

МОСКОВСКАЯ МЕДИЦИНА *Cito*

Еженедельная газета о здравоохранении Москвы | Понедельник, 8 июня 2020 года
Департамент здравоохранения г. Москвы | mosgorzdrav.ru | voprosministru@mos.ru

№ 21 (123)
www.niioz.ru

ИММУНОТЕРАПИЯ COVID-19

В Москве отрабатывается методика лечения коронавируса с помощью переливания плазмы крови от переболевших пациентов. О том, как организован процесс, и о его перспективах рассказал главный внештатный специалист трансфузиолог ДЗМ Андрей Буланов.

>> читайте стр. 3

ВТОРОЙ ЭТАП

С 1 июня в Москве начат второй этап смягчения ограничений, в рамках которого возобновили работу многие предприятия торговли и сферы услуг, а жители города, хоть и с ограничениями, могут выходить из дома для прогулок и занятий спортом.

«Долгожданный второй этап смягчения ограничений стал возможен, потому что снижение заболеваемости коронавирусом приобрело устойчивый характер. Но "устойчивый", не значит "необратимый", Риск заразиться уменьшился, но пока не исчез. Мы по-прежнему должны соблюдать максимальную осторожность и – как бы ни хотелось – не форсировать события», – сообщил мэр Москвы Сергей Собянин в своем личном блоге. Чтобы не допустить ухудшения эпидемиологической ситуации, усилен масочный режим и установлены определенные правила совершения прогулок. [ММГ](#)

СДАТЬ ТЕСТ

Москвичи по собственному желанию смогут бесплатно сдать тест на антитела к COVID-19. «По поручению мэра Москвы все желающие москвичи могут пройти бесплатный тест на наличие антител к коронавирусной инфекции – иммуноглобулинов М и G. Для этого мы на базе 30 поликлиник открыли точки забора крови. Ежедневно поликлиники могут забирать до 5 тыс. проб», – отметила заместитель мэра Москвы по вопросам социального развития Анастасия Ракова.

Тестирование можно пройти только на основании электронной предварительной записи. Подготовка к сдаче крови не требуется. Необходимо взять с собой полис ОМС и паспорт и прийти в назначенное время. Результаты исследований москвичи смогут увидеть в электронной медицинской карте в течение 3 дней с момента сдачи анализа. [ММГ](#)

ПОМОЩЬ РЕГИОНАМ

По поручению мэра Москвы две мультидисциплинарные бригады врачей московских стационаров выехали в Псковскую и Владимирскую области для оказания помощи местным специалистам в борьбе с коронавирусом. Медицинские бригады укомплектованы всем необходимым для начала работы, включая средства индивидуальной защиты. Также в региональные больницы доставят 200 тыс. защитных костюмов и 6 млн медицинских масок. Кроме того, в составе медицинского груза в больницы будет доставлен запас медикаментов – более 82 тыс. упаковок. [ММГ](#)

МЕЖДУНАРОДНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Исследовательский проект «COVID-19 и сексуальность пары: любовь во время пандемии» начат профессором урологии из Италии Элизабетой Константиной. Всемирно известный эксперт изучает влияние пандемии COVID-19 на сексуальное поведение. Исследование проводится в различных странах Европы, в нем принимает участие клиника урологии МГМСУ под руководством академика Дмитрия Пушкаря. Участие в опросе анонимное, заполнение анкеты займет не более 10 минут. Подробности на niioz.ru [ММГ](#)

Фото: пресс-служба ГБУ ДЗМ

СЕГОДНЯ В НОМЕРЕ



Диализ для самых маленьких
Технологии – стр. 4



Многоликая болезнь
Советы специалиста – стр. 6



Бойцы невидимой войны
Нам пишут – стр. 8

ДВОЙНОЙ УДАР

В ГКБ им. М. П. Кончаловского ДЗМ спасли молодого мужчину, у которого почти одновременно развились инфаркт и инсульт.



В течение недели мужчина отмечал подъем артериального давления – 200/120 мм рт. ст. и выше. Затем его состояние резко ухудшилось. В кратчайшие сроки пациента госпитализировали в зеленоградскую больницу.

«Мужчине всего 44 года, но в тот день по злому стечению обстоятельств почти одновременно у него развились инфаркт и инсульт. В мировой практике такое встречается приблизительно у 5 % инфарктных пациентов. Команда нашего сосудистого центра практически вернула его к нормальной жизни», – сообщила главный врач клиники Ирина Яроцкая.

Пациент сразу поступил в отделение кардиореанимации и был в экстренном порядке обследован. По результатам ангиографии было обнаружено нарушение кровотока левой коронарной артерии. Эндovasкулярные хирурги успешно выполнили стентирование и полностью восстановили кровоснабжение миокарда. Но после завершения операции у мужчины внезапно развился инсульт. Специали-

сты незамедлительно начали тромболитическую терапию прямо во время обследования в кабинете компьютерной томографии и продолжили в рентген-операционной при подготовке к тромбэкстракции. Затем вновь взялись за дело эндovasкулярные хирурги. Через бедренную артерию «вошли» в сосуд и успешно извлекли тромб. Кровоснабжение головного мозга удалось полностью восстановить менее чем за 30 минут от возникновения первых симптомов. После этого пациент прошел курс интенсивного восстановления лечения в неврологическом отделении для больных с острым нарушением мозгового кровообращения. Сейчас он направлен на долечивание в реабилитационное отделение. **ММГ**

УСПЕШНЫЕ РОДЫ

Врачи ГКБ имени В. В. Вересаева ДЗМ успешно помогли родить двум женщинам с огромными миомами матки.

Рождением здоровых малышей завершились беременности сразу двух пациенток роддома больницы Вересаева, осложненные наличием крупных миом. Благодаря слаженной работе специалистов одна из женщин родила сама, второй была проведена операция кесарева сечения. «Обе беременности протекали по особым сценариям, поскольку у пациенток имелись очень крупные миоматозные узлы диаметром более 12 см, – рассказывает руководитель роддома ГКБ имени В. В. Вересаева Татьяна Овешникова. – При неудачном расположении опухоль, имеющая свою систему кровоснабжения, может обкрадывать ребенка. Например, если локализуется в нижнем отделе мат-

ки и соседствует с плацентой. К счастью, в наших случаях узел и плацента «жили» автономно».

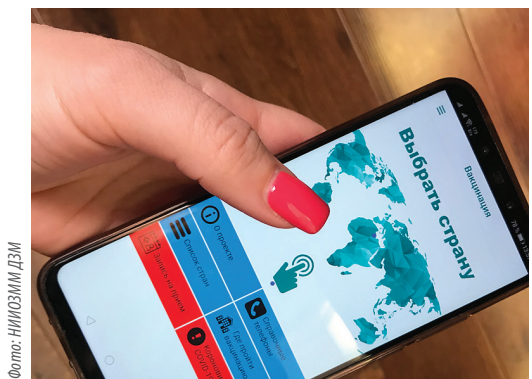
Особенностью ведения беременности и родов одной из этих пациенток стало то, что женщина забеременела впервые в 36 лет с ранее диагностированным бесплодием. Перед специалистами стояла крайне ответственная задача сначала сохранить беременность, а после родов – детородный орган. «Оставлять миоматозные узлы в послеродовом периоде очень опасно, поскольку может развиться некроз. Поэтому их следует удалять, что мы и сделали в ходе операции кесарева сечения. Мы сохранили матку и полностью восстановили ее целостность», – поясняет заведующая операционным отделением ГКБ имени В. В. Вересаева Эвелина Азоева.

