

МОСКОВСКАЯ МЕДИЦИНА

№ 6 (40) 2020



тема номера

ДЕТСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

Экспертное мнение

Исмаил Османов: «Наши врачи и медсестры проявили высочайший профессионализм и даже героизм»

стр. 8

Амбулаторная помощь

Московский стандарт медицинской помощи детям

стр. 50

Профессиональное обучение

Симуляционные технологии: обучение без риска

стр. 66

Еженедельная газета о столичном здравоохранении



МОСКОВСКАЯ МЕДИЦИНА Cito
№ 18 (120)
www.cito.ru

Еженедельная газета о здравоохранении Москвы | Понедельник, 18 мая 2020 года
Департамент здравоохранения г. Москвы | info@mosgov.ru | info@mosmed.ru

ДЕЙСТВУЯ НА СПЕРЕЖЕНИЕ

Внештатный эпидемиологический врач ГКБ имени Прокофьева рассказывает о тактике борьбы с COVID-19, о том, как меняется тактика лечения и что ждет больницы в ближайшие месяцы.

КОМПЬЮТЕРНОЕ ЗРЕНИЕ

В Клинике информационных технологий проведён анализ данных о состоянии здоровья пациентов. Специалисты используют искусственный интеллект для выявления закономерностей в развитии болезни. Это позволяет врачам принимать более обоснованные решения о лечении.

ПРАЗДНИК МЕДСЕСТЕР

В честь юбилея медицинского персонала в ГКБ имени Прокофьева проведён праздник медсестер. В этот день были вручены награды за доброту и самоотверженность. Медсестры играют важную роль в лечении пациентов и уходе за ними.

СЕГОДНЯ В НОМЕРЕ

- Ирина Иванова: «Как мы работаем»
- Александр Петров: «Моя работа»
- Елена Сидорова: «Опыт работы»

МОСКОВСКАЯ МЕДИЦИНА Cito
№ 18 (120)
www.cito.ru

Газета о здравоохранении Москвы | Понедельник, 12 апреля 2020 года
Департамент здравоохранения г. Москвы | info@mosgov.ru | info@mosmed.ru

ЦИТИЛИЗАЦИЯ

Министр здравоохранения России Владимир Путин в Москве обозначил задачи для борьбы с COVID-19. В первую очередь необходимо обеспечить доступность медицинской помощи для всех граждан. Также важно ускорить процесс модернизации больниц и закупки необходимого оборудования.

ТЕЛЕМЕДИЦИНА

Почти 1000 пациентов получили консультации по телефону и в личном кабинете. Это позволяет врачам оперативно реагировать на изменения в состоянии здоровья пациентов и назначать лечение.

СТРОИТЕЛЬСТВО В ВС

Мэр Москвы Сергей Собянин поручил ускорить строительство больницы имени Фортисова. Это позволит увеличить количество мест для лечения пациентов с COVID-19. Также планируется закупка необходимого оборудования.

СЕГОДНЯ В НОМЕРЕ

- Валерий Смирнов: «Опыт работы»
- Елена Сидорова: «Моя работа»
- Александр Петров: «Опыт работы»



**МЫ ИНФОРМИРУЕМ О ВАЖНЫХ СОБЫТИЯХ МОСКОВСКОГО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЗДАЕМ МОДУ НА ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ»**





Алексей Хрипун,

руководитель Департамента
здравоохранения города Москвы

Вопросам укрепления семьи, защиты материнства и детства уделяется особое внимание на всех уровнях государственной власти. Здоровье матери и ребенка — основополагающая составляющая усилий в этой области. Для Правительства Москвы и Департамента здравоохранения города Москвы это направление работы входит в число безусловных приоритетов. Неслучайно по некоторым демографическим показателям Москва существенно ушла вперед от средних российских показателей, вплотную приблизившись к уровню западноевропейских стран.

За последние годы в городе проделана большая работа, направленная на создание условий для рождения здоровых детей, профилактики инвалидности с детства, сокращения младенческой, детской и материнской смертности.

В столице функционирует трехуровневая система как перинатальной, так и педиатрической помощи. Практически любые диагностические возможности, самое современное лечение доступны сегодня в Москве. Наша система уникальна с точки зрения взаимодействия акушерской службы и службы медицинской помощи детям. Перед врачами стоит задача выявления на этапе беременности врожденных патологий и выполнения своевременных мероприятий для сохранения здоровья будущего ребенка.

Роддома стали уникальными медицинскими центрами, входящими в состав многопрофильных стационаров. Благодаря этому практически любую проблему со здоровьем роженицы можно решить в стенах одного медицинского учреждения.

Произошли серьезные позитивные изменения в первичном приеме в поликлиниках, в процедуре проведения диспансеризации, в работе педиатров, внедрены и используются здоровьесберегающие технологии.

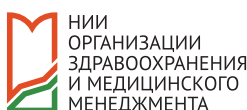
Технологии реабилитации маленьких пациентов шагнули далеко вперед. Разрабатываются новые подходы к осуществлению ведения пациентов на основе ИТ-решений.

И конечно, неизменно высок уровень профессиональной подготовки специалистов и сестринского персонала, отвечающих за здоровье матерей, детей и подростков в городе.

Все это звенья одной цепи — последовательные шаги реализации демографической политики государства.



Фото: Shutterstock



Редакция журнала «Московская медицина»:
115088, г. Москва,
Шарикоподшипниковская ул., д. 9
niiozmm@zdrav.mos.ru
Представителем авторов публикаций в журнале «Московская медицина» является издатель. Перепечатка только с согласия авторов (издателя).
Мнение редакции может не совпадать с мнением автора.

Журнал представлен в РИНЦ (Российский индекс научного цитирования)

Учредитель:
Департамент здравоохранения города Москвы

Издатель:
НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы

Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций 28 апреля 2014 года.
Регистрационный номер ПИ № ФС 77-57984

Выпуск № 6 (40) 2020 г. журнала «Московская медицина» отпечатан 11 декабря 2020 года

Отпечатано
ИП Борзунов С.В., зак. 60 386
Тираж 10 000 экз.
Распространяется бесплатно.

ISSN 2587 - 8670



Журнал «Московская медицина»

Председатель редакционного совета Печатников Леонид Михайлович

Редакционный совет

Андреева Елена Евгеньевна, руководитель Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по городу Москве, главный государственный санитарный врач по городу Москве

Анциферов Михаил Борисович, главный внештатный специалист эндокринолог Департамента здравоохранения города Москвы

Арутюнов Григорий Павлович, главный внештатный специалист терапевт Департамента здравоохранения города Москвы

Богородская Елена Михайловна, главный внештатный специалист фтизиатр Департамента здравоохранения города Москвы

Бордин Дмитрий Станиславович, главный внештатный специалист гастроэнтеролог Департамента здравоохранения города Москвы

Брюн Евгений Алексеевич, главный внештатный специалист психиатр-нарколог Департамента здравоохранения города Москвы

Васильева Елена Юрьевна, главный внештатный специалист кардиолог Департамента здравоохранения города Москвы

Дубров Вадим Эрикович, главный внештатный специалист травматолог-ортопед Департамента здравоохранения города Москвы

Загребнева Алена Игоревна, главный внештатный специалист ревматолог Департамента здравоохранения города Москвы

Зайратьянец Олег Владимирович, главный внештатный специалист по патологической анатомии Департамента здравоохранения города Москвы

Зеленский Владимир Анатольевич, директор МГФОМС

Крюков Андрей Иванович, главный внештатный специалист оториноларинголог Департамента здравоохранения города Москвы

Курынин Роман Викторович, врио руководителя Территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по городу Москве и Московской области

Маус Алексей Израилевич, главный внештатный специалист по проблемам диагностики и лечения ВИЧ-инфекции Департамента здравоохранения города Москвы

Мантурова Наталья Евгеньевна, главный внештатный специалист пластический хирург Департамента здравоохранения города Москвы

Назарова Ирина Александровна, председатель Совета главных врачей города Москвы

Оленев Антон Сергеевич, главный внештатный специалист

по акушерству и гинекологии Департамента здравоохранения города Москвы

Орджоникидзе Зураб Гивиевич, главный внештатный специалист по спортивной

медицине Департамента здравоохранения города Москвы

Османов Исмаил Магомедтагирович, главный внештатный специалист педиатр

и детский нефролог Департамента здравоохранения города Москвы

Потекаев Николай Николаевич, главный внештатный специалист по дерматовенерологии

и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы

Пушкарь Дмитрий Юрьевич, главный внештатный специалист уролог

Департамента здравоохранения города Москвы

Хатьков Игорь Евгеньевич, главный внештатный специалист онколог

Департамента здравоохранения города Москвы

Хубутия Могели Шалвович, главный внештатный специалист трансплантолог

Департамента здравоохранения города Москвы

Шабунин Алексей Васильевич, главный внештатный специалист хирург и эндоскопист

Департамента здравоохранения города Москвы

Шамалов Николай Анатольевич, главный внештатный специалист невролог

Департамента здравоохранения города Москвы

Главный редактор: **Алексей Иванович Хрипун**

Заместитель главного редактора: **Елена Ивановна Аксенова**

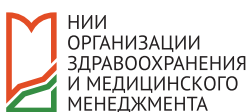
Научный редактор: **Наталья Николаевна Камынина**

Шеф-редактор: **Сергей Викторович Литвиненко**

Редактор: **Алина Дмитриевна Хараз**



Photo: Shutterstock



The editorial staff of the «Moscow Medicine» journal:
Bldg. 9, Sharikopodshipnikovskaya str., 115088, Moscow
niiozmm@zdrav.mos.ru
The publisher acts as authors' representative. Reprinting available only upon authors/publisher's permission. Editing team's opinion may be different from authors' opinion.

Journal indexed in Russian Science Citation Index (RSCI)

Founder:
Moscow Healthcare Department

Publisher:
Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department

The journal is registered by the Federal Service for Supervision of Communications, Information Technology, and Mass Media on April 28, 2014
Registration number
ПИ № ФС 77-57984

Issue # 6 (40) 2020
of the «Moscow Medicine» journal
printed on December 11, 2020

Printed by IP Borzunov S.V.
Ord. 60 386
Circulation — 10 000 copies.
Distributed free of charge.

ISSN 2587 - 8670



Moscow Medicine

Chairman of the Editorial Board **Pechatnikov Leonid Mikhailovich**

Editorial Board

Andreeva Elena Evgenyevna, Head of the Office of the Federal Supervision Agency for Customer Protection and Human Welfare in the Moscow city, Chief State Sanitary Doctor in the Moscow city
Antsiferov Mikhail Borisovich, Chief External Expert in Endocrinology of the Moscow Healthcare Department

Arutyunov Grigoriy Pavlovich, Chief External Expert in Therapy of the Moscow Healthcare Department

Bogorodskaya Elena Mikhailovna, Chief External Expert in Phthysiology of the Moscow Healthcare Department

Bordin Dmitriy Stanislavovich, Chief External Expert in Gastroenterology of the Moscow Healthcare Department

Bryun Evgeniy Alekseevich, Chief External Expert in Psychiatry and Narcology of the Moscow Healthcare Department

Vasilyeva Elena Yurievna, Chief External Expert in Cardiology of the Moscow Healthcare Department

Dubrov Vadim Erikovich, Chief External Expert in Traumatology and Orthopedics of the Moscow Healthcare Department

Zayratyants Oleg Vladimirovich, Chief External Expert in Pathological Anatomy of the Moscow Healthcare Department

Zagrebneva Alena Igorevna, Chief External Expert in Rheumatology of the Moscow Healthcare Department

Zelensky Vladimir Anatolyevich, Director of Moscow City Compulsory Medical Insurance Fund

Kryukov Andrey Ivanovich, Chief External Expert in Otorhinolaryngology of the Moscow Healthcare Department

Kurynin Roman Victorovich, Acting Head of the Territorial office of the Federal Service for Surveillance in Healthcare in the Moscow City and the Moscow Region

Mazus Aleksey Izrailevich, Chief External Expert in Diagnostics Problems and Treatment of HIV Infection of the Moscow Healthcare Department

Manturova Natalya Evgenyevna, Chief External Expert in Plastic Surgery of the Moscow Healthcare Department

Nazarova Irina Aleksandrovna, Chairman of the Moscow City Council of Chief Doctors

Olenev Anton Sergeevich, Chief External Expert in Obstetrics and Gynecology of the Moscow Healthcare Department

Ordzhonikidze Zurab Givievich, Chief External Expert in Sports Medicine of the Moscow Healthcare Department

Osmanov Ismail Magomedtagirovich, Chief External Expert in Pediatrics and Pediatric Nephrology of the Moscow Healthcare Department

Potekaev Nikolay Nikolayevich, Chief External Expert in Dermatovenereology and Cosmetology of the Moscow Healthcare Department

Pushkar Dmitriy Yuryevich, Chief External Expert in Urology of the Moscow Healthcare Department

Khatkov Igor Evgenyevich, Chief External Expert in Oncology of the Moscow Healthcare Department

Khubutia Mogeli Shalvovich, Chief External Expert in Transplantology of the Moscow Healthcare Department

Shabunin Alexey Vasilyevich, Chief External Expert in Surgery and Endoscopy of the Moscow Healthcare Department

Shamalov Nikolay Anatolyevich, Chief External Expert in Neurology of the Moscow Healthcare Department

Editor-in-Chief: **Alexey Ivanovich Khripun**

Deputy Editor-in-Chief: **Elena Ivanovna Aksenova**

Science Editor: **Natalia Nikolaevna Kaminina**

Managing Editor: **Sergey Viktorovich Litvinenko**

Editor: **Alina Dmitrievna Kharaz**

Содержание

- 1** Обращение руководителя Департамента здравоохранения города Москвы Алексея Хрипуна

Детские клиники Москвы

- 6** Медицинская помощь детям в Москве

Экспертное мнение

- 8** **Исмаил Османов:** «Наши врачи и медсестры проявили высочайший профессионализм и даже героизм»
- 15** **Антон Оленев:** «Нашим пациентом становится сам будущий новорожденный»
- 20** **Эльмира Каширина:** «Медицинский работник должен быть на шаг, а может, и на два впереди»
- 24** **Дмитрий Панков:** «Требуется качественно иной уровень понимания задач, стоящих перед врачами при диспансеризации»
- 26** **Татьяна Батышева:** «Успешным врачом может стать лишь тот, кто по-настоящему открыт людям»
- 28** **Ольга Тиганова:** «Сегодня у нас нет детей, которые нуждаются в таргетной терапии и не получают ее»
- 31** **Марина Бебчук:** «Проблемы, с которыми сталкивается детская психиатрическая служба в Москве, универсальны для крупных городов»

Демография

- 34** **Е. С. Зайко, И. Ю. Ландышева**
Младенческая смертность в Москве



Московский стандарт

- 42** **Е. И. Аксенова, Н. Н. Камынина, Л. А. Мильникова, С. В. Литвиненко**
Исцеляющая среда — новый тренд в архитектуре московских клиник

Амбулаторная помощь

- 50** Московский стандарт медицинской помощи детям

Стационарная помощь

- 54** **Антонина Чубарова:** «Филатовская больница — лидер развития стационарзамещающих технологий»
- 57** **Елена Брагина:** «Контакт с вирусом в антенатальном периоде повышает риск реализации у новорожденных внутриутробных инфекций»
- 60** **Андрей Шкода:** «Современный перинатальный центр в составе крупной многопрофильной клиники — это будущее медицины»
- 64** **Наталья Печатникова:** «Наш центр работает по принципу “одного окна”»

Профессиональное образование

- 66** **Юрий Логвинов:** «Симуляционные технологии: обучение без риска»

Мероприятия

- 70** Московская педиатрия — 2020 в событиях

Форум

- 73** Избранные тезисы VI съезда педиатров Москвы «“Трудный диагноз” в педиатрии»



Contents

- 1 Address from Aleksey Khrypun, Head of Moscow Healthcare Department

Moscow Children's Clinics

- 6 Pediatric Medical Care in Moscow

Expert Opinion

- 8 **Ismail Osmanov:** "Our Doctors and Nurses Have Shown the Highest Level of Professionalism and Actually Heroism"
- 15 **Anton Olenev:** "A Future Newborn Becomes Our Patient"
- 20 **Elmira Kashirina:** "A medical Worker Has to Be One, or May Be Even Two Steps Ahead"
- 24 **Dmitry Pankov:** "We Have to Reach a Different Level of Understanding of a Check-Up Routine Tasks"

- 26 **Tatyana Batysheva:** "Only the One with an Open Heart May Become a Successful Doctor"
- 28 **Olga Tiganova:** "Not a Child in Need of a Targeted Therapy Has Been Left without It"
- 31 **Marina Bebchuk:** "Moscow Child Psychiatric Services' Issues are Common for Metropolises"

Demographics

- 34 **Y. S. Zayko, I. Y. Landysheva**
Infant Mortality in Moscow

Moscow standard

- 42 **Y. I. Aksenova, N. N. Kamynina, L. A. Mylnikova, S. V. Litvinenko**
Healing Environment as a New Trend in Architecture for Moscow Clinics

Outpatient Care

- 50 The Moscow Standard of Child Health Care

Hospital Care

- 54 **Antonina Chubarova:** "Filatov Hospital is a Leader in Outpatient Hospital Services"
- 57 **Yelena Bragina:** "Contacting a Virus at Antenatal Period Increases the Risk of Infections in Newborns"
- 60 **Andrey Shkoda:** "A Modern Perinatal Center within a Large General Hospital is the Future of Medicine"
- 64 **Natalya Pechatnikova:** "Our Center Work is Based on a "One-Stop Service" Principle"

Professional Education

- 66 **Yuriy Logvinov:** "Medical Simulation Technology: a No-Risk Education"

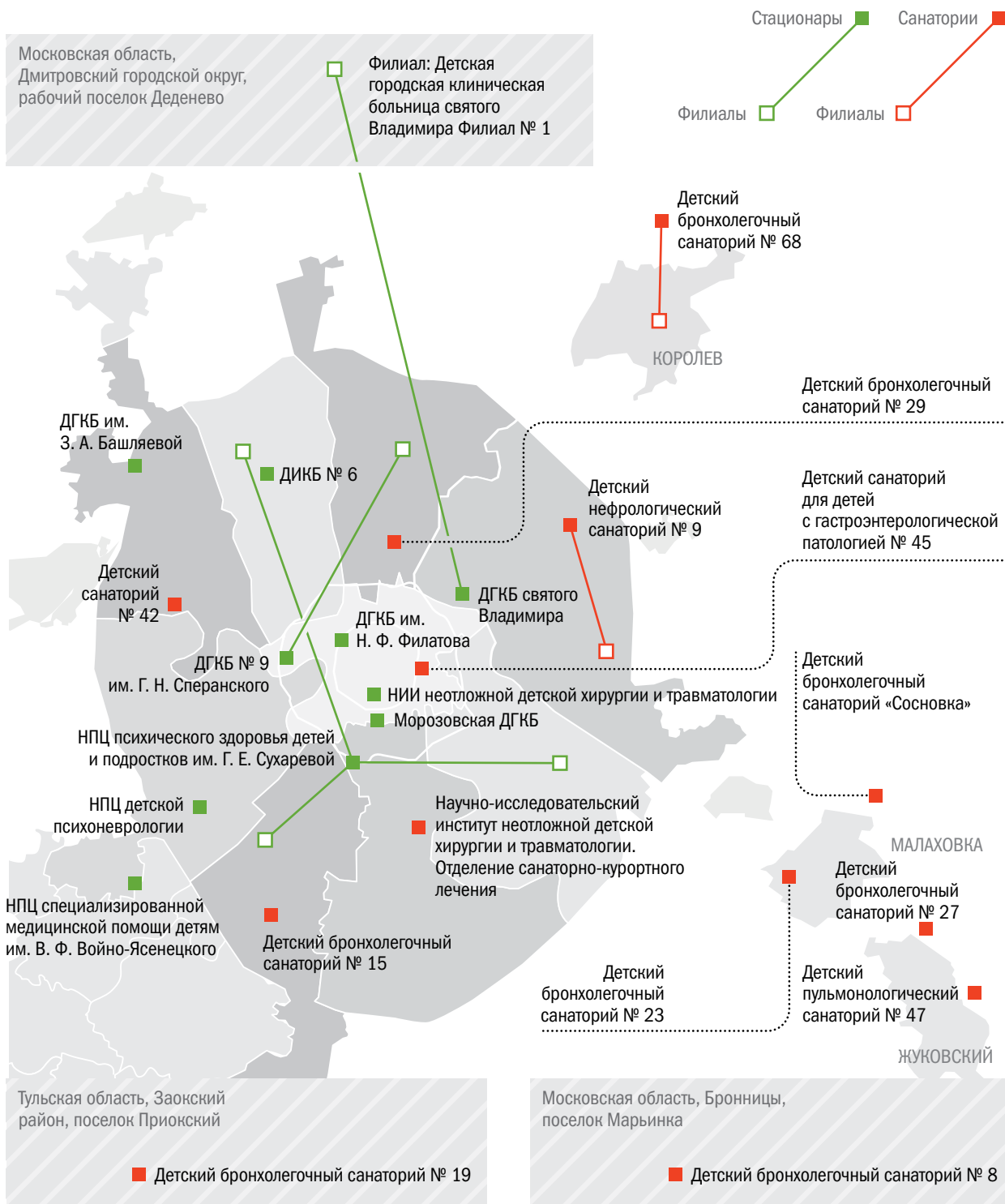
Events

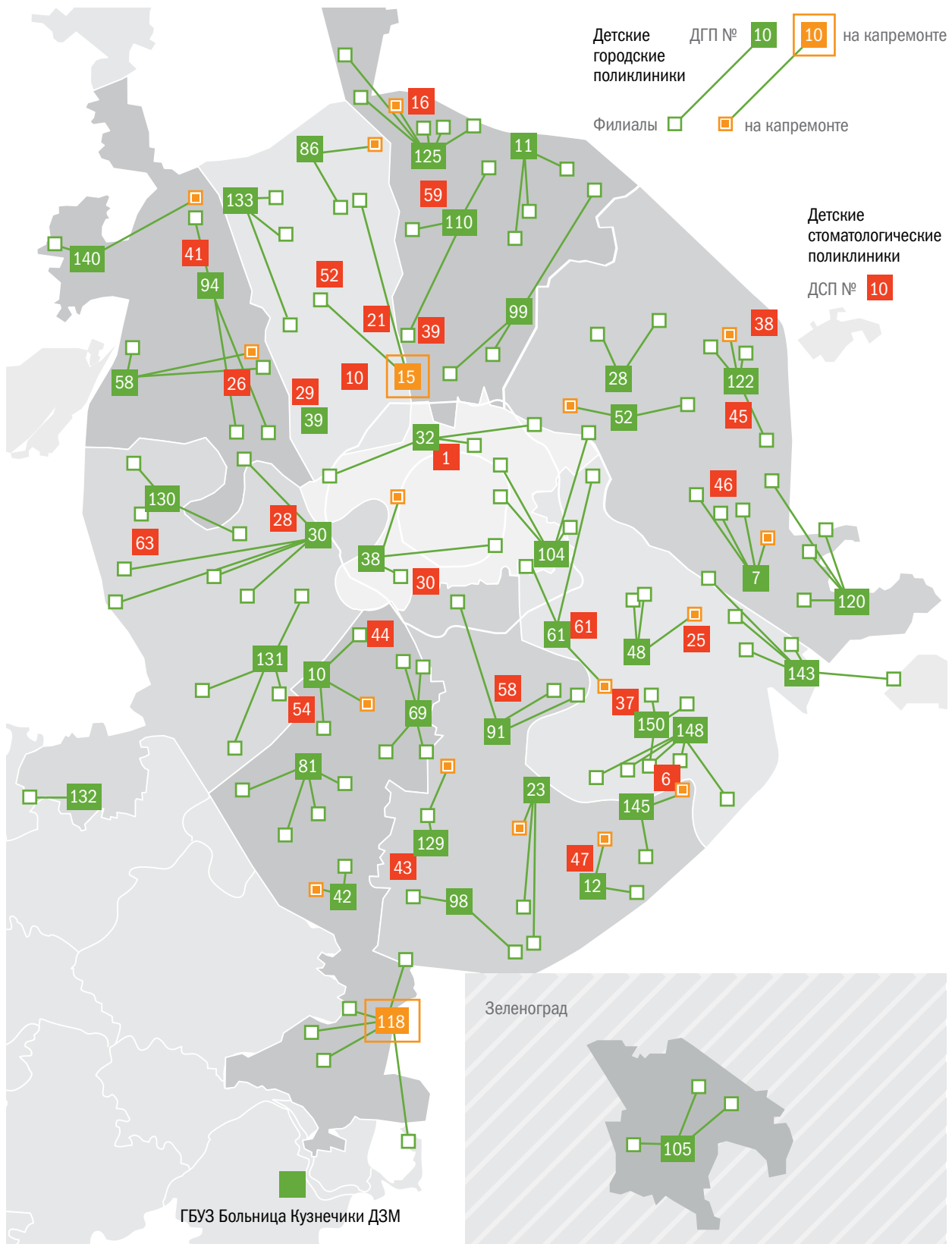
- 70 Pediatrics in Moscow — 2020. Main Events

Forum

- 73 The VI Congress of Moscow Pediatricians "Difficult Diagnosis" in Pediatrics". Chosen abstracts

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ В МОСКВЕ





Исмаил Османов: «Наши врачи и медсестры проявили высочайший профес- сионализм и даже героизм»



Главный педиатр города профессор Исмаил Османов подводит итоги непростого 2020 года, рассказывает об опыте, накопленном за время пандемии, об успехах московских врачей и уровне московской педиатрии.

*Интервью: Алина Хараз
Фото: Александр Плющин, Shutterstock*

Исмаил Османов, профессор, доктор медицинских наук, Заслуженный врач России, Заслуженный врач Москвы, главный внештатный специалист по педиатрии и детской нефрологии ДЗМ, главный врач ГБУЗ «Детская клиническая больница им. З. А. Бахляевой ДЗМ», директор Университетской клиники педиатрии ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н. И. Пирогова МЗ РФ, профессор кафедры госпитальной педиатрии № 1 ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н. И. Пирогова МЗ РФ, почетный профессор Университета Баффало (штат Нью-Йорк, США)

— Как московская педиатрия адаптировалась к пандемии? Что изменилось сегодня по сравнению с первой волной?

— В Москве мы были готовы к принятию первого пациента задолго до его появления. Департаментом здравоохранения были проведены беспрецедентные мероприятия по адаптации городских больниц к новым условиям: дополнительное оснащение оборудованием, переустройство помещений, обеспечение средствами индивидуальной защиты, образование и дополнительная подготовка кадров. В инфекционном корпусе нашей больницы все палаты были оснащены кислородом,

организованы дополнительные реанимационные койки с оснащением необходимым оборудованием, в том числе в отделении неонатологии на случай поступления новорожденных от мам с коронавирусной инфекцией и контактных. Была выстроена четкая маршрутизация таких пациентов. Первый пациент у нас появился 9 марта. А в общей сложности со времени начала пандемии в Москве 45 000 детей были инфицированы, включая бессимптомных носителей. Более 2500 из этих детей нуждались в стационарной помощи — с тяжелым и среднетяжелым течением болезни. Даже у маленьких детей мы наблюдали поражение легких как у взрослых, до КТ-4. В основном это касалось детей с отягощенным преморбидным фоном. Причем среди переболевших детей две трети — подростки.

— Кто из детей в группе риска? На что важно обращать внимание участковым педиатрам и родителям?

— В группе риска — дети с ожирением, часто болеющие дети, дети с хронической прогрессирующей патологией, особенно при которой необходим прием иммуносупрессивных препаратов. И у подростков заболевание может протекать по взрослому типу. Другая особенность:



через 3-4 недели у детей, перенесших коронавирусную инфекцию, может развиваться осложнение в виде мультисистемного воспалительного синдрома. Впервые информацию об этом синдроме опубликовали исследователи из Великобритании. Этот синдром напоминает синдром Кавасаки и может сопровождаться поражением сердца и сосудов, желудочно-кишечного тракта, нервной и иммунной систем, системы свертывания крови, кожными проявлениями. На сегодняшний день в Москве зарегистрировано 123 таких ребенка, а всего детей, у которых заболевание протекало в тяжелой и крайне тяжелой форме, в Москве было более 200. На сегодняшний день, к счастью, у нас не было ни одного летального исхода. Во вторую волну мы имеем вдвое меньшую заболеваемость детей, и в этом большая заслуга мероприятий московского правительства, Департамента здравоохранения города Москвы и Роспотребнадзора. Меры направлены на раннее выявление инфекции, разобщение детей, своевременную профилактику и лечение. Однозначно большую роль сыграл переход на дистанционное

возможны необратимые изменения в сердце, сосудах, почках и т. д. Лечение включает антикоагулянты, антицитокиновые препараты, гормонотерапию, применение иммуноглобулинов, терапию, направленную на восстановление поврежденных функций тех или иных органов, — синдромальную терапию. Все дети, перенесшие коронавирусную инфекцию, независимо от тяжести заболевания, находятся в поле зрения докторов не менее трех месяцев, именно для того чтобы не пропустить развития этого мультисистемного воспалительного синдрома, а также других осложнений.

— Как он выявляется?

— Через 2-3 недели после перенесенной инфекции (включая бессимптомную форму) у ребенка может подняться температура. Родители полагают, что он просто опять заболел. А могут даже не знать, что ребенок переболел COVID-19, начинают сбивать температуру, лечиться домашними способами. Мы держим в поле зрения всех переболевших детей и максимально информируем

НЕЗАВИСИМО ОТ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ И ДАЖЕ У ПЕРЕБОЛЕВШИХ БЕССИМПТОМНО МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ОСЛОЖНЕНИЕ: МУЛЬТИСИСТЕМНЫЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ СИНДРОМ

обучение, может быть не очень популярный среди части москвичей. Но эта мера вынужденная и временная, направленная исключительно на сохранение и укрепление здоровья детей. После ее введения мы увидели выраженную положительную тенденцию, чего не скажешь о заболеваемости взрослого контингента. Результат: вдвое меньше детей поступает сейчас в стационары. Но мы не расслабляемся. Поскольку независимо от тяжести течения и даже у бессимптомных носителей может развиваться осложнение, о котором я рассказывал. И кроме того, коронавирусная инфекция, как и герпесвирусная, стрептококковая, грибковая и другие возбудители, может стать триггерным фактором для развития серьезных заболеваний — нефрологических, иммунных и других.

— Как поддается коррекции этот мультисистемный синдром? Какие могут быть отдаленные последствия?

— Действительно, если своевременно не начать адекватное лечение, могут быть серьезные осложнения вплоть до жизнеугрожающих со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной систем. В отдаленной перспективе

родителей о ситуации, чтобы вызвать необходимую настороженность.

— Эта сложная и во многом трагическая история придала еще значительный импульс развитию всей системы медицинской помощи, профессионального сообщества...

— Да, у нас на сегодняшний день накоплен богатейший опыт. Буквально ежедневно проходят научно-практические и образовательные мероприятия в рамках конференций, консилиумов, докладываются интересные случаи. Все педиатры города прошли обучение по лечению COVID-19 у детей. Мы регулярно проводим телемедицинские консультации, в том числе с регионами. И наш опыт, и постоянное изучение опыта зарубежных коллег позволяют нам чувствовать себя уверенно и успешно лечить детей от коронавирусной инфекции. Мы недавно провели VI Съезд педиатров Москвы, на котором присутствовали онлайн больше 5000 человек, и около половины тем были связаны с респираторными инфекциями и коронавирусом у детей — очень живая, злободневная

сложилась программа. Вообще коронавирусная инфекция проявила именно человеческие качества наших врачей и медицинских сестер. У нас не было ни одного врача и ни одной медицинской сестры, которые отказались бы работать в «красной зоне» или были бы чем-то недовольны. Все выходили и работали сколько надо и когда надо, как в едином порыве. Когда бросили клич, нужны были люди для работы в ковидных госпиталях (для взрослых), у нас желающих оказалось больше, чем требовалось. Я считаю, что наши врачи и медсестры проявили высочайший профессионализм и даже героизм.

— **Плановая помощь были приостановлена в связи с пандемией?**

— Экстренная медицинская помощь детям, плановая помощь, направленная на предупреждение прогресси-

как амбулаторно-поликлинической (на уровне клиничко-диагностического центра), так и непосредственно в условиях стационара.

— **Как это работает на практике?**

— Допустим, мама жалуется педиатру, что у ребенка участилось мочеиспускание, запах и помутнение мочи, боли в животе. Педиатр направляет ребенка на второй уровень — к нефрологу поликлиники. Нефролог смотрит ребенка, проводит УЗИ, лабораторные анализы,

С помощью волонтеров в Детской городской клинической больнице имени З. А. Башляевой для пациентов организован книжный клуб.

ИСПОЛЬЗОВАНЫ ФОТО ИЗ АРХИВА



рования тех или иных заболеваний, оказывалась в полном объеме. Плановую помощь, которую можно было отложить, мы отодвинули, отталкиваясь от интересов ребенка и объективной ситуации. Например, удаление аденоидов в таких эпидемиологических условиях само по себе не очень уместно.

— **В нацпроекте «Здравоохранение» стоит задача создания современной инфраструктуры оказания помощи детям — что подразумевается?**

— На сегодняшний день в московском здравоохранении выстроена и реализуется с очень высокой степенью эффективности трехуровневая система оказания медицинской помощи детям. Она предполагает оказание медицинской помощи первого и второго уровня в амбулаторном центре и третий уровень — стационары. Причем на третьем уровне помощь может быть

при необходимости рентгенологическое исследование, ставит диагноз и назначает лечение. Если же у нефролога возникают сомнения, сложности или ребенок нуждается в стационарном лечении, например, отмечается интоксикация, требуется дополнительная дифференциальная диагностика, врач связывается с нефрологом медицинской организации третьего уровня. На третьем уровне врачи при необходимости корректируют амбулаторное лечение либо направляют ребенка в стационар. И эта система подразумевает также обратное взаимодействие и преемственность. То есть после лечения в стационаре ребенка выписывают домой под наблюдение детского нефролога поликлиники, который контролирует лечение и мониторинг состояния здоровья ребенка как по общеклиническим, так и по лабораторным показателям. Теперь у нас не бывает направлений в больницу «на обследование», как было когда-то, потому что практически все



обследования можно провести на втором, амбулаторном уровне. В больницу ребенок направляется исключительно при сложных, тяжелых случаях для хирургического лечения, а также, безусловно, при экстренных ситуациях. В момент поступления в больницу все необходимые исследования для постановки диагноза проводятся в приемном отделении круглосуточно. Это серьезно улучшает качество оказания медицинской помощи, а также сокращает среднюю длительность

добавить то, что мы научились не хуже (а во многих случаях даже лучше) зарубежных коллег выхаживать, спасать и возвращать детей с экстремально низкой массой тела — меньше 1000 г. И такой ребенок до трех лет находится под тщательным наблюдением специалистов стационара третьего уровня и уже потом «передается» в амбулаторную сеть. Такой подход позволил не только спасти многие жизни, но и снизить число инвалидизаций, улучшить качество жизни.

ТЕПЕРЬ У НАС НЕ БЫВАЕТ НАПРАВЛЕНИЙ В БОЛЬНИЦУ «НА ОБСЛЕДОВАНИЕ», КАК БЫЛО КОГДА-ТО, ПОТОМУ ЧТО ПРАКТИЧЕСКИ ВСЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ МОЖНО ПРОВЕСТИ НА ВТОРОМ, АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ



пребывания пациента в стационаре. Она сегодня сократилась более чем в 3 раза и составляет в среднем менее 4 койко-дней.

— Как соотносится такая трехуровневая система в педиатрии с мировым опытом?

— На сегодняшний день она уникальна в рамках мировой практики. Мне довелось работать и стажироваться и в европейских, и в американских клиниках, нигде такой системы и преемственности нет. И зарубежные коллеги бывают приятно удивлены нашим подходом, нашими масштабами, нашей материально-технической оснащенностью. Все передовые мировые технологии оказания медицинской помощи детям сегодня доступны в московском здравоохранении. Безусловно, мы развиваем технологии параллельно с непрерывным совершенствованием нашего профессионального уровня. К другим достижениям в педиатрии необходимо

▲ Пациентоориентированность в детской больнице выглядит именно так.

— Как в целом изменилась работа московского педиатра за последние годы?

— Кардинально и в лучшую сторону, как в профессиональном плане, так и в плане улучшения качества и доступности медицинской помощи. Сегодня у московских педиатров неограниченные возможности в повышении квалификации и расширении компетенций. Несмотря на пандемию, у нас ежедневно проходят обучающие мероприятия в онлайн-режиме. Цель — повысить клинический уровень как стационарных, так и амбулаторных врачей, укрепить преемственность между ними. И совершенно уверенно можно утверждать, что сегодня уровень наших педиатров существенно выше, чем был

еще несколько лет назад, с учетом новых возможностей, новых требований, новых знаний. Доктора более мотивированы, и, безусловно, идет ориентация на пациента. Главная ценность для нас — здоровье ребенка. Принимая экзамены на получение статуса «Московский врач», мы наблюдаем, что с каждым разом все более мотивированные, более профессионально подготовленные приходят доктора, которые имеют хороший клинический опыт, и особенно приятно, что среди них амбулаторные доктора и педиатры скорой медицинской помощи. Благодаря их квалификации мы не перегружаем стационары необоснованными госпитализациями.

— На ваш взгляд, требуются ли какие-либо изменения в подготовке педиатров начиная со студенческой скамьи?



— Да, считаю, что процесс подготовки педиатров нуждается в непрерывном совершенствовании, и эти изменения происходят. В этом большую роль сыграло политическое решение Правительства Москвы о создании университетских клиник на базе крупных многопрофильных стационаров. Это я могу оценить уже как директор Университетской клиники педиатрии РНИМУ имени Н. И. Пирогова. На базе нашей больницы работает весь педиатрический факультет Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования и пять кафедр РНИМУ имени Н. И. Пирогова. Теперь большинство профессорско-преподавательского состава является сотрудниками больницы, а многие доктора, заведующие отделениями являются по совместительству и сотрудниками университетских клиник. Это двусторонний процесс, взаимообмен, взаимообогащение, что, безусловно, способствует повышению качества медицинской помощи. Другое важное обстоятельство,

которое серьезно повышает качество медицинского образования, — это решение Правительства Москвы о создании медицинских классов в школах города. В рамках данного проекта наша больница курирует 8 школ уже более пяти лет. У меня нет сомнений, что ранняя профессиональная ориентация, раннее погружение в профессию будет способствовать получению на выходе высокомотивированных, высокопрофессиональных специалистов. Дети, которые учатся в медицинском классе, проходят практику в больнице, узнают, как она устроена, осваивают основные навыки по уходу за деть-

Хорошо, что лечение в больнице может сопровождаться такой «художественной реабилитацией», это помогает ускорить выздоровление. ИСПОЛЬЗОВАНЫ ФОТО ИЗ АРХИВА



ми. При этом они не просто видят, но и пропитываются духом медицины и уже на этом этапе могут оценить свой выбор, понять — это их или нет. Большинство из них решают после окончания школы поступать на педиатрический факультет медицинских вузов. Мы проанализировали: среди наших медицинских классов минимальный процент детей, поступивших в медицинские институты, составил 90. Чаще — 95–98 %. И теперь наши бывшие школьники уже начали приходить к нам на практику в качестве студентов, а затем мы их ждем в ординатуре, а затем в своих рядах. Вообще на педиатра учиться гораздо сложнее, потому что он обязан владеть всеми фундаментальными медицинскими знаниями и плюс знать особенности анатомии и физиологии детского организма, а также особенности клинического течения и лечения заболеваний у детей, в том числе новорожденных и недоношенных. Ведь большинство взрослых болезней берут начало из детства. Хороший

педиатр — друг семьи. Знаете, как приятно, когда встречаешь педиатров, которые по 30 лет отработали на участке и взрастили уже не одно поколение детей! Эта работа становится образом жизни.

— **Поделитесь, пожалуйста, достижениями и разработками вашей клиники.**

— У нас очень широкий спектр и научно-практических разработок. Это и методы выхаживания и лечения недоношенных детей, и лечение детей с воспалительными заболеваниями кишечника, и введение мировых протоколов в лечение детей с хроническими заболеваниями почек, с первичной легочной гипертензией (таких детей всего 45 в Москве), консервативное лечение детей с гемангиомами, атопическим дерматитом, новые технологии в лечении детей, больных сахарным диабетом, — все

и с переломом и т. д. У нас четко разделены потоки пациентов. Во-вторых, когда мы имеем дело с детьми, очень важное значение имеет уход за ребенком и лечебное питание. В-третьих, у нас дети разного возраста, разного характера, — с этим тоже нужно уметь управляться. И в-четвертых, когда мы лечим детей, мы должны

Волонтерство, поддержка молодых специалистов, работа со школьниками, поддержка детей, попавших в трудную жизненную ситуацию, помощь коллегам в регионах, как телемедицинская, так и реальные выезды в регионы, — все это неполный перечень социальных проектов ДГКБ им. З. А. Башляевой.

В больнице выставлена коллекция проглоченных детьми предметов. В коллекции есть даже... фитнес-браслет.



ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА ПЕДИАТРА — НАЙТИ ПРАВИЛЬНЫЙ КОНТАКТ КАК С РЕБЕНКОМ, ТАК И С МАМОЙ

это совместные работы сотрудников университетской клиники и больницы.

— **Чем принципиально детский стационар отличается от взрослого?**

— Во-первых, учитывая более высокую частоту и распространение среди детей инфекционных заболеваний, в детском стационаре особо важное значение приобретает эпидемиологическая безопасность. Например, наше приемное отделение — это 30 изолированных боксов. Наверное, многие видели и знают, что за границей пациенты ожидают в общем зале вне зависимости от повода обращения в больницу — и с кашлем,

правильно и доступно доносить информацию не только до родителей, но и до ребенка. Профессиональная задача педиатра — найти правильный контакт как с ребенком, так и с мамой. И даже когда у нас ребенок лежит без мамы или кого-то из родных, мы не ждем, пока родители придут или дозвонятся, врачи, зав. отделением сами связываются с родителями через телефон ребенка и докладывают о ходе лечения. Это и есть пациентоориентированность.

