит отметить деление столичных гастроэнтерологических учреждений здравоохранения на уровни по методам и возможностям оказания помощи. К первому уровню относятся детские городские поликлиники Департамента здравоохранения Москвы (ДЗМ) и учреждения ДЗМ,

имеющие в своей структуре первичный гастроэнтерологический кабинет. Ко второму — медицинские учреждения ДЗМ, оказывающие первичную специализированную помощь. К третьему — учреждения клинического уровня оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной. помоши.

ПАЦИЕНТ

I этап

Первичная медико-санитарная помощь Минимальные диагностические обследования по нозологиям

Окончание случая

II этап

Специалист-гастроэнтеролог Первичное посещение:

- первичная диагностика;
- установленный диагноз.
- Медицинские стандарты МКБ-10:
- лабораторная диагностика;функциональная диагностика;
- рентгеноскопия;
- КТ брюшной полости;
- ФГДС;
- RRS;
- ирригоскопия;
- ФКС:

• консультации специалистов: инфекционист, ревматолог, хирург, пульмонолог, генетик, невролог и др.

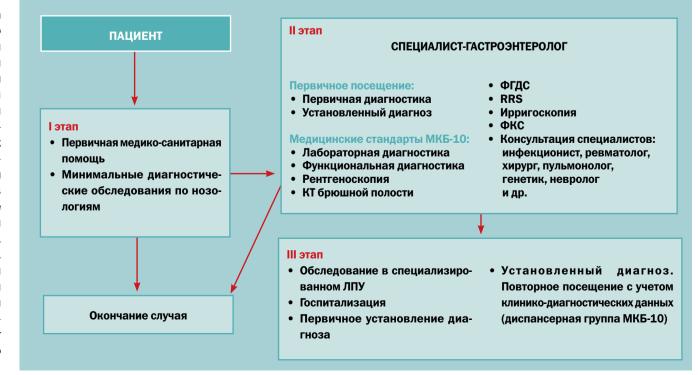
III этап

- Обследование в специализированном лпу
- Госпитализация
- Первичное установление диагноза
- Установленный диагноз. Повторное посещение с учетом клинико-диагностических данных (диспансерная группа МКБ-10)

ПОСТАВИТЬ ПРАВИЛЬНЫЙ И БЫСТРЫЙ ДИАГНОЗ СТАЛО ПРОЩЕ

Детские поликлиники столичного Департамента здравоохранения оснащены всем необходимым – кабинетами ультразвуковой диагностики, где проводятся исследование органов брюшной полости и функциональные пробы для желчного пузыря и верхних отделов пищеварительного тракта. Есть здесь и эндоскопические кабинеты, в которых проводится ЭГДС с взятием биопсии и проведением теста на H. pilory.

В специализированных клиниках для диагностики заболеваний ЖКТ у детей широко применяются современные методы



исследования - УЗИ органов брюшной полости (включая исследование полых органов), УЗИ запирательного канала и прямой кишки, определение функции сфинктерного аппарата прямой кишки, эзофагогастродуоденоскопия, колоноскопия, ректороманоскопия со взятием биопсии и морфологическим исследованием материала, видеокапсульное исследование, суточная РН-метрия желудка и пишевода, диагностика хеликобактерной инфекции, электронейромиография запирательного канала. Рентгенологические методы исследования позволяют сделать обзорную рентгенографию, рентгеноскопию ЖКТ с функциональными пробами, определить пассаж контрастного вещества, провести ирригографию. Также пациентам проводятся МРТ и КТ брюшной полости, широкий спектр лабораторных исследований. Доступность этих методов позволяет максимально быстро и точно поставить диагноз. Хорошей новостью является и то, что скоро подобным диагностическим оборудованием будут оснащены и московские детские поликлиники.

ЧТОБЫ ВРАЧ ВСЕГДА БЫЛ В КУРСЕ СОБЫТИЙ

Быть в курсе самых современных тенденций развития здравоохранения столичным гастроэнтерологам и педиатрам позволяет постоянное участие в научно-практических конференциях и семинарах. В связи с этим в последние годы московские врачи стали еще активнее посещать всероссийские и международные конференции и семинары, проводимые Департаментом здравоохранения Москвы. Европейской организацией болезни Крона и язвенного колита (ЕССО), Европейским союзом гастроэнтерологов (UEG). Кроме того, отделения гастроэнтерологии лечебнопрофилактических учреждений столичного Департамента продолжают предоставлять учебную базу различным кафедрам ведущих российских медицинских вузов и НИИ.

Два года назад московские окружные гастроэнтерологи создали рабочую группу по своей специальности. И теперь они регулярно проводят свои ежемесячные заседания, чтобы держать друг друга в курсе актуальных вопросов детской гастроэнтерологии.

А поскольку современные требования к квалификации врачей с каждым годом становятся выше, обновление знаний и совершенствование навыков медработников занимает особое место. Возможность повысить свою квалификацию педиатры, гастроэнтерологи и медсестры столичных отделений гастроэнтерологии получают не только на рабочих местах, но и на курсах повышения квалификации специалистов, циклах усовершенствования и специализации в центральных институтах, через ординатуру и аспирантуру. В частности, углубить свои знания и получить диплом по вопросам детской гастроэнтерологии можно на курсах длительностью в 144 часа. Чтобы эта работа регулярно обновлялась, столичный Департамент расширяет клинические базы для такого обучения и обновляет методические рекомендации.



ОСОБАЯ ПОМОЩЬ ДЛЯ ОСОБЫХ ПАЦИЕНТОВ

Чтобы дети-инвалиды с воспалительными заболеваниями кишечника, синдромом короткой кишки и стомированные больные вовремя проходили реабилитацию, на базе Морозовской ДГКБ организован городской Центр детской гастроэнтерологии – пока единственный в столице. На его базе создан Центр воспалительных заболеваний кишечника. где особые пациенты с язвенным колитом и болезнью Крона проходят диагностику и специализированное лечение. Здесь же ведется регистр данных больных, проводится анализ заболеваемости, систематическое наблюдение за пациентами и оптимизация лечения, а также организована передача пациентов-инвалидов во взрослую сеть.

Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи финансируется за счет бюджета Территориального фонда обязательного медицинского страхования. Эта помощь включает в себя и высокие технологии – применение новых сложных или уникальных методов лечения, ресурсоемких методов с научно доказанной эффективностью. В профиле «гастроэнтерология» такими возможностями пользуются пациенты с язвенным колитом и болезнью Крона 3-й и 4-й степени активности, с гормонозависимыми и гормонорезистентными формами. Для их лечения применяется поликомпонентная терапия химиотерапевтическими и генно-инженерными биологическими лекарственными препаратами под контролем иммунологических, морфологических, гистохимических инструментальных исследований. Все это позволяет сделать более качественной жизнь детей с воспалительными заболеваниями кишечника. На базе Морозовской ДГКБ работает кабинет лечения детей с синдромом короткой кишки (СКК). В течение 2015 г. специалисты создали здесь рабочий регистр детей с СКК, который включает 26 пациентов, среди которых 15 находятся на парентеральном питании. Для них разработаны индивидуальные карты с учетом необходимых препаратов, продуктов питания, медицинских изделий, получены сведения о необходимых и жизненно важных лекарственных препаратах, специализированных продуктах лечебного питания, изделиях медицинского назначения, необходимых для индивидуального обеспечения. Каждый из этих особых пациентов имеет свои потребности на месяц и год, и все они учтены специальной комиссией и собраны в форме индивидуальных таблиц. Пациентов не только обеспечивают всем необходимым, а также проводят регулярное наблюдение, консультируют очно и заочно.

На базе городского Центра детской гастроэнтерологии скоро откроется кабинет работы с детьми, которые страдают заболеваниями, приведшими к образованию стомы. Самые разные специалисты (детский гастроэнтеролог, детский хирург-колопроктолог, диетолог и другие) будут постоянно наблюдать за пациентами - носителями стомы, проводить для них консультации, коллегиально решать вопросы о закрытии или реконструкции стомы. Здесь же пациенты смогут получать рецепты на средства индивидуального обеспечения (калоприемники, средства по уходу за стомой), информацию обучение уходу за стомой, а также психологическую помощь.

Разумеется, маленьким тяжелым пациентам нужны не только рецепты и консультации — они нуждаются в улучшении качества жизни, в медико-социальной поддержке. И такую работу с пациентами в учреждениях гастроэнтерологической службы врачи ведут адресно, с опорой, прежде всего, на личность больного и его индивидуальные потребности.

ИМ ВАЖНА ОБЩЕСТВЕННАЯ ПОДДЕРЖКА

Когда врачи и родители объединяют свои усилия – цели достигаются быстрее, лечение становится успешнее. Поэтому не менее чем медицинская помощь для детей с гастроэнтерологической патологией важны социальная поддержка и медицинская реабилитация. В этом огромную помощь врачам оказывают пациентские и общественные организа-

ции Москвы, совместно решая проблемы детской адаптации и реабилитации. Среди них — Автономная некоммерческая организация по оказанию помощи больным с синдромом короткой кишки и метаболическими нарушениями «Ветер надежд», Некоммерческое партнерство «Общество родителей детей, больных язвенным колитом и болезнью Крона», форум для людей с аутоиммунными заболеваниями «Кронпортал».

В качестве социальной помощи два года назад был успешно реализован совместный проект Центра детской гастроэнтерологии Морозовской ЛГКБ и Общества родителей детей. больных язвенным колитом и болезнью Крона. – gastromoroz.ru. Концепция этого портала отражает вдумчивый и естественный подход к вопросам здоровья, социальной поддержки и медицинской реабилитации детей с гастроэнтерологической патологией. Здесь врачи и родители пациентов всегда могут получить информацию о гастроэнтерологическом отделении и Центре детской гастроэнтерологии Морозовской детской больницы, оказывающих помощь детям с заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Чтобы знать все о ВЗК, СКК и стоме, пациентов и их родителей регулярно информируют - проводятся консультации и беседы в рамках «Гастрошкол», на форуме «Кронпортал» (форум для людей с аутоиммунными заболеваниями) открыта онлайн-приемная, где московские врачигастроэнтерологи проводят бесплатные консультации.

В минувшем году при поддержке Департамента здравоохранения Москвы и фонда «Миротворец» в Морозовской детской больнице состоялся праздник для детей с воспалительными заболеваниями кишечника «Жизнь с ВЗК», где была торжественно открыта художественная выставка работ пациентов. Мероприятие привлекло общественное внимание к проблеме, а у детей появилась возможность завести новые знакомства. **узнать** об опыте сверстников и более старших товарищей в нелегкой жизни с ВЗК. Праздник стал первым, но удачным опытом для врачей, детей и родителей, поэтому было решено, что он станет регулярным событием.

Осознавая печальный факт ежегодного роста детских гастроэнтерологических заболеваний, Департамент здравоохранения Москвы проводит обширную работу. Только за последние два года была организована маршрутизации больных, преемственность амбулаторного, стационарного и санаторного звена здравоохранения. Детские поликлиники и стационары столицы были оснащены необходимым оборудованием, а власти всячески содействовали, чтобы программы повышения квалификации врачей стали качественными и доступными, а также чтобы специалисты могли регулярно участвовать во всероссийских и международных конференциях и конгрессах по гастроэнтерологии. Кроме того, помощь детям с ВЗК, СКК и стомированным больным набирает обороты благодаря взаимодействию с общественными и пациентскими организациями.

Сахарный диабет и энтеровирусные инфекции у детей: клинико-морфологические сопоставления

Дети, которые были инфицированы энтеровирусами, имеют повышенный риск развития сахарного диабета 1 типа. В связи с этим, врачам разных специальностей необходимо проявлять особую внимательность и настороженность в отношении энтеровирусной инфекции.



Т.А. Полилова, М.С. Савенкова, В.В. Смирнов, Е.Е. Петряйкина, И.Е. Колтунов, Л.Н. Каск, Н.В. Бузина

Морозовская детская городская клиническая больница Департамента здравоохранения г. Москвы

ахарный диабет (СД) является одним из наиболее важных и сложных заболеваний современной медицины ввиду его широкого распространения, клинического полиморфизма и тяжести осложнений [1–6]. Летальность при СД выше в 2–3 раза по сравнению с больными без него. Всемирная организация здравоохранения характеризует инсулинозависимый СД (ИЗСД или СД 1-го типа) как эпидемию неинфекционного генеза из-за значительного роста среди детей и подростков [2–5]. Прогнозируется, что заболеваемость ИСЗД за период с 2005-го по 2020 год у детей младше 5 лет увеличится в 2 раза, а общая распространенность его у детей до 15 лет возрастет на 70%, поэтому госпитализация также увеличится [7].

Развитие СД сопровождается трех-, четырехкратным увеличением риска смерти от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и уменьшением ожидаемой продолжительности жизни по сравнению с лицами, не имеющими СД. Возникающие кардиоваскулярные нарушения в детском возрасте при ИЗСД становятся основной причиной смертности у взрослых пациентов. Миокардиодистрофия в большинстве случаев приводит к развитию сердечной недостаточности, артериальной гипертензии (АГ), прогрессированию макро- и микрососудистых осложнений СД 1-го типа.