Второй пациентке, которая родила малыша без оперативного вмешательства,



процедуру удаления миомы показано провести чуть позже. Женщина получила профилактическое лечение и четкие рекомендации, которым должна следовать в послеродовом периоде ввиду наличия узла. В настоящее время мамы с малышами выписаны и находятся в удовлетворительном состоянии. **ММГ**

МОБИЛЬНОЕ ПРИЛОЖЕНИЕ



В НИИОЗММ ДЗМ разработано мобильное приложение «Вакцинация».

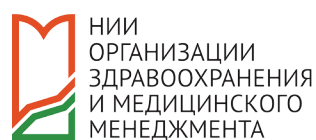
Пандемия закончится, а отпуска, командировки и другие зарубежные поездки – нет. Для выезжающих за рубеж россиян IT-специалисты НИИОЗММ совместно с врачами Инфекционной клинической больницы № 1 ДЗМ разработали мобильное приложение, информирующее о прививках, которые необходимо сделать перед поездкой в ту или иную страну. «Люди заражаются во время отпуска, командировок и других зарубежных поездок. Практически все случаи инфицирования,

с которыми мы сталкиваемся, можно было предотвратить химиопротекцией, как, например, при малярии; соблюдением определенных правил поведения и защиты, которые помогают не заразиться лихорадкой Денге; также для некоторых инфекций существуют эффективные вакцины. В мобильном приложении будет доступна информация о способах предотвращения заражения теми или иными инфекционными заболеваниями, характерными для определенных регионов», – рассказала о цифровом проекте главный внештатный специалист по инфекционным болезням ДЗМ, главный врач ИКБ № 1 ДЗМ Светлана Сметанина.

По словам специалистов НИИОЗММ, вся информация будет обновляться в режиме реального времени, исходя из эпидемиологической ситуации, складывающейся в различных странах. «Данное приложение рассчитано на туристов и бизнес-путешественников и предназначено для информирования о вирусных и инфекционных заболеваниях, распространенных в тех или иных странах. Так, перейдя на страницу конкретной страны, можно ознакомиться со списком заболе-

ваний, характерных для данной страны, а также с календарем прививок от них. Информация о заболеваниях по странам ежедневно актуализируется, поэтому всегда можно быть уверенным в ее корректности. В свете распространения в мире COVID-19 в нашем приложении добавились соответствующие разделы, которые доносят важную информацию о новой коронавирусной инфекции, необходимых мерах для предотвращения заражения и о том, что необходимо делать в случае подозрения на заражение», – пояснил начальник управления информатизации НИИОЗММ Алексей Бахаев.

Приложение также позволяет записаться на вакцинацию перед поездкой, чтобы обезопасить свое путешествие или командировку. Уже сейчас приложением «Вакцинация» можно пользоваться на устройствах на ОС Android, а для устройств на iOS приложение будет доступно после публикации в Apple Store. **ММГ**



МНЕНИЕ

АЛКОГОЛЬ И COVID-19



Евгений Брюн,
главный внештатный
специалист
психиатр-нарколог ДЗМ,
президент Московского
научно-практического
центра наркологии ДЗМ,
д. м. н.

Во время пандемии COVID-19 идут разнонаправленные тенденции злоупотребления алкоголем. С одной стороны, пациенты стали меньше обращаться за наркологической помощью в учреждения, меньше отравлений алкогольной продукцией и психозов. Но это не значит, что злоупотребление уменьшилось. Более 1564 коек наркологических учреждений в стране были перепрофилированы под работу с заболевшими коронавирусом. Очень многие наши сотрудники, которые работали в этих стационарах и отделениях, получив дополнительное образование, тоже стали участниками борьбы с эпидемией. И я выражаю большую благодарность этим людям. Причем это не только врачи и медсестры, многие ученые, профессора тоже участвуют в этой работе как врачи.

В процессе лечения в наркологических стационарах было выявлено или подозревалось инфицирование COVID-19 у 374 наркологических больных. Человек – такое потрясающее существо, что если не работает, не занят, то он начинает впадать в панику. Деятельность необходима как воздух. Когда человека изолируют, случается сенсорная и двигательная депривация. Что приводит к достаточно тяжелому психологическому состоянию. В процессе эпидемии эти проблемы стали накапливаться. Все это мы, наркологи, должны учитывать. Смертность работоспособного населения в России увеличилась. Некратно, но тенденция есть. Роль алкоголя здесь довольно значительная. Наркологи – тоже участники национального проекта здравоохранения по снижению смертности населения трудоспособного возраста до 2024 года, это одна из наших приоритетных задач. К сожалению, мониторинг причин смертности очень проблематичен и сложен. Далеко не всегда ставятся диагнозы, ассоциированные с алкоголем, особенно в случаях острых смертей у людей, которые никогда не обращались к наркологам, но по анамнестическим сведениям мы понимаем, что они злоупотребляли алкоголем. Всего смертность среди трудоспособного населения по Москве за апрель 2019 года составила 10 005 человек, за апрель 2020 года – 11 846 человек. Повышение почти на 18 %. Мы готовим методические рекомендации для работы наркологов во всех субъектах федерации. Также составили анонимную анкету для исследования, как COVID-19 влияет на потребление алкоголя. Ее можно найти на сайтах Российской наркологической лиги и Общероссийского общественного движения «Стройная Россия». **ММГ**

АНДРЕЙ БУЛАНОВ: «ПЕРЕЛИВАНИЕ ПЛАЗМЫ РЕКОНВАЛЕСЦЕНТОВ – ЭТО ЧАСТЬ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СХЕМЫ»



В разработке и тестировании технологии участвуют ведущие столичные клиники. О том, что включает в себя этот метод, и потенциальных возможностях его применения в клинической практике рассказал главный внештатный специалист трансфузиолог, заведующий отделением выездной реанимационной гематологической бригады ГКБ № 52 ДЗМ, д. м. н., профессор Андрей Буланов.

эти антитела искусственным путем невозможно, только переболевший и выздоровевший человек может стать донором плазмы и помочь больным. По сути, это вид заместительной, пассивной иммунотерапии.

– **Когда эта методика начала применяться в ГКБ № 52?**

– С начала апреля, когда был издан приказ ДЗМ «О внедрении технологии использования свежемороженой плазмы от доноров-реконвалесцентов COVID-19». В пилотном проекте ДЗМ участвуют еще несколько московских стационаров. Доноров принимают и заготавливают плазму у нас в ГКБ № 52, в НИИ скорой помощи имени Н. В. Склифосовского, Центре крови имени О. К. Гаврилова и ГКБ имени М. П. Кончаловского (это удобно для жителей Зеленограда). Лечение больных COVID-19 с помощью плазмы сейчас занимаются в ГКБ № 52, НИИ скорой помощи имени Н. В. Склифосовского и ГКБ № 67 имени Л. А. Ворохобова, возможно, в ближайшее время список стационаров расширится.

– **Есть ли какие-то отличия от обычного забора плазмы у доноров?**

– Основное отличие при коронавирусной инфекции заключается в подборе доноров и реципиентов. Донорская плазма – это стандартное лечебное средство. Она применяется при кровопотерях, травмах и состояниях, связанных с дефицитом содержащихся в крови больного белков. Ежегодно в городе выполняются сотни тысяч трансфузий. Технология получения плазмы, а именно – белковых компонентов, отработана до мелочей. Основное внимание уделяется вопросам безопасности. Требования к донации существуют долгое время, выработаны годами. Трансфузиология – это самая заточенная на безопасность отрасль медицины.

– **Какие организационные технологии используются? Все переболевшие коронавирусом подходят на роль доноров плазмы?**

– Есть определенный алгоритм действий, который мы соблюдаем. Сразу забирать плазму от человека, выздоровевшего от коронавирусной инфекции, нельзя: его организму необходимо вос-

становиться после болезни. От момента выписки из стационара должно пройти не менее 14 дней. Мы привлекаем только тех, кто выразил желание помочь. Но есть относительные и абсолютные противопоказания для донорства, поэтому не все реконвалесценты могут стать донорами. Безусловно, требований довольно много: наличие подтверждения о перенесенной инфекции COVID-19, отрицательные анализы на ВИЧ, гепатиты В и С, клинические и биохимические исследования крови, отсутствие ряда хронических заболеваний.

иммунного ответа на инфекцию. Показания для переливания донорской крови определяются консилиумом с участием врача-трансфузиолога. Переливать ли и в каком количестве – это решается в каждом конкретном случае индивидуально, исходя из клинической ситуации.

– **Безопасно ли переливание плазмы для пациента с ковидом?**

– Надо понимать, что это процедура, связанная с введением в организм чужеродного белка. Существуют определенные риски, но мы используем все технологии, чтобы они не реализовались. Комплекс

Технология получения плазмы, а именно – белковых компонентов, отработана до мелочей. Основное внимание уделяется вопросам безопасности. Трансфузиология – это самая заточенная на безопасность отрасль медицины.

На следующем этапе потенциальным донорам проводят ПЦР-диагностику и исследование на содержание специфических антител к SARS-CoV-2, что позволяет спрогнозировать эффективность плазмы конкретного донора. После соблюдения всех этих этапов донор проходит через процедуру плазмафереза – это забор крови, ее очистка и возврат в организм кровяных клеток. В процессе сдачи плазмы иммунитет не страдает, антитела в крови остаются и продолжают защищать человека от коронавирусной инфекции. Плазма обязательно проходит патоген-редукцию. Этот метод позволяет устранить патогены – вирусы и бактерии, которые могут присутствовать в крови донора, что обеспечивает полную инфекционную безопасность препарата. Затем плазма замораживается и хранится для последующего использования.

– **Метод показан тяжелобольным?**

– Основная фокусная группа – это пациенты с тяжелым течением COVID-19, имеющие выраженную недостаточность

этих мер отработан при обеспечении безопасности при переливании обычных компонентов крови.

– **Данный метод используется уже около двух месяцев. Как вы можете оценить его эффективность?**

– На сегодня выполнено 150 трансфузий – этого пока мало для того, чтобы сделать однозначные выводы. Безусловно, ведется динамическое наблюдение за пациентами до и после трансфузии, оценивается эффект применения метода. Есть пациенты, которым, мы считаем, эта процедура помогла. Но надо понимать, что исключительно плазмой не лечат никого, это не единственное средство, а часть терапевтической схемы.

Мы пока набираем материал на эту тему и отработываем различные нюансы: в каком сочетании с другими препаратами использовать метод, для какой категории больных он будет эффективным, от каких доноров оптимально получать плазму, чтобы достичь наилучшего эффекта, когда и в каких дозах применять плазму. Каждый конкретный больной с тяжелым течением коронавирусной инфекции лечится по особому алгоритму, и в определенной ситуации плазма продуктивно дополняет процесс. Самое главное – метод оказался эффективным и помогает спасать жизни больных. Но это не сенсация, а результат кропотливой ежедневной работы врачей. **МММ**

Суть метода – поделиться успешными, эффективными антителами выздоровевшего человека с пациентом, у которого они по какой-то причине недостаточно вырабатываются.

– **Андрей Юльевич, что вы можете сказать об этом методе? Когда он появился?**

– Метод лечения не новый, он давно применяется в медицине против различных бактериальных инфекций. Еще в Советском Союзе использовалась антистафилококковая, антисинегнойная плазма. Лечение вирусных заражений при помощи плазмы реконвалесцентов также имеет свой «анамнез». Первые попытки ее применения были предприняты, когда началась вспышка атипичной пневмонии SARS. Позже практика переливания использовалась в ходе эпидемий лихорадки Эбола и ближневосточного респираторного синдрома (MERS-CoV). Но эти вспышки были локализованы другими способами, и достаточных данных об эффективности метода при данных инфекциях не удалось получить.

– **В чем суть использования плазмы крови от переболевших пациентов?**

– Механизм выздоровления от любого инфекционного процесса один – выработка иммунитета. Выздоровевший человек имеет специфические антитела – белки (иммуноглобулины), нейтрализующие вирус. Они находятся в крови, а точнее, растворены в ее жидкой части – плазме. В зависимости от особенности инфекции эти белки могут сохраняться в крови человека какой-то период времени: пожизненно, полгода, несколько месяцев. Если болезнь протекает тяжело, с отрицательной динамикой, – это говорит о том, что в данный момент имеет место явная нехватка антител.

Суть метода – поделиться успешными, эффективными антителами выздоровевшего человека с пациентом, у которого они по какой-то причине недостаточно вырабатываются. Получить

ДИАЛИЗ ДЛЯ САМЫХ МАЛЕНЬКИХ

Новый Центр неонатальной нефрологии и диализа открылся на базе ДГКБ № 9 им. Г. Н. Сперанского ДЗМ. Специалисты лечат новорожденных и недоношенных младенцев с почечной недостаточностью.



НЕ ЧАСТНЫЙ СЛУЧАЙ

Маленькому Л. было всего двое суток от рождения, когда врачи Центра неонатальной нефрологии и диализа приехали на консультацию по дальнейшему лечению. Ребенок пережил тяжелую асфиксию. У малыша развилась полиорганная недостаточность, в том числе почечная. Мальчик находился в критическом состоянии – требовались большие дозы кардиотонической поддержки и высокочастотная искусственная вентиляция легких (ИВЛ). Помимо того, нарастали отеки, прогрессировали метаболические нарушения, рос калий. У него не было шансов выжить без заместительной почечной терапии. С учетом того, что перевезти пациента без риска для жизни было невозможно, сотрудники центра наладили на месте перитонеальный диализ и начали проводить заместительную почечную терапию. В течение двух дней состояние пациента стабилизировали, ребенка перевели на традиционную искусственную вентиляцию легких с умеренными параметрами, удалось стабилизировать гемодинамику, уйти от вазопрессорной и кардиотонической поддержки. В стабилизированном состоянии малыша перевели в Центр неонатальной нефрологии и диализа больницы Сперанского. В течение еще недели проводили диализ, потом функция почек восстановилась. Постепенно ребенок перестал нуждаться в ИВЛ, удалось наладить энтеральное питание, и пациент был переведен в педиатрическое отделение – инфекционное отделение № 1, где около трех недель проходил лечение, оставаясь под наблюдением сотрудников центра. Теперь у него есть серьезная врачебная поддержка даже после выписки.

Из 20 тысяч новорожденных москвичей, требующих лечения в условиях отделений реанимации, у 200–250 младенцев на фоне тяжелого течения заболеваний развивается острое почечное повреждение.



«Основная причина обращения в центр: острые почечные повреждения в различных стадиях, в том числе в стадии острой почечной недостаточности; хроническая болезнь почек, которая выявлена перинатально или в периоде новорожденности;

высокий риск прогрессирования хронической болезни почек, – рассказывает анестезиолог-реаниматолог, руководитель Центра неонатальной нефрологии и диализа Анастасия Макулова. – Плюс к этому мы занимаемся недоношенными новорожденными, у которых, с одной стороны, из-за того, что развитие почки внутриутробно продолжается до 36-й недели, а ребенок рождается на более ранних сроках, нефрогенез протекает не так, как должен, а с другой стороны, часто развивается острое почечное повреждение (ОПП) из-за тяжести состояния».

ДИАЛИЗ НА МЕСТЕ

Пациенты поступают в ДГКБ им. Г. Н. Сперанского из родильных домов и перинатальных центров Москвы, в исключительных случаях – из Подмосковья или из соседних регионов. Переводятся они согласно приказу ДЗМ о маршрутизации детей. Но если состояние пациента настолько тяжелое, что транспортировать его опасно, в роддом или перинатальный центр, где он находится, приезжают сотрудники центра. К сожалению, за помощью к специалистам пока обращаются не все роддома столицы, хотя, согласно данным отечественных и иностранных исследований, каждое учреждение сталкивается с малышами с почечной недостаточностью несколько раз в год.



«Выездное направление деятельности нашего центра – одно из основных, что связано с крайней степенью тяжести наших пациентов. Выезжаем, налаживаем диализ на месте, вместе с докторами того стационара, где находится ребенок, стабилизируем состояние и уже безо всякого риска для его жизни и здоровья переводим его в центр – чаще всего в реанимацию», – говорит врач-реаниматолог центра Григорий Тукабаев.

У новорожденных почечная недостаточность не является основным заболеванием, а всегда развивается на фоне основного патологического процесса, значительно утяжеляя состояние и усложняя лечение, поэтому такие пациенты требуют командного подхода, т. е. труда разных специалистов – не только реаниматологов, но и хирургов, нефрологов,

неврологов, неонатологов, специалистов функциональной диагностики, а иногда и нейрохирургов, окулистов, урологов.

Всего за три месяца 2020 года было проведено 63 выездных консультации. Для лечения пациентов с почечной недостаточностью на территории других стационаров используется только перитонеальный диализ, так как в России нет транспортных аппаратов для гемодиализа для маленьких детей, хотя в других странах их используют, но и там неонатальный диализ – пока молодая область медицины.

ДЛЯ САМЫХ МАЛЕНЬКИХ

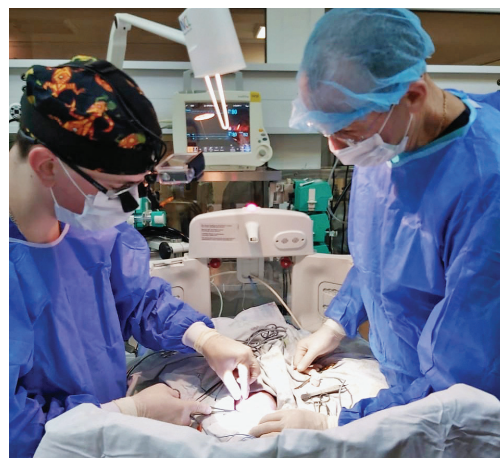
У маловесных детей процесс обмена проходит очень быстро. И классическая методика перитонеального диализа им не подходит.



«Мы используем в том числе проточную модификацию, применение которой у новорожденных является разработкой сотрудников нашего центра. Идея в том, что сам по себе перитонеальный диализ – это технически достаточно несложный процесс – заполнение брюшной полости специальным раствором с последующим его удалением, когда за счет разной концентрации веществ в крови пациента и диализного раствора осуществляется удаление жидкости и токсичных веществ. Этот метод позволяет проводить диализ ребенку любого возраста, веса и срока гестации. Самый маленький пациент, который описан в литературе, – ребенок с весом 264 г в Японии. Наш самый маленький пациент – 530 г при рождении», – объясняет детский хирург центра Михаил Рехвиашвили.

При проточной модификации раствор поступает с постоянной скоростью, что позволяет избежать гемодинамических перепадов. Это максимально щадящий способ.

«Мы первые, кто использовал проточный диализ у недоношенных новорожден-



ных и отработал эту методику. Мы подали патент на эту модификацию методики лечения. В этом наше ноу-хау. Начиналось все в детской больнице им. Святого Владимира, в прекрасном отделении, созданном Дмитрием Владимировичем Зверевым. Это колыбель детского диализа в нашей стране», – говорит Анастасия Макулова.

Перитонеальный диализ в отличие от гемодиализа не требует сложного оборудования или постоянного присутствия врача. Если диализ проводится на территории другого стационара, то смену растворов производят медсестры. А специалисты центра приезжают каждый день и согласовывают тактику лечения. Командная работа дает хорошие результаты.

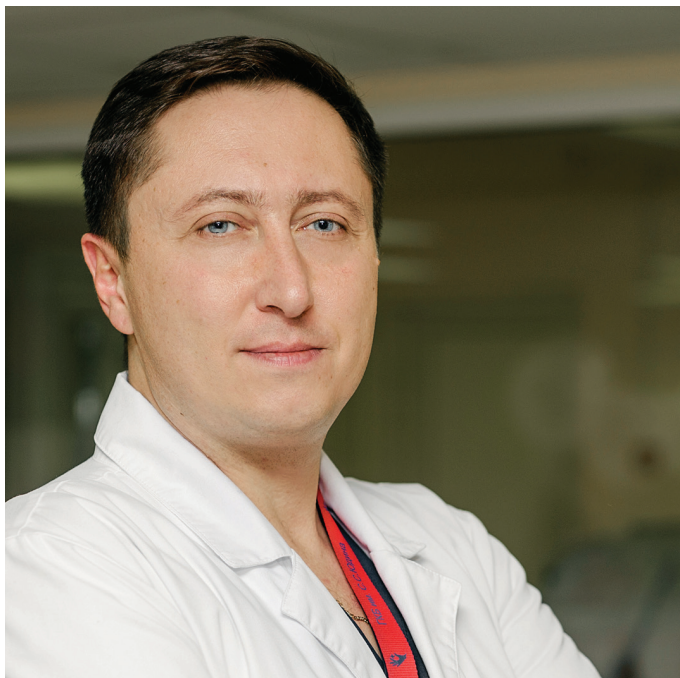
С УЧЕТОМ ВСЕХ ОСОБЕННОСТЕЙ

Непосредственно в центре на базе ДГКБ им. Сперанского не только решается проблема почек, но и лечатся все сопутствующие заболевания малыша сразу, как только он переходит из реанимации в одно из педиатрических отделений раннего возраста. С первых дней работы центра он получил ощутимую поддержку главных специалистов ДЗМ: главного внештатного детского специалиста нефролога Исмаила Османова, главного внештатного специалиста неонатолога Валерия Горева, главного внештатного детского специалиста анестезиолога-реаниматолога Ивана Афукова.



«Мы являемся лидерами неонатального диализа в стране. У нас накоплен большой опыт, и, конечно, мы помогаем регионам, которые сейчас очень активно стали внедрять этот метод терапии в свою практику. Развиваем телемедицинское направление, в регионах с некоторыми перинатальными центрами мы лечим их пациента вместе, обсуждая особенности терапии каждый день. Тут, конечно, важно не только то, что мы обеспечиваем малыша лечением, но и то, что все доктора отделения, которые находятся у монитора, участвуют в этом процессе. Это дает возможность людям не бояться осваивать новое и помогает не только конкретному пациенту, но и следующему. Мы знаем несколько перинатальных центров, где врачи уже самостоятельно занимаются неонатальным диализом, нарабатывают опыт теперь без нашей помощи», – резюмирует главный врач ДГКБ им. Г. Н. Сперанского Анатолий Корсунский. **ММС**

Евгения Воробьева



АНЕСТЕЗИОЛОГ-РЕАНИМАТОЛОГ, НЕОНАТОЛОГ, ЗАВЕДУЮЩИЙ
ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ЦЕНТРОМ ГКБ ИМ. С. С. ЮДИНА ДЗМ

ВЛАДИМИР ВАЛЕРЬЕВИЧ МАРЕНКОВ



Работа с новорожденными, особенно с недоношенными детьми – это искусство понимать организм без слов.

ТОТ, КТО ИДЕТ В МЕДИЦИНУ, ДОЛЖЕН СРАЗУ ОПРЕДЕЛИТЬСЯ, С КАКИМИ ПАЦИЕНТАМИ ОН ХОЧЕТ РАБОТАТЬ. Между терапевтом и педиатром в менталитете большая разница. Не всякий педиатр сможет вести прием, выслушивая жалобы на здоровье пожилого человека. Не всякий терапевт сможет наладить контакт с ребенком, слушая детский плач. Работа с новорожденными, особенно с недоношенными детьми – это искусство понимать организм без слов.

ОСНОВНАЯ ЗАДАЧА НЕОНАТОЛОГА-РЕАНИМАТОЛОГА – НЕ ТОЛЬКО СОХРАНИТЬ ЧЕЛОВЕЧЕСКУЮ ЖИЗНЬ, НО СДЕЛАТЬ ЕЕ ПОЛНОЦЕННОЙ. Безусловно, обойти стороной проблемы, типичные для маловесного ребенка, не получится, но крайне важно минимизировать осложнения. Сделать так, чтобы человек выжил, недостаточно – ничтожно мало. Все силы персонала направлены на здоровьесберегающие технологии, чтобы даже самый проблемный пациент в дальнейшем был социально реабилитирован.

КАК СЕЙЧАС ПОМНЮ, В СТАРЫЕ СОВЕТСКИЕ ВРЕМЕНА БАБУЛЯ ВЯЗАЛА СПИЦАМИ, КЛУБОК НИТОК НА ПОЛУ... В результате из клубка – произведение: носки, варежки... Так и с недоношенными детьми! Маленький комочек – незрелые легкие, сердце, почки, кишечник. Но только понимая всю комбинацию проблем, особенности и принципы функционирования организма в целом, можно добиться результатов в выхаживании этих крошек и сохранить высокое качество их жизни.

ДЛЯ ТОГО ЧТОБЫ ДОГНАТЬ СВЕРСТНИКОВ, РЕБЕНКУ НУЖНО ВРЕМЯ. Он «торопыжка». Это слово мы применяем не просто так. Ребенок родился раньше срока, поторопился появиться на свет. Но этот «спринтер» способен на многое, и некоторые к 4–6 годам иногда даже опережают своих сверстников в психоэмоциональном и умственном развитии. Для этого нужно время, терпение, условия.

ЗНАКА РАВЕНСТВА МЕЖДУ НЕДОНОШЕННОСТЬЮ И ИНВАЛИДИЗАЦИЕЙ НЕТ. Безусловно, есть определенный процент детей со значимыми отклонениями. Но каждый год на День недоношенного ребенка, который во всем мире отмечается 17 ноября, к нам приходят наши «торопыжки». В 2019 году собралось около 150 человек. Для нас это праздник, на котором выступают наши «выпускники»: поют, танцуют, рассказывают стихи, делятся своими успехами. Некоторые из этих юных артистов при рождении весили не более 700–800 грамм, но теперь совершенно не отличаются от своих сверстников, рожденных в срок.

МНОГИЕ ГОВОРЯТ: ВОТ, МОЕМУ РЕБЕНКУ С МОМЕНТА РОЖДЕНИЯ ГОД, А ОН ЕЩЕ НЕ ХОДИТ. Тогда мы с родителями мысленно возвращаемся на год назад. Вспоминаем, что ребенок (предположим) родился на 26-й неделе гестации, это 6,5 месяцев беременности. Таким образом, когда малышу «календарно» исполняется год, «фактически» по развитию ему всего 9,5–10 месяцев.

Потому что он сначала «дозревал» до доношенного срока, а потом уже развивался. После таких объяснений родители вновь обретают уверенность в завтрашнем дне.

СЕЙЧАС МЫ НАКОПИЛИ ХОРОШИЙ ПЛАСТ ЗНАНИЙ, ЧТО КАРДИНАЛЬНО ИЗМЕНИЛО ПОДХОД К ВЫХАЖИВАНИЮ НАШИХ «ТОРОПЫЖЕК». Это повысило выживаемость, а также качество сохраненной жизни. Спустя несколько месяцев пребывания в стационаре эти дети выписываются домой. Но с этого для семей, в которых появился малыш, рожденный раньше срока, особенно с очень низкой или экстремально низкой массой тела при рождении, все только начинается. Требуется реабилитация. Этими детьми нужно активно заниматься, особенно в первый год жизни, чтобы закрепить и улучшить достигнутый результат успешного выхаживания.

ДНЕВНОЕ ПРЕБЫВАНИЕ МАМЫ С РЕБЕНКОМ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ ОЧЕНЬ ВАЖНО. Не только ради грудного молока. Недоношенные – особенные малыши, требующие особой заботы, навыков и внимания. Мама учится основам ухода за крохой. Поменять памперс 500–600-граммовому ребенку не так-то уж просто.



Основная задача неонатолога-реаниматолога – не только сохранить человеческую жизнь, но сделать ее полноценной. Безусловно, обойти стороной проблемы, типичные для маловесного ребенка, не получится, но крайне важно минимизировать осложнения.

Очень много особенностей: помнить о необходимости сохранить тепло, учиться аккуратно менять положение тела, бережно заботиться о нежной коже малыша, кормить ребенка через зонд, в дальнейшем, по мере улучшения состояния и созревания ребенка, учить его сосать из бутылочки. Должное внимание следует уделить и психоэмоциональной составляющей совместного пребывания мамы и малыша. Еще находясь в утробе матери, ребенок привыкает к ее голосу. Поэтому с первых дней во время сеансов «кенгуру» или находясь рядом с кювезом мама читает ребенку сказки, разговаривает с ним, подбадривает и поддерживает, что положительно влияет и на состояние женщины, и ускоряет период восстановления ребенка. Выхаживание ребенка с этапа реанимации для мамы тяжелейший труд. Но это позволяет адаптироваться к неожиданной стрессовой ситуации, прочувствовать своего ребенка, изнутри взглянуть на труд медицинских сестер и врачей. Снижается тревожность, беспокойство, постепенно исчезает чувство потерянности и отчаяния.

КРАЙНЕ ВАЖНАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ – ШКОЛА ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ. Мама слушает лекции по особенностям развития недоношенного ребенка, основам ухода, возможным трудностям и способам их ловкого преодоления. К участию в школе все активнее присоединяются

отцы. После теоретической вводной родители в паре оттачивают практические навыки оказания доврачебной помощи при возникновении экстренных ситуаций (кишечные колики, повышение температуры, бронхообструкция, судороги, остановка дыхания). Это помогает не растеряться в трудную минуту. Пропадает страх выписываться домой, где может «вдруг что-то случиться». Это сближает семью.

ПОСЛЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ НЕ РЕДКО ВОЗНИКАЮТ ПРОБЛЕМЫ В СЕМЬЕ. У маловесного ребенка не бывает быстрых результатов: сегодня сам не дышит и завтра не дышит, и это может длиться неделями. Понять семье это сложно, но объяснить очень важно. Оба супруга подавлены. В их внутреннем мире произошла катастрофа. Родители боятся, что последует множество проблем, что ребенок «станет инвалидом», «может умереть». Не все семьи могут справиться с эмоциональным потрясением самостоятельно. Крайне важно начиная с самой первой встречи с семьей выстроить беседу так, чтобы максимально ответить на самые волнующие вопросы, бережно погрузить родителей в сложившуюся ситуацию, дать понять, что у них есть поддержка.

В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ СУЩЕСТВУЮТ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЕ ФОНДЫ, АКТИВНО УЧАСТВУЮЩИЕ В АДАПТАЦИИ СЕМЕЙ, ГДЕ РОДИЛСЯ РЕБЕНОК РАНЬШЕ СРОКА. Волонтеры ведут проект «Мама помогает маме», когда женщины, прошедшие через рождение и воспитание «торопыжки», делятся пережитым опытом. Группы взаимопомощи между мамами проходят каждую неделю, и эффект от них колоссальный. Также волонтеры приносят для детей вязаные игрушки – осьминожки, которые являются важным элементом развивающего ухода.

ОДНА ИЗ ОСНОВНЫХ КОНЦЕПЦИЙ НАШЕГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА – НИВЕЛИРОВАТЬ ОЩУЩЕНИЕ «БОЛЬНИЦЫ». Начиная с холла («театр начинается с вешалки») создается ощущение комфорта. Мягкие светлые цвета, вежливый заботливый администратор. В первые дни путь от холла до реанимации для родителей крайне напряжен, столько мыслей, эмоций. Атмосферу разбавляют фотографии наших малышей до самого входа в палату интенсивной терапии, где выхаживается ребенок. От того, в каком психоэмоциональном состоянии родитель приходит к ребенку, с каким настроением находится на совместном пребывании, зависит процесс выхаживания малыша и дальнейшая судьба семьи. **МММ**

МНОГОЛИКАЯ БОЛЕЗНЬ

11 июня отмечается Общероссийский день рассеянного склероза. Нередко это заболевание ассоциируют со старческой деменцией, но это распространенное заблуждение – им страдают в основном молодые. Об особенностях болезни, симптомах и современных подходах к лечению рассказала заведующая Межотделением рассеянного склероза (МОРС № 1) ГКБ имени В. М. Буянова ДЗМ, врач-невролог, кандидат медицинских наук Наринэ Арзуманян.



ние эрекции и т. д. Иногда каждый из симптомов проявляется в отдельности, иногда – вместе. Типы приступов и их острота у разных больных различны. В некоторых случаях течение характеризуется частыми обострениями, в то время как у других пациентов ремиссия растягивается на несколько лет. Все очень индивидуально.



КАК ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЯ?

Диагностика рассеянного склероза основывается на клинической картине и анализе данных дополнительного обследования. «Золотым стандартом» диагностики является магнитно-резонансная томография, которая позволяет выявить очаговые поражения головного мозга, характерные для демиелинизирующего процесса. Диагноз «рассеянный склероз» ставится неврологом на основании конкретных, признанных во всем мире критериев, которые включают набор клинических, радиологических и лабораторных данных. В случаях, когда диагноз вызывает сомнения, прибегают к вспомогательным методам – главным образом, к спинно-мозговой пункции с забором ликвора – и проводят анализ на олигоклональные антитела – если они есть в спинномозговой жидкости, это говорит о патологическом процессе. И только когда складывается весь пазл, можно говорить, болен или нет человек рассеянным склерозом. Обычно от дебюта заболевания до подтверждения диагноза проходит от двух до шести месяцев. Раньше этот процесс мог растянуться на годы.



МОЖНО ЛИ ИЗЛЕЧИТЬСЯ ОТ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА?

К сожалению, эта болезнь неизлечима, на поздних стадиях рассеянный склероз почти неизбежно приводит к инвалидности. Но значительно продлить жизнь и сделать ее качественной – это вполне реальная задача. И чем раньше будет начато лечение, тем больше возможностей контролировать заболевание. В Москве ведение таких пациентов осуществляется в Межотделении рассеянного склероза. Основные цели терапии включают купирование обострения, снижение прогрессирования патологического процесса, сохранение когнитивных и двигательных функций. А для больного главная задача – вовремя принимать необходимые препараты и оставаться в ремиссии как можно дольше.



ЧТО ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ЛЕЧЕНИЕ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА?

Терапия назначается индивидуально, в зависимости от стадии и тяжести заболевания. Действие ПИТРС (препаратов, изменяющих течение рассеянного склероза) заключается в иммуномодуляции – коррекции работы иммунной системы. С этой группы лекарственных средств началась эра лечения рассеянного склероза. В большинстве это подкожные инъекции, требующие ча-

стого и постоянного применения. Сейчас их доля в терапевтических схемах постепенно снижается, а доля нового, более эффективного класса препаратов – иммуносупрессоров – растет. Большой прорыв произошел в классе интерферонов. Если раньше требовалось делать три инъекции в неделю, то сейчас достаточно двух инъекций в месяц, что, несомненно, способствует приверженности пациентов к лечению. Терапию ПИТРС пациенты получают бесплатно в рамках Федеральной программы.

Когда врач подбирает терапию, он опирается на очень много факторов: дебют заболевания, данные МРТ, ответ на предшествующую терапию, сопутствующие заболевания – абсолютно все берется в расчет, даже социальная активность человека.

На основании анализа этих данных выстраивается линия терапии, а именно – какое лечение для конкретного пациента будет наиболее эффективным. Но мы постоянно помним, что чем «сильнее» препарат, тем выше опасность возможных нежелательных реакций. Поэтому очень важен контакт с пациентом с точки зрения сотрудничества в борьбе против рассеянного склероза.



КАК ПРОТЕКАЕТ РАССЕЯННЫЙ СКЛЕРОЗ НА ФОНЕ БЕРЕМЕННОСТИ?

Большинство наших пациенток – женщины, и, конечно, для них очень важно иметь возможность родить ребенка. Беременность и роды, безусловно, являются провоцирующими факторами развития обострения рассеянного склероза. Поэтому беременность должна быть спланированной.

Для этого надо вывести пациентку на такой уровень ремиссии заболевания, чтобы она могла в этот период забеременеть и родить ребенка. После родов риск рецидива возрастает, и нужно подобрать ту терапию, которая поможет женщине пережить этот период с наименьшими потерями.



ПАЦИЕНТЫ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ ВХОДЯТ В ГРУППУ РИСКА ЗАРАЖЕНИЯ COVID-19?

Да, наши пациенты находятся в группе риска, поскольку получают иммуносупрессивную терапию. Защитные механизмы ослабленной иммунной системы могут дать сбой, и организм станет легкой жертвой инфекции. Поэтому им нужно соблюдать чрезвычайную осторожность. Согласно рекомендациям Минздрава России, на период пандемии перевод новых пациентов на препараты иммуносупрессивного ряда приостановлен. Это сделано прежде всего для их безопасности.

Как только ситуация с коронавирусом в городе стабилизируется, всем, кому показана такая терапия, она будет проводиться в полном объеме **ММС**.

Ирина Степанова



Рассеянный склероз – хроническое прогрессирующее иммуноопосредованное заболевание, характеризующееся органическим поражением центральной нервной системы.



ЧТО ТАКОЕ РАССЕЯННЫЙ СКЛЕРОЗ?

Рассеянный склероз – хроническое прогрессирующее иммуноопосредованное заболевание, характеризующееся органическим поражением центральной нервной системы. Причины возникновения рассеянного склероза до конца не известны. Считается, что заболевание является мультифакториальным и обусловлено совокупностью множества факторов, таких как генетическая предрасположенность, дефицит витамина D, воздействие вирусов Эпштейна–Барр и кори, особенности питания, неблагоприятные факторы внешней среды. Согласно некоторым данным, географический фактор также играет определенную роль в его развитии. Замечено, что некоторые этнические группы (коренные индейцы Северной Америки, алеуты, якуты) практически не болеют рассеянным склерозом. Как правило, впервые болезнь проявляется в возрасте между 18–45 годами. Иногда болеют дети, дебют болезни возникает в подростковом возрасте на фоне гормональной перестройки и стресса. Женщины болеют чаще, чем мужчины, но у них течение болезни менее агрессивное.



КАКИЕ ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА?

Разнообразие клинической картины – это «визитная карточка» рассеянного склероза. Это многоликое заболевание, которое может проявляться абсолютно разными неврологическими симптомами. Наиболее частый из них – различные зрительные нарушения (расплывчатость, мутность изображения, изменение цветовосприятия, подергивание глазных яблок), иногда человек резко теряет зрение и слепнет. Среди других симптомов: нарушение походки, ощущение онемения конечностей, прохождения «электрического тока» при наклонах головы, отклонения в работе вестибулярного аппарата, наруше-

РАС: ВЫЯВЛЕНИЕ И КОРРЕКЦИЯ

С момента первой научной публикации о расстройствах аутистического спектра (РАС) у подростков московского детского психиатра Груни Ефимовны Сухаревой в 1925 году накоплен огромный массив данных о проблеме. О современных подходах к диагностике, коррекции и лечению РАС мы узнали, побывав в НПЦ психического здоровья детей и подростков им. Г. Е. Сухаревой ДЗМ



ПРОТИВОРЕЧИВАЯ СТАТИСТИКА

Распространенность аутистических расстройств у детей в последние два-три десятилетия увеличивается во всем мире. Если в 60–70-е годы XX века говорилось о распространенности детского аутизма в пределах 2–4 случаев на 10 тыс. детского населения, то в последние годы, по некоторым зарубежным данным, речь идет о 100–200 случаях на 10 тыс. человек. То есть РАС диагностируются у 1–2 % населения. Отчасти это обусловлено расширением диагностических рамок. Другая причина связана с возрастающей информированностью о признаках расстройства окружения ребенка – родителей, педагогов, психологов – и, соответственно, большей обращаемостью к специалистам.

«В нашей стране статистика оперирует куда более скромными цифрами. Определенные трудности связаны с разночтениями разных специалистов в разграничении РАС с другими заболеваниями и нарушениями развития. Во многом количественные различия могут быть связаны с методологией сбора и анализа данных. Если в России статистические показатели опираются на число обратившихся в государственные психиатрические медицинские организации, видимо, не охватывающее всех людей с РАС, то в отдельных зарубежных исследованиях – только на онлайн-опросы родителей с принципиально другим охватом и порогом выявления», – уточняет руководитель учебно-методического отдела, врач-психиатр Олег Хайретдинов.

СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ

РАС являются весьма сложными и неоднозначными для диагностики по целому ряду причин.

Во-первых, картина детского аутизма складывается из множества симптомов, сочетание которых весьма разнообразно, индивидуально и вариабельно в разном возрасте. У большинства пациентов наряду с аутистическим поведением отмечаются различные нарушения речевого и интеллектуального развития, что требует разграничения с большой группой соответствующих расстройств развития речи, задержек психического развития и умственной отсталости.

Во-вторых, ключевые для аутизма ограничения контакта по определению затрудняют получение словесных отчетов и прочей важной диагностической невербальной информации от ребенка, выраженной мимикой, жестами и другими инструментами «языка тела». Окружающие нередко лишь по косвенным, порой случайным проявлениям в поведении ребенка могут догадаться о его переживаниях, страхах, потребностях, боли или дискомфорте.

В-третьих, аутистические проявления часто характеризуются так называемым феноменом «переслаивания» – удивительным сочетанием признаков недоразвития и акселерации одних и тех же психических функций, затрудняющих оценку. Например, раннее овладение сложными малоупотребительными словами и цитирование больших фрагментов текста одновременно с крайней бедностью бытовой речи, невозможностью сформулировать простой вопрос.

В-четвертых, разнородность состояний и заболеваний, в рамках которых проявляются РАС:

- типичный детский аутизм – классический синдром Каннера;
- близкий по клинической картине синдром Аспергера, характеризующийся сохранением или даже высоким уровнем развития интеллекта и некоммуникативной речи;
- органический аутизм при установленных поражениях головного мозга;
- соматогенный аутизм как следствие тяжелых соматических заболеваний;
- «синдромальный» аутизм при генетических нарушениях;
- детская шизофрения.

Самые противоречивые оценки специалистов вызывает диагноз «атипичный аутизм» в силу недостаточной определенности.

КОРРЕКЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

В основе работы с детьми с РАС лежит регулярная и кропотливая психолого-педагогическая коррекция – занятия с логопедом и дефектологом, психологами разной направленности, специалистами по прикладному анализу поведения, формированию социально-бытовых навыков и др. Крайне сложной является оценка уровня интеллектуального развития аутичного ребенка в силу отсутствия продуктивного контакта с ним, соответственно, ненадежности выводов при невыполнении тестовых заданий.

«Часто приходится встречать противников медикаментозного лечения, во многих случаях имеющего существенный эффект – в плане стимулирования развития речи, коммуникативной и познавательной активности, смягчения узких и жестких стереотипных интересов и действий. Такая терапия, как правило, помогает значительно повысить продуктивность психолого-педагогических коррекционных занятий. При этом в развитии ребенка существуют сензитивные периоды, когда

формирование определенных навыков происходит наиболее продуктивно, поэтому возможные средства стимуляции или устранения препятствующих развитию симптомов стоит применять своевременно», – подчеркивает психиатр.

Назначение медикаментозного лечения требует взвешенной оценки четких показаний, соотношения возможного положительного эффекта и нежелательных явлений, большой осторожности. Симптомы тяжелых психических расстройств так называемого психотического уровня (кататонические, галлюцинаторные) бывает сложно отличить от похожих на них стереотипных двигательных, речевых и прочих расстройств, как правило, наблюдаемых у детей с аутизмом. В первом случае необходимо безотлагательное медикаментозное лечение, во втором, напротив, оно не нужно. Примером могут служить эхолалии (непроизвольные повторы слышимых слов или фраз), дающие определенные возможности и «мостики» для коррекционной работы по развитию речи. Другой пример – начальные неловкие попытки контакта с окружающими могут быть расценены как импульсивные агрессивные действия и также повлечь нерациональные лекарственные назначения. Симптомы могут носить вторично-компенсаторный, защитный характер и являться необходимым этапом адаптации, хотя и в форме патологических проявлений.

Для специалистов крайне важно всесторонне сотрудничать с членами семьи пациента. Помощь родителям может заключаться в информационной и эмоциональной поддержке, содействии в решении многих вопросов, восполнении физических и моральных ресурсов.

Родителям при выборе приоритетных подходов лечения и коррекции бывает очень трудно сориентироваться во множестве предлагаемых вариантов, среди которых есть примеры весьма сомнительного и даже опасного характера. Неоценимую помощь родителям оказывают общественные родительские организации. Замечательный пример – «Родительская приемная», которую регулярно на базе Центра им. Г. Е. Сухаревой ДЗМ проводят сотрудники Ассоциации родителей детей-инвалидов г. Москвы и РОО помощи детям с расстройствами аутистического спектра «Контакт». Родители получают «из первых рук» практически ориентированную информацию о решении сложных вопросов образовательного маршрута, оформления инвалидности, о возможностях получения психолого-педагогического сопровождения, реабилитации, санаторно-курортного лечения и т. д.

ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОДОЛЖАЮТСЯ

Центр имени Г. Е. Сухаревой ДЗМ сфокусирован на прикладных инновационных разработках в организации помощи аутичным детям. Специалисты центра реализуют пилотный проект дистанционной медицинской помощи при расстрой-

ствах развития, включая аутистические. В этом сотрудникам медицинского учреждения помогают представители НПЦ диагностики и телемедицинских технологий Департамента здравоохранения Москвы и Агентства инноваций Правительства Москвы.

«Нам повезло, что до начала эпидемии COVID-19 мы успели протестировать формат телемедицинских консультаций, составить представление о его плюсах и минусах. Среди преимуществ – повышение доступности, срочности, экономической привлекательности. Родители могут контактировать со специалистами, даже если не имеют возможности посещать клинику из-за психического состояния ребенка или сложной эпидемиологической ситуации», – рассказывает врач.

Специалисты Центра им. Г. Е. Сухаревой продолжают исследования в рамках пилотного проекта и планируют представить результаты к концу 2020 года. [ММС](#)

Евгения Воробьева

ПРИЗНАКИ РАС

В ВОЗРАСТЕ РЕБЕНКА ОТ ПОЛУГОДА ДО ГОДА РОДИТЕЛИ ДОЛЖНЫ НАСТОРОЖИТЬСЯ:

- отсутствие или редкость взгляда в глаза и ответной улыбки;
- крайнее нежелание быть на руках у матери;
- отказ от расширения ограниченного рациона питания и новой одежды;
- большие трудности в привыкании к «стандартному» режиму сна-бодрствования, прогулок.

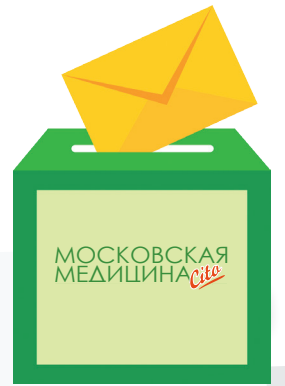
НА ВТОРОМ-ТРЕТЬЕМ ГОДУ ЖИЗНИ:

- несформированность и особенности речи: повторение слышимых слов или фраз по типу «эхо», называние себя во 2-м или 3-м лице, иногда – недетская речь с обилием сложных терминов в виде монолога без учета реакций слушателей;
- утрата навыков речи, игры, контакта при помощи взгляда, жестов, умений самостоятельного приема пищи или пользования туалетом;
- обращение с людьми и животными как с неживыми объектами;
- многократно повторяющиеся длительные однообразные действия и ритуалы;
- крайне узкие необычные пристрастия в ущерб всем остальным интересам.

В БОЛЕЕ СТАРШЕМ ВОЗРАСТЕ:

- грубое непонимание социальных правил, нюансов взаимодействия между людьми, несоответствие с имеющимися интеллектуальными возможностями;
- шаблонность поведения с выраженной тревогой при несоблюдении непонятных для окружающих жестких внутренних рамок.

В редакцию написал Виктор Калагин из поселения Вороновское. Борьба медиков с коронавирусной инфекцией настолько вдохновила его, что в апреле этого года сам собой родился стих. Автор решил поделиться своим творением с читателями «Московской медицины. Cito», заодно поддержать и выразить восхищение работникам здравоохранения.



БОЙЦЫ НЕВИДИМОЙ ВОЙНЫ

Спецназ на скорой на задание
По улицам страны летит.
Ему, наверно, опоздание
Коронавирус не простит.

Они, солдаты медицины,
На тех фронтах ведут бои.
Вперед, на вирус, без вакцины!
Так на врага идут они.

Идут врачи по красной зоне,
Как через минные поля.
А кто-то вылечится вскоре.
Так значит: все это не зря.

Как символ веры и надежды
Глаза уставшей медсестры
Через защитные одежды
Горят, как яркие костры.

Родных не видят месяцами.
В больницах лечат и живут.
А с матерями и отцами
С надеждой дети встречи ждут.

Переболевших этой дрянью
Врачей опасный ждет призыв.
С иммунитетом, с русской бранью
Идти на вирус, на прорыв.

Герои – те, кто не сбежали,
А честно выполняли долг.
Боролись, сами погибали.
Таких немало, целый полк.

Студентов-медиков бросают
В беде помочь своей стране.
И хоть в больницах не стреляют,
Опасно там, как на войне.

Пройдет и эта пандемия,
Тревожить перестанут сны.
Но не забудет вас Россия,
Бойцов невидимой войны.



ГКБ им. С. С. Юдина



ГКБ им. В. В. Вересаева



ИКБ № 2



МКЦИБ «Вороновское»



ГКБ им. С. И. Спасокукоцкого



ГКБ им. Л. А. Ворохобова



ГКБ им. М. П. Кончаловского

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Председатель

Леонид Михайлович Печатников

Редакционный совет

Т. В. Амплеева, Е. Е. Андреева, М. Б. Анциферов,
Г. П. Арутюнов, Д. С. Бордин, Е. М. Богородская, Е. А. Брун,

Е. Ю. Васильева, В. Э. Дубров, Е. В. Жилев,
В. А. Зеленский, Т. И. Курносова, А. И. Крюков,
Н. Н. Камынина, А. И. Мазус, Н. Е. Мантурова,
И. А. Назарова, Е. Л. Никонов, А. С. Оленев, З. Г. Орджоникидзе,
О. В. Зайратьянц, А. Н. Плутницкий, А. В. Погонин,
Н. Н. Потекаев, Д. Ю. Пушкарь, М. В. Синецын,

С. В. Сметанина, И. Е. Хатьков, Л. А. Ходырева,
М. Ш. Хубутия, А. В. Шабунин, Н. А. Шамалов

Главный редактор

Алексей Иванович Хрипун

Шеф-редактор

Оксана Анатольевна Плисенкова

Регистрационное свидетельство ПИ № ФС 77 – 71880 от 13 декабря 2017 года. Выдано Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор).
Учредитель: ГБУ г. Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы».
Адрес редакции и издателя: 115088, г. Москва, ул. Шарикоподшипниковская, 9. Контакты: +7 (495) 530-12-89, niiozmm@zdrav.mos.ru.

Представителем авторов публикаций в газете «Московская медицина» является издатель. Перепечатка только с согласия авторов (издателя). Мнение редакции может не совпадать с мнением автора.
Над выпуском работали: управление коммуникаций НИИОЗММ ДЗМ. Авторы: Ирина Степанова, Евгения Воробьева, Алина Хараз.
Корректоры: Елена Малыгина, Вера Монахова.
Дизайнер-верстальщик: Рената Хайрудинова.
Время подписания в печать: по графику – 15:00, фактическое – 15:00.

Тираж: 75 000 экз. Распространяется бесплатно.

Выпуск газеты осуществляется в рамках учебно-производственной работы студентов ГБПОУ «ММТ им. Л. Б. Красина».

Адрес типографии: г. Москва, ул. Кировградская, д. 23.

НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ в соцсетях:

