



Издается с августа 1994 года

Эксперты Всемирной организации здравоохранения помогут повысить качество оказания стационарной помощи детям в больницах области



С предложением пригласить экспертов ВОЗ и провести внутренний аудит стационарной педиатрической помощи в медицинских организациях региона вышло министерство здравоохранения области, преследуя цель не только оценить каче-

ство работы педиатрической службы в регионе, но и получить независимые высокопрофессиональные рекомендации по её дальнейшему совершенствованию. Данный проект является долгосрочным и подразумевает неоднократное обучение персонала, регулярные тренинги и аудиты, а также постоянный контроль качества оказания стационарной помощи.

Приглашённые в Калужскую область эксперты - специалисты федерального государственного автономного учреждения «Научный центр здоровья детей», уже со-

трудничали с другими регионами России и принимали участие в оценке качества оказания медицинской помощи детям разных стран. В результате их деятельности удалось оптимизировать работу многих учреждений здравоохранения без вложения дополнительных средств извне, провести реструктуризацию, реорганизовать кабинеты неотложной помощи. Целью аудиторского проекта является также повышение профессионального образования специалистов педиатрического профиля: снижение необоснованных госпитализаций в стационар, назначения ненужных лекарственных препаратов, внутривенных инфузий и уколов, снижение необоснованной боли.

Калужским врачам были предложены практически рекомендации по наиболее актуальным вопросам неотложной помощи при острых состояниях у детей, с которыми сталкивается большинство их коллег при диагностике заболеваний у детей в острый период, а также определении дальнейшего лечения и проведения профилактических мероприятий.

Предполагается, что далее работа будет продолжена в районах области (Людинове, Кирове, Малоярославце, Боровске).

С использованием материалов министерства здравоохранения Калужской области.

Фото Сергея Лялякина.

Ранняя диагностика заболеваний - залог успешного лечения

Члены общественного совета по здравоохранению при губернаторе области обсудили сложившуюся в регионе ситуацию с онкологической заболеваемостью и смертностью.

По информации, представленной региональным министром здравоохранения Еленой Разумеевой, в Калужской области в 2015 году выявлено 4702 новых случая онкологических заболеваний. Ведущими локализациями в общей структуре злокачественных новообразований являлись кожа с меланомой (624 случая), толстая кишка (552 случая) и молочная железа (527 случаев). Показатели выживаемости онкологических больных в прошедшем году выросли и превысили среднероссийский уровень на 3%. Залогом улучшения ситуации, считают в министерстве, явилось проведение ранней диагностики и использование современных технологий в лечении. По словам Елены Разумеевой, в ближайшем будущем министерство планирует запуск новых скрининговых программ, направленных на оперативное выявление патологий. Также в числе приоритетных задач - активизация работы межрайонных центров и организация выездов специалистов в центральные районные больницы, а также повышение уровня квалификации врачей первичного звена.



Глава региона обратил внимание членов совета на то, что необходимо усилить мотивированность к здоровьесберегающему образу жизни и самих пациентов. Важную роль в этом могут сыграть разъяснительная работа и обращения специалистов к жителям области через средства массовой информации.

В ходе заседания также были озвучены итоги независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями региона за 2015 год.

В соответствии с рекомендациями Минздрава России критерии оценки учреждений были разделены на пять блоков:

открытость и доступность информации о медицинской организации; комфортность и доступность медицинских услуг; время ожидания услуги; доброжелательность, вежливость и компетентность персонала, а также удовлетворенность пациента оказанными услугами.

Лучшими учреждениями, предоставляющими помощь в амбулаторных условиях, стали: городская поликлиника города Кременки, Калужская областная клиническая больница и туберкулезная больница Калужской области. Лучшими среди стационаров жителями области названы Калужская городская больница № 4 им. Хлюстина А.С., Калужский областной специализированный центр инфекционных заболеваний и СПИД, городская больница № 2 «Сосновая роща».

В 2016 году запланировано проведение независимой оценки качества в 27 меди-

цинских учреждениях, в число которых вошли и частные организации.

Анализируя проведенные исследования, губернатор обратил внимание на то, что при

одинаковой материально-технической оснащенности учреждений отзывы людей разнятся. Это, по его мнению, во многом связано с личными качествами руководителя организации, его искренней заботой о здоровье пациентов. «Задача номер один для вас - замечать молодых и способных специалистов, поддерживать их желание получать новые знания, давать им возможность реализовывать свой талант. Мы должны сформировать сообщество единомышленников - людей, которые стремятся принести пользу своим пациентам», - резюмировал Анатолий Артамонов.

По информации пресс-службы правительства Калужской области.

Министерство здравоохранения Калужской области поддержало проект федерального Минздрава

Минздрав России запустил пилотный федеральный проект под рабочим названием «Послушайте, доктор». Калужская область вошла в него наряду с девятью регионами России: Московской, Курской, Тюменской, Томской, Саратовской, Ульяновской областями, Ханты-Мансийским автономным округом, Хабаровским и Красноярским краями.

- Цель проекта - быстрое реагирование на острые вопросы и решение проблем, - пояснила смысл проекта министр здравоохранения области Елена Разумеева. - Возможно, не все так гладко, как нам кажется. Поэтому важно мнение каждого жителя. Мы стремимся сделать так, чтобы при об-

ращении за медицинской помощью пациенту, где бы он ни находился, было удобно, а лечение прошло эффективно. Теперь каждый житель области может записать свое видеообращение на мобильный телефон и поместить на специально созданной странице «Послушайте, доктор» в социальной сети «ВКонтакте» vk.com/poslushaite_doktor. Туда же можно присылать текстовые обращения, высказывать предложения и пожелания по улучшению ситуации в отрасли. Чтобы более оперативно реагировать на тревожные сигналы, областное медицинское ведомство дополнительно открыло свои страницы, которые

называются: «Послушайте, доктор! Калуга», в популярных социальных сетях «Фейсбук», «ВКонтакте» и «Одноклассники».

Ещё одной инициативой регионального ведомства стала независимая общественная экспертиза качества медицинских услуг лечебных учреждений Калужской области, независимо от их ведомственного подчинения. К работе привлечены независимые эксперты-волонтеры. Однако высказать своё мнение могут и пациенты - жители Калужской области. С этой целью на сайтах лечебных учреждений предложено разместить оценочные анкеты. С августа они должны появиться и в бумажном варианте в регистратурах.



Объявлен конкурс на присвоение звания «Социально ответственный работодатель Калужской области»

С целью поддержки социально ответственных работодателей региональное министерство труда и социальной защиты объявило о приеме документов для участия в конкурсе на присвоение звания «Социально ответственный работодатель Калужской области» по нескольким номинациям:

- за развитие кадрового потенциала в организации;
- за реализацию мероприятий в сфере занятости населения; за развитие социального партнерства;
- за сокращение производственного травматизма и профзаболеваемости в организации.

По каждой номинации будет присуждено три призовых места.

В конкурсе могут принимать участие организации всех организационно-правовых форм и форм собственности,

индивидуальные предприниматели, осуществляющие свою деятельность на территории Калужской области, не находящиеся в стадии реорганизации, ликвидации или банкротства, в течение трех лет до объявления конкурса не привлекавшиеся к административной ответственности за несоблюдение законодательства о труде и об охране труда, о занятости населения и не имеющие невыполненных предписаний органов надзора и контроля за соблюдением трудового законодательства, законодательства о занятости населения за тот же срок.

Для участия в конкурсе необходимо до 1 сентября 2016 года представить в организационный комитет конкурса (248016, г. Калуга, ул. Пролетарская, 111 (Дом правительства Калужской области), каб. 422) пакет конкурсной до-

кументации согласно постановлению правительства Калужской области от 30.01.2012 № 36 «О реализации Закона Калужской области «О мерах государственной поддержки социально ответственных работодателей» (в ред. постановления правительства Калужской области от 23.07.2015 №409).

Информацию о конкурсе можно получить по телефону: (4842) 719-467, 719-418, 719-453 или на сайте министерства труда и социальной защиты Калужской области по адресу: <http://www.admobkaluga.ru/sub/minsocial/> в разделах «Анонсы и мероприятия», «Конкурсы».

Министерство здравоохранения Калужской области.



Конспект практического врача

Несмотря на доступные эффективные превентивные и терапевтические мероприятия, внебольничная пневмония (ВП) до сих пор вносит значимый вклад в заболеваемость и частоту госпитализаций детей во всех развитых странах мира. В развивающихся странах ВП до сегодняшнего дня в значительной степени обуславливает детскую смертность. Однако повседневная клиническая практика демонстрирует, что диагностика и лечение ВП у детей нередко не соотносятся ни с какими существующими современными стандартами.

Пневмококковая пневмония у детей: уроки повседневной практики

ДИАГНОЗ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

Диагностика пневмонии у детей, несмотря на достаточно четкий перечень клинических симптомов этой болезни, на практике может представлять серьезную проблему. Обычно пневмонию характеризуют как инфекционное поражение легких у исходно здорового ребенка, развившееся вне стационара. Согласно рекомендациям экспертов Всемирной организации здравоохранения, важнейшими диагностическими признаками пневмонии являются кашель, затрудненное дыхание, а также тахипноэ; при этом частота дыхания должна быть оценена с учетом возраста ребенка. Стандарт, принятый ВОЗ, предполагает классификацию пневмонии по клиническому течению, которое и определяет показания к госпитализации и терапевтическую тактику (табл. 1).

Таблица 1. Рекомендации Всемирной организации здравоохранения по классификации степени тяжести пневмонии и соответствующая тактика лечения [4]

| Признак или симптом | Классификация | Лечение |
|---|------------------------------------|---|
| Кашель или затрудненное дыхание + хотя бы один из перечисленных ниже: • центральный цианоз; • тяжелая дыхательная недостаточность (например, выкатывание крыльев носа при дыхании); • неспособность сосать грудь или пить; • судороги, нарушение сознания | Очень тяжелая пневмония | Госпитализация Антибиотик Кислород Санация дыхательных путей Жаропонижающие по показаниям |
| Кашель или затрудненное дыхание + хотя бы один из перечисленных ниже: • втяжение нижней части грудной клетки при дыхании; • раздувание крыльев носа; • кричащее дыхание (у младенцев) | Тяжелая пневмония | Госпитализация Антибиотик Санация дыхательных путей Жаропонижающие средства по показаниям |
| Кашель или затрудненное, или учащенное дыхание: • ≥ 60/мин у ребенка < 2 мес; • ≥ 50/мин у ребенка 2–11 мес; • ≥ 40/мин у ребенка 1–5 лет; Отчетливые влажные хрипы при аускультации | Пневмония | Лечение в домашних условиях Антибиотик на 5 дней Смягчение или облегчение кашля Инструктировать мать, в какой ситуации следует немедленно обратиться к врачу Повторный осмотр через 2 дня |
| Никаких признаков пневмонии не отмечается | Пневмонии нет, кашель или простуда | Домашний уход Смягчение или облегчение кашля Совет матери, в какой ситуации следует вновь обратиться к врачу Повторный осмотр через 5 дней |

Поскольку кашель и затрудненное/учащенное дыхание могут отмечаться и при других болезнях нижних дыхательных путей, последствиями ошибочной диагностики ВП могут стать избыточное и неадекватное назначенные рентгенологического и лабораторного исследования, необоснованная терапия антибиотиками, неоправданная госпитализация ребенка. Низкая чувствительность физикальных данных в диагностике нетяжелой или среднетяжелой пневмонии наглядно продемонстрирована в одном из недавних исследований при анализе соответствия клинико-анамнестических признаков и рентгенологического подтверждения ВП. В исследовании, в которое было включено 2574 пациента отделений неотложной помощи (средний возраст больных составил 2,3 года), продемонстрировано, что ни один из клинических признаков не является высокочувствительным маркером для постановки диагноза «пневмония». Так, только у 50% детей с лихорадкой и локальными физикальными изменениями в легких рентгенологически подтверждается пневмония. Наличие бронхообструктивного синдрома снижает вероятность диагноза пневмонии до минимума. Снижение сатурации крови кислородом менее 92% повышает вероятность установления пневмонии в 2 раза. Примечательно, что у 8% больных без единого клинического маркера была рентгенологически верифицирована пневмония. Среди клиницистов распространено убеждение, что частоту ошибочного диагноза можно снизить при проведении рентгенологического исследования всем без исключения детям с подозрением на пневмонию. В то же время отдельные исследователи утверждают, что рентгенологическое подтверждение удается получить лишь у 20% больных с нетяжелой пневмонией. Эта статистика, очевидно, обусловлена включением в категорию нетяжелой пневмонии пациентов с бронхитом и бронхиолитом. Однако важную роль играет и интерпретация данных рентгенодиагностики у детей с подозрением на пневмонию, в частности, заключение о наличии инфильтративных изменений в легких. Расшифровка результатов рентгенологического исследования органов грудной клетки существенно различается даже у квалифици-

рованных специалистов-радиологов. Кроме того, неоправданная лучевая нагрузка повышает риск развития онкологических заболеваний. Именно поэтому большинство экспертов сходятся во мнении, что рутинное применение рентгенологического исследования не является значимым для подтверждения диагноза пневмонии у пациентов с нетяжелыми респираторными симптомами, не нуждающихся в стационарном лечении. Вместе с тем рентгенологическое исследование строго показано всем детям с тяжелым поражением легких, поскольку его результат может не только подтвердить диагноз ВП, но и позволит оценить характер инфильтративных изменений и наличие осложнений, требующих проведения дополнительных лечебных мероприятий.

ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ДЕТЕЙ С ПНЕВМОНИЕЙ

Официальные руководства в различных странах предполагают обязательную госпитализацию детей с тяжелой и очень тяжелой пневмонией (см. табл. 1). Госпитализация рекомендована также детям раннего возраста с подозрением на бактериальную пневмонию, детям с подозрением на ВП, вызванную особо вирулентным патогеном, например, *Staphylococcus aureus*, а также пациентов, которые не могут быть адекватно проконтролированы на дому (табл. 2).

Таблица 2. Обобщенные показания для госпитализации детей с внебольничной пневмонией [3, 8]

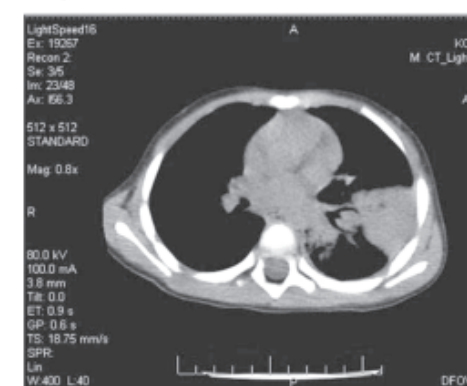
| |
|---|
| Респираторный дистресс-синдром: • тахипноэ (с учетом возраста ребенка); • SpO ₂ менее 90–93% при дыхании комнатным воздухом; • цианоз; • втяжения нижней половины грудной клетки; • кричащее дыхание; • раздувание крыльев носа Время капиллярного наполнения более 2 с Дегидратация Неспособность пить/есть Коморбидные состояния Этиология (например, метициллин-резистентный <i>S. aureus</i>) Невозможность обеспечить адекватный уход за ребенком дома |
|---|

Однако во многих случаях не удается четко разграничить показания к госпитализации, поскольку дифференцирование степени тяжести болезни не очень точное, или же потому, что бывает достаточно трудно различить вирусные и бактериальные пневмонии. Кроме того, не всегда можно оценить способность родителей к сотрудничеству и адекватному лечению ребенка в домашних условиях. Критерии ВОЗ классифицируют тяжесть пневмонии на основании доминирующих симптомов, которые характерны для всех болезней нижних дыхательных путей. Гипоксемия обычно является наиболее адекватным индексом для определения потребности в госпитализации, однако она характерна для большинства случаев тяжелой пневмонии, но может отсутствовать при пневмонии умеренной степени тяжести. Кроме того, эксперты не сходятся во мнении относительно того, какой уровень гипоксемии считать требующим госпитализации. Большинство считают таким пограничным значением для принятия решения показатель пульсоксиметрии менее 90% при дыхании комнатным воздухом у ранее здорового ребенка. Некоторые специалисты предполагают пороговое значение SpO₂ < 93%, если с ним ассоциируется лихорадка выше 39,8°C, тахикардия и время капиллярного наполнения свыше 2 с. Возраст ребенка также служит особым критерием для госпитализации при подозрении на ВП. Большинство экспертов едины во мнении, что дети до трех мес. с пневмонией должны быть в любом случае госпитализированы.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

1. Мальчик 2 лет 5 мес. госпитализирован в стационар на 6-й день острого фебрильного состояния. Анамнез не отягощен, профилактические прививки проведены в соответствии с Национальным календарем. Дома в течение шести дней отмечались лихорадка до 39,5°C, ринит, малопродуктивный кашель. Неоднократно был осмотрен педиатром, с целью снизить температуру тела назначен нимесулид (Найз), на фоне которого интервалы между подъемами температуры увеличились до 12–15 ч. Родители привезли ребенка в стационар в связи с нарастанием кашля, сохранением лихорадки, жалобами на боль в ушах. При поступлении: состояние средней тяжести, температура 36,9°C на фоне нимесулида, ЧД 32 в мин., ЧСС 122 в мин., SpO₂ при дыхании комнатным воздухом 97%. При осмотре диагностировано локальное ослабление дыхания слева под лопаткой, двусторонний гнойный отит. В общем анализе крови: нейтрофильный гиперлейкоцитоз (лейкоцитов 38,3 тыс/мкл, нейтрофилов 33,4 тыс/мкл), концентрация С-реактивного белка 373 мг/л, уровень прокальцитонина > 10 нг/мл. На рентгенограмме органов грудной клетки и компьютерной томограмме (рис. 1) визуализируется консолидация в проекции нижней доли левого легкого.

Рис. 1. Компьютерная томограмма пациента с пневмококковой бактериальной пневмонией



В посеве крови на стерильность - рост *Streptococcus pneumoniae* (серотип 3), тот же серотип пневмококка выделен в посеве назофарингеального мазка. Ребенку был назначен Амоксиклав внутривенно в дозе 90 мг/кг в сут. в течение 3 дней; затем, при улучшении состояния, продолжено лечение амоксициллином/клавуланатом перорально в дозе 50 мг/кг в сут. еще 4 дня. Выполнен тимпанцентез с двух сторон в связи с сохранением гнойного экссудата в барабанной полости, несмотря на проведение антибактериальной терапии. Мальчик был выписан домой на 7-й день лечения. В клинической практике зачастую наблюдают не только необоснованные госпитализации, но и, напротив, отсроченное определение показаний для стационарного лечения. В описанной выше ситуации ребенок был госпитализирован в поздние сроки болезни. В лечении в качестве жаропонижающего применялся нимесулид, не являющийся препаратом выбора в этой группе симптоматических средств и отличающийся высокой гепатотоксичностью. «Маскирующий» эффект нимесулида с длительным купированием лихорадки, в т. ч. при бактериальных инфекциях, в клинической практике наблюдается нередко. В данном случае длительное купирование лихорадки и периоды относительного неплохого самочувствия ребенка на фоне нимесулида снизили настороженность лечащего врача и отсрочили назначение антибактериальной терапии. У описанного пациента отсутствовали гипоксемия и одышка при поступлении в стационар, несмотря на бактериальный характер течения пневмококковой пневмонии. Как уже было упомянуто авторами, клинические симптомы ВП не отличаются высокой чувствительностью для точной диагностики болезни.