— **Какие человеческие качества необходимы детскому врачу помимо профессиональных навыков и знаний?**

— Он в какой-то мере должен быть в душе ребенком, то есть уметь преобразиться и войти в его роль, общаться с ним на его уровне, пошутить, заинтересовать, одним словом, найти подход. И это не должно выглядеть шаблонно, формально, дети всегда улавливают неискренность и фальшь. Педиатр во время осмотра одновременно наблюдает, как ведет себя ребенок, общается с ним, задает некоторые вопросы маме, не акцентируя на этом внимание ребенка, и в это время в голове уже выстраивается предполагаемый диагноз. Очень важно популярно объяснить не только маме, но и ребенку, какие изменения

кардиохирургической помощи детям, трансплантация органов и тканей. Мы стоим на страже здоровья ребенка еще задолго до его рождения и передаем его, что называется, «из рук в руки»: женская консультация — родильный дом — амбулаторный центр (стационар). Главной задачей будущего развития педиатрии наряду с продолжением развития и внедрения новейших технологий является развитие профилактической направленности в педиатрии. Ведь мы с вами знаем, как важно прививать и формировать здоровый образ жизни еще с раннего возраста, детского сада, школы. Безусловно,

ХОРОШИЙ ПЕДИАТР – ДРУГ СЕМЬИ. ПРИЯТНО, КОГДА ВСТРЕЧАЕШЬ ПЕДИАТРОВ, КОТОРЫЕ ПО 30 ЛЕТ ОТРАБОТАЛИ И ВЗРАСТИЛИ УЖЕ НЕ ОДНО ПОКОЛЕНИЕ ДЕТЕЙ



происходят в его организме. Как и каждый врач, педиатр должен быть эрудированным и высокоответственным человеком, ведь он отвечает за здоровье ребенка — самого бесценного, что есть у человека.

— Каковы актуальные задачи московской педиатрической службы?

— Московская педиатрия — материально-техническое оснащение, профессиональный уровень медицинских работников, инфраструктура детских больниц, поликлиник — кардинально изменилась и сегодня соответствует всем мировым стандартам. Такого стремительного развития педиатрии не было ни в одной стране. Так, сегодня в московском здравоохранении доступны все современные технологии диагностики и лечение самых тяжелых заболеваний, проводятся уникальные операции, в том числе новорожденным недоношенным детям. Очень важным достижением является доступность



Лабораторные исследования проводятся непосредственно в приемном отделении в любое время суток, это позволяет сформировать назначения и приступить к лечению незамедлительно.

эффективность такой работы зависит не только от медицинских работников и медицинских учреждений. В этой работе важнейшую роль играет объединение усилий медиков, родителей, работников образования, культуры, общественных организаций, волонтеров и др. Именно в этом направлении мы активно продвигаемся вперед, и формированию здорового образа жизни уделяется огромное внимание со стороны Департамента здравоохранения города Москвы и Правительства Москвы. И здесь очень уместно еще раз напомнить, что многие болезни взрослых берут начало в детском возрасте и что болезнь легче предупредить, чем ее лечить. **ММ**

Антон Оленев: «Нашим пациентом становится сам будущий новорожденный»



Здоровье ребенка во многом определяется состоянием здоровья родителей. Забота о материнстве и детстве начинается с акушерско-гинекологической службы. О ее работе, текущих задачах и планах рассказывает главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии ДЗМ Антон Оленев.

Интервью: Алина Хараз

Фото: Shutterstock, архивные фото (Екатерина Козлова)

Антон Оленев, кандидат медицинских наук, главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии ДЗМ, заведующий филиалом «Перинатальный центр» ГБУЗ «Городская клиническая больница № 24 ДЗМ», доцент кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии медицинского института РУДН

— Какие изменения претерпела за последние годы служба акушерства и гинекологии в Москве? Что она представляет собой сегодня?

— Действительно, за последние годы произошло несколько значимых изменений в структуре помощи беременным и женщинам с гинекологическими заболеваниями. Во-первых, в 2014 году акушерские стационары были присоединены к большим многопрофильным больницам. Сегодня каждый родильный дом — структурное подразделение крупной больницы. И это позволяет ему пользоваться всеми возможностями крупного стационара. А в 2017 году в состав акушерских стационаров и родильных домов вошли женские консультации. Теперь весь путь женщины начиная с планирования

беременности, включая все обследования, а при необходимости — лечение, до рождения ребенка и послеродового периода происходит в составе одного большого объединения. Это позволяет получать помощь любых узких специалистов. И для пациенток с гинекологическими заболеваниями теперь доступны все возможности внутри этих больших объединений, что позволяет довольно быстро решать сложные диагностические задачи.

— Такие объединения — это мировой тренд?

— В разных странах организовано по-разному. Таким было решение именно московского правительства, обусловленное потребностью в расширении наших возможностей. До объединения каждая организация, бесспорно, работала эффективно, но изолированно, исключительно в рамках своего этапа, своего направления. Сложно вкуче оценивать результат работы, когда женская консультация напрямую не знает, например, исхода родов своей пациентки или их особенностей. А теперь все этапы помощи, все результаты ведения своих пациенток врачи женской консультации узнают на одной конференции. Это оптимизирует весь процесс и делает его более прозрачным.



— **О каких еще плюсах подобного объединения, с вашей точки зрения, можно говорить?**

— Здесь есть целый ряд положительных моментов. И один из них — ротация кадров. Гинеколог женской консультации может быть взаимозаменяемым с акушером-гинекологом роддома, гинекологического отделения стационара, в каждом объединении существует план ротации. Таким образом каждый врач, находясь в том или ином отделении определенное время, повышает квалификацию в рамках своей специальности, расширяет круг компетенций, продолжает непрерывное образование. А в конечном итоге выигрывают наши пациенты. Аналогичная история и у анестезиологов: из стационаров в соответствии с планом ротации они приходят работать в роддома, из роддомов — в стационары. Это тоже совершенствует их навыки. Потому что есть различия и особенности в работе.

— **Детское здоровье — фундамент будущего. А начинается оно со здоровья**



В этих кюветках живут недоношенные малыши, пока не «дорастут» до возможности отправиться домой.

матери. Каково в целом состояние здоровья женщин репродуктивного возраста в Москве? Какие можно проследить демографические особенности?

— В текущий момент в нашем городе женское население — больше 6 млн, и чуть более 3 млн женщин репродуктивного возраста. Однако, к сожалению, лишь 6–7 % беременных заранее планируют беременность и проводят так называемую прегравидарную подготовку. Это минимальные базовые исследования здоровья семейной пары, наподобие диспансеризации. Также важна санация хронических очагов инфекции, то есть обязательное посещение стоматолога, стабилизация состояния при наличии хронических заболеваний (гипертония, сахарный диабет), подбор адекватной

НА ФОНЕ СНИЖАЮЩЕГОСЯ КОЛИЧЕСТВА ПЕРВЫХ И ПОВТОРНЫХ РОДОВ МЫ ВИДИМ СТОЙКУЮ ТЕНДЕНЦИЮ К УВЕЛИЧЕНИЮ ЧИСЛА 3-Х, 4-Х, 5-Х И ДАЖЕ 6-Х РОДОВ



терапии при необходимости. На фоне такой подготовки и оптимального состояния здоровья наступление беременности и ее течение несет наименьшие риски. В то же время, как я уже сказал, более чем в 90 % случаев беременность наступает спонтанно. И с чем мы столкнулись — средний возраст первобеременной в Москве составляет 31 год. Это возраст вполне зрелый, когда начинают присоединяться уже хронические заболевания. Из этого следует, что возраст первородящих женщин увеличивается и беременность они стали переносить в целом тяжелее. Это общая тенденция, свойственная развитым странам: малодетность и поздний репродуктивный выбор. Однако в Москве наблюдается любопытная особенность: на фоне снижающегося количества первых и повторных родов мы видим стой-

программно-расчетный комплекс, который на основании данных лабораторных, ультразвуковых исследований, а также анамнеза женщины, позволяет рассчитать риск определенных осложнений, а самое важное — мы уже умеем и имеем возможность на риск этих осложнений повлиять, то есть снизить его. И это новейшее в мировой практике.

— Каким образом можно повлиять на эти риски?

— В частности, с помощью профилактического назначения тех или иных препаратов. Более тщательный контроль за теми или иными показателями в течение беременности позволяет нам вовремя диагностировать эти осложнения, а зачастую и предотвратить их. В результате, несмотря



SHUTTERSTOCK

кую тенденцию к увеличению числа 3-х, 4-х, 5-х и даже 6-х родов. То есть увеличивается доля семей, которые выбирают многодетность.

— А как увеличение возраста будущих мам отражается на детях?

— Итак, мы чаще всего имеем дело с незапланированной беременностью. Поскольку средний возраст постепенно увеличивается, все чаще мы сталкиваемся с развитием соматических заболеваний, которые осложняют беременность. При этом здоровье новорожденного начинается с этапа планирования беременности и ее ведения. Важным элементом стали пренатальные скрининговые исследования: в 11–14 недель, в 18–21 неделю. Тогда оцениваются основные параметры и показатели здоровья будущего новорожденного. Мы можем во время скрининга оценить риски развития осложнений беременности. Мы используем



В московских перинатальных центрах новорожденным доступна практически любая специализированная помощь.

на общемировую тенденцию, например, к росту числа преждевременных родов, нам удалось снизить этот показатель за счет предотвращения тяжелых форм преэклампсии с помощью профилактического применения аспирина. А если все же возникают какие-то проблемы, то нашим пациентом становится сам будущий новорожденный. Мы консультируемся с неонатологами и можем вести беременность вместе с ними в тандеме.

— Для максимального снижения рисков, о которых вы говорите, на что необходимо обратить особое внимание участковым врачам и самим будущим матерям?

Какие конкретные факторы риска можно выделить?

— Мы, к сожалению, все чаще наблюдаем нарушения углеводного обмена: из-за изменений в культуре питания и злоупотребления сладким как до, так и во время беременности мы видим все чаще развитие гестационного сахарного диабета. Уже более 10 % беременных сегодня имеют этот диагноз. Он влечет за собой не столько какую-то активную терапию с нашей стороны, сколько назначение в первую очередь диеты.

— Как это влияет на ребенка?

— Действительно, во многих развитых странах проведены наблюдения, подтверждающие, что дети от родителей с нарушениями метаболического обмена чаще реализуют диабет 1 типа...

— А как развивается в Москве репродуктология? Можно ли говорить о вкладе московской акушерской службы в реализацию нацпроекта «Демография»?

НА ОСНОВАНИИ ДАННЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ, УЛЬТРАЗВУКОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ, А ТАКЖЕ АНАМНЕЗА ЖЕНЩИНЫ **МЫ МОЖЕМ РАССЧИТАТЬ РИСК ОПРЕДЕЛЕННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ И ЗАТЕМ СНИЗИТЬ ЕГО**

— Думаю, да. В городе активно ведется программа ЭКО, в том числе по ОМС. Она действует с 2014 года, и ежегодно количество циклов, которые проводятся пациенткам, увеличивается, как и количество рожденных детей. На сегодняшний день в этом году проведено уже более 4000 циклов ЭКО, несмотря на пандемию. Проведение процедуры возможно и в текущем формате. Современные методики криопереноса — переноса предварительно замороженного эмбриона — позволяют повысить эффективность процедуры, и количество криопереносов у нас ежегодно увеличивается.

— Помимо криопереноса, о каких интересных новых технологиях в этой сфере вы могли бы рассказать?

— Например, генетическое обследование будущего ребенка еще на этапе эмбриона. Некоторые генетически обусловленные заболевания связаны с полом, и в этой ситуации возможен перенос эмбриона определенного пола, или же, что еще лучше, проводится полное кариотипирование перед проведением переноса

для определения хромосомного набора еще на этапе ЭКО. Таким образом исключаются многие генетические заболевания.

— Каковы позиции Москвы по проведению ЭКО на фоне других стран и городов?

— Наши приоритеты — во-первых, безопасность для женщины, не навредить, именно поэтому проводится очень тщательное предварительное обследование, и во-вторых, эффективность. Она определяется частотой наступления беременности после проведения процедуры. В Москве у нас сформировалась здоровая конкуренция в этой сфере. Потому что в программе ЭКО по ОМС участвуют коммерческие центры, федеральные учреждения, организации, подведомственные ДЗМ. Таким образом, наши пациенты сами выбирают клинику, которая наиболее эффективна, что заставляет развиваться, делать услуги более доступными и качественными. И мы на высоких позициях конкурируем с коммерческими и федеральными клиниками.

— Насколько у нас развита фетальная хирургия и подобные вмешательства?

— Наша задача — на этапе беременности выявлять ту или иную проблему, тот или иной порок и объяснять родителям, какие есть риски и возможности лечения. Наиболее часто встречающийся вид фетальной хирургии — лечение однойяцевых двоен, коагуляция анастомозов в плаценте. В Москве функционирует перинатальный консилиум, который включает всех необходимых специалистов. И он позволил нам по целому ряду беременностей, заболеваний у новорожденных изменить тактику ведения. Как только выявляется на этапе беременности та или иная проблема, мы можем рассказать о прогнозе и провести коррекцию до или после родов.

— Генетическая диагностика проводится всем беременным?

— Пренатальный скрининг проводится всем беременным. У нас реализован уникальный проект по неинвазивному пренатальному тестированию.



Москвички, которые состоят на учете в женских консультациях и отнесены в группу высокого риска по развитию порока или хромосомной аномалии, проходят инвазивную диагностику: это генетическое исследование непосредственно плодного материала. А если женщина в так называемой серонегативной зоне, то есть выше по риску, чем среднестатистическая, но при этом не требуется проведение инвазивной диагностики, то возможно выделить клетки плода в венозной крови матери и определить не только его полный хромосомный набор, но и наличие тех или иных редких заболеваний. После введения этого тестирования, действительно, частота рождения детей с недиагностированными пороками дополнительно снизилась.

— Что в ближайших планах развития службы?

— Открытие нового кардиологического перинатального центра при ГКБ № 67, где будет оказываться необходимая специализированная помощь не только маме во время беременности и родов, но и ребенку сразу после рождения, в том числе хирургическая. В планах — полная цифровизация женских консультаций и акушерских стационаров, которая облегчит вза-

Самое жизнеутверждающее направление медицины — акушерство. Мамам и малышам нужна не только медицинская помощь, но и человеческое тепло, забота.

ИСПОЛЬЗОВАНЫ ФОТО ИЗ АРХИВА



— Какова роль перинатальных центров в структуре службы города? Есть ли необходимость в превращении каждого роддома в перинатальный центр?

— В Москве не существует акушерских коек первого уровня, все наши роддома — второго уровня, третий уровень — перинатальные центры. У нас четкие федеральные нормативы по потребности в количестве коек в перинатальных центрах и соотношении их с учреждениями второго уровня. Перинатальных центров у нас 5, а всего акушерских стационаров — 21. Это полностью удовлетворяет потребностям города. Задача перинатальных центров — концентрация на себе наиболее сложных клинических случаев. Большинство таких стационаров имеет ту или иную специализацию, но в наибольшей степени задача перинатальных центров — ведение преждевременных родов.

имодействие, преемственность всех этапов. В работе единые алгоритмы ведения беременности, лечения возможных осложнений беременности — унификация подходов.

— Как отразилась пандемия на работе акушерско-гинекологической службы города?

— Беременные отнесены к группе высокого риска при заражении COVID-19. При этом почти 90 % беременных, заразившихся новым коронавирусом, получали лечение на дому, у большинства пациенток заболевание прошло в легкой и среднетяжелой формах. Мы максимально уменьшили количество посещений беременными женских консультаций, был внедрен целый ряд других организационных мер, которые обеспечили благополучие и мам, и детей. **ММ**

Эльмира Каширина: «Медицинский работник должен быть на шаг, а может, и на два впереди»



Бережливость и бережность — фундаментальные принципы, на которых строится современная инфраструктура медицинской помощи детям. Как это сегодня реализуется, рассказывает главный внештатный специалист по первичной медико-санитарной помощи детям Эльмира Каширина.

Интервью: Алина Хараз

Фото: ДГП № 110

Эльмира Каширина, главный внештатный специалист по первичной медико-санитарной помощи детскому населению ДЗМ, главный врач ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 110 ДЗМ»

— Эльмира Агасалимовна, в нацпроекте упоминается создание современной инфраструктуры для оказания медицинской помощи детям. Что это значит для первичного звена педиатрической службы города и как соотносится с сегодняшним развитием поликлиник или детских поликлинических отделений?

— К педиатрии в последние годы приковано пристальное внимание, и это не случайно. Демографическая ситуация неразрывно связана с рождением детей и приумножением их здоровья в течение жизни. Указом Президента Российской Федерации от 29.05.2017 № 240 ближайшие годы объявлены «Десятилетием детства». Для реализации поставленных Национальным

проектом и Указом Президента задач в части, касающейся создания современной инфраструктуры для оказания медицинской помощи детям, в Москве сделано немало.

Любая реализация масштабных проектов начинается с аналитики. Поэтому была собрана информация об имеющемся фонде помещений медицинского назначения, о техническом состоянии, оснащении оборудованием, мебелью и оргтехникой. Учитывая, что в последние годы вышло много нормативных документов, содержащих стандарты оснащения медицинских кабинетов разного профиля, требовалось дооснащение, что также было учтено при анализе полученной информации. Все данные были обработаны и пропущены через призму бережливых технологий. При планировании мероприятий по улучшению современной инфраструктуры для оказания медицинской помощи детям в Москве обязательно учитывалось мнение горожан. Жители города охотно пользуются медицинскими услугами, и у них есть определенные ожидания не только от самой медицинской помощи, но и от обстановки, которая сопровождает лечебный процесс. Для этого Правительство



Москвы проводит многочисленные опросы населения, самым масштабным из которых был краудсорсинг-проект на платформе «Активный гражданин». В итоге в капитальный ремонт вошли 135 зданий, из них 55 детских поликлиник и 7 учреждений, оказывающих помощь как взрослым, так и детям.

— Вы давно в профессии, как изменилась работа детского врача в поликлинике за последние годы?

— За последние два десятка лет очень изменился образ врача. Если раньше, чтобы считаться хорошим специалистом, достаточно было иметь профессиональные знания в своей области, то сейчас список требований к врачу расшился. Медики окружены

маленькие шаги по улучшению процессов способны превратиться в большой стабильный результат. Процессы повышения качества оказания первичной медико-санитарной помощи детям включают в себя и непрерывное повышение квалификации медицинского персонала, в том числе с применением дистанционных технологий, и создание условий комфортного пребывания детей и их родителей в поликлиниках, и сокращение времени ожидания приема, и применение разных форм записи к врачу, и использование внутри медицинских пространств доступной навигации — все это было учтено при формировании «Московского стандарта детской поликлиники». Не менее важно еще до посещения поликлиники давать необходимую доступную информацию пациентам



большим количеством приборов — медицинского оборудования и различных электронных устройств. Привычное рабочее место — это обязательно компьютер и другая оргтехника, что требует применения новых навыков. Сейчас врач должен общаться с компьютером как минимум на уровне «продвинутого пользователя». При этом медицинская наука развивается семимильными шагами, интернет-пространство заполнено современной научной литературой, которая доступна не только медикам, но и пациентам. В таких условиях медицинский работник должен быть на шаг, а может, и на два впереди.

— Как дальше будет развиваться детская амбулаторная служба в городе? Какие планы, перспективы?

— Развитие амбулаторной сети неразрывно связано с применением бережливых технологий. Ежедневные

▲ Практически любые диагностические исследования сегодня можно пройти в детской поликлинике по месту жительства. **ИСПОЛЬЗОВАНЫ ФОТО ИЗ АРХИВА**

и их законным представителям через интуитивно понятный интерфейс сайта, а также обучать операторов и администраторов умению вести телефонный разговор.

В мегаполисе особый ритм жизни, работа в условиях многозадачности может приводить к рассеиванию внимания и появлению ошибок, что недопустимо в медицине. Поэтому совершенно логично дальнейшее развитие в сторону информатизации и автоматизации процессов. Врачу необходима цифровая система поддержки принятия решений и аналитика по индикаторным показателям для работы с прикрепленным населением.

— Много ли обладателей статуса «Московский врач» среди амбулаторных специалистов педиатрической службы города?

— Наличие статуса «Московский врач» — это признание профессионализма и уважение окружающих. В Москве 147 специалистов детской сети имеют статус «Московский врач». В стационарах — 99 врачей, в детских поликлиниках — 43. Престижный статус стараются получить не только сотрудники учреждений, подведомственных Департаменту здравоохранения, но и специалисты федеральных и коммерческих клиник — в городе уже 5 таких обладателей статуса.

были организованы врачебно-сестринские бригады, сформировано новое подразделение, проведена специальная оценка условий труда на новых рабочих местах, оформлены дополнительные соглашения к трудовому договору. Также были перераспределены потоки пациентов с разной степенью инфекционной опасности

Даже не самые приятные процедуры врачи и медицинские сестры стараются выполнять так, чтобы максимально снизить дискомфорт, подбодрить ребенка. Формальное отношение к работе здесь невозможно.

ИСПОЛЬЗОВАНЫ ФОТО ИЗ АРХИВА



У ЖИТЕЛЕЙ ГОРОДА ЕСТЬ ОПРЕДЕЛЕННЫЕ ОЖИДАНИЯ НЕ ТОЛЬКО ОТ САМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, **НО И ОТ ОБСТАНОВКИ, КОТОРАЯ СОПРОВОЖДАЕТ ЛЕЧЕБНЫЙ ПРОЦЕСС**

— Как отразилась пандемия на работе детских поликлиник? Как в принципе справляется с ситуацией детская амбулаторная служба?

— Конечно, в этом году ситуация была особенной. Она потребовала полной перестройки сети для наиболее эффективного решения поставленной задачи — борьбы с распространением коронавирусной инфекции в городе. При этом нужно было максимально сократить вероятность заболевания самих медицинских работников, ведь они первыми контактировали и продолжают контактировать с опасной инфекцией. Для работы с больными и контактными в детских поликлиниках

с преимущественным оказанием медицинской помощи больным на дому.

Особое внимание уделено санитарным мероприятиям. Во всех медицинских учреждениях организован входной фильтр с обязательным проведением термометрии всем посетителям и контролем соблюдения масочно-перчаточного режима. Установлены санитайзеры с дезинфицирующими растворами для обработки рук. Сотрудники амбулаторно-поликлинической сети полностью обеспечены средствами индивидуальной защиты.

— Как вы относитесь к дистанционному обучению как детский врач? Можно



ли дать какие-то специфические рекомендации детям и родителям?

— Информатизация прочно вошла в нашу жизнь, и это случилось не вчера. Активное расширение интернет-пространства, развитие социальных сетей и появление смартфона у каждого человека, практически независимо от возраста, изменило нашу жизнь и жизнь наших потомков коренным образом. Еще до пандемии многие социологи говорили о погружении детей в виртуальное пространство. Сейчас дети с 6 по 11 класс учатся дистанционно. Учебный процесс организован таким образом, что уроки длятся 20–30 минут в зависимости от возраста ребенка. Далее обязательно идет время для само-

За 2–2,5 часа до сна рекомендуется полностью отказаться от гаджетов. Это время желательно использовать для прогулок на свежем воздухе. Следует уделить внимание упражнениям и любому виду физической активности. Многими исследованиями доказана связь между успеваемостью и умеренными физическими нагрузками. Дистанционное обучение позволяет всем членам семьи сохранить здоровье и обеспечить непрерывное образование. Главное — соблюдать необходимые рекомендации.

— Что самое трудное в вашей профессии и что самое радостное?



▲
Несмотря на внесенные пандемией коррективы, детские поликлиники должны оставаться местом, куда ребенок приходит с удовольствием.
ИСПОЛЬЗОВАНЫ ФОТО ИЗ АРХИВА

стоятельной работы и физических упражнений. Весной многие дети и родители не были подготовлены к резкому изменению привычного режима дня. У школьников существенно упала физическая активность, дети стали перекусывать вредными продуктами, которые находились в свободном доступе, и это привело к набору веса. Но сейчас, по нашим наблюдениям, и дети, и родители лучше адаптировались к ситуации, режим дня скорректировался, и подобные проблемы постепенно уходят.

Что посоветовать родителям. Необходима правильная техника для дистанционного обучения, это должен быть полноценный монитор компьютера или ноутбука. Смартфон однозначно не лучшее решение. Экран должен обладать возможностью регулировки яркости.

— Трудно видеть тяжело болеющих детей. Но организм ребенка устроен так, что все процессы направлены на рост и восстановление. На фоне грамотно проведенного лечения восстановление становится наиболее полным и быстрым. Когда ты видишь результат своей работы — возникает чувство глубокого удовлетворения.

— Какой он, идеальный детский врач?

— Я не люблю слово «идеальный». Возможно, нет ничего хуже чего-то «идеального», потому что оно выглядит искусственно. Каждый недостаток человека — это обратная сторона его достоинств. Врач в первую очередь должен быть порядочным, сопереживающим человеком, чувствовать боль и радость пациента. Безусловно, должен быть профессионалом в своем деле, убедительно говорить и обладать широким кругозором. Но самое главное, врач должен постоянно учиться новому и быть готовым адаптироваться к любым условиям, которые возникают в процессе работы. **ММ**

Дмитрий Панков: «Требуется качественно иной уровень понимания задач, стоящих перед врачами при диспансеризации»



Особенности школьной медицины, ее недооцененную значимость и направление развития проясняет главный внештатный специалист по гигиене здоровья детей и подростков ДЗМ, профессор Дмитрий Панков.

*Интервью: Алина Хараз
Фото: из личного архива спикера*

Дмитрий Панков, профессор, доктор медицинских наук, главный внештатный специалист по гигиене детей и подростков ДЗМ, заведующий кафедрой школьной педиатрии ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова» Минздрава России

— За последние десятилетия как никогда прежде изменился мир — как это отражается на здоровье детей, как расширилось понятие гигиены детей?

— На сегодняшний день перед гигиенистами очень остро стоит необходимость сформировать научно обоснованный подход к проблеме, посвященной степени влияния на здоровье и развитие детей и подростков разнообразных гаджетов. Императивная попытка ограничить общение детей с этими инструментами уже не отвечает современным вызовам. Внедрение компьютерных приборов идет столь стремительно, особенно в условиях дистанционного обучения, что приходится форсировать научные исследования в этой области.

— Что представляет собой школьная медицина в Москве? Каковы планы и перспективы ее развития?

— Возглавляемая мной кафедра педиатрии и школьной медицины РНИМУ имени Н. И. Пирогова — единственная в стране среди клинических учебных подразделений, специально созданная (по инициативе московского правительства) для обучения врачей-педиатров принципам сохранения здоровья детей и подростков школьного возраста. Эта работа имеет большую специфику! Она связана прежде всего с тем, что в образовательных учреждениях преобладают дети, относящиеся к так называемой второй группе здоровья, то есть имеющие различные недомогания, не классифицированные как заболевания. А наших врачей вузы готовят к работе преимущественно с третьей-пятой группами, к которым относятся люди с уже установленными диагнозами. Поэтому наш небольшой коллектив ведет активную научно-методическую работу по структурированию состояний, образующих эту, вторую, группу здоровья, разработке



лечебно-профилактических подходов к каждой из выделенных форм. Диагностика этих форм сложна, так как они малосимптомны. Мы ее разрабатываем, а затем обучаем врачей, которые проходят циклы повышения квалификации. Мы очень ценим поддержку руководства Департамента здравоохранения Москвы, особенно в текущих непростых условиях, но считаем, что наша деятельность должна иметь более мощную идеологическую и материальную основу в масштабах нашего колоссального мегаполиса. А что касается планов, у нас их много, так как работы в этой сфере непочатый край. И мы очень надеемся на реальную в этом помощь.

— Как изменилась система диспансеризации детей разного возраста?

— Эта система действительно меняется, с тем чтобы повысить уровень современной диагностики, в большей степени привлечь к ней родителей. И это хорошо. Но главная проблема: она по-прежнему нацелена на выявление детей, относящихся к третьей-пятой группам здоровья. Настало время нацелить ее на вторую группу. А для этого требуется качественно иной уровень понимания задач, стоящих перед врачами при диспансеризации, и обучение их новым диагностическим подходам, в том числе и на уровне простого пропедевтического осмотра. В большей степени, чем сейчас, профосмотр должен учитывать возрастную специфику. Например, медико-психологическое своеобразие подростков, когда за особенностями поведения врач может не разглядеть патологию либо, напротив, пойти по ложному пути гипердиагностики.

— Что самое важное сегодня, по вашему мнению, для того чтобы вырастить поколение здоровых взрослых?

— Чтобы вырастить поколение здоровых взрослых, необходимо обеспечить на этом направлении тесное взаимодействие медиков, психологов, педагогов и специалистов в социальной сфере. Другого пути нет. Во всех странах, где этот процесс идет с хорошими результатами, его обеспечивают именно таким образом. При этом все перечисленные специалисты должны быть профессионалами не только в своей отрасли, но и по части работы с соответствующей возрастной группой. Также необходимы протоколы взаимодействия между перечисленными специалистами. Иначе возникает эффект «лебеда, рака и щуки». Конечно, на реализацию такой программы нужны средства. Но экономия на ней сейчас в будущем может государству дорого стоить.

— Часто говорят, что здоровых детей к моменту окончания школы практически не бывает. Может быть, нужны изменения в системе образования?

— Да, нужны. Необходим переход от директивной системы обучения к диалоговой, способствующей лучшему осмыслению информации. Если в директивной системе педагог опрашивает учащегося, то в диалоговой — наоборот. Директивная система очень комфортна для педагога — он может всю жизнь преподавать по одному учебнику, выучив его наизусть, и пресекать любые неудобные для него вопросы учащихся. А учащиеся эта система напрягает, невротизирует, унижает, способствует обострению на этом фоне хронических заболеваний (многие из которых относятся к разряду психосоматических), провоцирует возникновение новых. Диалоговая система комфортна для учеников, так как инициатива переходит к ним. Кстати, в этом случае для педагога даже виднее, кто подготовился лучше, кто хуже. Но его квалификация должна быть значительно выше и как организатора учебного процесса, и как знатока своей дисциплины, включая все новое, что в ней происходит. Кстати, работать учителю в диалоговом режиме интереснее. Да и ученики к нему относятся со значительно большим уважением. Но у нас, видимо, таких специалистов в школе еще недостаточно.

— Из-за COVID-19 были приостановлены профилактические мероприятия, диспансеризация. Как можно будет наверстать упущенное?

— Наверстать упущенное можно, качественно модернизируя концепцию нашей деятельности. Подобные ситуации всегда были определенным вызовом медицинской среде, на который она находила достойный ответ. Московское медицинское сообщество обладает огромным интеллектуальным и административным потенциалом, и, я уверен, — он будет реализован на благо нашему населению.

— Как усилить профилактическую составляющую в работе педиатрической службы города?

— По сути, на этот вопрос я уже ответил выше. Но могу добавить, что необходимо уменьшить бюрократическую нагрузку на врача, увеличить время приема врачам педиатрического профиля, так как они чаще всего должны общаться не только с пациентом, но и с его родителями, и усилить педиатрическую службу штатными психологами, которые будут делать более комфортным контакт пациентов и медиков, что пойдет всем на благо. **ММ**

Татьяна Батышева: «Успешным врачом может стать лишь тот, кто по-настоящему открыт людям»



НПЦ детской психоневрологии — уникальное учреждение, аналогов ему нет не только в России, но и в мире. О современных подходах к лечению детей с психоневрологическими нарушениями рассказывает директор центра Татьяна Батышева.

*Интервью: Сергей Литвиненко
Фото: Екатерина Козлова*

Батышева Татьяна Тимофеевна, главный внештатный детский специалист невролог, главный внештатный детский специалист по медицинской реабилитации Минздрава России, директор ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения города Москвы», профессор, доктор медицинских наук

— Татьяна Тимофеевна, каковы ключевые направления деятельности центра?

— Можно выделить три основных направления работы. Первое — реабилитация детей первого года жизни. В этот период нейропластичность мозга наиболее выражена, поэтому именно в это время можно достигнуть максимальных результатов. И по этой же причине мы стремимся организовать как можно более раннюю диагностику и медицинскую помощь ребенку. То, что мы сможем сделать в первые дни, недели после рождения малыша, позже не смогут заменить годы работы. Второе — реабилитация с выходом на максимальную социальную адаптацию для детей с двигательными и ментальными нарушениями. В этой сложной комплексной работе важную роль играют психолого-педагогическая поддержка, адаптивный спорт, арт-терапия и многое

другое — мы обеспечиваем всестороннее развитие личности наших детей. Третье — это разработка новых форм организации реабилитационного процесса, сочетающих максимальную доступность, качество и безопасность для наших пациентов.

— Новый актуальный проект — платформа «Дневной стационар 2.0», разработанная совместно с НИИОЗММ ДЗМ — получил высокую оценку специалистов. В чем суть подхода, реализованного в проекте?

— Проект действительно отвечает новым реалиям, в которых мы все оказались в этом году. Обстоятельства сложились таким образом, что дистанционная помощь оказалась единственно возможной. А для реабилитации непрерывность процесса — это один из ключевых факторов успеха. Наш новый проект обеспечил такую возможность.

Для функционирования программы «Дневной стационар 2.0» была разработана специализированная цифровая медицинская платформа dp.nioz.ru, адаптированная для проведения дистанционных занятий и консультаций, оперативного взаимодействия мультидисциплинарной реабилитационной команды, пациента



и его семьи с учетом требований, предъявляемых к педиатрической практике.

Цифровая платформа позволяет организовать таргетную реабилитацию пациентов с использованием технологий дистанционных занятий и консультаций. Для работы с каждым ребенком создается реабилитационная команда, состоящая из медицинских и немедицинских специалистов. Руководителем группы является лечащий врач. Его задача — оценка клинического состояния здоровья ребенка перед началом проведения медицинской реабилитации, оценка (диагностика) исходного реабилитационного статуса с учетом заключений специалистов мультидисциплинарной реабилитационной команды, установление реабилитационного диагноза ребенку, формирование цели проведения реабилитационных мероприятий, индивидуального плана медицинской реабилитации, определение оптимальной продолжительности курса, оценка в динамике клинического состояния здоровья ребенка.

При этом важно, что применение программы рассматривается только для детей, прошедших очное консультирование в нашем центре. Особое значение этот проект приобретает в условиях невозможности оказания медицинской помощи пациентам в очном стационаре.

— Несколько лет на базе центра реализуется проект «Москва как стартовая площадка развития паралимпийского спорта», основанный и поддерживаемый мэром Москвы Сергеем Собяниным.

Для работы с каждым ребенком создается реабилитационная команда, состоящая из медицинских и немедицинских специалистов. Руководителем группы является лечащий врач.



Что интересного происходит в этой области?

— У нас работает уникальная спортивная лаборатория. В ней для каждого ребенка подбирается тот вид спорта, который ему подходит по физиологическим параметрам. Сегодня наши дети занимаются пара-каратэ, следж-хоккеем, футболом, армрестлингом, фехтованием, бадминтоном и другими видами спорта. И многие достигают невероятных результатов! Я очень горжусь нашими ребятами и уверена, что это далеко не предел и мы будем дальше развиваться, расти.

Многие регионы и страны хотят перенять наш опыт. И мы с радостью им делимся.

— Татьяна Тимофеевна, в чем секрет успеха в вашей работе?

— Успешным врачом может стать лишь тот, кто по-настоящему открыт людям. У нас работают именно такие специалисты. Я часто говорю, что наш центр — это не просто клиника, это дом, настоящая семья, где все друг друга искренне поддерживают. Мы стараемся дать все лучшее нашим детям и сделать для них все, что мы можем. Аналогов нашему центру не существует во всем мире. Так, наши врачи проводят высокотехнологичные операции для коррекции нарушений опорно-двигательного аппарата, возвращая детям возможность ходить. Нейрохирурги лечат тяжелые формы сколиоза (III и IV степени), применяя специальные гибкие конструкции, которые растут вместе с позвоночником на протяжении всей жизни малыша. Помимо стационара, у нас есть консультативно-диагностическое отделение, в котором родителям и детям можно получить консультации психологов, психиатров, неврологов, ортопедов и других специалистов.

Мы не стоим на месте и постоянно развиваемся для того, чтобы оказывать нашим маленьким пациентам помощь на самом высоком уровне. **ММ**



Ольга Тиганова: «Сегодня у нас нет детей, которые нуждаются в таргетной терапии и не получают ее»



О ключевых трендах детской онкологии и системе оказания медицинской помощи маленьким пациентам с онкологическими заболеваниями рассказывает главный внештатный детский специалист онколог ДЗМ Ольга Тиганова.

*Интервью: Сергей Литвиненко
Фото: Екатерина Козлова*

Ольга Тиганова, главный внештатный детский специалист онколог ДЗМ, врач-онколог отделения онкологии и гематологии ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ», доцент кафедры госпитальной педиатрии № 2 педиатрического факультета ФGAOU ВО РНИМУ им Н. И. Пирогова Минздрава России, к. м. н.

— **Ольга Александровна, на чем сегодня сконцентрировано внимание детских онкологов?**

— В педиатрической онкологии есть свои особенности. Основная доля злокачественных процессов у детей приходится на гемопоэтические и лимфопролиферативные опухоли: лейкозы и лимфомы (суммарно 45 %). За ними следуют опухоли центральной нервной системы (в среднем 16 %) и разнородная группа солидных злокачественных новообразований.

К сожалению, сегодня мы не можем предсказать развитие злокачественной опухоли у детей, кроме пациентов с наследственными заболеваниями, которые ранее установлены клиническими и генетическими исследованиями. В отличие от взрослой онкологии у нас нет заранее известных диагностических, генетических,

биохимических маркеров, которые позволили бы сказать: этот ребенок с высокой долей вероятности заболит тем-то. Но у детей существуют диспансерные группы. Для ребенка с некоторыми аномалиями развития есть угроза развития инфекционных заболеваний, и он должен диспансерно наблюдаться у педиатра и соответствующего специалиста. Если при такой ситуации вдруг развивается злокачественная опухоль, мы обнаруживаем ее очень быстро.

Основной тренд в терапии — таргетное медикаментозное воздействие на опухоль. Такого рода препараты позволяют воздействовать исключительно на опухоль, не затрагивая здоровые ткани. Проблема только в том, что почти все таргетные и иммунные препараты являются оригинальными и это существенно сказывается на их цене. Это общемировая проблема. Решение, предлагаемое ВОЗ, — производство дженериков.

— **Как организован доступ пациентов к оригинальным препаратам в Москве?**

— Все новые лекарственные препараты, доступные и зарегистрированные в стране, у нас есть, на бесплатной основе. Для детей, жителей Москвы, доступны препараты офф-лейбл по решению врачебной комиссии.



Это касается таргетной терапии, когда препарат влияет на определенную точечную мутацию в опухолевой клетке. Сегодня у нас нет детей, которые нуждаются в таргетной терапии и не получают ее.

— **Что представляет собой городская инфраструктура онкологической помощи детям сегодня?**

— В структуре московского здравоохранения существуют две многопрофильные клиники, в которых активно работают специализированные онкологические и онкогематологические отделения с многолетним опытом: Морозовская ДГКБ и НПЦ специализированной медицинской помощи детям им. В. Ф. Войно-Ясенецкого. Суммарный коечный фонд сегодня составляет 263 койки, что удовлетворяет потребности города. При этом московские дети могут проходить лечение и наблюдаться в специализированных федеральных центрах.

Важное новшество в организации помощи нашим пациентам — создание на базе Морозовской ДГКБ детского Центра амбулаторной онкологической помощи.



Суммарный коечный фонд сегодня составляет 263 койки, что удовлетворяет потребности города.

Это новая возможность для улучшения организации детской онкологической службы города. Это и полный набор необходимых диагностических инструментов на базе многопрофильной клиники, и решение задачи преемственности в ведении пациента, диспансерного наблюдения. Кроме того, наличие амбулаторного звена в структуре отделения упрощает контроль назначений и выдачи лекарственных препаратов.

— **Много говорят об онконастороженности врачей первичного звена. На какие симптомы педиатру надо обращать особое внимание?**

— Очень часто у наших детей нет специфических симптомов — выявляется только злокачественное образование, нередко уже огромное. Лейкозы, основная

ВАЖНОЕ НОВШЕСТВО В ОРГАНИЗАЦИИ ПОМОЩИ НАШИМ ПАЦИЕНТАМ — СОЗДАНИЕ НА БАЗЕ МОРОЗОВСКОЙ ДГКБ **ДЕТСКОГО ЦЕНТРА АМБУЛАТОРНОЙ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

группа онкологических заболеваний у детей, вообще никак специфически не проявляются: слабость, симптомы интоксикации, часто болеет, боли различной локализации — ничего такого, чтобы сразу подумать о развитии злокачественного новообразования.

— **Как можно выйти из этой ситуации?**

— Во-первых, у врача должна быть очень четкая клиническая картина: составляя эпикриз, мы всегда складываем пазл в 3D. Если передо мной больная с респираторной инфекцией, но есть какие-то симптомы, которые не должны сопровождать это состояние, например, избыточный болевой симптом без формирования морфологического субстрата (к примеру, сустав не увеличен, артрита нет, но очень сильно болит), это

анамнез и клинический анализ крови как раз и должны сложиться в тот самый пазл.

По детской онконастороженности у нас есть прекрасные методические рекомендации, очень ясные и структурированные, составленные кафедрой детской онкологии РМАПО. Монография была составлена таким образом, чтобы врач-педиатр обратил внимание на основные симптомы и задумался.

— **Какие перспективные направления развиваются сейчас у вас в центре, какие ведутся исследования?**

— С 2018 года в клинике активно работает отделение трансплантации костного мозга, внедряются новые технологии клеточной терапии. Департамент здравоохранения



должно насторожить. Во-вторых, педиатр должен сам очень внимательно осмотреть ребенка. С чем бы ни пришел ребенок, врач должен осмотреть его полностью. Педиатр должен уметь переключаться с заикленности на обычной клинической ситуации, даже если она составляет 90 % приема. У педиатра три столпа: полный анамнез, полноценный осмотр и реакция на все жалобы ребенка и его родителей. Ребенок просто так жаловаться не будет. И если врач скептически к этому относится, он должен полностью отдавать себе отчет в том, что ничего не пропускает и это действительно какая-то эмоциональная или психосоматическая реакция. У нас есть достаточно простые и информативные инструменты: клинический анализ крови и другие лабораторные исследования. Все показатели должны быть в пределах нормы. И на любое, даже минимальное, отклонение доктор должен реагировать. Но анализы не должны рассматриваться отдельно от ребенка. Впечатления от осмотра,



С 2018 года в клинике активно работает отделение трансплантации костного мозга, внедряются новые технологии клеточной терапии.

ранения и мэрия одобрили совместный с НПЦ специализированной медицинской помощи детям им. В. Ф. Войно-Ясенецкого грант, который позволит работать с новыми для города технологиями.

В Морозовской ДГКБ активно развивается генетическая лаборатория — терапия наших больных во многом зависит от этих исследований, они сделают лечение более эффективным. Нам очень важно максимально приблизить к повседневной практике научные достижения и возможности. Генетическая лаборатория — наша большая мечта. Мне кажется очень важным вовлекать врачей в научную работу — творчество и профессиональное развитие необходимы любому специалисту. ММ

Марина Бебчук: «Проблемы, с которыми сталкивается детская психиатрическая служба в Москве, универсальны для крупных городов»



О месте НПЦ психического здоровья детей и подростков им. Г. Е. Сухаревой в системе оказания медицинской психиатрической помощи детям и подросткам в Москве рассказала директор центра Марина Бебчук.

Интервью: Сергей Литвиненко

Фото: Екатерина Козлова, сайт ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г. Е. Сухаревой ДЗМ»

Бебчук Марина Александровна, заместитель главного внештатного специалиста психиатра (детская сеть), Директор ГБУЗ города Москвы «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г. Е. Сухаревой Департамента здравоохранения города Москвы», к. м. н.

— Каковы основные проблемы детской психиатрии в мегаполисе?

— Проблемы, с которыми сталкивается детская психиатрическая служба в Москве, универсальны для крупных городов нашей страны и мира. Это прежде всего постоянный рост в структуре детской инвалидности доли заболеваний, связанных с расстройствами ментальной сферы. На них сейчас приходится четверть всех случаев детской инвалидности в стране. Еще одна тенденция — возрастает количество детей, которым может быть поставлен диагноз «Расстройство аутистического спектра (РАС)». Стабильно высоким остается уровень обращений в связи с нервной анорексией — отказом ребенка от еды с целью похудеть. Важная тема, которая сейчас особенно актуальна применительно к психическому

здоровью, — детские страхи. Вопреки мифологии и ожиданиям, которые есть у взрослых, среди детей процент тех, кто боится заразиться и умереть от COVID-19, небольшой. Но высокое напряжение в обществе, школах и семьях, повышенный уровень тревоги у близких и родных может сказаться на психическом состоянии нынешних детей. Поэтому мы начали в центре большое популяционное исследование страха смерти и отношения к смерти у детей. В том числе и у детей раннего возраста. В перспективе хотелось бы, чтобы оно было проведено не только в масштабах города, но и в масштабе всей страны. Нам надо быть готовыми к тому, что дети отсроченно, через какое-то время могут оказаться более уязвимыми, чем сегодня.

Помимо этого, мы сконцентрировали свое внимание на влиянии дистанционного обучения на психическое здоровье детей. Речь тут идет уже не только о детях с ограниченными возможностями здоровья в связи с ментальными нарушениями, а о всей популяции. Ситуация снижения уровня интенсивности социальных контактов коснулась всех родителей с детьми школьного возраста. Об этом ведется много дискуссий. Речь идет

об определенных чувствительных периодах развития ребенка, когда социальные контакты крайне необходимы и незаменимы. Потом восполнить их отсутствие бывает очень сложно, а иногда и невозможно. И на родителей в этой связи падает дополнительная нагрузка. Родителям необходимо компенсировать нехватку социальных контактов и при любой возможности выходить с ребенком в безопасные с эпидемиологической точки зрения социальные пространства. Играть во дворе, строить крепости из песка или снега, ходить на каток.

— Как изменились подходы к терапии в психиатрии в последнее время? Какими возможностями располагает ваш центр?



— Благодаря помощи Департамента здравоохранения города сегодня у нас собрано все лучшее, что есть в ведущих клиниках мира по части реабилитации пациентов с нарушениями ментальной сферы от 1 года до 18 лет. Есть и свои уникальные наработки. Так, например, в соответствии со стратегией развития центра в каждом отделении работают медицинские психологи, прошедшие дополнительную специализацию по семейному консультированию в объеме более 1100 часов.

Родители об этом узнают, нас перестают бояться, что, в свою очередь, влияет на раннее выявление нарушений психического развития и своевременное обращение семьи за помощью.

Амбулаторное звено в центре представлено консультативно-диагностическим отделением, рассчитанным на 40 тысяч посещений в год. В КДО есть кабинет ранней помощи, комиссия по усыновлению, которая оценивает состояние всех детей, которые уходят в замещающие

семьи. Работают кабинет кризисной помощи и телефон поддержки (доверия).

В состав центра входят три филиала. Это бывшие психоневрологические санатории, которые равномерно распределены по городу: «Кузьминки», «Речной вокзал», «Калужская». Прекрасная возможность для детей дошкольного возраста получить медицинскую и психолого-педагогическую помощь недалеко от дома в условиях, внешне напоминающих детский садик. На головной территории развернуто 15 коечных отделений.

В их числе — отделение экстренной психиатрической помощи (30 коек), куда поступают ребята с острым психомоторным возбуждением, в состоянии острого



В творческих мастерских специалисты учат детей готовить, реставрировать мебель, шить декоративные игрушки, создавать украшения.

ИСПОЛЬЗОВАНЫ ФОТО ИЗ АРХИВА

психоза или в состоянии, которое определяется сочетанием душевного расстройства и употребления психоактивных веществ. Отделение, специализирующееся на лечении расстройств пищевого поведения (нервной анорексии), — 30 коек. При оказании помощи этой категории пациентов мы плотно сотрудничаем с нашими соседями — Морозовской больницей. Маршрутизация пациентов построена так, что сначала коллеги проводят обследование желудочно-кишечного тракта, и только затем ребенок госпитализируется в Центр им. Г. Е. Сухаревой ДЗМ.

В Клинику кризисной помощи приходят подростки 11—17 лет с самоповреждениями или суицидальными



мыслями, не имеющие хронических душевных заболеваний, но те, которые находятся в кризисном состоянии и которым не хватает собственных ресурсов, чтобы справиться с ситуацией. В этом отделении совершенно уникальный кадровый состав, и не только по количественным характеристикам (число психологов превышает количество врачей-психиатров), но и по качественным — в отделении работает большая слаженная команда семейных психологов, так как особое внимание уделяется именно сотрудничеству с родителями пациентов.

В отделении совместного пребывания родителей и детей воплощены все принципы уважительного и гуманного отношения к родителям и к семье в целом, с пониманием тяжелого бремени, которое достается родителям, воспитывающим детей с нарушениями психического здоровья. В отделении хорошие бытовые условия и сильная реабилитационная команда.

В отделении для детей с хроническим течением душевного заболевания, которое сопровождается снижением интеллекта и нарушениями поведения с агрессией и аутоагрессией учтены особенности психического состояния детей и создана комфортная среда, которая является средой реабилитации. Стены коридора расписаны художниками по эскизам, подготовленным дефектологами и педагогами отделения. Каждый сантиметр стены является учебным и развивающим пособием. Я глубоко убеждена, что у всех детей есть реабилитационный потенциал, который специалисты обязаны разглядеть.

Хотелось бы также упомянуть два реабилитационных отделения. Именно в отделении реабилитации, адаптации, социализации (РАС) представлен весь современный комплекс немедикаментозной профильной помощи детям и подросткам. Медицинские психологи восьми специализаций, дефектологи и педагоги обеспечивают занятия пациентов центра по нейропсихологической и АВА-коррекции, сенсорной интеграции и альтернативной коммуникации, эрготерапии, обучению бытовым навыкам и подготовке к медицинским манипуляциям, театротерапии, МИМ-терапии, пескотерапии, адаптивной физической культуре и танце-двигательной терапии. В отделении еженедельно работает Родительский клуб как для родителей пациентов центра, так и для всех желающих, у которых есть вопросы по воспитанию и сохранению психического здоровья детей.

Наконец, крайне важный проект — творческие мастерские, в которых специалисты учат детей готовить, реставрировать мебель, шить декоративные игрушки и создавать украшения. В этом отделении работают

медицинские психологи, которые занимаются вопросами профессиональной ориентации.

— Как повлияла пандемия на работу центра?

— Пациенты в детской психиатрии пострадали больше всех от ограничительных мероприятий, связанных с COVID-19. Наши дети не всегда могут принять дистанционный режим обучения. У детей с психическими расстройствами высок процент времени при проведении терапии, которое отводится на реабилитационные мероприятия с различного рода специалистами. Сейчас приходится это время существенно сокращать. Причем далеко не всегда занятия с логопедом, например, дефектологом или психологом можно переложить на дистанционный формат. Иногда это невозможно в принципе, так как при терапии нужен личный контакт с ребенком.

В этой ситуации нам помогают телемедицинские технологии. Мы проделали большую работу по обучению персонала. Все врачи, психологи и большинство логопедов и дефектологов умеют работать в дистанционном формате. Была тщательно отобрана и протестирована техническая платформа для такого рода консультаций. К ней у нас специфические и очень высокие требования в рамках законодательства, все они, разумеется, были учтены.

И, конечно, очень непросто, тяжело воспринимают дети невозможность общаться с родителями из-за ограничений по посещениям центра. Недавно мы предоставили возможность госпитализации родителей с детьми любого возраста. Раньше это было возможно только для детей до 4 лет. Это крайне важно, так как снимает тревожность и у детей, и у родителей. Наши госпитализации могут продолжаться и полтора месяца, и два, и контакт родителей с ребенком крайне важен. Мы учим родителей радоваться успехам своих детей и поддерживать полученные ими навыки самостоятельности в домашних условиях.

В итоге, как ни странно, пандемия способствует тому, чтобы вся служба психического здоровья детей была приближена к дому, стала более удобной, комфортной и доступной.

Очевидным образом COVID-19 меняет людей и человеческие отношения. И наша служба извлекла много уроков из складывающейся ситуации. Мы научились гибко и быстро перестраиваться и подстраиваться под возникающие вызовы. Мы старались максимально быстро реагировать на изменяющиеся ожидания родителей и потребности детей, отслеживая и принимая во внимание все приходящие эпидемиологические вводные. Мы стали сильнее, мудрее, опытнее. **ММ**

Младенческая смертность в Москве

Е. С. Зайко, И. Ю. Ландышева

ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ»

По уровню младенческой смертности, как и по величине продолжительности жизни, оценивают общее состояние здоровья и качество жизни населения, а в более широком смысле — уровень экономического развития и социального благополучия общества, поскольку данный показатель чутко реагирует на изменения всех социально-экономических параметров, особенно в случаях, когда их динамика приобретает негативный или кризисный характер. В совокупности с уровнем материнской смертности он указывает также на состояние репродуктивного здоровья населения и состояние служб родовспоможения, педиатрии и т. п.

В рамках национального проекта «Здравоохранение» каждый субъект РФ разрабатывает региональную программу развития детского здравоохранения. Программа развития детского здравоохранения г. Москвы направлена на снижение младенческой смертности в г. Москве к 2024 г. до 4,6 случаев на 1000 родившихся живыми, а также на повышение доступности и качества медицинской помощи на всех этапах ее оказания и профилактики заболеваемости.

Смертность в возрасте от рождения до 1 года намного превышает смертность в большинстве возрастов,

вероятность умереть в этот период времени сопоставима с вероятностью смерти лиц, достигших 55 лет.

В младенческой смертности выделяются следующие периоды (рис. 1):

- ранний неонатальный (от 0 суток до 7 суток жизни);
- поздний неонатальный (от 7 суток до 28 суток жизни);
- постнеонатальный (от 28 суток жизни до достижения 1 года жизни).

Ранний неонатальный и поздний неонатальный объединяются в неонатальный (от 0 суток до 28 суток жизни).

В 2019 г. в г. Москве количество случаев смерти среди детей первого года жизни (652 случая) снизилось на 16 % в сравнении с 2017 г. (776 случаев) и на 8,8 % в сравнении с 2018 г. (715 случаев) (рис. 2). Количество случаев смерти детей в неонатальном периоде в 2019 г. (340 случаев) снизилось на 24,1 % в сравнении с 2017 г. (448 случаев) и на 10,8 % в сравнении с 2018 г. (382 случая). В постнеонатальном периоде за 2019 г. количество случаев смерти детей (312 случаев) сократилось на 4,9 % по сравнению с 2017 г. (328 случаев) и на 6,3 % по сравнению с уровнем 2018 г. (333 случая).

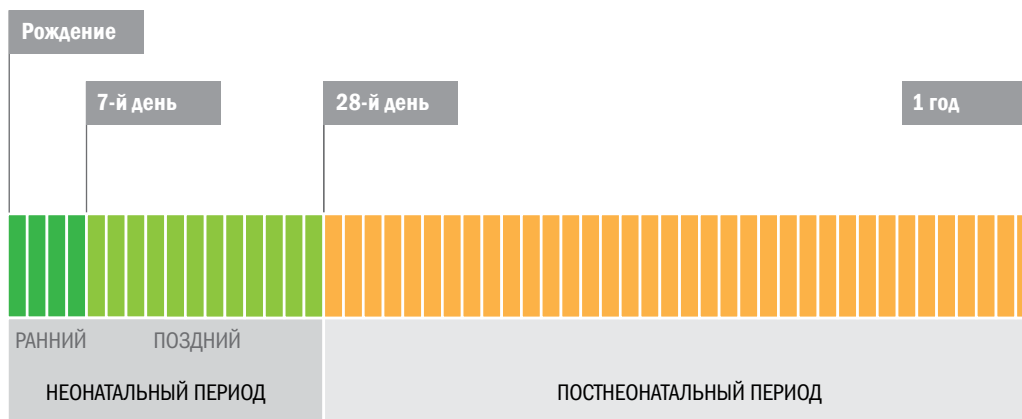


Рис. 1. | Периоды развития ребенка на первом году жизни.



Рис. 2. | Структура повозрастной смертности детей первого года жизни в г. Москве в 2016–2019 гг.

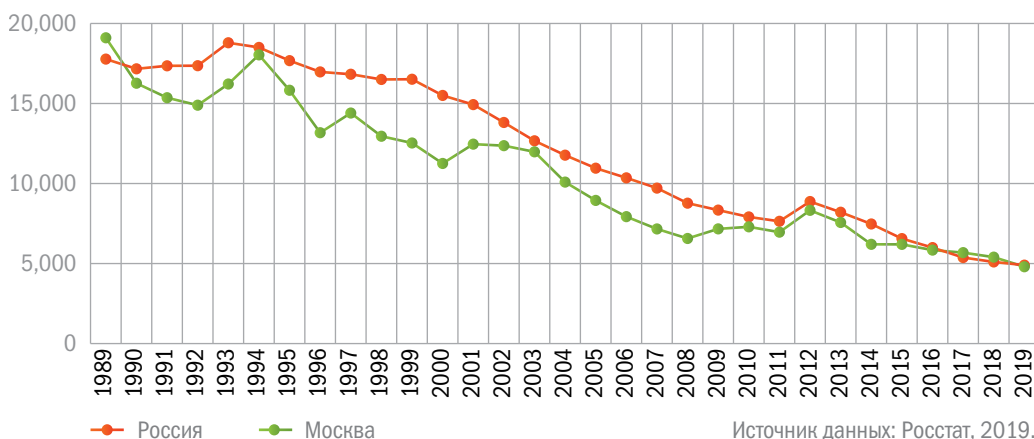


Рис. 3. | Младенческая смертность 1989–2019 гг. (на 1000 родившихся живыми).

Тенденции младенческой смертности в г. Москве

При рассмотрении долгосрочных тенденций младенческой смертности в г. Москве и в целом по России (рис. 3) видно, что во второй половине 1990-х гг. и в течение первого десятилетия 2000-х годов показатель младенческой смертности в г. Москве снизился с 13,2 ‰ в 1996 г. до 7,9 ‰ в 2006 г. (на 40,2 %). Младенческая

смертность в РФ снизилась с 17,0 ‰ в 1996 г. до 10,4 ‰ в 2006 г. (на 38,8 %). В 2019 г. младенческая смертность в г. Москве составила 4,8 ‰, а в РФ — 4,9 ‰.

Снижению показателя младенческой смертности в г. Москве препятствует высокая доля иногородних среди умерших — 48 % всех случаев в 2018 г. С учетом

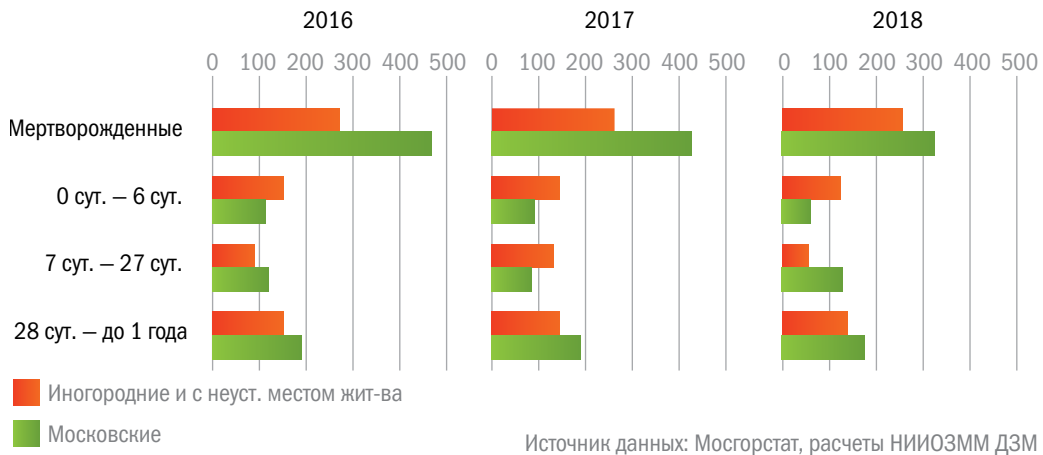


Рис. 4. | Распределение, в зависимости от возраста и социального статуса, детей, умерших на первом году жизни в г. Москве, 2016–2018 гг. (абс).

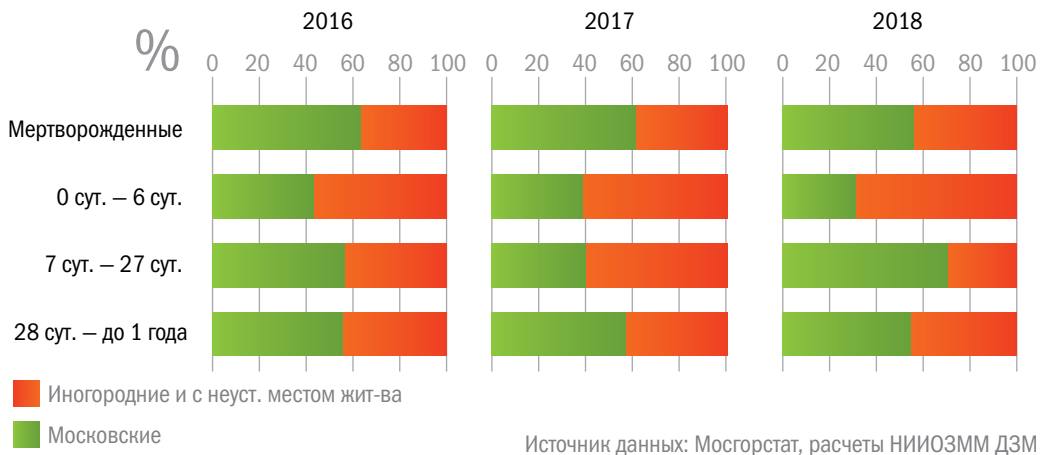
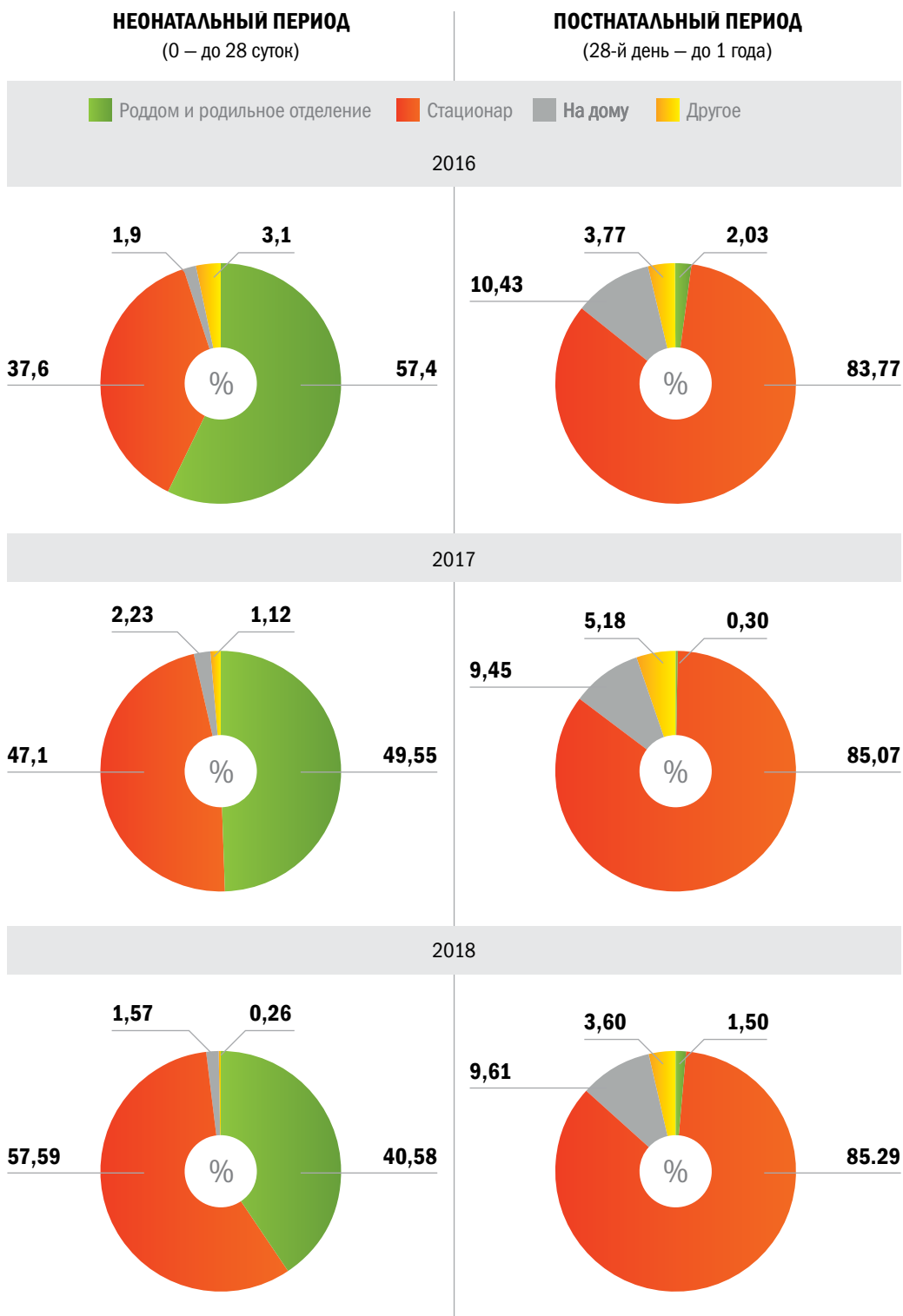


Рис. 5. | Распределение, в зависимости от возраста и места регистрации, детей, умерших на первом году жизни в г. Москве, 2016–2018 гг. (%).

гражданства ребенка коэффициент младенческой смертности среди детей с московской регистрацией снизился с 3,19% в 2017 г. до 2,87% в 2018 г. (снизился на 10%), что сравнимо, по данным ОБСЕ за 2018 г., с показателями младенческой смертности в развитых странах ЕС: Италии (2,7%), Германии (3,3%), Австрии (2,9%).

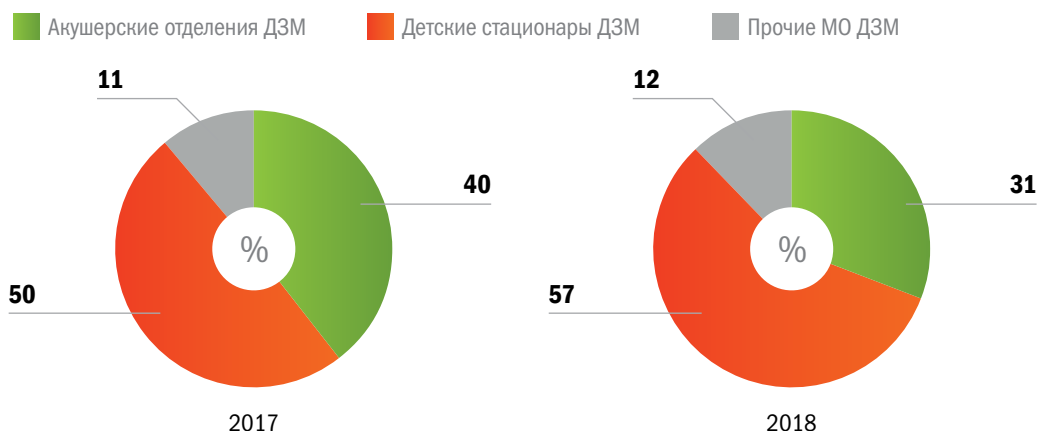
Иногородные вносят значительный вклад в перинатальную смертность: как в мертворождаемость,

так и в раннюю неонатальную смертность (рис. 4). Количество мертворожденных от иногородних женщин составляло от 36,6% в 2016 г. до 43,2% в 2018 г. Внутри социальных групп мертворождаемость в 2018 г. у москвичей насчитывает 0,3% случаев по отношению ко всем случаям рождений (426 мертворождений к 104 572 рождением), среди иногородних — 0,9% (262 случая мертворождений к 30 556 рождением).



Источник данных: Мосгорстат, расчеты НИИОЗММ ДЗМ

Рис. 6.1. | Распределение в зависимости от места смерти детей, умерших на первом году жизни, в г. Москве, 2016–2018 гг. (%)



Источник данных: Мосгорстат, расчеты НИИОЗММ ДЗМ

Рис. 6.2. | Распределение по месту смерти детей, умерших в возрасте от 0 до 1 года, зарегистрированных в медицинских организациях Департамента здравоохранения г. Москвы, 2017–2018 гг. (%).

Среди умерших в позднем неонатальном периоде (от 7 суток до 28 суток) и в постнеонатальном периоде (с 28 суток до 1 года) преобладают московские дети, но вклад иногородних остается существенным и в эти периоды жизни (рис. 5). В первые 6 суток

после рождения количество смертей среди иногородних и лиц с неустановленным местом жительства преобладает над московскими детьми (тенденция за период 2016–2018 гг.), что требует дополнительных исследований.

Распределение детей, умерших на первом году жизни, по месту смерти в 2016–2018 гг.

В структуре мест смерти (рис. 6.1) постнеонатального периода мы не видим существенных изменений за период 2016–2018 гг., в неонатальном периоде заметно сокращается количество случаев смерти в родильных домах и родильных отделениях с 57,4 % в 2016 г. до 40,6 % — в 2018 г., и увеличивается количество летальных исходов в стационарах с 37,5 % в 2016 г. до 57,6 % — в 2018 г. Эта динамика объясняется своевременным переводом новорожденных с патологиями из родильных домов в профильные отделения перинатальных центров. Эта практика расширяет

лечебно-диагностические возможности, благодаря чему ребенку становится доступна высококвалифицированная помощь в ранние сроки.

За период январь — декабрь 2017 г. в учреждениях здравоохранения, подчиняющихся ДЗМ, было зарегистрировано 553 случая смерти детей на первом году жизни, за тот же период 2018 г. — 498 случаев. По структуре (рис. 6.2) мест смерти мы фиксируем уменьшение доли в акушерских отделениях (на 22 %) и увеличение в детских стационарах (на 13,9 %).

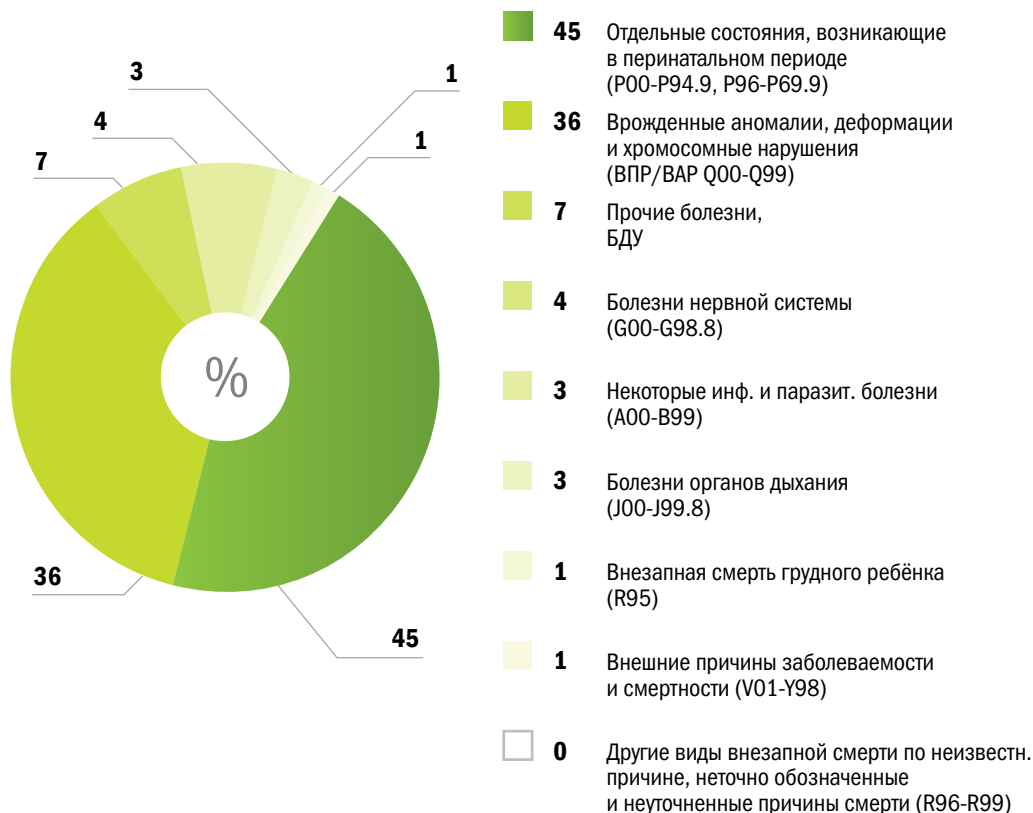


Рис. 7.1. | Структура причин смерти детей первого года жизни (%) в г. Москве, 2018 г.

Структура причин смерти детей первого года жизни в г. Москве в 2018–2019 гг.

В структуре причин смерти детей первого года жизни в г. Москве (рис. 7.1–7.2) доминируют «Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде» [P00-P94.9, P96-P96.9]. Вместе с тем в период 2018–2019 гг. отмечается сокращение значимости данных причин в общей структуре: 45,1 % — в 2018 г., 42,3 % — в 2019 г. Это несомненно позитивный процесс, поскольку большинство перинатальных состояний относятся к предотвратимым причинам смерти. «Врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения, ВПР/ВАР» [Q00-Q99.9] занимают

второе место в структуре младенческой смертности, и их вклад постепенно возрастает: 36 % — в 2018 г., 39,6% — в 2019 г.

Также выросла доля причин смерти по группам «Внешние причины заболеваемости и смертности [V01-Y98]» (с 1,1 % в 2018 г. до 2 % в 2019 г.) и «Прочие болезни, без дополнительного уточнения» (с 6,4 % в 2018 г. до 9,4 % в 2019 г.), по остальным группам причин смерти наблюдалось сокращение доли в общей структуре причин смерти детей первого года жизни.

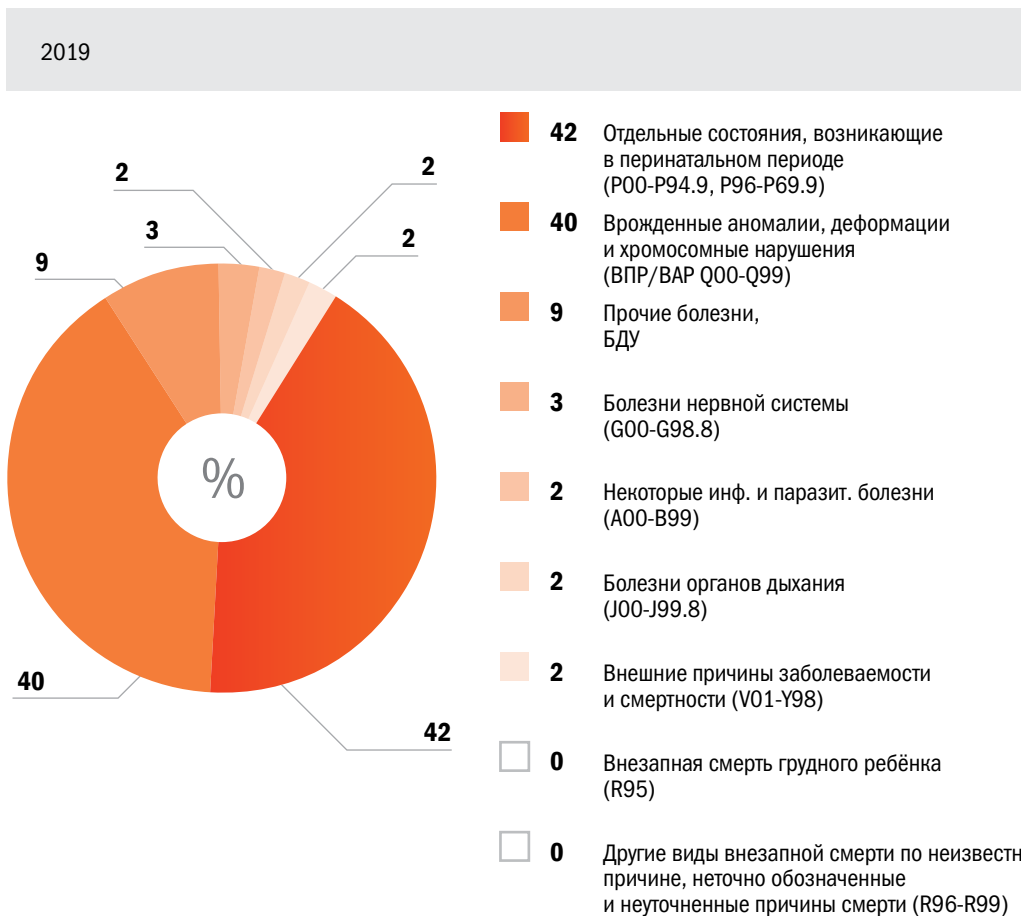


Рис. 7.2. | Структура причин смерти детей первого года жизни в г. Москве (%) в 2019 г.

Значителен масштаб миграционной компоненты младенческой смертности, т. е. доли детей, не зарегистрированных в Москве, среди общих потерь населения столицы. Можно констатировать, что около половины потерь детей 1-го года жизни обусловлены лицами, не зарегистрированными в столице. Доля иногородних в мертворождаемости в Москве составила 43,2% в 2018 г., а в младенческой смертности — 48,0% всех случаев в 2018 г.

В случаях, когда потери, например, от инфекционных болезней или внешних причин обусловлены иногородними, речь идет в первую очередь о маргинальных, слабо социально адаптированных слоях общества. Если же речь идет о врожденных аномалиях, для которых миграционной компонентой обусловлена половина потерь, то можно предположить, что она определяется

полностью социально адаптированными детьми, лечившимися в столичных лечебных учреждениях, чья смерть зарегистрирована в органах ЗАГС столицы.

Если же оценивать младенческую смертность среди постоянного населения, то она находится на уровне западноевропейских стран. По определению Всемирной организации здравоохранения, младенческая смертность, наряду со средней продолжительностью жизни, является интегральным индикатором не только состояния здоровья, но и качества жизни в том или ином регионе, а также работы служб здравоохранения. Таким образом, кратное снижение младенческой смертности в столице от основных классов причин и от ведущих нозологий свидетельствует о высоком качестве работы педиатрических служб в столице. **ММ**



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА



Конгрессы и выставки

НИИОЗММ ДЗМ – крупнейший организатор конгрессно-выставочных и научно-образовательных мероприятий под патронатом Департамента здравоохранения города Москвы, провайдер образовательных мероприятий и материалов для НМО

КОМПЕТЕНЦИИ

- Рассмотрение заявок от организаторов мероприятий на оказание поддержки Департамента здравоохранения города Москвы.
- Формирование проекта плана мероприятия, направление его на утверждение в Департамент здравоохранения города Москвы.
- Организационно-методическая поддержка.
- Координация взаимодействия структурных подразделений и главных внештатных специалистов ДЗМ по вопросам проведения мероприятия.
- Помощь в приглашении спикеров, модераторов и лидеров мнений.
- Формирование аудитории.
- Анализ и оценка результативности.
- Организация поддержки в СМИ.
- Проведение мероприятий различного формата, как очных, так и онлайн на цифровой платформе НИИОЗММ.

**ЕЖЕГОДНО ПОД ПАТРОНАТОМ ДЗМ
ПРОХОДИТ:**

1500 И БОЛЕЕ МЕРОПРИЯТИЙ

80 ИЗ НИХ – СОЦИАЛЬНО-
ЗНАЧИМЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ

160 000 ЧЕЛОВЕК
ЯВЛЯЮТСЯ ИХ УЧАСТНИКАМИ



ОСНОВНАЯ ЗАДАЧА НАШЕГО ОТДЕЛА – СОЗДАТЬ НЕОБХОДИМОЕ ИНФОРМАЦИОННОЕ ПОЛЕ О ГОТОВЯЩЕМСЯ МЕРОПРИЯТИИ, РАССКАЗАТЬ ОБ ИННОВАЦИЯХ, ПРЕИМУЩЕСТВАХ И НОВЫХ ВОЗМОЖНОСТЯХ, КОТОРЫЕ ОНО ОТКРЫВАЕТ ПЕРЕД ЕГО УЧАСТНИКАМИ».

Лилия ЦВЕТКОВА, руководитель отдела

Исцеляющая среда — новый тренд в архитектуре МОСКОВСКИХ КЛИНИК

Е. И. Аксенова, Н. Н. Камынина, Л. А. Мыльникова, С. В. Литвиненко

ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ»



Общемировой тренд

Любое посещение врача, поход в поликлинику или больницу — стресс для человека. Старая архитектура только способствовала его развитию — белые стены, медицинские запахи, стерильная чистота. Сегодня ситуация кардинально меняется. Одна из ключевых задач архитекторов и дизайнеров при строительстве медицинских учреждений — создать пространство, дружелюбное по отношению к пациенту, чтобы минимизировать стресс и сформировать более позитивный, доброжелательный образ медицинского учреждения. При этом нельзя забывать и об удобстве работы медицинского персонала.

«Важно, чтобы минимальными были затраты организма на борьбу с этим стрессом, а внутренние силы, ресурсы были по максимуму направлены на выздоровление, — отметил в одном из интервью журнала «Московская медицина»* заместитель руководителя Департамента здравоохранения города Москвы Алексей Паламарчук. — Таким образом, процесс исцеления будет идти гораздо быстрее. Смена обстановки, внешнего облика, интерьеров, организации пространства поликлиник — вклад в развитие превентивной медицины».

Научные исследования и мировая практика указывают на то, что медицинские учреждения,



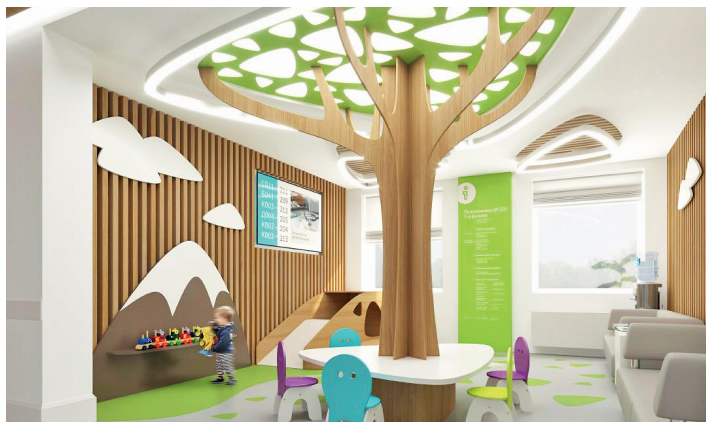
спроектированные с учетом принципов эффективности, с использованием новейших дизайнерских решений и построенные с применением новых материалов и стандартов строительства, имеют гораздо больший потенциал быть полезными и безопасными как для пациентов, так и для медицинского персонала**.

В 2010-х проектировка больниц стала включать следующие обязательные пункты:

- доступность свободного ориентирования в самом здании больницы (удобная навигация) — вывески, планы этажей и справочное бюро — для облегчения поиска входа в здание;
- реализация принципов устойчивости, которая включает энергосберегающие функции, управление отходами и строительными материалами.

Помимо этого, в современных клиниках палаты для пациентов должны быть оснащены

ОДНА ИЗ КЛЮЧЕВЫХ ЗАДАЧ АРХИТЕКТОРОВ И ДИЗАЙНЕРОВ ПРИ СТРОИТЕЛЬСТВЕ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ – **СОЗДАТЬ ПРОСТРАНСТВО, ДРУЖЕЛЮБНОЕ ПО ОТНОШЕНИЮ К ПАЦИЕНТУ**



- создание звукопоглощающей среды (включая потолок, стены и полы);
- создание благоприятной визуальной среды с помощью естественного света и вида на природу из окон, а также произведений искусства;
- соблюдение стандартов безопасности, включая высокое качество воздуха и вентиляцию, легкую очистку поверхностей, визуальный доступ персонала к пациентам и потолочные подъемники для увеличения мобильности пациентов;

индивидуальным контролем степени освещенности и температурного режима самими клиентами. Современные больницы должны располагать семейными зонами поддержки — удобными зонами ожидания, открытым садом с сидячими местами.

Безусловно, необходимо учитывать важность поддержки медицинского персонала — децентрализованные рабочие места для медсестер, близость расходных материалов и медикаментов во всех помещениях, где организовано медицинское

* «Московская медицина», № 1 (35), 2020.

** Экспертный обзор: Новые подходы к пространственным, архитектурным и интерьерным решениям для медицинских учреждений / Аксенова Е. И., Камынина Н. Н., Мильникова Л. А. — М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2020. — 36 с.

Научные исследования и мировая практика указывают на то, что медицинские учреждения, спроектированные с учетом принципов эффективности, с использованием новейших дизайнерских решений, имеют гораздо больший потенциал быть полезными и безопасными как для пациентов, так и для медицинского персонала.

обслуживание, а также удобные зоны отдыха.

Особенное внимание стоит уделять вспомогательным медицинским помещениям, а именно презентабельности и оснащенности конференц-залов, акустике в операционных, качеству и расположению рабочих мест.