СД 1-го типа — это диффузный генерализованный патологический процесс, который поражает всю систему микроциркуляции, — микроангиопатия с нарушением метаболизма сердечной мышцы, изменение нервной регуляции сердца, развитие изменений в рамках кардиоренального синдрома и эндотелиальной дисфункции. Признанным механизмом повреждения миокарда при СД является уменьшение коронарного резерва вследствие гипергликемии (микроангиопатии), гипертриглицеридемии, эндотелиальной дисфункции.

СД является мощным и независимым фактором риска развития мерцательной аритмии и трепетания предсердий [8]. СД и мерцательная аритмия тесно связаны между собой по ряду факторов: ускоренному развитию атеросклероза с формированием фибросклероза с ишемизирующим воздействием на миокард, ремоделированием иннервации предсердий и других. Известно, что в происхождении ИЗСД ведущую роль играют аутоиммунные механизмы повреждения эндокринной ткани поджелудочной железы, индуцированные вирусной инфекцией, на фоне генетически обусловленных нарушений иммунитета, которые приводят к гибели бета-клеток поджелудочной железы, абсолютному дефициту инсулина и нарушению утилизации глюкозы. Однако инфекционным факторам у больных, в частности у детей, уделялось мало внимания. В литературе имеются единичные сообщения о поражении сердца при СД инфекционного характера. Среди всех групп вирусов преимущество имеют энтеровирусы.

Вирусы Коксаки выделены и изучены были в 1948 г. Dolldorf и Sickles при обследовании больных в г. Коксаки (США). Коксаки вирусы в дальнейшем были разделены на 2 группы: А (23 серотипа) и В (6 серотипов). ЕСНО вирусы в 1951 году выделены Enders, и, поскольку их роль в патологии человека не была ясна, их назвали «вирусами-сиротками» (Enteric cytopathogenic human orphan). На сегодняшний день описан 31 вирус данного семейства, 2/3 из которых патогенны для человека. Коварство инфекции заключается в том, что после перенесенной клинически выраженной или бессимптомной инфекции может наблюдаться длительное носительство. Большинство заболеваний передается воздушно-капельным путем и в

меньшей степени фекально-оральным. Полвека назад была доказана передача инфекции через плаценту патологоанатомическими данными. У новорожденных описаны тяжелые формы поражения ЦНС (менингиты), энцефаломиокардиты, часто заканчивающиеся смертью.

Клинический полиморфизм при энтеровирусной инфекции проявляется не только разнообразием клинических форм, но и тем, что у одного и того же больного данная инфекция может проявляться в различных вариантах. Описаны случаи с аритмогенной кардиопатией правого желудочка (АКПЖ) у 57 больных (средний возраст 48 ± 12 лет). Результаты исследования (биопсийного и аутопсийного) свидетельствовали в пользу врожденного генеза кардиомиопатии, причем преобладающими были энтеровирусы. Экспрессия антигена энтеровирусов была обнаружена в цитоплазме кардиомио-

N	<u>0</u>	Возраст	Пол	Стаж СД
1	I	13 лет	ж	2 мес.
2	2	13 лет	ж	1 мес.
3	3	13 лет	М	2 мес.
4	1	11 лет	М	1 нед.
5	5	9 лет	М	1 мес.
6	6	9 лет	ж	3 нед.
7	7	13 лет	ж	1 мес.
3	3	1 год 1 мес.	М	2 мес.
ç	9	5 лет	М	1 мес.
1	0	14 лет	Д	2 нед.
1	1	3 года	М	1 мес.
1	2	6 лет	М	1,5 года
1	3	14 лет	ж	12,5 года
1	4	9 лет	М	3 года

20/

диагностики и профилактики энтеровирусной инфекции в связи с серьезностью и тяжестью ее последствий во многих областях медицины и, в частности, в эндокринологии. ВОЗ характеризует ИЗСД как эпидемию. К сожалению, среди отечественных специалистов-эндокринологов пока нет такой настороженности и понимания значения этой инфекции как причины развития ИЗСД, хотя за рубежом уже создается вакцина от энтеровирусной инфекции для предупреждения развития СД [13, 14, 15].

Учитывая важность настоящей проблемы, первоначально мы преследовали основную цель — выявить изменения со стороны сердечно-сосудистой системы у детей, умерших от ИЗСД за 20-летний период времени (1991—2011 гг.). Однако, принимая во внимание данные литературы последних лет, в ходе исследования был проведен анализ патологоанато-

Начало заболевания: С симптомов жажды и похудания —
у 14 детей
T
Боли в животе: о. аппендицит? – у 4 детей
OP3 — у 4 детей
Боль в горле — у 1 ребенка
Выявлено случайно на диспансеризации –
у 1 ребенка
Пневмония – у 1 ребенка
Энцефалит – у 1 ребенка
Пневмония? – у 1 (ее не было)
Пароксизмальная тахикардия – у 1 ребенка
Кома – у 1 ребенка
, , , persona
\

Симптомы инфекционного

заболевания -

нных и поиск этиотропных вирусов, котор

Таблица 1. Стаж СД 1-го типа

9 лет

6 лет

15

цитов, гладкомышечных клетках, эндотелиоцитах сосудов [9]. За последние годы произошла значительная активация энтеровирусной инфекции (Коксаки и ЕСНО) во всех странах мира. К характерным «чертам» данной инфекции следует отнести полиморфизм клинических симптомов, отсутствие четкой зависимости клинической формы от серологического варианта возбудителя, большую частоту бессимптомных форм и длительное вирусоносительство. Исследуя энтеровирусную инфекцию и ее вспышки в г. Хабаровске начиная с 1974 года, авторы отметили в качестве основных клинических форм у детей раннего возраста энтеральную, катаральную, герпангину и экзантему. Для детей дошкольного возраста — неврологическую форму, энтеровирусную лихорадку, для младшего — миалгию [10].

6 лет

4 года

Отечественная история изучения значения различных вирусов как причин манифестации ИЗСД, относится к 80 гг. прошлого столетия и связана с именами ученых, работавших многие годы в нашем стационаре: Л.С. Лозовская, В.В. Смирнов, Н.А. Мазурина и др. [11, 12].

К энтеровирусной инфекции в последние годы приковано внимание специалистов всего мира. Преимущественно зарубежными учеными в последние годы были проведены мета-анализы, разрабатываются программы, методы мических данных и поиск этиотропных вирусов, которые обладают полиорганным поражением (сердца, бета-клеток поджелудочной железы и других органов).

За данный период времени, по материалам вскрытий МДГКБ, умерло 16 детей (8 мальчиков и 8 девочек) с диагнозом СД 1-го типа. Большинство летальных исходов у детей с СД 1-го типа приходилось на 1991-2003 годы. В последующие годы, очевидно, в связи с отработкой методов лечения СД и контроля как во всем мире, так и у нас в стационаре, количество летальных исходов значительно уменьшилось.

ИЗСД впервые выявленный был у 11 детей, СД 1-го типа «со стажем» от 1,5 до 12,5 лет – у 5 детей. Возраст детей был следующий: 1–3 года – 2; 3–6 лет – 3; 6–9 лет – 4; 9–12 лет – 1; 12–15 лет – 6. Таким образом, 56,3% детей были в возрасте от 1 до 9 лет и 43,7% – старше 9 лет. Основным диагнозом при поступлении у всех был СД 1-го типа, кетоацидотическая кома. Причина летального исхода – отек головного мозга. Анализируя клиническую симптоматику дебюта заболевания и тех симптомов, с которыми дети поступали в стационар, следует отметить, что у 14 (87,5%) заболевание началось с характерных симптомов – жажды и похудания, однако у 11 (68,8%) имели место симптомы инфекционного заболевания, такие как ОРЗ, боль в горле, пневмония, энцефалит, аппен-

дицит? (у детей с болями в животе). У одного ребенка диагноз был установлен случайно во время диспансеризации, другой поступил в стационар в кардиологическое отделение с пароксизмальной тахикардией. Сложность диагностики во многом была связана с краткостью пребывания в стационаре. Так, 9 детей (56,3%) погибли в первые сутки пребывания в ОРИТ, находясь в коме.

Нами были тщательно проанализированы данные патологоанатомических вскрытий, а также те диагнозы, которые устанавливались детям в качестве основных и сопутствующих (табл. 2). Безусловно, мы задавали себе следующий вопрос: «почему прижизненно установленных диагнозов было гораздо меньше. чем выявлено при вскрытии?». Ответ, очевидно, связан с тем, что врач ориентирован на «яркую» клиническую симптоматику, такую как, например, пневмония и панкреатит. Не были диагностированы - гепатит, интерстициальный нефрит, менингоэнцефалит, миокардит, эзофагит, вторичный иммунодефицит и др. По данным патологоанатомического исследования оказалось, что у большинства детей – 14 (из 16) имели место различные фетодисплазии, которые ни у одного ребенка, несмотря на возраст (многие из них старшего возраста), не были выявлены вообще. Среди фетодисплазий выделены 2 группы: у 5 - нарушение лобуляции легких и у 8 – пороки развития (головного мозга – 3, сердца – 1, почек – 2, добавочная селезенка – 1. гепатобластома – 1).

Основными осложнениями были следующие:

- 2-сторонняя пневмония 10 (62,5%);
- панкреатит 10 (62,5%);
- менингит, энцефалит 6 (37,5%);
- миокардит 6 (37,5%);

Коксаки А 3, 4, 5

14

15 +

16

• вторичный иммунодефицит – 3 (18,8%). Возбудители, выделенные по результатам патологоанатомических исследований, представлены в табл. 3.

У 12 детей были выделены следующие вирусы: энтеровирусы (8), вирусы респираторной группы (адено-, РС-вирус, парагрипп, грипп) – у 5, герпесвирусы у 2-х.

Таким образом, преобладающими были энтеровирусы — у 8 детей (50%). Однако у 5 детей с неуточненной генерализованной инфекцией (им не было проведено вирусологическое обследование) изменения в органах были однотипны таковым у 8, и, возможно, энтеровирусная инфекция имела бы место у большего

Диагноз, прижизненно 2-сторонняя превмония (тяжелая) Трахеобронхит Менингит, энцефалит почему? Сепсис 6 Миокардит 4 0 Гепатит 8 Панкреатит Интерстициальный нефрит 2 0 Эзофагит 3 Вторичный иммунодефицит 0 Наиболее выраженная 2 0 Гипоплазия надпочечников клиническая картина Фетодисплазии

Таблица 2. Патологоанатомические исследования

количества детей. Энтеровирусная инфекция была представлена следующими серотипами: Коксаки A (3,4,5) – y 6 детей; Коксаки B – y 4-x; энтеровирус – y 3-x детей; смешанное течение – y 4-x. Для энтеровирусной инфекции были основными поражения следующих органов: сердца – 7 (87,5%), головного мозга – 6 (75%), поджелудочной железы – 5 (62,5%), печени – 5 (62,5%), почек – 4 (50%), фетодисплазии – 6 (75%). ЖКТ – 2 (25%).

Изменения со стороны ССС были оценены нами ретроспективно по анализу ЭКГ (прижизненно), а также после вскрытия (по его результатам и гистологии). По результатам ЭКГ регистрировалась перегрузка правых отделов сердца, аритмия, брадикардия, удлинение систолы желудочков, нарушение внутрижелудочковой проводимости. У одного ребенка имела место пароксизмальная тахикардия. Артериальная гипотензия превалировала и была выявлена у 6 детей, гипертензия – у 2. У всех 16 детей с ИЗСД проводилась морфологическая и гистологическая оценка состояния сердечно-сосудистой системы по следующим параметрам: масса сердца, наличие гипертрофии камер сердца, фиброэластоз, состояние коронаров.

На вскрытии у 7 детей имело место увеличение размеров сердца, у 7 — уменьшение, причем эти изменения не зависели от давности течения СД. Дилатационная кардиомиопатия была выявлена у большинства — 12 (75%) детей, фиброэластоз эндокарда — у 11 (68,7%), миокардит — у 6 (37,5%). Коронарные сосуды

изменены не были практически ни у кого из детей, за исключением одного ребенка, у которого обнаружено утолщение коронарных артерий (сочетание энтеро- и вирусов респираторной группы). Описаны общие следующие изменения миокарда: миокард дряблый, очаги гистиоцитарной инфильтрации, очаговый склероз, фиброз, миксоматоз клапанов, утолщение створок, их сращение, агломерация папиллярных мышц. Отмечается белковая дистрофия кардиомиоцитов, гибель клеток, распад миофибрилл. В сосудах — очаговый фиброз, дистрофия стенок. Выявленные изменения в первую очередь имели место у всех детей с энтеровирусной инфекцией.

Следует заметить, что изменения со стороны сердца и поджелудочной железы взаимосвязаны у детей. Наши данные аналогичны таковым, полученным авторами из г. Новосибирска А.В. Деминой и С.В. Нетесовым, которые выделяли формы энтеровирусной инфекции, связанные с серологическими штаммами. Например, перикардит и миокардит встречался при Коксаки В 1–5 типе, ЕСНО 1, 6, 9, 19; а диабет регистрировался при Коксаки А 9, В 1–5 [18].

В качестве примера приводим историю болезни ребенка Г., 3-х лет. В Морозовскую больницу поступил 15.01.2009 г. с симптомами рвоты, резким запахом ацетона изо рта и подозрением на острый аппендицит. При поступлении поставлен диагноз «ИЗСД впервые выявленный». Глюкоза крови – 23 ммоль/л. Состояние ребенка прогрессивно ухудшалось, возникла кетоацидотическая кома III. Находился на ИВЛ 20 суток. Смерть констатирована 05.02.2009 г. Со слов мамы, ранее не болел, но врачи отмечали ВСД по гипотоническому типу.

По результатам патологоанатомического исследования был установлен следующий диагноз: «генерализованная смешанная инфекция: менингоэнцефалит с лейкомаляцией, мелкоочаговый продуктивный панкардит, продуктивный полиневрит, продуктивный гепатит, интерстициальный нефрит». Вирусологическое обследование: были выделены следующие вирусы: энтеровирусы групп A, B, C, а также вирусы респираторной группы (гриппа, парагриппа, аденовирус).

Выявлены следующие фетодисплазии: 3-створчатого клапана, гипоплазия хрящевых пластин субсегментарных бронхов, двудолевое правое легкое, добавочная селезенка, атрофия тимуса, внутренняя гидроцефалия. Патологоанатомический эпикриз: смерть ребенка 3-х лет с множественными дисплазиями, генерализованной смешанной инфекцией, СД 1-го типа, впервые выявленным с

развитием кетоацидоза и гиперосмолярной комой, наступила от лейкомаляции вещества головного мозга.

Патологоанатомические исследования сердца: на разрезе – истончение миокарда правого желудочка до 0,2 см (норма – 0,27), расширение полостей желудочков, утолщение миокарда левого желудочка. Папиллярные мышцы в правом желудочке практически отсутствуют, хордальные нити прикрепляются к стенке желудочка, остальные укорочены, хаотически расположены, третьи – как бы удлинены. На створках клапанов мелкие мукоидные прозрачные узелки.

Гистология сердца: утолщение коронарных артерий, мукоидное набухание клапанов, мелкие очаги лимфоидной инфильтрации в эпикарде, миокарде, эндокарде. Отек интерстиция. В некоторых нервных стволах эпикарда — гибель клеточных элементов и гистиоцитарная инфильтрация.

На фото 1—3 представлены гистологические изменения сердца ребенка.

Данный случай демонстрирует взаимосвязь поражений многих органов и систем, в част-

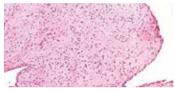


Фото 1. Мукоидное набухание створок клапана

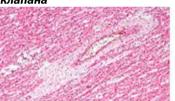


Фото 2. Периваскулярный склероз вокруг сосуда

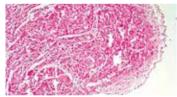


Фото 3. Фиброэластоз подклапанного эндокарда

ности сердца и поджелудочной железы, энтеровирусами. Принимая во внимание наличие фетодисплазий, вероятнее всего имеет место внутриутробное поражение. Известно, что энтеровирусная инфекция может иметь персистирующее течение, принимать аутоиммунные формы и обостряться под действием вирусов респираторной группы, как, возможно, в данном случае.

Подводя итог данной работе, хочется подчеркнуть еще раз особую важность и необходимую настороженность врачей многих специальностей в отношении энтеровирусной инфекции, полиморфизма ее проявлений, тяжелых поражений многих органов и систем с формированием соматических проблем (миокардит, панкреатит, интерстициальный нефрит, ИЗСД, менингит и т.д.). На сегодняшний день необходимо развивать диагностику энтеровирусной инфекции, так как даже при большом желании мы не имеем возможности полноценного обследования на эту инфекцию не только в Москве, но и в России в целом. История с увеличением во всем мире случаев энтеровирусной инфекции в виде вспышек, эпидемий, увеличением менингитов, СД 1-го типа – тому подтверждение.

	Коксак	Коксаки	Энтер	ЦМВ	Аденс	РС-вир	Парагри	Грипг	Красну	Герпе	Бактер	Грибо
1											+	+
2		+										
3	+			+	+				+			
4	+	+				+						
5	+	+	+		+		+	+				
6	H	lеуто	чнень	ая ге	нера	лизов	занна	я вир	усна	я инф	екци	Я
7	+		+		+		+					
8	H	lеуто	чнень	ная ге	нера	лизов	ванна	я вир	усна	я инф	екци	Я
9	H	lеуто	чнень	ая ге	нера	лизов	ванна	я вир	усна	я инф	екци	Я
10	H	lеуто	чнень	ая ге	нера	лизов	ванна	я вир	усна	я инф	екци	Я
11			+		+		+			+		
12											+	
13												+

Таблица З. Возбудители, выделенные при вскрытии

Неуточненная генерализованная инфекция

12

Сложный случай течения клещевого энцефалита с исходом в эпилепсию



Л.В. Вашура, М.С. Савенкова, Н.Н. Заваденко, К.А. Пуголовкин

Морозовская детская городская клиническая больница Департамента здравоохранения г. Москвы

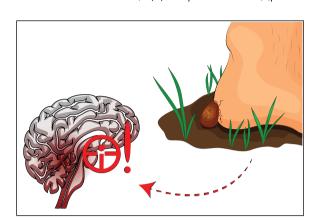
лещевой энцефалит (КЭ) представляет собой природно-очаговую вирусную инфекцию, характеризующуюся лихорадкой, интоксикацией, поражением серого вещества головного мозга и/или оболочек головного и спинного мозга (менингит и менингоэнцефалит). До начала массовой вакцинации на долю КЭ приходилось около половины всех инфекционных поражений ЦНС.

История открытия КЭ. Клещевой энцефалит был описан в 1935 году А.Г. Пановым на Дальнем Востоке. В 1937 году Л.А. Зильбером выделен вирус КЭ. В 1937 году при вскрытии умершего больного М.П. Чумаков заразился клещевым энцефалитом и перенес энцефалополиомиелит. Острая инфекция у исследователя со временем перешла в хроническую форму. Несмотря на тяжелую болезнь, будучи уже академиком, в конце 1980-х годов М.П. Чумаков сохранял огромную трудоспособность и высокий интеллект. По его завещанию было проведено уникальное посмертное исследование его мозга для изучения хронической формы клещевого энцефалита, протекавшего десятилетиями после первоначального инфицирования вирусом КЭ [1, 2].

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ КЭ

КЭ передается при укусе инфицированного клеща. Поскольку вирус содержится в слюне вирусоформного клеща, передача происходит в момент укуса. Кровососание самки может продолжаться несколько дней, самца — несколько часов, причем инфицирование происходит в первые минуты после присасывания. Распространение вируса — гематогенное. Как правило, входными воротами инфекции являются поверхностные кровеносные сосуды, из которых вирус попадает во внутренние органы.

В последние годы было показано, что вирусом КЭ можно заразиться через желудочно-кишечный тракт при употреблении сырого молока козы или коровы, инфицированной вирусом КЭ (www.encephalitis.ru). Принципиальное эпидемиологическое значение на сегодняшний день имеют два вида клещей: Ixodes persulcatus (таежный клеш) и Ixodes ricinus (лесной клещ). На практике основным резервуаром возбудителя является первый вид, на долю которого приходится до 91-92% [3]. По данным А.Е. Платонова и соавт., средняя инфицированность клещей из эндемичных районов составляет не более 2% [4]. На основе многолетних наблюдений определяются два пика сезонной заболеваемости: май - июнь и август - сентябрь. Анализ заболеваемости КЭ в 2012 году, проведенный Федеральной службой в сфере прав потребителей во главе с Г.Г. Онишенко. представил документ «О перечне эндемичных территорий по клещевому вирусному энцефалиту» от 07.02.2013 г. № 01/1240-13-32, в котором были выделены территории, области, города, в которых были зарегистрированы все случаи КЭ. Среди всех территорий наиболее эндемичными по КЭ являются: Сибирский федеральный округ, Уральский федеральный округ, Дальневосточный федеральный округ, Приволжский федеральный округ, Северо-Западный федеральный округ, Центральный федеральный округ. Вполне закономерно, что большинство научных работ, посвященных проблемам течения и лечения КЭ, связаны именно с этими областями [1-6].



В последние годы выделяют три субтипа КЭ: Западный (Европейский), Сибирский и Дальневосточный. Европейский вариант протекает в более легкой форме, летальность составляет 1 – 3%, в то время как дальневосточный вариант считается более тяжелым и летальность может достигать 20–40%. Тяжесть заболевания зависит от способности вируса проникать через гематоэнцефалический барьер. КЭ может приводить к стойким нарушениям и смертельным исходам [5, 6].

Заболевание развивается остро - через 1,5-3 недели после укуса, затем поражается вещество головного мозга. Инкубационный период обычно продолжается от 7 до 14 дней, но может и до 30. В начале заболевания симптомы характеризуются вариабельностью: озноб, резкая головная боль, тошнота, рвота. Наблюдается изменение цвета кожных покровов, их гиперемия (шея, грудь), слизистых. Возникает инъецированность конъюнктив и склер. Больные предъявляют жалобы на ломоту и боли во всем теле, конечностях. Иногда мышечным болям предшествует чувство онемения, парестезии. В месте присасывания клеща на коже в ряде случаев возникает мигрирующая кольцевая эритема [7, 8]. В этом случае рекомендуется проводить дифференциальный диагноз с боррелиозами.

В течении болезни выделяют ряд форм:

- 1. Лихорадочная.
- 2. Менингеальная.
- 3. Менингоэнцефалитическая.
- 4. Полиомиелитическая.
- 5. Полирадикулоневритическая.

Формы с вовлечением ЦНС протекают значительно тяжелее. Так, в работе З.А. Хохловой с соавт. (2012) было показано, что суммарно на долю форм с вовлечением ЦНС, наблюдаемых на юге Кузбасса (эпидемическом регионе по КЭ), приходится от 47 до 80%, что свидетельствует о выраженной тяжести болезни. Лихорадочная форма составляет от 20,8 до 33,3% [3].

Описан особый вариант КЭ — с двухволновым течением. Первая лихорадочная волна — 3—7 дней с менингеальными симптомами. Вторая волна — через 7—14 дней, протекает значительно тяжелее, чем первая, и длится дольше. При первой — в ликворе цитоз нормальный, при второй — преобладает лимфоцитоз 100—200 клеток с одновременным увеличением сахара и белка.

В лечении — эффективно введение титрованного противоэнцефалитного гамма-глобулина (в титре не ниже 1:80) не позднее 4-х суток после укуса. Однако анализ данных по изучению течения КЭ показал, что вакцинация и серопрофилактика не исключают развития заболевания [3].

Достижением последних лет является применение противовирусного препарата — йодантипирина в сочетании с препаратами интерферонового ряда. Клещевой энцефалит (по МКБ 10 — энцефалит весенне-летнего типа) — обозначен в рубрике А 84.

Представляем историю болезни тяжелого течения КЭ у ребенка 11 лет с поражением ЦНС (менингоэнцефалитом) и исходом в эпилепсию.

Больной М.,11 лет, отдыхал с отцом на Алтае с 03.06.11 г. по 19.06.11 г. Укус клеща отрицает. С 30.06.11 г. у ребенка отмечалось повышение температуры тела до фебрильных цифр. Ухудшение состояния с нарушением сознания вплоть до сопора произошло 1.07.11.

При поступлении в Морозовскую больницу уровень сознания сопорозный, отмечаются положительные менингеальные знаки. С первых часов поступления в ликворе преобладали высокие цифры плеоцитоза (1253/3) нейтрофильного характера (85%) и увеличение белка — 0,66 г/л. Стартовая антибактериальная терапия цефалоспоринами III поколения в течение двух первых дней эффекта не имела. На 4 д. б. — 03.07.11 г. — наросла общемозговая симптоматика, появились тонические судороги в конечностях, левосторонний гемипарез, расходящееся косоглазие. Произведена замена антибиотика на меронем, и подключен ацикловир в/в в сочетании с дексаметазоном в возрастных дозировках.

Серологические анализы крови на герпесвирусные инфекции (герпес 1–6 типа) отрицательные, посевы крови и ликвора на менингококк и пневмококк также отрицательные.

По данным компьютерной томографии (КТ) (5 д. б. – 04.07.11 г.), – в области правой внутренней капсулы, таламуса и лентикулярного ядра определяется зона снижения плотности вещества головного мозга неправильной формы, с неровным нечетким контуром, в верхнемедиальном участке со слабо выраженной перифокальной сосудистой реакцией, картина внутричерепной гипертензии.

На фоне проводимой терапии состояние ребенка и показатели ликвора улучшились.

Исследование ликвора – с положительной динамикой:

ЛП $(04.07.11\ r.)$ – цитоз – 98/3, белок 0,6 г/л, нейтрофилы 8%.

ЛП (06.07.11 г.) – цитоз – 85/3, нейтрофилы – 8%. ЛП (10.07.11 г.) – цитоз 51/3, белок 0,7, нейтрофилы – 11%.

При обследовании крови методом ИФА на выявление специфических антител КЭ на 10 д. б. (09.07.11 г.) были выявлены положительные антитела класса IgM — 8,9 (норма менее 0,8 ед/мл) при отрицательных антителах класса IgG, что свидетельствовало о развитии острой формы КЭ. На 12 д. б. — индекс позитивности — положительный (14), IgM — положительный, IgG 1/100.

К 33 д. б. (01.08.11 г.) – длительно сохранялись положительные антитела IgM при увеличении IgG-антител до 1/200.

На повторной MPT головного мозга (22 д. б.) – картина соответствовала грубому очаговому воспалительному поражению вещества головного мозга с преобладанием подкорковых структур справа.

Этому периоду заболевания в клинической картине соответствовало следующее: ребенок в сознании,

вялый, на вопросы отвечает с задержкой, быстро устает, речь замедлена, асимметрия носогубной складки справа, левосторонний гемипарез, самостоятельно садится, встает с кровати, ходит с поддержкой по палате.

За данный период времени была проведена следующая терапия: в/в — меронем 10 д., зивокс 14 д., дексазон 30 д. (8мг х 4 с постепенным снижением дозы), ацикловир 14 д., берлитион, октагам 200 мл \mathbb{N}^2 3, актовегин, виферон в свечах по 1 млн х 2 раза в день.

К 33 д. б. (01.08.11 г.), несмотря на проводимую терапию при серологическом обследовании, длительно сохранялись положительные IgM-антитела КЭ, при увеличении титра IgG-антител до 1/200. Осмотр на 37 д. б. (05.08.11 г.) – отмечается левосторонний гемипарез, самостоятельно ходит по палате, но периодически покачивается, на вопросы отвечает правильно, решает простые математические задачи, пишет с трудом, может самостоятельно читать, есть, приседать, эмоционально лабилен. На 38 д. б. (06.08.11 г.) отмечалось ухудшение состояния с подъемом температуры до 38,6, ригидностью затылочных мыщц, заторможенностью, плаксивостью, быстрой неадекватной сменой настроения с веселостью. На вопросы отвечает избирательно. В ликворе - цитоз 36/3, нетр. 9%, по данным ЭЭГ (40 д.б. - 08.08.11 г.) - выявлена эпилептиформная активность, исходящая то из правой височно-центральной, то из левой центральной, то из теменнозатылочных областей мозга, заинтересованность мезодиэнцефальных структур. По данным МРТ головного мозга – формирование кист в области таламуса

Получал терапию: глиатилин, винпоцетин, диакарб, мексидол, танакан. Мальчик был выписан на 58 д. б. (26.08.11 г.). В неврологическом статусе при выписке — быстрая смена эмоционального фона, доступен контакту, стал активней, общительней. Находился дома.

Через 26 дней после выписки из стационара 20.09.11 г. ребенок поступил повторно (в неврологическое отделение) в связи с развитием генерализованных тонико-клонических судорог, где находился до 07.10.11 г. с диагнозом симптоматическая фокальная эпилепсия, последствия перенесенной нейроинфекции, левосторонний гемипарез.

В октябре 2011 г. (повторные госпитализации) отмечались пароксизмальные состояния в виде клоний конечностей, иногда с адверсией головы вправо и влево до 4-х раз в день. Двукратно отмечался приступ в виде внезапной потери постурального тонуса, сопровождающийся падением вперед. При поступлении в отделение состояние ребенка тяжелое за счет общемозговой симптоматики, вялости, повторных судорог, двигательных расстройств. Во времени и пространстве ориентирован, в позе Ромберга выраженное пошатывание, без четкой латерализации, пальце-носовая проба с легкой интенцией влево, гипостезии в области левой кисти.

По данным ЭЭГ — пароксизмальное высокоамплитудное дельта-замедление, латерализованное по правому полушарию с максимумом в лобно-височноцентральной области, частично распространяющееся в виде диффузных вспышек. Эпилептиформная активность в виде коротких диффузных разрядов комплексов спайк-волна с региональным началом в правой лобно-теменно-височной области и вторично билатеральной синхронизацией с послеразрядным диффузным дельта-замедлением. Отдельные комплексы спайк-волна невысокой амплитуды представлены регионально в виде коротких пробегов в правой лобной области.

Проведена коррекция антиконвульсивной терапии: диакарб, аспаркам, пантогам, конвулекс ретард по 750 мг x 2 с постепенным титрованием дозы до 30 мг/кг. Люмбальная пункция не выполнялась.

11.10.2011 г. госпитализирован по «скорой» в неврологическое отделение в связи с ухудшением состояния. В неврологическом статусе: ориентирован во времени и пространстве, заторможен, дистоническая установка в левой руке, паретическая установка левой стопы, снижение мышечной силы в левой руке, в позе Ромберга пошатывание, пальценосовая проба с мимопопаданием слева, атетоидные движения в левой руке, брадилалия, брадикинезия, голос тихий, рефлексы орального автоматизма, походка атаксична, гипостезия в левой кисти. 15.10.11 г. установлен подключичный катетер в связи с необходимостью проведения инфузионной терапии. 16.10.11 г. –

По данным МРТ головного мозга от 18.10.11 г., – картина кистозно-глиозных изменений правого полушария головного мозга, а также глиозных изменений полушарий мозга с обеих сторон в стадии обратного развития.

нарастание общемозговой симптоматики.

От 19.10.11 г. – по данным ЭЭГ – значительное замедление основной активности, появление продолженного диффузного дельта-замедления, некоторое уменьшение представленности и длительности спайкволновых разрядов с сохраняющимся преобладанием в правой лобно-центрально-височной области.

20.10.11 г. – ребенок переведен в инфекционное отделение для дальнейшего лечения. При переводе – в сознании, на вопросы отвечает тихо, односложно, отсроченно, брадилалия, левосторонний гемипарез, кистевые патологические рефлексы с двух сторон, гиперкинезы в левой руке, миоклонии в лицевой мускулатуре, языке, эмоционально лабилен. Ребенок самостоятельно не переворачивается, не сидит, не ходит, левосторонний







птоз. Аппетит снижен. Сердечно-легочная деятельность стабильная.

Серология крови на ВКЭ в динамике: IgM 12,5 (положительный), IgG 1/800.

04.11.11 г. – состояние ребенка стабилизировалось. Судороги не повторялись, на вопросы отвечает предложениями, правильно. Может прочитать осознанно. Собирает мозаику, смотрит мультфильмы (для детей дошкольного возраста!). Команды выполняет. Миоклонии в левой руке значительно уменьшились. Выполняет пальценосовую пробу с промахиванием, но уже значительно лучше. Появилась двигательная активность в левой ноге. Эмоционально лабилен. Появились мысли о смерти. Речь эпизодически громкая, иногда тихая.

05.11.11 г. состояние ухудшилось, отмечаются повторяющиеся тонико-клонические судороги, которые купировались введением реланиума. По тяжести состояния ребенок переведен в отделение реанимации, где находился до 07.11.11 г. Поскольку изменения имели место не только в неврологическом, но и в психическом статусе, ребенок был проконсультирован у психиатра, диагноз: «аффективный биполярный депрессивный синдром».

Учитывая нарастающую неврологическую симптоматику, неадекватность поведения ребенка, была скорректирована противосудорожная терапия (конвулекс + топомакс), проведен повторный курс противовирусной и иммунокорригирующей терапии: введение октагама 15 г \mathbb{N}^2 2, панавира \mathbb{N}^2 15, веролекса 10 мг/кг \mathbb{N}^2 10.

На 15.11.11 г. состояние ребенка крайне тяжелое. Сознание спутанное. На вопросы отвечает невпопад. Кратковременные эпизоды ясного сознания. Не сидит. Голову не держит. Отмечаются судорожные сокращения мимической мускулатуры. Не поперхивается. Рефлексы орального автоматизма. Получены результаты серологического обследования на вирус клещевого энцефалита, отмечается снижение IgM, нарастание титра IgG. Решено продолжить с учетом данных ВМ-ЭЭГ противосудорожную и противовирусную терапию.

С 21.11.11 г. субфебрильная температура и катаральные явления были обусловлены присоединением ОРВИ. На фоне коррекции противосудорожной терапии (введен бензонал по 100 мг х 2 р.) судорожные сокращения уменьшились, однако ребенок в контакт практически не вступал, появились галлюцинации, бред. Минимальная двигательная активность в правой руке, в левой движений нет. Голову не держит. Не поперхивается. Фасциальные миоклонусы. Кашель малопродуктивный. Сердечнолегочная деятельность стабильная. Живот мягкий. Мочится. Акт мочеиспускания не контролирует. Стул после свечей с глицерином и очистительных клизм. 07.12.11 г. – проконсультирован проф. Н.В. Скрипченко (Санкт-Перербург) – диагноз клещевой энцефалит, менингоэнцефалитическая форма. хроническое течение, осложненное Кожевнической формой эпилепсии. В лечение рекомендовано добавить цитофлавин.

08.12.11 г. – резкое ухудшение состояния. Начато введение цитофлавина.

15.12.11 г. – у ребенка в клинической картине синдром двигательных нарушений в виде левостороннего гемипареза, синдром когнитивного дефицита, апатико-абулический синдром с транзиторной лобной психомоторной расторможенностью. Получает противосудорожную терапию (депакин хроносфера, топамакс), метаболическую терапию (элькар, цитофлавин), иммуномодулирующую терапию – виферон, нейротропную – пикамилон, нейромидин.

19.12.11 г. Ребенок был переведен для дальнейшего лечения в НИИ детских нейроинфекций (Санкт-Петербург).

В апреле 2012 года при контрольном осмотре отмечена выраженная положительная динамика: ребенок

стал вступать в контакт, отвечать односложно на вопросы, сидит самостоятельно, держит голову, не встает. Однако при исследовании крови (ИФА) вновь получен положительный результат к ВКЭ IgM — положит.. IgG — положит.

По данным MPT головного мозга — последствия клещевого энцефалита в виде формирования зоны кистозно-рубцовых изменений в правом зрительном бугре.

По данным ЭЭГ — изменения биоэлектрической активности головного мозга по типу дезорганизации с выраженной гиперактивностью стволовых структур и диффузными нарушениями восходящих таламокортикальных влияний, очаговыми эпилептиформными нарушениями в левой височной области.

20.06.12 г. – ребенок контактен, самостоятельно ходит, активен, на вопросы отвечает, поведение адекватное. За весь период отмечалось 2 эпизода нарушения сознания с незначительным тоническим напряжением. Ребенок готовится пойти в школу, мальчик стал заниматься ушу. С любезного разрешения родителей представлены снимки ребенка через 1 год от начала заболевания.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представленный клинический случай демонстрирует тяжелое хроническое течение КЭ у ребенка с менингоэ-цефалитической формой, осложненной формированием кистозно-рубцовых изменений в правом полушарии головного мозга и исходом в виде Кожевнической формы эпилепсии.

Лечение данной формы сложное, на протяжении всех периодов госпитализации была необходимость в проведении консультаций специалистов различных профилей (инфекционистов, неврологов, педиатров, эпилептологов, психиатров, рентгенологов). Авторы благодарны за помощь и рекомендации по лечению ребенка всем, кто принимал в нем участие. К особенностям течения настоящего случая следует отнести то обстоятельство, что дебют заболевания в данном случае приходится на летний период времени пребывания в Алтайском крае, который является эпидемоопасным по развитию КЭ. Как такового укуса клеща ни ребенок, ни родители не заметили, в связи с этим возможен и алиментарный путь передачи вируса (например, через молоко). Известно, что тяжелые формы течения КЭ с поражением ЦНС нередко заканчиваются летальными исходами. В нашем случае – кистозно-рубцовыми изменениями в правом полушарии головного мозга, что и привело к развитию тяжелой формы эпилепсии, трудно поддающейся медикаментозной коррекции. Описанные в литературе тяжелые формы КЭ (менигоэнцефалитические), как правило, сопровождаются не только нейтрофиллезом (по ЛП), но и лейкоцитозом, который описан как особый показатель тяжести [3]. В данном случае повышения лейкоцитов периферической крови не отмечалось (в среднем колебания от 5 до 11 тыс.), в то же время нейтрофильный плеоциоз с первых часов поступления был значительным.

Для проведения эффективной терапии КЭ необходимо раннее комбинированное назначение противовирусной, антибактериальной, иммунозаместительной терапии (с первых дней заболевания), очевидно, еще до получения

результатов исследования крови. Продолжительность лечения противовирусной терапии, которая может быть длительной, зависит от развития и волнообразности неврологической симптоматики и динамики серологических анализов крови на КЭ. При возобновлении (даже хотя бы частичном) неврологической симптоматики или при ее нарастании, необходимо расценивать течение заболевания как хроническое и принимать соответствующие меры. Из препаратов вальпроевой кислоты при клещевом энцефалите наиболее эффективным оказался депакин хроносфера. Положительный терапевтический эффект в лечении КЭ оказали препараты, влияющие на метаболический обмен, но в дозах, превышающих возрастные (элькар, цитофлавин). Назначение данных препаратов было согласовано специалистами во время проводимых консилиумов.

В заключение авторы приносят свою благодарность тем, кто принимал участие в обследовании и продолжительном лечении данного пациента:

- руководству МДГКБ за организацию оперативных консилиумов и лечения;
- особую благодарность коллегам из НИИ детских нейроинфекций (Санкт-Петербург);
- врачам различных профессий, медсестрам, всему персоналу МДГКБ:
- родителям за терпение, проявленную мудрость и поддержку.

Надеемся, что описанный нами клинический сложный случай сможет помочь врачам в лечении и выхаживании тяжелых форм КЭ у детей. Хотим также пожелать успехов и здоровья нашему пациенту, объединившему общие усилия специалистов в разных городах нашей России.

грессивная среда, частая смена

грессивная среда, частая смена белья и подгузников, купание — приводят к риску повредить или вызвать раздражение на коже. Необходимо учитывать, что кожа новорожденного ребенка имеет особенности строения — клетки верхнего слоя кожи содержат много влаги и плохо связаны между собой, зернистый слой менее выражен, большое количество функционально-лабильных лимфатических канальцев приводит к частому возникновению отеков. Любое незначительное трение, пребывание в мокрых подгузниках вызывает нарушение целостности кожного покрова с возможной генерализацией воспалительных процессов.

Часто на приеме у педиатра молодые родители обращают внимание на проблемы с кожей малыша: сухость, шелушение, покраснение и т.д., спрашивая рекомендаций, какие средства наиболее эффективны и безопасны для решения таких проблем? Сегодня в практике врачей педиатров достаточно много средства по уходу за чувствительной кожей ребенка. Несомненным преимуществом бренда Верые компании LAVENA является многолетняя история.

Продукты для детей Bebble содержат растительные экстракты и натуральные масла.

Уход за кожей новорожденного – что выбрать?

С первого дня после рождения уход за новорожденным ребенком - главная задача родителей и педиатров. Особое внимание, наряду с кормлением, режимом дня и другими заботами уделяется уходу за нежной кожей малыша. Что необходимо учитывать при выборе средств ухода за кожей?

Крема, пенки, масло для тела, шампуни и другие продукты из этой линии разработаны по европейским стандартам и рекомендованы детям с рождения, благодаря натуральному, щадящему составу и гиппоаллергенным ароматам.

Одной из самых распространённых проблем с кожей у детей первого года жизни — пеленочный дерматит, по типу простого контактного дерматита (от 30 до 50%), развивающийся в тех местах, которые непосредственно контактируют с подгузником.

Незаменимые помощники в профилактике и лечении пеленочного дерматита — крем под подгузник «Bebble». В его состав входит экстракт и масло растения Скумпия кожевенная (Cotinus coggygria Scop.) с антимикробным, противовоспалительным и подсушивающим эффектом. Скумпия кожевенная способствует укреплению эпидермиса и мягких тканей, благодаря содержанию в растении полифенольных соединений.

Растение входит в состав «Nappy cream» оказывает защитное действие при каждой смене подгузника. Крем «Nappy rash cream» благодаря содержанию оксида цинка и экстракта парикового дерева оказывает дополнительное антимикробное и антибактериальное действие. Крем «Nappy rash cream» - быстрая

помощь при первых симптомах пеленочного дерматита,

Для бережного очищения кожи младенца необходимо использовать **средства для купания** «**Bebble**», в состав которых входят натуральные ингредиенты, оказывающие успокаивающее, антисептическое и увлажняющее действие: календула, лаванда,



ромашка, олива; не содержат раздражающих ингредиентов (парабенов, красителей и SLES). Шампуни подходят для волос и тела, и что очень важно для детей — не вызывают слез. Гель для душа «Wash Gel Bebble», кроме растительных компонентов содержит D-пантенол (провитамин B5), превращающийся в коже в пантотеновую кислоту, входящую в состав коэнзима A, выполняющий

важную роль в процессах ацетилирования и окисления; улучшает обменные процессы, способствует регенерации поврежденных тканей, оказывает увлажняющий эффект. После купания для поддержания увлажняющего эффекта рекомендуется использовать: молочко для тела «Bebble», с содержанием натуральных компонентов - масла оливы, ромашки и D-пантенола; крем для тела «Bebble» с комбинированным содержанием масла зародыша пшеницы, витамина Е, подсолнечного масла и масла ромашки. А также масло для тела «Bebble» на основе масла ромашки, подходит для ежедневного массажа тела малыша и способствует очищению кожи головы от себорейных корочек. Масло необходимо нанести на кожу головы перед купанием на 10-15 минут, во время купания массирующими движениями или щадящим вычесыванием удалить корочки. Ключевым фактором выбора детской косметики по уходу за новорожденными и детей раннего возраста является безопасность средств. Педиатры, учитывая все преимущества и предупреждая возможные риски, должны грамотно сориентировать молодых родителей и предложить подходящие и действенные средства по уходу за малышом.

ДЕТСКИЙ ДОКТОР 2(6) 2017 МЕРОПРИЯТИЯ

С музыкой легче

28 мая в Морозовской больнице состоялась встреча маленьких пациентов с прославленным коллективом камерного оркестра «Виртуозы Москвы». Зал на 300 мест был полон, ведь многим пациентам сниженный иммунитет не позволяет посещать массовые мероприятия в столице, а устроить концерт музыкальных звезд первой величины прямо в зале клиники получается не у многих.

ети и гости познакомились с документальным фильмом о перспективах развития клиники, увидели, каким будет новый корпус, где уже в нынешнем году медики помогут встать на ноги сотням больных детей. В концерте звучала классическая музыка, танго Астора Пьяццоллы, а также пьесы Детского альбома Чайковского, знакомые слушателям. Вместе с именитыми музыкантами к пациентам приехали стипендиаты благотворительного фонда Владимира Спивакова, среди них лауреат конкурса «Голос» Таисия Подгорная.

Сегодня музыканты «Виртуозов Москвы» выступают во всех уголках мира: в европейских странах и США, в Канаде и Мексике, в Турции, Израиле, в Корее, Японии, Китае. Их приглашают играть в самые престижные залы – Консертгебау в Амстердаме, Карнеги-холл в Нью-Йорке, Альберт-холл в Лондоне, но музыканты с равной отдачей играют и в маленьких провинциальных городах, и в клиниках для больных. Всегда на первом месте по значимости остаются профессионализм, мастерство, благородство и человеческие качества людей.

Много лет маэстро Спиваков ведет благотворительную деятельность, поддерживает талантливых детей, сопереживает страданиям. Предновогодний концерт в 1988 году он посвятил детям, пострадавшим от землетрясения в Армении, через несколько дней после Чернобыльской катастрофы играл на Украине, провел много концертов для узников бывших сталинских лагерей, сотни благотворительных концертов. В 1994 году был создан Международный благотворительный фонд Владимира Спивакова, деятельность которого направлена на оказание помощи детям — сиротам, больным детям, развитие юных талантов, приобретение





музыкальных инструментов, выделение стипендий и грантов. За 20 лет фонд оказал реальную помощь на сумму в несколько сотен тысяч долларов.

Принимая от медиков и пациентов благодарность и цветы, Владимир Спиваков поблагодарил коллектив Морозовской больницы. «Общее счастье видеть улыбки на лицах детей,





помогать ребенку выйти из больницы здоровым с улыбкой, улыбка – душа нашего оркестра, – сказал, заключая концерт маэстро Спиваков. – Я преклоняюсь перед трудом врачей, в трудное время, в которое мы живем, опора всем нам – наши дети».

Ирина Власова

на страже здоровья

Смотри в оба

Травмы глаз — одна из самых распространенных причин потери зрения, в частности односторонней слепоты. Статистика показывает, что травма глаза встречается примерно у 1% населения. Инвалидность по зрению объясняется травмой глаза в 16,3% случаев у взрослых и в 10,5% — у детей.

сли проанализировать причины глазных травм, видно, что самая частая из них у детей до 6 лет – неосторожные игры, ранение ножницами, удар о мебель, а в более старшем возрасте – удары игрушкой или камнем. Причем такие происшествия случаются с мальчиками в 5 раз чаще, чем с девочками. Пики детского глазного травматизма приходятся на выходные дни, особенно вечера, и чаще случаются на улице. Это важно особенно летом, когда дети часто играют без контроля взрослых. И более 20% обращений с травмами глаза требуют срочной хирургической помощи. Как установили офтальмологи Санкт-Петербурга, доля непроникающих ранений глаза составляет в среднем 20,3% случаев обращений с глазными травмами. До

15% обращений к офтальмологам – свежие травмы глаза. Статистика показывает, что среди травм глаза существенно превалируют уличные травмы – их 61%, в школе дети травмируются в 21% случаев, в детском саду – в 9,1%, дома – в 4,9% случаев.

Врачи отмечают, что тяжесть травм глаза год от года нарастает, дети часто копируют поведение взрослых, пытаются повторять «подвиги» героев фильмов, имеют возможность пользоваться взрывными и стреляющими устройствами.

Офтальмологи Морозовской детской больницы недавно провели сложную двухэтапную операцию девочке с проникающим ранением глаза. Травма произошла на даче, когда девочка во время игры упала на колю-

чие цветущие ветки куста роз. Семья срочно вернулась в столицу и вызвала скорую. Девочку госпитализировали в Морозовскую больницу.

Офтальмологи выявили многочисленные эрозии роговицы, проникающее ранение. помутнение хрусталика. Ребенку немедленно были проведены визометрия, офтальмоскопия, биомикроскопия, тонометрия, УЗИ глаза. Консультативно было принято решение о срочной операции. Хирургическую бригаду возглавила врач-офтальмолог, к.м.н. Юлия Шестова, которая выполнила первичную обработку роговицы, пункционную орбитотомию с установкой ирригационной системы в ретробульбарное пространство. В течение нескольких дней девочке проводились противовоспалительная, антибактериальная, эпителизирующая и сосудистая терапия.

Вторая операция была нужна для удаления травматической катаракты и имплантации искусственного хрусталика. Заведующий отделением офтальмологии, к.м.н. Леонид Кононов, хирург-офтальмолог, к.м.н. Юлия Шестова и анестезиолог Людмила Коробова провели эту операцию. Прозрачность оптической среды была восстановлена. «Оперативное лечение было выполнено полностью за одну госпитализацию, хотя, как правило, после устранения причины

- 53% травм глаз, приводящих к инвалидности, происходят в быту.
- 88% инвалидов III группы по зрению молодые люди, получившие травму глаза.
- 25% травм глаза ведут к удалению глаза (данные Е.С. Либман). По статистике ВОЗ, в мире за два десятилетия (1971–1995) в результате травм 19 млн человек ослепли на один глаз, 1,6 млн на оба глаза, 2,3 млн утратили зрение частично.

воспаления у детей только через год проводится зрительная реабилитация, – говорит главный врач Морозовской больницы профессор, д.м.н. Игорь Колтунов. – Послеоперационный период протекал гладко, на сегодняшний день зрительная функция глаза восстановлена, девочка в удовлетворительном состоянии с хорошим прогнозом выписана домой под наблюдение офтальмолога по месту жительства».

Круглосуточная детская глазная помощь в Москве: Морозовская детская клиническая больница, тел. 8 499 237-19-71. Адрес: 4-й Добрынинский переулок, д. 1, приемное отделение.



Педиатры бьют тревогу по поводу слабого здоровья детей «из пробирки»

У педиатров вызывает обеспокоенность состояние здоровья детей, рожденных при помоши экстракорпорального оплодотворения. По ряду показателей они существенно уступают обычным новорожденным. Об этом со ссылкой на данные Научного центра здоровья детей порталу Medvestnik.ru заявил председатель Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины Николай Володин. По его словам, эта тема обсуждалась педиатрами на учредительном заседании оргкомитета первого Гиппократовского медицинского форума «Сбережение народа: новые технологии и медицинская этика в охране здоровья детей России», которое состоялось накануне Всемирного дня защиты детей. «В обществе подается информация о том, что ЭКО - это подспорье в решении демографических проблем. Это, естественно, далеко не так. Конечно, мы этими технологиями не сможем уменьшить тот дефицит рождаемости детей, который наметился в 2016 году. Тем более что качество здоровья детей, рожденных с помощью ЭКО, вызывает у педиатров большую тревогу. И данные Научного центра охраны здоровья детей подтверждают эти опасения», – уточнил Николай Володин.

Директор Научного центра здоровья детей, главный внештатный педиатр Минздрава РФ, академик Александр Баранов ранее уже высказывался против госфинансирования ЭКО. В качестве аргумента он приводил тот факт, что после использования ЭКО значительно вырастает риск рождения ребенка с пороками. По его данным, до 75% таких детей имеют те или иные отклонения.

В Минздраве, комментируя эти заявления, ссылались на то, что сама технология сравнительно новая, а данные по осложнениям предварительные. «Да, ЭКО-дети имеют некоторые проблемы. Но вель не только от ЭКО рождаются дети с проблемами. У нас очень много женщин, которые рожают в 35 лет и позже. Это проблема всех цивилизованных стран. И мы не можем лишить женщин старшего возраста права иметь детей. Но дети, рожденные женщинами этой возрастной категории, будут абсолютно одинаковыми, независимо от способа их зачатия», - считает директор Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Елена Байбарина.

По данным, которые приводились на совещании с членами правительства в марте этого года, в 2016 году в стране было выполнено 47,5 тыс. процедур ЭКО. А на 2017 год этот показатель планируется довести до 62 тысяч. При этом, как уточнила министр здравоохранения Вероника Скворцова, сейчас речь идет не только об увеличении их числа, но и о повышении эффективности, которая в российских клиниках достигает в среднем 30%, то есть каждый третий цикл ЭКО выхолит в беременность.

Татьяна Бескаравайная

Одна из 6 премий Правительства Москвы 2017 года за лучшие проекты в области медицины в июне была присуждена коллективу Морозовской больницы за создание референц-центра для больных детей с орфанными заболеваниями.

ИЗ АННОТАЦИИ ПРОЕКТА:

«За сравнительно небольшой период работы Референс-центра (2 года) помощь в диагностике, лечении и реабилитации получили 10169 детей. Благодаря созданию Референсцентра стало возможным оказывать не только медицинскую помощь в стационарных и в амбулаторных условиях, но и применять новые методы лабораторной диагностики, в том числе тандемная масспектрометрию, позволяющие своевременно установить диагноз и на ранних этапах заболевания назначить патогенетическое лечение. Внедрение новых методов лабораторной диагностики в работу Референс-центра послужило фундаментом профилактики раннего выявления врожденных и наследственных заболеваний. В Референс-центре выявлен пациент, с митохондриальным заболеванием, фенотип которого был описан впервые в мире (фенотип митохондриального заболевания. вызванного мутациями в гене DNA2 у детей)». С 2016 года программа селективного скрининга была внедрена в практику, и благодаря ей первые в России были диагностированы пациенты с такими заболеваниями как недостаточность CPS1 из группы нарушения цикла мочевины, недостаточность СОХ10 из группы митохондриальных заболеваний. синдром микроцефалии с капиллярными мальформациями.

Теперь проведение неонатального и селективного скрининга, ведение профильных регистров позволяет иметь полную информацию о случаях редких заболеваний в целом по городу, следить за динамикой изменения их частот и эффективностью лечения.

Другие премии за прошедший год были вручены коллективам Института скорой помощи имени Н.В. Склифосовского», Детской больницы им. Филатова, Института им. Н.И. Пирогова, Больницы им. Иноземцева, Эндокринологического диспансера и Института хирургии им. А.В. Вишневского», Московского научно-практического Центра дерматовенерологии и косметологии и ЦНИИ эпидемиологии, НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента.









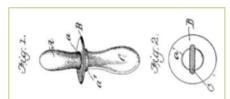
Соска – замена груди матери

Как соска, так и детская бутылочка для кормления младенцев имеют истории, уходящие в глубины. В местах археологических раскопок в Греции среди детских предметов обихода были опознаны рожки для кормления из керамики. Музейные коллекции могут предоставить рожки из рога и кости.

«Соска, замена груди матери; это либо рожок (роговый, глиняный, стеклянный), наполненный молоком и с навязанным соском от коровьего вымени, собственно рожок; либо жеваный или толченый хлеб с молоком, завязанный в ветошке», — так поясняет понятие «соска» «Толковый словарь живого великорусского языка» Владимира Даля.

Довольно долго тряпочки с медом или сахарным сиропом использовали для успокоения младенцев, но еще бо́льший эффект достигался, когда ткань (вариант: кусок хлеба, теста) пропитывали самогоном, водкой, опием, настойкой полыни или заворачивали в тряпицу маковую головку. Кроме кариеса, среди рисков у младенцев появлялся еще и алкоголизм или наркозависимость.

В конце XIX в. в обиход вошла соска с кольцом, ею уже нельзя было подавиться, что нередко случалось до его появления. Похожие на современные соски появились на рубеже XX в. и были запатентованы в США Кристианом Майнеке. Назывались устройства «baby comforter». Знакомые нам



круглые соски и пустышки поначалу легко слипались, потому их приходилось прокалывать. В деревнях женщины изготавливали «сахарные сиськи» — в кусочки ткани заворачивали смалец или сливочное масло с медом или сахаром, пропитывали сивухой. Знакомую нам каплеобразную форму детской соски-пустышки NUK предложили в



40-е годы XX в. немецкий врач Бальтерс и стоматолог Мюллер, назвав ее ортодонтической. А в 1956 г. немецкая компания «Ганзейские заводы резиновых изделий Бахман и Ко. КГ» начала массовый выпуск таких анатомических сосок.

Что касается детских бутылочек, то до конца XIX в. они выглядели как больничные «поильники», изготавливались из керамики или металла и были сплющенными по форме.



В средине XIX в. в США Чарльз Уиндшип из Массачусетса запатентовал первую стеклянную каплеобразную детскую бутылку со стеклянной трубкой. К пробке крепились шланг и соска. Но шланг быстро засорялся, к тому же дети получали с питьем микробные инфекции. Но вплоть до 1920-х гг. такие сосуды пользовались спросом. Вот какие раритеты представляет ресурс neobychno.com:

Женщины в начале XX века также пользовались молокоотсосами, соединенными с бутылкой, которые крепили прямо к лифчику и прятали под платьем.

В 1970—1980 гг. на рынке уже появляются специальные госпитальные пустышки, соски с цветными загубниками, первые бутылочки со специальным клапаном и рисунками, специальные пустышки для использования в клиниках, паровые стерилизаторы. Кроме того, к 1990 г. впервые для изготовления сосок начинают использовать силикон, а также появляются соски разных размеров. К концу XX в. на рынке можно увидеть и первые специальные детские питьевые кружки. Начало XXI века — появление новой системы бутылочек и сосок с силиконовыми насадками.



Никифор Крылов. Крестьянка кормит ребенка из рожка.



Краеведческий музей г. Владимир. Рожок для вскармливания младенца XIX.в.



Зарегистрировано в Минюсте России 17 мая 2017 г. N 46740

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ от 10 мая 2017 г. N 203н

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ КРИТЕРИЕВ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В соответствии с частью 2 статьи 64 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2013, N 48, ст. 6165) приказываю:

- 1. Утвердить критерии оценки качества медицинской помощи согласно приложению.
- 2. Отменить приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 июля 2016 г. N 520н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 8 августа 2016 г., регистрационный N 43170).
- 3. Признать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7 июля 2015 г. N 422aн «Об утверждении критериев оценки качества медицинской Федерации 13 августа 2015 г., регистрационный N 38494).
 - 4. Настоящий приказ вступает в силу с 1 июля 2017 года.

В рио Министра Д.В. КОСТЕННИКОВ

Приложение к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 мая 2017 г. N 203н

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

І. Общие положения

- 1.1. Настоящие критерии оценки качества медицинской помощи (далее критерии качества) применяются при оказании медицинской помощи в медицинских и иных организациях, осуществляющих медицинскую деятельность, имеющих лицензию на медицинскую деятельность, полученную в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.
- 1.2. Критерии качества применяются в целях оценки своевременности оказания медицинской помощи, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата.
- 1.3. Критерии качества применяются по группам заболеваний (состояний) и по условиям оказания медицинской помощи (в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара и стационарных условиях).

II. Критерии качества по условиям оказания медицинской помощи

2.1. Критерии качества в амбулаторных условиях

- а) ведение медицинской документации медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях <1>, истории развития ребенка, индивидуальной карты беременной и родильницы (далее амбулаторная карта):
- <1>Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 декабря 2014 г. N 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 20 февраля 2015 г., регистрационный N 36160).

заполнение всех разделов, предусмотренных амбулаторной картой;

наличие информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство <2>;

<2> Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. N 1177н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов меди-

цинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 июня 2013 г., регистрационный N 28924), с изменением, внесенным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 августа 2015 г. N 549н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 3 сентября 2015 г., регистрационный N 38783).

- б) первичный осмотр пациента и сроки оказания медицинской помощи:
- оформление результатов первичного осмотра, включая данные анамнеза заболевания, записью в амбулаторной карте:
- в) установление предварительного диагноза лечащим врачом в ходе первичного приема пациента;
- г) формирование плана обследования пациента при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза:
- д) формирование плана лечения при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза, клинических проявлений заболевания, тяжести заболевания или состояния пациента:
- е) назначение лекарственных препаратов для медицинского применения с учетом инструкций по применению лекарственных препаратов, возраста пациента, пола пациента, тяжести заболевания, наличия осложнений основного заболевания (состояния) и сопутствующих заболеваний;
- ж) установление клинического диагноза на основании данных анамнеза, осмотра, данных лабораторных, инструментальных и иных методов исследования, результатов консультаций врачей-специалистов, предусмотренных стандартами медицинской помощи, а также клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи (далее клинические рекомендации):
- оформление обоснования клинического диагноза соответствующей записью в амбулаторной карте; установление клинического диагноза в течение 10 дней с момента обращения;
- проведение при затруднении установления клинического диагноза консилиума врачей <3> с внесением соответствующей записи в амбулаторную карту с подписью заведующего амбулаторно-поликлиническим отделением медицинской организации;
- <3> Статья 48 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее Федеральный закон N 323-ФЗ) (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724).
- з) внесение соответствующей записи в амбулаторную карту при наличии заболевания (состояния),

требующего оказания медицинской помощи в стационарных условиях, с указанием перечня рекомендуемых лабораторных и инструментальных методов исследований, а также оформление направления с указанием клинического диагноза при необходимости оказания медицинской помощи в стационарных условиях в плановой форме:

- и) проведение коррекции плана обследования и плана лечения с учетом клинического диагноза, состояния пациента, особенностей течения заболевания, наличия сопутствующих заболеваний, осложнений заболевания и результатов проводимого лечения на основе стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций:
- к) назначение и выписывание лекарственных препаратов в соответствии с установленным порядком <4>:

<4> Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. N 1175н «Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 25 июня 2013 г., регистрационный N 28883), с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 декабря 2013 г. N 886н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 23 декабря 2013 г., регистрационный N 30714) и от 30 июня 2015 г. N 386н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 6 августа 2015 г., регистрационный N 38379) (далее - приказ Минздрава России от 20 декабря 2012 г. N 1175н).

оформление протокола решения врачебной комиссии медицинской организации;

внесение записи в амбулаторную карту при назначении лекарственных препаратов для медицинского применения и применении медицинских изделий по решению врачебной комиссии медицинской организации <5>:

<5> В соответствии с пунктом 4.7 Порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации, утвержденного приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5 мая 2012 г. N 502н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 9 июня 2012 г., регистрационный N 24516), с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 декабря 2013 г. N 886н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 23 декабря 2013 г., регистрационный N 30714).

л) проведение экспертизы временной нетрудоспособности в установленном порядке <6>; <6> Статья 59 Федерального закона N 323-Ф3 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2013, N 48, ст. 6165).

м) осуществление диспансерного наблюдения в установленном порядке <7> с соблюдением периодичности обследования и длительности диспансерного наблюдения;

<7> Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 декабря 2012 г. N 1344н «Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 февраля 2013 г., регистрационный N 27072) и приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 декабря 2012 г. N 1348н «Об утверждении Порядка прохождения несовершеннолетними диспансерного наблюдения, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных учреждениях» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 марта 2013 г., регистрационный N 27909).

н) проведение медицинских осмотров, диспансеризации в установленном порядке <8>, назначение по их результатам, в случае необходимости, дополнительных медицинских мероприятий, в том числе установление диспансерного наблюдения.

<8> Часть 7 статьи 46 Федерального закона N 323-Ф3 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48. ст. 6724; 2013, N 48. ст. 6165; 2016, N 27. ст. 4219).

2.2. Критерии качества в стационарных условиях и в условиях дневного стационара:

а) ведение медицинской документации – медицинской карты стационарного больного, истории родов, истории развития новорожденного (далее – стационарная карта):

заполнение всех разделов, предусмотренных стационарной картой;

наличие информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство <9>;

<9> Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. N 1177н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 июня 2013 г., регистрационный N 28924), с изменением, внесенным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 августа 2015 г. N 549н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 3 сентября 2015 г., регистрационный N 38783).

б) первичный осмотр пациента и сроки оказания медицинской помощи в приемном отделении или профильном структурном подразделении (далее – профильное отделение) (дневном стационаре) или отделении (центре) анестезиологии-реанимации медицинской организации:

оформление результатов первичного осмотра, включая данные анамнеза заболевания, записью в стационарной карте;

в) установление предварительного диагноза врачом приемного отделения или врачом профильного отделения (дневного стационара) или врачом отделения (центра) анестезиологии-реанимации медицинской организации не позднее 2 часов с момента поступления пациента в медицинскую организацию;

г) формирование плана обследования пациента при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза;

д) формирование плана лечения при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза, клинических проявлений заболевания, тяжести заболевания или состояния пациента, лабораторных и инструментальных методов исследования (при наличии);

е) назначение лекарственных препаратов с учетом инструкций по применению лекарственных препаратов, возраста пациента, пола пациента, тяжести заболевания, наличия осложнений основного заболевания (состояния) и сопутствующих заболеваний:

ж) указание в плане лечения метода (объема) хирургического вмешательства при заболевании (состоянии) и наличии медицинских показаний, требующих хирургических методов лечения и (или) диагностики:

з) установление клинического диагноза на основании данных анамнеза, осмотра, данных лабораторных и инструментальных методов обследования, результатов консультаций врачей-специалистов, предусмотренных стандартами медицинской помощи, а также клинических рекомендаций:

установление клинического диагноза в течение 72 часов с момента поступления пациента в профильное отделение (дневной стационар) медицинской организации:

установление клинического диагноза при поступлении пациента по экстренным показаниям не позднее 24 часов с момента поступления пациента в профильное отделение;

и) внесение в стационарную карту в случае особенностей течения заболевания, требующих дополнительных сложных и длительно проводимых методов исследований, соответствующей записи, заверенной подписью заведующего профильным отделением (дневным стационаром):

принятие решения о необходимости проведения дополнительных исследований вне данной медицинской организации врачебной комиссией медицинской организации с оформлением протокола и внесением в стационарную карту <10>:

принятие при затруднении установления клинического диагноза и (или) выбора метода лечения решения консилиумом врачей с оформлением протокола и внесением в стационарную карту <10>;

<10> Статья 48 Федерального закона N 323-Ф3.

оформление обоснования клинического диагноза соответствующей записью в стационарной карте. подписанного лечащим врачом и заведующим профильным отделением (дневным стационаром); к) проведение в обязательном порядке осмотра заведующим профильным отделением (дневным стационаром) в течение 48 часов (рабочие дни) с момента поступления пациента в профильное отделение (дневной стационар) медицинской организации, далее по необходимости, но не реже 1 раза в неделю, с внесением в стационарную карту соответствующей записи, подписанной заведующим профильным отделением (дневным стационаром); л) проведение коррекции плана обследования и плана лечения с учетом клинического диагноза, состояния пациента, особенностей течения заболевания, наличия сопутствующих заболеваний. осложнений заболевания и результатов проводимого лечения:

проведение коррекции плана обследования и плана лечения по результатам осмотра лечащего врача профильного отделения (дневного стационара), осмотра заведующим профильным отделением (дневным стационаром) после установления клинического диагноза;

проведение коррекции плана обследования и плана лечения по результатам осмотра лечащего врача профильного отделения (дневного стационара), осмотра заведующим профильным отделением (дневным стационаром) при изменении степени тяжести состояния пациента;

м) назначение лекарственных препаратов, не включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения <11> и перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи <12>, врачебной комиссией медицинской организации, с оформлением решения протоколом с внесением в стационарную карту;

<11> Распоряжение Правительства Российской Федерации 28 декабря 2016 г. N 2885-р (Собрание законодательства Российской Федерации, 2017, N 2, ст. 435).

<12> Распоряжение Правительства Российской Федерации от 22 октября 2016 г. N 2229-р (Собрание законодательства Российской Федерации, 2016, N 44, ст. 6177).

осуществление при наличии медицинских показаний перевода пациента в другое профильное отделение внутри медицинской организации с принятием решения о переводе заведующими соответствующими структурными подразделениями (из которого переводится пациент и в которое переводится пациент) с внесением соответствующей записи в стационарную карту:

н) осуществление при наличии медицинских показаний перевода пациента в другую медицинскую организацию, имеющую оборудование в соответствии со стандартом оснащения и кадры в соответствии с рекомендуемыми штатными нормативами, утвержденными соответствующими порядками оказания медицинской помощи по профилям или группам заболеваний, с принятием решения о переводе врачебной комиссией медицинской организации, из которой переводится пациент (с оформлением протокола и внесением в стационарную карту), и согласованием с руководителем медицинской организации, в которую переводится пациент; о) проведение экспертизы временной нетрудоспобности в установленном порядке <6>;

<6> Статья 59 Федерального закона N 323-Ф3 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2013, N 48, ст. 6165).

п) проведение при летальном исходе патолого-анатомического вскрытия в установленном порядке <13>;

<13> Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 июня 2013 г. N 354н «О порядке проведения патолого-анатомических вскрытий» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 16 декабря 2013 г., регистрационный N 30612).

р) отсутствие расхождения клинического диагноза и патолого-анатомического диагноза;

с) оформление по результатам лечения в стационарных условиях и в условиях дневного стационара выписки из стационарной карты с указанием клинического диагноза, данных обследования, результатов проведенного лечения и рекомендаций по дальнейшему лечению, обследованию и наблюдению, подписанной лечащим врачом, заведующим профильным отделением (дневным стационаром) и заверенной печатью медицинской организации, на которой идентифицируется полное наименование медицинской организации в соответствии с учредительными документами, выданной на руки пациенту (его законному представителю) в день выписки из медицинской организации.

III. Критерии качества по группам заболеваний (состояний)

3.1. Критерии качества при некоторых инфекционных и паразитарных болезнях

3.1.1. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при лихорадке без очага инфекции (коды по МКБ - 10: A49.8 - A49.9; R50.0 - R50.1)

Критерии качества 1. Выполнена отоскопия Да/Нет Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не 2. Да/Нет позднее 24 часов от момента поступления в стационар Выполнено исследование уровня С-реактивного белка или 3. Да/Нет прокальцитонина в крови Выполнен общий анализ мочи не позднее 24 часов от момента Да/Нет поступления Выполнено бактериологическое исследование крови на стерильность с определением чувствительности возбудителя 5. Да/Нет к антибиотикам и другим лекарственным препаратам (при наличии лабораторных маркеров бактериальной инфекции) Выполнено бактериологическое исследование мочи с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам 6. Да/Нет и другим лекарственным препаратам (при выявлении лейкоцитурии и/или бактериурии и/или нитритов в моче) Выполнена рентгенография органов грудной клетки (при 7. Да/Нет наличии лабораторных маркеров бактериальной инфекции) Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами (при подтверждении бактериальной инфекции 8. Да/Нет и/или при наличии лабораторных маркеров бактериальной инфекции) Выполнена смена терапии антибактериальными лекарственными препаратами не позднее 72 часов от момента 9. Да/Нет начала антибактериальной терапии (при отсутствии снижения температуры тела)

3.1.2. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при вирусном гепатите без печеночной комы (коды по МКБ-10: B15.9; B16.1; B16.9; B17.1; B17.2; B17.9; B19.9)

N п/п	Критерии качества	Оценк выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-инфекционистом не позднее 2-х часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, гаммаглутамилтранспептидаза, билирубин, общий белок, альбумин, глюкоза)	Да/Нет
3.	Выполнено определение протромбинового индекса или коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) при протромбиновом индексе менее 70%	Да/Нет
4.	Выполнено определение маркеров вирусов гепатита A и E и/или вирусов гепатита B и C методами иммуноферментного анализа или хемилюминесцентного иммунного анализа или полимеразной цепной реакции	Да/Нет
5.	Проведена инфузионная терапия (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) или компьютерная томография органов брюшной полости или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости	Да/Нет
7.	Достигнуто снижение уровня аланинаминотрансферазы менее 150 Ед/л на момент выписки из стационара	Да/Нет
8.	Достигнут уровень билирубина в крови не выше 40 мкмоль/л на момент выписки из стационара	Да/Нет
9.	Достигнут уровень протромбинового индекса не ниже 80% на момент выписки из стационара	Да/Нет

3.1.3. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при вирусном гепатите с печеночной комой (коды по МКБ-10: В15.0; В16.0; В16.2)

Ν π/π	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-инфекционистом не позднее 10 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнен осмотр врачом-анестезиологом-реаниматологом не позднее 30 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
3.	Проведены инфузионно-трансфузионная терапия и терапия лекарственными препаратами группы глюкокортикостероидов не позднее 30 минут от момента поступления в стационар (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнено определение вирусов гепатитов A, B, C, D методами иммуноферментного анализа или хемилюминесцентного иммунного анализа или полимеразной цепной реакции не позднее 24 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
5.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, билирубин, общий белок, альбумин, электролиты крови) не позднее 3 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
6.	Выполнено определение основных групп крови (А, В, 0) и резуспринадлежности не позднее 3 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
7.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) не позднее 3 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
8.	Выполнена оценка степени нарушения сознания и комы по шкале Глазго не позднее 30 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
9.	Проведена инфузионно-трансфузионная терапия (при отсутствии медицинских противопоказаний) не позднее 20 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
10.	Выполнена искусственная вентиляция легких (при развитии тяжелой дыхательной недостаточности и оценке по шкале Глазго ниже 8 баллов)	Да/Нет
11.	Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами (при среднетяжелой и тяжелой формах острого вирусного гепатита с длительным холестазом и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
12.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) или компьютерная томография органов брюшной полости или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости	Да/Нет
13.	Достигнуто улучшение сознания по шкале Глазго	Да/Нет
14.	Достигнут уровень билирубина в крови не выше 60 мкмоль/л на момент выписки из стационара (за исключением холестатических форм)	Да/Нет
15.	Достигнут уровень протромбинового индекса не ниже 70% на момент выписки из стационара	Да/Нет
16.	Достигнуто уменьшение гепатомегалии (гепатоспленомегалии) и отсутствие выпота в брюшной полости на момент выписки из стационара	Да/Нет

3.1.4. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при геморрагической лихорадке с почечным синдромом (код по МКБ-10: A98.5)

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-инфекционистом и/или врачом анестезиологом-реаниматологом не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
3.	Выполнен анализ мочи общий	Да/Нет
4.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (мочевина, креатинин, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, общий билирубин, натрий, калий, хлор)	Да/Нет
5.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза)	Да/Нет
6.	Выполнено определение антител к антигенам хантавирусов не позднее 24 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
7.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и почек и/или компьютерная томография брюшной полости и почек и/или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости и почек	Да/Нет
8.	Выполнено повторное определение антител к антигенам хантавирусов не позднее 192 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
9.	Проведена терапия лекарственными препаратами группы нуклеозиды и нуклеотиды, кроме ингибиторов обратной транскриптазы (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
10.	Достигнута нормализация диуреза на момент выписки из стационара	Да/Нет
11.	Достигнута нормализация уровня креатинина и мочевины в крови на момент выписки из стационара	Да/Нет

3.1.5. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при кишечных инфекциях (коды по МКБ-10: A02.0; A02.2+; A02.8; A02.9; A03; A04; A05.0; A05.2; A05.3; A05.4; A05.8; A05.9; A08; A09)

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено измерение массы тела	Да/Нет
2.	Выполнена оценка синдрома дегидратации по шкале Clinical Dehydration Scale	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 24 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
4.	Выполнена оценка гематокрита	Да/Нет
5.	Выполнено бактериологическое исследование кала и/или определение бактерий в кале методом полимеразной цепной реакции и/или определение бактерий в кале серологическими методами	Да/Нет
6.	Выполнено определение вирусов в кале методом полимеразной цепной реакции и/или определение вирусов в кале серологическими методами	Да/Нет
7.	Выполнено микроскопическое исследование кала на простейшие	Да/Нет
8.	Выполнена оральная регидратация, с использованием глюкозо-солевых растворов (в зависимости от возраста и типа дегидратации)	Да/Нет
9.	Выполнен расчет объема инфузионной терапии в случае проведения инфузионной терапии	Да/Нет
10.	Выполнена терапия лекарственными препаратами группы кишечные адсорбенты	Да/Нет
11.	Проведена терапия противомикробными лекарственными препаратами (при инвазивных диареях средней степени тяжести и тяжелой степени тяжести заболевания и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
12.	Достигнута нормализация характера стула и кратности дефекации на момент выписки из стационара	Да/Нет

3.1.6. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при болезни Лайма (код по МКБ-10: A69.2)

Ν п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-инфекционистом не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнен осмотр врачом-неврологом не позднее 24 часов от момента поступления в стационар (при наличии неврологических нарушений)	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет

4.	Выполнена спинномозговая пункция и исследование спинномозговой жидкости (цитоз, белок, глюкоза, лактат, цитологическое исследование) не позднее 6 часов от момента установления диагноза (при нейроборрелиозе и при отсутствии	Да/Нет
5.	медицинских противопоказаний) Выполнена повторная спинномозговая пункция и повторное исследование спинномозговой жидкости (цитоз, белок, глюкоза, лактат, цитологическое исследование) (при нейроборрелиозе)	Да/Нет
6.	Выполнено определение антител к борелии Бургдорфера (Borrelia burgdorferi) в крови	Да/Нет
7.	Выполнена рентгенография пораженного сустава и/или ультразвуковое исследование пораженного сустава (при суставном синдроме)	Да/Нет
8.	Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
9.	Достигнута стойкая нормализация температуры тела на момент выписки из стационара	Да/Нет
10.	Исчезновение эритемы на момент выписки из стационара	Да/Нет
11.	Достигнута нормализация уровня лейкоцитов в периферической крови на момент выписки из стационара	Да/Нет

3.1.7. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при гриппе с другими проявлениями (коды по МКБ-10: J10.1; J10.8; J11.1; J11.8)

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-инфекционистом и/или врачом- педиатром не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнен осмотр врачом-анестезиологом-реаниматологом не позднее 30 минут от момента поступления в стационар (при наличии дыхательной недостаточности III степени и/или недостаточности кровообращения III степени и/или нарушении сознания)	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
4.	Выполнен анализ мочи общий	Да/Нет
5.	Выполнено серологическое исследование или полимеразноцепная реакция	Да/Нет
6.	Проведена терапия противовирусными лекарственными препаратами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Проведена терапия лекарственными препаратами группы ингибиторы нейраминидазы (при тяжелой степени тяжести заболевания и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Проведена дезинтоксикационная терапия оральная и/или инфузионная (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
9.	Достигнута стойкая нормализация температуры тела на момент выписки из стационара	Да/Нет

3.1.8. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при гриппе с пневмонией (коды по МКБ-10: J10.0; J11.0)

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-инфекционистом и/или врачом- педиатром не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнен осмотр врачом-анестезиологом-реаниматологом не позднее 30 минут от момента поступления в стационар (при наличии дыхательной недостаточности III степени и/или недостаточность кровообращения III степени и/или нарушении сознания)	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
4.	Выполнен анализ мочи общий	Да/Нет
5.	Выполнено серологическое исследование или полимеразноцепная реакция	Да/Нет
6.	Выполнена пульсоксиметрия не позднее 30 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
7.	Выполнена рентгенография органов грудной клетки не позднее 24 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
8.	Выполнено бактериологическое исследование мокроты или отделяемого с задней стенки глотки при отсутствии мокроты с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам	Да/Нет
9.	Проведена терапия лекарственными препаратами группы ингибиторы нейраминидазы (при наличии дыхательной недостаточности и/или недостаточности кровообращения и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

10.	Проведена терапия противовирусными лекарственными препаратами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
11.	Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
12.	Проведена дезинтоксикационная терапия оральная и/или инфузионная (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
13.	Выполнено ингаляционное введение кислорода до достижения сатурации 95% и более (при сатурации менее 92%)	Да/Нет
14.	Выполнен осмотр врачом-анестезиологом-реаниматологом (при сатурации менее 92%)	Да/Нет
15.	Выполнена повторная рентгенография органов грудной клетки перед выпиской из стационара	Да/Нет
16.	Достигнута стойкая нормализация температуры тела на момент выписки из стационара	Да/Нет
17.	Достигнут уровень лейкоцитов менее 15 x 10.9 на момент выписки из стационара	Да/Нет

3.1.9. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при менингите (коды по МКБ-10: A39.0+; A87; G00; G01*; G02*; G03)

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-инфекционистом и/или врачом- неврологом не позднее 30 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнена оценка степени нарушения сознания и комы по шкале Глазго	Да/Нет
3.	Выполнен осмотр-врачом-анестезиологом-реаниматологом не позднее 15 минут от момента поступления в стационар (при признаках септического шока или отека головного мозга)	Да/Нет
4.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
5.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (мочевина, креатинин, глюкоза, калий, натрий)	Да/Нет
6.	Выполнена спинномозговая пункция и исследование спинномозговой жидкости (цитоз, белок, глюкоза, цитологическое исследование) не позднее 24 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
7.	Выполнено определение возбудителя в крови бактериологическим методом с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам и/или методом полимеразной цепной реакции не позднее 1 часа от момента поступления в стационар (до начала антибактериальной терапии)	Да/Нет
8.	Выполнено определение возбудителя в спинномозговой жидкости бактериологическим методом с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам и/или методом полимеразной цепной реакции	Да/Нет
9.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) (при тяжелой степени тяжести заболевания)	Да/Нет
10.	Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами (при выявлении бактериальной инфекции)	Да/Нет
11.	Проведена дезитоксикационная терапия	Да/Нет
12.	Выполнена повторная спинномозговая пункция и повторное исследование спинномозговой жидкости (цитоз, белок, глюкоза, цитологическое исследование)	Да/Нет
13.	Выполнено повторное определение возбудителя в спинномозговой жидкости бактериологическим методом с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам и/или методом полимеразной цепной реакции	Да/Нет
14.	Достигнута нормализация показателей в спинномозговой жидкости на момент выписки из стационара	Да/Нет
15.	Достигнута эрадикация возбудителя в спинномозговой жидкости на момент выписки из стационара	Да/Нет
16.	Достигнуто восстановление уровня сознания до 15 баллов по шкале Глазго	Да/Нет

3.1.10. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при роже (код по МКБ-10: A46)

	Ν п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
	1.	Выполнен осмотр врачом-инфекционистом и/или врачом-хирургом не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
İ	2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
	3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (глюкоза)	Да/Нет

4.	Выполнено бактериологическое исследование отделяемого из очага воспаления с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам и/или определение маркеров b-гемолитического стрептококка группы A в отделяемом из очага воспаления	Да/Нет
5.	Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами	Да/Нет
6.	Достигнута стойкая нормализация температуры тела на момент выписки из стационара	Да/Нет

3.1.11. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при дифтерии (код по МКБ-10: A36)

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-инфекционистом и/или врачом- педиатром не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнен осмотр врачом-анестезиологом-реаниматологом не позднее 30 минут от момента поступления в стационар (при наличии токсического шока и/или токсической дифтерии ротоглотки III - IV степени и/или дифтерийного крупа)	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
4.	Выполнен общий анализ мочи	Да/Нет
5.	Выполнено бактериологическое исследование отделяемого из ротоглотки и из носа, а также с других пораженных органов на коринобактерии дифтерии с определением их токсигенности и другую флору с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам не менее 3 раз	Да/Нет
6.	Выполнено определение антител к дифтерийному токсину в крови 2 раза	Да/Нет
7.	Выполнена консультация врачом-оториноларингологом	Да/Нет
8.	Выполнена электрокардиография	Да/Нет
9.	Выполнено введение антитоксической противодифтерийной сыворотки (при токсической форме или при распространенной форме вне зависимости от сроков или до 96 часов от момента начала заболевания при локализованной форме)	Да/Нет
10.	Проведена дезинтоксикационная терапия оральная и/или инфузионная (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
11.	Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами	Да/Нет
12.	Выполнено контрольное бактериологическое исследование отделяемого из ротоглотки и из носа и с других пораженных органов не менее 2 раз через 2 дня после отмены антибактериальной терапии	Да/Нет
13.	Достигнута стойкая нормализация температуры тела на момент выписки из стационара	Да/Нет
14.	Достигнута эрадикация возбудителя на момент выписки из стационара	Да/Нет

3.1.12. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при инфекционном мононуклеозе (код по МКБ-10: B27)

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-инфекционистом и/или врачом- педиатром не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
3.	Выполнен анализ мочи общий	Да/Нет
4.	Выполнено определение вирусов герпеса человека 4, 5, 6 типов методом полимеразной цепной реакции в крови и/или определение антител к вирусам герпеса человека 4, 5 типов в крови	Да/Нет
5.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (аланинаминотрасфераза, аспартатаминотрансфераза, билирубин)	Да/Нет
6.	Выполнено бактериологическое исследование отделяемого из ротоглотки с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам	Да/Нет
7.	Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами (при подтвержденной бактериальной инфекции и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Выполнено ультразвуковое исследование брюшной полости (комплексное)	Да/Нет
9.	Проведена дезинтоксикационная терапия оральная и/или инфузионная (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

10.	Проведена терапия противовирусными лекарственными препаратами и/или лекарственными препаратами группы интерфероны (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
11.	Достигнута стойкая нормализация температуры тела на момент выписки из стационара	Да/Нет
12.	Достигнута нормализация уровня билирубина, аспартатаминотрансферазы и/или тенденция к нормализации аланинаминотрасферазы, на момент выписки из стационара	Да/Нет

3.1.13. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при клещевом вирусном энцефалите (код по МКБ-10: A84)

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-инфекционистом и/или врачом- реаниматологом и/или врачом-неврологом не позднее 30 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнена консультация врачом-неврологом	Да/Нет
3.	Выполнена спинномозговая пункция и исследование спинномозговой жидкости (цитоз, белок, глюкоза, лактат, цитологическое исследование) не позднее 6 часов от момента установления диагноза	Да/Нет
4.	Выполнена повторная спинномозговая пункция и исследование спинномозговой жидкости (цитоз, белок, глюкоза, лактат, цитологическое исследование)	Да/Нет
5.	Выполнено определение возбудителя в крови и спинномозговой жидкости бактериологическим методом с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам и/или серологическим методом и/или методом полимеразной цепной реакции не позднее 24 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
6.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
7.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) (при среднетяжелой и тяжелой степени тяжести заболевания)	Да/Нет
8.	Проведена терапия иммуноглобулином человека против клещевого энцефалита	Да/Нет
9.	Проведена дезитоксикационная терапия	Да/Нет
10.	Выполнено повторное определение возбудителя в крови и спинномозговой жидкости серологическим методом и/или методом полимеразной цепной реакции	Да/Нет
11.	Достигнута стойкая нормализация температуры тела на момент выписки из стационара	Да/Нет
12.	Достигнута нормализация показателей спинномозговой жидкости на момент выписки из стационара	Да/Нет
13.	Достигнута эрадикация возбудителя в спинномозговой жидкости на момент выписки из стационара	Да/Нет

3.1.14. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при описторхозе (код по МКБ-10: B66.0)

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-инфекционистом не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, щелочная фосфатаза, билирубин, креатинин, общий белок, альбумин, амилаза)	Да/Нет
4.	Выполнено микроскопическое исследование кала на яйца и личинки гельминтов	Да/Нет
5.	Выполнено определение антител к возбудителю описторхоза (Opistorchis felineus) в крови	Да/Нет
6.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	Да/Нет
7.	Проведена терапия антигистаминными лекарственными препаратами (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Проведена терапия спазмолитическими лекарственными препаратами (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
9.	Проведена терапия специфическими антигельминтными лекарственными препаратами (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
10.	Отсутствие яиц описторхисов в кале на момент выписки из стационара	Да/Нет

3.1.15. Критерии качества специализированной медицинской помощи, взрослым и детям при скарлатине (код по МКБ-10: A38)

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-инфекционистом и/или врачом- педиатром не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
3.	Выполнен анализ мочи общий	Да/Нет
4.	Выполнено бактериологическое исследование отделяемого на бета-гемолитический стрептококк группы А из ротоглотки с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам	Да/Нет
5.	Выполнена электрокардиография	Да/Нет
6.	Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами	Да/Нет
7.	Проведена дезинтоксикационная терапия оральная и/или инфузионная (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Выполнен повторный общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
9.	Выполнен повторный анализ мочи общий	Да/Нет
10.	Выполнено повторное бактериологическое исследование отделяемого на бета-гемолитический стрептококк группы А из ротоглотки	Да/Нет
11.	Достигнута стойкая нормализация температуры тела на момент выписки из стационара	Да/Нет
12.	Достигнута нормализация показателей общего (клинического) анализа крови на момент выписки из стационара	Да/Нет

3.1.16. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при коклюше (код по МКБ-10: A37)

Ν п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-инфекционистом и/или врачом- педиатром не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнен осмотр врачом-анестезиологом-реаниматологом (при тяжелой степени тяжести заболевания)	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
4.	Выполнено бактериологическое исследование отделяемого из ротоглотки и/или носоглотки на палочку коклюша и паракоклюша 2 раза и/или однократное определение ДНК палочек коклюша и паракоклюша методом полимеразной цепной реакции в отделяемом из ротоглотки и/или носоглотки и/или определение антител к палочкам коклюша и паракоклюша в крови 2 раза	Да/Нет
5.	Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами	Да/Нет
6.	Проведена терапия противосудорожными лекарственными препаратами (при тяжелой степени тяжести заболевания и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
7.	Проведена терапия лекарственными препаратами группы системные глюкокортикостероиды (при тяжелой степени тяжести заболевания и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Проведена респираторная поддержка (при тяжелой степени тяжести заболевания)	Да/Нет
9.	Проведена терапия противокашлевыми лекарственными препаратами (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
10.	Выполнен контрольный общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
11.	Достигнуто стойкое уменьшение количества и тяжести приступов кашля	Да/Нет

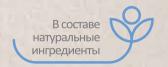
Продолжение приказа смотрите в следующем номере газеты «Детский Доктор»



КОСМЕТИКА BEBBLE – ЭТО НЕЗАМЕНИМЫЙ ПОМОЩНИК МАМЫ ДЛЯ НЕЖНОГО УХОДА ЗА МАЛЫШОМ С САМОГО РОЖДЕНИЯ!













facebook.com/Bebble



vk.com/Bebble



instagram.com/BebbleRussia



twitter.com/BebbleRussia