МАРКЕРЫ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВОСПАЛЕНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПНЕВМОНИИ

Теоретически антибиотики следует назначать только детям с бактериальной природой ВП. Вместе с тем дифференцирование вирусной и бактериальной инфекции зачастую представляет известные трудности и имеет свои особенности у самых маленьких пациентов. Ни один из лабораторных показателей не является референсным стандартом для идентификации бактериальной ВП, и даже сочетание маркеров бактериального воспаления не может считаться однозначно информативным. Общее число лейкоцитов в крови неспецифично для диагноза бактериальной пневмонии, то же самое можно сказать и о других показателях острой фазы воспаления, включая скорость оседания эритроцитов (СОЭ) и С-реактивный белок (СРБ). Метаанализ Flood и соавт. показал позитивный предиктивный индекс для СРБ в пределах 40–60 мг/дл при бактериальной пневмонии не превышающим 64%. Вместе с тем преимущество использования в диагностике тяжелых бактериальных инфекций таких маркеров, как СРБ и прокальцитонин, считается доказанным. Большинство публикаций свидетельствует о том, что уровень СРБ и прокальцитонина у пациентов с ВП не всегда коррелирует с тяжестью течения болезни, однако эти маркеры, а также предсердный натрийуретический пептид (MR-proANP), провазопрессин (CT-proAVP) и проаденомедулин (proADM) являются прогностическими для оценки риска смертности. У взрослых пациентов с ВП биомаркеры, в частности прокальцитонин, эффективно используют для оценки продолжительности антибактериальной терапии. В исследованиях также показана связь повышенного содержания биомаркеров с этиологией ВП. При пневмококковой пневмонии уровень прокальцитонина значимо выше, чем при ВП другой этиологии. Бактериальная пневмококковая пневмония у описанного в клиническом случае № 1 ребенка протекала с резким повышением концентрации СРБ и септическим повышением содержания прокальцитонина. Пневмококковая бактериемия является угрожающей жизни формой пневмококковой инфекции, когда микроорганизмы попадают в системный кровоток и начинают стремительно размножаться, что может обусловить переход в септициемию с развитием тяжелого шокового повреждения органов. Уровень смертности при данной форме заболевания может достигать 20%.

ИДЕНТИФИКАЦИЯ ЭТИОЛОГИИ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ

Идентификация этиологии ВП у детей также может оказаться проблемой при использовании только микробиологического метода. Положительный посев на флору биоматериала, полученного из носоглотки, не является однозначным подтверждением этиологии пневмонии и характеризует прежде всего носительство условно-патогенных бактерий. Получение мокроты для культурального исследования у детей в большинстве случаев крайне затруднительно. Микробиологическое исследование бронхоальвеолярной жидкости и биоптатов легкого рутинно не проводят. Культуральное исследование крови дает положительный результат у 13–26,5% больных с осложненной пневмонией, но менее чем у 5% пациентов с нетяжелыми и несложными формами ВП. Это, прежде всего, связано с тем, что большинство случаев пневмонии у детей не являются бактериальными. Безусловно, на результаты культурального исследования крови будет влиять и назначение антибактериальной терапии до забора биоматериала на посев. Использование молекулярно-биологических методов (метод полимеразной цепной реакции, ПЦР) может повышать чувствительность идентификации бактериального патогена, в частности *S. pneumoniae*, в несколько раз, но пока также не используется в рутинной практике. Исследование антигенов пневмококка в моче является высокоэффективным и простым способом подтверждения наличия *S. pneumoniae* у взрослых, но не может использоваться для подтверждения пневмококковой этиологии ВП у детей, поскольку не дифференцирует больных с пневмонией от носителей инфекции. Идентификация атипичных бактерий при ВП еще более затруднительна. Культуральный метод при этом не используется. Серологическая диагностика считается приемлемой лишь для инфекции *Mycoplasma pneumoniae*, однако ее широкое применение в педиатрической практике оставляет большое количество вопросов и требует дополнительного изучения. Диагностически ценным является исследование антител к микоплазме в парных сыворотках. ПЦР-исследование и в этом случае может в дальнейшем стать существенным прорывом в диагностике. Серологическая идентификация *Chlamydia pneumoniae* в настоящее время не является адекватной валидизированной. Идентификация вирусов в секретах носоглотки пока также не может считаться приемлемой в диагностике этиологии ВП у детей в связи с возможным носительством.

Однако вируснобактериальная ко-инфекция может оказаться значимой для клинических проявлений ВП у детей, а также для тяжести и исхода болезни. Известно, например, что большинство летальных исходов во время пандемии «испанского» гриппа было обусловлено присоединением пневмококковой пневмонии. Наряду с оценкой физикальных данных у детей с кашлем или затрудненным/учащенным дыханием необходимо также анализировать динамику состояния заболевшего. Сохранение или нарастание фебрильной лихорадки, в особенности гипертермии, всегда считаются поводом для исключения тяжелой бактериальной инфекции у ребенка. Выше было показано, что отдельные клинические симптомы и лабораторные воспалительные маркеры не отличаются высокой чувствительностью, но пренебрегать ими не следует.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

2. Девочка в возрасте 3 лет госпитализирована в стационар по настоянию родителей на 6-й день болезни. В течение предыдущих пяти дней болезни отмечались упорная фебрильная лихорадка с подъемами температуры до 39°C каждые 3-4 ч, кашель. За период болезни девочка дважды была осмотрена педиатром дома, заболевание расценивалось как острая респираторная вирусная инфекция, никаких дополнительных к клиническому осмотру диагностических мероприятий не проводилось. Получала жаропонижающие препараты. Анамнез ребенка не отягощен, хронических болезней не имела, привита в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок, посещала детский сад. В день госпитализации сохранялась фебрильная лихорадка, нарастала слабость, вялость, малопродуктивный редкий кашель. При поступлении: состояние тяжелое, выраженные симптомы интоксикации. Обратили на себя внимание периоральный и периорбитальный цианоз, тахипноэ до 60 в мин., одышка с втяжением уступчивых мест грудной клетки, тахикардия до 145 в мин. При аускультации отмечено ослабление дыхания над правым легким. В анализах крови при поступлении: анемия (Hb 101 г/л), лейкопения (число лейкоцитов 3 тыс./мкл, из них нейтрофилов 2,5 тыс./мкл), выраженная тромбоцитопения (35 тыс./мкл), повышение концентрации СРБ до 250 мг/л, прокальцитонина - до 200 нг/мл, декомпенсированный ацидоз (pH = 7,22), гипоальбуминемия, гипонатриемия, гиперкалемия, гиперхлоремия, повышение содержания креатинина до 226 мкмоль/л. Рентгенологически установлено тотальное затемнение правого легкого. В стационаре диагностирована острая правосторонняя пневмония, осложненная гемолитико-уремическим синдромом. Несмотря на проводившуюся антибактериальную терапию, гемодиализ, комплексную симптоматическую терапию, девочка умерла на 10-е сут. болезни. Ретроспективно в крови ребенка методом ПЦР был выявлен *S. pneumoniae*.

ПОКАЗАНИЯ К

АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Выбор антибактериальных препаратов обычно основывается на чувствительности патогена и на таких характеристиках лекарственного средства, как безопасность, переносимость, особенно его фармакокинетики и фармакодинамики. Антибактериальная терапия нетяжелых пневмоний, в особенности тех, которые протекают с бронхообструктивным синдромом, с температурой тела менее 38°C, согласно рекомендациям экспертов ВОЗ, считается нецелесообразной. Учитывая перечисленные в этом тезисе симптомы, речь при этом идет о бронхитах, бронхолитах, нетяжелых вирусных пневмониях. Однако в ряде случаев

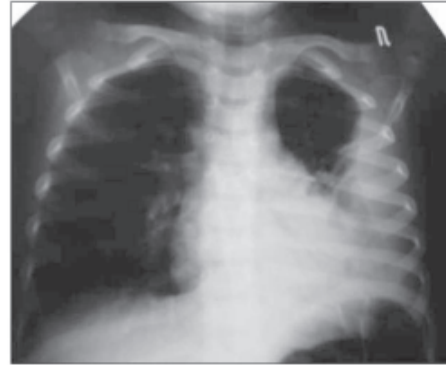
с такими же клиническими признаками могут протекать нетяжелая пневмококковая или атипичная (микоплазменная) пневмония, которые требуют антибактериальной терапии. Для лечения тяжелой пневмонии (например, при наличии симптома втяжения нижней половины грудной клетки при дыхании) препаратом выбора следует считать пероральный амоксициллин в дозе не менее 40 мг/кг веса дважды в день. При очень тяжелой пневмонии у госпитализированных пациентов оптимальным вариантом является ступенчатая терапия, которая предполагает назначение парентеральных антибактериальных препаратов с последующим переходом на пероральный путь введения тех же или близких по спектру активности средств. В таких случаях наиболее оправданно внутривенное введение антибиотика детям в стационаре, для предотвращения излишней боли целесообразна постановка внутривенного катетера на период парентеральной терапии. Переход на пероральный прием антибиотика осуществляется при стабилизации состояния пациента и улучшении клинической картины болезни, в среднем это происходит через 2-3 дня от начала лечения. Для лечения очень тяжелой пневмонии у детей в возрасте 2-59 мес. рекомендуется использовать ампициллин, 50 мг/кг (или бензилпенициллин, 50000 ЕД), парентерально каждые 6 ч не менее 5 дней в сочетании с гентамицином, 7,5 мг/кг, однократно, парентерально не менее 5 дней. Длительность терапии нетяжелой пневмонии может не превышать 5 дней: существуют доказательства эффективности лечения при употреблении антибиотиков в течение всего 3-4 дней. При этом повсеместная современная педиатрическая практика, к сожалению, в большинстве случаев характеризуется продолжительностью антибактериальной терапии при пневмонии любой степени тяжести не менее 7-10 дней.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

3. Девочка 2 лет обратилась в клинику на 21-й день болезни с жалобами на сохраняющуюся в течение 3 недель фебрильную лихорадку, плохой аппетит, капризность, вялость, боль в груди при дыхании. Ранний анамнез ребенка не отягощен, хронических болезней нет, привита в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок, за месяц до настоящей болезни перенесла неосложненный инфекционный мононуклеоз, на фоне которого получила 2 курса антибиотиков широкого спектра действия. Заболела остро, с повышения температуры до 40°C, появился сухой кашель. Педиатром был назначен Супракс; в связи с сохранением лихорадки и нарастанием кашля на фоне антибактериальной терапии на 4-й день болезни была сделана рентгенограмма органов грудной клетки, диагностирована левосторонняя пневмония. Супракс был заменен на цефтриаксон 2 раза в день внутримышечно, инъекции которого девочка получала в течение 10 дней. Кашель купировался, несколько улучшился аппетит, но лихорадка сохранялась, в связи с чем после 14 дней лечения была проведена очередная смена антибактериальной терапии: назначены цефотаксим (внутримышечно 4 раза в день), амикацин (внутримышечно 2 раза в день) и азитромицин (энтерально 1 раз в день). Помимо антибиотиков в течение 3 недель лечения ребенок принимал различные симптоматические средства (жаропонижающие, отхаркивающие, муколитики, местные антисептики, противогрибковые препараты, зуботоник, сосудосуживающие препараты). В клинике при осмотре состояние ребенка расценено как среднетяжелое, симптомы интоксикации минимально выра-

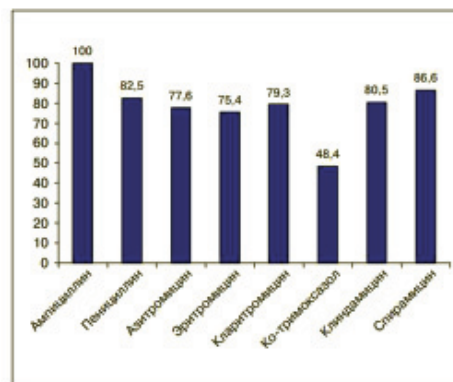
жены, физикальные изменения в легких соответствовали установленному ранее диагнозу левосторонней нижнедолевой пневмонии, однако ни одышки, ни гипоксемии у ребенка не отмечено. В общем анализе крови сохранялся умеренный лейкоцитоз (до 17 тыс/мкл), повышенная СОЭ (до 50 мм/ч), концентрация СРБ повышена до 35 мг/л. На рентгенограмме легких визуализировалась левосторонняя нижнедолевая плевропневмония, признаков деструкции легочной ткани не установлено (рис. 2).

Рис. 2. Рентгенограмма девочки в возрасте 2 лет с левосторонней плевропневмонией



Сохранение лихорадки при отсутствии признаков тяжелой бактериальной интоксикации было расценено как течение метапневмонического плеврита, парентеральные антибиотики были отменены, планомерно назначен Нурофен с противовоспалительной и обезболивающей целью, а также Аугментин (перорально) до купирования лихорадки. Остальная лекарственная терапия была отменена как избыточная. Ребенок наблюдался в амбулаторном режиме, через 3 дня при значительном улучшении самочувствия и купировании лихорадки Аугментин и Нурофен были отменены. Приведенный клинический пример наглядно демонстрирует существующую полипрагмазию и неадекватный подбор антибактериальных средств при лечении ВП у детей. Цефалоспорины III поколения (прежде всего цефтриаксон) должны рассматриваться как средства второго выбора в случае неэффективности лечения амоксициллином. По данным литературы, циркулирующие в России штаммы *S. pneumoniae* сохраняют высокую чувствительность к амоксициллину (рис. 3), поэтому данный именно этот антибиотик можно считать самым простым и эффективным средством лечения типичной (пневмококковой) пневмонии у детей.

Рис. 3. Доля чувствительных к антибиотикам штаммов *S. pneumoniae*, выделенных у детей с пневмококковой инфекцией в возрасте младше 5 лет (по данным НИЦЗД РАМН, n = 172)



ЦИРКУЛИРУЮЩИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ СЕРОТИПЫ *S. PNEUMONIAE* И ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА

Несмотря на имеющийся в арсенале для борьбы с пневмококковой инфекцией эффективные антибактериальные препараты, согласно позиции Всемирной организации здравоохранения «...вакцинация - единственный способ существенно повлиять на заболеваемость пневмококковой инфекцией». При этом акцентируется, что максимальный защитный эффект достигается при вакцинации всех детей до 2 лет, а не только тех, которые входят в группы риска. Существующие пневмококковые вакцины не покрывают весь спектр полисахаридов пневмококка. Они включают полисахариды только тех серотипов, которые по результатам эпидемиологических исследований оказываются в числе возбудителей большинства *S. pneumoniae*-ассоциированных заболеваний. Поскольку спектр серотипов может варьировать на разных территориях страны, информация об актуальном серотиповом распределении пневмококка и его изменении во времени является одним из главных факторов для успешного внедрения пневмококковой вакцинации в любой стране. На современном этапе данных о серотипах пневмококка в Российской Федерации мало, поскольку большинство исследований было выполнено 20-30 лет назад. Союзом педиатров России инициировано исследование пневмококковой инфекции у детей первых 5 лет жизни, госпитализированных в стационары г. Москвы, уже первые результаты которого показали, что пневмококки высеиваются у 30% обследуемых, госпитализированных с подозрением на бактериемию, пневмонию и острый гнойный отит. Исследования, проведенные в НИЦЗД РАМН в 2010-2011 гг., продемонстрировали, что по сравнению с 1990 г. серотиповой спектр *S. pneumoniae* у носителей остался стабильным, претерпев лишь незначительные изменения. По данным НИЦЗД РАМН, у больных с хроническими бронхолегочными заболеваниями в 2010 г. ведущими являлись серотипы 19 (19A+19F, 20%), 23F (16%), 6A/B и 9V (по 12% каждый), также входящие в состав доступных на сегодняшний день вакцин против пневмококка. Наиболее распространенные штаммы на 93% представлены в существующей 13-валентной вакцине против пневмококковой инфекции. Важнейшим аргументом в пользу вакцинации от пневмококковых инфекций также является растущая антибиотикорезистентность. В исследовании 260 штаммов пневмококков, полученных от детей и взрослых в 2005-2007 гг. (в т. ч. в Москве, Ярославле, Томске, Владивостоке), было показано, что наиболее часто антибиотикорезистентными оказываются самые распространенные серотипы возбудителя. До 82,1% штаммов, резистентных к различным антибактериальным препаратам, входят в состав доступной 13-валентной конъюгированной пневмококковой вакцины. Таким образом, пневмококковые пневмонии остаются серьезной диагностической и терапевтической проблемой в педиатрической практике. С этой точки зрения внедрение вакцинопрофилактики является важнейшей мерой снижения заболеваемости и смертности от пневмококковых пневмоний у детей.

Л.С. Намазова-Баранова, Т.В. Куличенко, А.Е. Малахова, Е.В. Старовойтова, М.Д. Бакрадзе, И.Л. Чащина, И.Л. Митюшин.

Научный центр здоровья детей РАМН, Москва. Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва.

Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова, Москва.



8 июля, в День семьи, любви и верности, губернатор области Анатолий Артамонов с супругой встретились с лучшими семейными парами региона, прожившими в браке более 25 лет и достойно воспитавшими детей.

Обращаясь к ним, Анатолий Артамонов заметил, что каждый пришел на эту встречу со своей историей успеха, но всех объединяет главная ценность - благополучие семьи. Губернатор также отметил, что Русская православная церковь, Калужская епархия и лично владыка Климент уделяют первостепен-

ное значение вопросам укрепления семейных устоев и воспитанию молодежи на основе вечных христианских ценностей. Результатом целенаправленной совместной работы стали рост рождаемости и снижение социального сиротства. За три последних года вдвое увеличилось число многодетных семей, почти 90% детей-сирот устроены в семьи.

По устоявшейся традиции в сквере у храма Рождества Пресвятой Богородицы состоялся праздничный молебен святым Петру и Февронии Муромским.

С использованием информации пресс-службы правительства Калужской области.



Калужские психологи примут участие в международной научно-практической конференции

Конференция «Психология материнства» состоится 16 сентября в Москве и соберёт более 200 участников. Докладчиками выступят учёные мирового уровня в области репродуктивного поведения, психологии материнства и детства, видные общественные и политические деятели из России, дальнего и ближнего зарубежья. Одним из главных докладчиков выступит Юлия Пучкова, директор по науке Учебно-методического центра психологического доабортного консультирования. Она представит результаты исследования «Факторы, детерминирующие поведение женщин в ситуации репродуктивного выбора: возможности государства и общества в поддержке беременных». Исследование опирается на отчёты психологов доабортного консультирования 10 регионов страны, в том числе Калужской области.

Темами к обсуждению в рамках заседаний круглых столов, заявлены вопросы, касающиеся репродуктивных установок населения, материнского поведения и привязанности матери и ребенка, проблемы репродуктивного потенциала страны и перспективных направлений государственной поддержки материнства и детства. Материалы конференции будут опубликованы отдельным сборником.

Подробности: <http://motherhoodpsychology.org/>

С использованием информации министерства здравоохранения Калужской области.

Его призвание

Конечно же, жители Мещовского района знают этого человека в белом халате: многим не раз приходилось бывать у него на приеме или обращаться по неотложным вопросам. **Владимир Николаевич Жеребцов** - заведующий организационно-методическим кабинетом, многие годы врач ортопед-травматолог высшей квалификационной категории.

Почти полвека трудится он в сфере здравоохранения. А началась медицинская биография Владимира Николаевича в 1968 году, когда выпускника Кемеровского государственного медицинского института по специальности «лечебное дело» призвали на службу в воинскую часть, которая дислоцировалась на территории Мещовского района.

В течение полутора лет заместитель командира по лечебной части капитан Жеребцов оказывал медицинскую помощь военнослужащим, которые ставили ракетные установки. В 1969 году воинскую часть перебросили в Алтайский край, где и продолжилась армейская служба Владимира Николаевича. Дальнейшая трудовая деятельность в течение 38 лет проходила в родном городе - Новокузнецке Кемеровской области, где по окончании клинической ординатуры по спе-

циальности «ортопедия-травматология» в 1976 году он и стал специализироваться в этом направлении.

Несколько лет назад Владимир Николаевич приехал с семьей на родину своей жены в Мещовск, где и трудится сейчас.

Коллеги и пациенты выражают искреннюю благодарность Владимиру Николаевичу за его труд, желают благополучия и доброго здоровья.

Л. МОЛОКАНОВА.

Синдром больного дома

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), офисы, учебные аудитории и собственные квартиры часто становятся источником повышенной экологической опасности. В своем собственном доме мы подвергаемся комплексному воздействию многих вредных факторов, которые не только ухудшают самочувствие, но и нередко вызывают тяжелые заболевания. Причины возникновения ряда хронических заболеваний в последнее время, по мнению медиков, в том, что в современных зданиях и в наших собственных квартирах мы подвергаемся воздействию химических, физических, биологических и микроклиматических негативных факторов. При постоянном и длительном воздействии вредного фактора, а чаще комплексного воздействия нескольких из них в первую очередь страдает иммунная система: снижаются и извращаются иммунные реакции организма. Это приводит к развитию аутоиммунных заболеваний, различных аллергических реакций, тяжелым заболеваниям органов дыхания, кожи, печени, крови и онкологии. В последние годы у медиков появилось выражение: «современное жилье» - фактор онкологического риска.

Из химических факторов, загрязняющих воздушную среду жилища, наиболее опасна мебель из древесно-стружечных и древесно-волокнистых плит (ДСП и ДВП). При изготовлении ДСП и ДВП, фанеры используются смолы, которые в течение многих лет разлагаются, выделяя токсические вещества, в том числе фенол, формальдегид, стирол. Фенол также содержится в красках, лаках и линолеуме. Ядовитые вещества раздражают слизистую оболочку глаз, дыхательных путей, вызывают головную боль и повышение артериального давления с последующим развитием артериальной гипертонии. У детей в первую очередь снижается иммунитет дыхательной системы. Они начинают часто и длительно болеть. Вредные токсические вещества ДСП становятся пусковым механизмом в развитии тяжелых респираторных аллергозов, трудно поддающихся лечению: атопического ринита, обструктивного бронхита, ларингита, хронического аллергического конъюнктивита. Мебель из ДСП, многие годы источающая формальдегид и фенол, вызывает не только хронические заболевания, но и непредсказуемую генную мутацию, негативно воздействует на репродуктивную систему, опасна для центральной нервной системы.

При покупке мебели, конечно же, предпочтительнее натурально дерево. Приобретая мебель из ДСП, необходимо интересоваться сертификатом качества, в котором отражен показатель эмиссии (это свойство ДСП, связанное с количеством и качеством выделяемых токсических веществ, в частности, фенола и формальдегида).

Показатель ЕО - это качественная мебель,

Е1 - допустимая для детей,

Е2 - недопустимая для детей,

Е3 - опасная для здоровья, выпуск

такой мебели уже несколько лет у нас в стране запрещен.

В связи с этим мебель рекомендуется покупать в специализированных магазинах, а не на рынках.

По силе отрицательного воздействия на втором месте находятся полимерные материалы, используемые в строительстве для гидротеплоизоляции, покрытия полов, в отделке стен, а также пластиковые стеклопакеты и двери.

Содержат токсические вещества поливиниловые, акриловые и моющиеся обои. Чтобы не нанести вред здоровью, лучше использовать бумажные обои, а из дорогих - текстильные: льняные и шелковые. При покупке материалов для ремонта квартир необходимо интересоваться сертификатом качества, в частности, показателем уровня предельно допустимых концентраций загрязнения воздушной среды (ПДК). Он не должен превышать 0,0003 мг/куб. м.

Загрязняют воздушную среду наших жилищ и вредные вещества, попадающие с улицы: выхлопные газы автомобилей, промышленные отходы. Опасны и продукты неполного сгорания бытового газа - двуокись азота и углекислый газ, а также табачный дым. Особенно опасен бензпирен табачного дыма, также обладающий канцерогенным действием.

К химическим факторам риска относятся и бытовая химия: стиральные порошки, моющие средства, особенно хлорсодержащие, аэрозоли, порошки, гели, а также освежители воздуха, которые помимо ароматических углеводородов выделяют в окружающий воздух массу различных аллергенов.

Необходимо отметить привычку россиян задолго готовиться к ремонту и дачному сезону; заранее покупать и складировать в квартирах краски, лаки, удобрения и ядохимикаты, тогда как для развития тяжелых поражений организма достаточно попадания в организм микродоз высокотоксичных ядов.

Современная тенденция открывать магазины, перестраивая первые этажи многоэтажных домов, приводит к появлению в воздухе панельных помещений волокон асбеста. С течением времени, накапливаясь в дыхательных путях, они вызывают тяжелое заболевание легких - асбестоз и рак. Сами по себе асбестоцементные плиты, из которых построены наши панельные дома, не представляют особой опасности, но до тех пор, пока не нарушается их целостность. Особенно опасно загрязнение жилого помещения асбестом и табачным дымом, что в несколько раз усиливает канцерогенный эффект.

Асбест + радон - еще большая опасность, чем табачный дым и асбест. Два тяжелых газа - радон и тарон - продукты распада радия, являются не только второй по значимости причиной рака легких, но и рака щитовидной железы, а также раковой болезни.

Радон и тарон просачиваются из почвы (чаще через разломы земной коры) и накапливаются в подвальных помещениях, откуда через вентиляционные трубы попадают в жилые помещения. Поэтому так важна герметичность пола и стен подвалов и эффективная их вентиля-

ция. Необходимо отметить, что стеклопакеты способствуют скоплению радона, особенно на первых этажах.

К физическим факторам риска относятся электромагнитное излучение (ЭМИ), радиационный фон, повышенный уровень шума и вибрации. В настоящее время ведущие мировые экологи по разрушительному воздействию на организм человека ставят на первое место ЭМИ. Наши квартиры и офисы буквально нафаршированы техникой, излучающей искусственные электромагнитные волны: печи СВЧ (микроволновки), мобильные телефоны, компьютеры, телевизоры и другая техника. Исследования показали, что люди, находящиеся длительное время под воздействием ЭМИ, чаще жалуются на головные боли, неустойчивость к стрессам, рассеянность, ухудшение зрения.

Исследователи считают, что искусственное ЭМИ способствует разрушению ДНК в клетках человеческого организма. Ученые обеспокоены новым феноменом - полным разрушением энергетической системы (биополя) человека многочисленными суммарными электромагнитными полями. В связи с этим Госстандартом РФ определен знак БИО - два усеченных овала, информирующие потребителя о том, что данная продукция не несет опасности для биополя человека.

Электромагнитное излучение, как и уровень радиации, в квартире и на рабочем месте можно измерить. Этим занимается радиологический отдел Роспотребнадзора.

Источником повышенной радиации в наших квартирах могут служить на первый взгляд весьма безобидные вещи: металлические конструкции, изделия из природного камня, часы со светящимся циферблатом.

Шум и вибрация играют далеко не последнее место при оценке экологии жилья. Вследствие повышения значений этих параметров оказывается негативное воздействие на нервную систему, вестибулярный аппарат, орган слуха. Структурные шумы возникают в наших домах при работе лифтов, дверей. А перекрытия, стены и окна являются проводниками шумов и вибраций. Поэтому так важна шумо- и виброизоляция, применение специальных экранов, препятствующих проникновению звуковых волн.

Даже в чистой квартире воздух содержит сотни видов биологических загрязнений. Одни из них попадают в наши дома с улицы, другие образуются внутри помещений. Часто это пыльца растений, пылевые и дерматофаговые клещи, перхоть животных и человека, а также непатогенные виды вирусов и микробов, грибы, споры и мицелии которых присутствуют в любой ванной комнате. Вопрос только в их количестве. Это так называемые неинфекционные аэрозоли. Они могут вызывать сенсibilизацию организма с последующим развитием различных видов аллергии.

Инфекционные аэрозоли - возбудителями конкретных заболеваний, например, вирусы гриппа, кори, ветряной оспы, различные бактерии, к примеру,

возбудитель туберкулеза - палочка Коха, также могут попасть в наши жилища и офисы.

Выделения насекомых и домашних животных, содержащие токсические вещества и яйца гельминтов, тоже относятся к биологическим факторам. Глистные инвазии помимо хронической интоксикации являются сильнейшим аллергизирующим фактором, они становятся причиной развития бронхиальной астмы, тяжелых поражений желудочно-кишечного тракта и кожи.

К основным параметрам, которые способны определить микроклимат закрытого помещения, относятся влажность, температура и скорость движения воздуха. Так, популярные на сегодняшний день пластиковые окна оказывают препятствие естественному воздухообмену, вследствие чего влажность воздуха то уменьшается, то увеличивается.

Кондиционеры, которые, по мнению многих людей, созданы для того, чтобы улучшить микроклимат в помещении, на самом деле нарушают естественную ионизацию помещения. Воздух, проходя через кондиционер, ухудшает свои физические свойства, что ведет к ослаблению иммунитета и в результате возникновению различных заболеваний.

Важно поддерживать оптимальную температуру и влажность, постоянно проветривать помещения.

Рекомендации по созданию экологически благоприятных, комфортных условий нашего жилья:

- проводить регулярное проветривание и влажную уборку жилья; чем герметичнее помещение, тем больше в нем пыли;

- использовать очистители воздуха, предпочтительнее водные;

- после просмотра телевизора и работы компьютера обязательно закрывать экран и проводить сквозное проветривание не менее 30 минут;

- на кухне, в ванной и туалете должно быть хорошая вытяжка;

- приобретая мебель, проверять, соответствует ли она гигиеническим требованиям (сертификат качества);

- при ремонте отдавать предпочтение материалам на естественной основе (бумажные или текстильные обои, масляную краску на олифе, линолеум использовать только на кухне и в коридоре, не использовать моющиеся обои);

- снизить воздействие ЭМИ помогает люстра Чижевского;

- выбирая обогреватель, отдавать предпочтение масляному;

- ковры и постельные принадлежности выбирать из натуральных тканей;

- не пользоваться тройниками и удлинителями, в доме должно быть достаточное количество розеток.

Оздоровить воздух в квартире помогут растения:

- на кухне - хлорофитум (очищает воздух и поглощает запахи);

- в столовой - лавр;

- в спальне - герань (пеларгония)

- (ее запах облегчает процесс засыпания);

- очистить воздух от микробов и вирусов помогают аромамасла хвойных пород деревьев, эвкалипта, цитрусовых.

Э. УГАРОВА,

врач высшей категории,

зав. консультационно-оздоровительным отделом (ГБУЗ КО «Калужский областной центр медицинской профилактики»).

Редактор
Н. А. НЕФЕДЕНКОВА

Адрес редакции:
248010, г. Калуга,
ул. Чичерина, 2/7. Тел. 55-51-50

Печать офсетная. Объем - 1 печатный лист.
Тираж 999 экз. Заказ №
Газета сверстана и отпечатана в КРОФИСМК «Губерния»,
248640, г. Калуга, пл. Старый Торг, 5