Если говорить о самых актуальных тенденциях при проектировании и строительстве новых медицинских учреждений, которые наметились в 2020 году, следует выделить следующие:

- проектирование и строительство для эффективной и устойчивой работы медицинских учреждений даже в условиях ограниченного бюджета;
- проектирование и строительство больниц и иных медицинских учреждений, которые будут способны к быстрой адаптации к любым кризисным явлениям, начиная от погодных, заканчивая бурным всплеском неотложной медицинской помощи;
- переход к клиентоориентированной модели путем повышения доступности и удобства медицинских услуг, одновременно сокращая время на ожидание, прием и регистрацию;
- минимизация ситуаций крайнего утомления работников здравоохранения (согласно

данным клиники Майо, порядка 40 % врачей говорят о симптомах выгорания, а по данным CareerBuilder — 70 % медсестер сообщили, что они испытывают аналогичные стрессы). В проектирование больницы должны быть включены пространства для выхода из перманентного рабочего стресса при уходе за больными. Это позволит медицинским работникам эффективно и результативно выполнять свою работу;

- интегрирование виртуальных персональных технологий — носимых датчиков, позволяющих людям самостоятельно отслеживать отдельные показатели здоровья. Такие технологии могут позволить следить за динамикой процесса выздоровления у уже обратившихся за медицинской помощью пациентов, обеспечивать пациентам больший контроль над их клиническим опытом, помогая им играть более активную роль в их собственном лечении, а также выявлять новые случаи рецидивов заболевания. Важной составляющей использования таких гаджетов является поддержание технологий передачи информации с носимых устройств пациентов, например фитнес-приложений, в электронную медицинскую карту;
- ускорение внедрения искусственного интеллекта (ИИ) и робототехники.



В МОСКВЕ УЖЕ НЕ ПЕРВЫЙ ГОД ПОЛИКЛИНИКИ ДЛЯ ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ СТРОЯТ ПО НОВЫМ СТАНДАРТАМ. КЛЮЧЕВОЙ ПРИОРИТЕТ В РАМКАХ – УДОБСТВО И КОМФОРТ ПОСЕТИТЕЛЕЙ, ВЫСОКАЯ ДОСТУПНОСТЬ СПЕЦИАЛИСТОВ, СОВРЕМЕННОЕ ОБОРУДОВАНИЕ



Операционные блоки должны быть оснащены объектами, созданными с помощью ИИ, для лучшего управления операциями, включая цепочки поставок и персонал. ИИ также помогает в управлении медицинскими объектами, чтобы помочь устранить потери энергии и воды;

- оснащение медицинских учреждений цифровыми киосками — сенсорными мониторами, позволяющими пациентам легко регистрироваться при входе в учреждение. С помощью таких киосков пациентам предоставляется информация о времени ожидания, а также цифровые формы, которые необходимо заполнить до начала приема;
- внедрение в медицинскую практику телемедицинских технологий: оснащение медицинских учреждений оборудованием для удаленного наблюдения за состоянием здоровья пациентов, например удаленными кардиомониторами. Для этого необходимо также озаботиться проектированием конференц-залов с большими видеомониторами и настольными и/или мобильными компьютерами, оснащенными

веб-камерами, что позволит проводить консультации независимо от местоположения;

- оснащение медицинских учреждений рабочими станциями на колесах, что позволит медсестрам и техническим специалистам перемещаться из комнаты в комнату и получать доступ к информации о пациенте и другим важным данным на ходу.

Строительство новых больниц должно быть сопряжено с изучением новых подходов к пространственным, архитектурным и интерьерным решениям, специализированным для медицинских учреждений. При строительстве новых клиник или реконструкции старых необходимо ориентироваться на современные тенденции в дизайне и архитектуре, а именно на создание более экологичных проектов, которые могут быть легко адаптированы к климатическому или иному виду кризиса.

Переход к клиентоориентированному подходу диктует создание модели с повышенной доступностью и удобством медицинских услуг. Это может быть достигнуто и путем

Строительство новых больниц должно быть сопряжено с изучением новых подходов к пространственным, архитектурным и интерьерным решениям, специализированным для медицинских учреждений.

СОВРЕМЕННЫЕ НОРМЫ МЕДИЦИНСКОГО СТРОИТЕЛЬСТВА:

- запрещено близкое к медучреждениям расположение технических и транспортных объектов;
- запрещено размещение микробиологических лабораторий в жилых домах;
- нельзя размещать стационары ближе 100 м от жилых домов;
- автостоянки находятся не ближе 50 м от корпусов;
- на территории больниц обязательно устраиваются зеленые зоны из расчета 60–300 кв. м на койко-место;
- посадки деревьев должны быть не ближе 15 м от окон;
- окна на южной стороне должны оборудоваться козырьками.

Дизайн медицинского учреждения должен быть создан в нейтральной цветовой гамме, с использованием энергоэффективного высокопроизводительного освещения. Интерьеры должны быть более гостеприимными и доброжелательными, а помещения — сложными, без использования однотипной мебели, но в то же время простыми для понимания, оснащенными всевозможными табличками, схемами, чтобы пациент мог легко найти нужный ему этаж или кабинет.

создания одноместных кабинетов, и строительством жилья/комнат для членов семьи пациентов.

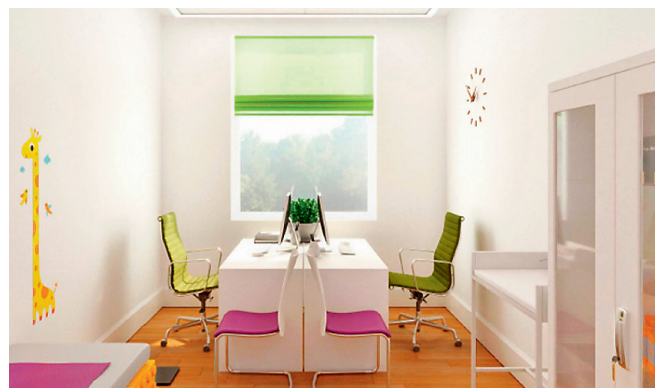
Проблема переутомляемости работников также должна быть решена за счет формирования пространства для выхода из перманентного рабочего стресса при уходе за больными и улучшения условий труда — создание типовых палат, где каждый предмет будет находиться на строго определенном месте, чтобы медицинский работник мог быстро найти все необходимое и оказать помощь.

Ускорение внедрения искусственного интеллекта (ИИ) и робототехники также позволит создать более управляемое пространство и оптимизировать не только весь рабочий процесс, но и само здание. Современные больницы должны быть оснащены цифровыми киосками, конференц-залами с соответствующим оборудованием, в том числе и телемедицинским, рабочими станциями на колесах.

Внутренние пространства клиник должны быть легко адаптируемыми благодаря сборным перегородкам и стенам, shell spaces, настенным рельсовым системам хранения и так далее.

Дизайн медицинского учреждения должен быть создан в нейтральной цветовой гамме, с использованием энергоэффективного высокопроизводительного освещения с более длительным сроком амортизации. Интерьеры должны быть более гостеприимными и доброжелательными, а помещения — сложными, без использования однотипной мебели, но в то же время простыми для понимания, оснащенными всевозможными табличками, схемами, чтобы пациент мог легко найти нужный ему этаж или кабинет.

Учет вышеописанных особенностей позволит создать не только красивое, передовое и гостеприимное учреждение, способное полностью удовлетворить потребности пациентов и персонала, но и сформировать безопасную, благоприятную среду. При строительстве или реновации медицинских организаций необходимо помнить: дизайн клиники не ограничивается расположением помещений — речь идет о куда более широкой картине, которая позволит обеспечить медицинскому учреждению лидерство на рынке медицинских услуг.





Новый стандарт московских поликлиник

В Москве уже не первый год поликлиники для детей и взрослых строят по новым стандартам. В создании их проектов принимали участие и врачи. Ключевой приоритет в рамках нового стандарта — удобство и комфорт посетителей, высокая доступность самых нужных специалистов, современное оборудование для диагностики и профилактики болезней.

В 2011–2019 годах в столице построена 41 поликлиника более чем на 16 тыс. посещений в смену, 32 больницы и больничных корпуса, пять подстанций скорой медицинской помощи и пять инженерных объектов***. Строительство поликлиник в шаговой доступности от жилых домов — первоочередная задача. Это позволит уменьшить нагрузку на существующие учреждения здравоохранения и повысить доступность медицинской помощи для москвичей.

В этом году в Москве стартовала масштабная программа обновления объектов здравоохранения, которая включает строительство еще около 40 поликлиник и капитальный ремонт 135 поликлиник. Капремонт ждет почти треть учреждений амбулаторной сети столицы.

В числе новых объектов — и поликлиники для детей.

ДЕТСКО-ВЗРОСЛАЯ ПОЛИКЛИНИКА В БУТЫРСКОМ РАЙОНЕ



В здании оборудовали:

- отделение медицинской профилактики с кабинетами «Здоровое детство»;
- отделение функциональной диагностики;
- отделение лучевой терапии;
- отделение профилактики с кабинетом вакцинопрофилактики;
- отделение реабилитации;
- отделение доврачебного приема;
- педиатрическое отделение;
- блок врачей общей практики;
- блок врачей-специалистов;
- физиотерапевтический блок;
- хирургические кабинеты;
- дневной стационар на 16 мест.



Сергей Собянин,
мэр Москвы

«Ремонтировать поликлиники будут большими блоками — от 30 до 50 зданий в год. Это сложная задача, которая требует от руководителей медицинских учреждений максимального внимания. Нужно качественно провести модернизацию поликлиник, не прерывая приема пациентов».

*** По материалам <https://stroj.mos.ru>

СТРОИТЕЛЬСТВО НОВЫХ БОЛЬНИЦ ДОЛЖНО БЫТЬ СОПРЯЖЕНО С ИЗУЧЕНИЕМ **НОВЫХ ПОДХОДОВ К ПРОСТРАНСТВЕННЫМ, АРХИТЕКТУРНЫМ И ИНТЕРЬЕРНЫМ РЕШЕНИЯМ**, СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫМ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

ДЕТСКО-ВЗРОСЛАЯ ПОЛИКЛИНИКА ПЕРВОГО УРОВНЯ В ЗАМОСКВОРЕЧЬЕ

В поликлинике оборудовали изолированный детский блок на 100 посещений в смену с кабинетом здорового ребенка и педиатрическое отделение, кабинеты врачей-специалистов, функциональной диагностики и физиотерапии.

Во взрослом блоке на 220 посещений в смену разместились:

- терапевтическое отделение;
- отделение лучевой диагностики — рентгенография, маммография, флюорография, УЗИ, УЗДГ;
- отделение медицинской профилактики и реабилитации с залом лечебной физической культуры;
- дневной стационар на 10 коек.

Для удобства маломобильных посетителей предусмотрены лифты, пандусы, тактильные, визуальные и световые указатели.



ДЕТСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА В МАРФИНО

Это поликлиника первого уровня. Каждое отделение расположено компактно и занимает отдельную часть здания со своим коридором. При необходимости размер помещений можно менять с помощью внутренних перегородок.

В поликлинике оборудовали отделения для детей грудного возраста, дневной стационар, кабинеты функциональной диагностики, педиатрическое отделение, хирургические кабинеты.

Помимо этого, в поликлинике созданы молочно-раздаточный пункт, диагностическая лаборатория, отделение реабилитации с залом лечебной физкультуры, служебно-бытовые и хозяйственные помещения.

Для удобства пациентов установлены пандусы и лифты. Прилегающая территория благоустроена и озеленена.



ДЕТСКО-ВЗРОСЛАЯ ПОЛИКЛИНИКА В ГОРОДЕ ЩЕРБИНКА (НОВАЯ МОСКВА)

Она рассчитана на 520 посещений в смену взрослых пациентов и 230 детей. Также в здание переедет женская консультация. Медобъект будет работать как основное учреждение Щербинской городской больницы.

Поликлиники для детей и взрослых будут с отдельными входами, изолированы друг от друга.

В детской разместится:

- отделение медицинской профилактики с кабинетами «Здоровое детство»;
- кабинеты доврачебного приема;
- кабинеты функциональной диагностики;
- педиатрическое отделение;
- хирургический блок кабинетов;
- дневной стационар;
- физиотерапевтический блок.

Вход в поликлинику с детьми с симптомами инфекционных заболеваний организуют через приемно-смотровые боксы, которые смогут принимать в том числе детей-инвалидов на колясках.

В поликлинике оборудуют первое в Новой Москве отделение лучевой диагностики, укомплектованное магнитно-резонансным томографом (МРТ), цифровым флюорографом и маммографом. Оно будет работать и на взрослое, и на детское отделения.

При строительстве московских поликлиник сегодня используется новый подход, который разделяет их на два уровня. Поликлиники первого уровня обслуживания оказывают первичную доврачебную, врачебную и первичную специализированную медико-санитарную помощь. Второй уровень поликлиник предполагает оказание специализированной высококвалифицированной медико-санитарной помощи с использованием современного высокотехнологичного оборудования, расходных материалов и медикаментов. Сюда пациенты

попадают после того, как им поставят диагноз и назначат лечение.

Новейшее оборудование, удобство работы персонала, продуманная архитектура и маршрутизация пациентов — важнейшие принципы организации новых медицинских учреждений города как для взрослого, так и для детского населения. В этом отношении Москва идет в ногу со временем в русле ключевых мировых трендов в строительстве зданий клиник, задавая высокую планку для себя и коллег в регионах. **ММ**

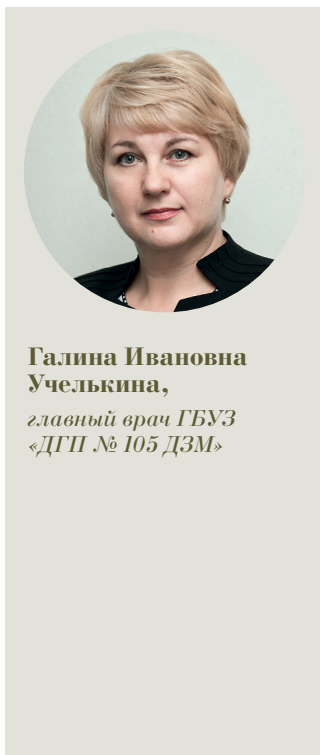
Новейшее оборудование, удобство работы персонала, продуманная архитектура и маршрутизация пациентов — важнейшие принципы организации новых медицинских учреждений города.

Материал подготовлен по информации из открытых источников.

Московский стандарт медицинской помощи детям

Об особенностях столичного стандарта детской поликлиники, уже имеющихся возможностях и трендах развития первичного звена медицинской помощи детям в мегаполисе рассказывают руководители городских детских поликлиник.

*Интервью: Наталья Епифанова
Фото: ДГП № 105 ДЗМ, ДГП № 42 ДЗМ*



**Галина Ивановна
Учелькина,**
главный врач ГБУЗ
«ДГП № 105 ДЗМ»

Современные московские детские поликлиники полностью ориентированы на комфортное пребывание пациентов в медицинском учреждении. На входе в поликлинику маленьких пациентов и их родителей встречают приветливые сотрудники, измеряют температуру, предлагают воспользоваться средствами индивидуальной защиты, помогают сориентироваться и отвечают на возникшие вопросы.

Интуитивно понятная навигация помогает быстро находить необходимые кабинеты. Просторные, светлые помещения, открытые пространства, игровые зоны, зоны отдыха для детей и их родителей — все сделано для приятного пребывания юных москвичей в наших поликлиниках. Но самое важное, что нет очередей, а ожидание амбулаторной помощи проходит в комфортных условиях. Все плановые приемы проводятся по предварительной записи. Пациенты с признаками острого заболевания принимаются дежурным врачом по живой очереди в помещении с отдельным входом, чтобы потоки здоровых и больных посетителей не пересекались.

Есть в поликлинике кабинет выдачи справок и направлений, где здоровому пациенту выдаются необходимые документы по предварительной записи без дополнительных временных затрат.

Для кормящих матерей в каждом филиале организована комната для кормления, в которой стоят пеленальные столы, удобные мягкие кресла, кулеры с питьевой водой и одноразовыми стаканчиками, установлены раковины, предоставлены дезинфицирующие средства и одноразовые полотенца.

Первый год жизни и ранний возраст являются самыми важными для правильного формирования здорового организма. Для маленьких пациентов



в поликлинике работает кабинет здорового ребенка. Квалифицированный медицинский специалист проводит осмотр, определяет степень физического и психического развития, дает родителям рекомендации по уходу и питанию. Здесь же можно освоить элементы гимнастики и оздоровительного массажа для детей. В кабинете здорового ребенка проводятся лекции и школы молодых родителей (ознакомиться с графиком можно в холле у стойки информации и на официальном сайте поликлиники).

Для детей 6–17 лет в филиале № 1 нашей поликлиники функционирует Центр здоровья. На программно-аппаратном комплексе проводится диагностика риска развития неинфекционных заболеваний, даются рекомендации по оздоровлению, организуются школы по наиболее распространенным неинфекционным заболеваниям, по профилактике табакокурения.

В дневном стационаре филиала № 3 успешно проходит оздоровление пациентов с 4-летнего возраста. Здесь проводят реабилитацию с помощью физиотерапевтических, бальнеологических методов, лечебной физкультуры и массажа.

Много делается для формирования доступной среды для детей-инвалидов. Во всех корпусах поликлиники оборудованы туалеты для маломобильных граждан, на стоянках предусмотрены парковочные места. В навигации поликлиники используется шрифт Брайля, на лестничных маршах установлены двойные поручни.

Первичная медицинская помощь детям станет доступнее и качественнее, а сами учреждения — комфортнее и для пациентов, и для сотрудников. Сегодня это один из трендов развития медицинской помощи детям в городе.

Уже в недалеком будущем, после завершения большой работы по модернизации московских поликлиник в каждом филиале будут работать врачи наиболее востребованных специальностей: педиатры, неврологи, офтальмологи, травматологи-ортопеды, оториноларингологи и хирурги. А во всех головных зданиях дополнительно принимают специалисты узких направлений — аллергологи-иммунологи, гастроэнтерологи, кардиологи, эндокринологи.

В филиалах детской поликлиники специалисты могут проводить исследования при помощи рентгена, аппаратов УЗИ и функциональной диагностики. Это позволит осуществлять диагностику в одной медицинской организации и, что особенно важно, в шаговой доступности от места жительства москвича.

Уже сегодня пациенты могут оценить удобство внедрения электронных технологий: можно прикрепиться к поликлинике и записаться к врачу онлайн. Новый стандарт поликлиник предусматривает расширение цифровых возможностей для пациентов, которым обеспечили постоянный доступ к электронной медицинской карте с анализами и исследованиями.

Еще одна перспективная возможность — внедрение системы поддержки принятия врачебных решений. Один из ее элементов — пакетные назначения анализов и лабораторных исследований. При выборе диагноза система предлагает врачу минимальный пакет исследований, который может быть расширен. Система также может контролировать, чтобы исследования проводились в установленный срок, и записывать пациента на обследование в приоритетном порядке.

Получить квалифицированную помощь сможет каждый независимо от того, в каком районе живет, в главном или филиальном подразделении обслуживается. Важный пункт нового стандарта — доступность современного диагностического оборудования уже на первичном этапе медицинской помощи.

**ВАЖНЫЙ ПУНКТ НОВОГО СТАНДАРТА — ДОСТУПНОСТЬ СОВРЕМЕННОГО
ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ОБОРУДОВАНИЯ УЖЕ НА ПЕРВИЧНОМ
ЭТАПЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**



**Ольга Олеговна
Панферова,**
главный врач ГБУЗ
«ДГП № 42 ДЗМ»

*Дети, кото-
рые относятся
к льготным кате-
гориям, обеспечи-
ваются бесплат-
ными, в том числе
и дорогостоящи-
ми, лекарствен-
ными препара-
тами, изделиями,
изделиями меди-
цинского назна-
чения, молочным
питанием.*

Новый столичный стандарт детской поликлиники включает в себя несколько составляющих.

Прежде всего, это комфорт пребывания в поликлинике как для посетителей, так и для сотрудников. Новые условия зонирования площадей, открытые и светлые пространства, поэтажные планы размещения кабинетов врачей. Также добавляют уюта единые цветовые решения, удобная и эргономичная мебель, зоны отдыха для посетителей, благоустроенная территория. Новыми требованиями учтены и комфортные условия для сотрудников: комнаты отдыха, отдельные гардеробы.

Следующий важный момент — доступность медицинской помощи, она обусловлена едиными требованиями к кадровому составу медучреждений, оснащению оборудованием, графику работы врачей.

Принципиальное значение в рамках нового стандарта детской поликлиники уделяется технологичности, созданию общего цифрового пространства. Возьмем, к примеру, электронную медицинскую карту, в которой на сегодняшний день отражаются не только протоколы осмотра, но и результаты анализов и исследований, информация о вакцинации, выписки из стационаров.

И наконец, унификация. Сегодня в организации оказания первичной медицинской помощи в городе применяется единый стандарт перечня анализов и обследований, сроков давности анализов и исследований, маршрутизации пациентов.

Уже сейчас маленьким москвичам доступно многое. При необходимости они могут получить консультации врачей-специалистов первого и второго уровня, пройти обследование с использованием лабораторной, функциональной, ультразвуковой и лучевой диагностики, а также получить курс лечебного массажа, лечебной физкультуры, физиотерапии.

Родители детей первого года жизни активно пользуются услугами кабинета здорового ребенка, где получают необходимые рекомендации по уходу за малышом, вскармливанию и срокам введения прикорма, обучаются методикам лечебной гимнастики и массажа.

Налицо повышение уровня квалификации специалистов. Грамотный, пациентоориентированный врач обеспечивает высокий уровень качества медицинской помощи.

Особенно явно проявляется в последнее время выстраивание партнерских отношений между врачом, пациентом и родителями пациента. С целью повышения уровня знаний детей и родителей о принципах здорового образа жизни, о возможностях профилактики и управления хроническими заболеваниями проводятся школы здоровья, беседы, лекции.

Важная задача — предотвратить заболевание. Поэтому большое внимание уделяется организации профилактической работы. Она ведется на базе как поликлиник, так и образовательных учреждений.

И, конечно, не могу не отметить еще один тренд развития медицинской помощи детям — цифровизацию. Использование оцифрованных данных и искусственного интеллекта повышает точность и качество диагностики и лечения, обеспечивает оперативность взаимодействия поликлиник и пациентов, поликлиник и лабораторий, поликлиник и стационаров. **ММ**

**В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ ПРОВОДЯТСЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ
ОСМОТРЫ, ВАКЦИНАЦИЯ. В СЛУЧАЕ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, КАК ПРАВИЛО,
МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ОКАЗЫВАЕТСЯ НА ДОМУ**

НАУЧНЫЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ ЖУРНАЛ



Здоровье мегаполиса



Новая площадка

для обобщения отечественного
и мирового опыта организации
медицинской помощи
в условиях больших городов

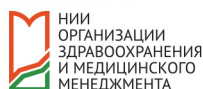
“

**Призываю всех
активно использовать
эту трибуну
для обсуждения
жизненно важных
проблем
функционирования
крупнейших
мегаполисов мира**

”



city-healthcare.com



ISSN 2713-2617



Академик
Н. И. Брико

Антонина Чубарова: «Филатовская больница — лидер развития стационарзамещающих технологий»



О лидерстве в детской хирургии, развитии стационарзамещающих технологий и лечении врожденных пороков у недоношенных детей рассказывает главный врач Детской городской клинической больницы им. Н. Ф. Филатова Антонина Чубарова.

Интервью: Наталья Епифанова

Фото: архив ДГКБ им. Н. Ф. Филатова

Чубарова Антонина Игоревна, главный врач Детской городской клинической больницы им. Н. Ф. Филатова, профессор кафедры госпитальной педиатрии № 1 РНИМУ им. Н. И. Пирогова, доктор медицинских наук, профессор

— Антонина Игоревна, Филатовская — первая детская больница, появившаяся в Москве еще в XIX столетии. Медицина за два с половиной века сильно изменилась. Какие принципы и подходы актуальны до сих пор?

— Во-первых, Филатовская больница никогда с момента создания не прекращала работать для детей. Традиции главенства интересов ребенка сохраняются по сей день.

Во-вторых, с первых лет создания больница работала как университетская клиника, с 1846 года она являлась базой для обучения студентов-медиков. Сейчас это наиболее насыщенная научными кадрами база Российского национального медицинского университета

им. Н. И. Пирогова и Российской медицинской академии непрерывного медицинского образования. В отделениях больницы обучаются студенты, ординаторы, слушатели курсов повышения квалификации и профессиональной переподготовки врачей. Традиционно Филатовская больница — донор кадров высочайшей квалификации для всей страны.

В-третьих, сотрудничество с научно-образовательными коллективами кафедр имеет еще одну важную сторону: в каждом стационарном и амбулаторном подразделении работает и живет одной жизнью с коллективом больницы научная группа. Благодаря этому каждый поступающий пациент получает консультации самого высокого уровня, в его лечении применяются новейшие технологии.

Наконец, научно-практическое сотрудничество рождает технологии непосредственно здесь, в Филатовской больнице, которые затем распространяются по стране и миру.

— Сейчас в городе не одна детская больница. Какое место занимает



Филатовская в структуре столичного здравоохранения?

— Филатовская детская больница многие десятки лет занимает первые позиции в области детской хирургии. Только здесь выполняются операции на трахее и бронхах с применением экстракорпоральной мембранной оксигенации, торакоскопическое клипирование открытого артериального протока у недоношенных, реконструктивные операции при отчленении конечностей,

создан Центр экстракорпоральных методов поддержания жизни.

Филатовская больница является лидером развития стационарзамещающих технологий. У нас не просто осуществляется амбулаторная медицинская помощь всех уровней, но и имеется более чем 20-летний опыт работы хирургического стационара одного дня, дневной стационар. А также крупнейший клинико-диагностический центр, на базе которого амбулаторно выполняются эндоскопиче-

СТАЦИОНАР ИМЕЕТ ИСКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ ОПЫТ **КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ И ТОРАКОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У НЕДОНОШЕННЫХ**



реконструктивные операции при пороках развития аноректальной и репродуктивной системы у новорожденных, операции по элонгации кишечника и многие другие. Функционируют городские Центры заболеваний гепатобилиарной системы и хирургии кисти. Особое место занимает помощь детям с врожденными пороками развития, оказываемая на протяжении всего детского возраста, начиная с пренатального периода.

Здесь работает крупнейшая в городе реанимационная служба (равная 1/5 коечного фонда больницы), в ее составе отделение реанимации для хирургических больных, неонатальный центр, принимающий самое большое количество детей с экстремально низкой массой тела, кардиореанимация, а также токсикологическая реанимация: применение современных органозамещающих технологий позволяет сохранить жизнь самым сложным больным. На базе больницы



В Филатовской больнице созданы условия для оказания разнообразной медицинской помощи. ИСПОЛЬЗОВАНЫ ФОТО ИЗ АРХИВА

ские манипуляции, возможные в других клиниках только при госпитализации. Реализовывать такой потенциал нам помогает сильная анестезиологическая служба.

Филатовская больница, компактно расположенная на одной территории, сочетает в себе все условия для оказания разнообразной медицинской помощи: от возможностей поликлиники 1–2-го уровня до самых высоких технологий. Также у нас имеются круглосуточные службы по 14 медицинским специальностям. Все эти исключительно организационные моменты позволяют маленьким москвичам и их родителям получить именно ту помощь, которая требуется им в данный момент.

— В Филатовской больнице создана уникальная система помощи маленьким пациентам с врожденными пороками. О каких именно аномалиях идет речь? Что делается для таких пациентов?

— Беременных женщин с пренатально выявленными пороками развития плода совместно со специалистами акушерами-гинекологами, специалистами УЗИ-диагностики консультируют наши эксперты — кардиохирурги, детские хирурги. Мы рассказываем будущим родителям о перспективах лечения их еще не родившегося ребенка и совместно решаем, как это сделать лучше.

После рождения ребенок с пороком сердца, легких, диафрагмы, кишечника, почек, репродуктивной системы переводится к нам на лечение. Около 800 женщин в год получают такие консультации. Ежегодно более

матери. Только наш стационар имеет исключительный опыт кардиохирургических и торакоскопических вмешательств у недоношенных. Залог успеха в таких случаях — командная работа хирургов и неонатологов-реаниматологов.

— Что самое основное в сохранении здоровья ребенка?

— Профилактика. Это слово хоть и стало часто употребляться, но не потеряло своей актуальности. Здоровье

Филатовская больница занимает первые позиции в области детской хирургии.



ОКОЛО 14 % ПРООПЕРИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ ПО ПОВОДУ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ НА МОМЕНТ ПЕРВОЙ ОПЕРАЦИИ ЕЩЕ ДОЛЖНЫ БЫЛИ НАХОДИТЬСЯ В УТРОБЕ МАТЕРИ

1000 детей с диагностированными внутриутробно и выявленными после рождения пороками проходят лечение в нашей больнице. Около четверти таких пациентов имеют сочетанные пороки, в этих случаях крайне важно определить последовательность решения проблем.

Наш уникальный опыт — лечение врожденных пороков у недоношенных детей. Около 14 % прооперированных детей по поводу пороков развития на момент первой операции еще должны были находиться в утробе

ребенка, в том числе его предрасположенность к ожирению, заболеваниям сердечно-сосудистой системы, депрессиям, закладывается во внутриутробном периоде. Основа сохранения здоровья детей — в здоровье нынешнего поколения, молодежи, которая только вступает в репродуктивный возраст. Многие войны и катастрофы тяжело ударили по генофонду нашей страны, особенно мужскому. Его восстановление — задача не только педиатров, но и врачей всех специальностей и общества в целом. ММ



Елена Брагина: «Контакт с вирусом в антенатальном периоде повышает риск реализации у новорожденных внутриутробных инфекций»



О важности наблюдения за детьми после выписки из стационара, рисках внутриутробного контакта с коронавирусом и сочетанной инфекции новорожденных рассказывает заведующая отделением для новорожденных с перинатальным контактом с COVID-19 Детской инфекционной больницы № 6 Елена Брагина.

*Интервью: Сергей Литвиненко
Фото: с сайта ДИКБ № 6 <https://dikb6.ru/>*

Брагина Елена Михайловна, заведующая отделением для новорожденных с перинатальным контактом с COVID-19 Детской инфекционной больницы № 6, врач-неонатолог высшей квалификационной категории

— Елена Михайловна, Детская инфекционная больница № 6 одна из первых начала работать с COVID-19. И продолжает делать это сейчас. Что изменилось в оказании помощи детям в связи с пандемией?

— Да, мы вступили на путь противодействия коронавирусу одними из первых в городе. 27 марта 2020 года по приказу Департамента здравоохранения города Москвы в нашей больнице было открыто и продолжает

функционировать инфекционное отделение патологии новорожденных детей, чьи матери имеют положительный результат анализа ПЦР на COVID-19. В связи с этим было организовано раздельное пребывание новорожденных и матерей — в том числе для профилактики постнатального инфицирования младенцев.

Помимо этого, наша больница продолжает и обычную деятельность — осуществляется госпитализация в другие отделения. Ни одно из них не закрылось в период пандемии. Все поступающие на лечение дети и их сопровождающие обследуются на коронавирусную инфекцию и только после получения отрицательных результатов ПЦР могут госпитализироваться в профильные отделения стационара. На время ожидания результатов анализа — оно занимает не более суток — пациенты размещаются на так называемых «диагностических койках». И только потом переводятся в отделения.



В больнице усилены меры санитарно-эпидемиологического режима, что позволяет не допустить распространения как стандартной внутрибольничной, так и новой коронавирусной инфекции среди пациентов и сотрудников.

— **Какие проблемы, связанные со здоровьем детей, за эти полгода стали актуальны?**

— С учетом уже известных, а также изучаемых отдаленных последствий новой коронавирусной инфекции нам представляется крайне важным проведение катamnестического наблюдения. Наблюдения за новорожденными от «ковидположительных» матерей и детками, переболевшими коронавирусной инфекцией, после выписки из стационара. Контроль за состоянием здоровья таких пациентов необходим с целью своевременного обнаружения и исключения у них возможных патологий со стороны сердечно-сосудистой, бронхолегочной и кровеносной систем.



Ни одно из профильных отделений не прекратило работать с начала пандемии.

Катamnестическое наблюдение осуществляется на базе нашего клинико-диагностического центра специалистами высокого уровня, которые курировали этих детей в остром периоде заболевания.

— **Как сейчас выстроена работа детской инфекционной больницы?**

— Размещение детей в стационаре идет по маломестному принципу. Отдельные боксы позволяют госпитализировать одного или двух детей с их сопровождающими. Размещение на «диагностических койках» — строго одноместное.

Обязательно обследуются как поступающие на лечение дети, так и сопровождающие. Все сотрудники стационаров регулярно, не реже одного раза в 7 дней,

МЫ ВСТУПИЛИ НА ПУТЬ ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ КОРОНАВИРУСУ ОДНИМИ ИЗ ПЕРВЫХ В ГОРОДЕ



сдают анализы ПЦР на наличие коронавирусной инфекции. Плановое поступление на стационарное лечение возможно только в случае полученного накануне госпитализации отрицательного результата ПЦР.

— **Согласны ли вы как врач, работающий с детскими инфекциями, с общепринятым мнением, что коронавирус не опасен для организма ребенка? Влияет ли коронавирусная инфекция у матерей на здоровье малышей?**

у новорожденного выявляет флору, аналогичную флоре матери во время беременности. Считаем, что причиной служит сниженный иммунный ответ, который проявляется на фоне внутриутробного контакта с коронавирусной инфекцией.

— **Приходилось ли сталкиваться с сочетанными случаями у младенцев, когда при наличии коронавируса обнаруживались иные инфекции? Какие результаты лечения, прогноз?**

ДЕТИ ДЕЙСТВИТЕЛЬНО ПЕРЕНОСЯТ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ ЛЕГКО И ЧАЩЕ ДАЖЕ БЕССИМПТОМНО



— Дети действительно переносят коронавирусную инфекцию легко и чаще даже бессимптомно. Это доказывает семимесячный опыт работы нашего инфекционного отделения для новорожденных от женщин с COVID-19. Однако однозначно отрицать внутриутробное влияние коронавируса на организм ребенка мы не можем. Контакт с вирусом в антенатальном периоде повышает риск реализации у младенцев внутриутробных инфекций, как правило, вызванных нарушением бактериальной флоры. К примеру, воспалительные заболевания мочеполовой сферы — они встречаются у новорожденных чаще всего. При отсутствии контакта с коронавирусом эти инфекции обычно носят условно-патогенный характер. Интересно, что явных клинических проявлений заболеваний может и не быть, но по анализам диагностируется стойкий воспалительный процесс, посев крови



На базе больницы функционирует отделение для малышей, рожденных от ковидположительных женщин.

— Да, однозначно мы можем констатировать частные случаи сочетанной вирусно-бактериальной инфекции. Речь идет о течении бактериального менингита, врожденной пневмонии, инфекций мочевой системы на фоне новой коронавирусной инфекции. Эти дети требовали комбинированной вирусной и антибактериальной терапии. Такие случаи требуют анализа и оценки отдаленных результатов лечения, что и осуществляется специалистами нашей больницы. **ММ**

Андрей Шкода: «Современный перинатальный центр в составе крупной многопрофильной клиники — это будущее медицины»



О «пандемических» ограничениях в работе женских консультаций и родильных домов, об уникальном отделении пренатальной диагностики и о том, почему приоритетным направлением развития системы оказания помощи беременным женщинам и роженицам в Москве выбрано создание крупных перинатальных центров, рассказывает главный врач Городской клинической больницы № 67 им. Л. А. Ворохобова Департамента здравоохранения города Москвы Андрей Шкода.

*Интервью: Наталья Епифанова
Фото: Екатерина Козлова*

Шкода Андрей Сергеевич, д. м. н., профессор, главный врач Городской клинической больницы № 67 им. Л. А. Ворохобова Департамента здравоохранения города Москвы

— Андрей Сергеевич, роды нельзя отложить или отменить — женщины рожают и в пандемию. Как сейчас помогают будущим мамам? Что изменилось в роддомах?

— Конечно, жизнь продолжается, женщины беременеют и становятся мамами, как и до пандемии. Более того, по опыту работы нашей больницы могу сказать, что поток рожениц в эти непростые времена не уменьшился.

Но порядок работы акушерских стационаров, естественно, стал иным. Сегодня оказание медицинской помощи беременным и роженицам происходит с соблюдением всех санитарно-эпидемиологических требований. В частности, все сотрудники родильных домов регулярно сдают анализы на наличие коронавирусной инфекции. Разделены потоки пациенток с известным и неизвестным ковидным статусом, результаты анализов на наличие коронавирусной инфекции делаются в течение суток. В отделениях, где находятся пациентки с неизвестным ковидным статусом, организовано местное размещение, сотрудники работают в средствах индивидуальной защиты. Чтобы уменьшить контакты между пациентками и снизить риск заражения,



организовано индивидуальное питание в палатах, в помещениях общего пользования доступны антисептики. Ограничен допуск родственников на территорию родильного дома.

Еще до пандемии в нашем родильном доме был открыт филиал МФЦ, что дает возможность «на месте» оформить свидетельство о рождении ребенка, даже при незарегистрированном браке. В новых условиях эта услуга оказалась крайне востребованной.

Несмотря на сложную эпидемиологическую ситуацию, мы стараемся быть максимально открытыми. Наш родильный дом — один из немногих в городе, где по-прежнему проходят партнерские роды, чтобы дать возможность семье быть вместе в один из самых важных моментов жизни. Но, безусловно, меры предосторожности были усилены в соответствии с новыми санитарно-эпидемиологическими правилами.

— Коронавирус внес коррективы и в работу женских консультаций: на базе Центра акушерства и гинекологии ГКБ № 67



В 2014 году в Москве началась реформа системы акушерства и гинекологии, в результате которой родильные дома были присоединены к многопрофильным стационарам.

заработал новый уникальный сервис — Telegram-канал для связи с врачами. Какие еще изменения произошли?

— Да, работают Telegram-каналы и женских консультаций, и родильного дома. Пациентки могут не только получить самую свежую информацию, но и задать вопросы, оперативно решить возникшие проблемы.

Помимо этого, в связи с эпидемиологической ситуацией внесены и некоторые другие изменения. Согласно информационному письму главного внештатного специалиста акушера-гинеколога ДЗМ о минимизации посещений женских консультаций, установлены четкие сроки посещений и уменьшено количество посещений беременными женских консультаций. Участковые врачи акушеры-гинекологи проводят аудиоконтроль состояния

НАШ РОДИЛЬНЫЙ ДОМ – ОДИН ИЗ НЕМНОГИХ В ГОРОДЕ, ГДЕ ПО-ПРЕЖНЕМУ ПРОХОДЯТ ПАРТНЕРСКИЕ РОДЫ

пациенток с фиксацией результатов в системе ЕМИАС. Рецепт на питание беременные получают не каждый месяц, а раз в полгода.

И самое главное — прикрепиться к женской консультации для постановки на учет по беременности теперь можно удаленно, через портал «Госуслуги». Личное посещение для этого не требуется.

Сейчас врачи женских консультаций круглосуточно находятся на связи со своими пациентками. Все, что для этого нужно, — просто зарегистрироваться на сайте МГФОМС и через личный кабинет задать вопрос врачу. Наши специалисты оказывают максимальную помощь женщинам, оказавшимся сегодня в столь нестандартной ситуации — беременность в условиях эпидемического неблагополучия.



Также некоторые необходимые беременным женщинам обследования проводятся теперь непосредственно в женской консультации, к примеру, суточное мониторирование артериального давления (СМАД) или работы сердца (холтеровское мониторирование). По специальному каналу информация передается в отделение функциональной диагностики больницы, где врач дает заключение и дальнейшие рекомендации.

Благодаря возможностям телемедицины врачи стационара могут быстро подключиться к родильному дому и женским консультациям, чтобы своевременно провести консультацию и при необходимости оперативно среагировать на проблему. Телемедицинский канал начал работу и прошел апробацию как раз в пандемию: она дала дополнительный стимул внедрению новых технологий.

Хотелось бы добавить, что женские консультации при ГКБ № 67 выбраны в качестве пилотных для создания Московского стандарта женской консультации.

— На базе родильного дома № 1 создано отделение пренатальной диагностики. В чем его уникальность? Какие задачи перед ним поставлены?

— В Москве создана уникальная система пренатальной диагностики. В каждом объединении организовано отделение, где работают специалисты, имеющие не только сертификат врача УЗИ-диагностики, но и международный сертификат FMF (Фонда медицины плода). Ежемесячно они проходят ведомственный аудит, по результатам которого либо направляются на дополнительное обучение, либо отстраняются от работы. В настоящее время в кабинетах пренатальной диагностики больницы трудятся высококвалифицированные специалисты, постоянно повышающие профессиональный уровень.



▲ Женские консультации при ГКБ № 67 выбраны в качестве пилотных для создания Московского стандарта женской консультации. ИСПОЛЬЗОВАНЫ ФОТО ИЗ АРХИВА

Кабинеты оснащены аппаратами УЗИ-диагностики экспертного класса, а также поточными измерителями артериального давления. Рассчитывается не только индивидуальный риск хромосомной патологии и пороков развития плода, но и индивидуальный риск преэклампсии и преждевременных родов. Это позволяет назначить профилактический прием препаратов для снижения риска развития данных осложнений.

В кабинете пренатальной диагностики проводится пренатальный скрининг первого и второго триместров, что дает возможность своевременно выявлять пороки развития плода. И решить вопрос антенатально, то есть еще на этапе вынашивания беременности



определился, где сможет получить медицинскую помощь ребенок после рождения. Это позволяет не терять драгоценное время, сохранить здоровье и даже жизнь новорожденному.

Также в нашей медицинской организации проводится скрининг третьего триместра. Не все родильные дома столицы имеют такую возможность. А между тем это обследование позволяет своевременно диагностировать задержку роста плода и принять правильное решение о дальнейшей тактике ведения беременности.

— Родильный дом на базе ГКБ № 67 появился в 2014 году. В чем был смысл такого решения — родильных домов в городе недостаточно? И какое место сейчас занимает служба родовспоможения ГКБ № 67 в общей структуре столичного Департамента здравоохранения?

— В 2014 году в Москве началась реформа системы акушерства и гинекологии, в результате которой родильные дома были присоединены к многопрофильным

— Так как наш стационар обслуживает взрослое население столицы, в случае возникновения проблем со здоровьем новорожденных их переводят в специализированные детские учреждения.

Но в планах у нас — совместный проект с Морозовской детской клинической больницей, который позволит отслеживать весь жизненный цикл человека: появление на свет, поддержание здоровья и развития, взросление, лечение и профилактика заболеваний у взрослых пациентов, то есть охватывает все этапы — от педиатрии до гериатрии. Очень рассчитываю, что в недалеком будущем мы сможем оказывать медицинскую помощь населению «в полном цикле».

— Какие возможности появятся в ближайшие годы?

— В ближайшей перспективе — открытие Перинатального центра на базе нашей больницы, одного из крупнейших в столице, но, к сожалению, пандемия несколько скорректировала планы. Сейчас на его территории работает большое отделение для пациентов

МЫ ДЕЙСТВУЕМ В ИНТЕРЕСАХ ЖЕНЩИН И ДЕТЕЙ, НАША ГЛАВНАЯ ЦЕЛЬ — КОМФОРТ, КАЧЕСТВО И ДОСТУПНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА БАЗЕ ЕДИНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

стационарам. Именно тогда в составе ГКБ № 67 и появился родильный дом. Три года спустя к нашей больнице прикрепили женские консультации. Эти управленческие решения были очень своевременными и позволили обеспечить преемственность оказания медицинской помощи беременным. Она стала более доступной, оперативной и значительно увеличилась в объеме. Любой специалист стационара в любой момент времени может быть привлечен к консультации и оказанию медицинской помощи беременным.

Сейчас наш родильный дом принимает активное участие в реализации национального проекта «Демография», в рамках которого осуществляется работа по ранней диагностике онкологических заболеваний репродуктивной системы: создаются диспансерные группы, разрабатываются диагностические мероприятия и т. д.

— Мы сейчас говорим о женщинах-роженицах. А каков алгоритм действия, если возникает какая-то проблема со здоровьем новорожденного?

с подтвержденной коронавирусной инфекцией. Рано или поздно опасность минует, ситуация нормализуется, и Центр начнет оказывать медицинскую помощь будущим мамам и детям. В нем есть комфортабельные одно- и двухместные палаты, самое современное медицинское оборудование, применяются новейшие технологические решения, а самое главное — здесь будут работать высококвалифицированные специалисты. Центр еще не открыт, но уже идет активное научное сотрудничество с высшими учебными заведениями, в частности, с кафедрой акушерства и гинекологии Сеченовского университета, с педиатрической службой Морозовской детской клинической больницы, с целым рядом авторитетных отечественных и зарубежных специалистов.

Мы действуем в интересах женщин и детей, наша главная цель — комфорт, качество и доступность медицинской помощи на базе единого учреждения. Современный перинатальный центр в составе крупной многопрофильной клиники — это будущее медицины. **ММ**

Наталья Печатникова: «Наш центр работает по принципу “одного окна”»



О ключевых подходах к организации помощи детям с редкими заболеваниями рассказывает руководитель Референс-центра врожденных наследственных заболеваний, генетических отклонений, орфанных и других редких заболеваний Морозовской детской городской клинической больницы Наталья Печатникова.

Интервью: Ирина Степанова

Фото: Екатерина Козлова

Печатникова Наталья Леонидовна, врач-невролог, руководитель Референс-центра врожденных наследственных заболеваний, генетических отклонений, орфанных и других редких заболеваний Морозовской детской городской клинической больницы Департамента здравоохранения города Москвы

— **Наталья Леонидовна, что означает понятие «редкие заболевания»?**

— Редкие или орфанные — заболевания, которые имеют распространенность не более 10 случаев на 100 тысяч населения. Большинство редких заболеваний носят наследственный характер, в основе их развития — генные мутации. Большинство таких заболеваний, к сожалению, неизлечимы, но своевременный старт терапии позволяет добиться компенсации нежелательных последствий. Сейчас, конечно, ситуация принципиально иная, чем даже несколько десятков лет назад. Появились

новые методы лабораторной диагностики, разработаны новые препараты, лечебное питание, методики ведения таких пациентов.

В июне 2015 года в Морозовской больнице впервые в Москве был организован региональный референс-центр, что позволило сосредоточить всю помощь детям с редкими заболеваниями на базе одного учреждения. Сегодня здесь наблюдаются более 1,5 тыс. детей.

— **Что это изменило в организации помощи детям с орфанными заболеваниями?**

— Центр работает по принципу «одного окна». Дети и подростки с орфанными и другими редкими заболеваниями получают весь комплекс медицинских и диагностических мероприятий, проходят диспансерное наблюдение и обеспечиваются специализированными продуктами лечебного питания и лекарствами в одном месте. И что очень важно, при любых осложнениях таким детям в многопрофильном стационаре могут оказать всю необходимую помощь.



На лечение в отделение наследственных нарушений обмена веществ, входящее в структуру центра, поступают дети с уже подтвержденным диагнозом по неонатальному или селективному скринингу.

Многих своих пациентов мы находим в стенах больницы. Ребенок может поступить к нам по скорой, но, когда симптоматика не укладывается в привычную картину заболевания, проводится ряд дополнительных обследований и уточняется диагноз. Некоторые дети поступают к нам на обследование по направлению врача-генетика. В идеальном варианте мы должны выписать ребенка с установленным диагнозом и с расписанной терапией. Но так случается достаточно редко, генетическая диагностика длится порой месяцы, поэтому, когда клинически и лабораторно диагноз подтверждается, ребенку назначается терапия и он выписывается под амбулаторное наблюдение.

— Что входит в набор диагностических процедур при работе с детьми с редкими заболеваниями?

— В России работает система неонатального скрининга на 5 наследственных болезней. В Москве с 2018 года скрининг расширен, массовое обследование новорожденных проводится на 11 наследственных заболеваний.

Благодаря поддержке Правительства Москвы и ДЗМ в 2016 году в столице появилась программа селективного скрининга на наследственные болезни обмена веществ. Исследования проводятся методом тандемной масс-спектрометрии. В роддоме у младенцев берут анализ — несколько капель крови из пятки. Капиллярная кровь наносится на специальный фильтр и помещается в аппарат. Для диагностики заболеваний из группы нарушения обмена веществ важно знать содержание в крови аминокислот и ацилкарнитина. Новые технические достижения позволяют из этого же фильтра выделить редуцирующие ферменты, что позволяет диагностировать другую большую группу заболеваний — лизосомные болезни накопления, такие как мукополисахаридоз.

Для дальнейшей диагностики применяются стандартные методы: МРТ, УЗИ, ЭКГ, но есть некоторая специфика изменений, которая может «подтолкнуть к мысли» о наличии определенных наследственных заболеваний.

Свои предположения мы подтверждаем специфическими лабораторными тестами.

— Где удалось в этой группе заболеваний получить максимальный эффект от лечения?

— Прежде всего фенилкетонурия. Это самая многочисленная группа пациентов — в Москве зарегистрировано 360 детей с таким диагнозом. Сегодня они ничем не отличаются от здоровых сверстников и даже не считают себя больными. Конечно, им приходится соблюдать некоторые ограничения, связанные со специальной пожизненной диетой. А ведь фенилкетонурия — наследственное заболевание, и, когда его не умели лечить, большинство пациентов погибали в первые годы жизни.

В целом сегодня мы реже сталкиваемся с внезапными ухудшениями их самочувствия, и это заслуга не только врачей, но и родителей. Мы — одна команда. Семьи с больными детьми, которые прошли непростой путь проб и ошибок, оказывают огромную поддержку вновь выявленным пациентам и их родителям, что снимает с врачей огромную психологическую нагрузку. Пациентские сообщества доброжелательно принимают новичков, помогают

советами, делятся информацией и просто общаются. Это очень важно.

— Появится ли возможность полностью излечивать такие заболевания?

— Когда мы работаем с детьми с наследственной патологией, то боремся с природой, пытаемся ее обыграть, нивелировать последствия генной ошибки. Будущее — за генной терапией, это одно из самых перспективных направлений в лечении наследственной патологии. Сегодня большинство исследований в этой сфере направлено на создание препаратов, которые могли бы устранить генную поломку, то есть воздействовать на первопричину заболевания. Это достаточно серьезное вмешательство в организм человека, поэтому нужны длительные исследования. Пройдут годы, а возможно десятилетия, прежде чем этот метод начнет применяться повсеместно. При этом расширение диагностических и лабораторных возможностей позволит обнаруживать новые редкие болезни, которые сегодня неизвестны. **ММ**

В ИЮНЕ 2015 ГОДА В МОРОЗОВСКОЙ БОЛЬНИЦЕ БЫЛ ОРГАНИЗОВАН РЕГИОНАЛЬНЫЙ РЕФЕРЕНС-ЦЕНТР, ЧТО ПОЗВОЛИЛО СОСРЕДОТОЧИТЬ ВСЮ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ С РЕДКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НА БАЗЕ ОДНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Юрий Логвинов: «Симуляционные технологии: обучение без риска»



В Медицинском симуляционном центре на базе Боткинской больницы проходят обучение специалисты с высшим и средним образованием. О программах для представителей различных медицинских специальностей, в том числе в сфере родовспоможения и неонатологии, рассказывает заведующий Медицинским симуляционным центром Боткинской больницы Юрий Логвинов.

Интервью: Наталья Епифанова

Фото: пресс-служба Боткинской больницы

Логвинов Юрий Иванович, заведующий Учебно-аккредитационным центром — Медицинским симуляционным центром ГKB им. С. П. Боткина ДЗМ, действительный член Европейского симуляционного общества (SESAM), лауреат премии Правительства Москвы по медицине, отличник здравоохранения РФ

— Юрий Иванович, в чем заключается уникальность симуляционного обучения? Почему оно особенно важно для медицинских специалистов?

— Врач — специалист, к которому предъявляются повышенные требования качества оказания медицинских

услуг. На протяжении всей своей профессиональной деятельности он должен проходить обучение, повышать квалификацию, приобретать новые знания и умения.

Обучение с применением симуляционных технологий, основанное на реалистическом моделировании с использованием моделей различной сложности, позволяет многократно отрабатывать определенные упражнения, прочно закреплять практические навыки без риска нанесения вреда пациенту, дает объективную оценку приобретенному опыту и умениям специалистов.

В целом создание системы симуляционного обучения повышает эффективность и безопасность оказываемой медицинской помощи.



Учебно-аккредитационный центр — Медицинский симуляционный центр Боткинской больницы является крупнейшим центром в Европе. В нем ежегодно проходят обучение более 12 000 специалистов с высшим и средним специальным образованием.

С целью отработки профессиональных навыков и умений в соответствии с профессиональными стандартами оказания медицинской помощи Учебно-аккредитационный центр — Медицинский симуляционный центр проводит обучение более чем по 50 специальностям: «Акушерство-гинекология», «Анестезиология-реаниматология», «Неонатология», «Неврология», «Хирургия» и др. Разработана и внедрена уникальная программа для специалистов среднего медицинского звена — «Сестринский уход за венозными порт-системами при лечении онкологических пациентов». Реализация программы направлена на удовлетворение образовательных и профессиональных потребностей



Многочисленное повторение определенных упражнений на моделях различной сложности позволяет закреплять полученные навыки без риска для пациента.

специалистов, на обеспечение соответствия их квалификации меняющимся условиям профессиональной деятельности и социальной среды, совершенствование компетенций, необходимых для профессиональной деятельности.

— Расскажите, пожалуйста, подробнее о программах для специалистов, оказывающих медицинскую помощь детям: педиатров, неонатологов, реаниматологов отделений реанимации новорожденных и др.?

**БОЛЕЕ 12 000 СПЕЦИАЛИСТОВ ЕЖЕГОДНО ПРОХОДЯТ ОБУЧЕНИЕ
В МЕДИЦИНСКОМ СИМУЛЯЦИОННОМ ЦЕНТРЕ БОТКИНСКОЙ БОЛЬНИЦЫ**

— Учебно-аккредитационный центр — Медицинский симуляционный центр Боткинской больницы предоставляет уникальную возможность детального разбора медицинских вмешательств, приобретения профессиональных умений без риска для пациентов, возможности многократного повтора отдельных манипуляций, отработки умений работы в команде по специальностям:

- Акушерство-гинекология: «Диагностическая и оперативная гистероскопия» (36 часов), «Оперативная

— Какие навыки и знания приобретают медицинские работники после прохождения занятий?

— Возьмем, к примеру, модули для акушеров-гинекологов. Использование симуляционных технологий позволяет повышать уровень знаний при проведении диагностической и оперативной гистероскопии, использовать современные методы исследования внутриматочной патологии, методы диагностики новообразований женских половых органов и молочных

ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ, ПРИОБРЕТЕННЫЕ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ, **СЛУШАТЕЛИ ДЕМОНСТРИРУЮТ ПРИ ПРОХОЖДЕНИИ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**



гистерорезектоскопия» (36 часов), «Основные принципы ведения родов» (18 часов);

- Анестезиология-реаниматология: «Проведение комплекса реанимационных мероприятий при остановке сердца вне медицинской реанимации» (18 часов), «Сердечно-легочная реанимация. Базовый курс» (18 часов), «Трудные дыхательные пути» (18 часов);
- Неонатология: «Первичная реанимация новорожденных и детей младшего возраста на догоспитальном этапе» (18 часов), «Первичная реанимационная помощь новорожденным» (18 часов).

В Симуляционном центре используются все формы обучения, в том числе и дистанционная.



Учебные программы для акушеров-гинекологов и неонатологов — одни из самых востребованных.
ИСПОЛЬЗОВАНЫ ФОТО ИЗ АРХИВА

желез. Также в процессе обучения специалисты изучают методики обезболивания в акушерско-гинекологической практике, в частности, при акушерских кровотечениях.

При прохождении итоговой аттестации слушатели демонстрируют практические навыки, приобретенные в процессе обучения, например, проведение зондирования цервикального канала и полости матки, постановку диагноза в сложных случаях. Все курсанты осваивают алгоритм HELPER при дистонии плечевого



пояса, оказывают пособие по Цовьянову и классическое ручное пособие при родовспоможении.

Большой популярностью пользуются циклы по сердечно-легочной реанимации беременных, первичной реанимации новорожденных, базовым принципам оказания первичной реанимационной помощи новорожденным и детям младшего возраста. В них включены практические занятия с использованием симуляционных технологий, включающих выполнение прикладных заданий для отработки навыков реанимационной помощи на догоспитальном этапе: ИВЛ маской, интубации трахеи, ИВЛ через интубационную трубку, непрямого массажа сердца, медикаментозной терапии, использования кислорода, поддержания температуры тела, соблюдения тепловой цепочки. Наши выпускники владеют этими навыками, что существен-

При установлении тяжелого диагноза еще не родившемуся ребенку специалисты паллиативных служб совместно с акушерами-гинекологами, неонатологами и семьей прорабатывают планирование беременности и родов — сроки и место родоразрешения, сопровождение новорожденного в стационаре.

На базе Учебно-аккредитационного центра — Медицинского симуляционного центра Боткинской больницы в 2021 году планируется подготовка по уникальной программе повышения квалификации «Навыки и практика общения при оказании перинатальной паллиативной

Занятия проходят как в очном, так и дистанционном режиме. **ИСПОЛЬЗОВАНЫ ФОТО ИЗ АРХИВА**



СИМУЛЯЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПОВЫШАЮТ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

но повышает их профессиональный уровень и позволяет расширить объем и качество оказываемой населению медицинской помощи.

— Что в ближайших планах: будут ли новые специализированные модули для детских специалистов?

— Все большей востребованностью в наше время пользуется перинатальная паллиативная помощь.

помощи семье», что способствует повышению качества жизни и психологического состояния будущих родителей. Программа рассчитана на специалистов с высшим и средним медицинским образованием, работающих в системе родовспоможения (женских консультаций, КДО, отделений пренатальной диагностики и вспомогательных репродуктивных технологий, а также родильных, послеродовых и детских отделений). **ММ**

Московская педиатрия — 2020 в событиях



Уходящий год наглядно продемонстрировал востребованность и практическую значимость активного взаимодействия внутри медицинского сообщества, обмена опытом, наблюдениями, результатами исследований. Активная внутривидовая и междисциплинарная коммуникация оказывает значительное влияние не только на развитие того или иного конкретного медицинского направления, но и на практические результаты в ближайшей перспективе, включая исходы лечения больных, делает саму систему здравоохранения более динамичной, открытой, эффективной.

Помимо научной и исследовательской работы, практическая организаторская деятельность входит в спектр задач, стоящих перед Научно-исследовательским институтом организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ. Институт — оператор и организатор существенного числа мероприятий для медицинского сообщества Москвы, и это направление интенсивно развивается. В частности, по сравнению с 2018 годом, в 2019 году их число выросло почти в 10 раз (9 — в 2018 и 86 — в 2019). И хотя подводить окончательные

итоги 2020 года преждевременно, уже можно утверждать, что растущий тренд сохраняется.

Сложная эпидемиологическая обстановка в сочетании с резко возросшей потребностью в постоянном получении и валидации новой информации, связанной с COVID-19, послужила мощнейшим импульсом для глобального переноса привычного формата конгрессов, симпозиумов, конференций и лекций онлайн. Назначенные ранее мероприятия по всему миру оперативно были переведены в новый формат. В НИИОЗММ в сжатые сроки также была подготовлена собственная платформа для проведения онлайн-мероприятий в сфере московской медицины. В числе первых мероприятий был и вебинар, подготовленный руководителем ОМО по педиатрии, кандидатом медицинских наук Светланой Борзаковой, «Особенности диагностики и терапии COVID-19 у детей». Таким образом, был открыт новый канал оперативного распространения среди профессионального сообщества актуальной информации. По мере консолидации и анализа накапливаемого опыта профильные работники московского здравоохранения

получали к нему доступ, могли сверять со своим собственным опытом и выводами, использовать в практике новые, появляющиеся в режиме реального времени наработки.

Основные удобства онлайн-мероприятий очевидны:

- возможность оперативно реагировать на события и распространять актуальную информацию внутри сообщества, нет необходимости ждать очередного ежегодного съезда или конференции;
- расширение аудитории: подключаются участники из разных регионов страны и мира;
- демократичность: вопросы могут задаваться по мере их возникновения в чате мероприятия;
- гибкий тайминг: можно как принять участие в мероприятии непосредственно во время его проведения, так и посмотреть трансляцию в записи в любое удобное время;
- упрощение логистики: спикеры, как и слушатели, выбирают локацию сами для себя;
- непрерывный образовательный процесс и профессиональная коммуникация вне рамок места работы, что не может не способствовать профессиональному росту.

Примечательно, что начало активному освоению онлайн-формата мероприятий было положено в НИИОЗММ ДЗМ еще в 2019 году, когда в октябре состоялась первая виртуальная конференция для управленцев здравоохранения «Вызовы столичного здравоохранения: на пути к 2030 году». Ее главной целью было представление столичного опыта коллегам в регионах. Таким образом, московские мероприятия перестали быть внутригородскими. Всеобщая доступность интернет-технологий позволяет реализовать традиционный формат очного мероприятия без физического присутствия участников и подключаться всем желающим, общаясь через сети с использованием аудио-, видеоконтента и специальных чатов.

Активная интеллектуальная жизнь московских педиатров отражена в интенсивном графике мероприятий в календаре 2020 года. И мы видим, что произошла успешная адаптация к новой реальности. Традиционные, ожидаемые мероприятия при смещении онлайн стали собирать еще больше участников за счет удобства формата. А внеочередные семинары по наиболее животрепещущим темам — своевременно доносить до сообщества значимую информацию. Все это создает благоприятную среду для профессионального развития специалистов и в конечном счете повышает качество медицинской помощи.



21.02
22.02

XXII Конгресс «Актуальные проблемы педиатрии»



22.02

Научно-практическая школа-семинар «Актуальные вопросы детской гастроэнтерологии»



26.03

«Ортопедическая коррекция двигательных нарушений при детском церебральном параличе»



27.03

Семинар «Детская травма. Лечение над- и чрезмыщелковых переломов плечевой кости у детей. Особенности выбора метода лечения»

Организатор: НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова Минздрава России проводит научно-практические мероприятия с использованием телемедицинских технологий.



20.04

Вебинар «Особенности диагностики и терапии новой коронавирусной инфекции COVID-19 у детей»



22.04

Онлайн-семинар «Правила проведения и интерпретации результатов суточного мониторинга артериального давления у детей. Показания к старту гипотензивной терапии и мониторинг ее эффективности»



29.05

Лекция «Детская травма. Лечение над- и чрезмыщелковых переломов плечевой кости у детей. Особенности выбора метода лечения»





27.05	Онлайн-семинар «Что важно знать детскому кардиологу о COVID-19. Ведение пациентов с легочной артериальной гипертензией»	
11.06	Школа детских гастроэнтерологов имени профессора А. В. Мазурина	
25.06	Онлайн-семинар «Современные направления диагностики и лечения эпилепсии у детей»	
20.08	III Национальный междисциплинарный конгресс с международным участием «Физическая и реабилитационная медицина в педиатрии: традиции и инновации» (Онлайн-формат)	
17.09	III Ежегодная московская городская конференция «Лекарство и дети»	
31.10	Школа-семинар «Расстройства пищевого поведения у детей и подростков»	
25.11	Онлайн-семинар «Тромбозы в практике детского кардиолога. Антикоагулянтная терапия у детей с сердечно-сосудистой патологией»	
26.11	Общество детских хирургов Москвы и Московской области. Заседание № 605 (Онлайн-формат)	

26.11	Вебинар «Кортикальные кистозные дисплазии почек у детей»	
28.11	Школа-семинар «Онлайн-видеоконференция. Достижения и перспективы развития детской гастроэнтерологии»	
01.12	I Междисциплинарный педиатрический научно-практический форум «Морозовские чтения» (Онлайн-формат)	
03.12	Постоянно действующий семинар для детских хирургов амбулаторных центров	
10.12	X Конгресс с международным участием «Детский церебральный паралич и другие нарушения движения у детей» (Онлайн-формат)	
12.12	Научно-практическая школа для врачей «Компетентность в педиатрии и неонатологии» (Онлайн-формат)	
14.12	Онлайн-школа для врачей-стоматологов детских	
15.12	Симпозиум «Методологические основы этапной реабилитации детей с острыми повреждениями и заболеваниями» (Онлайн-формат)	
15.12	Онлайн-конференция «Ребенок и инфекции»	
22.12	Московская школа детского травматолога-ортопеда имени профессора В. П. Немсадзе (Онлайн-формат)	
24.12	Общество детских хирургов Москвы и Московской области. Заседание № 606 (Онлайн-формат)	

VI МОСКОВСКИЙ ГОРОДСКОЙ СЪЕЗД ПЕДИАТРОВ С МЕЖРЕГИОНАЛЬНЫМ И МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ «ТРУДНЫЙ ДИАГНОЗ,, В ПЕДИАТРИИ» ИЗБРАННЫЕ ТЕЗИСЫ



В традиционном ежегодном съезде педиатров приняли участие около 5500 человек, состоялось более 300 докладов. В журнале публикуются избранные тезисы, представленные врачами московских медицинских организаций.



Роль микроРНК, ассоциированных с атерогенными нарушениями, в развитии солидных опухолей у детей

Абрамов А. А., Петриченко А. В., Неудахин Е. В., Иванова Н. М.

ГБУЗ «Научно-практический центр специализированной медицинской помощи детям имени В. Ф. Войно-Ясенецкого ДЗМ»

Введение. При онкологических заболеваниях наблюдается комплекс патологических процессов, в том числе формирование нарушений атерогенного характера. Ряд микроРНК, контролируя синтез липопротеинов высокой и низкой плотности, гомеостаз холестерина и активность фагоцитоза, ассоциированы с развитием атерогенных нарушений.

Цель исследования. Изучение изменений уровней экспрессии атерогенных и антиатерогенных экзосомальных микроРНК при развитии онкологических заболеваний у детей.

Материалы и методы. В исследовании принимало участие 80 пациентов с солидными опухолями в возрасте от 5 до 17 лет (основная группа), у 30 из которых наблюдались рецидивы заболевания. Выделения экзосом проводились с помощью ультрацентрифугирования (1,5 ч 100 000 g) из 500 мкл плазмы крови, выделение микроРНК проводили методом адсорбции на колонках с последующим центрифугированием, после чего проводили реакцию обратной транскрипции тотальной микроРНК с получением кДНК. Определение экзосомальных микроРНК (mir-21, mir-24, mir-125, mir-126, mir-145, mir-222, let-7a, let-7b) проводилось методом ПЦР в режиме реального времени с использованием высокоспецифических праймеров на каждую микроРНК. Уровень экспрессии каждой микроРНК определялся относительно уровня экспрессии микроРНК-16 в каждом отдельном образце, параллельно оценивался уровень свободно циркулирующих микроРНК.

Результаты. Соотношение экзосомальных к свободным микроРНК у пациентов с рецидивами солидных опухолей были повышены для следующих микроРНК (mir-21/mir-16, mir-24/mir-16, mir-125/mir-16), также наблюдалось снижение соотношения экзосомальных к свободным микроРНК (mir-126/mir-16, mir-145/mir-16, mir-222/mir-16, let-7a/mir-16, let-7b/mir-16). Относительный суммарный уровень экспрессии атерогенных фракций микроРНК у детей-пациентов с рецидивами солидных опухолей был в 2,5 раза выше, чем в образцах пациентов без рецидивов; в то время как суммарный уровень антиатерогенных микроРНК в 1,85 раза меньше.

Заключение. Уровни атерогенных и антиатерогенных микроРНК позволяют прогнозировать течение солидных опухолей у детей.

Роль микроРНК в регуляции энергетического обмена в клетках у новорожденных детей с внутрижелудочковыми кровоизлияниями

Абрамов А. А., Ворона Л. Д., Неудахин Е. В., Лукаш Е. Н.

ГБУЗ «Научно-практический центр специализированной медицинской помощи детям имени В. Ф. Войно-Ясенецкого ДЗМ»

В последнее время большое внимание уделяется роли микроРНК в развитии патологических процессов. МикроРНК регулируют экспрессию генов на посттранскрипционном уровне, влияя на образование белка, контролируют синтез ферментов и структурных белков. Исследование микроРНК при нарушении энергетического обмена в клетках, происходящем при внутрижелудочковых кровоизлияниях у новорожденных, может дать важные биомаркеры, а также позволит выявить

ключевые звенья патогенеза с перспективой последующего влияния на них.

Цель работы. Определение роли микроРНК в регуляции энергетического обмена в клетках у новорожденных детей с внутрижелудочковыми кровоизлияниями.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 26 пациентов с внутрижелудочковыми кровоизлияниями. Обследовано 26 детей в возрасте от 14 дней до 2 месяцев жизни с различными сроками гестации (недоношенных 65 %) с внутричерепными кровоизлияниями. Все пациенты были распределены на 2 группы: 1 — внутрижелудочковые кровоизлияния 1–2 степени (14 детей); 2 — внутрижелудочковые кровоизлияния 3–4 степени (12 детей). Диагнозы устанавливались на основании нейросонографического исследования. Выделение общей микроРНК осуществлялось на колонках из плазмы крови. Определение индивидуальных микроРНК (mir-21, mir-24, mir-125, mir-126, mir-145, mir-222, let-7a, let-7b) проводилось методом ПЦР в режиме реального времени. Полученные данные обработаны с помощью программного обеспечения Microsoft excel-2010. С целью оценки энергетического обмена клеток у всех детей осуществлялся цитохимический анализ активности некоторых митохондриальных ферментов лимфоцитов периферической крови: сукцинатдегидрогеназы, альфа-глицерофосфатдегидрогеназы, лактатдегидрогеназы количественным методом в модификации Р. П. Нарциссова (1986 год) с последующей визуальной морфометрией.

Результаты. По результатам исследования определили корреляции уровней ряда микроРНК с показателями энергетического обмена в клетках у детей с внутрижелудочковыми кровоизлияниями.

Тяжелая ожоговая травма у детей: оказание помощи в первые часы

Азовский Д. К., Легманов А. У., Пилотик С. Ф.

ГБУЗ «Детская городская клиническая больница № 9 имени Г. Н. Сперанского ДЗМ»

Интенсивная терапия детей с ожогами в настоящее время претерпевает определенные преобразования. Довольно часто дети с тяжелыми ожогами поступают в участковые, районные или городские неспециализированные стационары, зачастую взрослые, на различных этапах оказания первой помощи, где специалисты не имеют достаточного опыта в лечении пациентов с ожогами, особенно детей, что приводит к недооценке или переоценке тяжести состояния и, в свою очередь, к ошибкам в тактике интенсивной терапии, развитию ятрогенных осложнений, особенно со стороны проведения инфузионной терапии. Общие принципы оказания помощи пациентам с тяжелыми ожогами врачами первичного звена можно сформулировать следующим образом. Детям достаточно ингаляции кислорода во время транспортировки. Дети редко требуют интубации и проведения искусственной вентиляции легких. Исключения могут составлять пациенты с термоингаляционным поражением и дети со сверхкритическими ожогами с длительным (более 120 минут) временем транспортировки. Достаточно покрытия области ожога чистой простыней и одеялом, что уменьшает боль и сохраняет ребенка в тепле. Обработка и перевязка ожоговых ран в догоспитальном периоде не рекомендуется. Необходима максимально быстрая эвакуация ребенка в больницу. Необходимо свести к минимуму вмешательств, задерживающие транспортировку. У детей нет необходимости в проведении инфузионной терапии при времени медицинской эвакуации до 2 часов. Пациентам со сверхкритическими ожогами и длительным временем транспортировки может потребоваться инфузионная терапия. Внутрикостное введение препаратов необходимо применять



исключительно в случаях сердечно-легочной реанимации. Препаратами первой линии для купирования болевого синдрома являются исключительно наркотические анальгетики внутривенно. Внутримышечное введение может быть неэффективным или непредсказуемым у детей с ожогами. На этапе ожидания бригады скорой помощи рекомендуется охлаждение ожоговой поверхности водой комнатной температуры в течение 20 минут непосредственно после травмы. Максимально ранняя транспортировка на специализированный этап лечения создает предпосылки для индивидуализации лечебного алгоритма у пострадавших с тяжелой термической травмой с использованием расширенного инвазивного и неинвазивного мониторинга. Время перевода на специализированный этап лечения не увеличивает риск смерти после термического повреждения. На госпитальном этапе применение методов расширенного мониторинга гемодинамики с использованием эхокардиографии, доплерографии, инвазивных методов позволяет контролировать состояние кровообращения на фоне проводимого лечения и вносить своевременные изменения в сценарий терапии. В настоящее время показано, что использование классической формулы Parkland, с учетом физиологической потребности, при расчете инфузионной терапии у детей приводит к перегрузке жидкостью, развитию синдрома капиллярной утечки, а в наиболее тяжелых случаях к развитию ОРДС. В нашей клинике, как и в ведущих клиниках за рубежом, изменился подход к проведению интенсивной терапии у данной категории пациентов. Это стало результатом как собственных наблюдений, так и публикаций авторитетных иностранных авторов. Внедрение в рутинную клиническую практику расширенного мониторинга гемодинамики, как инвазивного (транспульмональная термодилуция и анализ контура пульсовой волны), так и неинвазивного (трансторакальная доплерография), более глубокое теоретическое понимание процессов перераспределения жидкости в организме, переосмысление модели Франка–Старлинга, открытие функции эндотелиального гликокаликса — все это способствовало поиску новых методик и алгоритмов в интенсивной терапии детей с обширными ожогами. В первую очередь коррекции подвергается объем, состав и способы введения жидкости в первые часы после травмы. Сложенная работа стационаров различного уровня, служб экстренной медицинской помощи и медицинской эвакуации позволяет обеспечить качественное оказание медицинской помощи на всех этапах, что в сочетании с персонифицированной концепцией интенсивной терапии с применением расширенного мониторинга гемодинамики позволяет удерживать показатели в пределах физиологических интервалов без развития шока, несмотря на достаточно обширные повреждения.

Особенности витаминной недостаточности у детей с расстройствами аутистического спектра



 Басова А. Я., Шапошникова А. Ф., Трофимкина Т. В.
 ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков имени Г. Е. Сухаревой ДЗМ»

На современном этапе, в свете последних исследований, расстройства аутистического спектра уже нельзя рассматривать только с точки зрения психиатрии. В США было установлено, что дети с аутистическими расстройствами больше других подвержены заболеваниям желудочно-кишечного тракта, иммунной, эндокринной системы (Chen, 2013; Gurneu, 2006; Isaksen et al., 2012; Kohane et al., 2012). Соматическое состояние данной группы пациентов оказывает значительное влияние на их психическое благополучие, в частности, рефлюксный эзофагит и мальабсорбция биоза могут способствовать возникновению и усилению поведенческих проблем у невербальных пациентов

с аутистическими расстройствами (Horvath et al., 1999). А также, наоборот, выраженность собственно аутистической симптоматики, например, избирательности в пище, потенцирует развитие коморбидных заболеваний. На базе дошкольных отделений Центра психического здоровья им. Г. Е. Сухаревой в 2018–2019 гг. начато исследование возможных нарушений витаминно-минерального баланса у детей с расстройствами аутистического спектра. В исследование вошли 100 детей с диагнозом «расстройства аутистического спектра». Диагноз был выставлен на основании клинико-психопатологического обследования и верифицирован по методике Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS). Были проведены анализы крови на содержание витаминов и некоторых микроэлементов. Нами получены предварительные результаты, выявляющие тенденцию к снижению содержания витамина D у детей с расстройствами аутистического спектра. Исследование продолжается.

Выводы. 1. У детей с расстройствами аутистического спектра есть склонность к формированию витаминной недостаточности, которая может угрожать здоровью ребенка. **2.** Витаминная недостаточность у детей с расстройствами аутистического спектра имеет некоторые особенности, связанные со специфическими нарушениями желудочно-кишечного тракта, а также с собственно аутистической симптоматикой (расстройствами пищевого поведения).

Детский церебральный паралич и эпилепсия: особенности реабилитации в раннем возрасте

 Батышева Т. Т., Пшемьская И. А., Позднякова Д. А., Слободчикова Н. С., Платонова А. Н.
 ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗМ»

Актуальность. Детский церебральный паралич (ДЦП) занимает ведущее место среди инвалидизирующих заболеваний и составляет 1,7–5 случаев на 1000 человек. Риск развития эпилепсии и эпилептических синдромов у детей с ДЦП составляет от 15 до 90 %. Для детей с ДЦП характерно развитие как симптоматических, так и идиопатических форм эпилепсии. Наиболее часто эпилепсия встречается при спастических формах, а именно при спастической гемиплегии и спастическом тетрапарезе. До 50 % случаев эпилепсии при ДЦП является фармакорезистентными. Факторы риска развития эпилепсии при ДЦП полиэтиологичны, но наиболее часто встречающимися являются: структурные поражения головного мозга, эпилептиформные изменения на электроэнцефалограмме (ЭЭГ), неонатальные судороги в анамнезе, недоношенность. Данная группа пациентов нуждается в более частом динамическом контроле и рациональной неагрессивной реабилитационной терапии.

Цель исследования. Оценить возможности восстановительного лечения в раннем возрасте при сопутствующих эпилептических приступах и эпизодах судорожных пароксизмов (неонатальные, фебрильные) в анамнезе.

Материалы и методы. Проведен анализ частоты встречаемости эпилепсии и эпизодов судорожных приступов (неонатальные, фебрильные) в анамнезе у детей в возрасте от 0 до 1,5 лет, за период с 2016–2018 гг. (в течение 3 лет) поступивших в третье отделение НПЦ детской психоневрологии. Пациентам проводился ЭЭГ-контроль. Все пациенты получали комплексную восстановительную терапию. Объем лечения зависел от полноты и длительности медикаментозного контроля над приступами, динамики электроэнцефалограммы (ЭЭГ) и наличия побочных эффектов антиэпилептического лечения (АЭП).


Результаты. Всего за период 2016–2018 гг. пролечено 2060 детей в возрасте от 0 до 1,5 лет с диагностированным

перинатальным поражением центральной нервной системы (ЦНС) различного генеза, задержкой моторного, психоречевого развития, двигательными нарушениями, часть пациентов старше года с диагнозом ДЦП. Из них количество детей с симптоматической фокальной эпилепсией составило 76 (3,7 %) детей, с эпизодами судорожных пароксизмов в анамнезе (неонатальные, фебрильные) — 102 (5 %) ребенка. При первых выявленной эпилепсии на фоне подбора АЭП объем восстановительной терапии был минимален, но не прекращался (посуставная гимнастика, позиционирование, кинезиотерапия и др.). При достижении контроля над приступами объем терапии расширился, и при достижении клинико-энцефалографической ремиссии (не менее 3 месяцев) терапия проводилась практически в полном объеме (за исключением электростимулирующих методов). При рациональном подходе к реабилитации за время наблюдения возобновление или увеличение частоты и интенсивности приступов не отмечалось. Ухудшение ЭЭГ-показателей отмечалось у 3 детей, без клинического проявления приступов.

Выводы. Наличие эпилептических приступов не является абсолютным противопоказанием для проведения восстановительной терапии, но требует тщательного подбора методов реабилитации на фоне адекватной антиэпилептической терапии, динамического контроля ЭЭГ и контроля побочных явлений АЭП.

Первичная профилактика инсультов в детском возрасте

 Батышева Т. Т., Петрайкина Е. Е., Платонова А. Н., Щедеркина И. О., Быкова О. В., Саржина М. Н., Плотникова И. А.

 ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗМ»
ГБУЗ «Морозовская детская городская клиническая больница ДЗМ»

Факторы риска развития острых нарушений мозгового кровообращения в детском возрасте кардинально отличаются от таковых у взрослых. У каждого ребенка должно быть проведено полное обследование, включающее гематологические, метаболические исследования, ангиографию, подробный сбор семейного анамнеза, выявление системных, инфекционных и генетических заболеваний. Разработаны следующие критерии включения детей в группы риска по инсульту. Важно наличие более 2 факторов:


- Врожденные и приобретенные заболевания сердца, нарушения ритма.
- Отягощенный семейный анамнез по инсультам, инфарктам.
- Маркеры дисплазии соединительной ткани, в том числе синдромы Марфана, синдром Элерса–Данлоса, фибромаскулярная дисплазия и т. д.
- Травмы головы и шеи (любой тяжести).
- Хронические и острые инфекции (особенно головы и шеи, системные).
- Носительство мутаций генов системы гемостаза.
- Подтвержденная врожденная или приобретенная тромбофилия, гемоцистеинемия.
- Мигрень (особенно атипичное течение мигрени с аурой и частые приступы) и семейное отягощение по мигрени.
- Генетические синдромы (пациенты с синдромом Дауна, нейрофиброматозом, серповидноклеточной анемией в связи с повышенным риском болезни мойя-мойя, а также при нейрокожных заболеваниях (нейрофиброматоз, болезнь Штурге-Вебера, болезнь Рандю-Ослера, CADASIL-синдром) с высоким риском артериовенозных мальформаций).

- Нарушение обмена веществ: MELAS, гемоцистеинурия, болезнь Фабри, гиперлипопротеинемия А, гиперлипидемия.
- Аномалии строения и хода экстра- и интракраниальных сосудов (в том числе и у членов семей), особенно гемодинамически значимые по данным доплерографии.
- Перенесенная ветряная оспа в течение предшествующего 1 года, носительство вирусов герпеса 1, 2, 6 типов, ВЭБ, ЦМВ.
- Метаболический синдром у детей старше 10 лет (абдоминальное ожирение, артериальная гипертония, снижение толерантности к глюкозе, гиперлипидемия), а также у детей любого возраста при сочетании абдоминального ожирения с отягощенным анамнезом по МС, СД 2 типа, заболеваниями сердечно-сосудистой системы.
- ДЦП, обусловленный геморрагическим и ишемическим поражением головного мозга в перинатальном периоде (в связи с повышенным риском повторных инсультов в пубертатном периоде).
- Каверномы, ангиомы у членов семей. Необходимо проведение МР-ангиографии у детей.
- Серповидноклеточная анемия, железodefицитная злокачественная анемия, талассемия.
- Наличие в анамнезе онкологических, аутоиммунных заболеваний (период повышенного риска инсульта 5 лет).
- Сахарный диабет 1 типа (частые кетоацидозы, неконтролируемые гипергликемии).
- Гипотиреоз (со снижением артериального давления, риск гемодинамического варианта инсульта).
- Прием вазоактивных медикаментов (при лечении острых состояний и длительном приеме).
- Длительная терапия: антиконвульсанты, препараты, нарушающие цикл фолиевой к-ты, противогрибковые препараты, оральные контрацептивы.
- Часто болеющие дети, которым не проводится плановая вакцинация.
- Прием наркотических запрещенных препаратов, курение — высокий риск васкулопатии.

Заключение. Выявление групп риска по инсультам среди детей является основой для проведения первичной профилактики развития сосудистой катастрофы. Важно сочетание более двух факторов риска для включения пациентов в группы риска.

Соматические проявления неврологической патологии у детей раннего возраста

 Батышева Т. Т., Плотникова И. А.

 ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗМ»

Актуальность. Показатели здоровья детей РФ последнего десятилетия характеризуются ростом заболеваемости и инвалидности по классам болезней нервной системы, психических расстройств и врожденных аномалий развития (ВАР), что во многом обусловлено переходом на новые критерии живорожденности, развитием репродуктивных технологий, совершенствованием реанимации и выхаживания глубоко недоношенных детей. От своевременной диагностики, лечения и реабилитации таких детей зависит их прогноз на будущее.

Цель. Рассмотреть наиболее частые физиологические и патологические состояния детей раннего возраста в разрезе дифференциальной диагностики с неврологической патологией.

Результаты. Апноэ недоношенных: дыхательные паузы >20 сек; паузы 10 сек, потоотделение, цианоз крыльев носа. Приводит к асфиксии, замедлению психического развития, формированию синдрома дефицита внимания и гиперактивности. Осложнения: аритмия, гипертония, инсульт. Методы диагностики: МРТ, КТ головного мозга, ЭНМГ, определение

КФК, генетические исследования для исключения миопатии, полисомнография — многоканальная запись параметров (движения грудной стенки, поток воздуха, сатурация O_2 , ЧСС, электрическая активность мозга).

Синдром упорных рвот и срыгиваний: первичные, абдоминальные — функциональные (халазия кардии, ахалазия пищевода, пилороспазм, гастрит, метеоризм) и органические (пилоростеноз, кишечная непроходимость, ВАР); вторичные, при патологии ЦНС, инфекционных заболеваниях, обменных нарушениях. При лабиринте у больных с вестибулярным синдромом рвоту сопровождает головокружение. «Церебральная» рвота сопровождается симптомами поражения нервной системы, развивается вне связи с едой, не улучшает состояния; рвотные массы скудные, без запаха. Рвота при бульбарных нарушениях, связанных с органическими причинами (опухли мозжечка, ствола), сопровождается головокружением и атаксией. Рвота при нарушении мозгового кровообращения возникает внезапно, сопровождается потерей сознания, сердечно-сосудистыми и дыхательными нарушениями, при мигрени — свето- и звукобоязнь, локализованными головными болями, приносит облегчение. У детей с признаками невроза рвота возникает сразу после приема пищи, легко извергается, не приводит к похуданию. Хронические расстройства питания у детей раннего возраста: экзогенные (алиментарная, токсическая, инфекционная этиология) и эндогенные (при энцефалопатии, эндокринной патологии, нарушениях обмена, мальабсорбции).

Вторичные гипотрофии при патологии ЦНС сопровождаются нарушением поведения, малой активностью, преобладанием отрицательных эмоций, нарушением сна и терморегуляции, задержкой темпов психомоторного развития, мышечной гиподистонией. Гипотрофия 3 степени может стать «точкой невозврата» у детей с церебральным параличом, бульбарным синдромом, спинальной мышечной атрофией. Необходимо определить энергетическую потребность с учетом дефицита массы, поправки на факторы увечья и активности, выбрать способ приема пищи, назначить подходящее лечебное питание. Спазмофилия возникает при низком уровне 25-гидрохолекальцеферола в крови, протекает с тоническими и тонико-клоническими судорогами, нервно-мышечной возбудимостью из-за низкого уровня Са 2+ в экстрацеллюлярной жидкости на фоне алкалоза. Колики возникают до 5-месячного возраста, в форме повторяющихся беспричинных периодов раздражительности, беспокойства или крика, при отсутствии проблем роста, лихорадки или плохого состояния здоровья. Для дифференциальной диагностики спазмофилии или колик с эпилепсией анализируют данные анамнеза, клиники, показатели ЭЭГ.

Заключение. Патология нервной системы у детей раннего возраста может протекать под «маской» функциональных соматических нарушений. Неблагоприятный перинатальный анамнез и тяжесть симптоматики — основания для проведения дополнительных исследований.

Доступная среда в детской поликлинике на базе ГБУЗ «ДГП № 94 ДЗМ»

 Бухарина Л. Н., Рязанцева С. И., Соловьева Т. А.

 ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 94 ДЗМ»

Вопросы государственной социальной политики в отношении людей с инвалидностью в последние годы становятся все более актуальными для Российской Федерации. Доступная среда — это создание всех условий для полноценной интеграции маломобильных граждан в общественную городскую жизнь. Главная цель — сделать жизнь детей с ограниченными

возможностями намного более комфортной. Для этого необходимо создавать доступную среду для инвалидов комплексно. Обустройство и реализация безбарьерного пространства способствует изменениям: детям-инвалидам будет легче адаптироваться к современному темпу жизни в городе и чувствовать себя счастливее.


Цель. Показать важность создания доступной среды для особенных детей и их родителей в детской городской поликлинике.


Задачи: **1.** Создать беспрепятственный доступ к объектам здравоохранения детям-инвалидам. **2.** Повысить уровень доступности к медицинским услугам детей с ограниченными возможностями здоровья. **3.** Оценить эффективность безбарьерной среды.

Материал и методы. В своей работе использовали Государственную программу Российской Федерации «Доступная среда на 2011–2020 годы», «Паспорт доступности для инвалидов в общественных зданиях». Результаты. В ГБУЗ «ДГП № 94 ДЗМ» создана доступная среда для особенных детей и их родителей. Дети с ограничениями здоровья могут беспрепятственно посетить врача, пройти в поликлинике необходимые обследования. Созданы безопасные и комфортные условия на территории поликлиники. Все приспособления и услуги внутри здания доступны для использования инвалидами всех категорий. Безбарьерная и комфортная среда создана для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, незрячих или слабовидящих людей, для инвалидов по слуху. ГБУЗ «ДГП № 94 ДЗМ» за активное участие в «Социальной интеграции инвалидов» была награждена грамотой префекта ЦСАО.

Выводы. В ГБУЗ «ДГП № 94 ДЗМ» создана доступная среда для особенных детей и их родителей. Дети с ограничениями здоровья могут беспрепятственно посетить врача, пройти в поликлинике необходимые сложные обследования, реабилитационные мероприятия.

Редкий случай послеоперационного осложнения циркумцизии. Клиническое наблюдение

 Валиев Р. Ю., Врублевская Е. Н., Врублевский А. С., Оганисян А. А., Врублевский С. Г.



 ГБУЗ «Научно-практический центр специализированной медицинской помощи детям имени В. Ф. Войно-Ясенецкого ДЗМ»

Согласно данным зарубежной литературы, частота ишемических нарушений головки полового члена после кругового обрезания крайней плоти с выполнением пинеальной блокады не превышает 0,18 %. Причины и выбор метода лечения при ишемии и некрозе головки полового члена до сих пор не установлены. Представлен собственный опыт тактики лечения ребенка с редким видом послеоперационного осложнения после кругового обрезания крайней плоти полового члена. История болезни мальчика 12 лет, без отягощенного анамнеза, с рубцовым фимозом, находившегося на лечении в хирургическом отделении НПЦ специализированной медицинской помощи детям им. В. Ф. Войно-Ясенецкого. Ребенок поступил на плановое оперативное лечение. При физикальном осмотре отмечались рубцовые изменения крайней плоти с невозможностью выведения головки полового члена. Мочепускание не нарушено. Непосредственно перед операцией выполнена дорсальная пинеальная блокада раствором наропина 0,2 % 20 мл без использования адреналина под ультразвуковым контролем. В ходе оперативного вмешательства выполнено классическое обрезание крайней плоти с использованием монополярной электрокоагуляции мощностью 12 Вт. Наложено 12 узловых швов Vicril 4/0. Интраоперационных изменений головки и кожи

полового члена не отмечалось. Послеоперационная область обработана раствором бетадина, циркулярная повязка не накладывалась. В раннем послеоперационном периоде отмечалось диапедезное кровотечение, в условиях перевязочной была наложена марлевая повязка. При осмотре через 2 часа ребенок жалоб не предъявлял, мочеиспускание не нарушено, головка полового члена розового цвета. Через 12 часов после операции отмечалось изменение цвета головки полового члена с появлением множественных участков темного цвета, без явлений приапизма. Общее состояние не нарушено, мочеиспускание самостоятельное с умеренной болезненностью. С целью исключения тромбоза ребенку выполнено ультразвуковое исследование полового члена. В анализе свертывающей системы крови признаков нарушения гемостаза не выявлено. С целью купирования микроциркуляторных нарушений назначена терапия, направленная на улучшение реологических свойств крови, антибактериальная терапия, симптоматическое лечение, а также местное лечение. Терапия проводилась на фоне ежедневного контроля показателей активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ) и протромбина. В результате проводимой терапии положительный результат в виде нормализации цвета головки стал отмечаться на вторые послеоперационные сутки. На 6-е сутки после операции мальчик выписан домой в удовлетворительном состоянии. Контрольный осмотр проведен через 2 недели и 1 месяц. Ишемических нарушений кожи и головки полового члена нет, заживление первичным натяжением, меатальное отверстие не сужено, мочеиспускание широкой струей.

Заключение. При своевременно выявленных гемодинамических нарушениях в области головки полового члена рациональная консервативная терапия позволяет избежать тяжелых ишемических осложнений.

Удвоение уретры. Клиническое наблюдение



 Врублевский С. Г., Врублевская Е. Н., Демина А. М., Врублевский А. С.
 ГБУЗ «Научно-практический центр специализированной помощи детям имени В. Ф. Войно-Ясенецкого ДЗМ»

Цель. Поделиться опытом и результатами лечения редкого порока развития уретры — врожденного заднеуретрально-промежностного свища (ВЗУПС). В исследование включены результаты диагностики и лечения 26 детей с ВЗУПС, описанные в зарубежной литературе за последние 50 лет с учетом собственного клинического наблюдения. Известно, что аномальное срединное сращение латеральных гребней уроректальной складки дает начало добавочному участку мочеполювого синуса, который впоследствии индуцирует развитие полного удвоения уретры, или ВЗУПС. Больной, 3 лет, с рождения наблюдался по поводу свищевого хода в области промежности. Родители отмечали периодическое отделяемое из свища, схожее с мочой. Во время физикального осмотра было обнаружено крошечное отверстие диаметром около 1 мм на коже промежности на расстоянии 4 см впереди от анального отверстия по средней линии. При УЗИ перианальной области выявлена гиперэхогенная структура (свищевой ход), идущая в направлении задней уретры. Ретроградная уретрография в комбинации с микционной цистографией выявила свищевой ход между задней уретрой и кожей промежности. Выполнена уретроцистоскопия с введением метиленового синего через отверстие свищевого хода на промежности, и отмечено поступление красящего раствора в простатической части уретры проксимальнее и правее семенного бугорка. Был верифицирован диагноз ВЗУПС. В ходе оперативного

вмешательства выполнен окаймляющий разрез вокруг свища. Диссекция производилась до тех пор, пока не осталось несколько миллиметров до открытия свища в простатическую часть уретры. Патологический ход первоначально имел направление в сторону прямой кишки, потом огибал левую половину бульбоспонгиозной мышцы и в завершение направлялся к месту открытия в простатической части уретры. Проксимальная часть свищевого хода была лигирована нитью vicryl 3-0, прошита и перевязана дополнительно дистально. Длина иссеченного участка составила 4,5 см, диаметр свища варьировал от 0,4 до 0,2 см и сужался в направлении промежности. Гистологическое исследование показало, что свищевой ход на всем протяжении выстлан многослойным плоским ороговевающим эпителием. В течение 1 года наблюдения после операции рецидива свища не наблюдалось. По данным УЗИ промежности патологических структур не выявлено. Мочеиспускание не нарушено.

Заключение. Врожденные заднеуретрально-промежностные свищи встречаются крайне редко. Представленное наблюдение соответствует II типу А 2, Y-образного удвоения мочеиспускательного канала, описанного Effmann (1979 г.). Отличие заключается в том, что при ВЗУПС имеет место нормально функционирующая дорсальная уретра и гипоплазированная добавочная вентральная уретра. Выполнение алгоритма обследования позволяет наиболее точно поставить диагноз, а иссечение добавочной вентральной уретры дает хороший результат.

Лапароскопическое замещение протяженной стриктуры мочеточника червеобразным отростком. Клиническое наблюдение

 Врублевский А. С., Врублевская Е. Н.,
 Оганисян А. А., Валиев Р. Ю., Врублевский С. Г.
 ГБУЗ «Научно-практический центр специализированной медицинской помощи детям имени В. Ф. Войно-Ясенецкого ДЗМ»

Цель. Поделиться опытом замещения протяженной стриктуры средней трети правого мочеточника червеобразным отростком у ребенка 12 лет.

Клиническое наблюдение. В 2019 году в нашу клинику обратился пациент с протяженной стриктурой правого мочеточника. Ранее девочке в связи с блоком правой почки вследствие окклюзии мочеточника конкрементами в средней трети выполнена контактная литотрипсия с установкой стента внутреннего дренирования. После удаления стента через 2 месяца отмечено критическое нарастание расширения коллекторной системы почки, что потребовало наложения нефростомы и повторной установки стента. По данным проведенного обследования (антеградной и ретроградной пиелографии) заподозрена протяженная (7 см) стриктура правого мочеточника. В марте 2019 года в НПЦ спец.мед.помощи детям выполнена реконструктивная операция — наложение уретероцистоанастомоза с резекцией стенозированной мочеточника по методике psoas-hitch. Послеоперационный период протекал без осложнений, стент удален через 1,5 месяца. По данным УЗИ сохранялось расширение верхних мочевых путей, в связи с чем от удаления нефростомы решено воздержаться. Проводилась консервативная терапия, направленная на улучшение уродинамики, положительного эффекта не отмечено. В июле 2019 года проведена уретероскопия, по результатам которой на расстоянии 5 см от неюстья имелось сужение просвета до точечного. Выполнено бужирование и стентирование с последующей заменой стента через 3 месяца. Общая длительность шинирования верхних мочевых путей составила 6 месяцев.

При контрольном рентген-урологическом обследовании выявлено нарушение проходимости мочеточника справа на уровне подвздошных сосудов. Принято решение о лапароскопической ревизии правого мочеточника с определением варианта восстановления проходимости интраоперационно.

Соматическое здоровье ребенка с расстройствами пищевого поведения

Гордеева Е. А., Гонтова Г. Т., Абрамов А. В.
ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков имени Г. Е. Сухаревой ДЗМ»

Расстройство пищевого поведения (РПП) — это гетерогенная группа расстройств, встречающаяся при разных психических заболеваниях. Среди них наиболее частыми являются: нервная анорексия и нервная булимия. Нервная анорексия характеризуется осознанным ограничением в питании вплоть до полного отказа от еды, вызыванием после еды рвоты, приемом слабительных, диуретиков и чрезмерными физическими нагрузками. Нервная булимия характеризуется неутоляемым чувством голода, а в поведении доминирует постоянное переключение с последующим рвотным поведением или приемом слабительных и диуретиков.

Актуальность исследования определяется ростом данной патологии в последние годы, снижением возраста возникновения заболевания, несвоевременностью обращения к специалистам и, как следствие этого, утяжелением симптоматики.

Целью настоящей работы является анализ основных сопутствующих соматических осложнений у детей и подростков с расстройствами пищевого поведения. Пациенты с РПП, как правило, первично попадают на прием к педиатру или узким специалистам с соматическими жалобами или осложнениями основного заболевания. Соматические проявления при РПП не являются специфическими и зависят от индивидуальных особенностей конкретного пациента, наличия сопутствующей хронической патологии и «отягчающих факторов» (водная нагрузка или дегидратация, наличие рвотного поведения и прочее). Основные жалобы, предъявляемые на первичном приеме у педиатра, гастроэнтеролога — снижение аппетита, тошнота, изжога, отрыжка, рвота, тяжесть и боль в животе, запоры; у педиатра, кардиолога, невролога — слабость, утомляемость, головокружение, синкопальные состояния; у эндокринолога, гинеколога, — нарушение менструального цикла, аменорея; у педиатра, нефролога — отеки, нарушение диуреза. По поводу выявленных изменений назначается курсовое лечение, однако эффект от терапии бывает временным либо отсутствует, так как не учитывается основная причина заболевания. На базе 5-го отделения ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г. Е. Сухаревой ДЗМ» проведен анализ анамнестических, клинических, лабораторных и инструментальных данных 84 пациентов с синдромом нервной анорексии и нервной булимии в возрасте от 9 до 17 лет, находившихся на стационарном лечении в 2018–2019 гг. (5 месяцев) с диагнозом по МКБ-10 F50.0-F50.3. В 2018 году в группе из 41 пациента более 70 % поступили с тяжелой и умеренной степенью белково-энергетической недостаточности (БЭН), 10 % с легкой степенью. Без дефицита веса поступило 19,5 %. За 5 месяцев 2019 года проанализированы данные 43 пациентов с РПП. Из них более 50 % госпитализированы с умеренной и тяжелой степенью БЭН, 21 % поступили с легкой степенью. Без дефицита веса 25 % подростков. Практически у всех пациентов выявилась сопутствующая соматическая патология. Основные нарушения диагностированы в работе ЖКТ. По результатам ЭГДС в 2018 году: К 29.9 — 53,6 %; К 21.0 — 31,7 %; К 29.3–29.6 — 27 %; К 20.0 — 9,7 %. В 2019 году: К 29.9 — 48,8 %; К 21.0 — 20,9 %; К 29.3 — 29,7 — 35 %;

К 20.0 — 11,6 %; К 29.8 — 4,6 %; К 26.7 — 2,3 %. Среди сопутствующих соматических расстройств были изменения ритма сердца, слабость синусового узла, функциональные шумы, дисменорея, транзиторные изменения гормонов щитовидной железы. По данным наблюдений, длительность лечения детей с РПП в условиях психиатрического стационара для детей и подростков в среднем при умеренной и тяжелой степени БЭН составляет 2–3 месяца.

Заключение. 1. У 100 % больных с нервной анорексией и нервной булимией выявлены нарушения деятельности ЖКТ. 2. При тяжелой степени БЭН растет количество осложнений в соматическом статусе. 3. Пациенты с нервной булимией без дефицита веса, но имеющие в течение длительной времени рвотное поведение, чаще обнаруживают ГЭР, эзофагиты, эрозивные изменения слизистой пищевода и желудка. 4. При умеренной и тяжелой степени БЭН увеличивается длительность стационарного этапа лечения. 5. Обращение за помощью на начальном этапе заболевания снижает риск развития вторичных соматозендокринных нарушений. 6. Для своевременной диагностики РПП специалистам первого звена необходимо уточнять сведения из анамнеза об исходном весе, динамике его снижения, связи потери веса с психологическими установками подростка. 7. Значимость ранней диагностики РПП вызывает необходимость разработки четкой маршрутизации этих пациентов на этапе первичного обращения к врачам-специалистам.

Лапароскопическая заместительная уретероапендикопластика верхней трети у ребенка 5 лет



Демин Н. В., Кадыров З. А., Карасева О. В.,
Ладьгина Е. А., Горелик А. Л.
ГБУЗ «Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии ДЗМ»

Редкий клинический случай повреждения верхней трети правого мочеточника с замещением его червеобразным отростком у пациента 5 лет. Пациент, 5 лет, был сбит легковым автомобилем и доставлен силами СМП в областную больницу, где было выполнено дренирование правой плевральной полости, лапароскопия, санация и дренирование брюшной полости, люмботомия справа, ревизия правой почки, дренирование паранефральной клетчатки справа. Через 23 часа после травмы пациент был госпитализирован в НИИ НДХиТ из областной больницы. По дренажу из правой плевральной полости отделяемого не было, по дренажу из паранефрального пространства справа — геморрагическое отделяемое с примесью мочи, по дренажу из малого таза геморрагическое отделяемое в просвете. Мочевой катетер функционирует, отходит свежая моча. При КТ-исследовании выявлена травма верхнего полюса правой почки, признаки урогенатомы незначительных размеров. При УЗИ отека, инфильтрации тканей, окружающих почку справа, отграниченных жидкостных зон нет. По дренажу из паранефральной клетчатки отмечалось отделение мочи на вторые сутки до 950 мл, на третьи и четвертые сутки по 250 мл, на 5-е сутки отделяемое увеличилось до 400 мл. Ребенок был взят в операционную для проведения ретроградной уретерографии, на которой был выявлен затек контрастного вещества за пределы мочеточника. При лапароскопии был выявлен полный отрыв мочеточника, попытка уретеропиелоанастомоза не удалась, мочеточник был фиксирован к лоханке 2 узловыми швами. Выполнена конверсия и установлена пиелостомия, которая через 3 месяца послеоперационного периода была заменена на нефростому в связи с ее нефункциональностью. Через 4,5 месяца после травмы была

выполнена лапароскопия и заместительная уретероаппендикопластика верхней трети. Установлен внутренний стент на 2 месяца. После удаления стента верхняя треть мочеточника проходима, что подтверждено результатами урографии, МРТ. Через 3 месяца после операции отмечаются активные выходы из мочеточника по данным УЗИ.

Заключение. Травматический отрыв мочеточника является редким повреждением у детей. При формировании стриктуры значительной протяженности верхней трети мочеточника и невозможности наложения уретеропиелоанастомоза необходим поиск нестандартных решений. Одним из них является лапароскопическая уретероаппендикопластика верхней трети, что было выполнено у данного пациента. В раннем послеоперационном периоде отмечается проходимость замещенного отдела мочеточника и сохраняющая функция почки. Отдаленные результаты операции можно будет оценить в будущем.

Хирургическое лечение венозной мальформации уретры у ребенка 17 лет



 Демин Н. В., Ладыгина Е. А.
 ГБУЗ «Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии ДЗМ»

Редкий клинический случай: пациент 17 лет с посттравматической венозной мальформацией уретры. Пациент, 17 лет, был доставлен в НИИ НДХиТ с жалобами на уретроррагию. На госпитальном этапе был проведен тщательный сбор анамнеза заболевания и жизни пациента, выполнен ряд дополнительных исследований: УЗИ полового члена, МРТ полового члена, уретроскопия, спонгиография. С возраста 3 лет у пациента отмечались жалобы на периодическую уретроррагию, по поводу чего он неоднократно находился на стационарном лечении. Каждый раз пациент получал консервативную терапию в виде катетеризации мочевого пузыря в течение 5–6 суток. В последнюю госпитализацию в связи с выраженными явлениями уретроррагии пациенту была выполнена уретроскопия, выявлен измененный участок слизистой с источником активного кровотечения и выполнена его коагуляция. При каждой госпитализации ребенку устанавливался диагноз: травма уретры. При поступлении в НИИ НДХиТ пациенту был установлен уретральный катетер, на фоне чего явления уретроррагии не прекратились, и диагностический поиск начался с уретроскопии, на которой был выявлен участок измененной слизистой, который был принят за посттравматический. Была продолжена консервативная терапия, но в связи с продолжающейся уретроррагией выполнено УЗИ и МРТ полового члена, которые не дали дополнительной информации. Также была выполнена спонгиография, на которой визуализирована патологическая сосудистая сеть губчатого тела в области пениско-скротального угла. Повторная уретроскопия во время эрекции позволила выявить изменения в уретре и спонгиозном теле в виде расширенных, пролабирующих в просвет уретры сосудов спонгиозного тела, которые являлись источником кровотечения. При механическом сдавливании полового члена эти сосуды заплуживались. В связи с возрастом пациента, локализацией патологического образования и его распространенностью, с учетом возможных рисков и осложнений, нами было принято решение о хирургическом методе лечения. Ребенку было выполнено оперативное лечение — резекция губчатого тела уретры с сохранением адвентициальной оболочки. Заместительная уретропластика с использованием препуциального графта. В послеоперационном периоде в течение 10 суток пациент находился в стационаре с уретральным катетером. На контрольном обследовании, которое включало уретрограмму,

уретроскопию и урофлоуметрию — не было выявлено каких-либо осложнений и рецидивов заболевания.

Заключение. Венозная мальформация уретры является редкой аномалией и может быть причиной рецидивирующей уретроррагии и гематоспермии. Для установки окончательного диагноза может потребоваться большое количество дополнительных методов исследования, наиболее информативным из которых является уретроскопия. Существует много способов лечения, и выбор должен зависеть от многих факторов: начиная от возраста ребенка до навыков специалиста, в связи с чем специалисты, занимающиеся лечением подобных аномалий, должны обладать широким спектром методов лечения, включая реконструктивные операции на уретре. Хирургический способ лечения, с учетом всех рисков, дает хороший результат.

Антропометрические методы оценки статуса питания у ребенка первого года жизни с вирусной диареей

 Ерпулева Ю. В., Гаджимаева М. А.
 ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова» МЗ РФ
ГБУЗ «Детская городская клиническая больница № 9 имени Г. Н. Сперанского ДЗМ»

Введение. Дети раннего возраста с вирусными диареями очень быстро теряют массу тела, вследствие чего резко снижаются антропометрические показатели, нарастает недостаточность питания вплоть до кахексии. В связи с чем необходимо краткосрочно оценить статус питания ребенка, с целью рационального подбора нутритивной поддержки.

Цель исследования. Оценка расстройства питания детей первого года жизни со среднетяжелой острой кишечной инфекцией вирусной этиологии на основании антропометрических методов исследования.

Материалы и методы. Нами проведено обследование у 12 больных детей раннего возраста со среднетяжелой острой кишечной инфекцией вирусной этиологии. Проведены антропометрические методы оценки статуса питания: массо-ростовые показатели, калиперометрия с оценкой кожно-жировой складки трицепса при поступлении и через неделю. Оценка показателей осуществлялась по расчетной формуле: индекс массы тела (ИМТ= Вес/Рост² (кг/м²)), центильным таблицам. Используемые инструменты: калипер, сантиметровая лента, настольные весы.

Результаты. В результате анализа данных выявлено, что у 5 (41 %) из 12 детей к моменту поступления в стационар отмечалось снижение ИМТ на 10 %, у 3 (25 %) детей на 20 %. Через неделю, при контрольном исследовании ИМТ восстановился до 100 %, что является физиологической нормой. При оценке кожно-жировой складки трицепса у всех исследуемых детей (100 %) выявлено ее уменьшение на 1–2 мм от нормы и расценивалось как легкая степень недостаточности питания, в связи с показателями меньше 50-го перцентиля. Уже к 5-му дню проводимой нутритивной поддержки отмечалось восстановление складки до физиологической нормы (50-й перцентиль).

Заключение. Антропометрические методы исследования — самые легкодоступные для очень быстрой оценки тяжести расстройства питания у детей с вирусной диареей и своевременного назначения адекватной нутритивной поддержки.

Неполная форма синдрома Kawasaki у грудного ребенка

Зайцева Н. С., Толстова Е. М., Зайцева О. В., Аксенова Е. С., Ефимова Е. В., Радимова Е. Р., Ионов Е. А., Изотова С. А.

ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова» МЗ РФ

ГБУЗ «Детская городская клиническая больница Свято-го Владимира ДЭМ»

Актуальность. Синдром Kawasaki наиболее часто встречается у детей первых 5 лет жизни и характеризуется васкулитом с преимущественным поражением артерий мелкого и среднего калибра. Около 10 % случаев синдрома относятся к неполному (атипичному) варианту заболевания, причем такие формы чаще встречаются у детей до 6 месяцев жизни. Несвоевременная диагностика может привести к необратимым осложнениям со стороны сердечно-сосудистой системы. Мы представляем случай атипичного синдрома Kawasaki у ребенка 2 месяцев.

Клинический случай. Мальчик 2 месяцев госпитализирован в отделение грудного возраста ДГКБ Св. Владимира в связи с повышением t тела до 38°C . Из анамнеза известно, что ребенок от 2-й беременности, 2-х родов у матери 28 лет. Неонатальный период протекал без особенностей. За 7 дней до поступления в стационар впервые отмечено повышение t до 38°C , купировавшееся без применения жаропонижающих. Катаральных явлений не отмечалось. Педиатром диагностирована острая вирусная инфекция, назначена симптоматическая терапия. В течение 5 дней самочувствие оставалось удовлетворительным на фоне температуры $37-37,4^{\circ}\text{C}$. За день до госпитализации t вновь повысилась до 38°C . Амбулаторно в анализе крови выявлен лейкоцитоз $22,9 \cdot 10^9/\text{л}$ с полиморфонуклеарным сдвигом (нейтрофилы 42 %, эозинофилы 16 %), тромбоцитоз $932 \cdot 109/\text{л}$, повышение СОЭ до 39 мм/ч. При поступлении ребенок активен, сосет удовлетворительно. Кожа с выраженным мраморным рисунком. Слизистая глотки умеренно гиперемирована, слева на миндалинах локализованное белесоватое наложение. Печень, селезенка не увеличены. Лабораторно подтверждены лейкоцитоз ($22,2 \cdot 10^9/\text{л}$) со сдвигом формулы влево, эозинофилия, тромбоцитоз ($908 \cdot 10^9/\text{л}$), СОЭ 35 мм/ч, в б/х анализе крови СРБ 99,3 мг/л (норма до 5 мг/л). Общий анализ мочи в норме. При уточнении анамнеза оказалось, что в первый день повышения T у мальчика отмечалось покраснение 1×1 см области после вакцинации БЦЖ, проведенной на 3-и сутки жизни. При первичном инструментальном обследовании (УЗИ органов брюшной полости и почек, ЭХО-КГ, ЭКГ, НСГ) патологические изменения не выявлены. Первоначально клинико-лабораторные данные были расценены как проявление вирусно-бактериальной инфекции с острым тонзиллитом. Назначены защищенные аминопенициллины. При дальнейшем обследовании исключено течение оппортунистической инфекции (Herpes simplex 1, 2; Epstein — Barr virus, CMV). В связи с сохраняющейся температурой $37-37,5^{\circ}\text{C}$, нарастанием тромбоцитоза до $1080 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ до 54 мм/ч повторно проведена ЭХО-КГ, выявившая признаки расширения и утолщения стенок левой и правой коронарных артерий (ЛКА, ПКА), на основании чего была диагностирована неполная форма синдрома Kawasaki. Ребенок получил курсовую дозу внутривенного иммуноглобулина, была назначена ацетилсалициловая кислота. На фоне терапии состояние с положительной динамикой: температура нормализовалась, показатели анализов крови улучшились (лейкоциты $5,9 \cdot 10^9/\text{л}$, тромбоциты $623 \cdot 10^9/\text{л}$), к 17-м суткам от начала заболевания СРБ отрицательный. В динамике ЭХО-признаки минимального утолщения стенок ЛКА, ПКА.

При катанестическом наблюдении через 6 недель показатели анализа крови в норме, патологических изменений при ЭХО-КГ не выявлено.

Заключение. Несмотря на отсутствие указаний в анамнезе на длительное стойкое повышение t тела до высоких значений, выраженных признаков слезисто-кожных и лимфонодулярных изменений, у ребенка была диагностирована неполная форма синдрома Kawasaki на основании эхокардиографических изменений. Клиническими симптомами заболевания в демонстрируемом случае явились непостоянное повышение t тела, колебавшейся в пределах $37-38^{\circ}\text{C}$, покраснение места вакцинации БЦЖ, неспецифические изменения в ротоглотке. Сохраняющиеся лабораторные изменения (лейкоцитоз с изменением формулы), тромбоцитоз, повышение уровня СОЭ и СРБ заставили осуществлять прицельный поиск эхокардиографических изменений. Своевременно поставленный диагноз способствовал благоприятному течению синдрома без развития серьезных осложнений.

Основы правовой безопасности медицинских работников в образовательных организациях



Зайцева Э. Г., Уткин С. А.

ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 131 ДЭМ»

В соответствии со ст. 7, ст. 20 Конституции Российской Федерации жизнь и здоровье человека признаются государством высшей ценностью. Увеличение продолжительности жизни, поддержание, а при необходимости, восстановление здоровья каждого человека являются не только положительными факторами внутривнутриполитической стабильности, но и фундаментом экономического развития государства. В Российской Федерации право на охрану здоровья и медицинскую помощь закреплено в ст. 41 Конституции. Реализация данного конституционного права на практике означает не только возможность для граждан, обратившихся за медицинской помощью, вступить в правоотношения с субъектами, участвующими в организации, обеспечении и непосредственном оказании медицинской помощи, но также возможность обеспечения законности и качества медицинской помощи. Оказание медицинской помощи обучающимся регулируется основными нормативными актами: Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», Приказ МЗ РФ от 05.11.2013 № 822н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях». Современный этап развития российской правовой системы характеризуется значительным увеличением количества законодательных актов, регулирующих отношения в сфере охраны здоровья и осуществления медицинской деятельности. Осознавая особую роль медицинского работника при реализации гражданами права на охрану здоровья и медицинскую помощь, следует признать, что повышение уровня оказания профессиональной медицинской помощи населению во многом зависит от четкого определения правовой природы профессиональной деятельности, осуществляемой под контролем государства, осознания правового статуса медицинского работника и его роли в оказании медицинской помощи обучающимся в образовательных организациях. Вместе с тем, на фоне активно развивающихся общественных отношений в сфере медицинской деятельности, количества несистематизированных нормативных правовых актов, принимаемых Министерством здравоохранения РФ и иными органами исполнительной власти, касающихся сферы охраны здоровья, неуклонно растет. Высокий уровень конфликтности, неудовлетворенности качеством и условиями оказания медицинской помощи, возникающих в правоотношениях

«медицинский работник–пациент/законный представитель пациента», «медицинский работник–органы исполнительной власти в сфере охраны здоровья», «медицинский работник–образовательная организация», свидетельствует о назревшей необходимости расширенного информирования медицинских работников об их правах и обязанностях.

Клинико-генетические параллели при болезни Кавасаки

 Кантемирова М. Г., Курбанова С. Х., Новикова Ю. Ю., Глазырина А. А., Азова М. М.
 ФГОУ ВО «Российский университет дружбы народов» ГБУЗ «Морозовская детская городская клиническая больница ДЗМ»

Болезнь Кавасаки (БК) является основной причиной приобретенных заболеваний сердца у детей. Отмечается рост заболеваемости в мире, в том числе в России. Диагностика БК основывается преимущественно на клинических данных. В настоящее время общепринятой гипотезой развития БК является гипотеза мультифакториального взаимодействия. К эндогенным факторам относятся: возраст (до 5 лет) и генетическая предрасположенность. В последние годы изучению генетических факторов БК придается особое значение с целью ранней диагностики, определения прогноза и эффективного лечения.

Цель. Изучение полиморфизмов генов восприимчивости, предикторов иммунорезистентности и поражения коронарных артерий (КА) у детей с БК.

Пациенты и методы. Под наблюдением находилось 160 пациентов с БК в возрасте от 1 мес. до 10 лет 2 мес. (Me = 19 месяцев [9; 38.5]) в период с 2014 г. по 2019 г. Соотношение мальчики : девочки — 2:1. Неполная форма диагностирована у 32 детей (20 %). Иммунорезистентность к терапии внутривенным иммуноглобулином была диагностирована у 16 детей (10,5 %). Изменения со стороны сердечно-сосудистой системы острого и подострого периода отмечались у 63 детей (39,3 %), в том числе аневризмы КА у 23 пациентов (14,3 %). Всем детям проводились стандартные клинико-лабораторные обследования, электро- и эхокардиография, по показаниям — компьютерная томография с внутривенным контрастированием, ангиография. Генотипирование проводилось 30 пациентам с БК. Контрольную группу составили 30 детей, идентичные по возрасту и полу ($\chi^2=2,50$, $p=0,114$), без патологии сердечно-сосудистой системы. Исследование проводилось путем выделения геномной ДНК из цельной крови. Полиморфизм гена CRP определяли методом ПЦР (Терцик) с последующей электрофоретической детекцией. Полиморфизм гена VEGFA определяли методом Real-Time PCR на амплификаторе CFX-96, BioRad. Статистическую обработку результатов проводили с использованием прикладных программ Statistica 10 (Statsoft). Различия считались статистически значимыми при достигнутом уровне значимости p .


Проект «Московский врач» по специальности «Педиатрия»

 Картавцева Л. Р.
 ГБУ «Дирекция по координации медицинских организаций ДЗМ»

Проект «Московский врач» — это важная часть нового этапа модернизации здравоохранения. Цель проекта — создание системы объективной оценки профессионального уровня и формирование стимулов для повышения квалификации

врачей. Проверка наличия профессиональных навыков путем выполнения практических действий, в том числе с использованием симуляционного оборудования (тренажеров и/или манекенов) и (или) с привлечением стандартизированных пациентов, проводится экспертной комиссией образовательной организации. Проведение проверки наличия профессиональных навыков осуществляется путем оценки правильности и последовательности выполнения специалистом поставленных перед ним практических действий. Банк практических действий по каждой медицинской специальности, утвержденной Департаментом для присвоения статуса «Московский врач», составляет не менее 300 практических заданий.

Факторы риска рецидива у детей с ишемическим инсультом

 Кессель А. Е., Щедеркина И. О., Хачатуров Ю. А., Кузьмина Е. В.
 ГБУЗ «Морозовская детская городская клиническая больница ДЗМ»

Инсульт входит в 10 основных причин смертности среди лиц в возрасте от 1 до 44 лет. Ишемический инсульт (ИИ) является инвалидизирующей патологией, тяжесть неврологического и когнитивного дефицита нарастает при повторных инсультах. Артериальный ИИ может рецидивировать у 6–37 % пациентов детского возраста [Fullerton H.J., De Schryver E.L., Chung B, Delsing B.J.P., Strater R], при этом риск возрастает в первые 6 месяцев после первого эпизода. Факторы риска для рецидива включают в себя наличие сосудистой патологии, тромбофилии, а также их комбинации. Ранее было показано, что васкулопатии увеличивали риск повторного инсульта только на фоне гиперлипидемии и дефицита протеина С.

Цель исследования. Оценить частоту и факторы риска развития повторных эпизодов ишемии у детей, перенесших ИИ.

Материалы и методы. В исследование включено 72 пациента, проходивших лечение в неврологическом отделении МДГКБ в остром периоде ИИ. Возраст пациентов составил от 6 месяцев до 17 лет (в среднем 7,6 лет), по полу незначительно преобладали мальчики (55,5 %). Период наблюдения составлял от 14 месяцев до 4 лет. Все пациенты обследованы по протоколу, используемому в Центре по лечению цереброваскулярной патологии у детей и подростков и утвержденному Ученым советом ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ». Методы обследования: клинический, лабораторный, ультразвуковой, радиологический. Рецидив ИИ диагностировался при появлении новой неврологической симптоматики (с оценкой тяжести по PedNIHSS) и выявлении при нейровизуализации «свежих» очагов ишемического поражения головного мозга в другом бассейне церебральных артерий или увеличении размеров очага ишемии в ранее пораженном артериальном бассейне, через 14 суток и более от момента диагностики первого ИИ.

Результаты. В нашем наблюдении рецидив ИИ был отмечен у 6 пациентов (8,3 %). Из них у 2 пациентов выявлено формирование клинически «немых» очагов ишемии, подтвержденных только при нейровизуализации. У пяти из шести детей (83,3 %) повторный инсульт возник в первый год после первичного ИИ. Среди наблюдаемых нами пациентов основными факторами риска были артериопатия ($n=3$) и тромбофилия ($n=3$). При анализе возможных дополнительных причин рецидива отмечены: некомплаентность (отказ родителей от вторичной профилактики) у 1 пациента, коррекция терапии (переход от антикоагулянтов на антиагреганты терапии) — 1 пациент. Транзиторные ишемические атаки отмечены у 22 пациентов (30,5 %), при этом у 16 из них выявлены признаки стенозирующих артериопатий. Из 72 пациентов у 4 отмечена клиническая картина хронической цереброваскулярной недостаточности,

при которой на МРТ не выявлялось новых очагов ишемии, и в 3 случаях обусловленная прогрессирующей артериопатией с формированием синдрома мойя-мойя.

Заключение. В нашем наблюдении частота рецидива ИИ у детей составляет 8,3 %, эпизоды преходящего нарушения мозгового кровообращения наблюдались значительно чаще, у трети пациентов. Наши результаты не отличались от ранее опубликованных международных данных. Самыми значимыми факторами риска рецидива являлись тромбофилия и сосудистая патология (артериопатия). Полученные данные подчеркивают актуальность проблемы вторичной профилактики ИИ и отработки протоколов лечения артериопатий.

Хронический пиелонефрит как индикатор снижения качества жизни у детей с нейрогенным мочевым пузырем при миелодисплазии

Косырева М. А., Корсунский А. А., Гусева Н. Б., Млыничик Е. В.

ГБУЗ «Детская городская клиническая больница № 9 имени Г. Н. Сперанского ДЗМ»

Актуальность. Проблема недержания мочи — одна из наиболее распространенных проблем детского возраста. Нейрогенный мочевой пузырь (НМП) у детей с миелодисплазией относится к медико-социальной проблеме, в результате которой у пациентов имеются ограничения психической и физической активности, повышенный риск рецидивирования хронического пиелонефрита (ХП), которые в итоге снижают качество жизни (КЖ) детей и их семей.

Цель исследования. Оценить связь между эффективностью лечения ХП у детей и качеством жизни семей.

Материалы и методы. В исследование были включены 50 пациентов 7–14 лет, с миелодисплазией, НМП, поступивших в стационар с обострением ХП. Всем пациентам было проведено лечение, которое включало: медикаментозную терапию, лечение с помощью энергии лазеров низкой интенсивности, БОС-терапию, физиолечение, массаж, лечебную физкультуру с контрольным исследованием функции мочевых путей через 3 мес. Оценка клинических симптомов была выполнена методом квалитметрии и с помощью разработанных таблиц. Оценка КЖ проведена трехкратно путем заполнения родителями пациентов вопросников по оценке КЖ детей в простой письменной форме по 5 разделам на всех этапах оказания стационарной и последующей амбулаторной помощи.

Результаты. Купирование острого воспалительного процесса способствовало частичному повышению КЖ на 30 %. Комплекс мер по восстановлению функции органов и систем позволял повысить КЖ на 50 %, независимо от этиопатогенетических факторов развития воспаления, и способствовал практически полному стиханию хронического процесса.

Заключение. Повышение эффективности лечения детей с данной патологией обусловлено комплексными диагностическими и лечебно-реабилитационными механизмами. Системный пошаговый подход к лечению позволяет добиться купирования рецидивов ХП, а также улучшить КЖ детей и их семей.

Диагностика и лечение инородных тел верхних отделов желудочно-кишечного тракта у детей

Кожурникова А. С., Терещенко С. Г., Ермилова Е. А.

ГБУЗ «Детская городская клиническая больница имени З. А. Башляевой ДЗМ»

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт имени М. Ф. Владимирского»

Актуальность. Попадание инородного тела в ВО ЖКТ — одна из распространенных причин обращения за помощью в детские стационары.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения детей с инородными телами ВО ЖКТ и снизить риск вероятности развития кровотечения после извлечения ИТ.

Материалы и методы. Работа основана на анализе результатов обследования и лечения 379 детей с инородными телами ВО ЖКТ, поступивших в отделение детской хирургии ГБУЗ «ДГКБ им. З. А. Башляевой ДЗМ» и ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского» с 2016 по 2018 гг. Возраст пациентов от 7 месяцев до 12 лет, девочек — 123 (32 %), мальчиков — 256 (68 %). Сроки поступления в стационар от момента попадания инородного тела в ВО ЖКТ: от 2 часов до 14 суток. Для определения локализации ИТ ВО ЖКТ и выявления предполагаемых осложнений детям выполнялось рентгенологическое обследование органов грудной и брюшной полости, в некоторых случаях с использованием водорастворимого контраста Ультравист, в разведении 1:2. Эндоскопические исследования проводили в условиях операционной под общей анестезией на видеозендоскопических системах. Для извлечения ИТ использовались разнообразные инструменты (экстракторы типа «крысиный зуб», «аллигатор», петли, корзинки Дормиа и т. д.). Для профилактики и остановки кровотечения, возникшего при извлечении инородного тела, использовали гемостатическое средство Гемоблок в количестве 20–60 мл. Применяли метод орошения источника кровотечения. Гемостаз достигался на 1–2-й минуте.

Результаты. В 88 % (334 человека) случаях ИТ были извлечены эндоскопическим путем, у 10,5 % (40 детей) ИТ вышли естественным путем, в 2 % случаев (5 детей) были прооперированы, из них 1 ребенок погиб. Клинические проявления: бессимптомное течение у 100 человек (26 %), выраженная симптоматика — дисфагия, слюнотечение, тошнота, рвота, боли за грудиной, боли в животе у 279 больных (74 %). Характер жалоб зависел от вида, уровня локализации, фиксации, времени пребывания ИТ в ВО ЖКТ. По локализации в ВО ЖКТ ИТ: в пищеводе на уровне физиологических сужений выявлены у 65 (17 %) детей, в желудке у 301 (80 %), в ДПК у 13 (3 %). Множественные ИТ диагностированы у 31 (8 %) пациента. По патологическому воздействию на стенку органа (Ионов Д. В. 2015 г.) ИТ распределились следующим образом:

- инертные инородные тела (ИИТ): монеты, игрушки, шарики у 202 (53 %) человек;
- химически активные инородные тела (ХАИТ): батарейки у 101 (27 %) ребенка;
- физически активные инородные тела (ФАИТ): магниты у 75 (20 %) человек;
- инородные тела с комбинированным воздействием (ИТКВ): трихобезоар у 1 (0,2 %) ребенка, оперативное лечение.

За 2016–2018 гг. участились случаи проглатывания детьми гидрогелевых шариков, которые целесообразно отнести к ФАИТ, т. к. их особенностью является увеличение размеров (до 5 раз) при попадании в жидкую среду и развитие кишечной непроходимости. Трудность диагностики состояла в том, что данные ИТ рентгеноконтрастные, в связи с чем длительность нахождения гидрогелевых шариков в просвете ЖКТ составляла от нескольких суток до нескольких недель. УЗИ-диагностика органов брюшной полости явилась одной из основных диагностических методик. При эзофагогастроуденоскопии ИТ в желудке найдены в 5 случаях, у 7 детей шарик мигрировали в тонкую кишку, у 2 детей вышли естественным путем, в 5 случаях дети были прооперированы по поводу кишечной непроходимости, из них 1 ребенок погиб. При длительном нахождении ИТ в пищеводе и желудке в зависимости от их видовых особенностей были выявлены изменения слизистой оболочки (СО), такие как: поверхностные эрозии у 150 детей (40 %), пролежни по типу язвенных

дефектов у 43 человек (11 %), локальный химический ожог электролитом батарейки 6 детей (2 %), эти изменения сопровождалась выраженным отеком и гиперемией слизистой и, как следствие, выраженной контактной кровоточивостью во время эндоскопических манипуляций, у 180 человек (47 %) превалировал умеренный отек и гиперемия СО. Лечебный эндостаз по поводу выраженной кровоточивости во время извлечения ИТ применен у 29 (15 %) детей гемостатическим препаратом Гемоблок. При контрольном эндоскопическом исследовании, проводимом через 5–7 дней, эрозивно-язвенных изменений, деформаций со стороны СО ВО ЖКТ не выявлено.

Заключение. Эндоскопическое исследование верхнего отдела желудочно-кишечного тракта является эффективным вмешательством, позволяющим диагностировать и при возможности извлечь инородное тело. Данные исследования являются основанием тактики ведения больных с инородными телами (выжидательная тактика в виде динамического наблюдения, эндоскопическое извлечение, оперативное вмешательство).

Анализ целесообразности сохранения существующей системы оказания медпомощи детскому населению на дому в экономических условиях постэпидемического периода

 Кравченко В. П.

 ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 91 ДЗМ»

В марте 2020 г. ВОЗ объявила пандемию новой коронавирусной инфекции, борьба с которой потребовала дополнительных затрат в системе здравоохранения. Постэпидемическая экономика потребует перераспределения ресурсов, в том числе и в здравоохранении, — экономических, финансовых, трудовых. Однако это будет происходить в рамках возможностей принятого бюджета. Ситуация диктует необходимость искать ресурсы. Ассамблея «Здоровая Москва» (01.2020) прошла под знаком пациентоориентированности. На ассамблее рассматривалось внедрение систем искусственного интеллекта (ИИ) в практике врача для ускорения диагностики и улучшения ее качества. Был сделан акцент и на то, что системы ИИ должны существенно освободить врача от неврачебных функций. Возможно, стоит вернуться к рассмотрению предложения, высказанного в 2016 г. академиком РАМН, главным педиатром МЗО РФ Барановым А. А., а именно: воспользоваться мировой практикой и отменить функцию вызова врача-педиатра на дом, с целью улучшения качества диагностики. Какие аспекты, с моей точки зрения, делают это предложение актуальным? Во-первых, это кадровый дефицит первичного звена, высокий процент специалистов предпенсионного и пенсионного возраста. Во-вторых, несмотря на социальную ориентированность государства, приходится учитывать и экономические реалии, требующие поиска компромиссов в использовании некоторых достижений периода советской медицины в текущих условиях. Тем более что большинство европейских стран и США, при существовании больших возможностей финансирования (в % от ВВП), были вынуждены отказаться от практики вызовов врача на дом. В-третьих, вследствие наличия значительного числа необоснованных вызовов на дом, при имеющейся численности врачей ЛПУ, становится физически невозможным обслуживать поток в несколько десятков вызовов ежедневно, особенно в период сезонного подъема заболеваемости, тем более обслуживать их одинаково качественно. Так, например, по утверждению главного врача Псковской детской городской больницы Э. Мелех, до 60 % вызовов являются необоснованными. Как следствие, все отмеченное ведет

к постоянным перегрузкам врачей и сложностям соблюдения руководством ЛПУ норм трудового законодательства по продолжительности рабочей недели врачей и норм сверхнормативной работы за год. В этой связи было проведено собственное исследование — сравнительный анализ количества вызовов на дом в условиях доэпидемического и эпидемического периодов.


Цель исследования. Оценить влияние режима самоизоляции на уровень обращений за медпомощью детям путем вызовов врача на дом в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции. В качестве объекта исследования был рассмотрен педиатрический участок численностью 1490 детей. Был проведен сравнительный анализ объема вызовов на дом, поступивших во временных интервалах апрель-май 2019 и 2020 года. Из числа посещений были исключены дети, находящиеся на амбулаторном лечении с диагнозом «коронавирусная инфекция» и контактные по данному заболеванию. Проведенный анализ показал снижение количества вызовов с 101 в 04.19 до 42 в 04.20 г., то есть снижение в 2,4 раза. В мае 2019 г. и 2020 было зарегистрировано 89 и 32 вызовов соответственно, — снижение в 2,8 раза. По возрастным группам снижение выглядело так: для 3–4-летних детей 3,3 раза, для 4–5 лет — 2,2 раза, для 5–6-летних — 2,5 раза.

Выводы. 1. Сравнительный анализ показал существенное снижение обращаемости детского населения за медпомощью в условиях ограничительных мер пандемии коронавирусной инфекции. 2. Отсутствие негативных последствий в результате снижения обращаемости. 3. Тем самым косвенно подтверждается предположение о наличии значительного количества необоснованных вызовов. 4. Предлагается, соблюдая региональный подход в плане наличия соответствующей транспортной инфраструктуры, сохранить, как вариант, вызов участковых педиатров на дом для детей до года в областных центрах (до трех лет в районных центрах и сельской местности). Для всех остальных возрастных групп обслуживание состояний, не угрожающих жизни, осуществляется в поликлиниках. 5. Трудовые, финансовые и материальные ресурсы смогут эффективнее использоваться для улучшения качества медицинского обслуживания, что действительно будет способствовать внедрению принципов пациентоориентированности.

Эпилепсия и пароксизмальные состояния у детей и подростков с нарушением мозгового кровообращения

 Кузнецова А. А., Щедеркина И. О., Левов А. В., Соловьев

В. Б., Лившиц М. И., Кессель А. Е., Петрайкина Е. Е.

 ГБУЗ «Морозовская детская городская клиническая больница ДЗМ»

Заболеваемость артериальным ишемическим инсультом (АИИ) у детей составляет в среднем 2–3 на 100 тыс. в год, при этом 40 % всех случаев приходится на возраст до года.

Цель. Оценка рисков возникновения эпилепсии после перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК).

Задачи работы. Оценка частоты различных манифестных симптомов ОНМК; определение факторов риска возникновения судорог и постинсультной эпилепсии.

Материалы и методы. С апреля 2014 г. на базе ГБУЗ «Морозовская детская городская клиническая больница ДЗМ» создан Центр по лечению цереброваскулярной патологии у детей, где ведется городской регистр детского инсульта. Проведен ретроспективный анализ историй болезней детей и подростков, поступивших и проходивших стационарное лечение в центре с диагнозами: артериальный ишемический



инсульт (АИИ), геморрагический инсульт и синус-тромбоз, а также наблюдавшихся в анамнезе.

Результаты. Проанализировано 560 историй болезней. Наиболее часто встречающимся манифестным симптомом ОНМК была общемозговая симптоматика — в 71,9 % случаев. Судороги в дебюте инсульта встречались у 16,3 % пациентов (114 детей), из них у 70 детей диагностирован геморрагический инсульт, реже при синус-тромбозе — всего у 4 пациентов. Средний возраст детей с артериальным инсультом был 6 лет, с геморрагическим инсультом — 1,9 лет, с синус-тромбозом — 2,8 лет. Отмечалось сочетание судорожных приступов с другими симптомами: наиболее часто с общемозговой симптоматикой, при этом при ишемическом инсульте характерно сочетание с гемипарезом, при синус-тромбозе — с лихорадкой. Катамнестически проанализировано 280 историй болезней детей с ОНМК за период с 2013 по август 2015 г., наблюдавшихся амбулаторно на базе центра, из них 62 % — дети с АИИ, в возрасте от 6 до 14 лет. Выявлено, что в 8,6 % случаев (15 детей) с АИИ возникла эпилепсия. Только у 3 из 15 детей отмечались острые судороги, которые сочетались с гемипарезом и нарушением сознания, при этом тяжесть инсульта, оцененная при поступлении по PedNIHSS, варьировалась от 1 до 15 баллов, что соответствовало легкому и среднетяжелому инульту. Приступы наиболее часто дебютировали от 12 до 24 месяцев от начала заболевания. При оценке факторов риска эпилепсии важное значение имеет объем и локализация поражения головного мозга (вовлечение коры головного мозга), наличие острых и поздних судорог на фоне инсульта, возможно влияние возраста возникновения ОНМК и пола. Сроки и необходимость назначения длительной противосудорожной терапии для купирования острых и поздних судорог четко не определены, значение данной терапии для развития постинсультной эпилепсии не изучено. Дети, развивающие острые и поздние судороги, а также имеющие в исходе ОНМК постинсультную эпилепсию, имеют снижение когнитивных функций и значительные ограничения в реабилитации.

Выводы. При поступлении ребенка в стационар с впервые развившимся судорожным приступом необходимо исключение ОНМК. Накапливаемые данные об инсульте у детей и подростков требуют проведения дальнейших исследований по поиску факторов риска возникновения постинсультной эпилепсии, с разработкой шкал оценки этих рисков. В клинической практике важной является разработка единых рекомендаций по проведению противосудорожной терапии у пациентов с ОНМК на различных этапах, с учетом возраста, этиологических факторов и реабилитационного потенциала.

Организация проведения патронажей к новорожденным на дому в ГБУЗ «ДГП № 133 ДЗМ» при ранней выписке из родильного дома



Лазарева С. И.



ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 133 ДЗМ»

Актуальность. Новый стандарт патронажей, проводимый участковой бригадой в соответствии с приказом Департамента здравоохранения г. Москвы № 948 от 27.12.2017 «Об утверждении методических рекомендаций по проведению патронажей детей первого месяца жизни на дому», направлен на повышение качества оказания медицинской помощи новорожденному ребенку во время проведения патронажей, в том числе при ранней выписке из родильного дома.

Цель работы. Повышение качества оказания медицинской помощи участковой службой в ГБУЗ «ДГП № 133 ДЗМ» при выполнении новых стандартов патронажей к здоровым новорожденным при ранней выписке.

Материалы и методы. На основании новых методических рекомендаций по проведению патронажей детей первого месяца жизни на дому в ГБУЗ «ДГП № 133 ДЗМ» построены процессы управления качеством, с целью исключения ошибок при проведении последовательной оценки состояния ребенка врачом-педиатром и участковой медсестрой, а также раннего выявления групп риска развития заболеваний и по показателям раннее проведение своевременных лечебно-профилактических мероприятий у новорожденных. Укладки участковой педиатрической бригады дополнительно оснащены транспортным билирубинометром и пульсоксиметром, что позволяет измерить уровень билирубина у новорожденных на дому и оценить риск развития патологии сердечно-сосудистой системы. Кроме того, систематическое проведение инструктажей медицинских работников, внедрение речевых модулей, алгоритма заполнения медицинской документации, тренинги и практические занятия по ситуационным кейсам проведения патронажей детей первого месяца жизни на дому способствуют росту профессиональных компетенций медицинского персонала.

Результаты. Алгоритм проведения патронажей внедрен в работу участковой службы в соответствии с методическими рекомендациями и разработанными в поликлинике СОПами. Для выполнения нового стандарта патронажей в ГБУЗ «ДГП № 133 ДЗМ» дополнительно организован «Кабинет поддержки грудного вскармливания», где прием осуществляет врач-педиатр, имеющий подготовку по курсу ВОЗ/ЮНИСЕФ «Консультирование по грудному вскармливанию», а также по вопросам питания здорового и больного ребенка. На патронажах участковая медсестра информирует родителей о «Кабинете поддержки грудного вскармливания», телефоне горячей линии специалиста по поддержке грудного вскармливания и о работе «Школы молодых родителей». Врач-педиатр оценивает правильность позы кормления, техники прикладывания к груди, проводит индивидуальные консультации кормящих грудью женщин по вопросам становления и поддержания успешной лактации в различные периоды грудного возраста ребенка. Также оказывает практическую помощь кормящим грудью матерям в решении трудностей, возникающих при грудном вскармливании. Повышение качества медицинского обслуживания осуществляется за счет широкого использования современных информационных технологий, которые позволяют осуществлять динамическое наблюдение за новорожденным ребенком. В ГБУЗ «ДГП № 133 ДЗМ» накоплен опыт консультаций с применением телемедицинских технологий по динамическому наблюдению детей с недостаточной прибавкой в массе тела. Анализ применения данных консультаций показал положительное влияние на динамику состояния здоровья новорожденных по полученным результатам.

Выводы. Применение современных технологий и стандартизированного комплексного подхода при проведении патронажей детей первого месяца жизни повышает качество оказания медицинской помощи. Современный алгоритм выполнения патронажей предполагает применение стандартизированных чек-листов для педиатров и медсестер, обеспечивающих проверку ключевых показателей состояния здоровья новорожденных, особенно при ранней выписке.

Заключение. Используемый в ГБУЗ «ДГП № 133 ДЗМ» алгоритм динамического наблюдения детей при ранней выписке из роддома направлен на своевременное выявление группы риска, проведение качественного динамического мониторинга состояния новорожденных, позволяет предупредить риск возникновения патологических отклонений в состоянии здоровья и своевременно применить лечебно-профилактические мероприятия, что является новым в организации оказания патронажной помощи новорожденным на дому на современном этапе.

Оптимизация санаторного этапа медицинской реабилитации детей с бронхиальной астмой

Лян Н. А., Уянаева А. И., Филатова Т. А.,
Калиновская И. И.

ГБУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ»

Бронхиальная астма (БА) у детей является одной из актуальных проблем педиатрии. Высокая распространенность заболевания, влияние на физическое развитие, качество жизни больных определяют необходимость оказания высокотехнологичной реабилитационной помощи таким детям. Одним из этапов медицинской реабилитации (МР) детей с БА является санаторно-курортное лечение, которое способствует ликвидации остаточных клинических проявлений обострения заболевания, поддержанию устойчивой ремиссии, профилактике осложнений, оздоровлению и повышению защитных сил организма. Несмотря на успехи фармакотерапии БА, далеко не во всех случаях удается добиться полного контроля заболевания, что диктует необходимость разработки персонализированного подхода к МР детей с БА, способствующего существенно повысить уровень контроля над заболеванием и стимулировать приверженность к лечению. В последние годы сложилась устойчивая тенденция к повышению частоты и экстремальности негативно влияющих на человека погодно-климатических факторов, что приводит к росту заболеваемости, погодообусловленных обострений. Частота повышенной метеочувствительности у детей с БА, по различным данным, составляет до 80%. По современным представлениям, неблагоприятные погодные условия могут вызывать развитие метеопатических реакций, которые у детей с БА могут протекать с усилением симптомов заболевания и вентиляционными нарушениями, а также снижать эффективность лечебных мероприятий. Среди природных лечебных факторов, используемых на санаторном этапе, важное место принадлежит биоклиматическим ресурсам. Включение методов климатотерапии в индивидуальные программы МР детей с БА способствует коррекции и профилактике погодообусловленных обострений и повышенной метеочувствительности. Климатопроцедуры (солнечные и воздушные ванны), назначаемые в адекватных дозировках с учетом термического и радиационного режима, способствуют уменьшению метеопатических реакций, изменению структуры и тяжести их проявления. С целью оптимизации медицинской реабилитации детей с БА целесообразно включение в комплексное санаторное лечение инновационных немедикаментозных технологий. Отмечено улучшение бронхиальной проходимости и повышение уровня общей физической работоспособности под влиянием импульсного низкочастотного электростатического поля (ИНЭСП). Выявлено благоприятное влияние поляризованного света на клиническое течение заболевания. Данные о противовотечном, спазмолитическом действии видимого света зеленого спектра, благоприятном влиянии на вегетативную регуляцию, психоэмоциональный статус детей явились основанием для применения селективной хромотерапии (монохроматический поляризованный свет зеленого диапазона) в МР детей с БА. При сочетании БА с кожными проявлениями аллергии эффективно воздействие низкочастотного переменного магнитного поля на воротниковую зону и межлопаточную область, что оказывает мягкий седативный, репаративно-трофический и противозудный эффект. С целью повышения эффективности лечения применяют сочетанные технологии. Достоверно более выраженная положительная динамика получена при комплексном применении галотерапии и ИНЭСП у детей с БА в условиях санатория, что связано с потенцированием положительных эффектов двух указанных физических факторов (муколитического, регидратирующего,

бронходриентирующего, глубокого вибрационного массажа). Для улучшения пассажа мокроты по бронхам, функциональных и объемных показателей легких, уменьшения гиперинфляции у детей с БА широко применяются методы физического воздействия. Одним из важных элементов МР таких пациентов является кинезотерапия, основной целью которой при БА является очищение бронхиального дерева от вязкой мокроты, снижение повышенного тонуса дыхательной мускулатуры, особенно диафрагмы и межреберных мышц. С этой целью применяются высокочастотная осцилляция грудной клетки, флаттер-терапия. Более выраженное мукоурегилирующее и дренирующее действие отказывает сочетанное применение флаттер-терапии и галоингаляционной терапии. Включение высокоэффективных немедикаментозных технологий в комплексное санаторное лечение детей с БА позволяет оптимизировать сроки лечения в санаторно-курортных организациях в климатической зоне проживания пациента и на курорте.

Интегральная оценка адаптационных реакций организма у детей со злокачественными опухолями

Неудахин Е. В., Иванова Н. М., Абрамов А. А.,
Петриченко А. В., Лукаш Е. Н., Асадуллаева М. А.

ГБУЗ «Научно-практический центр специализированной медицинской помощи детям имени В. Ф. Войно-Исенецкого ДЗМ»

В настоящий исторический период значимость инфекционных заболеваний в качестве триггеров летальных исходов у детей, благодаря распространению и улучшению вакцинирования, значительно уменьшилась. Время сердечно-сосудистых заболеваний, угрожающих жизни, для детей еще не наступило. Поэтому все более заметную роль в этом плане стали играть злокачественные опухоли. Их наличие — состояние хронического стресса, тяжесть проявлений которого зависит от характера течения адаптационных реакций. Поддержание жизнедеятельности организма, его развитие возможно только в условиях альтернативного взаимодействия процессов, принимающих участие в обеспечении определенных адаптационных реакций. В связи с этим закон единства и борьбы противоположностей следует переименовать в закон альтернативного взаимодействия. Альтернативные процессы обеспечивают определенные жизненно важные функции (систола-диастола — сердечная деятельность; симпатикотония-ваготония — вегетативное обеспечение). Альтернативные процессы не борются, а взаимодействуют. При оценке показателей кардиоинтервалограммы (КИГ), характеризующих состояние вегетативной нервной системы (ВНС), мы предлагаем выделять фазы напряженной адаптации (ФНА), относительной компенсации (ФОК), декомпенсации (ФД). Для ФНА характерно одинаковое повышение активности обоих отделов ВНС; для ФОК: при высокой активности симпатического отдела — недостаточное повышение парасимпатического; для ФД: при повышении активности симпатического отдела — снижение парасимпатического. Выделение этих фаз возможно при использовании многих альтернативных показателей. Оценка адаптационных реакций с помощью чувствительных и легкодоступных методов исследования позволяет судить о тяжести заболевания и эффективности его лечения в динамике. С целью определения активности адаптационных реакций мы использовали общий анализ крови с оценкой по Л. Х. Гаркави, определение фаз адаптации по соотношению Са и Mg; фаз адаптации по соотношению липопротеинов низкой и высокой плотности; а также ЭКГ, ХМ ЭКГ, ЭхоКГ. Под нашим наблюдением находилось 70 детей в возрасте от 3 до 17 лет со злокачественными опухолями (30) и 64 ребенка в возрасте от 9 до 17 лет — с синдромом вегетативной дистонии (СВД). При оценке адаптационных

реакций по Л. Х. Гаркави установлены: стресс — у 42,8 % детей с СВД; реакция тренировки — у 17,8 % и 0, соответственно; реакция спокойной активации — у 17,8 % и 16,5 %; реакция повышенной активации — у 10,7 % и 67 %; реакция переактивации — у 10,7 % и 16,5 %. По соотношению Са и Mg определялись фазы физиологической адаптации (ФФА), напряженной адаптации (ФНА), относительной компенсации (ФОК) и декомпенсации (ФД). ФФА определялась у 9,6 % детей с СВД и у 60,4 % — с СВД; ФНА — у 18,5 % и у 17,4 %, соответственно; ФОК — у 40,7 % и 22,2 %; ФД — у 27,4 % и у 0. Подобные фазы по соотношению липопротеинов низкой и высокой плотности установлены: ФФА — у 12,8 % и у 26,4 %; ФНА — у 21,4 % и у 34,2 %; ФОК — у 30,1 % и 24,3 %; ФД — у 35,7 % и у 15,1 %. У детей с СВД практически в 2 раза чаще, чем у детей с СВД, определялись синдром ранней реполяризации желудочков (по ЭКГ: у 68 % и 36,2 %), нон-диппер (СМАД: у 47,2 % и 28,4 %); нарушение диастолической функции левого желудочка (ЭхоКГ: у 52,4 % и 27,8 %). Таким образом, при оценке адаптационных реакций организма у детей со злокачественными опухолями определяется стрессовый характер их изменений с высокой частотой развития декомпенсации, достоверно отличающиеся от изменений адаптационных реакций у детей с СВД. Следовательно, указанные легкодоступные методы исследования могут использоваться для оценки тяжести состояния ребенка и эффективности его лечения в динамике.

Медицинская реабилитация детей с аноректальными пороками

Новикова Е. В., Хан М. А., Тальковский Е. М., Левицкая М. В.

ГАОУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ»
ГБУЗ «Детская городская клиническая больница имени Н. Ф. Филатова ДЗМ»

Аноректальные пороки включают широкий спектр врожденных аномалий, затрагивающих анус, прямую кишку, урогенитальный тракт. В структуре врожденных пороков развития составляют 7 %. Результат лечения напрямую зависит не только от качества проведенного оперативного вмешательства, но и от дальнейших реабилитационных мероприятий. Приобретенные стенозы ануса и прямой кишки, возникающие после выполнения коррекции, достигают 30 % от общего числа ятрогенных поражений аноректальной области. Медицинская реабилитация таких детей проводится на стационарном и амбулаторно-поликлиническом этапах с включением физических факторов, средств лечебной физкультуры и других методов. Медицинская реабилитация начинается сразу после хирургического лечения в палатах интенсивной терапии и специализированных отделениях. На первом этапе большое внимание уделяется активации репаративных процессов в области неануса. С этой целью назначают поляризованный свет, хромотерапию, низкочастотную магнитотерапию на область аноректальной зоны. Второй этап медицинской реабилитации проводится в реабилитационных отделениях и центрах медицинской реабилитации, направлен на оказание дефибрирующего действия на область прямой кишки, с этой целью применяется лекарственный электрофорез йода, ферментов, лечебной грязи. Третий этап медицинской реабилитации является наиболее продолжительным, проводится в амбулаторно-поликлинических условиях и включает технологии медицинской реабилитации, направленные на восстановление перистальтической активности кишечника — различные виды электростимуляции, а также оздоравливающие технологии, такие как аэроионотерапия, галотерапия, бальнеогрязелечение. Таким образом, в настоящее время

разрабатывается система этапной медицинской реабилитации детей с аноректальными пороками, внедряются современные технологии медицинской реабилитации, позволяющие оказать воздействие на различные патогенетические звенья заболевания и повысить качество жизни таких детей.

Распространенность и статистические данные по течению новой коронавирусной инфекции COVID-19 среди детей г. Москвы, находящихся на стационарном лечении

Османов И. М., Борзакова С. Н., Дубовец Н. Ф., Бочарова Т. И.

ГБУЗ «Детская городская клиническая больница имени З. А. Бахляевой ДЗМ»
ГБУЗ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ»

Актуальность. В связи с распространением коронавирусной инфекции не только среди взрослого, но и детского населения, важным является изучение половозрастных характеристик, особенностей течения, частоты развития осложнений и тяжелых форм инфекции у детей.

Цель исследования. Изучение распространенности и оценка особенностей течения новой коронавирусной инфекции, вызванной SARS-Cov-2, у детей, находящихся на стационарном лечении.

Задачи исследования. Ежедневный мониторинг и ведение регистра больных новой коронавирусной инфекцией COVID-19 у детей, находящихся на стационарном лечении.

Материалы и методы. В конце марта 2020 г. на базе ГБУЗ «ДГКБ им. З. А. Бахляевой» был организован COVID-центр для лечения детей с новой коронавирусной инфекцией средне-тяжелого и тяжелого течения. С 05.04.2020 проводится ежедневный мониторинг состояния находящихся на лечении детей. **Результаты.** За период с 05.04 по 29.05.2020 под наблюдением находилось 937 детей, из них 544 ребенка с подтвержденным диагнозом COVID-19, из них 12,1 % (66 чел.) — дети до года; 14,7 % (80 чел.) — дети с 1 до 3 лет; 9,9 % (69 чел.) — дети от 7 до 10 лет; 15,5 % (83 чел.) — дети с 11 до 13 лет; 35,3 % (192 чел.) — дети от 14 до 18 лет. Распределение больных по полу было примерно одинаковым (52 % мальчиков и 48 % девочек). В общей структуре заболеваемости COVID-19 доля вирусных пневмоний составила 37 % (202 эпидемиологических случая). Подавляющее большинство детей переносило инфекцию средней тяжести, за все время в тяжелом состоянии в отделении реанимации находилось 6 детей с подтвержденным COVID-19. Средний срок пребывания детей в стационаре составил 10–12 койко-дней. По данным проводимого мониторинга, особо резкий рост заболеваемости COVID-19 среди детского населения пришелся на 15–25 апреля, максимальное число детей, больных COVID-19, достигло своего максимума к 11–14 мая (через 25–30 дней от начала подъема общей заболеваемости в Москве), с 19–20 мая наметилась тенденция к снижению (30–35-й день от начала подъема заболеваемости у детей).

Заключение. Согласно общедоступным данным, распространенность COVID-19 среди детей ниже, чем среди взрослого населения. Однако среди детей также встречаются случаи среднетяжелого и тяжелого течения инфекции, преимущественно в старшей возрастной группе. Течение инфекционного процесса осложнилось присоединением вирусно-бактериальной пневмонии у 37 %. Полученные данные свидетельствуют о необходимости тщательного контроля за эффективностью лечения и течением COVID-19 у детей, а также о необходимости создания центров катамнеза и реабилитации детей, перенесших данную инфекцию.

Гипофосфатемический рахит

Османов И. М., Захарова И. Н., Кольбе О. Б., Бекмурзаева Г. Б., Тамбиева Е. В., Мумладзе Э. Б.
 ГБУЗ «Детская городская клиническая больница имени З. А. Башляевой ДЗМ»
 ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ»

Госпитализирован ребенок 3 лет с клиническими проявлениями рахита. При осмотре в отделении: вес 11,4 кг (перцентиль < 3 %), рост 86 см (перцентиль < 3 %). Рахитические изменения костей: выраженные лобные и теменные бугры, деформация костей предплечья, рахитические «браслетки», широкая и развернутая нижняя апертура грудной клетки, выраженный поясничный лордоз, О-образная деформация нижних конечностей, плоско-вальгусная деформация стоп, «утиная походка». Концентрация фосфора была снижена (0,89 ммоль/л), активность щелочной фосфатазы — повышена (520 ед/л). Кислотоосновное состояние по показателям крови нарушено не было. Уровень паратиреоидного гормона, витамина Д соответствовал нормальным возрастным показателям. В общих анализах мочи без патологии, рН мочи с колебаниями 5–7. Глюкозурии, протеинурии — не выявлено. Относительная плотность мочи колебалась от 1005 до 1020. Суточная экскреция с мочой калия, натрия, хлоридов, магния, кальция, фосфора, мочевой кислоты, креатинина, цистина, оксалатов была нормальной. Однако при расчете экскреции фосфора относительно креатинина она оказалась повышенной (16 при возрастной норме 1,2–8). При офтальмологическом осмотре патологии не обнаружено. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости, почек и щитовидной железы отклонений не выявило. Рентгенография нижних конечностей: картина остеохондропатии большеберцовых и бедренных костей, возможно на фоне гипофосфатемии, варусная деформация большеберцовых костей и шейки бедренной кости. Проведено молекулярно-генетическое исследование методом массового параллельного секвенирования 166 генов, ответственных за костную патологию. Выявлены изменения в нуклеотидной последовательности в гене PHEX exon17:c.G1715A: p.G572D в гетерозиготном состоянии. Таким образом, на основании характерной клинической картины и лабораторно-инструментальных симптомов был выставлен заключительный диагноз: Гипофосфатемический рахит. X-сцепленный доминантный тип наследования. Хроническая болезнь почек 1 ст. Задержка физического развития. Ребенку были назначены препараты фосфора, остеогенон, оксидевит.

Заключение. Данное клиническое наблюдение продемонстрировано нами для того, чтобы напомнить педиатрам о врожденной патологии — первичной тубулопатии, проявляющейся рахитоподобными изменениями костей, и показать сложности подбора индивидуальной терапии при верифицированном диагнозе. Настороженность в отношении редких заболеваний, своевременность применения специфических диагностических методов, позволяющих поставить «трудный диагноз» в педиатрии, определяют верную лечебную тактику и предполагают благоприятный прогноз у данной категории пациентов.

Маска «мочекаменной болезни»

Османов И. М., Захарова И. Н., Тамбиева Е. В., Бекмурзаева Г. Б., Мумладзе Э. Б.
 ГБУЗ «Детская городская клиническая больница имени З. А. Башляевой ДЗМ»
 ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ»

Мальчик, 11 лет, поступил в экстренном порядке с жалобами на изменения в анализах мочи в виде рецидивирующей лейкоцитурии, эритроцитурии, дизурическими явлениями. Со слов мамы, вышеописанные жалобы длятся в течение месяца, по лабораторным данным лейкоцитурия, эритроцитурия различной степени выраженности, проводилась терапия монуралом, фурамагом, без выраженного положительного эффекта, в связи с сохраняющейся дизурией и воспалительными изменениями по данным анализа мочи госпитализирован в стационар. Ранее изменений в анализах мочи не отмечалось. В условиях стационара сохраняется лейкоцитурия, бактериурия, по данным УЗИ стенки мочевого пузыря тонкие, ровные; в просвете определяется конгломерат гиперэхогенных включений размером 22,2 x 6,8 мм, дающих эхосигмент звуковой «дорожки». На обзорной рентгенограмме определяются множественные округлые тени высокой интенсивности, собранные в кружок в виде цепочки, с четкими ровными контурами, в диаметре до 5 мм, расположены над верхним углом лонного сочленения. Таким образом, у ребенка диагностированы инородные тела мочевого пузыря (магниты). Проведено оперативное лечение, удаление конгломерата магнитов.

Вегетативная дисфункция — серьезная проблема в школьном возрасте

Остроухова И. П., Куликова Е. В., Чегодаева Н. А., Кузнецов Г. Б.
 ФГБОУ ВО «Московский медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова» МЗ РФ
 ГБУЗ «Детская городская клиническая больница Свято-го Владимира ДЗМ»

Актуальность. Вегетативная нервная система, находясь в центре адаптационно-компенсаторных процессов организма, постоянно реагирует на все жизненные ситуации и поэтому часто испытывает перегрузки.

Цель исследования. Оценить особенности адаптации вегетативной нервной системы у детей школьного возраста, проживающих в крупном мегаполисе, поступивших в педиатрический стационар. Выявить характер изменений вегетативной нервной системы у детей и подростков, приведших к госпитализации.

Материалы и методы. Проведен анализ 152 случаев вегетативной дисфункции у детей, поступивших в педиатрическое отделение в течение одного года. Дети были школьного возраста, 8–16 лет, мальчиков — 83 человека, девочек — 69. Проведены общеклинические лабораторные и инструментальные обследования — ЭКГ, ХМ, КИГ, СМАД, ЭхоКГ, ЭЭГ, УЗДГ.

Результаты. Вегетативная дисфункция по симпатикотоническому типу была у 15 человек (мальчиков 73 %), по смешанному типу — 62 ребенка, из них 20 с синкопами (мальчиков 70 %), по ваготоническому типу — 75 детей, из них 19 человек с синкопами и 28 с синдромом слабости синусового узла (78 % — мальчики). При сборе анамнеза у многих отмечены проблемы перинатального периода, дети были раздражительными, тревожными, отмечались нарушения режима сна, гиподинамия, увлечение гаджетами.

Заключение. При психоэмоциональном напряжении повышается активность лимбико-ретикулярного комплекса. Это обеспечивает координацию вегетативной, соматической и эмоциональной сфер. В начале процесса адаптации отмечается симпатикотония, при длительном существовании перегрузок — ваготония. Данные проведенного анализа свидетельствуют о нарастании дезадаптации у школьников, преимущественно мальчиков, проявляющейся увеличением

числа ваготоний и жизнеугрожающих состояний (синкопе, СССУ).

Прогностические модели развития астмы у детей группы риска

Петрова Ю. В., Безносова Л. А., Королева Д. Р., Лотоцкая П. С., Колотилина А. И., Мунблит Д. Б., Корсунский А. А., Смирнова Г. И.

ФГБОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова» МЗ РФ
ГБУЗ «Детская городская клиническая больница № 9 имени Г. Н. Сперанского ДЗМ»

Актуальность. Постановка диагноза «бронхиальная астма» в раннем возрасте представляет собой определенную сложность, так как маленькие дети не могут осуществить необходимые дыхательные маневры при проведении диагностических тестов, а существующие инструментальные методы, применение которых возможно у детей младшего возраста, доступны в высокоспециализированных академических заведениях. Для выявления наиболее уязвимых групп детей с высоким риском развития бронхиальной астмы в мировой клинической практике используются и разрабатываются стратегии, приводящие к активному росту исследований, направленных на разработку предиктивных моделей развития бронхиальной астмы.

Цель исследования. Сформировать адаптированный к популяции Московского региона прогностический инструмент, позволяющий определить вероятность развития бронхиальной астмы у детей из группы высокого риска по этому заболеванию с учетом международного опыта.

Материалы и методы. Проведен скрининг 1098 историй болезни детей, поступивших в ДГКБ № 9 им. Г. Н. Сперанского, ДГКБ им. З. А. Башляевой, Клиническую инфекционную больницу № 1 по поводу обструктивного бронхита в возрасте 14–47 месяцев за период 2013–2014 гг. 382 из 1098 родителей согласились пройти интервью, а также был проведен детальный анализ данных историй болезни. Была проведена валидация двух разновидностей предиктивного индекса астмы (API): строгий и свободный на основании полученных данных. К большим критериям API относят наличие бронхиальной астмы у родителей пациента, атопический дерматит у ребенка; к малым критериям API относят аллергический ринит у ребенка, наличие бронхообструкции вне вирусной инфекции, эозинофилию крови ≥ 4 . Строгий предиктивный индекс API положителен при следующих условиях: ранние частые обструкции (≥ 3 по шкале от 1 (очень редко) до 5 (большую часть времени)) + минимум 1 большой критерий/2 малых критерия. Свободный предиктивный индекс API положителен при следующих условиях: ранние обструкции (хотя бы 1 эпизод бронхообструкции в первые 3 года жизни) + минимум 1 большой критерий/2 малых критерия.

Результаты. Из 382 участников исследования бронхиальная астма была диагностирована у 54 детей. Возраст на момент госпитализации (медиана) — 30,5 месяцев. На момент опроса — 89 месяцев соответственно. Статистически значимой разницы между детьми, у которых диагностирована бронхиальная астма к возрасту 6–8 лет, и детьми без симптомов бронхиальной астмы выявлено не было. Свободный API показал следующие параметры предиктивности: чувствительность — 65,2 %, специфичность — 62,5 %, положительная прогностическая значимость (ППЗ) — 21,9 %, отрицательная прогностическая значимость (ОПЗ) — 91,8 %. Строгий предиктивный индекс API характеризовался следующими предиктивными способностями: чувствительность — 50 %, специфичность — 82,1 %, ППЗ — 31,1 %, ОПЗ — 91,1 %.

Заключение. Проведена валидация предиктивного индекса астмы API в популяции Московского региона. Предиктивная способность сравнима с оригинальным исследованием, несмотря на то, что в нашем исследовании были использованы пациенты из группы высокого риска.

Искусственная вентиляция легких у детей на дому

Прокопьев Г. Г., Цыпин Л. Е., Демешкин И. Ф., Кириенко П. Н., Постникова Е. В.

ГБУЗ «Научно-практический центр специализированной медицинской помощи детям имени В. Ф. Войно-Ясенецкого ДЗМ»

Значительное количество заболеваний у детей, как врожденных, так и приобретенных, может осложняться острой или хронической дыхательной недостаточностью. Зачастую единственным методом лечения в этих случаях является продолжительная респираторная поддержка, то есть протезирование функции внешнего дыхания аппаратным способом. Подобная помощь требуется пациентам с заболеваниями, которые можно распределить на несколько групп:

- 1) медленно прогрессирующие нейромышечные заболевания (мышечная дистрофия Дюшенна, Эрба и др., спинальные мышечные атрофии Верднига–Гоффмана, Кугельберга–Веландера и др., миастении);
- 2) нарушения дыхания центрального генеза (центральный гиповентиляционный синдром — синдром «проклятья Ундины», различные постинфекционные, постишемические, посттравматические, опухолевые поражения головного и спинного мозга, аномалии развития головного мозга — синдром Арнольда–Киари и др.);
- 3) повреждение легочной паренхимы (фиброз ткани легкого, хроническая эмфизема);
- 4) нарушение проходимости дыхательных путей (синдром сонного апноэ, аномалии развития дыхательных путей).

Респираторная поддержка таким пациентам может проводиться длительное время, а иногда пожизненно, что делает актуальным ее проведение в домашних условиях. В европейских странах аппаратную респираторную поддержку на дому получают в среднем 6,6 пациентов на 100 тыс. населения, во Франции это более 6 тыс. пациентов, в Германии — более 4 тыс., в Португалии, где население сопоставимо по численности с населением Москвы, — около 800 пациентов. Более половины этих пациентов моложе 15 лет. Данная помощь позволяет значительно улучшить качество жизни пациента, снизить угрозу внутригоспитальных инфекций, уменьшить летальность, экономически целесообразно, так как значительно снижает расходы на лечение. Обязательными условиями для перевода пациентов на искусственную вентиляцию легких домой являются желание родителей и их умение ухаживать за пациентом на ИВЛ, наличие комплекта необходимого оборудования и консультативная помощь специализированного медицинского центра. Обучение родителей основам ухода, асептики, антисептики и ИВЛ должно проводиться в отделениях реанимации, где находится ребенок, и продолжаться в отделении паллиативной помощи. В НПЦ специализированной медицинской помощи детям ДЗМ им. В. Ф. Войно-Ясенецкого есть опыт проведения длительной аппаратной респираторной поддержки 67 пациентам детского возраста с максимальным сроком ИВЛ более семи лет.

Хронические абдоминальные боли, диагностика и лечение компрессионного стеноза чревного ствола у детей

Разумовский А. Ю., Митупов З. Б., Алхасов А. Б., Галибин И. Е., Титова Е. А., Смолянкин А. А., Зайнулабидов Р. А.

ГБУЗ «Детская городская клиническая больница № 13 имени Н. Ф. Филатова ДЗМ»

Актуальность. Компрессионный стеноз чревного ствола (КСЧС) является причиной хронических абдоминальных болей. У 10–24 % населения в той или иной степени имеется сдавление чревного ствола дугообразной связкой диафрагмы, вследствие чего могут возникать симптомы абдоминальной ишемии.

Цель исследования. Оценка эффективности диагностики и лечения КСЧС.

Материалы и методы. С 2015 по 2019 г. в ДГКБ № 13 им. Н. Ф. Филатова находился на лечении 41 пациент с диагнозом КСЧС в возрасте от 8 по 17 лет. Мальчиков 31 (76 %), девочек 10 (24 %). У 17 их них имелись сочетанные патологии в виде ВДГК, ЖПР, КДГК. Пациентам диагноз выставлен на основании данных анамнеза, жалоб, результатов УЗИ в режиме импульсивно-волнового доплера, МСКТ с внутривенным усилением и ангиографии. После комплексного обследования была выполнена операция — лапароскопическая декомпрессия чревного ствола 32 пациентам и диссекция чревного ствола через лапаротомный доступ 2 пациентам. Во всех случаях основной причиной компрессионного стеноза чревного ствола явилась срединная дугообразная связка диафрагмы в сочетании с нейрофиброзной тканью чревного сплетения.

Результаты. Длительность операции в среднем составила — 50 мин. Осложнений в послеоперационном периоде не отмечалось. Пациенты после выполненного оперативного вмешательства выписаны в удовлетворительном состоянии. Детям выполнялось контрольное обследование в позднем послеоперационном периоде, на котором была подтверждена декомпрессия чревного ствола. Клинически симптомы абдоминальной ишемии в послеоперационном периоде не проявлялись.

Заключение. На данный момент каждый пациент с синдромом компрессии чревного ствола остается сложным для клинициста. Важнейшим вопросом в обследовании и лечении таких пациентов остается определение показаний к оперативному вмешательству.

Заключение. До сих пор хирургическая декомпрессия чревного ствола вызывает множество тактических вопросов. На сегодняшний день очевидно, что оптимальным доступом для выполнения декомпрессии чревного ствола является лапароскопический.

Хронические абдоминальные боли. Диагностика и выбор оптимального метода хирургического лечения стеноза чревного ствола у детей. Оценка отдаленных результатов лечения

Разумовский А. Ю., Митупов З. Б., Зайнулабидов Р. А.
ГБУЗ «Детская городская клиническая больница имени Н. Ф. Филатова ДЗМ»

Актуальность. Распространенной проблемой в детском возрасте является боль в животе. Часто этот симптом носит доброкачественный характер и самостоятельно проходит. Но постоянная боль в брюшной полости может свидетельствовать о серьезных анатомических и функциональных нарушениях и требовать немедленного вмешательства. Одной из причин болей в животе может быть компрессионный стеноз чревного

ствола. Компрессионный стеноз чревного ствола (синдром Данбара) — заболевание, характеризующееся сдавлением чревного ствола срединной дугообразной связкой диафрагмы, ее внутренними ножками и нейрофиброзной тканью чревного сплетения. До настоящего момента он остается диагнозом исключения ввиду того, что не существует единого протокола диагностики и лечения пациентов с симптомами абдоминальной ишемии. У 10–24 % населения в той или иной степени имеется сдавление чревного ствола дугообразной связкой диафрагмы, вследствие чего могут возникать симптомы абдоминальной ишемии. В основе КСЧС лежит нарушение взаимоотношений анатомических структур. Заболевание это выявляется как у взрослых, так и у детей. Согласно медицинской статистике, от хронических болей в животе страдают от 10 до 15 % детей и подростков. По некоторым данным, число выявленных больных с хронической абдоминальной ишемией ежегодно увеличивается на 17 %.

Цель исследования. Формирование алгоритма диагностики и лечения КСЧС.

Материалы и методы. С 2015 по 2020 г. в ДГКБ № 13 им. Н. Ф. Филатова находились на лечении 57 пациентов в возрасте от 5 по 17 лет. Мальчиков 38 (64 %), девочек 19 (33 %). Также у 17 их них имелись сочетанные патологии в виде ВДГК, ЖПР, КДГК. Пациентам диагноз выставлен на основании данных анамнеза, жалоб, результатов УЗИ в режиме импульсивно-волнового доплера, МСКТ с внутривенным усилением и ангиографии. После комплексного обследования была выполнена операция лапароскопическая — декомпрессия чревного ствола 48 пациентам и диссекция чревного ствола через лапаротомный доступ 3 пациентам. Во всех случаях основной причиной компрессионного стеноза чревного ствола явилась срединная дугообразная связка диафрагмы в сочетании с нейрофиброзной тканью чревного сплетения. Осложнений в послеоперационном периоде не отмечалось.

Результаты. Длительность операции в среднем составила 50 мин. Осложнений в послеоперационном периоде не отмечалось. Пациенты после выполненного оперативного вмешательства выписаны в удовлетворительном состоянии. Детям выполнялось контрольное обследование в позднем послеоперационном периоде, на котором была подтверждена декомпрессия чревного ствола. Клинически симптомы абдоминальной ишемии в послеоперационном периоде не проявлялись.

Заключение. На данный момент каждый пациент с синдромом компрессии чревного ствола остается сложным для клинициста. Важнейшим вопросом в обследовании и лечении таких пациентов остается определение показаний к оперативному вмешательству. До сих пор хирургическая декомпрессия чревного ствола вызывает множество тактических вопросов. На сегодняшний день очевидно, что оптимальным доступом для выполнения декомпрессии чревного ствола является лапароскопический.

Создание новой модели детской поликлиники с использованием бережливых технологий

Рубцова А. А., Моисеева Е. И., Лыков Ю. Г., Шилова Л. Ю.
ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 99 ДЗМ»

Актуальность. Внедрение в городском здравоохранении бережливых технологий.



Цель исследования. Оптимизация стандартных процессов в работе поликлиники с использованием бережливых технологий для повышения удовлетворенности пациента, доступности медицинской помощи, а также повышения вовлеченности персонала детской поликлиники в условиях мегаполиса.

Материалы и методы. Работа проведена на базе ГБУЗ г. Москвы «ДГП № 99 ДЗМ» в рамках пилотного проекта «Бережливая поликлиника», составлены 280 первичных карт посещения поликлиники пациентами. Участники проекта — 4 рабочие группы, созданные на базе филиалов, первично вовлеченный персонал — 28 человек. Применялись метод картирования с использованием хронометража, метод анкетирования, лин-технология, 5С-технология, статистический метод, внедрение и анализ разработанных СОП.

Результаты. Впервые в Москве в условиях детской городской поликлиники нами было проведено картирование с использованием хронометража при посещении пациентом детской поликлиники. В исследование вошли 280 пациентов. Сотрудники детской поликлиники сопровождали пациента от входа до выхода из поликлиники, за исключением посещения врача и/или процедуры. Были проанализированы выявленные «временные потери» пациента, созданы общие карты текущего состояния процессов. В результате проведенного исследования одновременно в 4 филиалах детской поликлиники были запущены 4 проекта: «Оптимизация работы дежурного врача» (1), «Оптимизация процессов поступления и распределения бланков лабораторных анализов из клинично-диагностической лаборатории 1-го уровня» (2), «Оптимизация процессов вызова врача на дом через Call-центр» (3), «Оптимизация процесса вакцинации и туберкулинодиагностики» (4). На основе полученных результатов в рамках открытых проектов был разработан план-график реализации проекта (экшн-план), проведен анализ выявленных причин, осуществлена постановка и проверка гипотез, разработаны и апробированы методики изменения процессов. В ходе работы отмечена инициатива и вовлечение дополнительных участников, интерес не только сотрудников, но и пациентов. При получении промежуточных результатов в 2 проектах было проведено дополнительное картирование и анализ полученных результатов. В качестве решения выявленных проблем были проведены следующие мероприятия: перенаправление потоков пациентов, перераспределение площадей, проведены рациональные настройки оргтехники (принтеры, сканеры и др.), проведена адаптация речевых скриптов при ответе оператора call-центра, сотрудников «стойки информации», а также разработаны стандартные операционные процедуры (СОП) ответа и применены 5С-технологии организации рабочего пространства врача-педиатра, сотрудника картохранилища, сотрудника прививочного кабинета и call-центра. В ходе проведенной проектной работы во всех 4 проектах были получены ожидаемые эффекты. В проекте (1) — сокращение времени пребывания больного ребенка в «День здорового ребенка» в поликлинике на 10 %; в проекте (2) — сокращение потери результатов анализов на приеме участкового врача-педиатра с 14 % до 0, снижение количества необоснованных приемов у врачей-педиатров участковых, связанных с несвоевременным поступлением результатов анализов, с 10 % до 0; в проекте (3) — увеличение пропускной способности call-центра (уменьшение количества попыток дозвониться с 2 и более до 1, уменьшение среднего времени ожидания ответа оператора с 2,5 мин до 1,5 мин, повышение удовлетворенности пациентов (по обращениям) с 70 % до 0; в проекте (4) — сокращение среднего времени, затрачиваемого пациентом на вакцинацию, с 82 мин до 50 мин, сокращение среднего времени, затраченного на процесс туберкулинодиагностики, с 300 мин до 35 мин. Результаты проведенной работы были перекрестно внедрены во всех филиалах ГБУЗ г. Москвы «ДГП № 99 ДЗМ».

Заключение. Результаты, полученные в проекте, позволили не только устранить данные «временные потери» в частных случаях, но и изменить структуру проблемы в целом, а также изменить в положительную сторону отношение вовлеченных сотрудников и всего коллектива к проблеме.

Распространенность гиперлипидемий у московских детей

 Скоробогатова Е. В., Бочарова Т. И.
 ГБУЗ «Детская городская клиническая больница имени З. А. Башляевой ДЗМ»

Актуальность. Нарушения липидного обмена (дислипидемии, гиперхолестеринемии) традиционно рассматриваются как значимый фактор развития сердечно-сосудистых заболеваний. Повышенный уровень атерогенной фракции холестерина — липопротеинов низкой плотности (ХС ЛНП) играет ключевую роль в образовании холестериновых бляшек в сосудах и является основным модифицируемым фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний. Одной из наиболее распространенных причин исходно высокого уровня холестерина ЛПНП уже с детского возраста служит наличие семейной гиперхолестеринемии (СГХС). СГХС является моногенным заболеванием с преимущественно аутосомнодоминантным типом наследования, сопровождается значительным повышением уровня холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС-ЛНП) в крови, и как следствие, преждевременным развитием и прогрессирующим течением атеросклероза в молодом трудоспособном возрасте. При этом гетерозиготная форма СГХС (геСГХС) — одно из самых распространенных генетических заболеваний, обнаруживающееся примерно у 0,4 % населения Земли (1 на 250 человек по данным мета-анализа в 2017 г.). К сожалению, в большинстве стран и в том числе в РФ выявляемость данного заболевания находится на очень низком уровне — менее 1 %. Повышение выявляемости дислипидемий в детском возрасте с применением методов ранней профилактики и своевременным началом терапии способно снизить уровень сердечно-сосудистой смертности среди лиц трудоспособного возраста.


Цель исследования. Изучение распространенности гиперхолестеринемий у детей. Скрининговое обследование детей, выявление детей с повышенным уровнем холестерина (более 4,5 ммоль/л) с целью ранней диагностики СГХС.

Материалы и методы. Проведено исследование общего холестерина в сыворотке крови ферментативным методом. Статистическая обработка данных проводилась по критерию Фишера. Под наблюдением находилось 428 детей в возрасте от 1 года до 17 лет. Исследование проведено на базе педиатрического отделения № 2 ГБУЗ «ДГКБ им. З. А. Башляевой ДЗМ».

Результаты. Уровень общего холестерина свыше 4,5 ммоль/л установлен у 88 детей (20,5 %), среди них мальчиков 31 (35 %), девочек 57 (65 %). Число детей с гиперхолестеринемией в возрасте до 3 лет составило 8 (9 %), от 4 до 6 лет — 10 (11,5 %), от 7 до 10 лет — 37 (42 %), от 11 до 18 лет — 33 (37,5 %). Уровень холестерина 4,6–5,0 ммоль/л отмечен у 31 ребенка (35,2 %), 5,1–5,9 ммоль/л — у 44 (50 %), более 6,0 ммоль/л — у 13 (14,8 %) детей.

Выводы. Распространенность гиперхолестеринемии у детей составила 20 %, что требует проведения дальнейшего углубленного обследования детей, включающего в себя определение уровня липидных фракций, оценку наследственного анамнеза и прицельного физикального обследования.

Трудности диагностики состояния двигательных путей методом транскраниальной магнитной стимуляции у детей после тяжелой черепно-мозговой травмы

 Семенова Н. Ю., Валиуллина С. А., Мамонтова Н. А., Топчий А. А.
 ГБУЗ «Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии ДЗМ»

Актуальность. Тяжелая черепно-мозговая травма (ЧМТ) у детей является причиной инвалидности и требует длительного лечения и реабилитации. Последнее время в клинической практике используется транскраниальная магнитная стимуляция (ТМС) — как диагностический метод, и ритмическая (рТМС) — как лечебная процедура. С помощью ТМС можно оценивать состояние двигательных проводящих путей центральной нервной системы, стимулируя моторные зоны коры головного мозга и регистрируя моторный ответ с периферических мышц. Параметры вызванного моторного ответа (ВМО) возможно использовать для оценки двигательной функции. Они часто используются у взрослых пациентов при различных неврологических заболеваниях, но мало применялись у детей с последствиями тяжелой ЧМТ.

Цель исследования. Улучшение клинико-нейрофизиологической диагностики состояния моторных проводящих путей до и после сеансов ритмической ТМС детям с последствиями тяжелой ЧМТ в процессе реабилитации.

Материалы и методы. Проанализированы данные 36 исследований диагностической ТМС у 13 детей с последствиями тяжелой ЧМТ, проходящих реабилитацию в НИИ НДХиТ; 9 детей получили 1 или 2 курса рТМС. Возраст детей колебался от 2 до 17 лет. Все дети имели нарушения в двигательной сфере. ТМС проводилась на приборе Нейро-МСД (фирма «Нейрософт», Россия). Регистрировались ВМО с рук и ног во время стимуляции корковых и сегментарных зон. Оценивались порог, латентность, амплитуда ВМО, рассчитывалось время центрального моторного проведения (ВЦМП).

Результаты. У всех наблюдавшихся детей при проведении диагностической ТМС обнаружено различие в латентности ВМО, ВЦМП здоровой и пораженной стороны (с большими значениями на пораженной стороне), повышение порога ответа. Причем у 5 детей повышение порога ВМО было с двух сторон. Амплитуда ВМО значительно колебалась и имела различные асимметрии в полушариях мозга. Наличие двусторонних изменений параметров ВМО, вероятно, связано с тяжелым поражением мозга, захватывающим не только локальные участки мозга. У четверых детей при стимуляции в стандартных точках первичной моторной зоны коры головного мозга ВМО отсутствовал даже при стимуляции с максимально возможной мощностью стимула. В основном это наблюдалось у детей младшего возраста. У одного из этих детей не был получен моторный ответ и при стимуляции сегментарного уровня. В этом случае отсутствие ВМО при стимуляции корковой моторной зоны может быть связано с нарушением проведения на периферическом уровне, что подтвердилось наличием признаков моторной аксонопатии срединного нерва при электронейромиографии. В двух случаях моторный ответ после невозможности выделения в стандартной точке был получен в нестандартной зоне головы. Вероятно, перенесенные тяжелые поражения мозга, связанные с этим нейрохирургические операции могли изменить функциональную топологию отделов мозга и вызвать смещение двигательных зон мозга. Кроме того, учитывая младший возраст, это могло свидетельствовать и о незрелости проводящих путей. После проведения рТМС у всех детей отмечалась положительная клиническая динамика, возрастание двигательной активности в конечностях. При проведении ТМС повторно определялось снижение порога ВМО уже после 4–5-го сеанса. После курса рТМС отмечалось увеличение амплитуды ВМО, уменьшение ВЦМП. В меньшей степени изменялось значение латентности ВМО. У тех детей, у которых моторный ответ не был получен до проведения лечебного курса ТМС, также отмечалась положительная клиническая динамика, но при повторной ТМС ответ снова вызвать не удавалось. Это говорит о вероятных ложноотрицательных ответах при диагностической ТМС у этих детей (не менее 15%).

Заключение. Несмотря на то, что ТМС дает новые диагностические возможности в характеристике проводящих

моторных путей, у детей с тяжелым поражением мозга, особенно младшего возраста, имеются определенные трудности диагностики из-за возможных ложноотрицательных ответов. Отсутствие моторного ответа при стимуляции моторной зоны может быть связано наряду с нейрофизиологической незрелостью проводящих путей из-за возраста ребенка или резким снижением возбудимости корковых моторных зон, также и с нарушением структурной организации мозга. Особенности стимуляции при получении моторного ответа у детей с тяжелой ЧМТ затрудняют объективную диагностику, особенно у детей младшего возраста. Это требует больше времени для поиска нестандартных точек и получения ВМО, а также затрудняет расчет параметров лечебной магнитной стимуляции, подбор которых проводится с учетом диагностической ТМС.

Нейрофизиологическая диагностика бессудорожного эпилептического статуса у детей в состоянии комы



Семенова Н. Ю., Мамонтова Н. А.

ГБУЗ «Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии ДЗМ»

Актуальность. Бессудорожный эпилептический статус (БЭС) в состоянии комы у детей трудно диагностировать из-за отсутствия четкой клинической симптоматики, патологических, измененных нейрофизиологических данных в виде паттернов комы и влияния на них проводимой терапии.

Цель исследования. Выявление нейрофизиологических особенностей у детей с БЭС при тяжелом остром поражении мозга. Задача проведенного анализа — оценить диагностическую значимость электроэнцефалографического исследования.

Материалы и методы. Проанализированы данные электроэнцефалограммы (ЭЭГ) 5 детей с острым поражением мозга, находящихся в бессознательном состоянии в отделении реанимации, имеющих специфические изменения на ЭЭГ. Среди обследованных детей трое было с закрытой черепно-мозговой травмой, ушибом головного мозга тяжелой степени; два ребенка перенесли спонтанное внутрижелудочковое кровоизлияние в головной мозг.

Результаты. При поступлении уровень сознания расценивался менее 6 баллов по ШКГ. Запись ЭЭГ проводилась с синхронной видеозаписью на приборе «Nicolet» или на приборе «Неокортекс» с помощью 10 электродов, установленных по уменьшенной схеме «10–20». По нашим данным, эпилептиформные изменения на ЭЭГ у детей, находящихся в коме, наблюдаются в 4% случаев и могут отражать тяжесть поражения мозга. У наблюдаемых детей с БЭС отмечалось отсутствие четких клинических симптомов приступов; нетипичные судорожные проявления, позволяющие заподозрить БЭС, были у 2 детей. В ЭЭГ регистрировались периодические феномены: комплексы «пик-медленная», «острая-медленная» волна, трехфазные волны. Феномены имели диффузный характер на ЭЭГ, даже в случае латерализованного преобладания; у 3 детей они были постоянными в течение всей записи, у 2 — динамически развивающимися. При однократной записи ЭЭГ определялись грубые изменения, однако трактовка не во всех случаях была однозначной, так как данные патологические феномены на ЭЭГ могут быть как результатом БЭС, так и проявлением тяжелого острого поражения мозга. Для дифференциальной диагностики мы назначали противосудорожную терапию и проводили динамический контроль ЭЭГ, а также использовали пробу с введением противосудорожных препаратов на фоне записи ЭЭГ. При этом наличие положительной динамики на ЭЭГ в виде уменьшения

или отсутствия эпилептиформных феноменов, периодических разрядов расценивалось в пользу БЭС.

Заключение. Диагностика БЭС невозможна без анализа нейрофизиологических данных ЭЭГ. Рекомендуется проведение противосудорожной терапии под контролем ЭЭГ и ЭЭГ с лекарственной пробой.

Наш первый опыт минимально инвазивной нефролитотрипсии у детей

Суров Р. В., Лазинвили М. Н., Шмыров О. С.,
Кудасев А. В.

ГБУЗ «Морозовская детская городская клиническая
больница ДЗМ»

Удаление крупных конкрементов и коралловидных камней чашечно-лоханочной системы почки у детей остается сложной и до конца нерешенной проблемой. Такая высокоэффективная минимально инвазивная технология, как чрескожная перкутанная нефролитотрипсия (ЧКНЛ), широко используемая во взрослой урологии, все еще остается редкой в практике детского уролога. Причина этому — относительно малое количество подобных пациентов и отсутствие достаточного материально-технического оснащения в детской сети. С начала 2019 года в отделении детской урологии-андрологии и плановой хирургии прошли лечение 7 пациентов от 1,5 до 15 лет с крупными конкрементами лоханки (более 2 см) и коралловидными камнями, занимающими лоханку, а также 1 и более чашечек. У 6 пациентов была выполнена мини-ЧКНЛ с помощью нефроскопа 12 Ch. Всем детям предварительно устанавливался мочеточниковый катетер для введения контрастного вещества в чашечно-лоханочную систему (ЧЛС). В зависимости от локализации камня под контролем УЗИ и рентгеноскопии проводилась пункция задней нижней или средней чашечки. По проводнику проводилось бужирование рабочего канала и устанавливался нефроскоп в ЧЛС. Конкремент разрушался до мелких фрагментов с помощью гольмиевого лазера в режиме dusting. Крупные фрагменты удалялись с помощью щипцов, конкременты менее 1 мм были оставлены в ЧЛС и впоследствии отходили самостоятельно. На 3–5 дней после операции устанавливалась нефростома. У 1 пациента с коралловидным камнем, занимающим лоханку и все группы чашечек, выполнено ретроперитонеоскопическое выделение лоханки, через которую введен нефроскоп, в последующем процедура была аналогичной. У 6 пациентов конкремент был полностью удален в результате одного вмешательства. Одному пациенту с плотным конкрементом, у которого сохранялись резидуальные фрагменты, была выполнена повторная нефролитотрипсия через ранее сформированный нефростомический канал. У всех пациентов достигнуто состояние «stone free», ЧЛС полностью освобождена от конкрементов. Осложнений не было. Таким образом, минимально инвазивные процедуры для удаления крупных и коралловидных камней у детей, такие как чрескожная нефролитотрипсия, показывают высокую эффективность и безопасность. Применение этой технологии требует опыта и соответствующего аппаратно-технического обеспечения.

Формирование навыков эффективного взаимодействия специалистов с членами семьи больного ребенка в рамках непрерывного медицинского образования

Хайретдинов О. З., Бечук М. А., Рубакова Л. И.
ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков имени Г. Е. Сухаревой ДЗМ»

Целью настоящего сообщения является обоснование актуальности и описание способа совершенствования навыков эффективного взаимодействия детских врачей с членами семьи больного ребенка. Необходимым условием лечения ребенка является продуктивный контакт с его законными представителями. Затруднения коммуникаций между родителями и специалистами могут существенно снижать качество диагностики, лечения и реабилитации. Детские врачи разных специальностей нередко встречаются с неконструктивным отношением и препятствиями со стороны родителей и опекунов в процессе оказания медицинской помощи: недоверием, игнорированием рекомендаций, обвинениями, конфликтностью и агрессией. В ряде случаев в основе подобных действий родителей могут лежать кратковременные и пролонгированные вторичные пограничные психопатологические расстройства, в том числе обусловленные психической травматизацией в связи с болезнью ребенка. Тяжелые соматические, психические и поведенческие расстройства у детей способны продуцировать реакции дезадаптации и кризисные состояния у ближайшего окружения ребенка. Например, аффективно-шоковые реакции родителей с явлениями растерянности и дереализации приводят к снижению их способности принять информацию о состоянии ребенка, необходимости экстренных мер медицинской помощи; тревожное возбуждение с чрезмерной непродуктивной активностью может значительно дезорганизовать выполнение диагностических и лечебных назначений. Депрессивные реакции родителей с идеями самообвинения по защитным механизмам проекции могут замещать обвинением медицинских работников. Традиции врачебного патернализма невольно подчеркивают пассивность и беспомощность родителей. Невозможность реализовать в действиях нарастающую тревогу и напряжение также способствует их смещению в плоскость жалоб и неконструктивной борьбы с сотрудниками медицинской организации. Представляется, что повышение роли и поддерживаемой врачом активности родителей, напротив, помогает снижению тревоги и конструктивному взаимодействию. В формировании характера взаимоотношений специалистов и членов семьи больного ребенка имеют значение не только дезадаптивные проявления со стороны родителей, реакция и переживания специалистов принадлежит не менее важная роль. Действия врачей могут оказаться как протективными, так и усугубляющими кризисные явления и расстройства адаптации у родителей. Во втором случае замыкается порочный круг нонкомплаентности и взаимной неудовлетворенности, становится фактором риска синдрома эмоционального выгорания и профессиональных деформаций личности специалиста. Очевидно, что инициировать изменение стереотипа неконструктивного взаимодействия могут только специалисты, понимающие механизмы формирования эмоциональных и поведенческих реакций родственников пациента и их влияние на доступность и эффективность помощи. Навыки эффективной коммуникации в медицинской практике являются не столько «сервисной составляющей» и «правилами хорошего тона», сколько фактором повышения качества оказания медицинской помощи и снижения уровня профессионального стресса, повышения удовлетворенности работой для специалистов (Beckman, Frankel, 1984; Kurtz et al., 2003; Dyche, Swiderski, 2005 и др.). Разработанная ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г. Е. Сухаревой ДЗМ» дополнительная профессиональная образовательная программа повышения квалификации «Эффективное взаимодействие специалистов с семьей больного ребенка» нацелена на формирование необходимых представлений, знаний и навыков для успешного сотрудничества на основе принципов партнерства. Практические занятия с выполнением проблемных заданий,

ролевые игры с применением технологий симуляционного обучения позволяют улучшить понимание и выявление типичных проблем родственников и негативных явлений, связанных с болезнью ребенка, провести ревизию моделей взаимоотношений с семьей пациента, будут способствовать профилактике и коррекции профессионального стресса и синдрома эмоционального выгорания.

Ранняя диагностика инсульта у детей. Опыт скорой медицинской помощи Москвы

Хачатуров Ю. А., Сидоров А. М., Плавунин Н. Ф., Шедеркина И. О., Петрайкина Е. Е., Кадышев В. А., Кессель А. Е.

ГБУЗ «Морозовская детская городская клиническая больница ДЗМ»

Актуальность. Ранняя диагностика острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) у детей врачами на догоспитальном этапе является важным фактором, определяющим маршрутизацию пациента и влияющим на своевременное начало терапии. Раннее начало терапии снижает тяжесть и риск повторного инсульта. Запоздывание со своевременным диагнозом увеличивает вероятность неблагоприятного исхода. Клиническая картина инсульта у детей зависит от целого ряда факторов, ведущими из которых являются возраст ребенка, тип инсульта, зона и объем повреждения, а также этиологические факторы. Многообразие клинических проявлений инсульта у детей и подростков требует проведения широкого дифференциально-диагностического поиска в наиболее короткие сроки. Диагностические шкалы, используемые во взрослой практике, недостаточно информативны у детей и требуют модификации для улучшения ранней диагностики детского инсульта. В педиатрической практике существование широкого спектра «инсультподобных» состояний (от 79–93% у детей против 30% у взрослых), так называемых «масок» инсульта, существенно затрудняет диагностический поиск. Количество пациентов, доставляемых Скорой медицинской помощью (СМП) г. Москвы в стационары с подозрением на ОНМК, возрастает ежегодно: 2014 — 169 детей, 2015 — 268, 2016 — 345, 2017 — 369, 2018 — 436.

Цель. Анализ клинической картины и соотношения диагнозов: направляющих (выставленных бригадами СМП) и окончательного (при выписке из стационара после обследования).

Цель исследования. Оценка частоты наиболее частых диагнозов «масок» инсульта.

Материалы и методы. Методы: клинический, лабораторный, радиологический. В анализ включены 202 истории болезни детей, госпитализированных СМП в Центр цереброваскулярной патологии детей и подростков Морозовской ДГКБ с направляющими диагнозами ОНМК (коды по МКБ-10 I60-I69, G45.0, G45.8), за период с октября 2018 года по январь 2019 года. Пациенты были разделены на группы: по возрасту (<1 года, 1–5 лет, >5 лет), полу, направляющему диагнозу СМП и заключительному диагнозу стационара.

Результаты. У 4,95% (N=10) пациентов с направляющим диагнозом ОНМК после обследования был подтвержден инсульт: ишемический — 3,96% (от всех случаев, N=8), геморрагический (0,99% от всех случаев, N=2). При этом у детей с направляющим диагнозом ишемического инсульта (N=41) диагноз подтвердился в 9,8% случаев (N=4). У детей с направляющим диагнозом геморрагического инсульта (N=21) диагноз подтвердился в 4,8% случаев (N=1). У детей с направляющим диагнозом «транзиторная ишемическая атака» (N=86) заключительный диагноз совпадает с направляющим в 3,5% случаев (N=3). У детей с направляющим диагнозом «синдром вертебробазиллярной недостаточности» (N=54)

заключительный диагноз совпадает с направляющим в 28% случаев (N=15). По данным исследования, у детей с направляющими диагнозами нарушения мозгового кровообращения (N=202) установлен диагноз «мигрень» (мигрень с аурой, мигрень без ауры, мигрень неуточненная, мигренеподобные пароксизмы, мигренеподобные головные боли) в 34% случаев (N=67), «головные боли напряжения» в 2,5% случаев (N=5), «синдром вегетативной дисфункции» (вегетативно-сосудистые пароксизмы, ВСД) в 17,9% случаев (N=36), а также в 17% случаев (N=34) была выявлена другая патология (объемное образование головного мозга, нейропатия лицевого нерва, эпилепсия, конверсионное расстройство, нейроинфекция).

Заключение. Сложность в оценке симптомов нарушений мозгового кровообращения в детском возрасте, отсутствие специальных шкал догоспитальной оценки ОНМК для детского возраста резко усложняет дифференциальную диагностику инсультов и так называемых «масок» инсульта (мигрени, головные боли напряжения, вегетативно-сосудистые пароксизмы), постановку диагноза на догоспитальном этапе и корректную маршрутизацию пациента.

Снижение качества жизни у детей с энурезом в подростковом возрасте как причина коморбидных состояний

Хлебутина Н. С., Гусева Н. Б., Крапивкин А. И., Колодяжная А. В.

ГБУЗ «Детская городская клиническая больница № 9 имени Г. И. Сперанского ДЗМ»

Актуальность. Улучшение качества жизни родителей при использовании удобного абсорбирующего белья (памперсы) привело к увеличению возраста формирования родителями динамического стереотипа мочеиспускания у детей в отведенном месте и задержке формирования волевого контроля акта мочеиспускания. Что привело к повышению частоты встречаемости энуреза у детей школьного возраста, а соответственно, снижению качества жизни уже самого ребенка — невозможность поехать в лагерь, низкая самооценка, неуверенность в своих силах. Показанием к применению сигнальной терапии является неконтролируемое спонтанное опорожнение мочевого пузыря во время сна. Результаты лечения зависят от множества факторов, в том числе от контроля и помощи родителей или опекунов. Сигнальная терапия (алармотерапия, мочевой будильник) широко используется в качестве первой линии лечения детей с энурезом (enuresis nocturna). Однако часть детей (36%) не просыпается при максимально настроенном сигнале будильника даже при выделении всей порции мочеиспускания. В настоящее время окончательно не ясно, что влияет на непробуждение ребенка при активации сигнала тревоги и какова эффективность алармотерапии у данной категории пациентов.

Цель исследования. Дополнительное изучение состояния мочеиспускания у группы детей с энурезом при малой эффективности алармотерапии, когда дети не просыпаются в ответ на звук и родители не будят их.



Материалы и методы. Детальная информация о недержании мочи была ретроспективно получена от 88 из 124 пациентов, которые получали сигнальную терапию (Энуфлекс) в период с 2016 по 2018 год, заполнили опросник при поступлении в стационар и 3-дневный дневник мочеиспусканий. Поступившие пациенты были разделены на две группы: в группе активно реагирующих родителей (N=54) дети были разбужены тотчас членами семьи, когда сигнал тревоги прозвучал; в группе контроля сигнальной терапии (N=34) дети сами были ответственны за пробуждение по будильнику. Группы сравнивали, для того чтобы оценить разницу эффективности за 95 дней

после назначения сигнальной терапии. Коэффициент эффективности сигнальной терапии был рассчитан с использованием критериев ICCS.

Результаты. По данным дневников мочеиспускания сохранялись признаки незрелого типа мочеиспускания в виде преобладания доли моторных мочеиспусканий над сенсорными. Моторные мочеиспускания (по напоминанию) относились к сенсорным (по позыву) как 5:3. Эффективность алармотерапии была выше в группе пациентов с активными родителями: полный ответ и частичный ответ наблюдались у 46,4 % и 40,5 %. Более низкий результат 26,5 % и 29,4 % пациентов наблюдался в группе самостоятельного контроля ($p = 1,00$) соответственно. Существенная разница в процентной доле детей, которые просыпались с помощью родителей и самостоятельно пробуждались по будильнику, может быть объяснена наличием незрелого типа мочеиспускания, что требует более длительного, до 6 месяцев, использования сигнальной терапии у 64 % детей с энурезом и контроля за режимом мочеиспускания во время бодрствования.

Заключение. Детям с незрелым типом мочеиспускания требуется активная помощь родителей в начале курса сигнальной терапии, не менее месяца, дополнительное пробуждение ребенка родителем по сигналу устройства. Устройство следует использовать не менее 6 месяцев, с регулярным контролем стереотипа дневных мочеиспусканий для формирования зрелого типа. Заинтересованность родителей в достижении результата лечения очень важна, это не только психологическая поддержка ребенка, но и участие в процессе его лечения. Чем выше заинтересованность родителей в достижении ремиссии энуреза, тем выше качество жизни ребенка, избавившегося от проблемы, и его семьи.

Нарушения функционального состояния почек у детей с пероральными отравлениями химической этиологии

 Чугунова О. Л., Амергулова С. Б., Ярошевская О. И., Суходолова Г. Н.
 ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова» МЗ РФ
ГБУЗ «Детская городская клиническая больница № 13 имени Н. Ф. Филатова ДЗМ»

В последние десятилетия усилилась актуальность проблемы острых химических отравлений и стала важным фактором заболеваемости и, главное, преждевременной смертности. При этом острые отравления у детей занимают одно из первых мест среди несчастных случаев и характеризуются высоким процентом летальности. Широкое использование химических веществ и лекарственных препаратов, обладающих нефротоксичностью, способных вызывать гемодинамические нарушения и оказывать прямое негативное воздействие на органы мочевой системы, может приводить к нарушению функционального состояния почек различной степени тяжести.

Цель работы. Изучить характер нарушений функции почек и оптимизировать диагностику острого повреждения почек (ОПП) у детей с пероральными отравлениями химической этиологии.



Общая характеристика больных и методы исследования. У 120 детей в возрасте от 1 года до 18 лет с пероральными химическими отравлениями на 1-е сутки поступления в отделение токсикологии ДГКБ № 13 им Н. Ф. Филатова исследовался уровень маркеров острого повреждения почек (KIM-1, NGAL и цистатина С) в моче методом иммуноферментного анализа. Также оценивались скорость клубочковой фильтрации (СКФ),

биохимические параметры крови, мочевой синдром, ультразвуковая картина почек с оценкой кровотока по данным доплерографии сосудов почек. В качестве контроля обследовано 20 детей аналогичного возраста без соматической патологии.

Результат исследования. Повышение цифр сывороточного креатинина в первые сутки поступления в стационар наблюдалось только у 1 (0,8 %) ребенка с отравлением, в то время как у 25 (20,8 %) детей отмечалось выраженное увеличение в моче маркеров острого повреждения почек (ОПП) — липокалина 2 (NGAL) и молекулы повреждения почеч-1 (KIM1) по сравнению с детьми группы контроля. Все дети, у которых в первые сутки после отравления выявлялись высокие цифры NGAL и/или KIM-1, на 3-и сутки развернули картину ОПП с азотемией и изменением кровотока по данным доплерографии сосудов почек. Липокалин 2 достоверно ($p < 0,05$) повышался у детей с первых суток отравления нестероидными противовоспалительными средствами (НПВС) и нейролептическими препаратами (27+5,3 нг/мл и 11,64+2,7 нг/мл, соответственно). Молекула почечного повреждения показывала высокий уровень в первые сутки отравления НПВС (383+87 пг/мл, $p < 0,05$), прижигающими ядами и уксусной эссенцией. Уровень цистатина С в моче в большинстве случаев (79 человек) был ниже минимальных значений в контрольной группе и ни в одном случае не превышал максимальный уровень в контроле. Все показатели маркеров ОПП в моче были связаны между собой прямой достоверной корреляционной зависимостью.

Заключение. Диагностика нарушений функции почек у детей с пероральными отравлениями химической этиологии на основании только увеличения концентрации креатинина и мочевины в сыворотке крови является запоздалой и приводит к несвоевременному выявлению ОПП. Для своевременной диагностики ОПП детям, поступающим в отделение токсикологии с отравлением химическим веществом, в особенности — уксусной эссенцией, НПВС, нейролептиками, прижигающими ядами, рекомендовано исследование биохимии крови, общего анализа мочи не только в первые сутки, но и на третьи сутки отравления, а также проведение УЗИ почек с УЗДГ сосудов почек на третьи сутки отравления. Для ранней диагностики нарушений функции почек целесообразно исследование в моче NGAL и KIM-1. Определение в моче концентрации цистатина С не являлось диагностически значимым у данной категории больных.

Особенности нарушений пищевого поведения у детей дошкольного возраста с расстройствами аутистического спектра

 Шапошникова А. Ф., Кондратьева Р. В.
 ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков имени Г. Е. Сухаревой ДЗМ»

На современном этапе сохраняется высокая актуальность вопросов, связанных с лечением пациентов, страдающих расстройствами аутистического спектра. В большинстве стран, где ведется статистика аутистических расстройств, отмечается увеличение заболеваемости. В настоящее время интерес к данной группе психических нарушений есть не только среди психиатров, но и среди специалистов другого профиля, так как расстройства аутистического спектра имеют коморбидность с болезнями желудочно-кишечного тракта, системы органов дыхания, аллергическими заболеваниями. Среди симптомов детского аутизма особое внимание клиницистов вызывают нарушения пищевого поведения, так как данные проявления существенно утяжеляют состояние ребенка. Расстройства пищевого поведения являются

достаточно частым симптомом, который, по литературным данным (Valerie M. et al. 2010), встречается примерно у 70 % детей с расстройствами аутистического спектра. Специфическая клиническая картина расстройств пищевого поведения при расстройствах аутистического спектра описана преимущественно в исследованиях зарубежных авторов (Postorino V. et al. 2015, Liu X et al. 2016, Malhi, P. et al. 2017). Исследования пищевого поведения детей, проведенные отечественными специалистами (И. А. Марголина, М. Е. Проселкова, Г. Н. Шимонова, Г. В. Козловская, Е. Л. Усаева, Т. В. Малышева 2014), свидетельствуют о некоторой зависимости глубины и разнообразия избирательности в еде от выраженности психической патологии. На базе острого отделения для детей дошкольного возраста в 2018 году начато исследование нарушений пищевого поведения у детей с расстройствами аутистического спектра. В исследование были включены 114 детей от 3 до 6 лет включительно, имеющих те или иные проблемы пищевого поведения (преимущественно избирательность в пище). Количество детей с расстройствами аутистического спектра составило 57 чел., и 57 чел. вошли в контрольную группу, представленную другими нарушениями психического развития — умственная отсталость различной степени выраженности, задержка интеллектуального и речевого развития. Диагноз «расстройства аутистического спектра» (РАС) был выставлен на основании клинико-психопатологического обследования и верифицирован по методике Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS). Был проведен анализ анамнестических данных, а также результатов динамического наблюдения во время пребывания детей в отделении. Нами получены предварительные результаты исследования и выявлен ряд особенностей нарушений пищевого поведения у детей с расстройствами аутистического спектра: значительно чаще, чем при других отклонениях психического развития, встречались тяжелые нарушения пищевого поведения со значительным сужением ассортимента употребляемых продуктов и почти полным отказом от еды (6,3 % в группе РАС и 1,7 % в контрольной группе), поедание несъедобного (6,3 % в группе РАС и 0,6 % в контрольной группе), полный отказ от твердой пищи, нарушение жевания (5,7 % в группе РАС и 1,1 % в контрольной группе).

Выводы. 1. У детей с расстройствами аутистического спектра чаще встречаются тяжелые нарушения пищевого поведения, которые могут угрожать здоровью ребенка. 2. Пищевые нарушения у детей с аутизмом имеют ряд особенностей, отличающих их от аналогичных состояний при других психопатологических расстройствах.

Алгоритм обследования детей с острым нарушением мозгового кровообращения: диагностика и выявление ведущих этиологических факторов

Шедеркина И. О., Кессель А. Е., Кузьмина Е. В., Свириш П. В., Петрайкина Е. Е., Валлева С. И., Дроздова И. М.
ГБУЗ «Морозовская детская городская клиническая больница ДЗМ»

Актуальность. Инсульт входит в 10 основных причин смертности для лиц в возрасте от 1 до 44 лет. В рамках Международного исследования инсультов у детей (International Pediatric Stroke Study (IPSS) соотношение частоты возникновения ИИ и ГИ составило 67 % и 33 % соответственно.

Цель исследования. Создание и отработка алгоритма обследования пациентов с подозрением и подтвержденным ишемическим инсультом (ИИ) у детей.

Материалы и методы. В исследование были включены дети и подростки, проходившие лечение на базе ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ», Центра по лечению цереброваскулярной патологии у детей, и пациенты, направленные на дообследование из других лечебных учреждений г. Москвы, с апреля 2014 (начало функционирования Центра) до декабря 2018 г. с подтвержденным ИИ. Всего в анализ вошло 207 пациентов. Методы: клинический, лабораторный, радиологический.

Результаты. За основу деления пациентов на категории по факторам риска была взята категоризация IPSS: 1 — артериопатии; 2 — кардиологические заболевания; 3 — хронические системные состояния; 4 — протромботические состояния; 5 — острые системные состояния (любые острые состояния, приводящие к системным нарушениям); 6 — хронические заболевания головы и шеи; 7 — острые заболевания головы и шеи. На основе данного деления в нашем Центре дети были разнесены по группам риска следующим образом: артериопатии — 20,3 %, кардиологические заболевания — 6,5 %, хронические системные болезни — 19 %, протромботические состояния — 22,7 %, острые системные состояния — 4,2 %, хронические болезни головы и шеи — 8,6 %, острые заболевания головы и шеи — 8,6 %. 10 % ИИ отнесено к криптогенным. Данное распределение пациентов может быть связано с профилем нашего стационара. Лабораторные тесты при поступлении включали: клинический анализ крови, стандартную коагулограмму (ПТИ, МНО, АЧТВ, ТВ, фибриноген), биохимический анализ крови, уровень глюкозы, кислотно-щелочное состояние. При подозрении на ИИ/ТИА всем проводилось КТ головного мозга, затем МРТ головного мозга с ангиографией и МР-перфузией. В зависимости от основного этиологического фактора, выявленного при поступлении, алгоритм дальнейшей диагностики определялся индивидуально с параллельно проводимой терапией ИИ. Биохимический анализ крови включал: показатели уровня холестерина, липопротеинов низкой и высокой плотности, триглицеридов, липопротеина (а), аполипопротеина В и А1, С-реактивного белка, антистрептолизина О, ревматоидный фактор. Расширенная коагулограмма: Д-димер, гомоцистин, антитромбин III, волчаночный антикоагулянт, протеин С, протеин S. В зависимости от возраста пациентам проводился тест на антифосфолипидный синдром: антитела (АТ) к бета-2-гликопротеину (IgG, IgM), АТ к кардиолипину (IgG, IgM), АТ к двуспиральной ДНК, АТ к ядерным антигенам. При наличии инфекционных симптомов или указание на предшествующую инфекцию проводится ПЦР на вирусы. С 2018 г. на базе Центра проводится КТ-ангиография, улучшившая диагностику артериопатий и микроаномалий строения сосудов и позволившая оптимизировать вторичную профилактику. Основные направления диагностики и сроки проведения тестов определялись ведущим этиологическим фактором, анамнезом, возрастом пациентов, давностью перенесенного ИИ. По полному протоколу обследованы только 72 ребенка, с 2018 г.

Заключение. Частое сочетание нескольких факторов риска у детей требует продолжения диагностического поиска даже при выявлении одного из них, с учетом возраста, для исключения всех возможных причин ИИ, ТИА для снижения риска рецидива инсульта. Стандартизированный протокол обследования позволит уменьшить количество необоснованных тестов. Предварительные данные нашего наблюдения показали неспецифичность отдельных лабораторных показателей в различные периоды ИИ, а также их изменение с возрастом. КТ-ангиография является «золотым» стандартом диагностики артериопатий.



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА



- **Наука** ● **Статистика и аналитика**
- **Организационно-методическая деятельность**
 - **Медико-социологические исследования**
 - **Цифровое здравоохранение** ● **Технологии**
 - **Медиа** ● **Конгрессы и выставки**
- **Клинические исследования** ● **Образование**

www.nioz.ru

niozmm@zdrav.mos.ru | +7 (495) 530-12-89

115068, г. Москва, ул. Шарикоподшипниковская, д. 9



**ДЕПАРТАМЕНТ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ГОРОДА МОСКВЫ**



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА