

ТЕМА НОМЕРА

ПЕДИАТРИЯ

ВТОРОЕ ДЫХАНИЕ

Новая страница в истории Морозовской больницы: круглосуточный детский многопрофильный стационар, не имеющий аналогов в России

ЮБИЛЕЙ

Филатовской детской городской больницы - 175 лет

Акушерский филиал №1 Городской клинической больницы №13 отмечает свое 80-летие

ТЕНДЕНЦИИ

Детская поликлиника в Москве: достижения и перспективы развития

РЕФОРМА

Артур ГАБРИЕЛЯН:

«Современное техническое оснащение нашего роддома позволяет достигнуть европейских показателей выживаемости»





Алексей ХРИПУН,
руководитель
Департамента
здравоохранения
города Москвы

В последнее время вопросам семьи, материнства и детства уделяется особое внимание на всех уровнях государственной власти. В этом году в соответствии с Указом Президента Российской Федерации было объявлено Десятилетие детства. Для Правительства города Москвы и Департамента здравоохранения города Москвы тема поддержки здорового образа жизни и оказания медицинской помощи детям и подросткам всегда была и остается приоритетной.

За прошедший год мы добились значительных результатов. По некоторым демографическим показателям Москва существенно ушла вперед от средних российских показателей, вплотную приблизившись к уровню западноевропейских стран. Показательно, что на прошедшей в конце ноября XVI Ассамблее «Здоровье Москвы», подводя итоги уходящего года, мэр Москвы Сергей Семенович Собянин отметил, что столица добилась снижения младенческой смертности практически на треть. Это связано с тем, что 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. Хотелось бы обратить внимание и на высокий уровень подготовки участковых врачей-педиатров, некоторые из них уже получили статус «Московский врач».

В октябре мы с вами успешно провели III Московский городской съезд педиатров «Трудный диагноз» в педиатрии. Мультидисциплинарный подход. От простого к сложному». Сейчас можно с уверенностью говорить о том, что съезд стал основным московским научно-практическим мероприятием, объединившим обсуждение актуальных вопросов оказания многопрофильной педиатрической помощи не только в Москве и России, но и в мировой практической медицине.

Нельзя не вспомнить и то, что в 2017 году завершился проект строительства нового корпуса Морозовской детской городской клинической больницы, который станет одним из лучших в мире по оснащению оборудованием, применяемым технологиям лечения и условиям пребывания маленьких пациентов и их мам.

Уверен, что 2018-й год откроет нам новые горизонты развития московской педиатрии.



Журнал «Московская медицина»

Председатель редакционного совета

Печатников Леонид Михайлович,
заместитель мэра Москвы по вопросам социального развития

Редакционный совет

Амплеева Татьяна Викторовна, главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью Департамента здравоохранения города Москвы
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
Бордин Дмитрий Станиславович, главный внештатный специалист гастроэнтеролог Департамента здравоохранения города Москвы
Богородская Елена Михайловна, главный внештатный специалист фтизиатр 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
Жиляев Евгений Валерьевич, главный внештатный специалист ревматолог Департамента здравоохранения города Москвы
Зеленский Владимир Анатольевич, директор МГФОМС
Колтунов Игорь Ефимович, главный внештатный специалист педиатр Департамента здравоохранения города Москвы
Кноплинников Александр Георгиевич, главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии Департамента здравоохранения города Москвы
Крюков Андрей Иванович, главный внештатный специалист оториноларинголог Департамента здравоохранения города Москвы
Мазуз 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
Мухтасарова Татьяна Радиковна, первый заместитель руководителя Департамента здравоохранения города Москвы
Назарова Ирина Александровна, председатель Совета главных врачей города Москвы
Орджоникидзе Зураб Гивиевич, главный внештатный специалист по спортивной медицине Департамента здравоохранения города Москвы
Орехов Олег Олегович, главный внештатный специалист по патологической анатомии Департамента здравоохранения города Москвы
Плутницкий Андрей Николаевич, руководитель Территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по городу Москве и Московской области
Погонин Алексей Владимирович, заместитель руководителя 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 Департамента здравоохранения города Москвы
Шамалов Николай Анатольевич, главный внештатный специалист невролог Департамента здравоохранения города Москвы

Редакция журнала
«Московская медицина»:
127006, г. Москва,
Оружейный пер., д. 43
www.niioz.ru
Мнение авторов может не совпадать
с позицией редакции

Учредитель:
Департамент 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

Издательство:
ООО «Промо-центр»:
117420, Москва,
ул. Профсоюзная, д. 57

Выпуск №6 (22) 2017 г.
журнала «Московская медицина»
отпечатан 15 декабря 2017 года

Отпечатано
в ООО «Издат принт»
Тираж 10 000 экз.
Распространяется бесплатно.

ISSN 2587 - 8670



Главный редактор: **Алексей Иванович Хрипун**
Заместитель главного редактора: **Давид Валерьевич Мелик-Гусейнов**
Научный редактор: **Наталья Николаевна Камынина**
Шеф-редактор: **Ирина Георгиевна Красивская**

СОДЕРЖАНИЕ

ОТ РЕДАКЦИИ

Обращение к читателям руководителя Департамента здравоохранения города Москвы Алексея ХРИПУНА **1**

СОБЫТИЕ

На ежегодной Ассамблее «Здоровье Москвы» власти Москвы объявили о завершающем этапе создания принципиально новой модели здравоохранения..... **5**

ВТОРОЕ ДЫХАНИЕ

Новые возможности Морозовской детской городской клинической больницы..... **6**

НЕВРОЛОГИЯ

Наталья ПЕЧАТНИКОВА: «Я очень любила читать истории о Шерлоке Холмсе и разгадывать тайны. Неврология похожа на детективное расследование»..... **10**

СКРИНИНГ

Наследственные болезни обмена веществ..... **16**

ГЕНЕТИКА

Результаты скрининга новорожденных на муковисцидоз: канадский опыт .. **21**

СТАТИСТИКА

Младенческая и детская смертность в Москве продолжает снижаться **24**

ДИАГНОСТИКА

Артем БУЛЛИХ: «За неполный 2017 год нами проведено 7 миллионов лабораторных исследований»..... **28**

ЮБИЛЕЙ

Филатовской детской городской больнице - 175 лет **32**

НЕОНАТОЛОГИЯ

Антонина ЧУБАРОВА: «Мы одни из первых в России начали работу по проведению процедуры экстракорпоральной мембранной оксигенации у детей»..... **36**

ОБМЕН ОПЫТОМ

Александр РАЗУМОВСКИЙ: «Мы обладаем богатейшим материалом, которым активно делимся с остальными» **42**

ДЕТСКАЯ КАРДИОХИРУРГИЯ Владимир ИЛЬИН: «Мы ежегодно выполняем около 420 операций и эндоваскулярных вмешательств»	46
МОСКОВСКИЙ ВРАЧ Светлана Дашинимаева: «Своей работой я довольна»	48
СУХАРЕВСКИЕ ЧТЕНИЯ Психиатры и психологи считают надуманной проблему «групп смерти»	50
ИНИЦИАТИВА Давид МЕЛИК-ГУСЕИНОВ: «Проект по театротерапии “Потому что ты нужен”: когда инклюзия удалась»	53
ТЕНДЕНЦИИ Детская поликлиника в Москве: достижения и перспективы развития	56
РЕФОРМА Артур ГАБРИЕЛЯН: «Чтобы оснастить больницу современной техникой, не нужно ждать, как раньше, годами»	60
В ПОМОЩЬ ПРАКТИКУЮЩИМ ВРАЧАМ С какой целью мы определяем уровень иммуноглобулинов в клинической практике?	63
ЮБИЛЕЙ Светлый и современный: акушерскому филиалу №1 Городской клинической больницы №13 Москвы исполнилось 80 лет	68
КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА Смертельные язвы Материалы общегородской клиничко-анатомической конференции от 28 августа 2017 года	72
Пропедевтика здравоохранения Материалы общегородской клиничко-анатомической конференции от 25 сентября 2017 года.....	80
ПРАВОВАЯ ПРАКТИКА Оборот рецепта: от выписки до получения лекарства в аптечной организации	91

ВЛАСТИ МОСКВЫ ОБЪЯВИЛИ О ЗАВЕРШАЮЩЕМ ЭТАПЕ СОЗДАНИЯ ПРИНЦИПИАЛЬНО НОВОЙ МОДЕЛИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



Ежегодная Ассамблея «Здоровье Москвы» открылась 30 ноября в столице. Научно-практическая программа мероприятия собрала более 3000 врачей и ученых из московских и региональных медицинских организаций. Повышенный интерес к событию связан с тем, что традиционно в его ходе не только подводятся итоги работы системы городского здравоохранения, но и намечаются планы на ближайшее будущее.

«Изменения, которые прошли в системе организации оказания медицинской помощи в Москве, очень профессиональны, системны. Мне очень нравится организация системы оказания экстренной, скорой, неотложной медицинской помощи», – отметила заместитель министра здравоохранения РФ Татьяна Яковлева, добавив, что столичный опыт используют в качестве примера для регионов.

Мэр Москвы Сергей Собянин высоко оценил демонстрацию возможностей московских стационаров и поликлиник в рамках профильной выставки. Свои разработки показали ГКБ №52, ГКБ №67 им. Л.А. Ворохобова, ГКБ им. С.П. Боткина, НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, МКНЦ им. А.С. Логинова, МГЦ СПИД, МО ДЗМ и другие медицинские организации. «Чтобы увидеть такие технологии, еще несколько лет назад приходилось ездить в Германию, Корею и другие развитые страны, – сказал мэр. – Сейчас по оснащенности московские клиники не уступают мировым. За последние годы была создана целая система оказания экстренной помощи людям, перенесшим инфаркты и инсульты. В итоге смертность от этих распространенных недугов снизилась почти в пять раз».

Также очень важным достижением, по его словам, стало снижение младенческой смертности практически на треть. Этого удалось добиться в результате объединения родильных домов и женских консультаций с многопрофильными стационарами, что позволило практически любую проблему со здоровьем роженицы решать в стенах одного медучреждения.

Сергей Собянин напомнил о действующих в столице мерах стимулирования врачей: грантах для лучших поликлиник и больниц, различных категорий медицинских специалистов, реализации проекта по присвоению статуса «Московский врач». Подробнее об этих и других проектах, направленных на повышение престижа медицинской профессии и создание условий для профессионального роста медиков, рассказал руководитель Департамента здравоохранения Москвы Алексей Хрипун. Он объявил о завершающем этапе создания принципиально новой модели московского здравоохранения, в основе которой несколько принципов – компактность, технологичность, доступность и эффективность. «То, что эта работа была успешной, в значительной степени общая заслуга более 130 тысяч медицинских работников Москвы, их ответственности и профессионализма», – отметил глава ведомства.

Алексей Хрипун особо подчеркнул, что повышение квалификации врачей и медицинских сестер – основной драйвер развития столичного здравоохранения. Именно на это направлены многочисленные гранты, проекты «Московский врач» и «Лидер.Мед», а также программа зарубежных стажировок.

Мероприятие прошло при активной поддержке Правительства Москвы, Департамента здравоохранения города Москвы и НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ МОРОЗОВСКОЙ ДЕТСКОЙ ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Современное семиэтажное здание Морозовской ДГКБ возведено на месте аварийного двухэтажного корпуса инфекционного отделения 1930-х годов постройки. Больница расширила объем медицинской помощи, которую пациенты могут получить в новом главном корпусе, за счет экстренной сердечно-сосудистой хирургии, аритмологии и трансплантации органов и тканей, включая пересадку костного мозга. Пациентов размещают в одно- или двухместных палатах, рассчитанных на совместное пребывание мамы и ребенка. В каждой палате есть «тревожная кнопка» и система видеонаблюдения за состоянием пациента.

АВТОР ОЛЕГ ПЕТРОВСКИЙ

В МДГКБ РАБОТАЮТ ОКОЛО 500 ВРАЧЕЙ,

ИЗ КОТОРЫХ:

46 ДОКТОРОВ МЕДИЦИНСКИХ НАУК;

101 КАНДИДАТ МЕДИЦИНСКИХ НАУК;

2 ЗАСЛУЖЕННЫХ ВРАЧА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ;

3 ЗАСЛУЖЕННЫХ ВРАЧА МОСКВЫ;

11 ГЛАВНЫХ ВНЕШТАТНЫХ ДЕТСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ

ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ:

ПЕДИАТР, РЕВМАТОЛОГ, ЭНДОКРИНОЛОГ, ГИНЕКОЛОГ,

УРОЛОГ-АНДРОЛОГ, ПУЛЬМОНОЛОГ, ГЕНЕТИК,

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГ, ОНКОЛОГ, ГЕМАТОЛОГ, СЕРДЕЧНО-

СОСУДИСТЫЙ ХИРУРГ.





ИГОРЬ КОЛТУНОВ, ГЛАВНЫЙ ВНЕШТАТНЫЙ СПЕЦИАЛИСТ ПЕДИАТР ДЗМ И ГЛАВВРАЧ МОРОЗОВСКОЙ ДГКБ:



«Наша основная задача – обеспечить высокую производительность труда сотрудников и соответствующее высокое качество медицинской помощи. И если с первой задачей мы отчасти справились, то сейчас предстоит решать вторую. В 2011 г., когда я только пришел сюда в качестве главного врача, в больнице не было ни одного доктора наук, то есть ни одного штатного сотрудника, только консультанты, они тут подрабатывали. Сейчас у нас более 40 собственных штатных докторов наук, более 100 кандидатов наук. В рамках модернизации больница получила оборудования на более чем 1 млрд рублей. Плюс оборудование на 4,6 млрд рублей, которое закуплено в новую Морозовскую больницу. Но на этом мы не останавливаемся, и власти приняли

решение построить в Морозовской больнице Центр ядерной медицины. Инвестиционная программа одобрена, и мы уже через два года должны запустить три ускорителя: один протонный и два линейных. Таким образом, мы сможем оказывать помощь онкологическим пациентам не просто на высоком, а на высочайшем уровне».

В 2016 ГОДУ ДОЛГОСРОЧНАЯ ВЫЖИВАЕМОСТЬ ДЕТЕЙ, ПОЛУЧИВШИХ МЕДПОМОЩЬ В МДГКБ, СОСТАВИЛА:

90% – с острыми лимфобластными лейкозами (в группе благоприятного прогноза – 96%);

68% – с острыми нелимфобластными лейкозами;

60% – с опухолями центральной нервной системы (при выявлении опухоли на ранней стадии – 75%).

ЭТИ ПОКАЗАТЕЛИ СООТВЕТСТВУЮТ СТАНДАРТАМ ВЕДУЩИХ МИРОВЫХ ДЕТСКИХ КЛИНИК, А В РЯДЕ СЛУЧАЕВ ПРЕВЫШАЮТ ИХ.



3000 единиц новейшего медицинского оборудования установлены в Морозовской ДГКБ за 2011–2017 гг.

Для Морозовской больницы было закуплено около трех тысяч единиц новейшего медицинского оборудования. Это компьютерные и магнитно-резонансные томографы, рентгенодиагностические и рентгенохирургические аппараты, оборудование для челюстно-лицевой хирургии, мониторы болевого стресса, ультразвуковые диагностические системы, генетическая лаборатория. Установлена аппаратура для искусственной вентиляции легких новорожденных и инкубаторы для выхаживания детей с экстремально низкой массой тела. В операционных появились аппараты для электрофизиологических методов диагностики и лечения сложных нарушений сердечного ритма у детей.

В МДГКБ работают два операционных блока, отделение анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии, клинично-диагностическая лаборатория, отделение физиотерапии и лечебной физкультуры. Морозовская больница готова круглосуточно принять детей с патологиями сердца и других органов и оказать медпомощь максимально быстро и эффективно. Центр орфанных и других редких заболеваний у детей и подростков позволяет максимально рано диагностировать редкие болезни у детей и подростков и начать их своевременное лечение. В нем проводят селективный скрининг для снижения детской и младенческой смертности, раннюю диагностику и лечение наследственных заболеваний у детей, профилактику наследственных заболеваний. За его создание Правительство Москвы присудило коллективу Морозовской детской городской больницы одну из премий 2017 г. в области медицины. Для лечения таких заболеваний нужны дорогостоящие препараты, и закупка не всех из них обеспечивается за счет государства.

ИГОРЬ КОЛТУНОВ: «В Москве сегодня проживают около 2 млн детей. И количество разнообразных заболеваний, которыми они болеют, достаточно велико. В этом году мэр Москвы выделил на лекарства, которые применяются для лечения редких (орфанных) заболеваний, но не зарегистрированы на территории России, беспрецедентную сумму – более 350 млн рублей. Москва взяла на себя громадную социальную ответственность перед детьми. Никогда такого не было и нигде нет на территории РФ. Более того, даже в мире никакое государство не является таким социально ответственным, как у нас, поскольку в других странах все дорогостоящие лекарства покупают за счет благотворительных денег. А в Москве было принято такое решение, и выделены средства из бюджета».

Центр репродуктивного здоровья детей и подростков проводит комплексное обследование пациентов с заболеваниями органов репродуктивной системы, оказывает необходимую медицинскую помощь, разрабатывает систему реабилитации, ведет городской регистр профильных пациентов. На базе центра работает школа репродуктивного здоровья, посвященная нормам и патологиям репродуктивной системы, порокам развития половых органов, воспалительным заболеваниям наружных и внутренних половых органов, вопросам контрацепции среди подростков.

Центр по лечению детей с болезнью Виллебранда оказывает консультативную, амбулаторную и стационарную медицинскую помощь пациентам с данным заболеванием, проводит клинично-лабораторные, инструментальные и морфогенетические обследования, переливание крови и остановку кровотечения, применяя самые современные технологии. Центр детской гастроэнтерологии проводит все виды комплексной медпомощи детям, страдающим тяжелыми заболеваниями желудочно-кишечного тракта, в том числе

воспалительными заболеваниями кишечника, нарушениями всасывания в кишечнике и синдромом короткой кишки, возникающим в результате операций. Там же ведут регистры пациентов с воспалительными заболеваниями и синдромом короткой кишки, что позволяет закупать необходимые препараты, специализированное питание и медицинские изделия.

Центр детской эндокринологии ведет регистры детей с эндокринными патологиями. Возможности Морозовской больницы позволяют оказывать многопрофильную медицинскую помощь пациентам с сопутствующими диагнозами. Например, основной диагноз – сахарный диабет, а сопутствующий диагноз – холецистит, ревматоидный артрит или ожирение, гипертония. У ребенка могут быть все эти диагнозы, и его будут лечить врачи разных профилей в одной больнице. Среди заболеваний, с которыми работают специалисты центра, – сахарный диабет и другие формы нарушения углеводного обмена, метаболический синдром и ожирение, патология щитовидной железы, патология надпочечников и задержка роста. Медико-генетическое отделение «Московский центр

ИГОРЬ КОЛТУНОВ: «Тенденции развития педиатрии – это мультидисциплинарный подход. Мы уходим от принципа, что надо лечить болезнь. Мы подходим к тому, что надо лечить больного в комплексе. И основная наша задача – сделать адресную, персонафицированную медицину. Чтобы пациент, заходя на территорию любой из пяти детских больниц Москвы, получал всю необходимую медицинскую помощь в одном месте, чтобы не надо было ему бегать по городу в поисках нужного врача-специалиста, искать в интернете, гадать, от того ли его лечат и тем ли его лечат? Важно, чтобы человек получал ответы на все вопросы в больнице и был уверен в компетенциях специалистов». Чтобы попасть в Морозовскую больницу, не нужно специальных направлений. Любое обращение граждан России оплачивает Фонд обязательного медицинского страхования. Больных принимают и при отсутствии полиса – достаточно иметь при себе только паспорт.



неонатального скрининга» проводит обследование для раннего выявления заболеваний, которые приводят к инвалидности всех детей, которые рождаются на территории Москвы. С 2018 г. количество показателей, по которым проводится неонатальный скрининг в Москве, увеличится с 5 до 11. При ранней диагностике таких заболеваний сразу назначается терапия, которая снижает или даже полностью исключает развитие клинических проявлений и осложнений. В медико-генетическом отделении постоянно наблюдаются дети с такими наследственными заболеваниями, как фенилкетонурия, галактоземия, адреногенитальный синдром, муковисцидоз, врожденный гипотиреоз.

Центр профилактики хронических неинфекционных заболеваний занимается планированием, разработкой, организацией мероприятий по профилактике неинфекционных заболеваний у детей. В структуру центра входят: отдел эпидемиологического мониторинга факторов риска неинфекционных заболеваний, отдел организации и координации профилактической работы, отдел индивидуальной профилактической работы, учебно-методический отдел и редакционно-издательский отдел.

Консультативно-диагностический центр амбулаторной неврологии и семейной психотерапии оказывает помощь подросткам с функциональными нарушениями центральной нервной системы и последствиями перенесенных заболеваний ЦНС, сопровождающихся когнитивными и поведенческими изменениями. Специалисты центра используют в своей работе нейросонографию, ультразвуковое исследование сосудов, электроэнцефалографию, видео-ЭЭГ-мониторирование, электронейромиографию, магнитно-резонансную и компьютерную томографию. Специалисты Центра респираторной медицины оказывают первичную высокотехнологичную специализированную помощь детям с респираторными заболеваниями, проводят клинико-лабораторные и инструментальные обследования, чтобы установить или подтвердить диагноз, и организуют динамическое наблюдение.

Морозовская больница развивается в соответствии с наиболее прогрессивными тенденциями системы оказания медицинской помощи детям в мире как в медицинской, клинической, так и в организационной части.



ЧТО И ГДЕ НАХОДИТСЯ В НОВОМ ГЛАВНОМ КОРПУСЕ

Цокольный этаж

Автостоянка, технические и служебно-бытовые помещения, гардероб для сотрудников и пациентов, ЦСО, складские помещения.

1 этаж

Инфекционно-боксованное отделение для детей младшего возраста (мельцеровские боксы), педиатрические отделения.

2 этаж

Отделения неотложной и абдоминальной хирургии, оториноларингологическое отделение, отделение гематологии, отделение челюстно-лицевой хирургии, отделение торакальной хирургии.

3 этаж

Отделение травматологии и ортопедии, отделение плановой хирургии и урологии-андрологии, отделение гинекологии, ведения беременных девочек, консультативно-диагностический центр.

4 этаж

Отделение гематологии и онкологии, отделение клинической онкологии и гематологии, отделение гематологии и онкологии, отделение офтальмологии (микрохирургии глаза).

5 этаж

Отделение нейрохирургии, лечения эпилепсии хирургическим путем, отделение экстренной кардиохирургии и интервенционной кардиологии с блоком интенсивной терапии, отделение кардиоревматологии, отделение наследственных нарушений обмена веществ, отделение трансплантации костного мозга с блоком интенсивной терапии.

6 этаж

Рентгенологическое отделение, операционные блоки на 12 операционных, отделение анестезиологии и реанимации.

7 этаж

Администрация.

ЗАДАЧИ ДЛЯ ШЕРЛОКА ХОЛМСА ЦЕНТР ОРФАННЫХ И ДРУГИХ РЕДКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: ИСТОРИЯ СОЗДАНИЯ И УСПЕШНОЙ РАБОТЫ

Одну из премий 2017 года в области медицины Правительство Москвы присудило коллективу Морозовской детской городской больницы за создание Центра орфанных и других редких заболеваний у детей и подростков. «Референс-центр», как его называют в Морозовской, за два года оказал помощь в диагностике, лечении и реабилитации более 10 тыс. детей. О том, как работает Центр и какие задачи он решает, «Московская медицина» расспросила его руководителя, врача-невролога Наталью Печатникову.



Врач-невролог
Наталья Печатникова

- Наталья Леонидовна, как создавался Центр и какая помощь в нем оказывается детям?

– Центр орфанных и других редких заболеваний открыл двери для пациентов 9 февраля 2015 года. До этого дети с такими заболеваниями наблюдались в различных медицинских организациях столицы, и не было единого места, где они могли бы получить всю необходимую помощь. Очень важно, чтобы ни один ребенок с редкой болезнью «не потерялся» для лечения. Пациенты, страдающие орфанными заболеваниями, как и все дети, могут сломать ногу, заболеть гриппом, ветрянкой и т. д. Но и в такой вполне типичной ситуации они нуждаются в специфическом уходе, диете, инфузионной терапии. Врачи в поликлиниках не всегда имеют возможность обеспечить все необходимое «редким» детям. В связи с этим появилась идея – создать на базе многопрофильного стационара центр, где детям с редкими заболеваниями оказывалась бы вся необходимая помощь. Где врачи знали бы особенности ребенка, его специфическую диету, какие препараты ему противопоказаны.



**СОТРУДНИКИ ЦЕНТРА: НИНА ПОЛЯКОВА,
НАТАЛЬЯ ПЕЧАТНИКОВА, ВИКТОРИЯ КАКАУЛИНА**

Кроме того, перед врачами Центра стоит задача постановки диагноза. Ребенка порой годами водят по разным врачам, каждый специалист находит что-то «свое», в итоге набирается несколько противоречивых диагнозов. А на самом деле врачи имеют дело с наследственным, орфанным заболеванием, которое поражает разные системы, но лечится совершенно особым способом. Наша задача – выявлять таких детей, оказывать им помощь, затем наблюдать их в динамике. Мы должны установить точный диагноз и объяснить семье, что происходит в текущий момент с ребенком, каковы краткосрочные и долгосрочные прогнозы по его здоровью, каков риск по повторному рождению больного ребенка в семье. Иногда необходимо провести медико-генетическое консультирование семьи, чтобы в семье мог родиться здоровый ребенок.

- Как работает Центр, как вы «ведете» ваших маленьких пациентов?

– В структуру Центра входит медико-генетическое отделение – Центр неонатального скрининга. Это амбулаторное звено, в котором консультируют детей, выявленных по результатам массового обследования новорожденных (с подозрением на адреногенитальный синдром, галактоземию, врожденный гипотиреоз, муковисцидоз, фенилкетонурию). Возможно, в будущем году неонатальный скрининг в Москве будет расширен с 5 до 11 нозологий. Врачи медико-генетического отделения объясняют родителям необходимые действия для подтверждения диагноза и варианты лечения, обучают расчету диеты, если это необходимо. В это же отделение можно приводить и детей с подозрением на наследственное заболевание, которое не

было выявлено при проведении скрининга. Ведь наследственное заболевание может быть заподозрено на приеме в обычной поликлинике – если доктор понимает, что необходимо комплексное обследование, он сразу же может его согласовать с нашим Центром. Мы всегда готовы присоединиться к коллегам для обсуждения пациентов в случае каких-то сомнений или выявления необычных клинических симптомов, которые не укладываются в принятую структуру проявления заболевания. Центр работает по трем профилям: неврологический, педиатрический и реабилитационный. В штате – неврологи, педиатры, генетики, а также инструктор ЛФК, который приходит заниматься с детьми по специальным реабилитационным программам. В стационаре у нас 15 коек. Основная наша цель – максимальное выявление наследственных заболеваний, для которых существует



**ОСНОВНАЯ НАША ЦЕЛЬ –
МАКСИМАЛЬНОЕ ВЫЯВЛЕНИЕ
НАСЛЕДСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕ-
ВАНИЙ, ДЛЯ КОТОРЫХ СУЩЕ-
СТВУЕТ ЛЕЧЕНИЕ, И НАБЛЮДЕ-
НИЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ
С УСТАНОВЛЕННЫМ ДИАГНОЗОМ**

лечение, и наблюдение за пациентами с установленным диагнозом.

- Сколько, на ваш взгляд, в Москве детей с редкими болезнями?

– По нашим оценкам, один ребенок на 10 тысяч. Явно больше, чем занесено в существующий регистр, а в нем сейчас 816 детей. Наш Центр ведет региональный регистр, в соответствии с которым назначаются препараты для бесплатного лечения. Регистр существует с 2012 г., и наша задача – знать обо всех детях, которые в него

внесены, понимать, в каком они состоянии находятся, где и как наблюдаются, нужна ли им наша помощь.

Еще одна прикладная задача Центра – пополнять регистр и расширять его, чтобы туда вошли новые нозологии, которые сейчас не учитываются. Мы участвуем в диагностике наследственных заболеваний, стараемся обеспечить нашим пациентам обследование и лечение, соответствующие международным стандартам.

- Как не обмануться врачам на местах?

Под какие иные заболевания могут маскироваться редкие болезни?

– Опасность в том, что редкие болезни могут маскироваться под что угодно: ДЦП, гепатит, нарушение свертываемости крови, могут появляться неясные эпилептические приступы. В июне 2016 г. вышел приказ в Москве о проведении селективного скрининга на наследственные болезни обмена веществ*. В соответствии с этим приказом, на основании определенных критериев, врач должен «непонятного» ребенка как минимум отправить на консультацию к генетику. Обязательно нужно настояться, если в семье уже умер ребенок. Следующий сигнал – внезапное ухудшение состояния в первые сутки жизни младенца после нормальных родов. Вообще, любые неясные ухудшения состояния здоровья ребенка. При наследственных нарушениях обмена веществ ребенок может достаточно долго нормально развиваться, а потом на фоне легкой инфекции или даже без видимых причин его состояние внезапно ухудшается.

Подозрительно, когда у ребенка огромное количество диагнозов, поставленных разными узкими специалистами, – возможно, имеет смысл искать одну общую причину для всех его недугов, и, возможно, причина эта кроется в наследственном заболевании.

Очень важный сигнал тревоги – увеличение печени и селезенки, особенно в раннем возрасте. Гепатоспленомегалия может быть одним из первых симптомов наследственного нарушения обмена веществ, расцененного участковым педиатром как, например, последствие внутриутробной инфекции.

- Что вас настораживает в данном случае?

– Диагноз «последствие внутриутробной инфекции» каждый раз требует очень детального рассмотрения. Я бы детей, которые лежат с внутриутробными инфекциями, рассматривала как отдельную группу – группу риска по наследственным болезням обмена. Во многих случаях поставленный диагноз

не является истинным, и дело совсем не во внутриутробной инфекции.

Чем раньше будет установлен истинный диагноз, тем больше шансов, что каких-то осложнений мы сумеем избежать.

- Знаком ли вам опыт работы аналогичных центров, например за рубежом?

– За рубежом есть аналогичные метаболические центры и даже целые клиники, специализирующиеся на лечении наследственных заболеваний. Как правило, это единый конгломерат: стационар, поликлиника, лаборатория – все они работают вместе. В штате всегда есть диетолог, который руководит диетотерапией, а коррекция диеты зависит от результатов анализов, которые проводятся ребенку. Остальные врачи находятся в постоянном взаимодействии и контакте друг с другом и, прежде всего, с диетологом. Это идеальная структура, поскольку только коллегиальный, мультидисциплинарный подход дает оптимальный результат. Врач из поликлиники всегда может обратиться в стационар, откуда ребенка выписывают тоже не в «космос». Родители и врач стационара точно знают, к какому врачу будет ходить ребенок в поликлинике. Лечащий врач получает возможность ознакомиться с тонкостями данной патологии. В свою очередь, врач поликлиники в курсе, к какому врачу в стационаре ребенок попадет, чтобы вместе с ним обсудить необходимые вопросы, разработать общую концепцию. Врач по лабораторной диагностике тоже может позвонить и предупредить: «По анализам этот ребенок тяжелый, не пропустите».

На данный момент выявляемость «орфанных» больных за рубежом выше в силу объективных причин. В том числе, это связано с тем, что там клиники по лечению редких болезней работают гораздо дольше. Мы общаемся с зарубежными коллегами и перенимаем их опыт с учетом наших российских реалий. Это дает возможность модернизировать протоколы обследования и лечения детей. Мы ездим, слушаем, знакомимся с коллегами и затем дистанционно обсуждаем наших больных. Зарубежные специалисты приезжают к нам и консультируют наших больных. Мы приглашаем коллег на наши внутренние конференции, где присутствуют и родители наших пациентов. Важно, чтобы мы находились не в замкнутом пространстве, и родители чувствовали, что Центр – это открытая система. Постепенно уходит предубеждение: «Мы поедем за рубеж, и там все будет совсем иначе». У нас перспективы неплохие.

В России отделения, в которых занимаются пациентами с наследственными заболеваниями, существуют и в федеральных центрах.

*приказ ДЗМ от 14.06.2016 №500 «Об организации проведения селективного скрининга»

- Какие пациенты самые сложные?

– Есть много заболеваний, которые пока остаются неизлечимыми. Митохондриальные заболевания практически не излечиваются, существует только симптоматическая терапия. Есть заболевания, когда синдромальную патологию мы можем только констатировать. Некоторые наследственные заболевания прогрессируют, несмотря на проводимую терапию.

Многие заболевания имеют «кризовое течение»: ребенок в течение длительного времени стабилен на фоне проводимой терапии, но в любой момент может произойти все, что угодно. Для меня это очень сложная ситуация — быть в постоянном «тонусе», страхе за жизнь маленького пациента, который со стороны, казалось бы, и не болеет даже никакой «редкой болезнью», понимать, что любая ошибка при расчете диеты, любая неожиданность в жизни ребенка (болезнь, стресс и т. д.) могут обернуться для него катастрофой.

Родители, конечно, тоже испытывают ежеминутный стресс. Но часто на фоне терапии, стабильности состояния ребенка они «забывают» о том, какие опасности подстерегают малыша. С одной стороны, я очень радуюсь, когда наши семьи звонят и спрашивают, обязательно ли приходиться с ребенком на плановый осмотр, ведь у них все хорошо, с другой – все-таки настаиваю на плановых осмотрах, чтобы постараться подстраховать ребенка и

родителей, которые, возможно, немножко «потеряли бдительность» или стали задавать своему ребенку слишком «высокую планку».

Например, к нам в Центр поступила трехмесячная девочка, которая в первые сутки жизни впала в кому. Сложно было понять, почему так случилось. Здоровые родители, старший ребенок здоров. Ребенку был проведен анализ на наследственные нарушения обмена веществ в рамках программы селективного скрининга. В результате были выявлены изменения, характерные для заболеваний из группы нарушений цикла мочевины, также уровень аммония в крови ребенка был крайне высоким. Мы перевели ребенка к себе в реанимацию и начали специфическую терапию. На фоне препаратов, которые связывают аммоний, дезинтоксикационной терапии девочка вышла из комы, что позволило перевести ее в отделение. Мы ее наблюдаем в катамнезе. Сейчас ей год. У нее, несомненно, есть довольно серьезные неврологические проблемы: то, что она перенесла в младенчестве, сыграло свою роль. Понятно, что у родителей растут потребности. Им хочется, чтобы малышка развивалась так же как ее сверстники, чтобы прошли те или иные симптомы. Они уже забывают, и слава Богу, перед какой пропастью стояли. Для нас это очень много значит – видеть эту девочку в возрасте 1 года.



Морозовская детская городская больница



– Расскажите о врачах, которые входят в вашу команду.

– Конечно, в одиночку ничего не получается. Нужна команда, с которой мне очень повезло. Со мной работает чудесный невролог-эпилептолог Виктория Сергеевна Какаулина. Мы с ней знакомы с института, учились вместе и начали заниматься редкими болезнями тоже вместе. Третий член команды у нас Нина Александровна Полякова, педиатр-генетик, самый наш молодой, но очень внимательный и чуткий доктор.

Медико-генетическим отделением заведует Елена Андреевна Шестопалова – врач-генетик с большим стажем, специализируется на лечении фенилкетонурии. Своих пациентов Елена Андреевна ведет с момента рождения (постановки диагноза), и даже когда ее больные взрослеют, они продолжают наблюдаться у нее. Когда эти выращенные ею дети сами становятся родителями, они нуждаются в ее советах. Можно сказать, что у Елены Андреевны есть «пациентские внуки». Также прием ведут доктора-генетики Наталья Олеговна Брюханова, Ксения Андреевна Огурцова, Маргарита Вальерьевна Стырина – это доктора, которые решают одну из самых сложных задач: есть ли вероятность, что к ним на прием пришел ребенок с наследственным заболеванием, и нужно его дообследовать или можно «отпустить» и окончательно успокоить родителей. Это очень ответственное решение, от которого во многом зависят жизнь и здоровье детей.

Конечно, проект создания референс-центра никогда бы не осуществился без поддержки администрации больницы: Игоря Ефимовича Колтунова, главного врача больницы, Елены Ефимовны Петрайкиной, которая даже в самом начале нашей работы, когда было совсем все непонятно и тяжело, поддерживала нас и верила, что все получится. Также нам очень помогали коллеги из Московского научно-исследовательского института организации здравоохранения и медицинского менеджмента, особенно Ирина Петровна Витковская: проект потребовал решения большого количества организационных и юридических вопросов, с которыми без нее мы бы не справились.

– Кому из коллег или педагогов вы обязаны своим выбором, своим «фанатизмом»?

– В первую очередь, заведующей отделением медицинской генетики Российской детской клинической больницы – Светлане Витальевне Михайловой, профессору Константину Юрьевичу Мухину, одному из ведущих эпилептологов в Москве. Еще бы я назвала доцента кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики Российского национального исследовательского

медицинского университета им. Н.И. Пирогова Светлану Сергеевну Жилину. У нее особый дар педагога: она всегда своих докторов-ординаторов опекает, всегда очень тепло относится к своим ученикам.

И, конечно, заведующей лабораторией наследственных болезней обмена веществ Медико-генетического научного центра Екатерине Юрьевне Захаровой. После общения с ней любой человек, вне зависимости от профессии, увлечется редкими болезнями. Все мои знакомые, пообщавшись с ней, хоть как-то включаются в процесс. Компьютерщики пишут специальные программы для расчета диет, филологи пишут тексты для брошюр, юристы помогают больным отстаивать права.

– Как в Москве обеспечены лекарствами дети с орфанными заболеваниями?

– Не могу сказать, что все обеспечены всем, чем мне бы хотелось их обеспечить, но в большинстве случаев Москва – регион, который неплохо с этим справляется. Большинство препаратов для лечения редких болезней очень дорогие. Но часто, даже с экономической точки зрения, эти затраты оправданы. Ведь содержать ребенка – тяжелого инвалида, которому нужны огромные средства на реабилитацию, симптоматическую терапию, нахождение в реанимации с вентиляцией легких, без шансов на улучшение, дороже, чем обеспечение этого ребенка патогенетической терапией, которая предотвратит инвалидизацию.

– С какими алгоритмами связаны ваши надежды на лечение генетических болезней? Вы ожидаете, что произойдут какие-то научные прорывы? Какую литературу можно изучать на эту тему?

– Прорыв возможен через несколько десятков лет, когда врач-генетик не будет уже нужен как клиническое звено. Это может произойти, когда будет возможно полное клиническое экзоносканирование, метод ускоренного выявления мутаций (нуклеотидных замен, инсерций, делеций) в экзонах. Метод позволит специальным образом обработать геномную ДНК и мутантную часть убрать. Сейчас он только зарождается, так как база недостаточна в реальной диагностике, но я думаю, что это – хорошая перспектива.

Что касается «почитать», это в основном иностранная литература, международные интернет-ресурсы, где вывешиваются все гайдлайны по ведению редких заболеваний. В ЕС существуют утвержденные международные стандарты по лечению. Если попалось совсем редкое заболевание, всегда можно найти статьи с описанием

клинических примеров. Наши специалисты также принимают участие в международных конференциях, где происходит разбор редких случаев.

Редкие болезни иногда лечатся простыми препаратами, например, высокодозными витаминами, нужно только вовремя поставить диагноз. Приведу пример: есть синдром дефицита фермента биотинидазы, который лечится биотином – витамином Н, в сущности, БАДом. Если вовремя биотин не назначен, то дети погибают на первом году жизни с резистентными судорожными приступами. После первой же таблетки биотина картина резко меняется. Есть V_6 -зависимые приступы, когда в силу нехватки витамина V_6 дети не излечиваются классической противосудорожной терапией. Высокие дозы витамина V_6 купируют приступы, и ребенок развивается по возрасту. Есть заболевания, которые лечатся витамином V_{12} . Так что если вовремя установлен диагноз, то само лечение может оказаться не таким уж и сложным, дорогим или недоступным.

- А какие у вас планы по развитию на ближайшие годы?

– Прежде всего, я бы хотела посмотреть, что получится с расширенным неонатальным скринингом: как удачно он пойдет и будет ли от него эффект. Кроме того, наш проект по селективному скринингу за прошлый год показал неплохие результаты. Мы выявили много больных. Я надеюсь, что селективный скрининг останется, и у нас получится донести до коллег, что даже расширенный неонатальный скрининг не заменяет собой селективный. Существуют заболевания, которые без клинической симптоматики можно лабораторно «не поймать».

Стоит отметить проблемы с клиническими рекомендациями по данным нозологиям. Во-первых, многие заболевания не включены в Международную классификацию болезней (МКБ-10). Клинические рекомендации очень долго пересматриваются. Те из них, которые были

написаны в 90-е годы, коренным образом отличаются от тех стандартов, по которым работают наши зарубежные коллеги. Даже по нормам белка, безопасного для той или иной группы больных.

Очень бы хотелось расширить список орфанных заболеваний, которые обеспечиваются за счет государства. Этот список также был сформирован давно: по тем заболеваниям и препаратам, которые были тогда известны. Информацию надо актуализировать: сейчас описаны новые заболевания, существуют методики их лечения и препараты, зарегистрированные в России.

- Специализироваться на лечении орфанных болезней – у вас это было спонтанным решением?

– Это же очень интересно! Когда выбирала специальность, хотела найти такую, где в основе процесса лежит поиск «мелких деталей». Я очень любила читать истории о Шерлоке Холмсе и разгадывать тайны. Неврология похожа на детективное расследование: постучал молоточком, снимки посмотрел, кривые на графиках... Никто ничего не понял, а ты назвал очаг поражения, расписал лечение, и пациент выздоровел. Ну это я так себе все представляла...

Когда я узнала, что есть еще болезни, симптомы которых неспецифичны, но нужно так сопоставить детали, чтобы они сложились в совсем особенную картину, я поняла, что интереснее редких болезней вообще ничего нет и быть не может!

Иногда в процессе обсуждений пациента приходит идея о необходимости проведения какого-то одного анализа, результат которого полностью меняет представление о больном. Вдруг все симптомы становятся объяснимыми. И если в результате подтверждается диагноз, возникает ощущение, что ты сделал открытие!

Если вы к нам два дня походите, тоже «заразитесь»...



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА

Осуществляет научно-практические разработки в области внедрения систем менеджмента качества (СМК) в сфере здравоохранения



АЛЕКСАНДР ЦИБИН

НАЧАЛЬНИК ОТДЕЛА ОРГАНИЗАЦИИ И КОНТРОЛЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЛАБОРАТОРНОЙ СЛУЖБЫ:



Эффективное функционирование системы здравоохранения невозможно без повсеместного внедрения принципа стандартизации и полноценного контроля за его соблюдением в повседневной работе врача

- Подготовка к внедрению систем менеджмента качества в различных сферах деятельности медицинских организаций
- Проведение обучающих семинаров и тренингов по работе с СМК для врачей и руководителей медицинских организаций
- Методическая и организационная поддержка при внедрении СМК

+7 (495) 951-20-54
niiozmm@zdrav.mos.ru
115184, Москва,
Большая Татарская, 30
www.niioz.ru

НАСЛЕДСТВЕННЫЕ БОЛЕЗНИ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ

АВТОРЫ Н.Л. ПЕЧАТНИКОВА, Н.О. БРЮХАНОВА, О.Е. ПОТЕХИН, И.П. ВИТКОВСКАЯ, Е.Е. ПЕТРЯЙКИНА, И.Е. КОЛТУНОВ.
СЕЛЕКТИВНЫЙ СКРИНИНГ НА НАСЛЕДСТВЕННЫЕ БОЛЕЗНИ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ №16.
МОСКВА, 2017 Г.

Наследственные болезни обмена веществ (НБО) включают более 700 нозологических форм. Эти болезни связаны с нарушениями определенного метаболического пути. Для 150 форм НБО разработаны методы эффективной терапии. Многие НБО характеризуются острым началом и быстро прогрессирующим течением, поэтому назначение специального патогенетического лечения предотвращает или значительно тормозит развитие патологического процесса, особенно если диагноз устанавливается на ранних стадиях заболевания.

ОСНОВНЫЕ КРИТЕРИИ

1. Внезапное ухудшение клинического состояния ребенка после периода нормального развития (сутки, недели, месяцы):
 - острая метаболическая энцефалопатия, летаргия (кома);
 - судороги, резистентные к антиэпилептической терапии.
2. Гепатомегалия (гепатоспленоmegалия).
3. Метаболический ацидоз.
4. Множественные переломы.
5. Детская смертность в семье от заболеваний со сходными симптомами.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ КРИТЕРИИ

1. Кардиомиопатия.
2. Гипогликемия.
3. Тромбоцитопения.
4. Повышение уровня печеночных ферментов (аланинаминотрансферазы (АлАТ), аспаратаминотрансферазы (АсАТ)) более чем в 1,5 раза от нормы.
5. Повышение уровня креатинфосфокиназы (КФК)

более чем в 2 раза от нормы.

6. Снижение уровня щелочной фосфатазы (ЩФ) ниже возрастной нормы.
7. Метаболический алкалоз.
8. Повышение кетоновых тел в крови и (или) моче.
9. Аномальный запах мочи, тела, ушной серы, любой необычный запах.
10. Нарушения роста волос, алопеция.
11. Резистентные к терапии судороги.
12. Костно-суставные аномалии (тугоподвижность суставов, деформация грудной клетки, рахитоподобные изменения).
13. Грыжи (пупочная, пахово-мошоночная).
14. Частые срыгивания (рвота).
15. Дистонии, гиперкинезы.

Даже если у пациента нет ни одного из перечисленных в приказе критериев, но клинические симптомы кажутся необычными, не укладываются в структуру стандартного проявления заболевания, пациента необходимо отправить на консультацию к врачу-генетику.

Клиническая диагностика НБО очень сложна в связи с многообразием и неспецифичностью симптомов, а также редкостью заболеваний этого класса. Большинство НБО относится к орфанным заболеваниям, так как их распространенность составляет менее 10 случаев на 100 тыс. населения.

С целью раннего выявления НБО в мире применяют программы массового и селективного скрининга.

Новая эра в скрининге началась с появлением тандемной масс-спектрометрии (ТМС) – технологии, существенно упрощающей диагностику поддающихся лечению заболеваний на основе анализа метаболитов. Эта технология позволяет в небольшом количестве биоматериала (капля высушенной крови) быстро анализировать сотни различных соединений и выявлять более 35 различных форм НБО.

Для проведения селективного скрининга на НБО направляются дети в возрасте до 18 лет при выявлении одного из основных критериев (симптомов) либо двух и более дополнительных критериев (симптомов).

Показания для консультации врача-генетика

- Необычный внешний вид больного – «гарголоидные» (грубые) черты лица, повышенный порог стигматизации.
- Необычные симптомы – жесткие или ломкие волосы, нарушения роста волос, необъяснимое выпадение волос, гипо- и гиперпигментированные пятна на коже, множественные ангиокератомы.
- Нарушения со стороны опорно-двигательного аппарата – аномалии развития скелета нерахитического происхождения (дизостозы, контрактуры, витамин D-резистентный рахит, частые переломы, нарушение минерализации костной ткани, крианосинозоз).
- Нарушения органа зрения – вывих или подвывих хрусталика, катаракта, помутнение роговицы, нистагм, кольца Кайзера–Флейшера.
- Неврологические нарушения – утрата приобретенных ранее навыков, атаксия, глагодвигательные нарушения, в том числе офтальмопарез, птоз, апраксия зрения.
- Множественные врожденные пороки развития.
- Отягощенный наследственный анамнез.

Мы рассмотрим только часть заболеваний, выявляемых при селективном скрининге, – аминокислотопатии и органические ацидурии. Это группы заболеваний, характеризующиеся накоплением токсических метаболитов в органах и тканях в результате нарушения метаболизма аминокислот и (или) органических кислот. Некоторые заболевания из этих групп в настоящее время очень эффективно лечатся с помощью диетотерапии с применением специализированных продуктов лечебного питания и (или) витаминов и кофакторов.

Фенилкетонурия (ФКУ) и злокачественная гиперфенилаланинемия (ГФА)

Группа заболеваний, связанных с нарушением метаболизма аминокислоты фенилаланина. Все перечисленные заболевания наследуются по аутосомно-рецессивному типу.

В настоящее время одно из самых частых заболеваний из этой группы – классическая ФКУ включена в программу массового скрининга новорожденных. Это заболевание связано с мутациями в гене фенилаланингидроксилазы (PAH). Однако в силу различных причин некоторые случаи ФКУ могут быть пропущены.

Основным методом лечения является диетотерапия. Диета заключается в ограничении фенилаланина в рационе ребенка за счет исключения высокобелковых продуктов. Недостающее количество белка восполняется назначением специализированных продуктов лечебного питания, частично или полностью лишенных фенилаланина. Если лечение не начинают на первых месяцах жизни, с возрастом раз-

**5% НОВОРОЖДЕННЫХ ИМЕЮТ
НАСЛЕДСТВЕННЫЕ ИЛИ
ВРОЖДЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

виваются умственная отсталость и другие неврологические нарушения.

Редкие формы злокачественной ГФА связаны с нарушением обмена кофактора PAH тетрагидриобиптерина. Для лечения этих болезней высокоэффективным является назначение препаратов, содержащих тетрагидриобиптерин. Также следует отметить, что некоторые формы классической ФКУ могут отвечать на лечение тетрагидриобиптерином. В условиях стационара пациентам с ФКУ проводят специальные нагрузочные тесты, чтобы выявить чувствительность к этому препарату.

Как заподозрить:

- задержка психомоторного развития;
- специфический запах тела («мышинный»);
- умственная отсталость;
- судороги, плохо отвечающие на антиэпилептическую терапию;
- экстрапирамидные нарушения;
- повышение уровня фенилаланина в крови по результатам ТМС.

При своевременно установленном диагнозе и начале лечения симптомы заболевания практически полностью купируются.

Тирозинемия, тип I

Наследственное заболевание, связанное с нарушением обмена аминокислоты тирозина. Наследуется по аутосомно-рецессивному типу.

Классическая тирозинемия I типа дебютирует на первом году жизни (часто в первые месяцы) в виде увеличения размеров печени, нарушений ее белково-синтетической функции, в дальнейшем возможно появление гепатокарцином. Другими симптомами являются поражение почек, нервной системы (полиневропатия), в некоторых случаях – костной системы (рахитоподобные изменения). Дети часто наблюдаются с диагнозом «гепатит неясной этиологии», «последствия внутриутробной инфекции». Без лечения развиваются необратимые нарушения функции печени.

**80% НБО МАНИФЕСТИРУЮТ
В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ**

Терапия заключается в назначении низкобелковой диеты и специализированного лечебного питания с ограничением тирозина. Патогенетическая терапия заключается также в назначении препарата, препятствующего синтезу токсических метаболитов, что позволяет практически полностью восстановить функцию печени.

Как заподозрить:

- гепатомегалия или гепатоспленомегалия;
- признаки печеночной недостаточности;
- рахитоподобные изменения скелета;
- высокий уровень альфа-фетопroteина в крови;
- повышение тирозина и сукцинилacетона по результатам ТМС.

При своевременно установленном диагнозе и начале лечения симптомы заболевания практически полностью купируются.

Болезнь с запахом кленового сиропа мочи (лейциноз) Наследственное аутосомно-рецессивное заболевание, связанное с нарушением метаболизма аминокислот лейцина, изолейцина и валина. Заболевание, как правило, дебютирует остро на первом месяце жизни (1–2-я неделя). Основными симптомами являются нарушения вскармливания, угнетение сознания вплоть до комы, судороги. Иногда отмечают необычный сладковатый запах от мочи и тела, напоминающий запах кленового сиропа. Основной метод лечения – диетотерапия с применением специализированных продуктов лечебного питания, исключающая лейцин, изолейцин, валин. Во время метаболического криза пациенту полностью отменяют белок на 24–72 ч, обеспечивая

энергетическую потребность за счет введения глюкозы и специализированного питания.

Как заподозрить:

- острое начало;
- дебют на 5–14-е сутки жизни;
- метаболический ацидоз;
- судороги;
- специфический сладкий запах мочи/тела;
- повышение лейцина (изолейцина) и валина по результатам ТМС.

При своевременно установленном диагнозе и начале лечения возможно предотвратить основные осложнения заболевания.

Гомоцистинурия

Группа наследственных заболеваний, связанных со снижением активности ферментов, участвующих в метаболизме метионина и гомоцистеина. Все формы гомоцистинурии наследуются по аутосомно-рецессивному типу.

Самой частой формой является недостаточность цистатинин-бета-синтазы. Первые симптомы заболевания могут проявиться и на первом году жизни, но чаще дебют заболевания приходится на ранний детский возраст в виде задержки психо-речевого развития, эпилептических приступов, необъяснимых тромбозов. Часто наблюдается поражение органа зрения (подвывих хрусталика), марфаноподобный фенотип. Без лечения заболевание прогрессирует и приводит к умственной отсталости, множественным тромбозам, смерти от ранних инсультов, инфарктов.

В схему лечения некоторых пациентов включаются специализированные продукты лечебного питания – аминокислотные смеси без метионина или специализированные препараты, повышающие уровень последнего. Иногда гомоцистеин снижается на фоне назначения витамина В₆ (В₆-чувствительные формы).

Как заподозрить:

- марфаноподобный фенотип;
- подвывих хрусталика;
- умственная отсталость;
- тромбозы;
- высокий уровень гомоцистеина в крови;
- повышение или резкое снижение метионина по результатам ТМС.

При своевременно установленном диагнозе и начале лечения симптомы заболевания практически полностью купируются.

Метилмалоновая ацидурия (ММА)

Группа наследственных заболеваний с аутосомно-рецессивным типом наследования, связанных с нарушением обмена метилмалоновой кислоты, которая поступает в организм при

употреблении белковой пищи, или нарушениями обмена витамина В₁₂.

Заболевание дебютирует, как правило, на первом году жизни в виде метаболических кризов: на фоне инфекции или даже полного здоровья развиваются сонливость, рвота, кетоацидоз, состояние ребенка резко ухудшается вплоть до летального исхода.

Лечение: необходимо пожизненное назначение специализированной высококалорийной диеты с низким содержанием белка и применением специализированных продуктов лечебного питания с ограничением метионина, валина, треонина и сниженным количеством изолейцина. В некоторых случаях эффективно назначение высоких доз витамина В₁₂ (В₁₂-чувствительные формы).

Как заподозрить:

- острое начало;
- волнообразное течение;
- метаболический ацидоз;
- судороги, плохо отвечающие на антиэпилептическую терапию;
- повышение пропионилкарнитина или метилмалонилкарнитина по результатам ТМС.

При своевременно установленном диагнозе и начале лечения симптомы заболевания практически полностью купируются.

Пропионовая ацидурия

В основе заболевания лежит недостаточность фермента, участвующего в катаболизме белка, что приводит к накоплению пропионовой кислоты.

Заболевание наследуется по аутосомно-рецессивному типу, имеет кризовое течение. Клиническая картина схожа с ММА. Лечение прежде всего направлено на снижение образования пропионатов, предупреждение развития кетоацидоза, токсического поражения головного мозга и внутренних органов. В основе лечения лежит диетотерапия с ограничением поступления с пищей белка, применением специализированных продуктов лечебного питания: ограничение поступления изолейцина, валина, треонина и метионина до минимальной потребности.

Как заподозрить:

- острое начало;
- волнообразное течение;
- метаболический ацидоз;
- дыхательная недостаточность;
- судороги, плохо отвечающие на антиэпилептическую терапию;
- повышение пропионилкарнитина или метилмалонилкарнитина по результатам ТМС.

При своевременно установленном диагнозе и начале лечения симптомы заболевания практически полностью купируются.

30% КОЕЧНОГО ФОНДА ДЕТСКИХ СТАЦИОНАРОВ В РАЗВИТЫХ СТРАНАХ ЗАНИМАЮТ БОЛЬНЫЕ С НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Глутаровая ацидурия тип I

Недостаточность фермента, участвующего в метаболизме лизина, триптофана, поступающих с белковой пищей.

Заболевание дебютирует, как правило, на первом году жизни в виде метаболических кризов. У пациентов развиваются неврологические нарушения: судороги, дистонии. Инфекции и иные катаболические состояния провоцируют метаболические кризы, протекающие с рвотой, судорогами и комой. Лечение заключается в назначении низкобелковой диеты в сочетании с применением специализированных продуктов лечебного питания с ограничением лизина и триптофана. Также важным является назначение препаратов, содержащих карнитин, что позволяет выводить токсичные органические кислоты.

Как заподозрить:

- острое начало;
- волнообразное течение;
- макрокrania;
- экстрапирамидные нарушения (дистония, гиперкинезы);
- судороги, плохо отвечающие на антиэпилептическую терапию;
- субдуральные гематомы;
- гипоплазия (атрофия) височных отделов при МРТ/КТ головного мозга;
- повышение глутарилкарнитина по результатам ТМС.

Недостаточность биотинидазы

Заболевание с аутосомно-рецессивным типом наследования. При недостаточности биотинидазы возникает нарушение работы всех биотинзависимых карбоксилаз, что приводит к накоплению токсических веществ.

Манифестирует заболевание в возрасте от 2 до 5 мес жизни. Наиболее частыми симптомами являются эпилептические приступы, резистентные к терапии противоэпилептическими препаратами, также довольно часто встречаются дерматиты, алопеция (выпадение волос, бровей, ресниц), конъюнктивиты.

Как заподозрить:

- ранние эпилептические приступы, резистентные к терапии;
- метаболический ацидоз;
- лактатацидоз;
- алопеция (выпадение волос, бровей, ресниц);

40% РАННЕЙ ДЕТСКОЙ СМЕРТНОСТИ ОБУСЛОВЛЕНО НАСЛЕДСТВЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ

- дерматиты;
- повышение изовалерилкарнитина по результатам ТМС.

Основным методом патогенетического лечения является назначение высоких доз биотина, что в большинстве случаев позволяет добиться купирования всех симптомов.

Нарушения митохондриального бета-окисления жирных кислот

- Дефицит ацил-КоА-дегидрогеназы жирных кислот со средней длиной цепи (MCAD).
- Дефицит ацил-КоА-дегидрогеназы жирных кислот с короткой цепью (SCAD).
- Дефицит ацил-КоА-дегидрогеназы жирных кислот с очень длинной цепью (VLCAD).
- Дефицит 3-гидроксиацил-КоА-дегидрогеназы жирных кислот с длинной цепью (LCHAD).
- Дефицит карнитин-пальмитоилтрансферазы I (CPTI).
- Дефицит карнитин-пальмитоилтрансферазы II (CPTII)

Заболевания этой группы проявляются в виде острых метаболических кризов, сопровождающихся гипокетотической гипогликемией, нарушением сознания (вплоть до комы), поражением печени (жировой гепатоз), что при отсутствии специализированного лечения может закончиться летальным исходом. Часто первые симптомы появляются на фоне длительного периода голодания, инфекционных заболеваний, оперативных вмешательств или других процессов, требующих активного катаболизма. В большинстве случаев сроки манифестации заболеваний варьируют от 1 до 24 мес жизни. Основными методами лечения являются высокоуглеводная диета с применением специализированных продуктов лечебного питания и ограничение поступления жиров.

Как заподозрить:

- острое начало;
- волнообразное течение;
- гипогликемия (некетотическая);
- лактатацидоз;
- повышение уровня КФК, печеночных ферментов (АлАТ, АсАТ);
- кардиомиопатия;
- миоглобинурия;
- мышечные боли (кramпи);

- изменение спектра ацилкарнитинов по результатам ТМС в зависимости от первичного дефекта.

При своевременно установленном диагнозе и начале лечения симптомы заболевания практически полностью купируются.

Нарушения цикла мочевины

- Недостаточность карбамоилфосфатсинтетазы.
- Недостаточность орнитинтранскарбамиллазы.
- Недостаточность аргининсукцинатсинтетазы (цитруллинемия).
- Недостаточность аргиназы.

Нарушения цикла мочевины возникают в результате нарушения метаболизма азота, который образуется при распаде белка и других азотсодержащих молекул (в большей степени белковых) в организме. Полная недостаточность ферментной активности любого из ферментов цикла мочевины приводит к накоплению токсических веществ (аммония) в крови, что приводит к поражению внутренних органов и нервной системы. Дебютировать заболевания из этой группы могут в любом возрасте, наиболее тяжелые формы дебютируют в первые сутки жизни. Метаболические кризы в виде резкого ухудшения состояния, рвоты, сопора, гипераммониемии развиваются на фоне инфекции или полного здоровья. При более легких формах заболевания симптомы возникают после первого года жизни на фоне увеличения белковой нагрузки (мясные и другие высокобелковые продукты) и могут долгое время проявляться только в виде повышения уровня печеночных ферментов.

Основными методами лечения являются назначение низкобелковой диеты и применение патогенетических препаратов, снижающих уровень аммония в крови.

Как заподозрить:

- острое начало;
- нарушения сознания;
- судороги, плохо отвечающие на антиэпилептическую терапию;
- нарушение ритма дыхания;
- гепатомегалия;
- повышение уровня печеночных ферментов (АлАТ, АсАТ);
- повышение уровня аммония в крови;
- в зависимости от первичного дефекта – изменение концентрации цитрулина, орнитина и аргинина по результатам ТМС.

При своевременно установленном диагнозе и начале лечения симптомы заболевания практически полностью купируются.

ЛИЗОСОМНЫЕ БОЛЕЗНИ НАКОПЛЕНИЯ

Обширный класс наследственных болезней обмена веществ – это лизосомные болезни накопления (ЛБН). Он включает около 50 форм. Сроки манифестации и тяжесть ЛБН могут варьировать в связи с различиями в этиопатогенезе.

РЕЗУЛЬТАТЫ СКРИНИНГА НОВОРОЖДЕННЫХ НА МУКОВИСЦИДОЗ КАНАДСКИЙ ОПЫТ



MAK DY, SYKES J, STEPHENSON AL, LANDS LC.
THE BENEFITS OF NEWBORN SCREENING FOR
CYSTIC FIBROSIS: THE CANADIAN EXPERIENCE.
J CYST FIBROS. 2016;15(3):302–08.
ПУБЛИКУЕТСЯ С СОКРАЩЕНИЯМИ.
ПЕРЕВОД АКСЕНОВА В.А.

Введение

В настоящее время накоплен большой объем научных доказательств, подтверждающих, что программы скрининга новорожденных на муковисцидоз (МВ) оказывают положительное влияние на общую выживаемость, долгосрочное развитие и результаты лечения больных МВ. Программы скрининга новорожденных на МВ широко применяются во многих европейских странах, Австралии, Новой Зеландии и большей части Северной Америки. Обычно программа скрининга состоит из двух этапов. На первом этапе, в первые дни жизни новорожденного, проводится стандартный скрининговый тест по определению уровня иммунореактивного трипсина (ИРТ) в высушенном пятне крови. В случае положительного результата теста на ИРТ проводится генетический анализ на мутации гена *CFTR*, при выявлении которых новорожденные направляются в специализированные клиники МВ для подтверждения диагноза путем дополнительного тестирования крови и пота. При подтверждении диагноза МВ обучение родителей и лечение детей начинаются, как правило, в первые 4–6 нед жизни.

Исследования, подтверждающие положительные эффекты скрининга на МВ, проводились в разных странах. В США, в период между 1988 и 2013 гг., произошли значительные улучшения как статуса питания, так и функции легких у маленьких детей с МВ. Это стало результатом ранней диагностики МВ за счет скрининга в сочетании с лечебными мероприятиями, такими как муколитическая терапия, агрессивное лечение инфекции *Pseudomonas aeruginosa* (*P. aeruginosa*) и интенсивное применение пищевых добавок (ферменты поджелудочной железы, эссенциальные жирные кислоты, витамины и др.) для предотвращения пониженного питания. В Канаде неонатальный скрининг на МВ был впервые введен в провинции Альберта в апреле 2007 г., а затем, в апреле 2008 г., – в провинции Онтарио.

Материалы и методы

Источники данных

Во всех провинциях Канады, за исключением острова Принца Эдуарда и трех территорий, действуют 42 аккредитованные

клиники МВ. Все они получают ежегодные поощрительные гранты от национальной благотворительной корпорации муковисцидоза (Cystic Fibrosis Canada) для поддержания и улучшения своей клинической деятельности. Размеры грантов определяются на основании данных пациентов, передаваемых в канадский регистр больных МВ (CCFR). CCFR существует с начала 1970-х гг. и в настоящее время располагает более чем 110 000 ежегодными отчетами, содержащими данные более чем 7100 пациентов с МВ, которые наблюдались в канадских центрах (клиниках) МВ. Все лица, включенные в CCFR, предоставили информированное согласие на сбор и использование их данных в исследовательских целях. Данное исследование было одобрено Советом по этике исследований при Детской больнице Монреалья и контрольным комитетом CCFR. Исследование было проведено на основании данных пациентов из CCFR, собранных в период с 1 января 2008 г. по 31 декабря 2013 г. В течение этого периода времени CCFR регистрировал данные только пациентов с подтвержденным диагнозом МВ на основе текущих рекомендаций. Антропометрические показатели, такие как рост и вес, регистрировались в первый в году визит ежегодно, тогда как другие данные, такие как результаты микробиологических исследований, показатели функции поджелудочной железы, генотип, количество госпитализаций, продолжительность пребывания в стационаре и другая информация, связанная с осложнениями МВ, отражались по мере поступления в течение календарного года. Функция легких обычно надежно измеряется в возрасте 6 лет и старше; поэтому эти показатели не были включены в оценку результатов лечения.

Пациенты

Исследование включало две группы пациентов, которые находились под наблюдением с 2008 по 2013 гг. Первая группа (группа скрининга) состояла из новорожденных, у которых МВ был выявлен в ходе скрининга. Группа контроля включала детей, у которых МВ был диагностирован в ходе обычной клинической практики. Пациенты наблюдались в

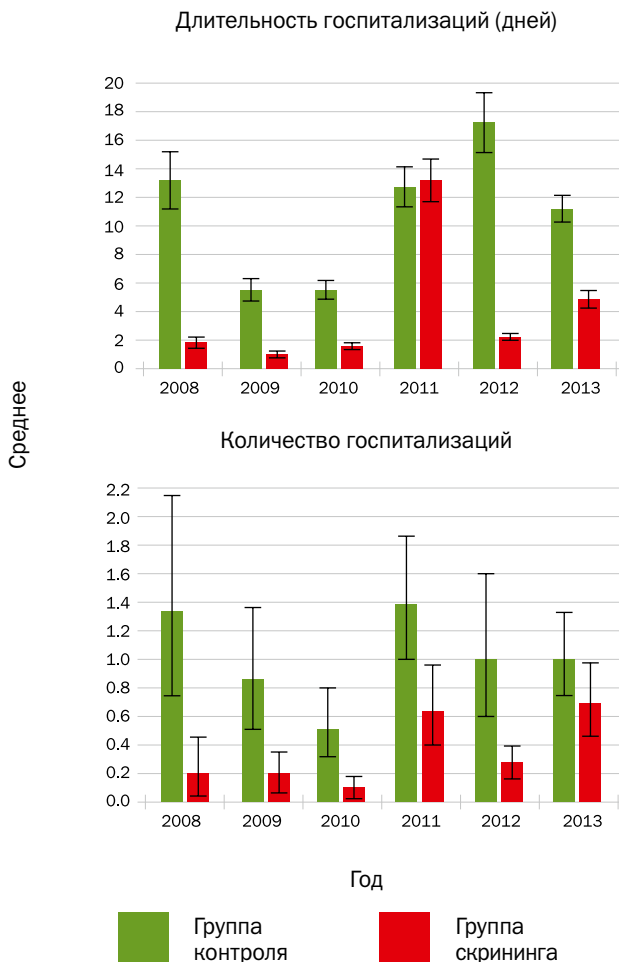


Рис. 1. Среднее количество дней пребывания в стационаре (верхняя диаграмма) и среднее число госпитализаций (нижняя диаграмма) с 2008 г. по 2013 г. в группах скрининга и контроля с 95% доверительными интервалами.

течение максимум 6 лет, чтобы отразить дату начала программы скрининга в провинциях Альберта и Орегон. При формировании контрольной группы исключались дети, у которых МВ был выявлен пренатально в связи с мекониальным илеусом или наличием МВ у брата или сестры. Что касается микробиологических исследований, то, как только у участника выявлялись положительные результаты посева мокроты на микрофлору, они были классифицированы как положительные для всех последующих лет анализа. Субъекты, у которых мокрота на микрофлору не исследовалась, исключались. По результатам генетического анализа пациенты были распределены на три генотипа: гомозиготные по мутациям F508del, гетерозиготные по мутациям F508del и другие. Основными изучаемыми исходами в этом исследовании были показатели статуса питания, в частности

соответствие возрасту веса, роста и индекса массы тела (ИМТ). Вторичными изучаемыми исходами были заболеваемость инфекциями *P. aeruginosa* и *S. aureus*; число госпитализаций и продолжительность пребывания в стационаре.

Результаты

Всего в исследование были включены 303 пациента, из которых 201 ребенок был включен в группу скрининга и 102 – в группу контроля (т.е. не проходивших скрининг). Во всей когорте исследования не было случаев смерти и никому из детей не потребовалась трансплантация легких.

Между группой скрининга и группой контроля не было статистически значимых различий в возрасте участников ($p=0,10$) и половой принадлежности ($p=0,12$). У детей в группе скрининга МВ был выявлен раньше ($p<0,001$), и их первое посещение клиники МВ регистрировалось в более раннем возрасте ($p<0,001$). У троих детей в группе скрининга диагноз МВ был установлен в возрасте более 1 года, поскольку их первые результаты скрининга были положительными, но классифицировались как категории В и С (т.е. обнаружены высокие уровни ИРТ, но при этом не выявлено ни одной или только одна мутация гена *CFTR*). Положительные потовые тесты были получены при последующем дополнительном обследовании, что привело к задержке диагностики. У пациентов, не подвергавшихся скринингу, более часто развивалась недостаточность экзокринной функции поджелудочной железы ($p<0,001$), и они посещали меньшее число клиник ($p<0,001$). При первичной диагностике участники группы скрининга были более высокого роста и имели более здоровый вес, в большей степени соответствовавшие возрастным нормам роста и ИМТ по сравнению с контрольной группой ($p<0,001$). Также у них отмечалась лучшая динамика возрастного увеличения роста и массы тела ($p<0,001$). У детей в группе скрининга было меньшее число госпитализаций в связи нарушениями дыхательной функции при меньшей длительности пребывания в стационаре ($p<0,001$) (рис. 1). У участников группы контроля значительно чаще, чем в группе скрининга, развивалась инфекция *P. aeruginosa* ($p<0,001$). Признаки инфекции *P. aeruginosa* были выявлены менее чем у 30% детей в группе скрининга по сравнению с более чем 60% в контрольной группе ($p<0,001$). В то же время различия в распространенности инфекции *S. aureus* в группе контроля и скрининга были не столь значительными (77,5% против 63,2% соответственно, $p=0,013$).

В течение 6-летнего периода наблюдения участники группы скрининга показали более высокие темпы увеличения массы тела и роста, а также тенденцию к меньшему количеству госпитализаций и снижению уровня инфицирования *P. aeruginosa*. Мы также обнаружили, что местоположение клиники, генотип и статус по инфекции *S. aureus* не влияли на изучаемые клинические исходы.

Обсуждение

Результаты нашего исследования показывают, что скрининг на МВ привел к лучшему статусу питания, меньшей распространенности инфекций *P. aeruginosa* и *S. aureus* и меньшему числу госпитализаций у пациентов с МВ. Согласно нашим результатам, дети, у которых диагноз МВ устанавливается после появления симптомов заболевания, находятся в менее благоприятном положении в сравнении с теми, у кого МВ диагностируется в ходе скрининга. Большая распространенность дефицита роста и массы тела и большее число госпитализаций при отсутствии скрининга, вероятно, будут иметь долгосрочные последствия с точки зрения большей потребности в медицинской помощи и более ранней необходимости в трансплантации легких. Инфекции органов дыхания требуют агрессивного лечения, поскольку они могут вызвать необратимые изменения в легких. Наши результаты выявили более высокую распространенность инфекции *P. aeruginosa* среди лиц, не подвергающихся скринингу на МВ. Это говорит о том, что доклиническая диагностика и раннее начало лечения могут играть решающую роль в долгосрочной перспективе для поддержания здоровья больных МВ. Хотя инфекция *S. aureus* довольно широко распространена у больных с МВ, в Канаде ее обычно не лечат до появления симптомов, поэтому ее распространенность может быть высокой даже в охваченной скринингом популяции.

Применяемые с недавнего времени терапевтические подходы привели к повышению ожидаемой продолжительности жизни у пациентов с МВ. У детей раннего возраста с МВ значительно улучшились показатели функций внешнего дыхания и статуса питания, два важнейших клинических фактора, связанных с лучшей выживаемостью. Таким образом, пациенты, у которых МВ выявляется в более поздние сроки, в конечном итоге теряют возможность раннего вмешательства для предотвращения повреждения легких и улучшения прогноза. Это важно, поскольку новые методы лечения, направленные на исправление фундаментального генетического дефекта у больных МВ, демонстрируя замечательные результаты в улучшении показателей здоровья, не могут отменить ранее существовавшее повреждение легких. Таким образом, пациенты с МВ, диагностированным после появления симптомов, не могут получить оптимальную пользу от таких методов лечения.

Ранее было опубликовано несколько проспективных и ретроспективных исследований, оценивающих потенциальные преимущества скрининга новорожденных на МВ. Однако они в основном проводились до широкого распространения современных методов лечения МВ, таких как муколитическая терапия (рекомбинантная человеческая ДНКаза, гипертонический солевой раствор), агрессивное лечение инфекции *P. aeruginosa* (ингаляционные

аминогликозиды и другие антибактериальные препараты) и интенсивная питательная поддержка.

Можно утверждать, что такие вмешательства могут оказывать положительное воздействие и при более поздней диагностике МВ и, таким образом, уменьшить преимущества скрининга новорожденных. В настоящем исследовании дети с МВ, входившие как в группу скрининга, так и в группу контроля, имели одинаковый доступ к муколитической терапии и эрадикации инфекции *P. aeruginosa*. Несмотря на это, скрининг на МВ оказал значительное положительное влияние, уменьшив число госпитализаций, снизив распространенность патогенных бактерий и улучшив статус питания. Другими словами, современные методы лечения МВ не устраняют отрицательных последствий отсутствия скрининга на МВ.

Следует подчеркнуть, что программы скрининга на МВ начали действовать в некоторых провинциях Канады 6 лет назад, поэтому в наше исследование вошло относительно мало детей старше 5 лет. Это ограничивает возможность оценки долгосрочного влияния программы скрининга МВ. В опубликованных ранее исследованиях было показано, что пациенты, не прошедшие скрининг, к 6 годам жизни наверстывали отставание в массе тела, но не в росте.

Другим возможным ограничением нашего исследования является то, что экзокринная недостаточность поджелудочной железы определяется клинически лечащим врачом и вводится в базу данных CCFR в формате «да/нет». Мы признаем, что это могло привести к переоценке числа пациентов с экзокринной недостаточностью поджелудочной железы.

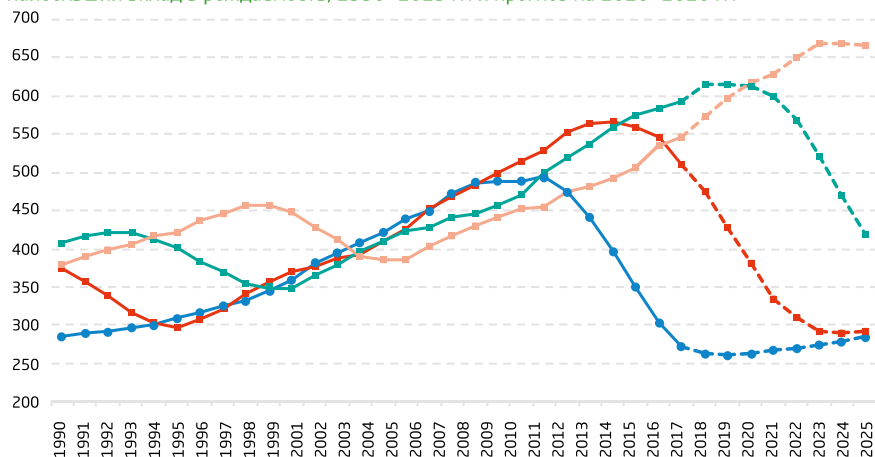
Сильные стороны нашего исследования включают в себя продольный характер набора данных и тот факт, что данные CCFR охватывают, по существу, всю популяцию канадских пациентов с МВ, которые имеют равный доступ к современной медицинской помощи. Такое использование данных регистра в настоящее время считается очень ценным для планирования в здравоохранении. Хотя мы включили в исследование важные клинические показатели, у нас не было доступа к информации об анамнезе и оказании медицинской помощи участникам исследования до диагностики МВ, что ограничивает возможности более полного анализа.

В заключение, пациенты с МВ, выявленным в Канаде в ходе скрининга, демонстрируют лучший статус питания, меньшее число госпитализаций и меньшую распространенность инфекции *P. aeruginosa* в течение 5 лет после постановки диагноза по сравнению с пациентами, у которых МВ диагностирован после появления симптомов. Учитывая, что все дети имели равный доступ к современным методам лечения МВ, можно сделать вывод о том, что оптимальная медицинская помощь не может компенсировать отсутствие скрининга на МВ.

МЛАДЕНЧЕСКАЯ И ДЕТСКАЯ СМЕРТНОСТЬ В МОСКВЕ ПРОДОЛЖАЕТ СНИЖАТЬСЯ

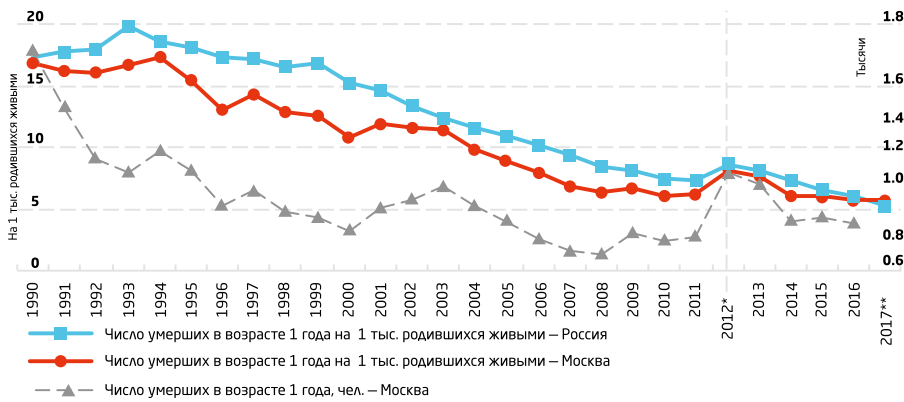
В 2011 г. смертность детей в возрасте 0–4 лет составляла 183,2 на 100 тысяч человек соответствующего возраста, в 2016 г. она упала до 145,7. Схожее снижение наблюдается и по всем другим возрастам – с 77,2 до 71,2 в возрасте 0–14 лет и с 72,1 до 67,1 в возрасте 0–17 лет. Число умерших детей в возрасте до года в 1990 г. равнялось 16,8 на 1 тыс. родившихся живыми, в 2017 г. этот показатель упал до 5,8. По нему столица России опережает многие страны Европы. Отметим, что в США в 2016 году число умерших детей в возрасте до года также составляло 5,8 на 1 тыс. родившихся живыми.

Численность женщин по возрастным группам, обеспечивающих наибольший вклад в рождаемость, 1990–2015 гг. и прогноз на 2016–2020 гг.



Источник: Росстат

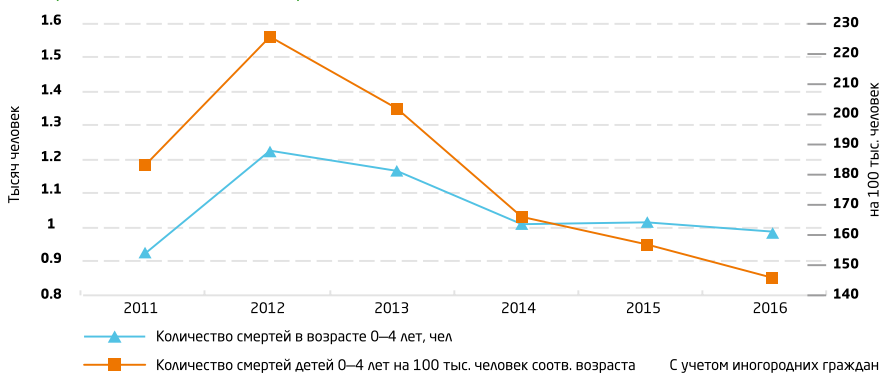
Число умерших детей до 1 года на 1000 родившихся живыми за год (промилле, значение показателя за год)



* Переход на новые критерии живорождения
 ** Оперативные данные за январь-сентябрь

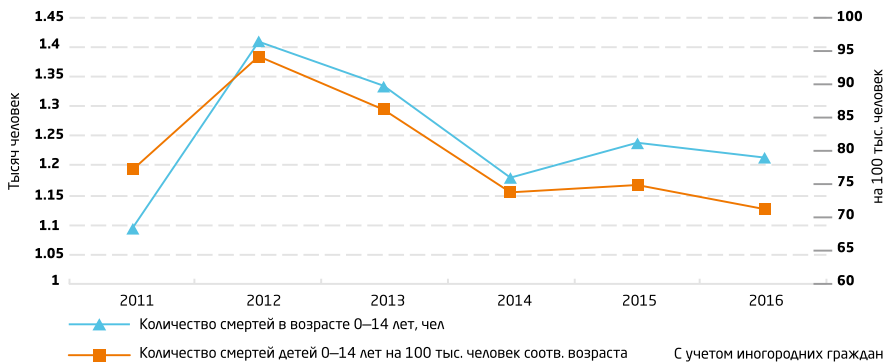
С учетом иногородних граждан

Смертность детей 0–4 лет в городе Москве в 2011–2016 гг.



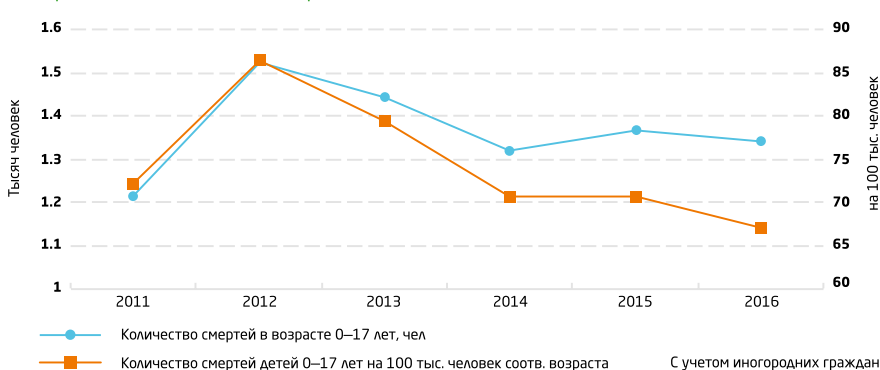
С учетом иногородних граждан

Смертность детей 0–14 лет в городе Москве в 2011–2016 гг.



С учетом иногородних граждан

Смертность детей 0–17 лет в городе Москве в 2011–2016 гг.



С учетом иногородних граждан

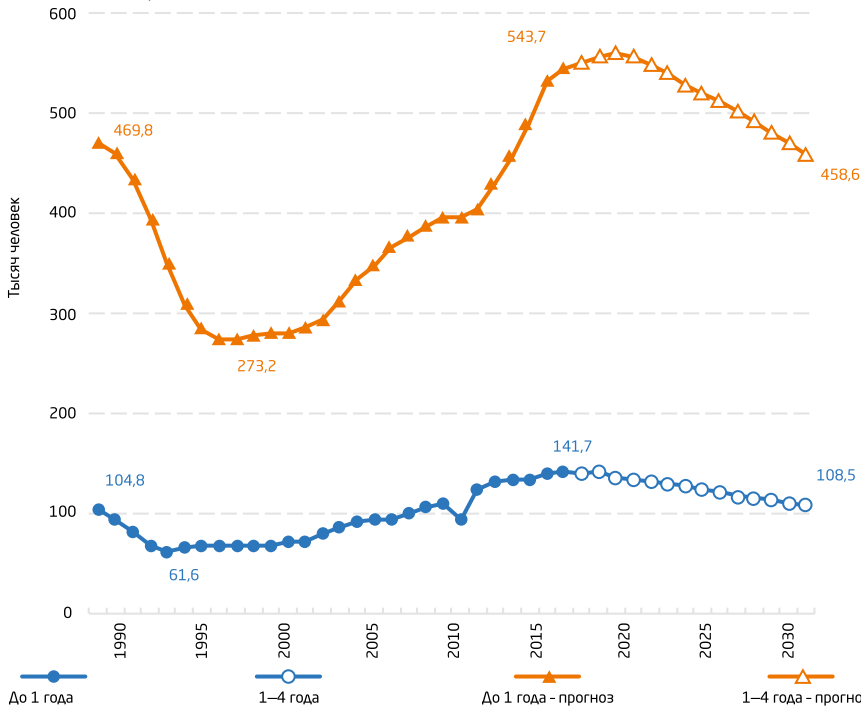


МНЕНИЕ

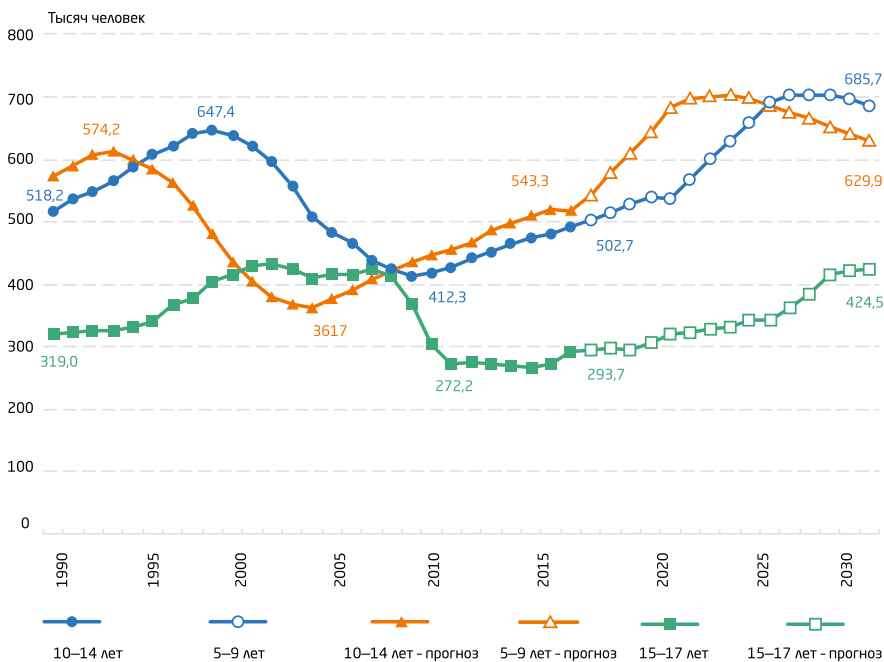
Сергей Собянин,
 мэр Москвы, на открытии
 XVI Ассамблеи «Здоровье
 Москвы»:

«Сегодня, по оценкам специалистов, в московских клиниках внедряются и используются самые передовые технологии, они не уступают ведущим мировым практикам. Скорая помощь спасает тысячи жизней, наши ведущие клиники и врачи оказывают уникальную медпомощь людям, горожане стали жить дольше – 77 лет. Это уровень европейских городов, таких как Париж, Лондон. Назову еще одну цифру – на 20% снизилась смертность работоспособных москвичей. Бессмертия в ближайшие десятилетия мы, конечно, не достигнем, но серьезные, как некоторые высказались, – тектонические сдвиги в столичном здравоохранении уже произошли».

Численность детей в возрасте до 1 года и 1–4 года на начало 1990–2017 гг. и прогноз на 2018–2031 гг., Москва



Численность детей в возрасте 5–17 лет на начало 1990–2017 гг. и прогноз на 2018–2031 гг., Москва



МНЕНИЕ

Сергей Тимонин,

руководитель отдела демографии НИИОЗММ ДЗМ, кандидат географических наук, доцент кафедры демографии НИУ «Высшая школа экономики»:

«Специфика Москвы как мегаполиса с большим количеством трудовых мигрантов диктует соответствующие задачи при проведении демографических исследований. В частности, по ряду показателей (например, по младенческой смертности) «вклад» мигрантов составляет до 40–50%. В этой связи разработка методик анализа демографических показателей, позволяющих дифференцировать заболеваемость и смертность среди мигрантов и среди москвичей, является одним из приоритетных направлений научной работы нашего НИИ».

Источник: по данным Аналитического отдела демографии НИИОЗММ Департамента здравоохранения города Москвы

МОСКОВСКИЙ ВРАЧ

Столичный проект
по непрерывному повышению
уровня квалификации врачей



Проверьте свои знания, пройдя
пробное тестирование на сайте

niioz.ru



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА

www.niioz.ru

МЫ БЕРЕМ НА СЕБЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ!

АРТЕМ БУЛЛИХ:

«ЗА НЕПОЛНЫЙ 2017 ГОД НАМИ ПРОВЕДЕНО 7 МИЛЛИОНОВ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ»

Клинико-диагностическая лаборатория (КДЛ) Морозовской ДГКБ располагает уникальным для Москвы оборудованием и специалистами. Впрочем, это относится и к самой больнице - в ней более 40 центров и отделений. Заведующий КДЛ Артем Буллик рассказал о том, как сейчас работает лаборатория, какие у нее планы на будущее, какие исследования она будет проводить в 2018 году.



БИОГРАФИЯ

Артем Владимирович Буллик,

Заведующий КДЛ Морозовской ДГКБ

Закончил Военно-медицинскую академию им. С.М. Кирова,

Затем работал врачом в 442-м Окружном военно-клиническом госпитале им. З.П. Соловьева,

Работал врачом-патологоанатомом в Измайловской детской городской клинической больнице

Оснащена по последнему слову техники

Среди направлений, которыми занимается Морозовская детская городская клиническая больница (МДГКБ), – болезнь Виллебранда, патологии системы гемостаза, гастроэнтерология, гинекология, урология, андрология, ревматология, орфанные и другие генетические заболевания детей и подростков, онкология и онкогематология, вскоре откроется кардиохирургическое отделение, отделение трансплантации костного мозга, нефрологическое отделение.

Чтобы обслужить все эти направления, закрыть потребности отделений и центров, которые входят в МДГКБ, нужно иметь свою сильную клинико-диагностическую лабораторию. Условно КДЛ делится на «центральную» и круглосуточную экспресс-службу. Экспресс-служба, в отличие от лабораторий многих стационаров, проводит расширенный спектр исследований. Помимо аппаратных исследований: КЩС, общий анализ крови, мочи, ликвора, короткий «реанимационный» биохимический анализ крови, это расширенная биохимия для пациентов, получающих химиотерапию, круглосуточный лекарственный мониторинг для отделения неврологии, онкогематологии и общей онкологии, расширенное исследование системы гемостаза, поскольку для пациентов центра патологии гемостаза и центра болезни Виллебранда нужен круглосуточный мониторинг некоторых показателей.

Центральная лаборатория выполняет широкий спектр биохимических исследований крови и мочи, гормонального фона и инфекционной картины. В общеклиническом отделе, помимо рутинных общих анализов крови, мочи, кала и ликвора, производят исследование костного мозга, что совместно с цитохимическими исследованиями и проточной цитометрией позволяет проводить диагностику онкологических заболеваний системы кроветворения в соответствии с мировыми стандартами.

**Центральная лаборатория
выполняет широкий спектр
исследований крови**

Группа микробиологических исследований оснащена по последнему слову техники. Имеются автоматические анализаторы для определения чувствительности к антимикотической и антибактериальной терапии при лечении инфекционных процессов; масс-спектрометр, наличие которого в лаборатории значительно сокращает время идентификации патогенного микроорганизма и, соответственно, – до выдачи результата исследования клиницисту. В нашей КДЛ микробиологическое исследование в классическом варианте выполняется за три рабочих дня, в отличие от стандартного срока в 7, а то и в 10 дней. Лаборатория МДГКБ имеет статус централизованной лаборатории*. Таких лабораторий всего 10 в Москве. По этому направлению мы полностью обслуживаем несколько поликлиник и женских консультаций.

Работа для всей Москвы

У нас трудится д.м.н. Наталья Полонская, которая стояла у истоков организации цитологической службы России. Представьте только, она родилась в 1934 г., но до сих пор является одним из лучших специалистов, ее знания незаменимы при дифференциальной диагностике для пациентов стационара и при проведении профилактических осмотров женского населения города Москвы. В составе КДЛ имеется группа неонатального скрининга, которая проводит исследования на орфанные генетические заболевания всем новорожденным Москвы, вне зависимости от того, относится ли родовспомогательное учреждение к Департаменту здравоохранения столицы, Минздраву России или это частный центр. В будущем году планируется расширить спектр исследуемых показателей – вместо 5 показателей будем делать 11. В течение полутора лет эти 11 показателей определяются в пилотном проекте Департамента здравоохранения по селективному скринингу. Суть его заключается в том, что если врач – специалист амбулаторного или стационарного звена (чаще всего реанимации) не может отнести имеющееся состояние к тому или иному



заболеванию, он может отправить кровь для исследования на спектр ацилкарнитинов и аминокислот, лизосомные заболевания. За период существования данной программы нами было выявлено 33 таких пациента, многим из них это спасло жизнь. В ближайшее время в МДГКБ будет организована полноценная генетическая лаборатория, это будет первая генетическая лаборатория в системе Департамента здравоохранения Москвы. На сегодняшний день все генетические лаборатории на территории Москвы либо входят в состав федеральных учреждений, либо принадлежат частным клиникам. Данное положение дел значительно осложняет проведение подтверждающей диагностики пациентам с генетическими заболеваниями. С целью улучшения качества оказываемой медицинской помощи, по инициативе главного педиатра ДЗМ и главврача Морозовской детской больницы Игоря Колтунова, Департаментом здравоохранения Москвы принято решение создать свою генетическую лабораторию в системе московского здравоохранения. Эта работа проводится уже сейчас, мы начали выполнять исследование кариотипа человека в рамках ОМС для пациентов не только нашего стационара, но и амбулаторного звена ДЗМ. Раньше эта проблема представлялась нерешаемой, и врачи-генетики были вынуждены направлять пациентов для выполнения данного исследования куда угодно, только не в учреждения ДЗМ. Также мы проводим лекарственный мониторинг для неврологических пациентов поликлиник и диспансеров, все это, конечно, по направлениям врачей-специалистов и вне зависимости от возраста пациента.

* В соответствии с приказом ДЗМ от 21.04.2017 №305 «О мерах по дальнейшему совершенствованию деятельности клиничко-диагностических лабораторий медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы.



Работа в экспресс-лаборатории не прекращается 24 часа в сутки, 7 дней в неделю

В этом году начнем проводить исследования материала FISH-методом, что необходимо для подтверждающей и дифференциальной диагностики онкологических заболеваний. Уже есть подготовленные врачи, установлено оборудование. Вопрос только в расходных материалах, которые поступят в самое ближайшее время.

Замкнутый лабораторный цикл

В ближайших планах – организация полноценной химикотоксикологической лаборатории, что позволит расширить диагностику (и сократить время ее проведения) критических состояний пациентов реанимаций; выполнение на нашей базе анализов на ВИЧ, гепатиты, сифилис – «любимые» госпитальные инфекции, без анализа на которые хирурги, эндоскописты и другие специалисты «неуютно» себя чувствуют при проведении манипуляций и операций. В настоящее время мы вынуждены делать данные исследования на базе специализированной централизованной лаборатории, что значительно удлиняет сроки получения результата. Раньше у МДГКБ не было большой потребности в анализах по этим заболеваниям. Если бы анализаторы для их выполнения были закуплены три года назад, то простаивали бы, и себестоимость этих исследований была бы выше, чем в других лабораториях. Сейчас, в связи с увеличением количества обследуемых пациентов, смысл в их приобретении появился. В следующем году КДЛ получит полностью замкнутый лабораторный цикл в одном учреждении: от банального анализа крови до сложнейшего генетического исследования. Мы все будем делать сами, не беспокоя никакие другие медицинские организации.

Как может заработать лаборатория стационара?

Вообще, себестоимость клинических исследований – очень важная составляющая лечебного процесса. Шесть

лет назад КДЛ проводила 500 тысяч исследований в год. Сейчас, за неполный 2017 год, их проведено 7 млн, за 2016 год – 3,9 млн, а их спектр значительно расширился. За счет того, что объемы увеличились, себестоимость каждого исследования уменьшилась. Парк оборудования поменялся и усилился. Если раньше у нас был один большой биохимический анализатор, то сейчас их четыре. Кроме того, в КДЛ стоит широкий спектр ИФА-анализаторов. После капитального ремонта в центральной лаборатории появятся просторные залы,

в которых можно будет поставить «линейки». Они позволят минимизировать количество персонала и вероятность ошибок, связанных с человеческим фактором. В нашей лаборатории отлажены системы внутрिलाбораторного и внешнего контроля качества лабораторных исследований, мы готовы к стандартизации по ISO 9001.

Анализы для поликлиник и сторонних заказчиков мы начали выполнять только в этом году, после того, как достигли уровня, когда у нас есть и соответствующая материальная часть, и сотрудники, и возможность.

Плюс в том, что за лабораторные исследования, которые мы выполняем для поликлиник и женских консультаций, мы получаем плату от страховых компаний напрямую. Раньше можно было только примерно посчитать, сколько вносит лаборатория в общий счет, выставаемый страховой компании за лечение пациента, это было обычно 10–15% суммы. Сейчас же можно точно сказать, что лаборатория заработала в прошлом месяце энное количество рублей, из которых больше половины ушло на расходные материалы, амортизацию оборудования, электричество, воду и т.д., а остальное позволило увеличить заработную плату персоналу лаборатории.

С момента прихода Игоря Ефимовича на должность главного врача стационар начал свое бурное активное развитие, начали меняться профили поступающих на лечение пациентов, усложнялись требования к лабораторной диагностике, нужно было поддерживать и соблюдать план по организации работы Морозовской больницы в целом. Если бы клиническая часть МДГКБ ушла вперед, а лабораторная осталась на месте, то ничего бы хорошего из этого не получилось. Я рад, что обе части лечебно-диагностического процесса идут рука об руку.

СОЦИАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ СТАТИСТИКА ЭФФЕКТИВНОСТЬ
СКОРАЯ ПОМОЩЬ РЕФОРМИРОВАНИЕ СЕМИНАРЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ
МЕДСЕСТРА ТЕОРИЯ ПОДГОТОВКА ПРЕДМЕТ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ
ОЦЕНКА КВАЛИФИКАЦИЯ НАУЧНАЯ КОНКУРЕНЦИЯ ПОМОЩЬ
МОСКОВСКИЙ СТАНДАРТ ПОЛИКЛИНИК НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ РЕШЕНИЕ
ТОМОГРАФИЯ МОСКОВСКИЙ СТАНДАРТ ВРАЧА МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОСТЬ МОСКОВСКИЙ СТАНДАРТ ВРАЧА
ПАЦИЕНТЫ BIG DATA МОДЕЛИРОВАНИЕ МОДЕРНИЗАЦИЯ МОСКОВСКАЯ МЕДИЦИНА УСЛУГИ
КОНЦЕНТРАЦИЯ РЕСУРСОВ МЕДИКАМЕНТЫ МЕТОДОЛОГИЯ ПРОФИЛАКТИКА
КОМПЕТЕНЦИИ КОНФЕРЕНЦИИ КОММУНИКАЦИИ КРИТЕРИИ ПРОГРАММА
СТРУКТУРА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ РАСЧЕТ КЛАССИФИКАЦИЯ ПРИКЛАДНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ
СИМПОЗИУМ ИННОВАЦИОННОЕ РАЗВИТИЕ МЕДСЕСТРА ПОЛИКЛИНИКА
ОБОСНОВАННЫЙ ВЫБОР ДОКУМЕНТАЦИЯ КОНТРОЛЬ МЕГАПОЛИС СИСТЕМА ЗНАНИЙ
РЕЗУЛЬТАТ ГЛОБАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ КАЧЕСТВО НОВЫЕ ЗНАНИЯ
РЕСУРСЫ ОЦЕНКА НАУКА ЛЕЧЕНИЕ ВЕБИНАРЫ ВРАЧ ИНТЕГРАЦИЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
ТЕХНОЛОГИИ ПАЦИЕНТЫ ГАСТРОСКОПИЯ БИОМЕДИЦИНА ОБОСНОВАНИЕ
ПОЗНАНИЕ МИРА ЗНАНИЯ АНАЛИЗ ДИАЛОГ МЕТОД ПРОГНОЗИРОВАНИЕ
ЛЕКАРСТВА РЕШЕНИЕ МАРШРУТЫ АМБУЛАТОРИЯ ИЗУЧЕНИЕ ПОИСК МЫШЛЕНИЕ ЗОЖ
СИСТЕМНОСТЬ ЗАДАЧИ АЛГОРИТМ ЗАБОЛЕВАНИЯ РАЗВИТИЕ ПАЦИЕНТЫ
УСЛУГИ КОНСУЛЬТАЦИИ АНКЕТИРОВАНИЕ МЕРОПРИЯТИЯ РАЗВИТИЕ ПАЦИЕНТЫ
КАЧЕСТВО ЭКОНОМИКА ОБРАЗОВАНИЕ ГЛОБАЛИЗАЦИЯ БОЛЬНИЦА КАДРЫ ПАЛЛИАТИВ ПРАКТИКА ФОНДЫ
ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ ИНФОРМАТИЗАЦИЯ БЮДЖЕТ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИКАЗЫ НОВОСТИ
ДОСТУПНОСТЬ ОТКРЫТИЕ МНЕНИЯ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ГЛАВНЫЙ ВРАЧ МОДЕЛЬ ТРУДОВАЯ ФУНКЦИЯ
СТАЖИРОВКИ ПАРТНЕРСТВО ИННОВАЦИИ ГОРОДСКАЯ СРЕДА СИСТЕМА
ТРЕНИНГИ ПРОЦЕСС ОПЫТ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ МОСКОВСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ПАРТНЕРСТВО
СОТРУДНИЧЕСТВО МЕТОДИКИ ИНТЕЛЛЕКТ ИННОВАЦИОННЫЙ ПРОЦЕСС ПСИХИАТРИЯ КОНГРЕССЫ
ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ КВАЛИФИКАЦИЯ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ЭКСПЕРТЫ
СТАЦИОНАР КЛЕТОЧНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ОПРОС КОММЕНТАРИИ КОНСАЛТИНГ
ЭКСПЕРТИЗА НАДЕЖНОСТЬ МЕДТЕХНИКА РЕФОРМЫ МЕДИЦИНСКАЯ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОСТЬ
РИСК ОПТИМИЗАЦИЯ МИРОВОЙ УРОВЕНЬ ОПИСАНИЕ НАУЧНОЙ ПЛАТФОРМА
РЕКОМЕНДАЦИИ МОТИВАЦИЯ ПРОЕКТ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ
РЕФОРМЫ ПСИХИАТРИЯ НАУЧНОЕ ПОЗНАНИЕ ЦИФРЫ НАУЧНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ
НОВОСТИ ОБУЧЕНИЕ ОБОБЩЕНИЕ ЗНАНИЙ ПАТЕНТЫ НАУЧНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ
СТАНДАРТЫ ПРОГРЕСС ПРОЕКТЫ ПРИОРИТЕТНОЕ РАЗВИТИЕ
СИСТЕМА КООРДИНАТ ПСИХИАТРИЯ ТВОРЧЕСКИЙ ПОИСК РЕФОРМЫ
ПРЕПАРАТЫ ЭКСПЕРИМЕНТ УПРАВЛЕНИЕ СОЦИАЛЬНЫЕ НАУЧНЫЕ
ЭМПИРИЧЕСКОЕ ОПИСАНИЕ



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА
www.nioz.ru

+7 (495) 951-20-54
niozmm@zdrav.mos.ru
115184, Москва,
Большая Татарская, 30
www.nioz.ru

ФИЛАТОВСКОЙ ДЕТСКОЙ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЕ – 175 ЛЕТ

АВТОР ОЛЕГ ПЕТРОВСКИЙ

ПЕРВАЯ В МОСКВЕ ДЕТСКАЯ КЛИНИКА ОТКРЫЛАСЬ 6 ДЕКАБРЯ 1842 ГОДА

До начала XIX века медицинская помощь детям отдельно от взрослых в стационарных условиях не оказывалась. Лишь в 1802 г. в Париже по приказу Наполеона был прорыт канал Сен-Мартен, чтобы обеспечить парижан чистой водой, и открылась первая детская больница, которая на долгие годы стала центром подготовки педиатрических кадров для всей Европы. В столице России, Санкт-Петербурге, по распоряжению Николая I детская больница открылась в декабре 1834 г., через 32 года после парижской. Она стала второй в мире, а третьей стала детская клиника в Москве, принявшая первых пациентов 6 декабря 1842 г. К слову сказать, первая детская больница в Лондоне была открыта десятью годами позже.

ПЕРВЫЕ ДЕТСКИЕ БОЛЬНИЦЫ В МИРЕ

1802 г. Париж, Рю де Севр
1834 г. Санкт-Петербург, Никольская пл.
1842 г. Москва, Малая Бронная ул.

Первые годы

После того, как начала работать первая детская клиника в доме Оливье в Санкт-Петербурге, московские врачи начали настойчиво ходатайствовать об открытии такой же и в Первопрестольной. Генерал-губернатор Москвы светлейший князь Дмитрий Владимирович Голицын разрешил провести сбор денег на ее обустройство. Деньги вскоре были собраны, под детскую больницу приобрели на Малой Бронной усадьбу Анны Николаевны Неклюдовой.

Главный архитектор Московского воспитательного дома Михаил Доримедонтович Быковский перестроил здание так, что в нем свободно разместились 100 кроватей для больных детей (в открывшейся в 1852 г. детской клинике в Лондоне на Грейт-Ормонд-стрит было всего 10 стационарных мест). В главном корпусе на третьем этаже оборудовали церковь святой Татианы, в память о супруге Дмитрия Владимировича Голицына Татьяне

Васильевне. После утверждения штата и устава детская клиника была открыта 6 декабря 1842 г.

Больница быстро стала популярной. Горожане, привозившие сюда своих детей на лечение, называли ее просто Бронная. В 1845 г. ее причислили к учреждениям императрицы Марии, и она стала относиться к Московскому воспитательному дому. С 1846 г. здесь начали проходить практическое обучение студенты-медики Московского университета.

Главными докторами (их тогда так называли) детской больницы в разные годы становились выдающиеся представители медицинской науки, внесшие большой вклад в ее развитие. Они, помимо глубоких клинических знаний, обладали собственным видением организации и развития российской педиатрии: Андрей Станиславович Кроненберг (с 1842 по 1862 гг.), Леонид Григорьевич Высотский (с 1862 по 1870 гг.), Николай Алексеевич Тольский (с 1870 по 1874 гг.), Егор Арсеньевич Покровский (с 1874 по



Заведующий отделением кардиохирургии и интенсивной терапии Филатовской больницы Владимир Ильин в операционной

1894 гг.), Николай Викентьевич Яблоков (с 1897 по 1904 гг.), Дмитрий Егорович Горохов (с 1904 по 1921 гг.).

Именно доктор Кроненберг обратился к светлейшему князю Голицыну с просьбой об устройстве в Москве больницы по типу петербургской. Доктор Тольский, профессор кафедры акушерства, женских и детских болезней Московского университета, наладил сотрудничество обеих медицинских организаций. Он основал Московскую школу педиатров, с 1861 г. начал преподавание педиатрии в Московском университете, опыт работы в «Бронной» предоставил ему возможность организовать в 1888 г. самостоятельную кафедру детских болезней.

Доктор Покровский сочетал работу в больнице с активной деятельностью в Обществе русских врачей в Московской комиссии Императорского общества естествознания, археологии и этнографии, организатора и редактора фундаментального психолого-педагогического журнала «Вестник воспитания». Все время, которое у него оставалось от руководства больницей и от частной практики, Покровский посвящал вопросам основанного на физиологических и гигиенических началах воспитания детей в школе и дома. В 1888 г. Егор Покровский организовал отдел физического воспитания и детской гигиены Юбилейной выставки Общества трудолюбия в Москве. Этот отдел на Всемирной выставке в Париже в 1889 г. получил высокую оценку, а ее организатор был удостоен ордена Почетного легиона.

Лев Толстой внимательно следил за работами Покровского. Его книгу «Физическое воспитание детей у разных народов, преимущественно России» называл «превосходной книгой для народа». По совету Льва Николаевича в 1890 г. ее издали в переработанном автором для народного чтения варианте под названием «Об уходе за малыми детьми».

Именно при Егоре Покровском начинает работать ординатором детской больницы будущий «друг детей» Нил

Федорович Филатов (1847–1902). Учился Нил Федорович у таких корифеев русской терапии, как Г.А. Захарьин и Н.А. Тольский.

Переезд на Садовую

В 1883 г. случился большой пожар. Пострадала часть зданий, и больницу закрыли. Продолжала работать только поликлиника, но и сюда сплошным потоком шли люди с больными детьми. В 1885 г. князь Александр Алексеевич Щербатов просит городские власти принять в дар для устройства больницы владение на Садовой-Кудринской улице. Чтобы разместить больницу на Кудринской и сохранить прекрасный парк, рядом с помещьем Щербатова купили за 60 тысяч рублей еще и помещье дворянки Ольги Николаевны Коншиной.

12 ноября 1887 г. больница приняла пациентов на новой территории, где располагается и в настоящее время. Рассчитана она была также на 100 кроватей, но оборудована в соответствии с самыми современными на то время требованиями (канализация, электроснабжение, механическая прачечная, прозекторская, морг). Были построены амбулатория, трехэтажный корпус с просторными палатами, церковь – все это по проекту известного архитектора Александра Степановича Каминского (1829–1897). В 1898 г. усадьбы Коншиной и Щербатовых объединили в одно владение. Больницу стали называть Софийской в честь княгини Софьи Щербатовой.

В XX в. политические катаклизмы не раз превращали детский стационар в военный госпиталь. В 1905 г. здесь разместили 29 раненых по соседству на революционной Пресне. К тому же от обстрелов солдат пострадали и больничные здания: амбулатория, главный корпус, дом главного доктора. Но детей продолжали лечить, несмотря ни на что.

От Софийской к Филатовской

С установлением Советской власти характер деятельности Софийской больницы не изменился. В 1922 г. ей присвоено имя первого русского педиатра, профессора Нила Федоровича Филатова. Среди населения столицы и далеко за ее пределами больницу стали называть Филатовской. В конце 1920-х гг. в стране на фоне некоторого улучшения социально-экономического состояния наиболее острой проблемой здравоохранения оказалась очень высокая младенческая смертность, ведь 270 из 1000 рожденных тогда умирали. Оказание медицинской помощи детям

**Филатовская детская городская
больница 1925-1940 годы**

проводилось врачами общей практики. И поэтому встал вопрос об организации специального медицинского факультета по подготовке детских врачей. В 1930 г. впервые в мировой практике был создан факультет охраны материнства, младенчества и детства во Втором московском медицинском институте, послуживший основой нынешнего педиатрического факультета. Набор студентов на первый курс факультета был произведен 1 октября 1930 г. В отделениях Филатовской больницы начали работать сотрудники кафедры педиатрии и детской хирургии нового факультета. И уже в 1931 г., в связи с созданием новых специализированных кафедр, больница становится клинической базой педиатрического факультета 2-го Московского Государственного Медицинского Института (в н. вр. – ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России). ДГКБ им. Н.Ф. Филатова и РНИМУ им. Н.И. Пирогова сотрудничают и сейчас. Их взаимодействие становится настоящей практической и научной школой педиатрии и детской хирургии, за весь период своего существования подготовившей большое число специалистов. Имена многих студентов и сотрудников



больницы и кафедр становятся известными не только в Москве, но и в стране и за рубежом.

Старейшая и современная

Сегодня Филатовская больница представляет собой современное клиническое объединение, включающее в себя территориальное амбулаторное подразделение – поликлинику, детский травмпункт, амбулаторную консультативно-диагностическую службу с полным комплексом диагностического



ОТ 30-Х ГОДОВ ПРОШЛОГО ВЕКА ДО НАШИХ ДНЕЙ

1931 г. – в больнице начало работать оториноларингологическое отделение.

1941 г. – на территории больницы разместили эвакогоспиталь №5006, где пролечено 11,5 тысяч раненых, проведено более 5 тысяч операций.

1943 г. – в связи с уходом линии фронта от Москвы, продолжая оказывать медицинскую помощь раненым бойцам Красной Армии, больница возобновляет прием больных детей. Постепенно Филатовская больница полностью возвращается на оказание медицинской помощи только детям по всем специализированным направлениям педиатрии.

1946 г. – в связи с возобновлением работы педиатрического факультета 2 ММИ вновь начинает свою работу на базе больницы кафедра детской хирургии под руководством профессора Сергея Дмитриевича Терновского.

1951 г. – оториноларингологическое отделение Филатовской больницы стало базой для кафедры оториноларингологии факультета педиатрии 2 МОЛГМИ имени Н.И. Пирогова.

1961 г. – по инициативе главного врача больницы Леонида Андреевича Ворохобова открыт первый в Москве детский травмпункт.

1962 г. – открыто первое в стране специализированное отделение патологии новорожденных.

1964 г. – начало работу единственное в стране детское токсикологическое отделение.

1974 г. – открыто первое в Москве детское отделение ангиографии и рентгенохирургии.

1976 г. – открыто отделение «Искусственная почка» для лечения больных детей с острой и хронической почечной недостаточностью.

1977 г. – совместными усилиями больницы и кафедры госпитальной

педиатрии 2 МОЛГМИ им. Н.И. Пирогова, возглавляемой академиком В.А. Таболинным, организовано отделение нефрологии.

1978 г. – открыто первое в стране детское отделение гипербарической оксигенации.

1980 г. – открыто первое в Москве и второе в стране отделение реанимации для новорожденных детей.

1981 г. – создана первая в СССР детская микрохирургическая служба при академической группе академика РАМН, профессора Ю.Ф. Исакова. В 1987 г. научная группа организационно оформилась как отделение микрохирургии, реконструктивной и пластической хирургии детской больницы им. Филатова.

1984 г. – открыт первый в Москве детский хирургический стационар дневного пребывания.

1985 г. – по инициативе кафедры начал свою работу хирургический стационар одного дня при больнице им. Филатова, положивший начало развитию стационарзамещающих принципов организации хирургической помощи детям.

1989 г. – в отделении отоларингологии начинает работать кафедра детской оториноларингологии РМАПО.

1993 г. – запущен первый в больнице рентгеновский КТ-томограф.

2007 г. – открыто первое отделение детской кардиохирургии в медицинской организации Департамента здравоохранения города Москвы.

2011–2012 гг. – проведено комплексное переоснащение тяжелой медицинской техники в рамках программы «Модернизация здравоохранения».

2012 г. – внедрено использование методики экстракорпоральной мембранной оксигенации (ЭКМО) в детской реаниматологии и хирургии.

оборудования, предусматривающего возможность всестороннего обследования и консультирования детей высококвалифицированными специалистами по всем профилям педиатрии и детской хирургии.

Многопрофильный стационар представлен отделениями, среди которых некоторые являются уникальными, – отделение детской кардиохирургии, ангиографии и рентгенохирургии, хирургии новорожденных, токсикологии, пластической и реконструктивной микрохирургии.

Хирургический блок стационара является крупнейшим в городе Москве, оказывая помощь по большинству видов хирургических специальностей. Необходимо отметить, что многолетнее сотрудничество с кафедрой детской хирургии РНИМУ им. Н.И. Пирогова (зав. кафедрой – д.м.н., профессор, главный внештатный детский хирург ДЗМ Алексей Юрьевич Разумовский) определило лидирующие позиции специализированной и высокотехнологической хирургической помощи, выполняемой в ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова не только в Москве, но и в Российской Федерации. Большинство операций проводится с использованием малоинвазивных, в том числе эндоскопических технологий. Ряд операций в области торакальной хирургии, хирургии новорожденных и других выполняется только в Филатовской больнице.

Терапевтическая служба больницы в сотрудничестве с кафедрами госпитальной педиатрии и неонатологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова на протяжении многих лет проводит специализированные исследования и лечение детей с соматической патологией всех возрастов. Сотрудники отделения реанимации новорожденных, патологии новорожденных оказывают помощь на высоком профессиональном уровне, с применением всех современных методов выхаживания медицинскую помощь детям с проблемами, возникшими в периоде беременности и родов, незрелостью, критический малой массой тела. В наши дни на базе больницы работают кафедры госпитальной педиатрии, детской хирургии, неонатологии, патологической анатомии РНИМУ им. Н.И. Пирогова, кафедра лучевой диагностики и отоларингологии ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России. Врачи из всех регионов России повышают свою квалификацию на факультете усовершенствования на базе Филатовской больницы.

Больница, созданная выдающимися представителями столичной общественности, врачами и благотворителями XIX в., и сегодня остается верной положениям первого ее устава: «подавать помощь детям с заболеваниями, свойственными их возрасту». На протяжении всех лет своей истории больница была и остается современным, высококвалифицированным сообществом врачей и медсестер, профессоров и молодых ученых, оказывающих помощь пациентам и определяющих будущее в развитии больницы, отечественной педиатрии и детской хирургии, на благо детей и общества в целом.



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА



СЕРГЕЙ БУДАРИН

НАЧАЛЬНИК ОТДЕЛА МЕТОДОЛОГИИ ПРОВЕДЕНИЯ
АУДИТА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ:

“ Система контроля должна быть комплексной и охватывать все аспекты деятельности медицинской организации, способствовать своевременному принятию управленческих решений.

Осуществляет комплексные научные исследования в области создания стандартов качества управления ресурсами в системе здравоохранения и в деятельности медицинских организаций

- Разработка научных и методических подходов к проведению аудитов эффективности деятельности медицинских организаций
- Оценка уровня и доступности качества медицинской помощи, рациональности использования материальных и административных ресурсов
- Создание внутренних систем управления качеством и ресурсами на уровне медицинской организации и ее отдельных подразделений

www.nioz.ru

+7 (495) 951-20-54

niozmm@zdrav.mos.ru

115184, Москва, Большая Татарская, 30

АНТОНИНА ЧУБАРОВА: «МЫ ОДНИ ИЗ ПЕРВЫХ В РОССИИ НАЧАЛИ РАБОТУ ПО ПРОВЕДЕНИЮ ПРОЦЕДУРЫ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ МЕМБРАННОЙ ОКСИГЕНАЦИИ У ДЕТЕЙ»

ЗАПИСАЛ ПЕТР САПОЖНИКОВ

Главный внештатный специалист неонатолог Департамента здравоохранения города Москвы, главный врач ГБУЗ «Детская городская клиническая больница №13 им. Н.Ф. Филатова ДЗМ», д.м.н. Антонина Чубарова – об уникальных методах лечения пациентов и виртуозной работе специалистов Филатовской больницы.

– В отделении торакальной хирургии вашей больницы выполняются уникальные операции, такие как пластика трахеи и пищевода. Как часто их приходится проводить? Делают ли их в других больницах Москвы?

– Хирургия трахеи является новым перспективным направлением в детской хирургии. Долгое время проведение операций для детей с пороками развития трахеи, врожденными и приобретенными стенозами трахеи было невозможно, поскольку трахея – эта та анатомическая структура, через которую осуществляется проведение интубационной трубки и подача газовой смеси для дыхания. Иными словами, доступ к трахее возможен только при осуществлении оксигенации тканей не с помощью аппаратов искусственного дыхания, а иных устройств. Наша клиника одной из первых в России начала работу по проведению процедуры экстракорпоральной мембранной оксигенации у детей. На тот момент в Европе было всего около 10 центров, куда направляли детей для проведения этой процедуры в случае невозможности поддержания дыхания и с 80-процентным риском летального исхода при пороках развития легких и приобретенных заболеваниях. По сути, это был последний шанс для крайне тяжелых детей.

Наша реанимационная служба под руководством к.м.н. Ивана Афукова с успехом внедрила эту методику в нашей

клинике, что позволило сделать следующий шаг – использовать данную методику не только как реанимационную, но и как органозамещающую технологию при оперативном вмешательстве. Выполнение процедуры экстракорпоральной мембранной оксигенации для проведения слайд-пластики трахеи является нашим приоритетом. За это достижение группа хирургов и анестезиологов-реаниматологов под руководством члена-корреспондента РАН проф. Александра Разумовского получила премию Первого телеканала «Призвание» в 2014 г., премию Правительства города Москвы в области медицины в 2017 г. и премию «Технология года» Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины в 2017 г. Нигде в России таких вмешательств больше не выполняется, на сегодня выполнено уже 26 операций. Мировая литература описывает лишь единичные случаи в отдельных центрах. Если раньше все дети с такими проблемами погибали, то теперь уже 24 прооперированных нами ребенка выписаны домой и чувствуют себя хорошо.

В этом году впервые в мире эта же группа врачей успешно провела операцию по пластике бронха.

Что же касается операций на пищеводе, то в нашей больнице их ежегодно проводится более тысячи. Самых сложных пластик пищевода – одна-две еженедельно. Еще отделение торакальной хирургии есть в больнице им. Св. Владимира.

**В ЭТОМ ГОДУ ВПЕРВЫЕ
В МИРЕ НАША ГРУППА
ВРАЧЕЙ УСПЕШНО ПРОВЕЛА
ОПЕРАЦИЮ ПО ПЛАСТИКЕ
БРОНХА**





БИОГРАФИЯ

Антонина Игоревна Чубарова, главный внештатный специалист неонатолог, главный врач ГБУЗ «Детская городская клиническая больница №13 им. Н.Ф. Филатова», д.м.н., врач высшей категории, профессор кафедры госпитальной педиатрии им. академика В.А. Таболина Российского национального медицинского университета им. Н.И. Пирогова

В 1991 г. с отличием закончила МОЛГМИ им. Н.И. Пирогова по специальности «педиатрия». С 1991 по 1993 гг. проходила обучение в клинической ординатуре, а с 1993 по 1997 – в аспирантуре на кафедре детских болезней №2 РГМУ. В 1997 г. защитила диссертацию на соискание степени к.м.н. по теме «Морфофункциональные особенности тонкой кишки у детей грудного возраста с перинатальным поражением ЦНС» под рук. академика Вячеслава Таболина и профессора Юлии Мухиной. С 1997 по 2000 гг. работала врачом 3 педиатрического отделения (для детей грудного возраста с патологией сердечно-сосудистой системы) ГКБ №67 и, по совместительству, ассистентом кафедры детских болезней №2 РГМУ. В 2000–2007 гг. – доцент кафедры детских болезней №2 РГМУ. Совмещала работу на кафедре с лечебной работой в качестве врача-кардиолога поликлинического отделения, затем – врача-педиатра по оказанию экстренной помощи ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова. В 2007 г. защитила диссертацию на соискание степени доктора медицинских наук по теме «Клинико-патогенетическое обоснование нутритивной поддержки детей с перинатальной патологией». С 2007 г. – профессор кафедры госпитальной педиатрии педиатрического факультета РНИМУ, заместитель главного врача по медицинской части ДГКБ им. З.А. Башляевой. В декабре 2014 г. назначена главным внештатным специалистом неонатологом Департамента здравоохранения города Москвы. С января 2015 г. – главный врач ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова. Автор 142 работ, в том числе 35 монографий и глав в руководствах, 9 учебников и методических пособий.

- Расскажите о других уникальных операциях и методах лечения, на которых специализируется только Филатовская больница.

– У нас накоплен огромный опыт по лечению внепеченочной портальной гипертензии у детей, это сложнейшие операции, которые требуют предварительного ангиографического обследования. Практически каждый ребенок имеет особое расположение сосудов, на которых производится вмешательство с наложением анастомозов.

Методики эндоваскулярной окклюзии сосудов у детей с аномалиями развития вен и артерий – это группа эксклюзивных вмешательств, проводимых в очень небольшом количестве клиник. Эти операции выполняются в ангиографической операционной хирургами рентгенохирургической операционной и сосудистыми хирургами, требуют ювелирной техники, но легко переносятся детьми. В результате дети, которые имели тяжелый болевой синдром из-за, например, артериовенозных шунтов, аневризм или косметические дефекты на лице, полностью выздоравливают. Совершенно уникален опыт выявления и последующего закрытия необлитерированного аранциевого протока у детей. Особенность этой патологии в том, что ее клиническими проявлениями являются нарушения психомоторного развития. Детей безуспешно лечат неврологи, а на самом деле проблема в отсутствии потока крови от кишечника через печень, то есть, в выключении ее детоксицирующей функции. Закрытие аранциевого протока позволяет не только исключить прогрессирование печеночной энцефалопатии, но и восстановить ряд навыков. На сегодня мы – третьи в мире по числу накопленных случаев.

Новыми являются и вмешательства при стенозах сосудов брыжейки. Дети могут поступать с разнообразной клинической картиной – от «острого живота» до «функциональных нарушений», а причина недомогания заключается в сужении просвета сосудов, снабжающих кишечник. Сегодня благодаря современному ангиографическому оборудованию, наличию эндоваскулярных устройств и виртуозной технике хирургов возможно восстановление нормального просвета сосудов. Интересны уникальные операции по коррекции воронкообразной деформации грудной клетки у подростков. С помощью специально разработанной пластины, размещаемой в сложной анатомической области – между перикардом и грудиной, исправляется деформация и обеспечиваются условия для полноценного дыхания и сердечной деятельности. На эту пластину выдан патент нашим специалистам. После завершения формирования скелета пластина удаляется.

Нельзя не упомянуть о деятельности единственного городского детского отделения кардиохирургии. В отличие от кардиохирургии у взрослых, анатомия пороков сердца у детей настолько разнообразна, что, по сути, каждый случай является уникальным. Наша клиника имеет богатейший опыт лечения пороков, требующих экстренного вмешательства, в том числе одноэтапной радикальной коррекции. Наши результаты по исходам сравнимы, а по показателям сложности опережают лучшие мировые клиники. Уникальна и сама система работы с детьми с пороками сердца. Созданы специальные амбулаторные структуры на третьем уровне оказания медицинской помощи, работающие в тесной связи с отделением кардиохирургии. Это кабинет пренатальной диагностики,

куда направляются беременные женщины с подозрением на порок сердца у плода, и кардиохирургический консультативный кабинет, где дети с пороками сердца обследуются силами высококвалифицированных кардиологов с опытом работы в кардиохирургии и специалистов ультразвуковой диагностики, что позволяет лучше подготовить детей к операции и восстановить здоровье после нее.

- Одна из специализаций Филатовской больницы - хирургия новорожденных и недоношенных детей. Можно ли говорить об увеличении количества врожденных патологий за последние годы?

С чем это связано?

– Нет, по нашим статистическим данным, доля врожденных пороков среди родившихся детей не увеличивается. Другое дело, что число выживших детей с тяжелыми пороками увеличивается. Например, сегодня, благодаря современной технике эндоскопической хирургии, современным протезирующим материалам, новым методикам замещения жизненно важных функций дети, например с диафрагмальными грыжами, которые, как правило, сопровождаются выраженной гипоплазией легких, стали выживать в два раза чаще.

- Как главный внештатный специалист неонатолог Москвы вы курируете ведение новорожденных в московских роддомах с первых мгновений их жизни. Насколько эффективна работа врачей-неонатологов в столице?

– Неонатальная служба города представляет собой сплоченное сообщество. Информация о новых методах, обмен опытом, разбор ошибок проходят непрерывно. Нам удастся добиваться снижения летальности, увеличения выживаемости детей, родившихся преждевременно, и детей с перинатальной патологией, но нет предела совершенству, впереди еще много задач.


- В чем специфика московской службы помощи новорожденным? Какие есть специализированные отделения?

– Особенность заключается в том, что трехуровневая система помощи беременным и новорожденным малоактуальна для такого мегаполиса, как Москва. Об учреждениях первого уровня, которые есть в регионах с низкой плотностью населения, в столице мы даже не говорим. Большинство наших родовспомогательных учреждений принимают 5–10 тысяч родов в год, за исключением двух инфекционных стационаров. Такое количество родов сравнимо с объемами работы любого областного перинатального центра. По уровню оснащения родовспомогательные учреждения Москвы не отличаются от перинатальных центров, за исключением того, что выездные акушерские и неонатальные транспортные бригады в городе Москве относятся к станции скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова Департамента здравоохранения города Москвы.

У нас в больнице функционирует мощное отделение хирургии новорожденных, где лечатся дети с патологиями и брюшной полости, и грудной

полости, и мочеполовой системы. Отделение работает в тесной связи с отделением реанимации для хирургических больных, где 15 коек выделено для новорожденных с хирургической патологией. Также в городе развернуты специализированные неврологические койки для новорожденных, в том числе у нас, офтальмологические койки в ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ», инфекционные койки в ГБУЗ «ДИКБ №6 ДЗМ», создан центр для новорожденных с инфекционными заболеваниями и единственным в городе отделением реанимации и интенсивной терапии для новорожденных, оснащенный мельцеровскими боксами.

- Как в последние годы меняются показатели выживаемости и заболеваемости, младенческой, материнской и детской смертности?



**МЛАДЕНЧЕСКАЯ
СМЕРТНОСТЬ СНИЗИЛАСЬ ДО
5,68% В 2016 ГОДУ,
НАДЕЕМСЯ СОХРАНИТЬ
ДАННУЮ ТЕНДЕНЦИЮ**

– Младенческая смертность снизилась с 7,4% в 2013 г. до 5,68% в 2016 г., надеемся сохранить данную тенденцию. Уровни материнской и детской смертности относятся к компетенции главных внештатных специалистов акушера-гинеколога и педиатра соответственно.

– Насколько в Москве сильна проблема грудного вскармливания? Почему так мало специалистов по грудному вскармливанию, несмотря на то, что существует курс повышения квалификации на эту тему? Есть ли какие-то центры, в которых мамы могли бы получить рекомендации? Насколько полно они укомплектованы?

– Практика поддержания грудного вскармливания является неотъемлемой частью компетенций любого неонатолога и педиатра. Мне не кажется, что это должно быть отдельной специализацией. Тем не менее, дополнительные знания в этой области нужны. Не мотивированный на поддержку грудного вскармливания врач не сможет замотивировать женщину. Специализированных центров для этой цели не создавалось, об укомплектованности штатов говорить не приходится. Но у нас в городе есть учреждения, в частности, родильный дом №4 (филиал 1) ГБУЗ «ГКБ №64 ДЗМ», несколько лет назад получивший статус «роддома, доброжелательного к ребенку». Этот статус дается международной экспертной группой только тем учреждениям, где выполняются все 10 ступеней по поддержке грудного вскармливания, рекомендованные ВОЗ. При ряде Центров восстановительного лечения до 3 лет, созданных по программе модернизации здравоохранения при крупных стационарах, ведется работа по консультированию родителей по правильному вскармливанию. Для широкой аудитории Союзом педиатров создан фильм по поддержке грудного вскармливания. Ежегодно, практически на каждом неонатальном и педиатрическом форумах, в частности в рамках съездов и конгрессов специалистов перинатальной медицины, в рамках курсов непрерывного


образования, освещаются эти вопросы. Совместно с ассоциацией специалистов перинатальной медицины проводится ежегодный Всероссийский научно-философский диспут и телемост с регионами «Неупущенные возможности», посвященный проблемам недоношенных детей, где тема правильного вскармливания является одной из главных.

– Создается ли московская программа поддержки грудного вскармливания, какой она должна быть?

– На мой взгляд, она должна включать популяризацию грудного вскармливания средствами массовой информации, в первую очередь, в интернет-пространстве, образовательные мероприятия для родителей, тренинги для врачей по неонатальной нутрициологии. Надо рассмотреть и материальное поощрение семей, соблюдающих рекомендации по грудному вскармливанию, и врачей, в первую очередь участковых, на участке у которых, по данным независимых опросов, наибольшая доля кормящих матерей.

– Еще одна команда врачей Филатовской больницы получила премию Правительства города Москвы в области медицины в 2017 году – за лечение врожденной косолапости. Расскажите об этой работе.

– Метод Понсети используется достаточно давно. Особенностью созданной в нашей больнице системы является подключение пренатальной диагностики у женщин на сроке 16–17 нед. Это позволяет направлять к нам детей на лечение сразу после выписки из родильного дома и начинать лечение. В результате к 2–3 мес самые сложные этапы лечения уже завершены, после этого ребенку требуется ношение специальных ортезов (ботинок), которые к 6 мес жизни требуются только на время сна. Таким образом, в период жизни ребенка, когда развиваются основные двигательные навыки, ортопедическое лечение никак не затрудняет процесс, тогда как у наших зарубежных коллег первый год – это еще период активного лечения.



НА СЕГОДНЯШНИЙ ДЕНЬ МЫ ОГРАНИЧЕНЫ ТОЛЬКО ПЛОЩАДАМИ СТАЦИОНАРНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ, А НЕ КАДРАМИ

- Хирургический стационар кратковременного пребывания Филатовской больницы - это пилотный проект. Хотя первые операции в режиме стационара одного дня начали проводиться в ней еще в советские времена. В чем особенности такой методики, насколько она эффективна (в том числе, для страховщиков) и как ваш опыт будет распространяться на другие больницы?

– Амбулаторная хирургия в нашей больнице существует уже более 15 лет. Мы всегда говорили, что при грамотном подходе многие вмешательства, даже выполняемые под общей анестезией, не требуют круглосуточного пребывания ребенка в стационаре. Все эти годы оперативное лечение целого ряда заболеваний, таких, например, как паховая грыжа, удаление образований кожи, выполнялось в рамках работы стационара дневного пребывания. Мы наработали большой опыт, система помощи в один день однозначно себя оправдывает с точки зрения экономии средств Фонда обязательного медицинского страхования. С точки зрения родителей пациентов, она очень востребована, удобна, логична. Нашей особенностью является то, что анестезиологическое сопровождение осуществляют опытнейшие анестезиологи, которые обладают опытом анестезий в центральном операционном блоке, мы просто устанавливаем скользящий график и этим поддерживаем высокую безопасность для пациентов, в отличие от стационаров дневного пребывания при поликлиниках. По сравнению со стационаром дневного пребывания новый проект, стационар кратковременного пребывания, еще больше увеличивает комфортность маршрутизации пациентов – они выделяются в отдельный поток. У нас создано отдельное подразделение с операционным блоком, палатами, консультативными кабинетами, зоной комфортного пребывания. После выписки в установленные сроки пациента обязательно амбулаторно консультирует специалист центра для оценки эффекта лечения. С финансовой точки зрения, если раньше за день пребывания пациента мы, проведя лечение полностью, получали оплату только за койко-день (около 800 рублей), то теперь мы получаем оплату за законченный случай (несколько тысяч рублей в зависимости от диагноза). К сожалению, региональные фонды пока в этом проекте не участвуют, это исключительно проект Московского фонда обязательного медицинского страхования совместно с Департаментом здравоохранения города Москвы, то есть такую помощь получают только клиенты московских страховых компаний.

- Существует ли нехватка специалистов, в том числе среднего медперсонала? Как вы решаете проблему?

– Наша больница – не только лечебное учреждение. За свою 175-летнюю историю она всегда была университетской базой, что является основой для совместной научной работы и совместной подготовки кадров. На базе нашей клиники работает 10 кафедр, преимущественно РНИМУ им. Н.И. Пирогова и РМАПО. Ведутся занятия студентов, ординаторов, кружков студенческого научного общества, курсантов последипломного образования. Мы сами готовим кадры – привлекаем наиболее активных студентов, даем им возможность получить знания сверх программы, выбираем будущих сотрудников среди активных ординаторов, при необходимости направляем на дополнительную специализацию.

- Филатовская больница принимает по ОМС не только жителей Москвы, но и приезжающих в столицу детей из других регионов. Хватает ли специалистов Филатовской больницы на такую напряженную работу? Может быть, необходимо оптимизировать отделения, добавить оборудование и персонал?

– Действительно, около трети обратившихся – иногородние. Среди них очень велика потребность в консультации конкретных врачей, хотя система помощи по ОМС этого и не предполагает. Потенциал для расширения, конечно, есть. На сегодняшний день мы ограничены только площадями стационарных подразделений, а не кадрами.

- Расскажите о концепции оказания ранней помощи. Вы говорили, что каждый регион будет строить эту концепцию по-своему, в том числе Москва. В чем вы видите московские отличия? Связаны ли они с тем, что Москва - крупнейший мегаполис России?

– Пока формат реализации концепции в Москве только формируется. Координирующая функция поручена Департаменту труда и социальной защиты. Важно, что впервые рассматривается комплексная медико-психолого-педагогическая и социальная помощь. В каждом регионе есть свои особенности. В частности, объемы оказания помощи в Москве могут быть сравнимы с целыми европейскими странами.

АЛЕКСАНДР РАЗУМОВСКИЙ:

ЗАПИСАЛ ПЕТР САПОЖНИКОВ

**«МЫ ОБЛАДАЕМ БОГАТЕЙШИМ МАТЕРИАЛОМ,
КОТОРЫМ АКТИВНО ДЕЛИМСЯ С ОСТАЛЬНЫМИ»**

Главный внештатный детский специалист хирург Департамента здравоохранения города Москвы, профессор, член-корреспондент РАН, руководитель кафедры детской хирургии РНИМУ им. Н.И. Пирогова, заведующий отделением торакальной хирургии и хирургической гастроэнтерологии ДГКБ №13 им. Н.Ф.Филатова рассказал о том, почему опыт - одна из важнейших составляющих хирургии, почему для сложных операций лучше подходят большие клиники и сколько операций можно увидеть за месяц стажировки в Филатовской больнице.



Александр Разумовский,
Главный внештатный детский специалист хирург Департамента здравоохранения города Москвы

Без опыта в хирургии невозможно, особенно если речь идет о сложных операциях. Они всегда индивидуальны, каждая не похожа на другую. Шанс стать хирургом, который может делать такие операции, есть только в случае, если будущий хирург работает в мегаполисе в клинике, у которой есть история и громадная, очень хорошая репутация. Поток больных большой и постоянный, и даже за небольшой отрезок времени хирург может сделать очень много сложных операций. Но если он живет в небольшом городе, даже за очень большой промежуток времени такая возможность ему представится всего один или два раза.

И даже если он будет гениальным человеком, все равно для того, чтобы стать таким хирургом, ему нужен опыт. Но опять же, при определенных обстоятельствах, если у него есть желание оперировать, определенный склад ума, руки определенным образом созданы, то он может достичь таких результатов, которых не смогут достичь другие хирурги. Почему ради лечения люди переезжают из одного города в другой и даже с одного континента на другой? Потому что таких хирургов и хирургических бригад немного. В детской хирургии – это очень частая ситуация.

Например, операции на трахее, которые проводят в нашем отделении. Началу этих операций предшествовало накопление гигантского опыта. Эти операции появились здесь не просто потому, что мы так решили, просто мы вышли на такой уровень, что можем их выполнять. Сложилось несколько факторов, и возник нужный результат. Если приказать какому-то учреждению, где этих

факторов нет, начать проводить такие операции, то ничего из этой инициативы не получится.

Вот, например, оборудование для экстракорпоральной мембранной оксигенации (ЭКМО). Оно стало нам необходимо только в тот момент, когда мы поднялись на определенный уровень профессионализма, накопили соответствующий опыт. ЭКМО понадобилась для того, чтобы лечить новорожденных с диафрагмальной грыжей. Это врожденный дефект, отверстие в диафрагме, через которое кишечник попадает в грудную полость и прижимает легкие. Летальность таких новорожденных очень высока, и они нуждаются в срочной хирургической коррекции этого порока. ЭКМО позволяет стабилизировать состояние ребенка, заменив ему легкие. Но новорожденных очень сложно удержать на ЭКМО, хотя для взрослых это практически рутинная процедура. Мы этим успешно овладели.

И вот следующий уровень – больные с пороками развития трахеи. Раньше все они умирали. И мы, уже умея оперировать диафрагмальную грыжу с применением ЭКМО, решили, что сможем сделать и пластику трахеи при выключенных легких. Тут как бы сложился пазл из существующих обстоятельств. Кардиохирург знает, как делать операцию с ЭКМО, но не может оперировать на трахее. Торакальный хирург может это сделать, но не знает, как подсоединить к новорожденному ЭКМО. Нам пришлось овладеть некоторыми приемами, взятыми из кардиохирургии, и процесс стал быстро продвигаться вперед.

Вообще, эту сложную операцию изобрел выдающийся, с моей точки зрения, британский хирург. Он пошел на большой продуманный риск и оказался прав: можно укоротить трахею в два раза, и она будет нормально функционировать. Но эти операции – большая редкость во всем мире. И есть очень небольшое число клиник, которые, как и мы, их проводят.

Помимо трахеопластики, есть множество других технологий, которые разработаны или улучшены в Филатовской больнице и постоянно используются. День еще не закончился, но было уже сделано две пластики пищевода, одной девочке освобожден чревной ствол от сдавливания. И опять же, по пластике пищевода у нашей больницы самый большой в мире опыт. Нет хирурга или клиники в мире, где делается такое большое количество этих операций. Мы – московская городская больница. Но руководство Москвы, Департамент здравоохранения



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА



ДАВИД МЕЛИК-ГУСЕЙНОВ
ДИРЕКТОР ИНСТИТУТА, К.Ф.Н.:

“ Мы видим своей задачей всесторонний и объективный анализ различных процессов в сфере здравоохранения, включая в том числе и предотвращение различных рисков в отрасли

Обеспечивает аналитической и экспертной информацией по вопросам развития здравоохранения органы исполнительной власти города Москвы и руководителей медицинских организаций различных форм собственности.

- Развитие профессиональных компетенций руководителей медицинских организаций и персонала
- Объединение фундаментальных и прикладных научных исследований с практикой московского здравоохранения
- Комплексный подход к информационному сопровождению деятельности учреждений здравоохранения

www.nioz.ru

+7 (495) 951-20-54

niozmm@zdrav.mos.ru

115184, Москва, Большая Татарская, 30

БИОГРАФИЯ

Александр Юрьевич Разумовский

После окончания в 1978 г. педиатрического факультета 2 МОЛГМИ им. Н.И.Пирогова работал до 1983 г. детским хирургом в отделении торакальной хирургии Детской городской больницы №13 им. Н.Ф.Филатова.

В 1983 по 1986 гг. проходил обучение в очной аспирантуре на кафедре детской хирургии 2 МОЛГМИ.

В 1987 г. защитил кандидатскую диссертацию по теме «Антирефлюксная защита трансплантата при колоэзофагопластике у детей».

В 1986 г. был избран по конкурсу ассистентом кафедры детской хирургии 2 МОЛГМИ и проработал в этой должности до 1992 г.

В 1991 г. получил высшую квалификационную категорию детского хирурга по ГУЗМ.

В 1992 г. получил ученое звание доцента.

В 1995 г. защитил докторскую диссертацию о хирургическом лечении портальной гипертензии у детей.

В 1996 г. утвержден в должности профессора кафедры детской хирургии педиатрического факультета РГМУ.

С 1997 г. заведует отделением торакальной хирургии ДГКБ № 13 им. Н.Ф.Филатова.

С 2009 г. является главным детским хирургом Департамента здравоохранения г. Москвы.

А.Ю. Разумовскому 9 раз присуждалась ежегодная премия РГМУ, он дважды удостоен премии С.Д. Терновского, присуждаемой РАМН.

А.Ю. Разумовский – лауреат премии Правительства РФ за разработку и внедрение в практику пластических операций на пищеводе у детей.

В 2003, 2004 и 2014 гг., в составе группы врачей ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова, А.Ю. Разумовскому присуждена премия «Призвание».

В 2017 г. в составе коллектива работников ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова получил премию города Москвы в области медицины.

А.Ю. Разумовский является автором более 300 печатных работ, под его руководством защищены 6 докторских и 19 кандидатских диссертаций. А.Ю. Разумовский – соавтор 14 монографий и учебников.

А.Ю. Разумовский постоянно представляет ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова на различных научных конгрессах в России и за рубежом, он является членом Российской Ассоциации детских хирургов и Европейской ассоциации детских хирургов.

А.Ю. Разумовский – член правления Московского общества хирургов и правления общества эндоскопических хирургов России, а также правления Российского общества хирургов-гастроэнтерологов, член проблемной комиссии «Грудная хирургия» при РАМН.

А.Ю. Разумовский является членом редколлегии журналов «Детская хирургия», «Анналы хирургии», «Вопросы практической педиатрии», «Московский хирургический журнал» и «Вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии».

А.Ю. Разумовский – консультант по детской хирургии ФГУ Учебно-научный центр управления делами Президента РФ.

сейчас очень открыто относятся к людям, которые приезжают в Москву и привозят сюда лечиться детей. Москва всегда притягивала пациентов.

Мы обладаем богатейшим материалом, которым активно делимся с остальными. В Филатовской больнице делается около 1200 операций в месяц только по общей детской хирургии, без учета кардиохирургии и оториноларингологии. Если человек сюда приезжает учиться, он проводит здесь месяц.

Где он, в какой клинике земного шара увидит больше тысячи серьезных операций в месяц? Других клиник с таким объемом работы просто не существует. В рамках последипломного образования у людей, которые приходят сюда учиться, свободный доступ во все операционные. Нет практически никаких ограничений. И люди со всей страны приезжают сюда, чтобы изменить свое образование к лучшему. В Европе много хороших больниц, но у них другой объем.

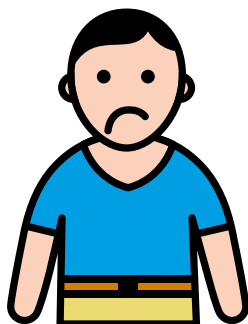
Многие становятся врачами потому, что это их призвание, они чувствуют в этом свое жизненное предназначение. Человек, несмотря ни на какие сложности, станет детским хирургом, если он считает, что должен им стать. Кафедра детской хирургии РНИМУ им. Н.И. Пирогова, которую я возглавляю, наверное, самая большая кафедра этого профиля в России. Здесь 65 сотрудников, 23 профессора, один член-корреспондент РАН и 22 доцента. Основной нашей задачей является подготовка и обучение студентов основам детской хирургии. И не менее важная задача – обучение ординаторов. Оно очень серьезное и проходит здесь, в Филатовской больнице. Мы учим их выступать, проводить серьезные научные исследования, еще будучи в ординатуре. Ежегодно в больнице обучаются около 80 интернов, ординаторов и аспирантов: это люди, которые приходят на работу ни свет ни заря и уходят позже всех.

Но мы прививаем будущим хирургам, я надеюсь, не только медицинские и технические навыки, но и определенную культуру. Хирург должен быть порядочным. Он должен с уважением относиться ко всему, что происходит. И я вообще, честно говоря, просто наблюдаю за ними, и они все делают безупречно.

Как президент Российской ассоциации детских хирургов, я считаю, что моя задача – нести по всей стране знания и опыт, которые у нас есть. Мы собираемся два раза в год – весной и осенью. В октябре наш съезд прошел с большим успехом, собрались 700 делегатов из 13 стран. Весной мы проводим фундаментальные симпозиумы по обмену опытом. Детские хирурги – это вообще организованная структура.

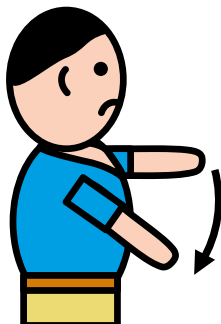
М.О.З.Г. 4,5

Распознай симптомы инсульта и действуй быстро!



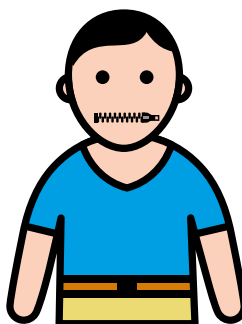
Мимика
нарушена

- Перекос лица,
- Угол рта опущен



Ослабли
рука или нога

- Плохо двигается рука
или нога с одной стороны



Затруднена
речь

- Речь звучит странно
или неразборчиво



Главное -
успеть

- Срочно требуется
госпитализация,
- Ждать, что само
пройдёт - опасно



Тромб закрыл сосуд мозга и
кровь перестала поступать
или произошло кровоизлияние

При нарушении кровоснабжения
мозг начинает умирать

Нельзя медлить, иначе мозг не спасти!



Не жди! Звони 103!

В Москве работает инсультная сеть,
врачи смогут помочь, главное - успеть!

ВЛАДИМИР ИЛЬИН:

«МЫ ЕЖЕГОДНО ВЫПОЛНЯЕМ ОКОЛО 420 ОПЕРАЦИЙ И ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ»

Профессор, д.м.н., заведующий отделением кардиохирургии и интенсивной терапии ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова Владимир Ильин рассказал «Московской медицине» о том, почему отделение открылось именно в Филатовской больнице, в чем его уникальность и почему детскому кардиохирургу нужно всю жизнь повышать свою квалификацию.

ЗАПИСАЛ ПЕТР САПОЖНИКОВ



БИОГРАФИЯ

Владимир

Николаевич Ильин

опубликовал более 250 научных работ, 23 из которых – в зарубежной печати; разрабатывает наиболее актуальные направления детской кардиохирургии: искусственного кровообращения при кардиохирургических вмешательствах у новорожденных и младенцев; хирургической коррекции наиболее сложных врожденных пороков сердца у маленьких детей; послеоперационной интенсивной терапии; является членом ряда российских и зарубежных медицинских сообществ: Российской Ассоциации сердечно-сосудистых хирургов; Ассоциации детских кардиологов России; Европейской Ассоциации кардиоторакальных хирургов; Европейской Ассоциации детских кардиохирургов; Всемирного Общества детской кардиохирургии и хирургии врожденных пороков сердца.

Тяжелые врожденные пороки сердца (ДМЖП, тетрада Фалло, транспозиция магистральных артерий, атрезия легочной артерии и прочие) встречаются примерно у восьми детей из тысячи родившихся живыми. Часть этих пороков сердца (ВПС) очень серьезна и сопровождается тяжелым состоянием пациентов уже в период новорожденности. Из детей, которые рождаются с такими пороками, около 10–15% могут не пережить месяц жизни. Поэтому помощь таким новорожденным составляет большую часть нашей работы, около 40% операций, которые выполняются отделением детской кардиохирургии Филатовской ДГКБ №13.

Наше отделение было создано в 2008 г. и до сих пор остается единственным в Москве подразделением такого направления в медицинской организации столичного Департамента здравоохранения. Сейчас создается отделение детской кардиологии в Морозовской ДГКБ. До этого момента основным учреждением, помогающим детям с ВПС, был ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России. И в какой-то степени в последние годы этой проблематикой занимается ФГАНУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Научный центр здоровья детей). Но в связи с ростом рождаемости в Москве и предвидя сложности, которые возникнут у Бакулевского центра для оказания помощи растущему контингенту новорожденных пациентов, Правительство Москвы 9 лет назад приняло решение создать собственное детское кардиохирургическое отделение.

Мы ежегодно выполняем около 420 операций и эндоваскулярных вмешательств. Последние помогают малоинвазивно исправлять целый ряд пороков: можно без большой операции на открытом сердце закрывать многие дефекты межпредсердной перегородки, открытые артериальные протоки, что 20 лет назад было содержанием кардиохирургической работы. Пациенты детской кардиохирургии с врожденными пороками сердца – это наиболее тяжелые больные. Они требуют дифференцированного подхода в зависимости от того, какими нарушениями кровообращения и функций сердца сопровождается данный порок. Учитывая, что известных ВПС по номенклатуре и по различным сочетаниям более 300, то можно

себе представить, какой должна быть квалификация детского кардиохирурга! Ему всю жизнь надо учиться, потому что идет постоянный прогресс знаний и технологий в его области. Лечение таких новорожденных нередко требует работы нескольких отделений. Как правило, у половины пациентов нашего отделения синдромальные или генетические проблемы. Это могут быть диафрагмальная грыжа, нарушение проходимости дыхательных путей, кишечная непроходимость и т. д. Поэтому решение Департамента здравоохранения Москвы открыть такое отделение именно в Филатовской больнице было очень дальновидным. Здесь прекрасно развита хирургия новорожденных, торакальная и гнойная хирургия. Здесь можно выполнять комплексное лечение пороков сердца, кишечника, дыхательных путей и т.д. В Бакулевском центре такого нет, он вынужден приглашать специалистов из других организаций.

Существуют и другие проблемы: амбулаторные педиатры часто загружают нас ненужной работой.

Звонит испуганный папа: «У меня родилась девочка. Ей 2 недели. У нее открытое овальное окно. Помогите мне исправить». Такой звонок вызван тем, что какой-то врач-перестраховщик отправил родителя к нам. Приходится тратить время, успокаивать человека и объяснять, что у каждого новорожденного открыто овальное окно. Фетальные коммуникации, овальное окно и открытый артериальный проток есть у всех новорожденных. В 95% случаев они закрываются, но примерно у 5% людей могут сохраняться годами или даже всю жизнь. Можете быть уверены, что в метро каждый день вы встречаете людей, у которых незакрыто овальное окно или даже открыт небольшой артериальный проток. Обычная ЭКГ может и не выявить этих дефектов, нужно проводить эхокардиографию.

Конечно, бывают другие случаи. Девочка, 7 лет, серьезно занимается художественной гимнастикой. На ежегодном осмотре какой-то внимательный, квалифицированный врач обнаружил в кардиограмме небольшие отклонения от нормы и направил ее к нам. На первый взгляд, у пациентки хорошее нормальное сердце с некоторой перегрузкой, увеличенным правым желудочком и правым предсердием. Когда стали детально изучать, выяснилось, что все верхнедолевые правые легочные вены несут кровь в верхнюю полую вену. Таким образом, половина крови из левого легкого попадала в полую вену, т.е. текла в правые отделы сердца, перегружая их. При физической нагрузке, а девочка занимается спортом, сердце может сильно страдать. Ей были отсоединены легочные вены от верхней поллой вены и перемещены в левое предсердие.

Сейчас мы подытоживаем наш девятилетний опыт решения проблем кардиохирургии у детей.



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА



НАТАЛЬЯ КАМИНИНА
ЗАМЕСТИТЕЛЬ ДИРЕКТОРА ИНСТИТУТА
ПО НАУКЕ, Д.М.Н

“ Управление научными исследованиями, развитие кадрового потенциала и соединение науки с практикой – главные составляющие успешного развития всей нашей отрасли.

Осуществляет комплексные научные исследования по оценке результативности деятельности медицинских организаций

- Разработка и реализация комплексных решений в области управления ресурсами здравоохранения
- Экспертная оценка научных и инвестиционных проектов в сфере медицины и здравоохранения
- Реализация модели непрерывного профессионального образования для медицинских работников

www.nioz.ru

+7 (495) 951-20-54

niozmm@zdrav.mos.ru

115184, Москва, Большая Татарская, 30

ОБЛАДАТЕЛЬ СТАТУСА «МОСКОВСКИЙ ВРАЧ»: СВОЕЙ РАБОТОЙ Я ДОВОЛЬНА

АВТОР ТАТЬЯНА БЕСКАРАВАЙНАЯ

В конце октября городской Департамент здравоохранения провел заключительный этап добровольных испытаний для первой группы докторов, претендующих на получение статуса «Московский врач». Специалисты, ранее успешно продемонстрировавшие свои теоретические знания, практические навыки и умение решать ситуационные задачи, представили портфолио. Одна из победительниц – участковый врач-педиатр филиала №1 Детской городской поликлиники №133 Светлана Дашинамаева. Журнал «Московская медицина» попросил ее поделиться своим опытом работы и мнением относительно того, как изменилась работа московского педиатра в последнее время.

«Наша работа стала гораздо легче после введения системы ЕМИАС и электронной записи пациентов: исчезли очереди, запись стала более доступной. Информацию не надо дублировать на бумажных носителях. Теперь, когда пациенты приходят в поликлинику, то их ждет не очередь в регистратуре, а помощники, которые стоят у инфоматов и помогают записаться на прием к нужному специалисту. Несомненно, выросла доступность медицинской помощи. Например, к специалистам стало возможно попасть в день обращения. Некоторые специалисты, такие как ЛОР, хирург, окулист, доступны для пациента через самостоятельную запись. В день обращения ребенка с острым заболеванием осматривает дежурный врач. Выдачей справок занимается отдельный кабинет, «Кабинет выдачи справок и направлений», в котором ведет прием педиатр как по предварительной записи, так и в день

обращения. Выписаться с больничного можно у участкового педиатра, который запишет к себе на повторный прием, и у дежурного врача.

За последние годы наша детская поликлиника изменилась в лучшую сторону. Появился хороший ремонт, зоны ожидания стали более комфортными – укомплектованы телевизорами и игрушками. Закуплены новая мебель и медицинское оборудование. Действительно, стало легче работать.

Мой стандартный рабочий день длится 8 часов. С 8 до 12 идет четырехчасовой прием пациентов. Прием одного пациента занимает 12 минут, пока я собираю анамнез, медсестра измеряет рост и вес ребенка, затем я осматриваю ребенка и заполняю электронную медицинскую карту, даю рекомендации или назначаю лечение. В среднем за 4-часовой прием я принимаю 20 пациентов.



Светлана Дашинамаева,
участковый врач-педиатр филиала №1 Детской городской поликлиники №133

Вместе с медсестрой мы планируем прием таким образом, чтобы участковая бригада работала максимально качественно, а пациентам было комфортно.

После приема я иду на участок обслуживать поступившие вызовы. Обычно успеваешь осмотреть от 10 до 15 больных. Когда приходишь с работы, перебираешь в уме пациентов за весь день, естественно, какую-то информацию уточняешь, актуализируешь.

В нашей поликлинике укомплектованность кадрами достигает 100%, на 14 участков 14 педиатров. В среднем

к участку прикреплены от 1000 до 1200 детей. Работает много молодежи. Конечно, это связано с тем, что сейчас в Москве врачам-педиатрам платят хорошую зарплату. Я работаю педиатром уже 30 лет, у меня высшая категория, и моя зарплата составляет 120 тысяч руб. Но, конечно, эти деньги платят не просто так, приходится стараться развиваться и расти как специалист. Для этого нужно все время учиться, то есть в дополнение к тематическому усовершенствованию, которое врачи проходили раньше раз в пять лет, что-то читать самому. Для этого есть образовательные порталы, медицинские журналы, в том числе Клинико-анатомическая конференция, которую возможно смотреть онлайн, что очень удобно. На базе нашей поликлиники работает Кафедра педиатрии РМАНПО. Специалисты этой кафедры проводят для сотрудников поликлиники семинары, лекции, конференции, консультации сложных пациентов. Ежедневно в нашем филиале проводятся совещания, на которых обсуждаются текущие вопросы, проводятся тематические разборы сложных больных; а также проводятся тренинги по качеству заполнения медицинской документации.

В целом работа в нашей поликлинике организована хорошо, но многое в работе участкового врача зависит от личной организованности.

Хотелось бы пожелать рассмотреть возможность льготной ипотеки для медицинских работников или служебного жилья. Желаю всем в Новом году крепкого здоровья и новых успехов в нашем нелегком труде!»



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА

Наш институт способен стать ответственной организацией – разработчиком профессиональных стандартов в сфере здравоохранения



ВАДИМ АНДРУСОВ

ГЛАВНЫЙ СПЕЦИАЛИСТ ОТДЕЛА ИССЛЕДОВАНИЙ
ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ:



Наш институт способен стать ответственной организацией – разработчиком профессиональных стандартов в сфере здравоохранения

- Экспертная оценка нормативных правовых актов и их проектов по организации и проведению медицинских осмотров работников
- Проведение обучающих семинаров по разработке и применению профессиональных стандартов в сфере здравоохранения

+7 (495) 951-20-54
niiozmm@zdrav.mos.ru
115184, Москва,
Большая Татарская, 30
www.niioz.ru

ПСИХИАТРЫ И ПСИХОЛОГИ СЧИТАЮТ НАДУМАННОЙ ПРОБЛЕМУ «ГРУПП СМЕРТИ»

АВТОР ТАТЬЯНА БЕСКАРАВАЙНАЯ

В июне этого года Общественная палата РФ предложила создать в России госпрограмму по предупреждению детских суицидов с финансированием из федерального бюджета. Но специалисты считают, что проблема в том, что антисуицидальным мерам не уделяют достаточно внимания школьные психологи, а также сами родители не придают должного значения кризисному состоянию подростка или вообще не могут его распознать. Тема предупреждения детских и подростковых суицидов обсуждалась на Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Сухаревские чтения. Суицидальное поведение детей и подростков: эффективная профилактическая среда» 14-15 ноября в Москве.

«Нам не нужно искать новые пути решения проблем»

В 2013 г. по уровню суицидов Россия занимала 14-е место в мире. В последние годы намечилось снижение этих цифр. В 2005 г. в стране было зафиксировано 32,2 случая суицида на 100 тысяч населения, а в 2015-м – 17,1 (для сравнения: в США и Франции этот показатель – 12 на 100 тысяч населения, в Германии – 9,2). Частота суицидов среди подростков на 100 тысяч лиц соответствующего возраста в России составляет 11,5 случаев, при том, что среднемировое значение этого показателя – 7,4. Наиболее благополучная ситуация в Москве, где на 100 тысяч подростков приходится 4,3 случая суицида.

«Мне не очень нравится, когда говорят об «эпидемии суицидов». Это штамп, который придумали СМИ. У нас никакой эпидемии нет. Просто страна находится в зоне высокой суицидальной активности в течение многих и многих лет. Поэтому нет смысла говорить отдельно о детской и подростковой суицидальной активности, так как ее показатели не превосходят статистику в целом. Я не думаю, что нам нужно искать новые пути решения проблем, достаточно пользоваться тем, что уже наработано в мире, и теми методами и способами,

которые уже применяются в большинстве стран, входящих в ВОЗ», – рассказала Анна Портнова, главный внештатный детский психиатр Департамента здравоохранения города Москвы, руководитель отдела клинической психиатрии детского и подросткового возраста Федерального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии Минздрава России.

В 2016 г. в России случился резкий рост суицидов среди несовершеннолетних – на 57% (720 случаев) по сравнению с предыдущим годом. Одной из причин масс-медиа назвали активизацию «групп смерти» в соцсетях. Однако, по мнению экспертов, тема сильно раздута СМИ: реальное число пациентов, совершивших попытку суицида под влиянием «групп смерти», крайне мало, а львиную долю информации пользователи получают не в закрытых группах в соцсетях, а на самых обычных интернет-ресурсах, в том числе обычных СМИ. Рассказывает Анна Басова, заместитель директора Научно-практического центра здоровья детей и подростков им Г.Е. Сухаревой Департамента здравоохранения города Москвы:

«Из госпитализированных к концу октября в нашу больницу около 22% составляли дети с суицидальными попытками.



Причем большая часть – это подростки от 12 лет и старше. И когда мы стали смотреть по историям болезни, сколько раз упоминался интернет в той или иной форме, то клинически значимое упоминание социальных сетей оказалось лишь примерно у 7% этих детей. «Синий кит» упоминался еще реже. Когда мы стали анализировать топовые 100 сайтов по запросу «суицид», после удаления повторов у нас осталось 73 антисуицидальных сайта информационно-просветительской направленности, рекламные сайты частных клиник, порталы религиозной направленности и новостные ленты СМИ. Суицидальных сайтов мы из всей подборки нашли полтора от силы».

«Моральная паника» не приводит к суициду

Как уточнил профессор Иосиф Зислин (Израиль), в отношении групп смерти в соцсетях речь идет о так называемых «моральных паниках», схожих со средневековой массовой истерией вроде «охоты на ведьм». На этапе возникновения моральной паники никто не подвергает эту информацию сомнению. История с «синим китом» – типичный пример этого. «Создается имитация каких-то событий или их фабрикация для того, чтобы убедить, что такая информация существует. Когда мы говорим о «кураторах групп смерти», начинается чистая паранойя. Потому что, как в чистой паранойе, никто их не видел и не знает, но они всевидящи, всепроникающи и делают все, что им вздумается. Эта озабоченность возникает внезапно и через какое-то время исчезает без всяких видимых причин. Если в средневековье основным источником информации для моральной паники были слухи, то сейчас – это средства массовой информации, а полиция, суды, власти также стараются поддержать моральную панику, так как ее можно использовать как инструмент контроля», – уточнил Зислин.

В качестве примера явного «перегрева» ситуации он привел результаты интернет-анкетирования израильского

профессионального сообщества. Из 363 опрошенных психологов, клинических психологов и психиатров все 100% слышали о «группах смерти». 74% школьных и детских психологов и 73% психиатров считают, что интернет может влиять на суицидальную активность. Среди клинических психологов таких значительно меньше (63%). Но из всех опрошенных только 11 человек заявили, что наблюдали связь суицидов и участие в «группах смерти». Однако чаще, как отмечали респонденты, уже имеющиеся суицидальные намерения приводили к вступлению подростков в группы, а не наоборот. Шесть человек намекали на этот опыт, но не конкретизировали его. Таким образом, лишь менее 5% опрошенных с той или иной степенью достоверности говорили об этих связях.

Суицидальный возраст

Самые уязвимые для суицидов возрастные группы – подростки в возрасте до 19 лет и лица старше 60. При этом, как уточняют специалисты, если у взрослых попытка суицида в 80–90% случаев обусловлена кратковременным психическим расстройством или алкогольной интоксикацией, то у подростков гораздо выше доля социальных и психоэмоциональных факторов: ими обусловлено от 30 до 50% случаев. Типичный портрет несовершеннолетнего, склонного к суициду: 16-летний подросток из неполной семьи, у которого родители поменяли недавно место жительства в связи с трудовой миграцией, не очень хорошие отношения со сверстниками или учителями.

«У подростков особое отношение к смерти, они думают, что это нечто обратимое. Естественно, они падают на экзерсисы о романтизации смерти. Но примерно 10% из них – именно те, кто совершают законченный суицид, делают это серьезно. Они хотят уйти из этого не понимающего их мира», – рассказал заведующий отделом суицидологии Московского НИИ психиатрии Минздрава России Евгений Любов.

При этом подростки гораздо более закрыты, а обращение к психиатру вообще могут рассматривать как самый крайний шаг. Они особенно стесняются обращения к специалистам

даже в кризисном состоянии из-за стигматизации психиатрии, из-за того, что суицид осуждается в обществе, и такой поступок расценивается как слабость. В англоязычном сегменте интернета уже давно существуют удаленные консультации врачей-психиатров и психотерапевтов. В России это направление только начинает развиваться, но перспективы очень большие, ведь интернет обеспечивает чуть ли не главное условие для обращения подростка – анонимность. «Если мы не создадим в интернете сайты правильной направленности, то их место займут сайты антипсихиатрической направленности. Сейчас есть очень хорошие англоязычные сайты, это когнитивно-поведенческая психотерапия. Например, один из англоязычных сайтов предлагает беседу с людьми, перенесшими попытку суицида. Но подобных сайтов онлайн-психотерапии на русском языке мы практически не смогли найти», – говорит Анна Басова.

Этический кодекс для СМИ

Высокий уровень агрессии в детской и подростковой среде – один из факторов риска. По кибермоббингу (использование средств электронной коммуникации для угроз или унижения) Россия занимает первое место в мире. К тому же у детей, которые получили в руки мобильный телефон раньше, чем ручку или карандаш, несколько изменяется активность части областей головного мозга: височных долей, лобной, фронтальной коры. И за счет этого у них изменяется социальный интеллект, снижен уровень эмпатии. Сами интернет-технологии облегчают манифестацию каких-то психических расстройств. Ипохондрия активно интегрируется в интернет в виде киберхондрии. У человека, предрасположенного к ипохондрии, прочтение огромного количества низкокачественной медицинской или околomedicalской литературы может привести к ее развитию. Суицид может спровоцировать и информация в интернете о самоубийствах известных людей, информация о суицидах и показательные суициды на камеру. С другой стороны, интернет может изменить клиническую картину уже имеющихся психических расстройств, это касается и тяжелых форм психической патологии и психотических расстройств: возникают новые формы и фабулы бреда.

В список предложений по улучшению ситуации, которые предлагают специалисты, входит весь комплекс мер, рекомендуемых ВОЗ. Это открытие кабинетов психологической помощи в детских поликлиниках, ведь подростки или их родители не всегда хотят сразу обращаться к психиатру или недооценивают ситуацию, законодательные меры по ограничению продажи опасных веществ и лекарственных препаратов несовершеннолетним и повышение возрастного ценза для продажи алкоголя. В отношении СМИ предлагается создать некий этический кодекс, какую информацию можно сообщать при освещении проблемы суицида, а какую – не стоит. И, конечно, работа со школьными психологами.



Родители против психиатров

Как говорит Геннадий Банщиков, старший научный сотрудник отдела суицидологии Московского НИИ психиатрии Минздрава России, заведующий лабораторией Научно-методического обеспечения экстренной психологической помощи Центра экстренной психологической помощи Московского государственного психолого-педагогического университета, школьным психологам нужно четкое понимание, кого «смотреть» в первую очередь, кого – во вторую. В первой группе – подростки, у которых наблюдаются самоповреждения в сочетании с признаками безнадежности и одиночества на фоне депрессии.

«В отношении таких подростков у нас рекомендации жесткие: необходимо обращаться в медицинские службы. Но часто самая большая проблема в том, что родители этого не хотят. Иногда они раньше забирают детей из больницы, еще недолеченных. И постоянно им рассказываешь, что их данные, диагноз «расстройство адаптации», никуда не идут. Но родители не хотят вникать, что такое депрессия, возрастные кризисы и вообще в то, что с ребенком происходит, боятся с ребенком говорить на любые темы», – отметил Евгений Любов.

При этом он уточняет: сами подростки объяснить родителям свое состояние не могут. На вопрос относительно их взаимоотношений с родителями дают следующие ответы: «родители меня не понимают», в самых тяжелых случаях – «я не нужен родителям». И это тоже один из факторов накопления суицидального риска.

«Сейчас почему-то считается бесполезным создание специализированных «горячих линий» для предотвращения суицидов. У психиатра прямого доступа к подростку нет. Поэтому школьный психолог является тем мостиком, который может взаимодействовать как с родителями, так и с учителями и учеником, так как обращение к психиатру всецело зависит от воли родителей. Если они не захотят обратиться, то и не обратятся. Клиническими психологами должны быть подготовлены программы по основам клинической психологии и психопатологии для школьных психологов и педагогов, чтобы они владели этими знаниями и работали с группами риска», – считает Анна Портнова.



ДАВИД МЕЛИК-ГУСЕЙНОВ: ПРОЕКТ ПО ТЕАТРОТЕРАПИИ «ПОТОМУ ЧТО ТЫ НУЖЕН»: КОГДА ИНКЛЮЗИЯ УДАЛАСЬ

В сентябре артисты фестиваля «Гаврош» выступили перед маленькими пациентами Морозовской больницы и Научно-практического центра психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой. До конца 2017 года спектакли в рамках проекта театротерапии состоятся в «Театриуме на Серпуховской», Московском театре кукол, «Геликон-опере», театре МОСТ и Детском сказочном театре на Таганке. Об этой инициативе под названием «Потому что ты нужен...» рассказал директор НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы Давид Мелик-Гусейнов.

ИНТЕРВЬЮ ВЗЯЛА: ОКСАНА ПЛИСЕНКОВА. ФОТО: ЕКАТЕРИНА КОЗЛОВА, РУСЛАН КОЗЛОВ.

- Давид Валерьевич, расскажите, каковы цели фестиваля «Гаврош» и как он пришел в больницы?

- «Гаврош» – это международный фестиваль детского театра, который проходит уже более 10 лет. В Москву съезжаются лучшие детские творческие коллективы, театрализованные студии. В рамках фестиваля эксперты

Давид Мелик-Гусейнов,
директор НИИОЭММ
Департамента
здравоохранения
города Москвы





9 ноября более 30 маленьких пациентов НПЦ психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой стали участниками спектакля «ТестО».

выбирают лучшие спектакли. Московская публика уже много лет имеет возможность посещать этот фестиваль и смотреть, что происходит в детском театральном мире за пределами московских театров.

В этом году мы с инициативной группой, которая этими вопросами занимается, коллегиально решили, чтобы «Гаврош» пришел в детские больницы, туда, где детки лежат и испытывают дискомфортные ощущения, туда, где театр может ускорить процесс выздоровления, где он может помочь им посмотреть, на что способен человек, его тело, мысли, эмоции. В этом году «Гаврош» появился в Морозовской больнице и Центре психического здоровья детей и подростков с целью помочь детям преодолеть в первую очередь свой эмоциональный фон. Какая бы ни была хорошая больница, она всегда остается больницей. При всей любви врачей, при трепетной работе медицинских сестер – это всегда казенный дом. Чтобы этой казенщины было меньше, для детей устраиваются такие эмоциональные разрядки, праздники в виде демонстрации фестивальных работ на площадках самих больниц.

Это смелый эксперимент, потому что мы пока не знаем, как дети будут реагировать на театротерапию, мы не знаем, насколько тяжело это будет артистам, потому что выступать перед подготовленной публикой – это одно, а идти к страдающим детям – это совсем другое. Тем не менее, внутренний голос нам подсказывает, что это очень важное и полезное начинание. Прошедшие несколько выступлений демонстрируют как раз подтверждение этой гипотезы: дети радуются, они

участны, они начинают формулировать свои мысли по поводу увиденного, начинают анализировать то, что они почерпнули, что это дает лично им, на что их это мотивирует, как стимулирует к новым идеям и движениям. И если это развивает человека внутри и даже, может быть, снаружи (к примеру, это может подтолкнуть кого-то заниматься спортом), значит, это вклад в некое созидание, значит, направление было выбрано правильно.

– Эффективный эксперимент?

– Очень сложно померить эффективность в каких-то цифрах. Да, скорее всего, такого рода мероприятия ускоряют эффективность терапии, дети быстрее социализируются, они отвлекаются от проблем со здоровьем. Точек эффективности как таковых у этого проекта нет. Но, однозначно, это полезно как самим детям, так и обществу, чтобы, помимо семьи, где растет больной ребенок, еще и у общества возникало понимание, что где-то может кто-то страдать, у кого-то могут быть серьезные проблемы со здоровьем, чтобы меньше было жестокости в школах и детских садах. Это инклюзия, то, о чем часто говорят, много пишут, но по факту этого нет, когда здоровые и больные люди взаимодействуют в одном пространстве. Если мы хотим, чтобы эта инклюзия состоялась, не нужно создавать инкубационные условия. Как раз театр и позволяет в виде игры эту инклюзию совершать.

– Недавно мы были в Центре психического здоровья детей и подростков, где Мигель,



21 октября в рамках проекта по театротеерапии «Потому что ты нужен...» около 30 маленьких пациентов Научно-практического центра психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой и их родители посетили «Театриум на Серпуховской». Зрителям был представлен спектакль «Принц и нищий», лауреат московской театральной премии «Гвоздь сезона».

артист из Франции, играл для детей. Каковы ваши впечатления?

– Когда шел спектакль, я наблюдал за глазами детей. Мне важно было, как они реагируют. Надо сказать, это был театр одного актера, спектакль не из простых. Актер Мигель показывал гимнастические этюды: это не просто акробатика, не просто жонглирование, в этом был очень глубокий смысл. Мы знаем петлю Мебиуса, которая не имеет двух сторон, со всех сторон – одна сторона. Глубокий смысл заключается в том, что человек очень комплексует, начинает делать сложные этюды со своей жизнью, а на самом деле все решается очень просто. Мне кажется, это была основная мысль спектакля. По крайней мере, для себя я ее отметил.

Конечно, детям нравились трюки, отбивки, звуки, сложные вещи. Большинство детей были среднего и старшего возраста, они, к моему большому удивлению, тоже так поняли спектакль. То есть дети осознали, что не надо выстраивать тяжелые условия, не надо придумывать эти условия, не надо жить, испытывая какие-то сложности, трудности и специально себя накручивая. Все может решиться гораздо легче, иногда можно подуматься, проявить детскую непосредственность, а иногда нужно просто вовремя остановиться: когда эмоции зашкаливают, просто самого себя остановить и успокоить. Эти простые вещи должны быть доступны любому человеку в обществе. И дети это, как мне кажется, поняли. В этом огромная польза проекта.

Дети, находящиеся в психиатрической больнице, сложные ментально. Им трудно управлять своими эмоциями. Помимо лекарственной терапии, у них еще есть душевные переживания, которые их отличают от других детей.

Но вот сегодня они смотрели спектакль и действительно ничем не отличались от здоровых детей. Они улыбались, помогали артисту, аплодировали, оценивали сложность тех или иных этюдов. Значит, инклюзия как таковая удалась.

– Каковы перспективы театротеерапии в больницах?

– Фестиваль закончился, но не закончится работа с больницами. Фестивалем мы начали определенную программу взаимодействия с детской психиатрической больницей. Сейчас, уже вне рамок фестиваля, есть график посещения спектаклей в рамках проекта по театротеерапии. Это даст детям с психическими нарушениями возможность на протяжении большого количества времени погружаться в легкую атмосферу, среду, где они могут полноценно общаться и показывать свои эмоции. В рамках проекта спектакли пройдут в «Театриуме на Серпуховской», Московском театре кукол, «Геликон Опере», театре «Мост» и Детском сказочном театре на Таганке. До конца года маленькие зрители увидят более полутора десятков спектаклей, например, «Пеппи Длинный чулок», «Летучий корабль», «Сказочный лес», «Петрушка», «Сон в зимнюю ночь».

А «Гаврош» каждый год приезжает в Москву, и теперь станет доброй традицией то, что он будет появляться в медицинских организациях. Я думаю, от этого будет польза всем: и детям, и артистам, и обществу, которое увидит часть этих сюжетов в средствах массовой информации. И если отзовется хотя бы одно сердечко обыкновенного, здорового человека, который потенциально может сделать добро, значит, все было сделано правильно.



ДЕТСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА В МОСКВЕ

ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ



Главный внештатный специалист по первичной медико-санитарной помощи детскому населению ДЗМ Лариса Картавецва - о введении московского стандарта детских поликлиник и дальнейшем совершенствовании их работы.

Основная цель деятельности медицинских организаций города Москвы – улучшение состояния здоровья москвичей на основе повышения качества и доступности оказания медицинской помощи, приведения ее объемов и структуры в соответствие с заболеваемостью и потребностями населения, современными достижениями медицинской науки.

Модернизация здравоохранения продолжается

В рамках Государственной программы «Столичное здравоохранение», охватывающей все аспекты развития медицины в Москве, уже проведены мероприятия по модернизации, оптимизации медицинских организаций Департамента здравоохранения города Москвы. Финансирование, выделенное на модернизацию здравоохранения, позволило полностью изменить

материально-технический уровень медицинских организаций. В учреждения было поставлено современное медицинское оборудование, построены новые поликлиники, во многих медицинских организациях произведен ремонт.

Создана и успешно работает единая информационная медицинская аналитическая система – ЕМИАС.

Осуществлен переход на одноканальную систему финансирования из системы ОМС, амбулаторно-поликлинические организации перешли на подушевое финансирование.

Амбулаторно-поликлинические организации Департамента здравоохранения города Москвы были реорганизованы в большие амбулаторные объединения. Выстроена трехуровневая система здравоохранения, в результате которой создано 47 амбулаторно-поликлинических центров для обслуживания взрослого населения и 40 – для обслуживания детского населения. 26 октября 2016 г. № 872 был издан приказ Департамента здравоохранения города Москвы «Об утверждении Методических рекомендаций по реализации мероприятий «Московский стандарт детской поликлиники» и критериев оценки устойчивости его внедрения».

Московский стандарт детской поликлиники

Это комплекс мероприятий, направленных:

- на соблюдение приоритета интересов пациента;
- организацию оказания медицинской помощи пациенту с учетом рационального использования его времени;
- повышение качества и доступности медицинской помощи;
- обеспечение комфортности условий предоставления медицинских услуг;
- повышение удовлетворенности уровнем оказанных услуг;
- сокращение нагрузки на медицинский персонал за счет эффективной организации работы медицинской организации;
- достижение и поддержание на целевом уровне показателей (критериев) эффективности внедрения мероприятий.

Московский стандарт детской поликлиники устанавливает единые требования к реализации мероприятий по следующим направлениям:

- повышение эффективности деятельности медицинских организаций;
- повышение качества и доступности медицинской помощи;

- повышение уровня удовлетворенности пациентов при оказании медицинской помощи в детской поликлинике.

С целью совершенствования системы маршрутизации пациентов в детской поликлинике путем разделения потоков пациентов при обращении в медицинскую организацию:

- организован отдельный вход для больных детей при наличии технической возможности;
- на значительном удалении друг от друга расположены кабинет дежурного врача и кабинеты для здоровых детей (Кабинет здорового ребенка, Кабинет выдачи справок и направлений);
- при обращении пациентов в ДГП маршрутизацию осуществляют сотрудники регистратуры путем распределения потоков пациентов по маршруту: кабинет выдачи справок и направлений – дежурный врач – врач-педиатр участковый – кабинет здорового ребенка;
- амбулаторный прием пациентов врачами-педиатрами участковыми проводится исключительно по предварительной записи.

«Дежурный врач» и «кабинет здорового ребенка»

Во всех поликлиниках города работает функционал «Дежурный врач» для срочного приема пациентов в часы работы поликлиники (с 8.00 до 20.00 в будни, с 09.00 до 15.00 по субботам). «Дежурный врач» позволяет значительно увеличить доступность консультации врача-педиатра в случае заболевания ребенка в день обращения. Можно получить консультацию для льготных категорий граждан, проконсультироваться при необходимости проведения коррекции лечения ребенка, попасть на прием в случае необходимости продления листка нетрудоспособности.

В рамках мероприятий по повышению эффективности деятельности медицинских организаций в детских поликлиниках организована работа «Кабинета здорового ребенка». Направление пациентов в этот кабинет осуществляется в следующих случаях:

- консультация матери по вопросам воспитания и охраны здоровья ребенка в возрасте до 3 лет;
- обучение родителей методике проведения гимнастики в соответствии с возрастом;
- проведение контрольных взвешиваний, контрольных питаний, расчетов питания ребенка;
- проведение диагностики нервно-психического развития;
- выявление особенностей поведения детей 2–3-го года жизни;

- обучение родителей методике и особенностям искусственного вскармливания;
- обучение устранению и профилактике возникновения вредных привычек и гигиене полости рта;
- обеспечение родителей методическими материалами (памятки, брошюры).

Также организована работа «Кабинета выдачи справок и направлений», в котором можно:

- оформить справки в бассейн, в учреждения дополнительного образования (без физических нагрузок) по данным профилактического осмотра;
- провести осмотр перед профилактической прививкой и получить сертификат;
- оформить документацию при проведении медицинских осмотров;
- оформить направления на все виды анализов и обследований по назначению врача;
- оформить выписки для плановой госпитализации, консультации, обследования (ф. №027/у);
- получить справки о контактах, о состоянии здоровья для образовательного учреждения;
- оформить заключение врача для бесплатного отпуска продуктов питания отдельным категориям детей и женщин, жителей города Москвы;
- оформить медицинские заключения.

Поликлиника, удобная для детей и родителей

В рамках мероприятий Московского стандарта детской поликлиники проведена реорганизация регистратуры, которая теперь включает в себя: ресепшен и картохранилище.

Реорганизация регистратуры и создание картохранилища позволили устранить наличие очередей, сократить случаи утери амбулаторных карт, увеличить зоны комфортного пребывания.

Для повышения удовлетворенности пациентов обслуживанием в детской поликлинике проведены мероприятия по повышению комфортности условий предоставления медицинских услуг и повышению информированности пациентов.

В детских поликлиниках созданы более комфортные условия для пребывания пациентов и их родителей: увеличены площади холлов на этажах поликлиник, которые оборудованы мягкой мебелью, пеленальными столами, кулерами, плазменными мониторами для демонстрации видеороликов о здоровом образе жизни, новостных событий в сфере здравоохранения и мультипликационных фильмов для маленьких пациентов.

Выделенная комната (зона) для кормления ребенка позволяет покормить малыша в удобном кресле, переодеть

РЕГИСТРАТУРА ПОЛИКЛИНИКИ ОБЕСПЕЧИВАЕТ

- **формирование и распределение потоков пациентов;**
- **организацию предварительной записи пациентов на прием с использованием СУПП ЕМИАС;**
- **регулирование интенсивности потока населения для создания равномерной нагрузки врачей-специалистов;**
- **информирование и консультирование пациентов по вопросам организации работы поликлиники;**
- **систематизированное хранение медицинской документации пациентов;**
- **обеспечение своевременного подбора и доставки медицинской документации пациентов в кабинеты врачей-специалистов.**

ребенка, задать вопрос медицинской сестре по уходу и кормлению.

Организованы зоны дополнительного комфорта для детей младшего дошкольного и школьного возраста: стены поликлиник украшены изображениями героев мультфильмов, созданы игровые зоны, размещены ТВ с трансляцией мультипликационных фильмов.

Для повышения комфортности условий предоставления медицинских услуг установлены вендинговые аппараты с продуктами питания и горячими напитками, баночками для сбора анализов. Департамент здравоохранения города Москвы осуществляет контроль ассортимента продукции в соответствии с Рекомендуемым перечнем товаров для реализации в вендинговых аппаратах в медицинских организациях (Приложение к информационному письму от 21.06.2017 № 42-18-24889/17). Рекомендованы: печенье, вафли, шоколад, соки, кисель, вода, мармелад, йогурты, молоко, морс, горячие напитки (чай, кофе, какао и т.д.)

С целью повышения информированности пациентов в детских поликлиниках внедрена единая система навигации, размещены объявления единого образца.

На сегодняшний день все запланированные мероприятия Московского стандарта детской поликлиники проведены.

РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ МЕРОПРИЯТИЙ «МОСКОВСКОГО СТАНДАРТА ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ»:

- повышение качества медицинской помощи;
- повышение доступности медицинской помощи детскому населению, в том числе за счет организации правильного распределения потоков пациентов;
- повышение эффективности деятельности медицинских организаций;
- повышение удовлетворенности граждан обслуживанием в детской поликлинике и медицинской помощью;
- повышение комфортности условий предоставления медицинских услуг;
- улучшение системы маршрутизации пациентов при обращении в детскую поликлинику;
- повышение информированности пациентов;
- снижение количества обращений;
- сокращение нагрузки на медицинский персонал за счет эффективной организации работы медицинской организации.

В целях координации деятельности детских городских поликлиник Департамент здравоохранения города Москвы в постоянном режиме проводит мониторинг целевых показателей критериев оценки устойчивости внедрения мероприятий «Московский стандарт детской поликлиники». Рабочей группой Департамента здравоохранения города Москвы осуществляется анализ критериев, вносятся предложения по дальнейшему улучшению и совершенствованию организации работы детских поликлиник города.

Обратная связь с ребенком

Несмотря на завершение мероприятий в рамках «Московского стандарта детских поликлиник» вновь поступающие предложения граждан по улучшению работы поликлиник обязательно учитываются и используются в работе.

Одним из предложений краудсорсинга было создание условий для написания пожеланий и отзывов самих детей. В настоящее время в детских поликлиниках в зоне комфортного пребывания размещены ящики для сбора пожеланий и отзывов детей, листы для написания пожеланий, письменные принадлежности, объявления о возможности оставить свой отзыв ребенку.



АРТУР ГАБРИЕЛЯН:

«ЧТОБЫ ОСНАСТИТЬ БОЛЬНИЦУ СОВРЕМЕННОЙ ТЕХНИКОЙ, НЕ НУЖНО ЖДАТЬ, КАК РАНЬШЕ, ГОДАМИ»

На северо-востоке Москвы заработала единая система ведения женщин от планирования беременности до родов и последующего мониторинга как родильниц, так и новорожденных. Объединение произошло на базе Городской клинической больницы им. А.К. Ерамишанцева. В ее состав были включены девять женских консультаций Северо-Восточного АО Москвы, оказывающие помощь примерно 400 тыс. женщинам столицы. Кроме этого, созданный кластер включил в себя стационар с двумя родильными отделениями, Центр планирования семьи и репродукции, Консультативно-диагностический центр и отделение пренатального скрининга. После объединения женских консультаций, родильных домов и больниц медицинская помощь женщинам обрела логическую завершенность.

АВТОР ЯРОСЛАВ АГАФОННИКОВ



БИОГРАФИЯ

Артур Рудольфович Габриелян,

главный врач ГБУЗ «ГКБ
им. А.К. Ерамишанцева ДЗМ»

С отличием закончил Ереванский
государственный медицинский
институт по специальности
«Лечебное дело».

2013 г. – главный врач
ГКБ №64 ДЗМ.

2014–2016 г. – главный
врач ГКБ №61 ДЗМ.

С июня 2016 г. – главный врач
ГБУЗ «ГКБ им. А.К. Ерамишанцева
ДЗМ».

Наши роддома оснащены по последнему слову техники

Родильное отделение №1, находящееся на территории больницы, в течение нескольких десятилетий оказывает помощь пациенткам с заболеваниями почек, портальной гипертензией и другими экстрагенитальными патологиями.

«Наши роддома оснащены по последнему слову техники, – рассказал Артур Габриелян «Московской медицине». – Это позволяет нам достигнуть европейских показателей выживаемости, причем графики перинатальной смертности уверенно ведут вниз. Этому, в частности, способствует сложившееся за последние годы взаимодействие между больницей и Департаментом здравоохранения города Москвы. Сегодня, чтобы оснастить больницу современной техникой, не нужно ждать, как раньше, годами. Если просьба обоснована, то ее исполнение происходит в очень короткий срок. Разумеется, эффективность медицинской организации зависит не только от аппаратуры, но и от работающих здесь врачей-специалистов. К счастью, мы не испытываем недостатка в кадрах. Разумеется, кадровая проблема, как правило, заключается не столько в количестве врачей, сколько в их качестве – создать идеальный коллектив, где каждый будет «звездой», сложно, однако у нас собран крепкий костяк профессионалов, основу которого составляют опытные врачи и сотрудники кафедр, обучающие молодых докторов».

Присоединение родильных домов к больницам и затем включение в этот комплекс женских консультаций кардинально изменило алгоритм ведения пациентки на всех этапах беременности, считает Габриелян: «Это совершенно другой уровень преемственности. Ситуация, когда женская консультация отвечала за одно, родильный дом – за другое, больница – за третье, ушла в прошлое. Теперь путь будущей мамы от женской консультации до родильного дома проходит в рамках одной организации. Мы знаем, чем

болеет пациентка, что с ней происходило за время беременности, и это сказывается на результате. Сегодня все врачи стационара ощущают ответственность за будущую мать с момента ее обращения в женскую консультацию. Она уже наша пациентка, и мы отвечаем за нее всем коллективом. Объединение значительно облегчило работу и врачу женской консультации, он получил возможность общаться напрямую с коллегами из стационара и оперативно решать все проблемы. Мы можем использовать все ресурсы больницы для оказания медицинской помощи каждой пациентке, что значительно увеличило эффективность нашей работы. А результатом этого является благополучное родоразрешение, счастливая мама и здоровый малыш».



Отделение реанимации оснащено необходимым оборудованием

учреждения. Разумеется, право выбора родильного дома по-прежнему остается за пациенткой. Но сейчас у нее есть возможность пройти этот путь в рамках одной медицинской организации, то есть с первой консультации до родов женщины остаются в зоне ответственности одного коллектива».

«Оплата услуг объединения проходит в рамках ОМС, – добавила Полонская, – поэтому прикрепиться к женской консультации может любая пациентка, имеющая полис ОМС, и в этом случае она пройдет весь путь

беременности в системе больницы им. А.К. Ерамишанцева, от первой консультации до благополучных родов, абсолютно бесплатно».

В состав больницы входят два родильных дома, один из которых находится непосредственно на территории многопрофильной больницы.

«Специалисты больницы не первый год работают с беременными с экстрагенитальной патологией. Им хорошо знакомы особенности течения беременности у женщин с различными заболеваниями, – пояснила Полонская. – Случаев, когда наши специалисты не могут оказать компетентную помощь, практически нет».

«В течение беременности могут возникнуть проблемы различного характера, – добавила руководитель амбулаторно-гинекологической службы, – преимущественность, когда врач из женской консультации знает врачей из родильного отделения и стационара, чрезвычайно важна. Мы постоянно общаемся друг с другом, еженедельно встречаемся на больничных советах, обсуждаем текущие

В течение беременности могут возникнуть проблемы различного характера

По словам руководителя амбулаторно-гинекологической службы ГКБ им. А.К. Ерамишанцева Лусине Полонской, в новых структурных подразделениях больницы еженедельно проводится прием примерно 9 тыс. беременных женщин и пациенток с гинекологическими заболеваниями. «Ранее, – отметила Полонская, – после посещения консультации пациентка отправлялась на скрининговое обследование, которое, как правило, проходило в другой медицинской организации, далеко не всегда входившей в состав нашей службы. Если раньше женщина консультировалась у специалистов – эндокринологов, стоматологов, офтальмологов – в поликлиниках на общих основаниях, то теперь прием организован в рамках одного медицинского



**НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА**

**Осуществляет
комплексные научные
исследования по оценке
результативности
деятельности учреждений
здравоохранения**



СЕРГЕЙ ТИМОНИН
ЭКСПЕРТ ОТДЕЛА ДЕМОГРАФИИ,
КАНДИДАТ ГЕОГРАФИЧЕСКИХ НАУК:

“ Анализ и прогнозирование демографических процессов является важными инструментами, позволяющими объективно оценивать состояние здоровья населения и в определенной степени эффективность деятельности системы здравоохранения

- Анализ и прогнозирование демографических процессов в Москве
- Внедрение научно обоснованных методов оценки заболеваемости и смертности населения для принятия взвешенных управленческих решений.
- Проведение статистических и аналитических исследований в области демографии и здоровья населения
- Оценка взаимного влияния демографических и социальных факторов на эффективность деятельности системы и организации здравоохранения

+7 (495) 951-20-54
niiozmm@zdrav.mos.ru
115184, Москва,
Большая Татарская, 30
www.niioz.ru



**ПРИ НЕОБХОДИМОСТИ
НЕОНАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
МАЛЕНЬКИЕ ПАЦИЕНТЫ
ПЕРЕВОДЯТСЯ В СПЕЦИАЛЬНУЮ
МЕДИЦИНСКУЮ ОРГАНИЗАЦИЮ,
И В ЭТОМ СЛУЧАЕ НАША ЗАДАЧА
– СТАБИЛИЗИРОВАТЬ МАЛЫША
И ПОДОБРАТЬ ОТДЕЛЕНИЕ, ГДЕ
ОН ПОЛУЧИТ МАКСИМАЛЬНО
ЭФФЕКТИВНУЮ ТЕРАПИЮ**

вопросы, начиная от хозяйственных проблем, заканчивая особенностями лечения тяжелых пациенток. Карта ведения беременных является общей для всех этапов беременности, поэтому любой врач точно знает, какой путь прошла его подопечная. Пациентка попадает в поле зрения наших специалистов еще на этапе планирования беременности. Специалистами Центра планирования семьи и репродукции проводится подготовка к беременности и наблюдение женщин с акушерско-гинекологическими проблемами: невынашиванием, бесплодием, болезнями почек, эндокринными и другими заболеваниями».

Организована маршрутизация пациенток в рамках одного лечебного учреждения

«Родильный дом № 11, ставший Родильным отделением №2 больницы им. А.К. Ерамишанцева, был присоединен к больнице в ходе реализации первого этапа создания общего центра три года назад», – сообщила заведующая отделением Ольга Билявская. В настоящее время в этом отделении ежегодно принимается около 4,5 тыс. родов. «Несмотря на то что мы географически находимся не на территории стационара, у нас есть все необходимое для оказания высококвалифицированной медицинской помощи как женщинам, так и новорожденным детям, – отметила она, – однако присоединение к стационару позволило использовать все мощности большой многопрофильной больницы, откуда, в случае необходимости, могут быть вызваны специалисты самого разного профиля».

«В 2012 году, – напомнила Билявская, – Россия перешла на новые критерии живорожденности – со сроком гестации 22 нед и весом 500 г. В соответствии с этим все родильные дома были оснащены отделениями реанимации с необходимым оборудованием и квалифицированным

персоналом, так что теперь мы всегда готовы к появлению детей с самым маленьким сроком гестации. В этом году у нас родились младенцы весом 580 г и 700 г. После оказания необходимой помощи они были переведены на второй этап выхаживания. При необходимости неонатологической помощи маленькие пациенты переводятся в специальную медицинскую организацию, и в этом случае наша задача — стабилизировать малыша и подобрать отделение, где он получит максимально эффективную терапию».

Одним из серьезных достижений стационара стала организация отделения пренатальной диагностики на базе Родильного отделения №2. «Многие проблемы во время беременности можно выявить с помощью проведения качественного пренатального скрининга, – пояснила Билявская. – Изначально кабинеты были организованы при четырех амбулаторно-поликлинических центрах, теперь, с переводом услуги на базу роддома, пациентка попадает в единое информационное пространство, позволяющее прогнозировать и предупреждать осложнение беременности».

Создание отделения пренатального скрининга как подразделения стационара было одним из важнейших шагов в процессе реорганизации, дополнила Полонская: «Создавая это отделение, мы собрали в единое целое разрозненные кабинеты пренатального скрининга, оснастили аппаратами экспертного класса и пригласили лучших специалистов ультразвуковой диагностики. Это позволило не только многократно увеличить скорость получения информации, но и предоставило возможность пациентке быстро пройти повторную диагностику в случае необходимости. Нынешняя маршрутизация обеспечила максимальную доступность для беременных и улучшила качество оказания медицинской помощи».

С КАКОЙ ЦЕЛЬЮ МЫ ОПРЕДЕЛЯЕМ УРОВЕНЬ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ?

М.С. САВЕНКОВА, А.В. БУЛЛИХ, Г.И. ИВАНОВА, И.Е. КОЛТУНОВ. ТРУДНЫЙ ДИАГНОЗ В ПЕДИАТРИИ. 2017. №5.

Диагностика уровня иммуноглобулинов за последние годы стала для врачей практически рутинным анализом. Однако следует помнить, что для определения иммуноглобулинов затрачивается немалое количество материала, денег, рабочего времени сотрудников в лаборатории и, наконец, крови пациентов. А неплохо бы задуматься: с какой целью врачи назначают данное исследование? Какие к нему показания?

В связи с этим был проведен анализ 148 историй болезни детей находящихся на лечении в Морозовской ДГКБ ДЗМ, которым было выполнено настоящее исследование, и сделаны соответствующие выводы. Но сначала общая информация.

Общая информация

Иммуноглобулины – гликопротеины, играющие важную роль в работе иммунной системы. На сегодняшний день насчитывается 5 классов иммуноглобулинов (IgA, IgG, IgM, IgE, IgD), которые отличаются по своей структуре и функциям. Концентрация иммуноглобулинов позволяет оценить потенциал гуморального иммунитета. Иммуноглобулины вырабатываются плазматическими клетками (зрелыми В-клетками) в ответ на воздействие антигенов различных бактерий, вирусов, грибов, паразитов, органических веществ. При первичном инфицировании (или воздействии на организм чужеродных веществ) иммунная система распознает их и стимулирует плазматические клетки к выработке антител, которые связывают и нейтрализуют антигены. Иммунная система способна запоминать антиген, с которым ранее контактировала, а при повторном

поступлении вырабатывается большое количество иммуноглобулинов, препятствуя реинфицированию и развитию болезни.

Иммуноглобулин М (IgM) – класс иммуноглобулинов, обеспечивающих преимущественно первичный иммунный ответ – это маркер инфекции, которая только что была перенесена, или активации хронической инфекции. На иммуноглобулины класса М приходится 5–10% от общего количества иммуноглобулинов сыворотки крови. Они относятся к эволюционно более древнему классу антител. Границы концентрации, начиная с 12 лет, составляют 0,5–2,0 мг/мл. Иммуноглобулин М (IgM) является пентамером, состоит из пяти субъединиц, каждая из которых имеет по два антигенсвязывающих центра. Данный класс иммуноглобулинов называют макроглобулинами (их молекулярная масса около 900 кДа), их мало попадает в ткани, они не способны проникать через плаценту

от матери к плоду. Период их полураспада составляет около 5 сут. Специфические IgM вырабатываются в ответ на воздействие определенного антигена и делают это на несколько дней раньше, чем IgG, их количество увеличивается в первые две недели после инфицирования и постепенно снижается до полного исчезновения. Затем IgM сменяется IgG, чем обеспечивается длительная защита от инфекции.

Значительное повышение концентрации IgM в крови наблюдается при ряде инфекций у взрослых и детей. Материнские IgM не могут проникать к плоду, в то же время плод способен вырабатывать антитела этого класса. Через 1–3 мес после рождения уровень IgM увеличивается до 60–65%, а в возрасте 1–2 лет нередко достигает уровня взрослого человека. Однако в этом возрасте возможны значительные колебания, и в возрасте 6–9 лет он стабилизируется и становится равным уровню взрослого (табл. 1, 2).

Иммуноглобулин G (IgG) относится к гуморальным факторам иммунитета. Начиная с возраста 12 лет, границы концентрации IgG у здоровых составляют 5,3–16,5 мг/мл. У новорожденных детей – от момента рождения – уровень иммуноглобулина такой же, как у взрослых, затем через 1–2 мес понижается до 30–40% исходного, достигает максимума к 6 мес (45%), к 8–10 мес – 62%, к 6 годам – 90% и лишь к 9–12 годам становится равным взрослому человеку. Период полураспада – 23–25 дней. Молекулярный вес небольшой – 150 кДа.

Среди всех классов иммуноглобулинов в количественном отношении доминируют IgG. Биологическая роль IgG разнообразна. Антитела класса IgG играют основополагающую

роль в обеспечении длительного гуморального иммунитета при инфекционных заболеваниях и образовании комплекса «антиген-антитело». Они способствуют нейтрализации бактериальных экзотоксинов, фагоцитозу, фиксации комплемента, участвуют в аллергических реакциях. При дефиците IgG ослабевает сопротивляемость к инфекциям.

Иммуноглобулины G имеют небольшой молекулярный вес и (единственные из всех иммуноглобулинов) могут проникать через плаценту от матери к плоду. У новорожденного могут содержаться только материнские IgG, которые исчезают через несколько месяцев.

Отклонение уровня IgG отражает состояние иммунной системы. Повышенные уровни в сыворотке крови выявляются при различных заболеваниях (острые и хронические инфекции), соматических и аутоиммунных (пиелонефрит, ревматоидный артрит, системная красная волчанка). Понижены IgG при нефритическом синдроме (табл. 3, 4).

Иммуноглобулин A (IgA) составляет около 10–15% всех антигенов сыворотки крови, период полужизни около 5 дней. В виде димера секреторный иммуноглобулин A находится в слюне, слезах, носовых выделениях, молозиве и грудном молоке, поте, секретах легких, мочеполовых путей, желудочно-кишечного тракта. Поэтому IgA является главным фактором специфической защиты слизистых оболочек дыхательных, мочевых путей, желудочно-кишечного тракта от инфекции.

Повышение значений	Снижение значений
Острая вирусная инфекция. Ранние признаки бактериальной и паразитарной инфекции. Аутоиммунные заболевания. Макроглобулинемия Вальденстрема. Гипер IgM-синдромы	Транзиторная гипогаммаглобулинемия у детей. Общая переменная иммунная недостаточность. Селективный дефицит IgM. Прием декстрана, препаратов золота. Лимфома. Потери белка при гастроэнтеропатиях, ожогах. Агаммаглобулинемия (болезнь Брутона)

Повышение значений	Снижение значений
Хронические инфекции. Аутоиммунные заболевания. Саркоидоз. Муковисцидоз. Хронические поражения печени (гепатит, цирроз). Множественная миелома. Хронический гранулематоз	Селективный дефицит IgG. Новообразования лимфатической системы, лимфопролиферативные заболевания. Гипер-IgM-синдром. Общая переменная иммунная недостаточность. Потери белка при энтеро- и нефропатиях. Лечение иммунодепрессантами, цитостатиками. Облучение ионизирующей радиацией. Атопический дерматит и другие аллергические заболевания. Наследственная мышечная дистрофия. Транзиторная гипогаммаглобулинемия или медленный иммунологический старт (МИС-синдром) – у грудных детей. Агаммаглобулинемия (болезнь Брутона). Синдром Вискотта–Олдрича. ВИЧ-инфекция

Возраст	Величина, мг/дл
0–1 мес	6–24
1–3 мес	20–90
3–12 мес	30–98
1–3 года	36–142
3–5 лет	45–161
5–10 лет	45–190
10–12 лет	39–190
12–15 лет	45–200
15–16 лет	47–228
16 лет и более	40–230

Возраст	Величина, мг/дл
0–1 мес	614–1536
1–3 мес	200–693
3–12 мес	187–660
1–3 года	275–1020
3–5 лет	403–1008
5–10 лет	422–1090
10–12 лет	441–1190
12–15 лет	605–1230
15–16 лет	583–1507
16 лет и более	700–1600

Таблица 5. Значения IgA	
Повышение значений	Снижение значений
Инфекции респираторных путей, желудочно-кишечного тракта, мочеполовые инфекции. Хронические гнойные инфекции, в том числе дыхательных путей (астма, туберкулез). Аутоиммунные заболевания (ревматоидный артрит на ранних стадиях). Множественная миелома (IgA-тип). Муковисцидоз. Энтеропатии. Болезнь Берже (IgA-нефропатия). Синдром Вискотта–Олдрича	Дефицит синтеза IgA. Атаксия-телеангиэктазия (синдром Луи-Бар). Новообразования лимфатической системы, лимфопролиферативные заболевания. Потери белка при энтеро- и нефропатиях. Лечение цитостатиками, иммунодепрессантами. Агаммаглобулинемия (болезнь Брутона). Прием декстрана, метилпреднизолона, эстрогенов, карбамазепина, вальпроевой кислоты, препаратов золота

Таблица 6. Содержание IgA в сыворотке крови в норме	
Возраст	Величина, мг/дл
0–1 мес	1,4–5,0
1–3 мес	2,9–48,0
3–12 мес	6,7–74,0
1–3 года	14–92,0
3–5 лет	15–119,0
5–10 лет	22–119,0
10–12 лет	25–148,0
12–15 лет	30–198,0
16 лет и более	70–400,0

Секреторный компонент – небольшой полипептид – 60 кДа. Границы концентрации IgA в сыворотке крови, начиная с 15 лет, составляют 0,8–4,0 мг/мл. Уровень общего IgA у новорожденных в крови составляет около 1% от взрослых. В возрасте 1–3 мес он обычно достигает 14%, в 4–5 мес – 28%, 8–24 мес – 40%, 6 лет – 65%, 9 лет – 75%, 12–13 лет – 90–100% от уровня взрослого человека (15–45 лет). Результаты определения концентрации общего IgA могут быть использованы для дифференциальной диагностики целого ряда заболеваний (табл. 5, 6).

Имуноглобулин E (IgE, total)

Имуноглобулин E фиксируется на тучной клетке, вызывая ее дегрануляцию из гранул гистамина и других медиаторов.

В свою очередь, в очаг дегрануляции привлекаются эозинофилы, с другой – создаются условия для повышения проницаемости капилляров и поступления в ткани антител и клеток-эффекторов. Уровни IgE в организме в значительной степени определяются генетическими факторами. Стойкое повышение IgE происходит в условиях длительного поступления в организм относительно небольших количеств антигена, однако сенсибилизация может длительно сохраняться в отсутствие антигена. Уровень IgE минимален при рождении ребенка, повышается до максимума около 50 МЕ/мл в возрасте 13–15 лет. Повышение уровня IgE обычно наблюдается у больных с atopическими или аллергическими заболеваниями, инфекционными заболеваниями, кандидомикозами, болезнями иммунной системы, гельминтозами. Снижение концентрации IgE в крови отмечено при прогрессирующих опухолях и определенных разновидностях агаммаглобулинемии (табл. 7, 8).

Имуноглобулин D (IgD) составляет менее 1% всех иммуноглобулинов плазмы, но представлен на мембране многих В-клеток совместно с мономерным IgM. О нем известно немного, функции до конца не ясны, и вопрос его участия в иммунных реакциях остается открытым. Предположительно, он участвует в антигензависимой дифференцировке лимфоцитов.

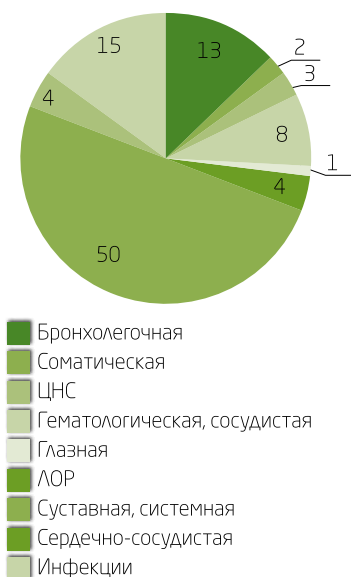
Таблица 7. Значение IgE	
Повышение значений	Снижение значений
Атопические заболевания. Гельминтозы. Инфекционный мононуклеоз. Селективный дефицит IgA. Целиакия. Буллезный пемфигоид. Синдром гипер-IgE (синдром Джоба)	Селективный дефицит IgE. Нефротический синдром. Энтеропатия с потерей белка. Атаксия-телеангиэктазия

Таблица 8. Содержание общего IgE в сыворотке крови в норме	
Возраст	Величина, МЕ/мл
0–6 мес	0–0,5
6–24 мес	0,6–9,6
2–5 лет	1,6–33,0
5–8 лет	0,8–52,0
8–12 лет	0,7–86,0
12–16 лет	1,3–70,0
взрослые	0–100,0

Значение изменения уровня общих иммуноглобулинов

Незначительное снижение концентрации одного или всех классов иммуноглобулинов до погранично низких значений в подавляющем большинстве случаев является транзиторным, обратимым и клинически несущественным. В случае если такое снижение уровня иммуноглобулинов сопровождается изменениями и других иммунологических

Рис 1. Основная патология, при которой определяли значения иммуноглобулинов (n=148), %



показателей (снижением количества CD3⁺, CD4⁺-лимфоцитов, натуральных киллеров, функциональной активности фагоцитов), это расценивается как показатель ослабления противoinфекционной защиты организма.

Хронические инфекционно-воспалительные процессы сопровождаются незначительным или умеренным снижением концентрации иммуноглобулина А (IgA) в крови. Незначительное или умеренное снижение в крови концентрации иммуноглобулина М (IgM) у лиц пожилого возраста следует рассматривать как возрастную особенность, а не как признак патологии.

Наиболее часто выявляемым типом дисгаммаглобулинемии является превышение иммуноглобулина М (IgM) над иммуноглобулином А (IgA) в 2,5 и более раза, что может сопровождаться незначительным снижением или снижением до нижней границы нормы концентрации иммуноглобулина А (IgA) и/или иммуноглобулина G (IgG). Такие изменения свидетельствуют о наличии острого/подострого инфекционно-воспалительного процесса.

Клиническая трактовка других типов дисгаммаглобулинемии зависит от диагноза и клинического состояния пациента.

Критериями иммунодефицитных состояний являются (в случае обнаружения при первичном обследовании и подтверждения при повторном) снижение суммарной концентрации иммуноглобулинов (IgG+IgA+IgM) до 4 г/л и ниже или снижение концентрации иммуноглобулина G (IgG) до 2 г/л и ниже. У детей младшего возраста является основанием для подозрения на врожденный первичный иммунодефицит (транзиторную младенческую гипогаммаглобулинемию), у детей старше 4 лет и пациентов молодого возраста (до 30 лет) – врожденный (общевариабельный иммунодефицит) или вторичный иммунодефицит (особенно у пациентов с потерей белка).

Для выяснения характера изменений иммунограммы, правильного и своевременного использования полученной информации для применения в клинической практике нами проведен анализ историй болезни детей в МДГКБ. Анализ проводился совместно с сотрудниками лаборатории.

Результаты анализа историй болезни в МДГКБ

Всего было проанализировано 148 детей в возрасте от периода рождения до 15 лет, которым было проведено исследование иммуноглобулинов крови. В МДГКБ определение иммуноглобулинов IgA, IgM, IgG осуществляется иммунотурбидиметрическим методом на анализаторах Вестман Coulter серии AU и иммуноглобулина IgE – иммунохемилюминесцентным методом на анализаторе Dxl 800 Вестман Coulter (табл. 9). Большинство детей, у которых определяли иммуноглобулины, были старше 1 года.

Наибольшее количество больных (50%), у которых определяли данные показатели, – это дети с патологией суставов (реактивные артриты, идиопатические ревматоидные артриты); а также инфекционная (15%) и бронхолегочная патология (13%). В остальных отделениях больницы необходимость определения иммуноглобулинов была значительно ниже (рис. 1).

В соответствии с принятыми нормами для детей проводилось изучение повышенных и пониженных значений (относительно референсных значений), представленных выше. Оказалось, что пониженных значений выявлено не было. Колебания иммуноглобулинов представлены в табл. 10.

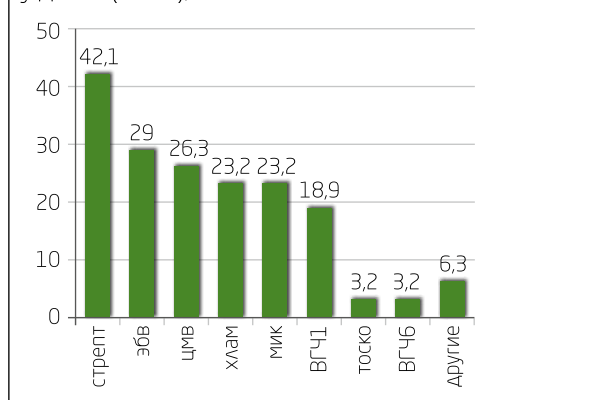
Повышенные значения IgG были выявлены у 116 (78,4%) детей, IgM – у 59 (39,9%), IgA – у 59 (39,9%).

Как видно из табл. 10, повышенный уровень IgG у детей разных возрастов превалирует практически во всех возрастных группах, тогда как для IgA и IgM выявлены менее значимые

Таблица 9. Возраст детей (n=148)

Возраст детей (148; 100%)						
Возраст, годы	До 1 года	1–3 года	3–6 лет	6–9 лет	9–12 лет	> 12 лет
Количество, %	9; 6	26; 17,6	31; 20,9	27; 18,2	26; 17,6	29; 19,6

Рис. 2. Выявленная инфекционная патология у детей (n=95), %



колебания. Повышенные уровни иммуноглобулина М (IgM) преобладают у детей первых 6 лет жизни и, очевидно, обусловлены первичным инфицированием.

Из 148 детей у 95 (64,2%) была доказана инфекционная патология (по наличию специфических иммуноглобулинов, а также АСЛ-О). Однако инфекционные заболевания, к сожалению, не были отмечены в диагнозе у многих детей. Это обстоятельство в дальнейшем отражается и на лечении (рис. 2).

Из 95 детей практически у половины была выявлена смешанная инфекционная патология – у 45 (47,4%). Из бактериальных возбудителей наиболее часто определялись маркеры стрептококка (47,4%). Герпетическая инфекция была выявлена у 1/3–1/4 детей: ЭБВ (29%), ЦМВ (26,3%), ВГЧ1 (18,9%); внутриклеточные инфекции – хламидии и микоплазмы соответственно у 23,2% и 23,2% детей. Редко определялись токсоплазмы – 3,2% и герпес 6 типа (3,2%). Преобладали острые формы (или обострение инфекции).

Анализ изучаемых историй болезни показал, что не все дети после выявленной инфекции получали этиотропную терапию. Коротко приведем примеры историй болезни детей, у которых было проведено определение иммуноглобулинов и выявлены острые инфекции.

1. Ребенок 11 лет. Диагноз: артрит правого голеностопного сустава. Выявлена острая микоплазменная инфекция, которая

не была вынесена в диагноз, соответственно, нет и рекомендаций по лечению и наблюдению.

2. Девочка, 8 лет. Диагноз: правосторонний острый средний отит, мастоидит, субпериостальный абсцесс, правосторонняя верхнедолевая пневмония. Выявлена острая микоплазменная инфекция, которая нигде не была отмечена и пролечена.

3. Девочка 12 лет. Диагноз: хронический гайморит. Выявлена смешанная вирусно-бактериальная инфекция, в том числе Эпштейна–Барр-вирус (ЭБВ) – острая форма. Однако лечения данной инфекции не было. Выявлена острая микоплазменная инфекция, *S.pneumoniae*. В данной истории нет лечения микоплазменной инфекции, рекомендаций по дальнейшему наблюдению и контролю за инфекциями.

Заключение

Определение общих иммуноглобулинов у детей является методом, который прочно вошел в клиническую практику и на сегодняшний день относится к скрининговым. Понижение или повышение уровня общих иммуноглобулинов у детей требует дальнейшего обследования. Наиболее часто изменения количественного состава общих иммуноглобулинов в клинической практике у детей отражают инфекционные процессы. Однако, как показал проведенный анализ историй болезни, его выполнение показано тем детям, у которых подозревается какая-либо инфекция (острая или обострение хронической). Как правило, повышенные титры антител IgG, IgM и IgA являются отражением повышенных уровней каких-либо специфических антител и свидетельствуют о течении заболевания.

В связи с этим целесообразно проводить следующий комплекс обследования и лечения при получении повышенных титров IgM и IgG антител.

1. Исключать герпесвирусные заболевания (ВГЧ1, ВГЧ2, ВГЧ4, ВГЧ5), внутриклеточные (хламидии и микоплазмы), а также АСЛ-О.

2. При выявлении инфекции (особенно острых форм заболевания) необходимо назначение этиотропной терапии (как антибактериальной, так и антигерпетической).

3. Следовательно, необходимы рекомендации по дальнейшему наблюдению за такими детьми и проведение серологического контроля амбулаторно через 2–3 мес.

Таблица 10. Повышенные значения (IgG, IgM, IgA) у детей в зависимости от возраста, количество детей (%)

Возраст	IgG	IgM	IgA
До 1 года (n=9)	8 (88,8)	7 (77,7)	4 (44,4)
1–3 года (n=26)	13 (50)	15 (57,7)	10 (38)
3–6 лет (n=31)	26 (83,8)	13 (41,9)	8 (25,8)
6–9 лет (n=27)	24 (88,8)	6 (22,2)	15 (55,5)
9–12 лет (n=26)	24 (92,3)	10 (38,5)	14 (53,8)
>12 лет (n=29)	21 (72,4)	8 (27,6)	8 (27,6)

САМЫЙ СВЕТЛЫЙ И СОВРЕМЕННЫЙ

В этом году Акушерскому филиалу №1 Городской клинической больницы №13 Москвы исполнилось 80 лет. Все эти годы «роддом на Шарикоподшипниковской» был первым в Москве по многим показателям – современности, уникальности проводимого лечения, профессионализму медицинского персонала.

АВТОР НАИЛЯ САФИНА, ПРЕСС-СЕКРЕТАРЬ ГКБ №13 ДЗМ



**Главный врач ГКБ №13,
заслуженный врач России
Леонид Аронов:**

«Наша многопрофильная больница была готова к присоединению родильного дома №15 в силу того, что мы давно специализируемся на выхаживании недоношенных детей. По сути, уже более полувека назад она стала базой для развития научного направления по разработке методов выхаживания недоношенных детей. Бесценный опыт специалистов 13-й больницы в выхаживании недоношенных детей и применение современных лечебно-диагностических методик расширили возможности присоединенного роддома, сделав его, по существу, полноценным перинатальным центром».

По 33 малыша в сутки

Москва, 30-е годы XX века. Это время всплеска рождаемости в СССР и, прежде всего, в столице огромной страны. Роддомов не хватает, поэтому московские власти начинают их массовое строительство по улучшенным проектам. Первым открыл двери новый роддом №15 на Шарикоподшипниковской улице, который с 1937 г. принимает московских рожениц, а в настоящее время – будущих мам из всех регионов России. Само здание и его внутренние помещения представляли образец самого продвинутого на то время родовспомогательного учреждения. Большие светлые палаты на 6–10 коек, просторные коридоры, родильные залы и операционные соответствовали наиболее современным нормам того времени.

Трудно представить, но в первые годы в новом роддоме рождались до 12 тыс. малышей в год – по 33 в сутки! В Великую Отечественную роддом превратился в военный госпиталь, но уже в 1947 г. здесь вновь прозвучал громкий первый крик новорожденного.

В 1986 г. роддом на Шарикоподшипниковской был специализирован под сложнейшую проблему акушерства – лечение невынашиваемости беременности и прием преждевременных родов, оказание медицинской помощи женщинам с синдромом потери плода, выхаживание новорожденных с экстремально низкой массой тела до 1000 г. В те годы сюда везли всех беременных с тяжелейшими акушерскими патологиями, причем не только с преждевременными родами. Персонал высочайшей квалификации творил чудеса, сохраняя жизнь, казалось бы, совсем безнадежным детям.

В 1993 г. в родильном доме №15 было открыто детское реанимационное отделение на шесть коек с ультрасовременным для того времени реанимационным оборудованием. Совместно с отделом физиологии и патологии новорожденных Московского НИИ педиатрии и детской хирургии Минздрава России роддом начал подготовку



В роддоме №15 начали учить персонал других роддомов спасать новорожденных, родившихся в критическом состоянии



Здесь впервые стали выхаживать младенцев с массой тела до 1000 г

квалифицированных кадров для детских и детских реанимационных отделений. На его базе был организован городской Центр по подготовке персонала родильных домов к оказанию первичной реанимационной помощи новорожденным, родившимся в критическом состоянии.

Затем роддом №15 сменил название – с 2014 г. он является Акушерским филиалом №1 Городской клинической больницы №13 Департамента здравоохранения Москвы, которую возглавляет заслуженный врач Российской Федерации Леонид

Аронов. В филиале работают 94 врача, из них 47 имеют высшую квалификационную категорию, 12 – первую, один имеет степень доктора медицинских наук. Возглавляет коллектив врач высшей квалификационной категории Елена Швырева. С 2016 г. родильный дом является базой кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии Сеченовского университета (ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России), заведующий кафедрой – академик РАН профессор Александр Стрижаков.

Акушерский филиал №1 работает по программе грудного вскармливания ВОЗ/ЮНИСЕФ и удостоен звания «Больница доброжелательного отношения к ребенку».



В ВЕЛИКУЮ ОТЕЧЕСТВЕННУЮ РОДДОМ ПРЕВРАТИЛСЯ В ВОЕННЫЙ ГОСПИТАЛЬ, НО УЖЕ В 1947 Г. ЗДЕСЬ ВНОВЬ ПРОЗВУЧАЛ ГРОМКИЙ ПЕРВЫЙ КРИК НОВОРОЖДЕННОГО

Новые возможности

В настоящее время Акушерский филиал №1 ГКБ №13 – один из немногих родильных домов в Москве, который специализируется на ведении родов через естественные родовые пути женщин с рубцом на матке. Тактика ведения родов – свободная. Женщине разрешается принимать то положение, в кото-

ром она чувствует себя наиболее комфортно. Кровати-трансформеры позволили улучшить качество вертикальных родов, которым в последнее время отдают предпочтение значительное количество пациенток. Предродовые палаты, родильные залы и индивидуальные боксы оснащены всем необходимым оборудованием для комфортного и безопасного их проведения. Сразу после родов новорожденного выкладывают маме на живот. Пуповину пересекают после окончания пульсации. К груди малышку прикладывают в родильном зале после осмотра неонатологом, который присутствует при родах.

В послеродовом отделении на 70 коек созданы условия для совместного пребывания матери и



Костя Цзю с ребенком (в центре) и его супруга (во втором ряду) с коллективом Центра восстановительного лечения детей

Заведующая Центром восстановительного лечения детей до трех лет кандидат медицинских наук Елена Балашова:

РОЖДЕНИЕ В 2015 И 2016 ГОДАХ ДВОИХ ДЕТЕЙ В СЕМЬЕ ВЕЛИКОГО СПОРТСМЕНА, ТИТУЛОВАННОГО БОКСЕРА КОСТИ ЦЗЮ СОВПАЛО СО СТАНОВЛЕНИЕМ НАШЕГО ЦЕНТРА. ДА, МЫ НАБЛЮДАЕМ ДЕТЕЙ КОСТИ ЦЗЮ, И, СОГЛАСИТЕСЬ, ЕСЛИ ЕГО СЕМЬЯ ДОВЕРИЛА НАМ И ВТОРОГО СВОЕГО РЕБЕНКА, ТО ДЛЯ НАС, СПЕЦИАЛИСТОВ, ЭТО ГОВОРIT О МНОГОМ!

новорожденного, постоянного и тесного контакта между ними. При таком размещении родильница активно участвует в уходе и наблюдении за своим малышом. Это очень важно для становления лактации и очень хорошо влияет на психоэмоциональное состояние женщины, становление и усиление чувства материнства.

Отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных сохранило свое число мест, оно оснащено современным диагностическим и лечебным оборудованием, позволяющим оказывать экстренную специализированную помощь недоношенным новорожденным, в том числе тем, вес которых при рождении чуть больше 500 г.

Отделение патологии беременных на 60 коек, предназначенное для пациенток, которые имеют различные

проблемы с беременностью, располагает одно-, двух-, трехместными палатами для комфортного пребывания и лечения. Имеется современное оборудование для круглосуточного контроля за состоянием малыша. Помимо этих подразделений, филиал включает в себя акушерское отделение №2 на 20 коек, отделение новорожденных и недоношенных детей на 100 коек, отделение анестезиологии и реанимации на три койки.

Преимущества объединения

Вхождение в состав ГКБ №13 увеличило консультационные, диагностические и лечебные возможности «роддома на Шарикоподшипниковской», как его до сих пор называют местные жители. Больница №13 является университетской клиникой Российского национального



БИОГРАФИЯ

Костя Цзю,

родился 19 сентября 1969 года. Советский, российский и австралийский боксер (первый полусредний вес), тренер по боксу, продюсер, общественный деятель. Трехкратный чемпион СССР, двукратный чемпион Европы и чемпион мира среди любителей, чемпион мира среди профессионалов по версиям WBC/WBA/IBF.

исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова (ФГБОУ ВО РНИМУ им. И.Н. Пирогова Минздрава России), сотрудничает с Российским университетом дружбы народов. В ходе активной модернизации в больнице была создана одна из лучших диагностических баз в Москве: компьютерные и магнитно-резонансные томографы, ангиограф, маммограф, цифровые рентген-установки, ультразвуковые аппараты последнего поколения, эндоскопическое оборудование, первоклассная клиничко-диагностическая лаборатория. Это позволило акушерскому филиалу использовать широчайший спектр самых современных диагностических и лечебных процедур. Больница располагает более чем двадцатью прекрасно оснащенными операционными, в которых выполняются около 14 тысяч операций в год. ГКБ №13 располагает отделениями неонатологии и детской реанимации для выхаживания недоношенных детей, которое было открыто в 1963 г. Это было первое в Москве специализированное отделение на 150 коек для выхаживания малюток, которые родились раньше срока. С 2001 г. в нем функционирует офтальмологическая операционная, в которой ежегодно оперируют около 70 детей с диагнозом «ретинопатия недоношенных». В 2014 г. открылся современный Центр восстановительного лечения детей до трех лет, где наблюдаются новорожденные с различными патологиями и осуществляется диспансеризация здоровых детей до трехлетнего возраста.

Таким образом, объединение ГКБ №13 ДЗМ и родильного дома №15 ДЗМ позволило создать современный перинатальный центр, где преемственность в оказании медицинской помощи матерям и детям и усовершенствование лечебно-диагностического процесса привели к улучшению качества оказания специализированной медицинской помощи населению.

Насте исполнился год

Приведем один пример из повседневного взаимодействия Акушерского филиала №1 и ГКБ №13.

Пациентка К., 39 лет, поступила в родильный дом на сроке 27–28 нед беременности. При поступлении, по данным УЗИ, масса плода составляла 730 г, что

соответствует 24–25-й неделе беременности, норма для данного срока 1100 г. У пациентки крайне отягощенный

акушерско-гинекологический анамнез. Данная беременность – третья, причем первая беременность была внематочной (тубэктомия слева), вторая беременность – замершей на раннем сроке. После этого у пациентки были 10 долгих лет бесплодия, за это время было проведено четыре неудачных попытки ЭКО. Данная беременность наступила самостоятельно.

В родильном доме пациентка наблюдалась больше месяца. За это время проводилось динамическое наблюдение за

состоянием плода – КТГ, доплерометрия, УЗИ, метаболическая терапия и другие мероприятия. На 33-й неделе беременности пациентка родоразрешена по экстренным показаниям со стороны плода. Извлечена живая недоношенная девочка массой 1070 г, длиной 37 см. Норма веса плода для данного срока 2000 г.

Из отделения реанимации роддома ребенок был переведен на второй этап выхаживания в детский корпус ГКБ №13. В настоящее время с пациенткой поддерживается связь. Сейчас Насте исполнился год, ее вес – 6850 г, рост – 69 см, она развивается в соответствии с возрастом.

АКУШЕРСКИЙ ФИЛИАЛ №1 УДОСТОЕН ЗВАНИЯ «БОЛЬНИЦА ДОБРОЖЕЛАТЕЛЬНОГО ОТНОШЕНИЯ К РЕБЕНКУ»



Елена Швырева у операционного стола во время выполнения кесарева сечения

КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

28.08.17

СМЕРТЕЛЬНЫЕ ЯЗВЫ

На клинико-анатомической конференции Департамента здравоохранения города Москвы, прошедшей 28 августа 2017 г., был рассмотрен случай развития гнойно-некротических трофических язв голени у пациентки с сахарным диабетом.

ОТ РЕДАКЦИИ

Напоминаем, что по просьбе Леонида Печатникова редакция публикует выступления докладчиков, максимально сохраняя авторский стиль с тем, чтобы передать атмосферу обсуждения и особенности изложения материала с трибуны.

Конференцию открыл Леонид Печатников, отметив, с одной стороны, типичность клинической ситуации, которую вынесли на обсуждение. С другой стороны – особенности и детали, которые позволили ее выделить в череде других.

Поликлиника ГБУЗ ГКБ им. С.С. Юдина ДЗМ

Клинический разбор открыла заместитель главного врача по поликлинической работе ГКБ им. С.С. Юдина Азиза Чуганова.

– Позвольте представить вам историю болезни пациентки П., 1961 года рождения, на этапе оказания первичной медико-санитарной помощи. Впервые за медицинской помощью в поликлиническое отделение №1 пациентка обратилась 3 октября 2005 г., предоставив выписной эпикриз из НУЗ «Дорожная клиническая больница» г. Воронежа. Там она находилась на лечении с 31 августа по 26 сентября 2005 г. с диагнозом «метаболический синдром, гипертоническая болезнь, сахарный диабет, впервые выявленный, морбидное ожирение». Вес пациентки на тот момент составлял 117 кг.

Врачом-терапевтом она была направлена на консультацию эндокринолога, после осмотра 7 октября 2005 г. составлен план ведения, назначена терапия: глибенкламид 20 мг/сут, метформин 1000 мг/сут. Несмотря на первое упоминание о сахарном диабете (СД) в 1998 г., обследование и лечение не получала.



Динамика гликемии и терапии в период 2005–2016 гг.

Февраль 2006 г.: несмотря на проводимую терапию, уровень гликемии – 16,2 ммоль/л; смена терапии: глипепирид 2 мг/сут, доза метформина повышена до 2000 мг/кг.

Апрель 2006 г.: уровень гликемии – 9,8–10,2 ммоль/л; перевод на инсулинотерапию: гларгин 22 ЕД/сут; глипепирид увеличен до 4 мг/сут, в связи с избыточной массой тела назначен росиглитазон 8 мг/сут. На терапии находилась длительно.

Март 2012 г.: повышение уровня гликемии до 9,1 ммоль/л; изменение терапии: гларгин 22 ЕД/сут, метформин 3000 мг/сут.

2013–2015 гг.: уровень гликемии – 6,5 ммоль/л, 7,9 ммоль/л, 6,9 ммоль/л; гларгин 22–30 ЕД/сут, глипепирид 2–4 мг/сут, метформин 2000 мг/сут.

По словам Азизы Чугановой, несмотря на проводимую терапию и наблюдение эндокринолога, весь период наблюдения с 2005 по 2016 гг. пациентка имела высокую массу тела: 107–118 кг, индекс массы тела 34,5–39,4. За время наблюдения пациентка проходила обследования: уровень мочевины, креатинина, выделительная функция почек, скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по Кокрофту–Голту – в пределах нормальных значений. Однако с первых дней наблюдения у пациентки повышен уровень трансаминаз: 45–76,8 Ед/л (АСТ, 2006–2016 гг.), 45–108 Ед/л (АЛТ, 2006–2016 гг.).

– Повышение трансаминаз является противопоказанием для назначения гиполипидемической терапии, – отметила доктор Чуганова. – При этом уровень холестерина колебался незначительно на всем протяжении наблюдений. За весь период пациентку наблюдали в соответствии со стандартами оказания первичной медико-санитарной помощи.

Со слов Азизы Чугановой, 27 января 2016 г. на приеме у эндокринолога пациентка предъявила жалобу на появление болей и язвенного дефекта около 1 см на большом пальце правой стопы. При этом уровень гликемии зафиксирован на уровне 18,0 ммоль/л.

– Пациентка была госпитализирована в ГKB №61 с направительным диагнозом «Ишемическая язва большого пальца правой стопы, гангрена под вопросом», – продолжила заместитель главного врача. – После выписки она была направлена на консультацию в отделение «Диабетическая стопа» Эндокринологического диспансера ДЗМ. Там 18 марта был поставлен диагноз: СД 2 типа, целевой уровень HbA_{1c} меньше 7%, диабетическая полинейропатия, сенсомоторная форма, дистальный тип, диабетическая макроангиопатия нижних конечностей, хроническая артериальная недостаточность IV степени (по Фонтейну–Покровскому), синдром диабетической стопы, нейроишемическая форма, трофическая язва большого пальца правой стопы, варикозная болезнь нижних

конечностей, хроническая венозная недостаточность II степени. Были даны рекомендации по обследованию и лечению. Сахароснижающая терапия в течение 2016 г. корректировалась эндокринологом практически ежемесячно в связи с нестабильным течением заболевания.



Результаты амбулаторных лабораторно-инструментальных обследований в 2016 г.

Эхо-КГ от 18.02.2016 г.

Уплотнены стенки аорты, створки АоК и МК. Диастолическая дисфункция миокарда ЛЖ по 1-му типу. Глобальная и локальная сократимость миокарда в норме. ФВ 68%.

УЗДГ артерий НК от 04.04.2016 г.

УЗ-признаки стенозирующего атеросклероза артерий НК, гемодинамически значимых нарушений не обнаружено.

УЗДГ артерий НК от 06.10.2016 г.

УЗ-признаки выраженного стенозирующего атеросклероза артерий НК с обеих сторон с гемодинамически значимыми нарушениями в артериях голени и стоп (на ТАС справа скорость кровотока 20 см/с, слева – по коллатералям 20 см/с).

УЗДПГ вен НК от 06.10.2016 г.

УЗ-признаки варикозного расширения ствола БПВ голени и ее притоков, перфорантных вен обеих НК. Признаков тромбоза на момент осмотра не выявлено.

При проведении УЗДГ в 2016 г. выявлены признаки выраженного стенозирующего атеросклероза артерий нижних конечностей (НК) с обеих сторон с гемодинамически значимыми нарушениями в артериях голени и стоп; признаки варикозного расширения ствола большой подкожной вены голени, ее притоков, перфорантных вен обеих НК без тромбоза.

Продолжая разбор, заместитель главного врача Азиза Чуганова отметила:

– 7 июня 2016 г. на приеме у эндокринолога пациентка предъявила жалобы на появление обширного язвенного дефекта на коже правой голени размерами 8x4 см, сопровождающегося болевым синдромом. Уровень гликемии на тот момент составил 8,0 ммоль/л. Со слов пациентки, язвенный дефект появился месяц назад. Она не обращалась за помощью, самостоятельно выполняя повязки с бетадином.

После консультации врача-хирурга была направлена на госпитализацию в отделение гнойной хирургии ГKB №13 с диагнозом «Диабетическая стопа, хроническая атрофическая некротическая язва средней трети правой голени, некротическая язва большого пальца правой стопы». В течение 2016 г.

Динамика гликемии и терапии в 2016 г.

Февраль: уровень гликемии – 9,0 ммоль/л; гларгин 24 ЕД/сут; вилдаглиптин+метформин 100/2000 мг/сут.

Март–июнь: уровень гликемии – 8,0–8,4–8,0 ммоль/л; гларгин 26 ЕД/сут; вилдаглиптин+метформин 100/2000 мг/сут, глибенкламид+метформин 5/1000 мг/сут.

Июль: уровень гликемии – 7,8 ммоль/л; гларгин 32 ЕД/сут; Инсуман® Рапид ГТ 8/6/8 ЕД/сут, метформин 2000 мг/сут.

Сентябрь: уровень гликемии – 7,5 ммоль/л; гларгин 32 ЕД/сут; гликлазид 60 мг/сут, метформин 2000 мг/сут.

Ноябрь: уровень гликемии – 6,0 ммоль/л; гларгин 40 ЕД/сут; Инсуман® Рапид ГТ 10/10/10 ЕД/сут, метформин 2000 мг/сут.



было пять госпитализаций в ГКБ №13. В интервалах между ними пациентка была под наблюдением эндокринолога и хирурга поликлиники, получала лечение согласно рекомендациям врачей стационара.

В поликлиническом отделении пациентка наблюдалась с диагнозом: «СД 2 типа, диабетическая макро-, микроангиопатия, диабетическая полинейропатия, дистальная форма, сенсорный тип, целевой уровень HbA_{1c} меньше 7%, облитерирующий атеросклероз артерий НК, гемодинамически значимый стеноз подколенной артерии правой стопы и артерий голени, варикозная болезнь НК, ХВН VI ст. СЕАР 6S, гнойно-некротические трофические язвы голени. Гипертоническая болезнь II ст., риск сердечно-сосудистых осложнений 4-й степени. Узловой эутиреоидный зоб. Морбидное экзогенно-конституциональное ожирение».

В завершение доклада заместитель главного врача по поликлинической работе ГКБ им. С.С. Юдина Азиза Чуганова сказала:

– Помимо сахароснижающей терапии, пациентка получала гипотензивную терапию, вазодилататоры, НПВС, препараты тиоктовой кислоты, курсы антибактериальных препаратов и гепатопротекторов, местное лечение с йод-повидоном, левомеколем и бетадином. 31 января 2017 г. после осмотра терапевтом была госпитализирована в связи с ухудшением состояния и появлением жалоб на гнойно-некротические изменения на обеих голени.

После выступления докладчика Леонид Печатников уточнил: – Все это время вы наблюдали за уровнем гликемии или за уровнем гликированного гемоглобина тоже?

Получив утвердительный ответ, Леонид Печатников предоставил слово заведующему отделением гнойной хирургии ГКБ №13 Владимиру Оболенскому.

Городская клиническая больница №13

По словам Владимира Оболенского, пациентка П., 55 лет, 1 февраля 2017 г. в очередной раз была госпитализирована в отделение гнойной хирургии с жалобами на наличие болезненных трофических язв обеих голени.

– Со слов больной, начиная с января 2016 г. отмечала появление мелких некротических эрозий на коже голени, – продолжил Владимир Оболенский. – Начиная с марта, образование некротической язвы на задней поверхности правой голени. Если при первом поступлении в 2016 г. была одна небольшая язва на правой голени, в октябре – язвы большого размера на двух голени.

В течение 2016 г. все лабораторные параметры были в пределах нормы, за исключением периодической декомпенсации СД, подъема уровня фибриногена и трансаминаз в июне. Однако в декабре отмечен высокий уровень С-реактивного белка (СРБ), ревматоидного фактора (РФ) и антистрептолизина. У пациентки выявлено стенозирующее поражение артерий



Результаты инструментальных исследований в ГКБ №13 в 2016 г.

УЗАС артерий НК: атеросклеротическое поражение артерий, окклюзия ЗББА и стеноз ПББА с обеих сторон; глубокие и поверхностные вены проходимы с обеих сторон, недостаточности клапанов не выявлено.

УЗИ периульнарных тканей: выявление мелких зон ишемии кожи и подкожной клетчатки; жидкостных скоплений не выявлено; периульнарных артерио-венозных шунтов не выявлено.

МСКТ-ангиография: картина диффузного атеросклероза аорты и артерий НК, гемодинамически значимого стеноза подколенной артерии справа и артерий обеих голени.

голеней, окклюзия задней большеберцовой артерии с обеих сторон и гемодинамически значимый стеноз передних большеберцовых артерий. Кроме того, при проведении МСКТ-ангиографии выявлена окклюзия коленной артерии справа.

– Первой нашей версией была недостаточность кровообращения, в связи с чем больная в течение года получила консультации ангиохирурга.

Далее Владимир Оболенский уточнил, что в июле больная не согласилась на эндоваскулярную реваскуляризацию НК, обещав подумать. Однако при повторных консультациях заключения специалистов трех разных учреждений отличались от первого мнения, посчитав, что показаний к вмешательству нет.



Консультации ангиохирургов и флебологов ГВВ №1, ЭНЦ РАН, ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова и ГКБ им. С.П. Боткина:

ГВВ №1, июнь 2016 г.: рекомендована эндоваскулярная реваскуляризация НК.

ЭНЦ РАН, ноябрь 2016 г.: показаний для реваскуляризации нижних конечностей нет, артериальный кровоток компенсирован; клиническая картина трофических язв обусловлена варикозной болезнью.

ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова и ГКБ им. С.П. Боткина, ноябрь 2016 г.: показаний к реваскуляризации нет, артериальное и венозное кровообращение ног в настоящее время компенсировано.

– В декабре 2016 г., учитывая повышение ревмопроб, проведена консультация ревматолога, – продолжил доктор Оболенский. – Убедительных данных, подтверждающих наличие васкулита, найдено не было. К концу 2016 г. на основании всех полученных данных оставалась диагностическая концепция язвенного поражения обеих голени на

фоне диабетической микро- и макроангиопатии. В течение 2016 г. больная получала терапию различными препаратами, проведен курс гипербарической оксигенации, 7-кратная некрэктомия. Однако за 10 мес наблюдения суммарная площадь трофических язв увеличивалась раз за разом. Больная была выписана 28 декабря 2016 г. с чистыми гранулирующими ранами, болевой синдром и отеки купированы, лабораторные показатели почти все в пределах нормы.

Заведующий отделением гнойной хирургии ГKB №13 продолжил:

– Больная поступила вновь 1 февраля 2017 г. На двух голених обширные, практически циркулярные трофические язвы обеих голени с появлением новых некротических участков по периферии. При поступлении отмечается декомпенсация сахарного диабета, высокий СРБ. Пульсация бедренных артерий сохранена, на подколенной артерии справа – ослаблена; стопы теплые, стопы и голени умеренно отечные. 3 и 13 февраля проведена некрэктомия. Несмотря на проведенную терапию, отмечалась отрицательная динамика в виде появления новых некрозов на обеих голених, выраженный болевой синдром.

Касаясь выбора дальнейшей тактики лечения, Владимир Оболенский отметил:

– Учитывая отрицательную динамику, 17 марта был собран консилиум. Поскольку течение раневого процесса нельзя объяснить артериальной, венозной недостаточностью или диабетической ангиопатией, было принято решение о назначении преднизолона. На фоне терапии кортикостероидами получена положительная динамика: уменьшение болевого синдрома, прекращение прогрессирования критических процессов.

Леонид Печатников уточнил:

– На какой дозе преднизолона появилась положительная динамика?

Владимир Оболенский, уточнив дозу: 90 мг/сут, затем 60 мг/сут внутривенно, продолжил:

– Пришли результаты анализов из Института ревматологии, после чего диагноз был пересмотрен в пользу васкулита.

Результаты анализов из НИИР РАН:

АЦЦП <7,0 (отр.); криоглобулины – отр.; АНФ (Нер-2) = 1/320 sp (полож.).

Заключение ревматолога от 04.04.17: Изолированный кожный васкулит, отягощенный коморбидным состоянием: сахарным диабетом, облитерирующим атеросклерозом артерий конечностей, варикозной болезнью вен НК. Иммунологические нарушения: повышение уровня РФ, АНФ (Нер-2) sp.

Рекомендовано: продолжать эноксапарин по 0,4 мл в день; анализ крови на иммуноглобулины – при нормальном уровне IgA назначить иммуноглобулин человеческого в/в.



Поскольку подтверждений системного васкулита не было, был выставлен диагноз «изолированный кожный васкулит», что соответствовало классификации МКБ-10 «васкулит ограниченной кожи».

Со слов Владимира Оболенского, отрицательная динамика практически всех лабораторных показателей отмечалась в последние три дня. Несмотря на проводимую терапию, нарастали маркеры воспалительной реакции, обсемененность раны.

– 7 апреля состояние больной резко ухудшилось, отмечено нарастание олигоурии. Нефролог расценил лейкоцитоз в моче и появление белка как обострение нефрита с нарастанием почечной недостаточности. В связи с чем в 15.00 больная переведена в реанимацию, – сказал Владимир Оболенский. – Несмотря на проводимую интенсивную терапию, быстро нарастала отрицательная динамика, что потребовало перевода на ИВЛ уже через 20 минут. В 16.15 была проведена сердечно-легочная реанимация, в 16.45 констатирована смерть больной. Заключительный диагноз: «Изолированный кожный васкулит. Обширные гнойно-некротические трофические язвы обеих голених. Хронический пиелонефрит в стадии обострения на фоне сахарного диабета с полиорганными проявлениями, с осложнениями в виде острой почечной недостаточности, водно-электролитных нарушений, интоксикационного синдрома», – завершил доклад доктор Оболенский.

– Вы провели исследование на антинуклеарный фактор, а сколько раз проводили посев крови и прокальцитонинный тест? – уточнил Леонид Печатников.

– Эти исследования мы не проводили, – ответил заведующий отделением гнойной хирургии ГKB №13.

– У пациентки длительное время наблюдались явления диабетической стопы. Довольно типичная ситуация для диабета. У нее был сухой некроз пальца стопы, а дальше появляются трофические язвы на голених, которые довольно быстро нагнаиваются. Вы считаете, что генез этих изменений один и тот же? – задал уточняющий вопрос Леонид Печатников.

– У больной был язвенный дефект с некрозом изначально, но к моменту первого поступления в отделение зажил. Характер этих проявлений был абсолютно разным, – продолжил Владимир Оболенский. – Палец был безболезненным, что часто бывает при диабетической нейропатии. Язва на голени была крайне болезненна. Месторасположение и клинические проявления не характерны для сахарного диабета.

– Каков генез язвенных поражений голени? – спросил Леонид Печатников.

– Первой версией была артериальная недостаточность, учитывая окклюзию подколенной артерии. После появления на второй голени, где окклюзии не было, мы начали искать другую причину.

– Трофические расстройства у диабетиков, если нет сопутствующей венозной недостаточности и ожирения, идут снизу вверх по типу сухой гангрены. Здесь трофические язвы, которые, как вы сами сказали, не похожи на поражения, наблюдаемые при диабете. Каков патогенез образований? – продолжил дискуссию Леонид Печатников.

– Язвы не связаны с венозной недостаточностью, потому что нетипичное расположение, отсутствовали гиперпигментация и гиперкератоз голени. При проведении УЗИ явного поражения клапанов вен выявлено не было, – ответил В. Оболенский.

– Генез образования язв с обеих сторон был непонятен, после чего появилась версия о васкулите. Я хочу еще раз подчеркнуть, что это не было похоже на диабетическое поражение голени. Не было похоже на трофические изменения при венозной недостаточности, когда наблюдаются отеки ног, лимфостаз и слоновость, – сказал в завершение диалога Леонид Печатников.

Патологоанатомическое заключение

Результаты вскрытия представил заведующий гистологической лабораторией патологоанатомического отделения Виктор Дралов.

– На разрезе мышцы голени и стопы с сероватыми некрозами без четких границ на глубину до 3 см. При гистологическом исследовании – плотная лейкоцитарная инфильтрация и некротизированные ткани, окрашенные в розовый цвет. Видны глубокие отделы раны, массивные фокусы некрозов и кокковая флора. При гистологическом исследовании кожи вне раны видны резко утолщенный эпидермис и выраженные склеротические изменения дермы, которые сдавливают извне сосуды микроциркуляции с явлениями периваскулярного воспаления. Воспаление представлено лейкоцитами и гистиоцитами.

При гистологическом исследовании стенки артерии видно сужение просвета, кальциноз стенки артериальных сосудов – в большом количестве среди некротизированной ткани и в подкожно-жировой клетчатке. Вены утолщены и расширены, выражена массивная лейкоцитарная инфильтрация.

Шоковые легкие занимали весь объем плевральных полостей, без выпота жидкости. Видны синюшные фокусы ателектазов в нижних отделах и красноватые эмфизематозные участки в верхних. При микроскопии – расширенные эмфизематозные ткани легких с утолщенными полновидными замыкательными пластинками и капиллярные тромбы в просвете сосудов. Сердце гипертрофировано за счет увеличения левого желудочка. В толще миокарда мелкие участки склероза – картина характерна для мелкоочагового диффузного кардиосклероза. Гистологическое исследование выявило периваскулярный склероз, резкое

утолщение артерий и разрастание соединительной ткани вокруг.

Ткань поджелудочной железы с картиной склероза и липоматоза. При гистологическом исследовании видны ярко выраженные жировые вакуоли, липоматоз и периацинарный склероз. Печень увеличена в размерах с мелкозернистой поверхностью и картиной микронодулярного цирроза.

Поверхность почек гладкая, блестящая. Макроскопических признаков хронического пиелонефрита не обнаружено. При микроскопическом исследовании в нижнем отделе узелковый гломерулосклероз.

В головном мозге – умеренно выраженный отек. При гистологическом исследовании: резко полнокровные вены, умеренно выраженный периваскулярный отек, сладжированные эритроциты в микроциркуляторном русле.



Патологоанатомический диагноз

Основной: флегмона с обширным гнойно-некротическим поражением мягких тканей, фасций сухожилий голени и стоп.

Фоновое заболевание: сахарный диабет, атрофия, склероз и липоматоз поджелудочной железы, диабетическая макро- и микроангиопатия, гломерулосклероз, осложнившийся бактериально-токсическим шоком и острой почечной недостаточностью.

Сопутствующая патология: диффузный мелкоочаговый кардиосклероз, ожирение, узловой зоб, мелкоузловой цирроз печени.

Заключение о причине смерти: смерть наступила от флегмоны нижних конечностей, развившейся на фоне сахарного диабета, осложнившейся бактериально-токсическим шоком.

В заключение доклада Виктор Дралов сказал:

– Диагноз вызывал множество споров среди клиницистов и патологоанатомов. Поэтому была создана врачебная комиссия, и даже после этого мы не достигли консенсуса. На проведенной клинико-анатомической конференции с участием ведущих специалистов Департамента здравоохранения было высказано предположение, что у пациентки присоединилась *pyoderma gangrenosum*.

Клинико-анатомическая конференция в ГКБ №13

Результаты клинико-анатомической конференции в ГКБ №13 представил заведующий хирургическим отделением №3 к.м.н. Владимир Оболенский:

– Со стороны клиницистов диагноз «флегмона» не был принят, поскольку это острое гнойное воспаление без четких границ,

которое занимает клетчаточное пространство. Лечение достаточно быстро: достаточно оперативного вмешательства и курса антибактериальной терапии, – начал доклад В. Оболенский. – В то же время трофическая язва – это не самостоятельное заболевание, а следствие какого-то процесса. При диабете, артериальной, венозной недостаточности, васкулитах, *pyoderma gangrenosum* трофические язвы могут быть очень разными.

По словам Владимира Оболенского, *pyoderma gangrenosum* – это нейтрофильный дерматоз, который является диагнозом исключения. У пациентки отсутствовали данные, указывающие на системный васкулит, тромбофилию, антифосфолипидный синдром, синдром Марторелла. Отмечалось упорное течение раневого процесса, несмотря на адекватную антибактериальную терапию. Неудача адекватной хирургической обработки ран, когда после тотальной некрэктомии через несколько дней вновь начинался некротический процесс. Положительный эффект от гормонотерапии.

– Изменения диагностической концепции в итоге привели к диагнозу *pyoderma gangrenosum*, – сказал в заключение В. Оболенский. – Непосредственной причиной смерти явились острая почечная недостаточность, эндогенно-токсический шок.

Выступление рецензентов

Леонид Печатников предоставил слово первому рецензенту – главному внештатному специалисту дерматовенерологу Департамента здравоохранения Москвы Николаю Потееву. Он отметил, что нозологической единицы *pyoderma gangrenosum* не существует, это не что иное, как васкулит и ангиит. По его мнению, в разбираемом клиническом случае кожное поражение было вызвано критическим язвенным ангиитом.

На замечание Леонида Печатникова о том, что морфологи не нашли признаков васкулита, внимательно исследовав сосуды всех калибров, главный внештатный дерматолог отметил, что, по всей видимости, инфекционно-токсический шок был вызван бактериальным сепсисом.

Главный внештатный специалист эндокринолог Департамента здравоохранения Москвы Михаил Анциферов подчеркнул, что тяжелое гнойно-некротическое поражение нижних конечностей не могло «обойтись» без сахарного диабета. Заболевание повышает риск развития инфекции, в случае гнойной инфекции – почти в 4 раза по сравнению с общей популяцией. С трофическими язвами ситуация не-много другая – первое место по встречаемости занимают варикозные язвы, только на седьмом – диабетические язвы.

Михаил Анциферов напомнил, что по международной классификации диабетическая стопа связана с двумя патогенетическими причинами: нейропатия и снижение магистрального кровотока.

– Нейропатическая форма располагается в месте наибольшего давления на стопу, при этом язвенный дефект безболезненный, – продолжил Михаил Анциферов. – При нейроишемической форме мы видим картину ишемии, вплоть до развития сухой гангрены. В нашем случае мы видим совсем другую картину: на двух голенях массивное поражение с участками некроза. Эти некрозы расширяются, виден гной. Поэтому в данном случае мы думаем либо о смешанном характере поражения, либо о системном поражении.

Михаил Анциферов отметил, что существуют особенности ведения пациентов с сахарным диабетом и гнойно-воспалительными заболеваниями. К ним относятся: ранняя госпитализация, срочное оперативное лечение, интенсивная смена терапии – чтобы достичь хороших сахаров, иногда нужно повысить дозу инсулина в 1,5–3 раза. Если этого не делать, возможен риск ацидоза. При этом показана отмена сахароснижающих препаратов.

– Если на этом фоне происходит неожиданная нормализация гликемических показателей, это плохой прогностический признак, – подчеркнул главный эндокринолог Департамента Москвы.

По мнению Михаила Анциферова, клиническую ситуацию можно разделить на несколько этапов: первый – нейроишемическая трофическая язва синдрома диабетической стопы, который длился с января по июнь 2016 г. Язва на фоне лечения зажила.

Второй этап начинается с июня 2016 г., когда появляются массивные болезненные изъязвления на голенях, которые не характерны для синдрома диабетической стопы. К концу 2016 г. наступает ухудшение контроля сахарного диабета, в связи с чем пациентка в 2017 г. переведена на интенсивную инсулинотерапию. Следующий этап – появление больших сливных поражений на голенях.

– Из замечаний по ведению пациентки в отделении – нет необходимости частой смены пероральных сахароснижающих препаратов, основной упор нужно делать на инсулинотерапию. Возможно, в более ранние сроки, как только область поражения появилась на голенях, – подчеркнул эксперт.

Главный эндокринолог Департамента Москвы подчеркнул, что, по его мнению, нужно было оптимизировать глюкокортикоидную терапию в сторону увеличения дозы и кратности введения, принимая во внимание риски.

Подводя итог, Михаил Анциферов сказал, что на поликлиническом и стационарном уровне была относительная недооценка комбинированного характера поражения, где свою роль сыграл не только сахарный диабет, но и другие факторы.

– Нельзя во всем обвинять только сахарный диабет, – в заключение сказал он.

Перед тем как представить следующего рецензента, Леонид Печатников высоко отметил работу ГКБ №13:

– Несмотря на все сложности, была очень правильная постановка вопроса с самого начала. Врачи, которые консультировали больную, не ограничивались понятной с точки зрения диагноза и осложнений версией сахарного диабета. Патологоанатом не пошел по пути наименьшего сопротивления, не согласившись с клиницистами. Была проведена клиничко-анатомическая конференция, после которой у них остались неясности. Мне кажется, это заслуживает самой высокой оценки.

Выступление рецензентов продолжил главный внештатный специалист ревматолог Департамента здравоохранения Москвы Евгений Жилиев. Он обратил внимание присутствующих на важные с точки зрения дифференциальной диагностики моменты. Прогрессирование язвы происходило за счет появления новых краевых некрозов, которые появляются после каждой некрэктомии, и размер язвы увеличивается.

Касаясь дифференциальной диагностики, Евгений Жилиев подчеркнул некоторое запаздывание диагностического поиска.

– Самый главный вопрос, на который хотелось бы обратить внимание, – это терминология, – продолжил эксперт. – Термины «недифференцированный васкулит», «изолированный кожный васкулит» не являются нозологическими формами. Евгений Жилиев отметил, что существует большое количество различных видов васкулитов. Тактика лечения у всех разная, включая необходимость назначения глюкокортикоидов. Вот почему термин «недифференцированный васкулит» не может быть полезен в плане лечения или диагностики.

Продолжая тему дифференциальной диагностики, профессор Жилиев отметил, что некоторые системные васкулиты приводят к образованию кожных язв. АНЦА-ассоциированные васкулиты – крайне тяжелое и быстро прогрессирующее заболевание с лихорадкой и выраженной общей воспалительной симптоматикой.

– Невозможно представить, что в случае АНЦА-ассоциированных васкулитов за 10 месяцев отсутствия лечения не будет никаких органических поражений, – отметил он. – Пациент без лечения вряд ли доживет до этого срока. Отсутствует характерный иммунологический маркер заболевания. Этот вид васкулитов можно опустить из рассмотрения.

Узелковый полиартериит вызывает образование классических ишемических язв – сухих дефектов, которые редко бывают обширными и прогрессирующими. Кроме того, заболевание сопровождается выраженной воспалительной симптоматикой, лихорадкой, значительной потерей массы тела.

Криоглобулинемический васкулит может вызвать образование похожих язв, но пациентке провели исследование на криоглобулины, которое дало отрицательные результаты.

Антифосфолипидный синдром может приводить к образованию ишемических язв – возникающих внезапно обширных некрозов, заживающих, но не расползающихся. Исследование на антитела к фосфолипидам не проводили, но диагноз маловероятен, как подчеркнул эксперт. Эту версию поддерживает недостаточная для веса пациентки доза антикоагулянтов, которая, тем не менее, значимого влияния на течение заболевания не оказала.

Некротизирующий фасциит является острым прогрессирующим заболеванием, которое может приводить к образованию обширных язвенных дефектов. Однако крайне сложно представить 10 месяцев течения заболевания без лечения.

– Заболевание *pyoderma gangrenosum* соответствует описанию. Краевое прогрессирование и постоянное появление новых некрозов – типичная его черта. Характерен ответ на глюкокортикоиды. Диагноз *pyoderma gangrenosum* мне представляется наиболее вероятным, – подчеркнул эксперт. – Это аутовоспалительный процесс с выраженным нейтрофильным воспалением. Инфекция в данном случае является «поджигающим» фактором, а основные разрушители – нейтрофилы. Сначала образуется небольшой дефект, потом по краям появляются новые некрозы – так происходит расширение дефекта. Это очень характерная и необычная особенность данного заболевания. Для *pyoderma gangrenosum* также характерен эффект патергии, когда некрэктомия сама по себе провоцирует возникновение нового некроза. Что наблюдали у пациентки в последнюю госпитализацию довольно отчетливо.

По словам Евгения Жилиева, *pyoderma gangrenosum* – редкое заболевание, 3–10 случаев на миллион человек. Терапия заболевания подразумевает значительные дозы глюкокортикоидов: до 1–2 мг/кг. Используется пульс-терапия: 1 г метилпреднизолона внутривенно. При недостаточном эффекте используются цитостатики.

Леонид Печатников сделал уточнение по ходу доклада:

– Антибиотики не предусмотрены при этом заболевании?

– Антибиотики обязательны из-за риска генерализации процесса, – ответил эксперт.

Подводя итог, главный внештатный ревматолог Департамента здравоохранения Москвы Евгений Жилиев сказал:

– Диагностическая ошибка в этой ситуации имела место быть. Васкулита не нашли. Лечение преднизолоном было оправданным, хотя недостаточным по дозе и продолжительности.

Главный внештатный хирург Департамента здравоохранения Москвы Алексей Шабунин поддержал предыдущего докладчика и обратил внимание присутствующих на результаты вскрытия: «Некрозы без четких границ, прослеживаются на глубину до 3 сантиметров». Алексей Шабунин отметил, что, несмотря на глубину поражения, патологи выставляют сдержанный диагноз – флегмона. По современной классификации, флегмона

относится ко второму уровню поражений, тогда как у пациентки присутствуют поражение мышц и некрозы.

– По моему мнению, у пациентки был пиомиозит, – продолжил он. – Зарубежная классификация не разделяет целлюлит и флегмону, поражение, которое захватывает мышцы и глубокие фасции, – пиомиозит.

Касаясь *pyoderma gangrenosum*, эксперт указал на факторы, которые не поддерживают версию заболевания. Хирургические манипуляции, которые способствуют прогрессированию заболевания, не проводились в последние 45 суток. Для *pyoderma gangrenosum* характерно поражение кожи и подкожной клетчатки, в описываемом случае – поражение мышц, фасций и сухожилий. Эксперт отметил, что это был самый сложный случай. По его мнению, лечение в ГКБ №13 можно назвать адекватным и взвешенным.

В заключение доклада Алексей Шабунин остановился на хирургической тактике:

– Была ли показана пациентке реваскуляризация? Оклюзия была только слева, поражение симметричное, динамика язвенного дефекта на большом пальце ноги положительная, стопы компенсированы, показаний для реваскуляризации не было, – сказал он и продолжил. – Показано ли более радикальное лечение – ампутация? В данном случае показаний для этого не было.

Подводя итог, Алексей Шабунин отметил, что трофические язвы смешанного генеза у пациентки осложнились вовлечением в гнойный некротический процесс мягких тканей обеих голеней, привели к формированию тяжелейшего поражения нижних конечностей – 4-го уровня пиомиозита. Применение глюкокортикоидов на фоне мощной антибактериальной терапии обусловило стертость клинической симптоматики, что не позволило диагностировать осложненный гнойно-некротический процесс.

Касаясь вопроса фармакотерапии, главный внештатный специалист клинический фармаколог Департамента здравоохранения Москвы Марина Журавлева указала на недостатки. Пациенты с высоким риском сердечно-сосудистых заболеваний требуют назначения статинов, которые не были назначены пациентке. Обращает внимание отсутствие эмпирического старта антибактериальной терапии, позднее начало по результатам бактериологического посева. Противопоказанием к назначению метформина являются тяжелые инфекционные заболевания и тканевая гипоксия, однако терапия продолжалась.

– Клинический эффект должен быть во главе угла, – подчеркнула Марина Журавлева. – По результатам микробиологического теста были использованы чувствительные к флоре антибиотики. Однако, учитывая отсутствие ответа на лечение, должно предполагать дальнейший диагностический поиск.

Завершил выступление рецензентов главный внештатный специалист по патологической анатомии Олег Орехов. Он не согласился с мнением Алексея Шабунина, отметив, что пиомиозит подразумевает первичную инфекцию мышц, что отсутствует в представленном клиническом случае. Изменений, характерных для «шоковой почки», «шоковых легких» при гистологическом исследовании не обнаружено. Бактериально-токсический шок, хроническая почечная недостаточность как причина смерти вызывают сомнения, по мнению эксперта.

Поскольку гнойно-некротическое поражение голеней распространилось на жировую клетчатку и подлежащие мягкие ткани, с морфологической точки зрения оно может быть расценено как флегмона в результате многоэтапного, полиморбидного процесса со сложными патогенетическими и иммунологическими механизмами, сходными с таковыми при *pyoderma gangrenosum*, кальцифилаксии, синдроме Менкеберга.

Касаясь вопроса непосредственной причины смерти, Олег Орехов отметил:

– Гиперкалиемия является наиболее реальной причиной остановки сердечной деятельности, судить о механизмах ее развития, по данным морфологических исследований, не представляется возможным.

Подводя итоги обсуждения, Леонид Печатников сказал: – Когда мы говорим о формировании трофических язв, на первом месте идет венозная недостаточность. У больной сахарным диабетом наблюдалось поражение артериального русла одновременно с хронической венозной недостаточностью. При сочетании двух патологий привычной картины венозного застоя мы можем не наблюдать из-за сниженного притока крови на фоне ангиопатии.

Если принять за основу совсем простую теорию, станет понятно, что венозная недостаточность и трофические язвы с самого начала лечились неадекватно. Дальше произошло инфицирование, что в случае трофических язв является частым явлением. На фоне иммунодефицитного состояния развился некроз.

Вторая важная проблема, на которую обратил внимание Олег Орехов, – гиперкалиемия. Ее можно объяснить массивным поражением мышц, хотя уровни миоглобина и креатинфосфокиназы у пациентки не оценивали. Тогда становится понятной причина гиперкалиемии.

Была ли там *pyoderma gangrenosum* – сказать нельзя, для этой патологии нехарактерно глубокое поражение. Мне кажется, что нам не нужно усложнять. Я полагаю, что пациентка погибла от гнойных осложнений. Не столько сахарного диабета, сколько венозной недостаточности и диабетической ангиопатии.

КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

25.09.17

ПРОПЕДЕВТИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

На городской клинико-анатомической конференции 25 сентября 2017 г. был рассмотрен случай пациентки с раком шейки матки на фоне тяжелой сочетанной патологии.

ОТ РЕДАКЦИИ

Напоминаем, что по просьбе Леонида Печатникова редакция публикует выступления докладчиков, максимально сохраняя авторский стиль с тем, чтобы передать атмосферу обсуждения и особенности изложения материала с трибуны.

Городская поликлиника №12

Клинико-анатомическую конференцию открыла заместитель главного врача ГП №12 Светлана Клейменова.

– Пациентка К., 1958 года рождения, наблюдалась в филиале №3 с диагнозом: «Энцефалопатия токсического генеза, алкогольная полинейропатия, хронический алкогольный гепатит, хронический панкреатит». В поликлинику обращалась редко. 25.06.2014 передан актив после вызова бригады скорой помощи. Пациентка осмотрена участковым терапевтом на дому. Со слов родственников, в течение 10 лет злоупотребляла алкоголем. Во время осмотра предъявляла жалобы на слабость, ухудшение аппетита в течение месяца. В последнюю неделю отмечается заторможенность, периодическая дезориентация.

– При осмотре пациентка в сознании, дезориентирована во времени, не может назвать текущую дату, месяц, год, – продолжила Светлана Клейменова. – Присаживается в постели с посторонней помощью. Состояние средней тяжести, кожа и слизистые желтушного оттенка, периферические узлы не увеличены, в легких везикулярное дыхание, ЧДД 16 в минуту, тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС 100 в минуту, АД – 130/80 мм рт. ст. Живот увеличен в размерах, печень выступает из-под края реберной дуги на 6 см, симптом поколачивания поясничной области отрицательный с двух сторон, стул и мочеиспускание в норме. Отмечаются отеки нижней и средней трети голени, снижение чувствительности по типу «носки», парезы отсутствуют.

Со слов Светланы Клейменовой, был выставлен предварительный диагноз: «Токсический, возможно, алкогольный цирроз печени, асцит под вопросом, токсическая энцефалопатия, токсическая полинейропатия».

– Пациентке даны рекомендации, рекомендован отказ от алкоголя, назначен в течение двух месяцев прием гипотиозида, верошпирона и эссенциале. Назначено взятие крови, ЭКГ на дому, рекомендована консультация нарколога и психиатра. Однако в связи с развитием алкогольного делирия 29 июня 2014 г. пациентка госпитализирована в Боткинскую больницу. Там она находилась по 20 июля 2014 года с диагнозом: «Хронический алкоголизм, фаза обострения, алкогольный амнестический синдром, энцефалопатия токсического генеза, алкогольная полинейропатия, хронический алкогольный гепатит, хронический панкреатит, закрытый перелом заднего края правой большеберцовой кости».

Госпитализация в Боткинскую больницу

Леонид Печатников прервал выступление заместителя главного врача ГП №12 Светланы Клейменовой, предложив заслушать доклад Максима Домашенко о госпитализации пациентки в Боткинскую больницу.

– Пациентка госпитализирована в Боткинскую больницу 29 июня 2014 г. службой скорой помощи, – продолжил Максим Домашенко конференцию. – Направительный диагноз коллег службы скорой помощи: «Алкогольный делирий, алкогольная полинейропатия». Ранее у психиатра не наблюдалась. Со слов сына, до пенсии работала медицинской сестрой. Более 10 лет злоупотребляет алкоголем, запойна, выход из запоя с вегетативной симптоматикой и явлениями абстиненции.

За 2 недели до госпитализации, после падения с табуретки в состоянии алкогольного опьянения, пациентка не вставала с постели, обслуживалась родными. Последний прием алкоголя за три дня до госпитализации. Службу скорой помощи вызвал сын в связи с развитием агрессии и острой дезориентации пациентки.

Леонид Печатников уточнил:

– Первая «скорая помощь» не госпитализировала?
– Оставила дома для активного наблюдения участковым терапевтом, – ответил Максим Домашенко.
– Поликлиника тоже не дала направление на госпитализацию? Только после второго вызова службы скорой помощи пациентка была госпитализирована? – сделал еще одно уточнение Леонид Печатников.

Дав утвердительный ответ, Максим Домашенко продолжил:
– При поступлении в приемное отделение состояние тяжелое. При осмотре – нормостеник, температура 36,4 °С, кожные покровы бледные и влажные, подкожная гематома синюшно-желтого цвета в области правой лодыжки и стопы. Патологическая подвижность в правой лодыжке не отмечена, осевая нагрузка на правую стопу болезненна.

Язык сухой, обложен серым налетом, тахипноэ до 20, в легких дыхание везикулярное, ослаблено в нижних отделах, хрипов нет, тоны сердца приглушены, тахикардия до 100 в минуту, ритм правильный, АД 150/90 мм рт. ст.

Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, живот мягкий, увеличен в объеме, безболезненный при пальпации, отеков нет.

При осмотре невропатолога отмечен мелкоразмашистый тремор конечностей, легкий нижний вялый паразетез, больше в дистальных отделах, отсутствие сухожильных рефлексов в ногах.

При осмотре психиатра – сознание помрачено, пациентка астенизирована, тревожна, напряжена, беспокойна, раздражительна, подозрительна. Вглядывается в стены и потолки. Мимика галлюцинаторная, испуганно озирается по

сторонам, обирается. Постоянно пытается встать, опираясь на поврежденную ногу. Проявляет агрессию по отношению к персоналу, замахивается, пытается ударить. На замечания реагирует, голос громкий, речь ускоренная. На вопросы отвечает не всегда по существу. Утверждает, что ее привезли «из тюрьмы» и что «ей нужно домой». Дезориентирована в месте и времени. Суицидальных мыслей не высказывает. Мышление непоследовательное. Критика к своему состоянию отсутствует.

В приемном отделении проведены лабораторные исследования: помимо повышенной СОЭ, легкой гипербилирубинемии за счет прямого билирубина, незначительного повышения АСТ, АЛТ, существенного повышения ГГТ, других изменений выявлено не было.



Госпитализация в Боткинскую больницу 29 июня – 20 июля 2014 г.

Лабораторные показатели от 29 июня 2014 г.

Клинический анализ крови: эритроциты – $3,4 \times 10^{12}$, гемоглобин – 122 г/л, лейкоциты – $8,65 \times 10^9$ (эозинофилы – 1%, палочкоядерные – 4%, сегментоядерные – 77%, лимфоциты – 13%, моноциты – 5%), тромбоциты – 362×10^9 , СОЭ – 28 мм/ч.

Клинический анализ мочи: реакция кислая, удельный вес – 1021, белок – 0,03 г/л, лейкоциты – 0–1 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: билирубин – 27 мкмоль/л (прямой – 11 мкмоль/л), мочевины – 1,9 ммоль/л, креатинин – 49 мкмоль/л, глюкоза – 4,22 ммоль/л, общий белок – 62 г/л, ЛДГ – 257 Ед/л, АСТ – 86 Ед/л, АЛТ – 32 Ед/л, ГГТ – 243 Ед/л, амилаза – 19 Ед/л, натрий – 137 ммоль/л, калий – 3,9 ммоль/л.

При инструментальном исследовании в приемном отделении выявлено увеличение печени за счет левой доли с выраженным диффузным изменением печени, умеренное диффузное изменение поджелудочной железы, асцит с объемом свободной жидкости до 10 л. Селезенка не увеличена.

В приемном отделении пациентке был выставлен диагноз: «Хронический алкоголизм, средняя стадия, фаза обострения, алкогольный делирий, энцефалопатия токсического генеза, алкогольная полинейропатия, закрытый перелом заднего края большеберцовой кости со смещением, перелом внутренней лодыжки правой большеберцовой кости, хронический алкогольный гепатит с исходом в цирроз, напряженный асцит, хронический панкреатит». Травматологом наложена гипсовая лангета от верхней трети голени до

пальцев стопы. Пациентка была госпитализирована в психосоматическое отделение.

– Как вы оцениваете цирроз: активный, компенсированный, декомпенсированный? – задал по ходу доклада уточняющий вопрос Леонид Печатников.

– На мой взгляд, неактивный, учитывая асцит – декомпенсированный, – ответил докладчик.

– В комплексную терапию были включены галоперидол, карбамазепин, аминазин, как я вижу, – задал еще один вопрос Леонид Печатников.

– Препараты были введены однократно в приемном отделении, – последовал ответ.

– Для нас это важно, учитывая гепатотоксичность препаратов, – сказал Леонид Печатников.

Далее Максим Домашенко отметил, что пациентке проводилась инфузионная дезинтоксикационная, симптоматическая терапия, вводились диуретики. На фоне лечения отмечалась положительная динамика.

При выписке 20.07.2014 пациентка в сознании, астенизирована, сохранялась дезориентация в месте и времени, отмечались конфабуляции, снижение критики к своему состоянию. Гемодинамические показатели стабильны, живот мягкий, безболезненный. По данным УЗИ, удалось достичь уменьшения асцита с 10 до 4 л. Стул и диурез адекватные. Гипсовая иммобилизация состоятельна, признаков сдавления нет.

После выступления докладчика Леонид Печатников попросил уточнить медикаментозную терапию, которую рекомендовали пациентке при выписке.

– Верошпирон 50 мг в сутки, гипотиазид 25 мг в сутки, витамины группы В.

Городская поликлиника №12

Заместитель главного врача ГП №12 Светлана Клейменова продолжила доклад:

– После выписки из стационара пациентка осматривалась участковым терапевтом 30 июля, 1 и 18 августа. Предъявляла жалобу на боль в правой ноге, слабость. Пациентка была дезориентирована во времени, заговаривалась, состояние средней тяжести, – отметила она. – При осмотре кожа и видимые слизистые бледные, периферические лимфатические узлы не увеличены, дыхание везикулярное, тоны сердца приглушены, давление 120/80 мм рт. ст., пульс 72 в минуту, печень увеличена на 5 см, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, на правой ноге гипсовая повязка. Диагноз соответствует тому, что был в выписке.

Далее Светлана Клейменова уточнила, что следующее обращение пациентки в поликлинику состоялось 30 мая 2016 г., когда она была осмотрена на дому участковым терапевтом. Она предъявляла жалобы на слабость в конечностях, ходила при помощи ходунков.



После госпитализации в Боткинской больнице (29 июня – 20 июля 2014) в ГП №12 рекомендовано лечение:

1. кеторолак – по 10 мг при болях;
2. парацетам – по 0,4 мг 2 раза в день в течение 1 мес;
3. мильгамма – 2,0 мл в/м №10;
4. холина альфосцерат – по 400 мг 3 раза в сутки (после мильгаммы);
5. тиоктовая кислота – по 600 мг 1 раз в сутки в течение 2 мес;
6. нейромультивит – по 1 таблетке 3 раза в день в течение 3 мес;
7. верошпирон и гипотиазид были рекомендованы ранее.

При осмотре состояние удовлетворительное, кожа и видимая слизистая бледные, периферические лимфатические узлы не увеличены, в легких дыхание везикулярное, число дыхательных движений 16 в минуту, тоны сердца приглушены, ритм правильный, пульс 72 в минуту, АД 120/80 мм рт. ст.

Живот увеличен в размерах, печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, симптом при поколачивании поясничной области отрицательный с двух сторон, стул, мочеиспускание в норме, отеков нет.

Участковый терапевт выставляет диагноз: «Энцефалопатия токсического генеза, алкогольная полинейропатия, хронический алкогольный гепатит, хронический панкреатит».

– То есть цирроз исчез из диагноза? В Боткинской больнице диагностировали цирроз печени, – подчеркнул Леонид Печатников.

– Такой диагноз был в выписке, – ответила С. Клейменова.

– Граница между гепатитом и циррозом чрезвычайно важна. Это не один и тот же диагноз с точки зрения прогноза. О чем может говорить асцит и 10 литров жидкости в брюшной полости у пациентки? – сказал Леонид Печатников.

– О портальной гипертензии, – ответила докладчик.

– В этой ситуации портальная гипертензия без цирроза развиться не может, даже если селезенка не увеличена, – подчеркнул Председатель конференции. – С чем еще можно связать 10 литров в брюшной полости у пациентки? С сердечной недостаточностью, при которой сначала отекают ноги, а потом уже возникает асцит. Вы подозреваете, что отеки были связаны с сердечной недостаточностью?

– Нет, – ответила С. Клейменова.

– С гипопротеинемией или все-таки с портальной гипертензией? – задал еще один уточняющий вопрос Леонид Печатников.

– Вероятно, с портальной гипертензией, – последовал ответ.

Далее Светлана Клейменова сообщила, что лабораторные исследования и ЭКГ не выявили патологических изменений.

– Следующий вызов врача на дом был 23 ноября, – продолжила она. – Предъявляла жалобы на слабость. Пациентка периодически заговаривается, теряет ориентацию. Кожа и слизистые бледные, дыхание везикулярное, давление 110/70, ЧДД 16 в минуту, пульс 62 в минуту. При осмотре: живот увеличен, печень +4 см, симптом поколачивания поясничной области отрицательный, отеков зафиксировано не было. Диагноз без изменений. Назначено лечение сроком на 2 мес: тиоктовая кислота 600 мг 1 раз в сутки, холина альфосцерат 400 мг 3 раза в сутки. Биохимический анализ в пределах референсных значений.

– Вы можете обосновать, почему токсическая, а не печеночная энцефалопатия? – прервал доклад Леонид Печатников.

– Исходя из анамнеза, – последовал ответ.

– Что мы должны увидеть в случае печеночной энцефалопатии?

– Цитолиз мы видели... – ответила С. Клейменова.

– Но у пациентки нет высоких цифр билирубина и желтухи, – подвел итог Леонид Печатников.

Оказание медицинской помощи бригадами СМП

Клинико-анатомическую конференцию продолжил заместитель главного врача по медицинской части ГБУЗ «Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова» Георгий Введенский.

– Обращение на подстанцию скорой помощи зафиксировано 12 декабря 2016 г. в 0 часов 19 минут. Звонила соседка пациентки, предъявлявшей жалобы на боли в грудной клетке, появившиеся около 20 часов. В полночь присоединились хриплое дыхание и кашель.

Состояние тяжелое, сознание ясное – 15 баллов по шкале Глазго. Положение вынужденное – с возвышенным головным концом. Кожные покровы влажные, бледные, цианоз. Отеки до верхних третей голеней.

Перкуторно слышен легочный звук с притуплением в нижних отделах легких с обеих сторон. Кашель со светлой, пенистой мокротой. ЧДД – 32, смешанная одышка. В легких дыхание жесткое, хрипы сухие, единичные, рассеянные. Разнокалиберные влажные хрипы в большом количестве, слышны на расстоянии.

Пульс 110, ритмичный, удовлетворительного наполнения, ЧСС – 110 в минуту, АД 90/60 мм рт. ст. Тоны сердца глухие. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, доступен пальпации, асцит. Перитонеальных симптомов нет. Печень выступает на 3,5 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется.

В неврологической симптоматике отмечались дизартрия и снижение силы в руках. Координаторные пробы выполнять не смогла.

– На ЭКГ выявлены признаки острого инфаркта миокарда задней стенки, – в завершение доклада сказал Георгий Введенский. – Проведена терапия раствором фуросемида, морфина, инфузия допамина со скоростью 10–15 мкг/кг/мин, инсуффляция кислородом. С диагнозом «острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST, осложненный отеком легких, острое нарушение мозгового кровообращения под вопросом» пациентка эвакуирована в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского в стабильно тяжелом состоянии.

НИИ СП им. Н.В. Склифосовского

О госпитализации пациентки в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского доложил заведующий отделением реанимации и интенсивной терапии для кардиологических больных Дмитрий Чепкий.

– Пациентка К., 58 лет, находилась на лечении в отделении неотложной кардиологии НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского с 12 по 25 декабря 2016 года. Доставлена бригадой скорой помощи в 1 час 50 минут, через 5 часов 50 минут от начала заболевания.

При поступлении в 1.50 началась фибрилляция желудочков, после двукратной электроимпульсной терапии разрядом 200 Дж восстановлена сердечная деятельность.

В 1 час 55 минут проведена пункция и катетеризация левой подключичной вены, начато введение допамина в дозе 5 мкг/кг/мин. При катетеризации мочевого пузыря получено 200 мл мутной мочи.

В 2 часа 15 минут – состояние тяжелое. Пациентка в сознании, ориентирована в собственной личности, в месте и времени дезориентирована. Кожные покровы бледные, отеки голеней и стоп. ЧДД 22 в минуту. В легких дыхание жесткое, ослаблено в нижних отделах (больше слева), влажные крупно- и среднепузырчатые хрипы до середины лопаток. Тоны сердца глухие, ЧСС 108 в минуту, АД 80/60 мм рт. ст. На мониторе мерцание предсердий. Живот мягкий, признаки асцита, перистальтика не выслушивается.

Диагноз: «ИБС: острый нижний инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST с распространением на правый желудочек от 11.12.2016 г. Риск по TIMI 7 баллов, по GRACE 285 баллов. Артериальная гипертензия 3-й стадии. Фибрилляция желудочков.

Анемия тяжелой степени. Хронический алкоголизм. Цирроз печени. Асцит».

Леонид Печатников прервал доклад вопросом об артериальной гипертензии, заметив, что этот диагноз раньше не звучал.

– В большинстве случаев к диагнозу «инфаркт миокарда» выставляем «артериальная гипертензия». Даже тогда, когда у пациентов не было диагноза в анамнезе, на секции мы находим признаки, – пояснил докладчик.

Далее Дмитрий Чепкий отметил, что в связи с хронической алкогольной интоксикацией, токсической энцефалопатией

пациентка не сотрудничает. Проведение экстренной коронарографии невозможно. Для исключения активного кровотечения взяты анализы, приглашен на консультацию хирург.



Госпитализация в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, 12–25 декабря 2016 г.

Первые лабораторные исследования
Клинический анализ крови: гемоглобин – 44,0 г/л, гематокрит – 15,7%, эритроциты – $2,79 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $30,5 \times 10^9$ /л, тромбоциты – $594,0 \times 10^9$ /л.
Биохимический анализ крови: КФК – 280 Е/л, КФКМВ – 75 Е/л, тропонин I – 0,84 мкг/л, креатинин – 135 мкмоль/л, билирубин общий – 5,1 мкмоль/л, мочевины – 6,89 ммоль/л, глюкоза – 6,89 ммоль/л, АЛТ – 10,3 Е/л, АСТ – 60,2 Е/л.

В 2 ч 25 мин – при рентгенографии органов грудной клетки обнаружено выраженное венозное полнокровие с интерстициальным компонентом.

В 3 ч ночи – заключение хирурга: «Цирроз печени, алиментарного генеза, класс С, асцит, анемия». Данные, указывающие на желудочно-кишечное кровотечение, отсутствуют.

В 3 ч 15 мин – при УЗИ органов брюшной полости выявлены ЭХОпризнаки неоднородной свободной жидкости в брюшной полости, диффузных изменений печени (цирроз), пареза кишечника и объемного образования в полости малого таза (миомы матки под вопросом).

В 3 ч 50 мин – при проведении ЭГДС выявлена язва луковицы двенадцатиперстной кишки (диаметр 0,7 см, глубина до 0,15 см) без стигм кровотечения на момент исследования. Рубцово-язвенная деформация луковицы двенадцатиперстной кишки под вопросом.

В 4 ч 30 мин – следует заключение ответственного хирурга, что на момент осмотра отсутствуют данные, свидетельствующие о желудочно-кишечном кровотечении. Учитывая наличие у пациентки инфаркта миокарда, требующего выполнения экстренной коронарографии, наличие язвы двенадцатиперстной кишки без признаков кровотечения не является противопоказанием для коронарографии.

С 4.00 до 4.30 перелито 270 мл эритроцитарной взвеси, с 4.30 до 5.10 дополнительно еще 290 мл эритроцитарной взвеси. Утром 12 декабря, через 8 ч от начала госпитализации и примерно через 14 ч от начала заболевания, гемоглобин 85 г/л. К лечению добавлены ацетилсалициловая кислота и тикагрелор.



Госпитализация в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, 12–25 декабря 2016 г.

Лабораторные исследования 12 декабря, через 8 ч после госпитализации

Клинический анализ крови: гемоглобин – 85 г/л.

Биохимический анализ крови: КФК – 1984 Е/л, КФКМВ – 473,8 Е/л, альбумин – 27,79 г/л, креатинин – 112,86 мкмоль/л, железо – 2,09 мкмоль/л, ОЖСС – 49,21 мкмоль/л.

Эхо-КГ: нарушение локальной сократимости задней, нижней и перегородочной области левого желудочка (5–6 сегментов). ФВ 51%. Умеренное количество жидкости в перикардальном пространстве.

12 декабря проведена консультация психиатра: органическое заболевание ЦНС сложного генеза (алкоголизм и гипоксия мозга) с мнестико-интеллектуальным снижением личности. Касаясь динамики состояния, Дмитрий Чепкий отметил, что на 2-е сутки госпитализации, 13 декабря, восстановился синусовый ритм без активной антиаритмической терапии. Сегмент ST постепенно приблизился к изолинии. В этот же день выявлен двусторонний окклюзионный илеофemorальный тромбоз без признаков флотации. По заключению сосудистого хирурга показания к оперативному лечению отсутствуют.



Госпитализация в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, 12–25 декабря 2016 г.

Проводимое лечение:

Ацетилсалициловая кислота, тикагрелор, спиронолактон, пантопразол, венофер, витамин В₁₂, кристаллоиды, мексидол, цефтриаксон.

Эритроцитарная взвесь, альбумин.

14 декабря пациентка подписала отказ от коронароангиографии.

По ходу доклада последовал вопрос от Леонида Печатникова: – Как вы можете объяснить такой провал уровня гемоглобина у пациентки?

– Мы связали это с постепенным кровотечением из язвы двенадцатиперстной кишки, – ответил докладчик.

– Хотя никаких признаков кровотечения при гастроскопии, мелены, вы не обнаружили? – последовал еще один уточняющий вопрос.

– Все верно, – подтвердил Дмитрий Чепкий.



Госпитализация в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, 12–25 декабря 2016 года

Динамика уровня гемоглобина и лейкоцитов

	Гемоглобин, г/л	Гематокрит, %	Эритроцитарная взвесь в/в кап., мл	Лейкоциты, $\times 10^9/\text{л}$
12.12 (1 сутки)	44	15,7	270+290	30,5
12.12 (1 сутки)	85	28,9		21,7
13.12 (2 сутки)	75	25,2	260	22,5
14.12 (3 сутки)	84	27,4		22,9
15.12 (4 сутки)	69	22,9	200	16,3
15.12 (4 сутки)	84	27,4		15,3
16.12 (5 сутки)	85	27,8	270	13,2
18.12 (7 сутки)	100	33,1		15,1
21.12 (9 сутки)	97	33,2		15,8 (без сдвига)
22.12 (10 сутки)	109 (КЩС)	–		

Госпитализация в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, 12–25 декабря 2016 г.

Биохимический анализ крови перед выпиской: общий белок – 58,42 г/л, альбумин – 11,88 мкмоль/л, билирубин общий – 11,88 мкмоль/л, креатинин – 99,62 мкмоль/л, мочевина – 4,53 ммоль/л, АЛТ – 3,03 Е/л, АСТ – 9,39 Е/л. Клинический анализ мочи перед выпиской: белок – следы, уробилиноген – 3,2 мкмоль/л, лейкоциты – 25–35 в поле зрения, эритроциты неизмененные – 4–6 в поле зрения, бактерии – присутствуют.

В завершение доклада Дмитрий Чепкий сказал:

– На ЭКГ в день выписки ритм синусовый правильный, признаки очаговых изменений миокарда нижней стенки, сегмент ST на изолинии. Состояние пациентки стабилизировалось, ангинозных приступов, жизнеугрожающих аритмий и прогрессирования симптомов сердечной недостаточности при фракции выброса 51% выявлено не было, – продолжил он. – Выписана на 14-е сутки госпитализации с диагнозом: «ИБС: острый нижний инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST от 11.12.2016 г. Риск по TIMI 7 баллов. АГ III стадии 3 степени риск 4. Фибрилляция желудочков. Персистирующая мерцательная аритмия. Аритмогенный шок. Двусторонний илеофemorальный тромбоз. Хроническая железодефицитная анемия тяжелой степени. Хронический гепатит алиментарного генеза. Энцефалопатия. Полинейропатия. Асцит. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Органическое



заболевание ЦНС сложного генеза с мнестико-интеллектуальным снижением личности».

Оказание медицинской помощи бригадами СМП

Далее последовал доклад заместителя главного врача ГБУЗ «Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова» Георгия Введенского о вызове бригады СМП 14 января 2017 г.

– Через 3 нед после выписки из НИИ им. Склифосовского поступил вызов от сына пациентки. Поводом послужило низкое АД (70/60 мм рт. ст.), вялость больной, появившиеся накануне вечером. Со слов сына, пациентка принимает верошпирон, бисопролол, эналаприл, полин, мальтофер. Гипотензивные препараты принимает без контроля АД.

Состояние тяжелое. Сознание ясное, 15 баллов по шкале Глазго. При осмотре пролежни в области крестца, отеки нижних конечностей. В легких дыхание жесткое, хрипы не выслушивались, перкуторно – легочный звук, ЧДД 18 в минуту, пульс 85, давление 70/40 мм рт. ст.

Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Асцит. Перитонеальных симптомов нет. Перистальтика ослаблена. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см.

Поведение спокойное, контакт затруднен из-за мнестико-интеллектуальных нарушений. Чувствительность сохранена. Речь внятная, односложная. Зрачки обычные, равные, реакция на свет сохранена, нистагм и асимметрия лица отсутствуют.

На ЭКГ отмечаются рубцовые изменения задней стенки. Диагноз: «Медикаментозная гипотония».

– Пациентке внутривенно струйно введено 500 мл раствора натрия хлорида, внутривенно капельно 400 мг дофамина и



200 мл раствора натрия хлорида со скоростью 15 мг на кг/мин. Учитывая тяжесть состояния и низкое АД, пациентку эвакуировали в ГКБ №40, – сказал Георгий Введенский.

Городская клиническая больница №40

Доклад о госпитализации пациентки в ГКБ №40 представил заведующий отделением анестезиологии и реанимации Алексей Сохликов.

– Доставлена бригадой скорой помощи 14 января 2017 г. в 15 ч с нестабильной гемодинамикой на фоне инфузии допамина со скоростью 5–10 мг/кг в минуту. Пациентка зависима от постороннего ухода, беспомощна, длительно иммобилизирована.

Уровень сознания 13–14 баллов по шкале Глазго. Для продуктивного контакта недоступна. Кожные покровы пастозные, отечные, имеются периферические отеки.

Умеренная одышка 22 в минуту, в легких жесткое дыхание, сатурация 94%. АД 75/25 мм/рт. ст., тахикардия 110 в минуту. На ЭКГ – синусовый ритм, зубец Q в третьем AVF отведении, депрессия ST V2–V4.

Живот мягкий, безболезненный, увеличен в объеме за счет асцита, выслушивается вялая перистальтика. К установленному мочевому катетеру поступает концентрированная моча в небольшом количестве.

Температура нормальная – 36,5 градусов. Стратификация по шкале APACHE2 33 балла.



Городская клиническая больница №40, 14–22 января 2017 года

Лабораторные исследования при поступлении

Клинический анализ крови: гемоглобин – 43 г/л, лейкоциты – 19,3 тыс/мл, тромбоциты – 205 тыс/мл.

Клинический анализ мочи: уд. вес – 1015, цвет – мутная, белок – 1 г/л, кетоны – 1 ммоль/л, эритроциты – значительное количество, лейкоциты – густо покрывают все поля зрения.

Биохимический анализ крови: мочевины – 61,8 ммоль/л, креатинин – 733 мкмоль/л, билирубин – 4,3 мкмоль/л, АЛТ – 5, АСТ – 12 ед/л, ЛДГ – 258 ед/л, КФК – 39 ед/л, глюкоза – 5,3 ммоль/л, калий – 7,1 ммоль/л, натрий – 142 ммоль/л, ПТИ – 90%, МНО – 1,04, Т– тропонин – 0,2 нг/мл, прокальцитонин – 0,5 мкг/л.

КЩС венозной крови: pH – 7,3, рO₂ – 40 мм рт. ст., PCO₂ – 20 мм рт. ст., лактат – 2,1 ммоль/л, BE – 16,6 ммоль/л, HCO₃ std – 13 ммоль/л

Городская клиническая больница №40, 14–22 января 2017 года

Инструментальные методы обследования

ЭКГ: синусовая тахикардия, ЧСС – 110, зубец Q в 3, AVF, депрессия ST V2–V4;

ЭГДС: язва луковицы двенадцатиперстной кишки, классификация по Форрест – 2С – состоявшееся кровотечение; эрозивный гастрит, эзофагит; признаков продолжающегося кровотечения нет; риск рецидива кровотечения сохраняется.

Р–ОГК: правосторонняя нижнедолевая пневмония.

УЗИ брюшной полости, почек, плевральных полостей: правосторонний малый гидроторакс (толщина слоя жидкости 18 мм); Эхопризнаки цирроза печени; диффузные изменения паренхимы поджелудочной железы; асцит; почки четко не визуализируются.

Эхо–КГ: нарушения локальной сократимости ЛЖ со снижением глобальной. ФВ 44%. Незначительный гидроперикард. Недостаточность МК, дилатация ЛП. Умеренная легочная гипертензия, СДЛА 43 мм рт. ст.

По данным лабораторных исследований, при поступлении у пациентки низкий гемоглобин, лейкоцитоз, тромбоцитопения; в общем анализе мочи – протеинурия, кетонурия, значительное количество эритроцитов, лейкоциты густо покрывают все поля зрения. В биохимическом анализе крови обращает на себя внимание повышение уровня мочевины, креатинина, калия и тропонина при нормальном значении прокальцитонина. В венозной крови – декомпенсированный метаболический ацидоз.

– Пациентке выполнена гастроскопия в связи с подозрением на желудочно-кишечное кровотечение, – продолжил Алексей Сохликов. – Обнаружена язва луковицы двенадцатиперстной кишки, классификация по Форрест – 2С, состоявшееся кровотечение. Риск рецидива определен как весьма вероятный. В условиях отделения реанимации пациентка получила консультации узких специалистов. На момент осмотра хирургом данных за острую хирургическую патологию не выявлено. Заключение невропатолога: дисциркуляторная энцефалопатия 3-й стадии, алкогольная полинейропатия. Клинический диагноз кардиолога: ИБС, постинфарктный кардиосклероз, гипертоническая болезнь 3-й стадии III степени, IV степени риска. Недостаточность кровообращения 2Б, пароксизмальная форма фибрилляции предсердия, цирроз печени, класс С по Чайлд–Пью, хроническая алкогольная интоксикация.

– Давайте вернемся к вашему диагнозу. Какие данные указывают на наличие цирроза? – прервал доклад Леонид Печатников.

– Наличие косвенных признаков портальной гипертензии в виде асцита, снижение уровня тромбоцитов. Мы расценили



это как проявление гиперспленизма, что может косвенно свидетельствовать о наличии портальной гипертензии. Лабораторных признаков цирроза печени, за исключением снижения уровня альбумина, мы не определяли. Также у нее наблюдалась инверсия сна. Со слов сына, у нее была сонливость днем, бессонница ночью, что также патогномонично для печеночной энцефалопатии, – высказал свои доводы Алексей Сохликов.

После консультации узких специалистов проведен консилиум в условиях отделения реанимации. Сформулирован предварительный диагноз.

– Первым диагнозом мы выставили хроническую алкогольную интоксикацию с полиорганными проявлениями: цирроз печени, энцефалопатия, полинейропатия, длительная иммобилизация, обострение хронического пиелонефрита, – сказал Алексей Сохликов. – Конкурирующий диагноз: постинфарктный кардиосклероз, острый инфаркт миокарда от 11 декабря 2016 г. Осложнения: острая сердечно-сосудистая недостаточность на фоне недостаточности кровообращения 2Б; отечно асцитический синдром: асцит, правосторонний гидроторакс, периферические отеки; острая язва луковицы двенадцатиперстной кишки, эрозивный гастрит, эзофагит. Анемия тяжелой степени смешанного генеза; хроническая болезнь почек 4-й стадии.

Леонид Печатников попросил уточнить про острую сердечно-сосудистую недостаточность на фоне НК 2Б.

– Пациентка имела постинфарктный кардиосклероз, очевидные проявления хронической сердечной недостаточности, но элементы острой сердечной недостаточности у нее развились, вероятнее всего, на фоне желудочно-кишечного

Городская клиническая больница №40, 14–22 января 2017 г.

Лечение в отделении анестезиологии и реанимации в первые сутки после поступления

Катетеризация центральной вены. ЦВД отрицательное. Инфузионная терапия кристаллоидами в объеме 4000 мл.

Трансфузия ЭВ А(2), резус положительной 600 мл.

Антисекреторная терапия – рабепразол 40 мг в/в.

Антибактериальная терапия: левофлоксацин 500 мг в/в.

Допамин – 5–10 мкг/кг/мин.

Диуретики – фуросемид 40 мг в/в.

Антигипоксанты, нейропротекторы: мексидол, реамберин.

Витамины группы В: тиамин, пиридоксин.

Инсуффляция увлажненного кислорода.

Кардиомониторинг, лабораторный контроль.



Городская клиническая больница №40, 14–22 января 2017 г.

Динамика лабораторных показателей

- Рост уровня гемоглобина на фоне трансфузий ЭВ с 43 г/л до 102 г/л.
- Снижение уровня лейкоцитов с 19,3 тыс/мл до 13 тыс/мл, снижение количества палочкоядерных нейтрофилов с 25% до 8%.
- Снижение уровня тромбоцитов с 205 тыс/мл до 118 тыс/мл.
- Сохраняющийся метаболический ацидоз (pH – 7,2–7,3, BE от –16 до –10 ммоль/л, HCO std от 12,7 до 17,1 ммоль/л).
- Снижение азотемии: мочевины – с 61,8 ммоль/л до 45 ммоль/л, креатинина – с 733 мкмоль/л до 417 мкмоль/л.
- Снижение уровня общего белка с 60 г/л до 44 г/л.
- Снижение уровня калия с 7,1 ммоль/л до 5,6 ммоль/л.
- Сохраняющаяся лейкоцитурия: 500 лейкоц./мкл, протеинурия – от 1,0 г/л до 0,7 г/л.
- Рост уровня тропонина с 0,2 нг/мл до 0,27 нг/мл.

кровотечения и ишемической гипоксии вследствие кровопотери, – пояснил докладчик.

По словам Алексея Сохликова, со вторых суток у пациентки восстановился адекватный диурез – больше 1 мл/кг/ч, от 1,5 до 2 л в сутки. Проведены повторные трансфузии эритроцитарной взвеси. Продолжена вазопрессорная, антибактериальная, антисекреторная терапия и введение диуретиков. Начата антикоагулянтная терапия низкомолекулярными гепаринами – фраксипарин 0,3 мл/сут. Самостоятельная эффективная гемодинамика у пациентки отсутствовала.

– В процессе лечения уровень сознания оставался прежним – 13–14 баллов по шкале Глазго. Нормализовалось ЦВД до уровня 9–10 см вод.ст. Возрастание со 2-х суток темпа диуреза до 1,5–2 мл/сут, – продолжил докладчик. – Повторными трансфузиями эритроцитарной взвеси была купирована гемическая гипоксия. Гемодинамика оставалась нестабильной, поддерживалась введением допамина в возрастающих дозах – до 15 мкг/кг/мин. Рецидива желудочно-кишечного кровотечения у пациентки не наблюдалось. На фоне прогрессирования полиорганной недостаточности с преобладанием острой сердечно-сосудистой недостаточности 22 января пациентка скончалась.

Заключительный диагноз: «Цирроз печени, класс С по Чайлд–Пью, ИБС, постинфарктный кардиосклероз (острый инфаркт миокарда левого желудочка от 11.12.2016)». Фоновые заболевания: «Хроническая алкогольная интоксикация с полиорганными проявлениями. Гипертоническая болезнь 3-й ст., 3-й ст., 4-й ст. риска ССО». Осложнения: «Отечно-асцитический

синдром. Энцефалопатия, полинейропатия. Гепаторенальный синдром. Острая сердечно-сосудистая недостаточность. Острая язва луковицы двенадцатиперстной кишки, эрозивный дуоденит, эзофагит. Анемия тяжелой степени смешанного генеза. Правосторонняя нижнедолевая пневмония. Правосторонний гидроторакс. Пароксизмальная форма фибрилляции предсердий. НКЗБ». Сопутствующая патология: «Хронический пиелонефрит, обострение. Нефроангиосклероз. ХБП 4-й стадии».

– От чего она умерла? – последовал вопрос Леонида Печатникова.

– Сочетание комплекса причин – два тяжелых, конкурирующих заболевания: хроническая алкогольная интоксикация с полиорганными поражениями и тяжелая сердечная недостаточность, вызванная постинфарктным кардиосклерозом. Провоцирующим фактором послужило состоявшееся желудочно-кишечное кровотечение на догоспитальном этапе с развитием тяжелой гемической гипоксии, – ответил Алексей Сохликов.



Патологоанатомический диагноз

Основное заболевание. Рак шейки матки с распадом (плоскоклеточный рак без ороговения).

Проращение опухоли в стенку прямой кишки, заднюю стенку мочевого пузыря, метастазы в регионарные лимфатические узлы. T4N1M0.

Сочетанное заболевание. Крупноочаговый постинфарктный кардиосклероз в передней стенке левого желудочка. Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (3-я степень, IV стадия, стеноз на 60–70% передней межжелудочковой ветви и огибающей ветви левой венечной артерии).

Фоновое заболевание. Гипертоническая болезнь: эксцентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца 500 г, толщина стенки левого желудочка – 2,0 см, правого – 0,4 см). Атеро–артериолосклеротический нефросклероз; гипертензивная энцефалопатия.

Осложнения. Уретерогидронефроз слева. Почечная недостаточность (мочевина – 54,1 ммоль/л, креатинин – 675 мкмоль/л). Хроническая прогрессирующая сердечная недостаточность в стадии декомпенсации: анасарка (отек жировой клетчатки, отек нижних конечностей); двусторонний гидроторакс по 1000 мл, асцит – 2000 мл; хроническое общее венозное полнокровие: цианотическая индурация почек, селезенки, бурая индурация легких. Острая язва луковицы двенадцатиперстной кишки. Состоявшееся желудочно-кишечное кровотечение. Анемия сочетанного генеза

Патологоанатомическое заключение

Результаты вскрытия представила заведующая патологоанатомическим отделением ГКБ №40 Евгения Малышева.

– При внешнем осмотре биологический возраст женщины превосходил возраст паспортный. Также обращало на себя внимание наличие отеков мягких тканей нижних конечностей до уровня крестца – анасарка. При внутреннем исследовании в плевральных полостях по 1000 мл, в брюшной полости 2000 мл прозрачной бесцветной жидкости.

В полости малого таза – конгломерат, образованный органами малого таза и опухолью в размере 15x15 см с вовлечением мочевого пузыря, прямой кишки и матки. Опухоль врастает в заднюю стенку мочевого пузыря, блокирует левый мочеточник, который расширен вместе с чашечно-лоханочной системой.

– Вы провели гистологическое исследование опухоли? – спросил Леонид Печатников.

(постгеморрагическая, металластическая). Отек легких. Отек головного мозга. Пролезни кожи и мягких тканей крестца и выступающих поверхностей пяточных областей нижних конечностей.

Сопутствующие заболевания. Алкогольная болезнь с полиорганными проявлениями: мульти-, монолобулярный цирроз печени, хронический панкреатит вне обострения. Хроническая энцефалопатия сочетанного генеза (алкогольная, атеросклеротическая, гипертензивная): склероз мягкой мозговой оболочки, атрофия коры больших полушарий головного мозга, единичные мелкие кисты в лобных долях и подкорковых ядрах обоих полушарий. Стенозирующий атеросклероз артерий основания головного мозга (3-я степень, IV стадия, стеноз до 70%). Атеросклероз аорты, крупных сосудов (3-я степень, IV стадия). ХОБЛ: Хронический обструктивный бронхит вне обострения. Диффузный сетчатый пневмосклероз. Эмфизема легких. Хронический пиелонефрит.

Смерть больной наступила от тяжелой сочетанной патологии: рака шейки матки с проращением всех органов малого таза, распадом, регионарными метастазами; постинфарктного кардиосклероза, развившегося на фоне гипертонической болезни; алкогольной болезни с полиорганными проявлениями.

Непосредственная причина смерти: полиорганный недостаток с преобладанием почечной и сердечно-сосудистой недостаточности.

– Это плоскоклеточный рак, исходил из шейки матки и врастал в кишку и мочевой пузырь, – ответила докладчик.

– Как вы думаете, сколько времени требуется такому виду рака, чтобы вызвать описанные морфологические изменения? – последовал еще один вопрос.

– Больше года, может быть, 6–9 месяцев, – предположила патологоанатом.

При исследовании сердечно-сосудистой системы был выявлен участок белесоватой ткани в области верхушки сердца, передней стенки и межжелудочковой перегородки. Масса сердца увеличена – 500 г, толщина стенки миокарда левого желудочка – 2 см. Были выявлены атеросклеротические бляшки, которые сужали просвет от 60 до 70%. При гистологическом исследовании миокарда – формирующийся рубец, что соответствовало анамнестическим данным острого инфаркта миокарда.

Капсула и поверхность печени гладкие, капсула резко утолщена, плотная, серая, масса печени – 2 кг 800 г, на разрезе мелкозернистая. При гистологическом исследовании – мелкоузловой цирроз печени.

– Степень активности цирроза крайне низкая, поэтому мы не указали его в заключительном диагнозе, – уточнила эксперт.

При исследовании почек выявлены признаки хронического пиелонефрита и нефроангиосклероза на фоне атеросклеротического и гипертонического поражения сосудов. При гистологическом исследовании лоханки выявлена плотная инфильтрация с преобладанием лимфоцитов, что говорит о длительности процесса.

При исследовании головного мозга – выраженный фиброз мягкой мозговой оболочки, что указывает на наличие хронической алкогольной энцефалопатии, то есть выраженного токсического повреждения, выраженной гипоксии. В коре головного мозга явление нейронофагии – отсутствие нейронов, которые замещены клетками глии.

При макроскопическом и гистологическом исследовании легких выявлены признаки отека в виде скопления в просветах альвеол эозинофильного экссудата.

– При сличении клинического и патологоанатомического диагноза было выявлено расхождение второй категории. Причина – тяжесть состояния пациентки, – подводя итог, сказала Евгения Малышева.

– Вы проводили вирусологическое исследование печени? – задал вопрос Леонид Печатников.

– Не проводили, отсутствовали морфологические маркеры, характерные для вирусного поражения печени.

– Морфологически чем проявляется поражение печени при токсическом действии алкоголя? – последовал еще один вопрос.

– Чаще всего – жировым гепатозом, – ответила Евгения Малышева.

Выступление рецензентов

Главный внештатный специалист по первичной медикосанитарной помощи взрослому населению Андрей Тяжелников открыл выступление рецензентов, указав на ошибки при ведении пациентки. Среди них: недостаточная оценка тяжести состояния и рекомендации по обследованию и госпитализации, отсутствие профилактических осмотров и диспансеризации.

– Пациентке не проведены в полном объеме исследования согласно утвержденным стандартам медико-санитарной помощи больным хроническим гепатитом.

Главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии Александр Конопляников указал на отсутствие осмотра акушера-гинеколога. Базовый объем обследований в стационарных условиях предусматривает осмотр шейки матки в зеркалах и бимануальное влагалищное исследование.

– Пациентка дважды была в стационаре, однако осмотр акушера-гинеколога отсутствует даже после выявления миомы матки при проведении УЗИ-диагностики, – поддержал Леонид Печатников.

Главный внештатный специалист онколог Игорь Хатьков напомнил, что рак шейки матки течет бессимптомно, развивается за счет инвазии в окружающие ткани, обладая низким потенциалом для отдаленного метастазирования. Причиной смерти таких пациентов является метастатическое поражение органа: обструкция мочеточников, кишечная непроходимость, кровотечение из распадающейся опухоли.

– Что мы имеем в данном случае? Мы не видим очагового поражения жизненно важных органов, данных за острую кишечную непроходимость тоже нет, – обратил внимание собравшихся Игорь Хатьков. – В протоколе вскрытия отсутствуют данные о наличии крови во влагалище. Однако такая огромная опухоль не могла не давать кровотечения. Кроме того, у пациентки отсутствует двусторонняя обструкция мочеточников с развитием фатального гидронефроза.

Подводя итог, Игорь Хатьков сказал, что нельзя рассматривать рак шейки матки как основную причину смерти больной с выраженной сердечной и легочной патологией на фоне хронической алкогольной интоксикации. Данный диагноз можно рассматривать как сочетанное заболевание.

Касаясь вопроса оказания медицинской помощи, главный внештатный специалист кардиолог Елена Васильева указала на серьезные недостатки:

– Коронарография при инфаркте миокарда с подъемом ST показана абсолютно всем пациентам. Единственным противопоказанием является внутреннее кровотечение. В данном случае этого не было. Маточное кровотечение не является противопоказанием для коронарографии.

Как подчеркнула Елена Васильева, в истории болезни указано, что пациентка была неадекватна, в этом случае необходимо собирать консилиум. С ее точки зрения, не была оправдана терапия тикагрелором, который повышает риск кровотечений.

– В любом случае, не следует нарушать протокол, – сказала в завершение она.

Касаясь обсуждаемого случая, главный внештатный рентгенолог Департамента здравоохранения Москвы Сергей Морозов отметил, что не существует противопоказаний для компьютерной томографии, у этой пациентки исследование обосновано.

– Были признаки асцита, кто-то должен был заподозрить. Однако при выявлении образования в малом тазу обследования не назначено, – подчеркнул он.

Заместитель директора МНПЦ наркологии Департамента здравоохранения Москвы Олег Брюн подчеркнул, что больная так и не попала в поле зрения психиатров и наркологов.

– Диагноз хронической алкогольной интоксикации не совсем корректен. Не было сведений о том, что она ежедневно пила. Завершил выступление рецензентов главный внештатный специалист по патологической анатомии Олег Орехов. Он сказал:

– Никто меня не убедит, что конгломерат с распадом не влиял на общее состояние и гомеостаз. Не могу согласиться, что опухоль не имела определяющего значения. Для достижения консенсуса со всеми пятью специалистами предлагаю следующее заключение: смерть больной, страдавшей раком шейки матки с распадом с прорастанием опухоли в стенку прямой кишки, заднюю стенку мочевого пузыря, T4N1M0,

в сочетании с хроническим алкоголизмом, полиорганными проявлениями, ведущими среди которых были алкогольная энцефалопатия, полинейропатия, кардиомиопатия, наступила от полиорганной недостаточности.

Подводя итоги обсуждения, Леонид Печатников попросил обратить пристальное внимание на пропедевтику внутренних болезней.

– Когда мы видим мелкозернистый цирроз, я сомневаюсь, что проведено полноценное вирусологическое обследование. В отсутствие вируса, как правило, развиваются алкогольный гепатит, жировой гепатоз.

Был цирроз или его не было? Для оценки функции печени есть четыре важных критерия. Синдром цитолиза – АСТ, АЛТ, ГГТ, ЛДГ, при сформированном циррозе печени его уже может не быть. Синдром мезенхимального воспаления, который характеризует активность цирроза. Синдром портальной гипертензии и связанные с ним спленомегалия и гиперспленизм. Наконец, печеночная недостаточность, при которой страдает синтетическая функция печени.

Как отличить портальную гипертензию от сердечной недостаточности? Не может при сердечной недостаточности асцит опережать периферические отеки. А при портальной гипертензии может быть асцит, а затем присоединяются периферические отеки.

Были ли в этом случае сердечная недостаточность и алкогольная кардиомиопатия – сказать сейчас сложно. Алкогольная кардиомиопатия не сопровождается гипертрофией миокарда.

Этот случай показал нам многое. Поэтому прошу всех руководителей учреждений сделать правильные выводы.



**НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА**

Осуществляет комплексные научные исследования по оценке результативности деятельности учреждений здравоохранения



СЕРГЕЙ КИМ
РУКОВОДИТЕЛЬ ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА,
КАНДИДАТ МЕДИЦИНСКИХ НАУК:

“ Сотрудничество с нами открывает новые возможности для развития как государственных, так и частных медицинских учреждений

- Междисциплинарная команда и набор компетенций, позволяющие эффективно исследовать все стороны деятельности медицинских учреждений
- Применение методологии потенциального подхода в управлении ресурсами
- Системный подход к анализу клинической и административно-хозяйственной деятельности

+7 (495) 951-20-54
niiozmm@zdrav.mos.ru
115184, Москва,
Большая Татарская, 30
www.niioz.ru

ОБОРОТ РЕЦЕПТА: ОТ ВЫПИСКИ ДО ПОЛУЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВА В АПТЕЧНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ



Рецепт на лекарство - это оформленный врачом (иногда фельдшером или акушеркой) по строгим правилам письменный документ, в котором указываются название и доза лекарства, необходимого пациенту для лечения (п. 53 ст. 4 Федерального закона от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств»).

АВТОР КУРНОСОВА ТАТЬЯНА, ГБУ «ЦКИОМТ ДЗМ»

Зачем нужен рецепт?

Рецепт нужен для получения лекарств, имеющих пометку «Отпускается по рецепту врача». Сюда же относятся и препараты со специальным режимом – содержащие наркотические и психотропные вещества. Также ряд лекарств некоторые категории граждан могут получить бесплатно или со скидкой 50 %, для этого и необходим рецепт, выписанный на бланке особой формы.

Кто может выписать рецепт на лекарство?

Рецепт на лекарство оформляется только медицинскими работниками, имеющими на это право:

- лечащим врачом или врачом скорой помощи (п. 2 Порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, утвержденного приказом МЗ РФ от 20 декабря 2012 г. № 1175н);
- фельдшером или акушером при оказании скорой или первичной медицинской помощи в случае возложения на них полномочий лечащего врача (Приказ МЗ РФ от 23 марта

2012 г. № 252н «Об утверждении Порядка возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению ЛП, включая наркотические и психотропные лекарственные препараты»).

Кому положена выписка льготных рецептов?

Льготные рецепты положены:

- гражданам, страдающим злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также гражданам после трансплантации органов и (или) тканей, в соответствии с распоряжением Правительства РФ от 26 декабря 2015 г. № 2724-р «Об утверждении Перечня

жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов на 2016 г., а также Перечней ЛП для медицинского применения и минимального ассортимента ЛП, необходимых для оказания медицинской помощи»;

- гражданам, имеющим право на получение ЛП бесплатно или получение ЛП со скидкой за счет средств бюджетов субъектов РФ, в соответствии с Перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых ЛП и МИ отпускаются по рецептам врачей бесплатно, и Перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых ЛП отпускаются по рецептам врачей с 50%-ной скидкой, утвержденными постановлением Правительства РФ от 30 июля 1994 г. № 890;
- гражданам, страдающим жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни граждан и их инвалидности.

Кому положено бесплатное обеспечение лекарственными препаратами?

Право на бесплатное получение лекарств имеют следующие группы населения и категории больных:

- дети в возрасте до трех лет (в многодетных семьях – до шести лет);
- инвалиды, участники Великой Отечественной войны и приравненные к ним по льготам лица (воины-интернационалисты и др.). Кроме медикаментов, инвалиды и участники войны бесплатно получают лекарственное растительное сырье, лечебно-минеральные воды (без стоимости посуды), пиявок, телескопические очки, предметы ухода

за больными, хирургические больные – перевязочные материалы, лечебные пояса, противоболевые стимуляторы, эластичные бинты и чулки;

- родители и жены военнослужащих, погибших при защите страны;
- граждане, подвергшиеся воздействию радиации вследствие аварии на Чернобыльской АЭС, других атомных объектах страны;
- граждане из подразделений особого риска, т.е. непосредственные участники испытаний ядерного оружия, ликвидации аварий на ядерных установках, работ по захоронению радиационных веществ;
- инвалиды первой группы, неработающие инвалиды второй группы, дети-инвалиды до 16 лет;
- лица, награжденные медалью «За оборону Москвы» или «За оборону Ленинграда», знаком «Жителю блокадного Ленинграда»;
- Герои Советского Союза, Герои Российской Федерации, полные кавалеры ордена Славы;
- Герои Социалистического Труда и полные кавалеры ордена Трудовой Славы;
- бывшие несовершеннолетние узники фашистских концлагерей;
- малочисленные народы Севера и др.;
- онкологические больные (для инкурабельных онкобольных бесплатно отпускаются также перевязочные средства);
- больные психическими заболеваниями (инвалиды 1-й и 2-й групп);
- больные диабетом (кроме медикаментов, бесплатно получают также этиловый спирт до 100 г в месяц, шприцы и иглы к ним);
- больные СПИДом и ВИЧ-инфицированные и др.

Перечисленные группы населения и категории больных имеют право на бесплатное получение всех выписанных лекарств.

Какие есть общие правила заполнения рецептов на лекарства?

1. Сведения о назначенном и выписанном лекарственном препарате (наименование ЛП, разовая доза, способ и кратность приема или введения, длительность курса, обоснование назначения лекарственного препарата) указываются в медицинской карте пациента.
2. Рецепт на ЛП выписывается на имя пациента, для которого предназначен лекарственный препарат.
3. Рецепт на ЛП может быть получен пациентом или его законным представителем. Факт выдачи рецепта на лекарственный препарат законному представителю фиксируется записью в медицинской карте пациента.

Rx



4. Запрещается выписывать рецепты на лекарственные препараты:

медицинскими работниками:

- при отсутствии медицинских показаний;
- на ЛП, не зарегистрированные на территории РФ;
- на ЛП, которые в соответствии с инструкцией по медицинскому применению используются только в медицинских организациях (хлорэтил, эфир наркотический, фентанил в ампулах, сомбревин и др.);
- на наркотические средства и психотропные вещества, внесенные в список II наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в РФ, утвержденный постановлением Правительства РФ от 30 июня 1998 г. № 681, зарегистрированные в качестве ЛП для лечения наркомании;
- индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность, на наркотические средства и психотропные вещества, внесенные в списки II и III.

5. Рецепты на лекарственные препараты выписываются на рецептурных бланках: форма № 148-1/у-88, форма № 107-1/у, форма № 148-1/у-04(л), форма № 148-1/у-06(л) (утв. приказом МЗ № 54н от 01 августа 2012г.). Форма 107-у НП – специальный рецептурный бланк на наркотическое средство или психотропное вещество.

6. Наркотические и психотропные ЛП списка II Перечня, за исключением ЛП в виде трансдермальных терапевтических систем, выписываются на специальном рецептурном бланке по форме, утвержденной приказом МЗ РФ от 1 августа 2012 г. № 54н «Об утверждении формы бланков рецептов, содержащих назначение наркотических средств или психотропных веществ, порядка их изготовления, распределения, регистрации, учета и хранения, а также правил оформления».

7. При выписывании рецепта на лекарственные препараты индивидуального изготовления наименования наркотических и психотропных лекарственных препаратов списков II и III, иных лекарственных препаратов, подлежащих предметно-количественному учету, пишутся в начале рецепта, затем – все остальные ингредиенты.

8. При выписывании рецепта запрещается превышать предельно допустимое количество лекарственных препаратов для выписывания на один рецепт.

9. При выписывании наркотических и психотропных ЛП списков II и III Перечня, иных лекарственных препаратов, подлежащих предметно-количественному учету, доза которых превышает высший однократный прием, медицинский работник пишет дозу этого препарата прописью и ставит восклицательный знак.

10. Состав комбинированного лекарственного препарата, обозначение лекарственной формы и обращение медицинского работника к фармацевтическому работнику

об изготовлении и отпуске лекарственных препаратов выписываются на латинском языке.

Не допускается сокращение близких по наименованиям ингредиентов, составляющих лекарственные препараты, не позволяющих установить, какой именно лекарственный препарат выписан.

11. Способ применения лекарственных препаратов обозначается с указанием дозы, частоты, времени приема относительно сна (утром, на ночь) и его длительности, а для лекарственных препаратов, взаимодействующих с пищей, – времени их употребления относительно приема пищи (до еды, во время еды, после еды).

12. При необходимости немедленного или срочного отпуска лекарственных препаратов пациенту в верхней части рецепта проставляются обозначения «cito» (срочно) или «statim» (немедленно).

13. При выписывании рецепта на ЛП индивидуального изготовления количество жидких фармацевтических субстанций указывается в миллилитрах, граммах или каплях, а остальных фармацевтических субстанций – в граммах (п. 3–5 и 16–18 Порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов (Приказ Минздрава России от 20 декабря 2012 № 1175н)).

Если оформили рецепт с нарушением. Чем это грозит?

- 1.** Пациент может не получить лекарство.
- 2.** Аптека вправе отказать в обслуживании рецепта, выписанного с нарушениями.
- 3.** Если врач допустил ошибку при лечении, при отсутствии рецепта, пациент не сможет доказать нарушение своих прав и потребовать компенсации причиненного ему ущерба.
- 4.** Пациент может понести дополнительные затраты при указании медицинским работником в рецепте торгового наименования лекарства с более высокой ценой.
(Приказ Минздравсоцразвития РФ от 14 декабря 2005 г. № 785.)

По какой причине аптека может отказать в обслуживании рецепта?

Аптечная организация имеет право отказать в обслуживании рецепта только по трем основаниям:

- рецепт оформлен с нарушением установленного порядка;
- рецепт просрочен;
- аптечная организация не имеет лицензии на продажи данной категории лекарств.

(Приказ Минздравсоцразвития РФ от 14. декабря 2005 г. № 785.)

В какие сроки аптека должна обслужить рецепт, принятый на отсроченное обслуживание?

Рецепт с пометкой «statim» – 1 рабочий день с момента обращения в аптеку.

Какие существуют формы рецептов, чем они отличаются друг от друга?

Тип рецептурного бланка	Особенности оформления (общие)
Рецептурный бланк формы №107/у-НП (приказ Минздрава РФ от 01 августа 2012 г. № 54н)	Предназначен для выписывания наркотических средств и психотропных веществ. В данном бланке предусмотрены дополнительные строки: <ul style="list-style-type: none"> • серия и номер полиса обязательного медицинского страхования; • номер медицинской карты амбулаторного больного (истории развития ребенка); • в одном рецепте выписывается только одно лекарство, при этом количество препарата указывается прописью; • кроме личной подписи и печати врача, в бланке должна стоять круглая печать медицинской организации.
Рецептурный бланк формы № 148-1/у-88 (приказ Минздрава РФ от 20 декабря 2012 г. № 1175н)	Предназначен для выписывания лекарственных препаратов, имеющих в своем составе наркотические и/или психотропные вещества; препаратов предметно-количественного учета или же имеющих анаболическую активность. Рецепты данной формы действительны в течение 10 дней и обязательно заверяются печатью медицинской организации «Для рецептов». Данный рецепт выписывается только на одно наименование лекарства. Кроме того, в рецептурной форме № 148-1/у-88 обязательно должен быть указан адрес пациента или номер его амбулаторной карты.
Рецептурные бланки форм № 148-1/у-04 (л) и № 148-1/у-06 (л) (приказ Минздрава РФ от 20 декабря 2012 г. № 1175н)	Предназначены для выписывания льготных лекарств, для их получения в аптеке бесплатно или со скидкой 50%. Такие рецепты действительны в течение месяца со дня выписывания. Если рецепт выписан для пенсионеров, инвалидов I группы или детей-инвалидов, то срок действия таких рецептов составляет 3 мес. В рецепте должен быть указан контактный номер телефона медицинского работника, выписавшего рецепт. Данные рецепты составляются в трех экземплярах (с двумя из которых пациент идет в аптеку для получения лекарства), заверяются печатью медицинской организации «Для рецептов» и могут быть выписаны только на одно наименование лекарственного средства. Медицинские работники санаторно-курортных организаций, а также стационаров не могут выписывать рецепты на льготные лекарства.
Рецептурный бланк формы № 107-1/у (приказ Минздрава РФ от 20.12.2012 № 1175н)	Предназначены для выписывания лекарственных препаратов, указанных в пункте 4 Порядка отпуска физическим лицам лекарственных препаратов для медицинского применения, содержащих, кроме малых количеств наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, другие фармакологически активные вещества, утвержденного приказом МЗ РФ от 17 мая 2012 г. № 562н. Рецепты этой формы действительны в течение 2 мес со дня выписывания. При выписывании рецептов пациентам с хроническими заболеваниями разрешается устанавливать срок действия рецепта этой формы в пределах до одного года (делается пометка «Пациенту с хроническим заболеванием», которая заверяется подписью, личной печатью врача, а также печатью медицинской организации «Для рецептов»). Один рецептурный бланк формы № 107-1/у выписывается не более чем на три лекарственных препарата.

Рецепт с пометкой «cito» – до 2 рабочих дней с момента обращения в аптеку.

Рецепты на препараты, входящие в минимальный ассортимент лекарственных средств, – до 5 рабочих дней с момента обращения в аптеку.

Рецепты на лекарственные средства, включенные в Перечень лекарственных средств, отпускаемых по рецептам врача (фельдшера), – до 10 рабочих дней с момента обращения в аптеку.

Рецепты на лекарственные средства, назначаемые по решению врачебной комиссии, утвержденной главным врачом лечебно-профилактического учреждения, – до 15 рабочих дней с момента обращения в аптеку.

(П.п. 2.12, 2.13 Порядка отпуска лекарственных средств (Приказ Минздравсоцразвития РФ от 14 декабря 2005 г. № 785.))

Что делать с рецептом после того, как лекарство выдали?

После отпуска лекарства рецепт в зависимости от ситуации или остается в аптечной организации, или гасится штампом «Лекарство отпущено» и возвращается пациенту на руки. В последнем случае для повторного отпуска препарата гражданину необходимо получить новый рецепт. Неправильно выписанные рецепты и признанные недействительными также возвращаются больному на руки. (Приказ Минздравсоцразвития РФ от 14 декабря 2005 г. № 785.)

Что такое цифровое кодирование?

Рецепт выписывается в двух экземплярах (под копиру). На рецептурном бланке проставляется штамп (код) лечебно-профилактического учреждения, содержащий название учреждения, его адрес, телефон. Оформление рецептурного

бланка включает в себя цифровое кодирование и заполнение бланка.

1. Цифровое кодирование рецепта осуществляется по следующей схеме.

Коды печатаются типографией при изготовлении рецептурных бланков. Код ЛПУ указывается в соответствии с Основным государственным номером (ОГРН). Врач на амбулаторном приеме вносит код категории (SSS), в соответствии с Перечнем категорий граждан, имеющих право на ежемесячную денежную выплату и дополнительное лекарственное обеспечение, установленные Федеральным законом от 17 июля 1999 г. № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи».

Код нозологической формы (LLLLL) по МКБ-10 путем занесения цифр в пустые ячейки. Точка проставляется в отдельной ячейке. Коды источника финансирования (федеральный бюджет, бюджет субъекта РФ, муниципальный бюджет) и процента оплаты (бесплатно, 50%) указываются подчеркиванием. Аптечное учреждение проставляет код лекарственного средства при отпуске.

2. Заполнение рецептурного бланка.

Рецептурный бланк и его копия должны иметь единую серию и номер. Указываются полностью фамилия, имя, отчество пациента, дата рождения, страховой номер индивидуального лицевого счета гражданина в Пенсионном фонде РФ (СНИЛС), который формируется в Федеральном регистре лиц, имеющих право на государственную социальную помощь в виде набора социальных услуг, номер страхового медицинского полиса ОМС, адрес или номер медицинской карты амбулаторного пациента (история развития ребенка). Указываются полностью фамилия, имя, отчество врача.

ПАМЯТКА ОФОРМЛЕНИЕ РЕЦЕПТУРНЫХ БЛАНКОВ НА ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ, ИХ УЧЕТА И ХРАНЕНИЯ

I. Оформление рецептурных бланков.

1. На рецептурных бланках формы № 107-1/у, не имеющих номера и (или) серии, места для нанесения штрих-кода, № 148-1/у-88, № 148-1/у-04(л) и № 148-1/у-06(л) в левом верхнем углу проставляется штамп медицинской организации с указанием ее наименования, адреса и телефона.

Дополнительно на рецептурных бланках формы № 107-1/у, имеющих номер и (или) серию, место для нанесения штрих-кода, № 148-1/у-04(л) и № 148-1/у-06(л) проставляется код медицинской организации.

Серия рецептурного бланка формы № 148-1/у-04(л) и формы № 148-1/у-06(л) включает код субъекта РФ.

2. На рецептурных бланках, оформляемых ИП, имеющими лицензию на медицинскую деятельность, в верхнем левом углу типографским способом или путем проставления штампа должен быть указан адрес врача, номер и дата лицензии, наименование органа государственной власти, выдавшего лицензию.

3. Рецептурные бланки форм № 148-1/у-88, № 107-1/у и № 148-1/у-04(л) заполняются врачом разборчиво, четко, чернилами или шариковой ручкой.

4. Допускается оформление: всех реквизитов рецептурных бланков формы № 107-1/у, имеющих номер и (или) серию, место для нанесения штрих-кода, и формы № 148-1/у-06(л) с использованием компьютерных технологий; всех реквизитов (за исключением реквизита «Подпись лечащего врача») рецептурных бланков формы № 148-1/у-88 и формы № 107-1/у (не имеющих номер и (или) серию, место для нанесения штрих-кода) с использованием печатающих устройств.

5. Оформление рецептурных бланков формы № 148-1/у-04(л) и формы № 148-1/у-06(л) включает в себя цифровое кодирование: код медицинской организации в соответствии с Основным государственным регистрационным номером (ОГРН), проставляемый при изготовлении рецептурных бланков;

код категории граждан (SSS), имеющих право на получение лекарственных препаратов, и код нозологической формы (LLLL) по МКБ-10, заполняемые лечащим врачом путем занесения каждой цифры в пустые ячейки, при этом точка проставляется в отдельной ячейке;

отметка об источнике финансирования (федеральный бюджет, бюджет субъекта РФ, муниципальный бюджет) и проценте оплаты рецепта (бесплатно, 50%);

код медицинского работника указывается медицинским работником в соответствии с установленным органом исполнительной власти субъекта РФ в области охраны здоровья граждан Перечнем кодов медицинских работников, имеющих право на выписку ЛП;

код ЛП, проставляемый в аптечной организации при отпуске ЛП, выписанных на рецептурных бланках формы № 148-1/у-04(л) и формы № 148-1/у-06(л).

6. Во всех рецептурных бланках «Ф.И.О. пациента» указываются полностью фамилия, имя и отчество пациента.

7. В рецептурных бланках формы № 148-1/у-88 и формы № 107-1/у в графе «Возраст» указывается количество полных лет пациента.

В рецептурных бланках формы № 148-1/у-04(л) и формы № 148-1/у-06(л) указывается дата рождения пациента (число, месяц, год).

8. В рецептурных бланках формы № 148-1/у-04(л) и формы № 148-1/у-06(л) указываются страховой номер индивидуального лицевого счета гражданина в Пенсионном фонде РФ (СНИЛС) и номер полиса обязательного медицинского страхования.

9. В рецептурных бланках формы № 148-1/у-88 указывается полный почтовый адрес места жительства пациента и номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

В рецептурных бланках формы № 148-1/у-04(л) и формы № 148-1/у-06(л) указывается номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

10. Во всех рецептурных бланках указываются полностью фамилия, имя, отчество медицинского работника, выписавшего рецепт.

11. Во всех рецептурных бланках указываются:

1) на латинском языке наименование лекарственного препарата (международное непатентованное или группировочное, либо торговое), его дозировка;

2) на русском, или русском и национальном языках способ применения лекарственного препарата.

12. Запрещается ограничиваться общими указаниями, например, «Внутреннее», «Известно».

Разрешаются только принятые правилами сокращения обозначений; твердые и сыпучие фармацевтические субстанции выписываются в граммах (0,001; 0,5; 1,0), жидкие – в миллилитрах, граммах и каплях.

13. Рецепт, выписанный на рецептурном бланке, подписывается медицинским работником и заверяется его личной печатью.

Дополнительно рецепт, выписанный на рецептурном бланке формы № 148-1/у-88, формы № 148-1/у-04(л) и формы № 148-1/у-06(л), заверяется печатью медицинской организации «Для рецептов».

14. На одном рецептурном бланке формы № 148-1/у-88, формы № 148-1/у-04(л) и формы № 148-1/у-06(л) разрешается выписывать только одно наименование лекарственного препарата; на одном рецептурном бланке формы № 107-1/у – не более трех наименований ЛП.

15. Исправления в рецепте, выписанном на рецептурном бланке, не допускаются.

16. Срок действия рецепта, выписанного на рецептурном бланке формы № 148-1/у-88 (10 дней), формы № 107-1/у (60 дней, до 1 года), формы № 148-1/у-04(л) и формы № 148-1/у-06(л) (5 дней, 15 дней, 30 дней, 90 дней), указывается путем зачеркивания или подчеркивания.

17. На оборотной стороне рецептурного бланка формы № 107-1/у (за исключением рецептурного бланка, полностью заполняемого с использованием компьютерных технологий), рецептурного бланка формы № 148-1/у-88 и формы № 148-1/у-06(л) печатается таблица следующего содержания:

Приготовил Проверил Отпустил

18. При выписке ЛП по решению врачебной комиссии на обороте рецептурного бланка формы

№ 107-1/у, № 148-1/у-88 № 148-1/у-04(л) и формы № 148-1/у-06(л) ставится специальная отметка (штамп).

19. На рецептурном бланке формы № 148-1/у-04(л) и формы № 148-1/у-06(л) внизу имеется линия отрыва, разделяющая рецептурный бланк и корешок.

Корешок от рецепта, выписанного на указанном рецептурном бланке, выдается пациенту в аптечной организации, на корешке делается отметка о наименовании ЛП, дозировке, количестве, способе применения, и он остается у пациента.

Оформление специального рецептурного бланка на наркотическое средство и психотропное вещество осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 августа 2012 г. № 54н «Об утверждении формы бланков рецептов, содержащих назначение наркотических средств или психотропных веществ, порядка их изготовления, распределения, регистрации, учета и хранения, а также правил оформления».

ПАМЯТКА

Оформления формы N 107/У-НП “СПЕЦИАЛЬНЫЙ РЕЦЕПТУРНЫЙ БЛАНК НА НАРКОТИЧЕСКОЕ СРЕДСТВО И ПСИХОТРОПНОЕ ВЕЩЕСТВО”

1. На рецептурном бланке по **форме N 107/у-НП** выписываются **наркотические средства или психотропные вещества**, внесенные в Список II (постановление Правительства РФ от 30 июня 1998 г. N 681)
 2. Рецептурный бланк **заполняется врачом**, назначившим наркотический (психотропный) ЛП, либо **фельдшером (акушеркой)**.
 3. Рецептурный бланк заполняется **разборчиво, четко, чернилами или шариковой ручкой либо с применением печатающих устройств. Исправления не допускаются.**
 4. На рецептурном бланке проставляется **штамп медицинской организации** (с указанием полного наименования медицинской организации, ее адреса и телефона) и **дата выписки рецепта.**
 5. Указываются **полностью Ф.И.О. пациента**, его возраст (количество полных лет).
 6. Указывается **номер полиса обязательного медицинского страхования** пациента.
 7. Указывается **номер медицинской карты** пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, или **истории болезни пациента**, выписываемого из медицинской организации.
 8. Указывается **полностью Ф.И.О.** врача (фельдшера, акушерки), выписавшего рецепт.
 9. **На латинском языке** указывается **наименование** наркотического (психотропного) ЛП (**МНН или химическое**, либо в случае их отсутствия - **торговое наименование**), его **дозировка, количество и способ приема.**
 10. **На одном** рецептурном **бланке** выписывается **одно наименование** наркотического (психотропного) ЛП. Количество препарата указывается прописью. **Способ приема** наркотического (психотропного) ЛП указывается на **русском языке** или на **русском и государственном языках республик**, входящих в состав РФ.
При указании способа приема наркотического (психотропного) ЛП **запрещается** ограничиваться общими указаниями, такими как **“Внутреннее”, “Известно”**.
 - 10.1. При **первичном выписывании** пациенту рецепта на наркотический (психотропный) ЛП в рамках оказания медицинской помощи при определенном заболевании такой рецепт **заверяется**:
 - 1) **подписью и личной печатью врача** либо подписью фельдшера (акушерки);
 - 2) **подписью руководителя** (заместителя руководителя) медицинской организации или руководителя (заместителя руководителя) структурного подразделения медицинской организации либо лицом, уполномоченным руководителем медицинской организации (в случае отсутствия в структурном подразделении медицинской организации должности заведующего (заместителя заведующего) структурным подразделением) (с указанием его фамилии, имени, отчества);
 - 3) печатью медицинской организации либо структурного подразделения медицинской организации **“Для рецептов”**.
 При повторном выписывании пациенту рецепта на наркотический (психотропный) ЛП в рамках продолжения оказания медицинской помощи рецепт заверяется **подписью и личной печатью** врача либо подписью фельдшера (акушерки), **печатью медицинской организации “Для рецептов”** с указанием в левом верхнем углу рецепта надписи **“Повторно”**
- Ставится **отметка аптечной организации об отпуске** ЛП с указанием наименования, количества отпущенного наркотического (психотропного) ЛП и даты его отпуска, подпись работника и его Ф.И.О., круглая печать аптечной организации, в оттиске которой должно быть идентифицировано полное наименование аптечной организации.



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА

Научные исследования по
менеджменту качества в
сфере здравоохранения и
лабораторной медицины



АРТЕМ ЭМАНУЭЛЬ
КАНДИДАТ ТЕХНИЧЕСКИХ НАУК:



Нам мало быть успешными.
Нам важно быть лидерами!

- Разработка методологии внедрения систем менеджмента качества
- Адаптация и разработка инструментов менеджмента качества для здравоохранения и лабораторной медицины
- Организация и проведение тренингов и семинаров
- Бережливое производство в сфере лабораторной медицины
- Управление рисками
- Анализ экономической эффективности систем менеджмента качества

+7 (495) 951-20-54
niiozmm@zdrav.mos.ru
115184, Москва,
Большая Татарская, 30
www.niioz.ru



**ДЕПАРТАМЕНТ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ГОРОДА МОСКВЫ**