16+

The Practitioner

Лечащий Врач

Медицинский научно-практический журнал № 1 2013

Симпозиум



ПЕДИАТРИЯ

Коллоквиум



УРОНЕФРОЛОГИЯ

• Острый и рецидивирующий обструктивный бронхит • Глютеновая энтеропатия • Эпидемиология целиакии • Детские молочные смеси • Хроническая патология носоглотки у детей • Диета при головной боли • Туберкулез

• Пузырно-мочеточниковый рефлюкс • Липокалин-2 • Дистанционная литотрипсия

Актуальная тема

• ОРВИ • Диагностика заболеваний молочных желез • Синдром избыточного роста в кишечнике • Эфферентная хирургия крови • Идиопатические интерстициальные пневмонии

Клиническая фармакология

• Ибупрофен в практике врача-терапевта

Клинические исследования

• Гепатопротекторная терапия • Терапия пациентов с заболеваниями печени на фоне дисбиоза кишечника • Нейропротекторная терапия в лечении синдрома вегетативных дисфункций

ISSN 1560-5175

Подписные индексы по каталогам: «Пресса России» **38300**, «Почта России» **99479**

The Practitioner
Лечащий Врач
№1/8.01.2013

РУКОВОДИТЕЛЬ ПРОЕКТА И ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР
Ирина Ахметова, *proektlv@osp.ru*
НАУЧНЫЙ РЕДАКТОР
Владимир Новак
КОРРЕКТОР
Наталья Данилова
ВЫПУСКАЮЩИЙ РЕДАКТОР
Марина Чиркова
КОМПЬЮТЕРНАЯ ВЕРСТКА И ГРАФИКА
Оксана Шуранова
Тел.: (495) 619-1130, 725-4780
Факс: (495) 725-4783, E-mail: *pract@osp.ru*
http://www.lvrach.ru
МАРКЕТИНГ
Екатерина Сергеева
ПРОИЗВОДСТВЕННЫЙ ОТДЕЛ
Галина Блохина
УЧРЕДИТЕЛЬ И ИЗДАТЕЛЬ
Издательство «Открытые Системы»
123056, Москва, Электрический пер., д. 8, строен. 3
© 2013 Издательство «Открытые Системы»
Все права защищены.
Издание зарегистрировано в Государственном комитете Российской Федерации по печати 25.12.97. Регистрационный номер 016432

Журнал входит в перечень изданий, рекомендованных ВАК

Подписные индексы по каталогам:
Почта России — 99479, Пресса России — 38300

РЕКЛАМА
ООО «Рекламное агентство 'Чемпионс'»
Светлана Иванова, Майя Андрианова, Елена Бахирева
Тел.: (499) 253-7273

РАСПРОСТРАНЕНИЕ
ООО «ОСП-Курьер», тел.: (495) 725-4785

Отпечатано в ООО «Богородский полиграфический комбинат»
142400, Московская область, г. Ногинск, ул. Индустриальная, д. 40б, тел.: (495) 783-9366, (49651) 73179
Журнал выходит 11 раз в год.
Заказ № 1486
Тираж 50 000 экземпляров.
Цена свободная.

Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов. Все исключительные (имущественные) права с момента получения материалов от авторов принадлежат редакции. Редакция оставляет за собой право на корректуру, редактуру и сокращение текстов.
Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов. Полное или частичное воспроизведение или размножение каким бы то ни было способом материалов, опубликованных в настоящем издании, допускается только с письменного разрешения издательства «Открытые Системы».
Иллюстрации — FotoLia.com .

ОТКРЫТЫЕ СИСТЕМЫ
Open System Publications

ПРЕЗИДЕНТ
Михаил Борисов
ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ДИРЕКТОР
Галина Герасина
КОММЕРЧЕСКИЙ ДИРЕКТОР
Татьяна Филина



Уважаемые коллеги и читатели журнала «Лечащий Врач»!

По многолетней традиции мы начинаем год с выпуска номера по педиатрии. В этом номере будут рассмотрены такие актуальные темы, как новое слово в диагностике туберкулеза (статья профессора Валентины Александровны Аксеновой), рекомендуемые диеты при мигрени и других видах головной боли у детей (статья профессора Владимира Митрофановича Студеникина), развитие хронической патологии носоглотки у детей (статья профессора Елены Петровны Карповой), этиопатогенез метаболического синдрома у детей (статья к.м.н. Татьяны Алексеевны Боковой). Надеюсь, что эти статьи пригодятся нашим педиатрам в работе. Поздравляя всех коллег с наступившим Новым Годом и Рождеством, хотела бы сказать огромное спасибо педиатрам, психологам, всем сотрудникам благотворительного фонда «Даунсайд Ап», которые, как настоящие энтузиасты своего дела, днем и ночью готовы помочь детям с синдромом Дауна и их родителям. Помочь детям интегрироваться в общество, а родителям оказать профессиональную и человеческую поддержку в их воспитании. Эти дети особенные: ранимые, беззащитные, но очень добрые и открытые миру. Так пусть же и окружающий мир будет к ним добр и терпим. Недавно, рассматривая рисунки детей, на которых были изображены врачи, я с большим удовольствием заметила, что у всех врачей были очень добрые, улыбающиеся лица. Врачи спешили на помощь детям — кто со шприцом в руках, кто с собакой, кто с конфетой ☺. Не было в этих рисунках темных красок, страха перед человеком в белом халате. Уважаемые педиатры, с 14 по 17 февраля пройдет очередной, 17 Съезд педиатров России. Я желаю вам плодотворной и интересной работы!

С уважением и наилучшими пожеланиями,
главный редактор и руководитель проекта «Лечащий Врач»
Ирина Брониславовна Ахметова

Редакционный совет

А. А. Баранов, д. м. н., профессор, академик РАН и РАМН,
кафедра педиатрии с курсом детской ревматологии факультета ФППО педиатров,
Первый МГМУ им. И. М. Сеченова, Москва

Н. И. Брико, д. м. н., профессор, академик РАМН, кафедра эпидемиологии
и доказательной медицины, Первый МГМУ им. И. М. Сеченова, Москва

А. Л. Верткин, д. м. н., профессор,
кафедра клинической фармакологии и внутренних болезней, МГМСУ,
ННПО скорой медицинской помощи, Москва

В. Л. Голубев, д. м. н., профессор,
кафедра нервных болезней ФППО врачей, Первый МГМУ им. И. М. Сеченова, Москва

И. Н. Денисов, д. м. н., профессор, академик РАМН, кафедра семейной медицины,
Первый МГМУ им. И. М. Сеченова, Москва

И. Я. Конь, д. м. н., профессор, академик РАЕН, НИИ питания РАМН, Москва

Н. А. Коровина, д. м. н., профессор, кафедра педиатрии, РМАПО, Москва

В. Н. Кузьмин, д. м. н., профессор,
кафедра репродуктивной медицины и хирургии, МГМСУ, Москва

Г. А. Мельниченко, д. м. н., профессор, академик РАМН,
Институт клинической эндокринологии ЭНЦ РАМН, Москва

Т. Е. Морозова, д. м. н., профессор, кафедра клинической фармакологии
и фармакотерапии ФППОВ, Первый МГМУ им. И. М. Сеченова, Москва

Л. С. Намазова-Баранова, д. м. н., профессор, член-корреспондент РАМН,
НЦЗД РАМН, кафедра аллергологии и клинической иммунологии ФППО педиатров,
Первый МГМУ им. И. М. Сеченова, Москва

Е. Л. Насонов, д. м. н., профессор, академик РАМН, Институт ревматологии, Москва

Г. И. Нечаева, д. м. н., профессор, кафедра внутренних болезней и семейной медицины,
ОмГМА, Омск

В. А. Петеркова, д. м. н., профессор,
Институт детской эндокринологии ЭНЦ РАМН, Москва

В. Н. Прилепская, д. м. н., профессор, НЦАГиП, Москва

Г. Е. Ройтберг, д. м. н., профессор, академик РАМН, кафедра семейной медицины,
РНИМУ им. Н. И. Пирогова, Москва

Г. А. Самсыгина, д. м. н., профессор, кафедра педиатрии, РНИМУ им. Н. И. Пирогова, Москва

В. И. Скворцова, д. м. н., профессор, член-корреспондент РАМН,
кафедра неврологии и нейрохирургии, РНИМУ им. Н. И. Пирогова, Москва

В. П. Сметник, д. м. н., профессор, НЦАГиП, Москва

Г. И. Сторожаков, д. м. н., профессор, академик РАМН, кафедра госпитальной терапии,
РНИМУ им. Н. И. Пирогова, Москва

В. М. Студеникин, д. м. н., профессор, Научный центр здоровья детей РАМН, Москва

А. Г. Чучалин, д. м. н., профессор, академик РАМН, НИИ пульмонологии, Москва

Н. Д. Ющук, д. м. н., профессор, академик РАМН, кафедра инфекционных болезней, МГМСУ,
Москва

Состав редакционной коллегии:

М. Б. Анциферов /Москва/

Н. Г. Астафьева /Саратов/

З. Р. Ахмедов /Махачкала/

С. В. Бельмер /Москва/

Ю. Я. Венгеров /Москва/

Н. В. Болотова /Саратов/

Г. В. Волгина /Москва/

Ю. А. Галлямова /Москва/

Н. А. Геппе /Москва/

Т. М. Желтикова /Москва/

С. Н. Зоркин /Москва/

Г. Н. Кареткина /Москва/

С. Ю. Калинченко /Москва/

Е. Н. Климова /Москва/

Е. И. Краснова /Новосибирск/

Я. И. Левин /Москва/

М. А. Ливзан /Омск/

Е. Ю. Майчук /Москва/

Д. Ш. Мачарадзе /Москва/

С. Н. Мехтеев /С.-Петербург/

Ю. Г. Мухина /Москва/

Ч. Н. Мустафин /Москва/

А. М. Мкртумян /Москва/

С. В. Недогода /Волгоград/

Г. А. Новик /С.-Петербург/

В. А. Ревякина /Москва/

Е. Б. Рудакова /Москва/

Т. В. Сологуб /С.-Петербург/

А. И. Синопальников /Москва/

В. В. Смирнов /Москва/

Ю. Л. Солдатский /Москва/

Г. Д. Тарасова /Москва/

Л. Г. Турбина /Москва/

Н. В. Торопцова /Москва/

Е. Г. Филатова /Москва/

Н. В. Чичасова /Москва/

М. Н. Шаров /Москва/

В. Ю. Шило /Москва/

А. М. Шилов /Москва/

Л. Д. Школьник /Москва/

П. Л. Щербаков /Москва/

Л. А. Щеплягина /Москва/

П. А. Щеплев /Москва/

The Practitioner

Лечащий Врач

Основан в 1868 г. Январь 2013, № 1

Журнал входит в перечень изданий, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией (ВАК)

Новости

Симпозиум



Коллоквиум



Актуальная тема

Клиническая фармакология

Клинические исследования

Alma mater

Достижения, события, факты 4

Оценка экономической эффективности терапии острого и рецидивирующего обструктивного бронхита у детей/ О. В. Жукова 6

Современный взгляд на диагностику и лечение глютеновой энтеропатии у детей раннего возраста/ Т. М. Ошева, Н. С. Журавлева, О. В. Осипенко 12

Эпидемиология целиакии: факты и выводы/ С. В. Бельмер 16

Адаптация белкового компонента детских молочных смесей/ И. Н. Захарова, Ю. А. Дмитриева, Е. Ю. Демкина, Е. Б. Мачнева 20

О роли различных этиологических факторов в развитии хронической патологии носоглотки у детей/ Е. П. Карпова, Д. А. Тулупов 26

Диета при мигрени и других видах головной боли у детей/ В. М. Студеникин, Л. А. Пак, С. Ш. Турсунхужаева, В. И. Шелковский 30

Туберкулез у детей и подростков в России/ В. А. Аксенова, Т. А. Севостьянова 35

Под стекло 40

Эндоскопическая коррекция пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей/ С. Н. Зоркин, С. А. Борисова 42

Липокалин-2 – ранний биомаркер острого повреждения почек/ М. А. Парван, А. Ю. Николаев, И. А. Вокуев, В. В. Хоробрых 45

Дистанционная литотрипсия у детей/ С. Н. Зоркин, А. В. Акопян 48

Возможности лечения больных с ОРВИ в настоящее время/ В. М. Свистушкин, Г. Н. Никифорова, Н. П. Власова 52

Современные методы диагностики заболеваний молочных желез в практике акушера-гинеколога/ Ч. Н. Мустафин, О. В. Троханова 56

Дисфункция сфинктера Одди и синдром избыточного роста в кишечнике/ Е. А. Лялюкова, М. А. Ливзан 61

Методы эфферентной хирургии крови и перспективы их применения в дерматологии (часть 2)/ Ю. Г. Халиулин, А. Г. Ольшанский, Я. М. Марголин . . 66

Идиопатические интерстициальные пневмонии/ М. В. Вершинина 70

Ибупрофен в практике врача-терапевта: возможности в купировании болевых синдромов/ Т. Е. Морозова, С. М. Рыкова 75

Гепатопротекторная терапия при заболеваниях печени у детей/ М. Л. Бабаян, А. И. Хавкин 80

Повышение эффективности терапии пациентов с заболеваниями печени на фоне дисбиоза кишечника короткоцепочечными жирными кислотами/ Е. А. Чихачева, П. В. Селиверстов, Н. П. Ерофеев, В. П. Добрица, В. Г. Радченко 85

Нейропротекторная терапия в лечении синдрома вегетативных дисфункций у детей и подростков/ М. Ю. Галактионова, Н. В. Воронина, А. Л. Рахимова, О. И. Миронова 92

Последипломное образование 96

Новое детское отделение клиники «Будь здоров» в Санкт-Петербурге

19 декабря 2012 г. в Санкт-Петербурге состоялось торжественное открытие детского отделения клиники «Будь здоров». Медицинское учреждение получило статус многофункциональной семейной клиники и стало вторым центром для всей семьи в сети клиник «Будь здоров». Первая семейная клиника «Будь здоров» была открыта в мае 2012 г. в Москве.

Как и все остальные медицинские учреждения сети «Будь здоров», новая семейная клиника оснащена современным лечебно-диагностическим оборудованием, которое позволяет оказывать пациентам весь комплекс амбулаторно-поликлинических и стоматологических услуг. В диагностическом отделении пациенты могут в краткие сроки пройти рентгенологические, ультразвуковые, эндоскопические и другие исследования. В штате клиники сертифицированные врачи по всем основным специальностям, в том числе доктора и кандидаты медицинских наук. Врачи клиники ведут прием пациентов с 8.00 до 21.00 ежедневно. В круглосуточном режиме работает отделение лучевой диагностики, включающее рентген, и травматология.

Семейная клиника «Будь здоров» в Санкт-Петербурге уникальна тем, что рассчитана прежде всего на работающих родителей, которые теперь, приводя на лечение своих детей, могут одновременно уделить внимание и своему здоровью. Причем пока взрослые находятся на приеме у врачей или на процедурах, ребенок может провести время в детской игровой комнате под присмотром воспитателя.

Для повышения эффективности и качества обслуживания, как и во всех других медицинских учреждениях сети, ряд процессов максимально автоматизирован. Так, например, предусмотрены электронная запись к врачу и ведение электронной истории болезни каждого пациента, в которую вносятся все результаты консультаций, осмотров и анализов, что позволяет экономить время и контролировать качество оказания медицинской помощи. Кроме того, общая информационная база пациентов во всех медучреждениях сети на территории России предоставляет человеку возможность обслуживания в клинике любого города в случае командировки, туристической поездки или переезда без прерывания лечения и проведения повторной диагностики.

«Наша основная цель в рамках развития сети собственных медицинских центров — это предоставление жителям крупнейших российских городов высококачественных медицинских услуг по доступным ценам, — комментирует заместитель генерального директора ОСАО «Ингосстрах» Татьяна Кайгородова. — Объем инвестиций в открытие детского отделения клиники «Будь здоров» в Санкт-Петербурге составил более 50 млн рублей. При этом мы рассматриваем развитие сети клиник не только как часть бизнес-стратегии, но и как вклад в формирование современного цивилизованного рынка медицинского страхования. В ближайшее время мы планируем открыть клиники «Будь здоров» в Красноярске, Нижнем Новгороде, Ростове-на-Дону, Иркутске и Кемерове. На сегодняшний день общий объем инвестиций в проект составил около 2 млрд рублей. Всего по завершении этого проекта в России будут работать 24 клиники «Будь здоров». Общая цифра инвестиций в развитие сети, согласно нашим планам, превысит 170 млн долларов США».

Изучение проблемы ожирения у детей дошкольного и школьного возраста в России

Проблема избыточного веса и ожирения в первое десятилетие XXI века приобрела огромное значение в экономически развитых странах Европы и США. Число людей с избыточной массой тела и ожирением ежегодно растет в большинстве стран мира.

Эпидемия ожирения развивается особенно быстрыми темпами среди детей. Например, избыточная масса тела возросла с 4% в 1960 г. до 18% в 2003 г. в Швейцарии и с 8% в 1974 г. до 20% в 2003 в Англии. Нарастание числа тучных детей и достоверные научные данные, отмечающие ожирение среди ведущих факторов риска развития различных заболеваний, включая сахарный диабет, инфаркт миокарда, онкологические заболевания, заставляют рассматривать данную проблему как социально значимую для формирования здоровья населения нашей страны — неотъемлемой части Европейского региона ВОЗ.

Проблеме ожирения посвящено огромное число работ, в которых рассматриваются различные аспекты профилактики и лечения этого заболевания. Тем не менее, многие вопросы остаются изучены недостаточно. В частности, до настоящего времени в РФ отсутствовали достоверные репрезентативные данные о распространенности избыточной массы тела и ожирения среди детей различных возрастных групп, причем имеющиеся данные, собранные из разных источников, противоречивы ввиду разных методик сбора данных, различий в долях ответивших от общего числа опрошенных, времени проведения исследований, возрастных диапазонов и разных критериев отнесения детей к числу детей с избыточной массой тела и ожирением.

В частности, по данным Всероссийской диспансеризации, проведенной в 2002 году, распространенность избыточной массы тела среди школьников не превышает 7%. В то время как по данным ФГУ Эндокринологического научного центра Росмедтехнологий (Москва), сотрудники которого обследовали более 10 223 детей из шести федеральных округов (Центрального, Приволжского, Южного, Уральского, Сибирского, Дальневосточного), избыточный вес зарегистрирован уже у 11,8%. Кроме того, по данным НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранения им. Н. А. Семашко, распространенность избыточной массы тела на 2001 год составила 7,6% детей школьного возраста.

Москва приняла Международный форум «Европа и Россия: вектор развития — гармонизация»

Москва, 6 декабря 2012 года. В конгресс-центре отеля «Рэдиссон Ройал Москва» завершила свою работу II сессия Международного форума «Европа и Россия: вектор развития — гармонизация», посвященная практическим аспектам оценки медицинских технологий (ОМТ) в системах здравоохранения. Сессия была включена в план научно-практических мероприятий Министерства здравоохранения РФ. Экспертную поддержку Форума осуществило Европейское региональное бюро Всемирной Организации Здравоохранения.

По словам председателя Координационного совета Форума академика В. И. Стародубова, ОМТ является важнейшим инструментом для решения тех задач, которые предстоит решать российскому здравоохранению в ближайшие годы, и, кроме того, позволит оптимизировать и более целенаправленно использовать все имеющиеся средства для максимально возможной реализации государственных гарантий в области здравоохранения. Современные тенденции в реализации государственной социальной политики во всем мире характеризуются смещением приоритетов от экономии расходов на оказание медицинской помощи к разработке и внедрению наиболее эффективных подходов к распределению ресурсов. Одним из важнейших инструментов в решении этих задач является институт оценки медицинских технологий, который сегодня стал неотъемлемой частью систем здравоохранения всех развитых стран.

Среди задач Форума были анализ мирового и европейского опыта внедрения оценки медицинских технологий, обсуждение предложений по реализации оптимальной для России модели. Этот опыт показывает, что для успешного внедрения ОМТ необходимо создание соответствующих национальных институтов, способных обобщать информацию о медицинских, социальных, экономических и этических вопросах, связанных с применением современных медицинских технологий, определять приоритеты и принимать решения по поводу их использования на всех уровнях системы здравоохранения, включая лечение, профилактику, реабилитацию, лекарственные средства, медицинское оборудование и т. д.

В недавно опубликованном проекте «Стратегии лекарственного обеспечения населения Российской Федерации на период до 2025 года», активное общественное обсуждение которого проходит в настоящее время, подчеркивается важность проведения сравнительных исследова-

ний социально-экономической эффективности различных медицинских технологий, а также необходимость изучения зарубежного опыта. Именно эти темы и рассматриваются на московской сессии Форума «Европа и Россия: вектор развития. гармонизация».

«У России на сегодняшний день идут на здравоохранение 3,2% ВВП, а реальная потребность — 6%. Поэтому государство должно оценить, какие технологии наиболее эффективны с точки зрения вложения средств», — пояснснил В. И. Стародубов.

По результатам Форума сформулированы рекомендации и предложения по наиболее актуальным вопросам российского здравоохранения и фармацевтической отрасли — от создания институциональной структуры по оценке медицинских технологий и государственных регистров пациентов до ценообразования и применения информационных технологий в здравоохранении.

Объявлены победители V Всероссийского конкурса «За подвижничество в области душевного здоровья» им. акад. РАМН Т. Б. Дмитриевой

18 декабря 2012 г. состоялась ежегодная церемония награждения победителей Всероссийского конкурса «За подвижничество в области душевного здоровья» им. акад. РАМН Т. Б. Дмитриевой. Были отмечены лучшие проекты, направленные на защиту и поддержку пациентов с душевными расстройствами. В рамках мероприятия прошел круглый стол «Депрессия — глобальная проблема человечества: диагностика, лечение, прогнозы», на котором ведущие специалисты России обсудили актуальные вопросы профилактики и лечения психических расстройств.

Количество больных с различными психическими расстройствами постоянно растет. По данным Всемирной Организации Здравоохранения, до 20% населения планеты нуждается в специализированной психиатрической помощи, а в России этот показатель достигает 25%. Среди общего числа психических заболеваний в мире лидирует депрессия — ей страдает более 350 млн человек.

«По данным клинико-эпидемиологических исследований, проведенных в нашей стране, до 50% пациентов общесоматического и неврологического профиля страдают депрессивным расстройством. В России можно выделить три основных проблемы, связанные с депрессией: диагностическая, касающаяся недодиагностики этого расстройства, организационная, обусловленная недостаточной доступностью квалифицированной помощи населению, и проблема стигматизации, связанная с социальными последствиями диагностики депрессии», — отметила А. С. Аведисова, д. м. н., профессор, заслуженный врач РФ, руководитель Отдела психических и поведенческих расстройств ФГБУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии имени В. П. Сербского» Минздрава России.

Медицинское сообщество обеспокоено распространением среди населения психических заболеваний различной степени тяжести, а также непростыми социальными аспектами психических расстройств. С целью решения актуальных проблем, связанных с психическими заболеваниями, в 2008 г. был учрежден Всероссийский конкурс «За подвижничество в области душевного здоровья», который проводится в рамках Всемирного дня психического здоровья. Ежегодно отмечаются лучшие российские проекты в области поддержки пациентов психиатрических учреждений.

«Важнейшей задачей медицинского сообщества и государства является сегодня организация оказания эффективной и гуманной помощи пациентам с психическими расстройствами, в том числе депрессией. Больным необходима поддержка и защита, поэтому знания о психическом здоровье человека важно широко распространять в обществе. С целью подчеркнуть значимость российской психиатрии и отметить работы, отличающиеся гуманизмом и оригинальностью, мы проводим ежегодный Всероссийский конкурс «За подвижничество в области душевного здоровья» им. акад. РАМН Т. Б. Дмитриевой», — отметил В. С. Ястребов, д. м. н., профессор, председатель Общественного совета по вопросам психического здоровья.

В 2012 году конкурс отметил пятилетний юбилей и добавил к традиционным номинациям — «Лучший регион», «Лучшее учреждение года», «Психообразование», «Психореабилитация», «Психопросвещение», «Трудоустройство инвалидов вследствие психических расстройств» — новую: «Психореабилитация детей и подростков».

Введение этой номинации определено современными реалиями работы психиатрических учреждений. По оценкам экспертов, наиболее высокий уровень общей заболеваемости психическими расстройствами в последние годы наблюдается в возрастной группе 15–19 лет. Работа с данной, наиболее уязвимой, категорией пациентов отличается особой спецификой и требует специальных критериев оценки. В связи с этим было принято решение о введении новой номинации.

Главным победителем конкурса — лучшим регионом Российской Федерации в 2012 г. — стал Краснодарский край. Хрустальную «Золотую бабочку» вручили главному психиатру области Е. О. Бойко «За системное и масштабное развитие современных реабилитационных форм работы и высокий профессионализм, проявленный в Крымской трагедии».

Лучшим учреждением года стала Республиканская клиническая психиатрическая больница имени академика В. М. Бехтерева (г. Казань, главный врач Ф. Г. Зиганшин), награжденная призом «за сохранение и продолжение традиций отечественной психиатрии, гуманизм и великодушие».

Победителем в новой специальной номинации «Психореабилитация детей и подростков» был признан коллектив врачей Научно-практического центра психического здоровья детей и подростков Департамента здравоохранения г. Москвы (директор центра Е. Л. Усачева). Деятельность центра была отмечена специальным дипломом «За создание системы психореабилитации детей и подростков».

В Химках будет построен новый онкологический центр

В городе Химки планируется создать высокотехнологичный онкологический амбулаторно-диагностический центр. В новом центре диагностика будет представлена отделением радионуклидной диагностики (ПЭТ-центр), диагностическим отделением с применением МРТ- и КТ-аппаратов и маммологическим центром. Лечебное направление центра будет включать амбулаторное отделение с разделением на два потока: пациентов общеклинического профиля и пациентов с онкологическими заболеваниями; отделение дневного стационара, операционный блок, эндоскопическое отделение и отделение восстановительной медицины. Отделение лучевой терапии будет укомплектовано четырьмя линейными ускорителями самой современной модели Varian TrueBeam. В ПЭТ-центре будет установлен циклотрон для приготовления радиофармпрепаратов.

Ожидаемый медико-социальный эффект от внедрения проекта впечатляет. Это увеличение продолжительности жизни онкологических больных с 2,5 до 14 лет после постановки диагноза, возврат к социально полезной деятельности 40% пациентов, улучшение качества жизни пациентов. Это новые рабочие места и новые кадры с европейским уровнем подготовки, вооруженные современными протоколами лечения, эффективная система менеджмента качества медицинской помощи, основанная на стандартизации и контроле лечебно-диагоностического процесса.

Руководителем проекта является президент клиники «Медицина», академик РАМН Григорий Ройтберг. Соавторами и координаторами проекта стали почетный руководитель отдела молекулярной биологии Memorial Sloan-Kettering Cancer Center (Нью-Йорк, США) профессор Фукс и директор онкогематологической клиники университетской клиники Мартина Лютера (г. Галле, Германия) профессор Шмоль.

Руководство клиники делает особый акцент на подготовке кадров. Президент ОАО «Медицина», академик РАМН Григорий Ройтберг отметил: «В течение ближайших двух лет в Химках планируется ввести в эксплуатацию симуляционный центр для обучения персонала. В ближайшее время клиника «Медицина» войдет в международный консорциум современных лучевых центров и получит доступ к международному банку протоколов лечения онкологических заболеваний».

Оценка экономической эффективности терапии острого и рецидивирующего обструктивного бронхита у детей

О. В. Жукова

ГБОУ ВПО НижГМА МЗ РФ, *Нижний Новгород*

Ключевые слова: острый обструктивный бронхит, рецидивирующий обструктивный бронхит, симптоматическая терапия, бронхолитик, муколитик, ингаляционный глюкокортикостероид, антибиотикотерапия, защищенные пенициллины, макролиды, цефалоспорины, клиническая эффективность, экономическая эффективность.

Бронхит у детей многообразен и является одним из наиболее распространенных заболеваний респираторного тракта [1]. Течение заболевания может быть как острым, так и хроническим [2]. Острым бронхитом (J20.0-J20.9), согласно МКБ-10, называется острое воспаление слизистой оболочки бронхов без признаков поражения легочной ткани. Острый (простой) бронхит (J20), как правило, возникает на фоне острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ), которая у 20% больных является самостоятельной причиной болезни. Вместе с тем у 40–45% больных имеют место вирусно-бактериальные ассоциации [3]. Среди вирусных возбудителей наиболее частыми являются грипп, парагрипп, аденовирусы, респираторно-синцитиальный, корона- и риновирус, вирусы ECHO и Коксаки. Среди бактериальных возбудителей в настоящее время лидируют *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* и *Moraxella catarrhalis* [4].

У детей раннего возраста бронхит может протекать с синдромом бронхиальной обструкции — острый обструктивный бронхит (ООБ) (J20.0), характеризующийся диффузным поражением бронхов разного калибра на фоне острой респираторной инфекции (ОРИ), что обусловливает характерную клиническую симптоматику.

В случаях повторных (2–3 раза и более в течение года) эпизодов бронхита с бронхообструктивным синдромом (БОС) речь может идти о рецидивирующем обструктивном бронхите (РОБ).

Контактная информация об авторе для переписки: ov-zhukova@mail.ru

Патогенез рецидивирующего бронхита у детей сложен. Определяющее значение в формировании заболевания придается инфекционным факторам. При воздействии вирусов на незрелые тканевые структуры развитие хронического воспаления в бронхах возможно уже в раннем детском возрасте [5]. ОРВИ способствуют присоединению бактериального воспаления. Ведущими возбудителями воспалительного процесса в настоящее время считаются *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae* и *Moraxella catarrhalis*. Выявлено, что *H. influenzae*, *S. pneumoniae* способны повреждать цилиарный эпителий, ухудшать функцию ресничек [6–8]. Размножение микроорганизмов способствует дальнейшему прогрессированию воспаления как за счет самостоятельного повреждения структуры бронха, так и вследствие активации энзимов воспалительных клеток. Следствием этого является нарушение мукоцилиарного очищения [9]. Это приводит к развитию панбронхита и перибронхита, способствует формированию деформирующего бронхита [10].

Внутриклеточные возбудители, такие как хламидии, микоплазмы, могут как провоцировать начало бронхообструктивного заболевания, так и явиться причиной его обострения, хронизации и тяжелых вариантов течения [11–13]. В настоящее время не вызывает сомнений, что лечение БОС при ОРИ у детей должно проводиться с учетом этиологии заболевания и патогенеза формирования бронхиальной обструкции. Как известно, в генезе бронхиальной обструкции у детей преобладают воспалительный отек и гиперсекреция вязкой слизи. Поэтому патогенетическими и симптоматическими методами терапии БОС являются противовоспалительные, бронхолитические и муколитические препараты [14]. Однако лечение, прежде всего, должно быть направлено на устранение причины заболевания, которое привело к развитию БОС, т. е. при наличии респираторной инфекции — на эрадикацию инфекционного возбудителя. Наиболее сложным как с точки зрения диагностики, так и терапии в настоящее время представляется лечение рецидивирующих бронхообструктивных заболеваний, ассоциированных с «атипичными» возбудителями респираторных инфекций (*Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae* и др.), что связано со способностью этих возбудителей к персистенции и неблагоприятным иммунотропным действием. Вследствие нерациональной фармакотерапии при ООБ и РОБ заболевание может переходить в хроническую форму, а в некоторых случаях возможно формирование бронхиальной астмы (БА). Все это приводит к снижению трудоспособности и качества жизни пациентов, увеличению экономических затрат, связанных с лечением больных, страдающих БА. Поэтому целью данного исследования являлась оценка экономической эффективности терапии ООБ и РОБ и определение наиболее оптимальных схем лечения как с клинической, так и с экономической точек зрения.

Материалы и методы

Объектами настоящего исследования являлись истории болезни пациентов, госпитализированных в стационары медицинских организаций г. Нижнего Новгорода в 2008–2011 гг. с диагнозом ООБ и РОБ, с последующим анализом структуры назначений, оценкой тера-

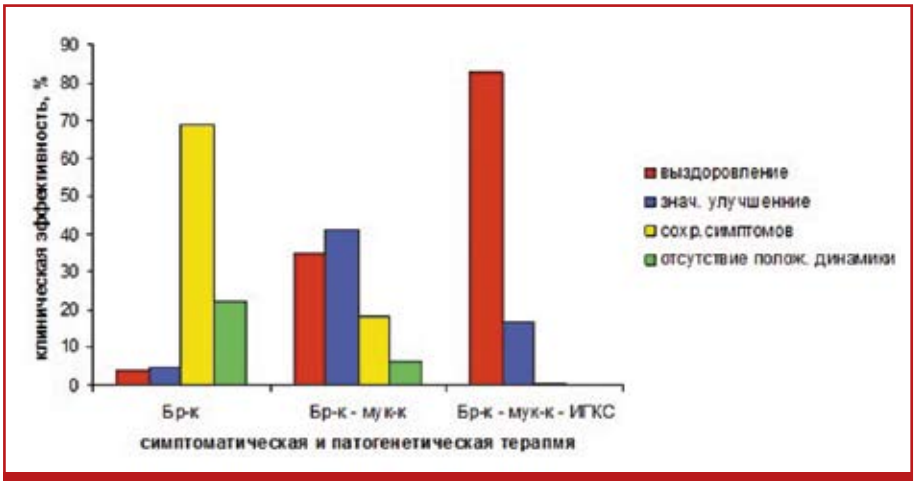

Рис. 1. **Частота клинических эффектов симптоматической и патогенетической терапии**

певтической эффективности и расчетом затрат на лечение.

Фармакоэкономический анализ заключался в оценке затрат и эффективности наиболее распространенных курсов симптоматической и патогенетической, а также антибактериальной терапии. Фармакоэпидемиологический анализ был представлен количественной оценкой использования различных схем терапии пациентов с ООБ и РОБ.

Для выявления наиболее эффективных и экономически обоснованных схем лечения использовали метод моделирования «дерево решений» [15].

Результаты и их обсуждение

Рационально подобранная патогенетическая и этиологическая терапия ООБ позволит снизить риск развития тяжелых форм течения заболевания и его хронизации. В настоящее время не вызывает сомнений, что лечение БОС при ОРИ у детей должно проводиться с учетом этиологии заболевания и патогенеза формирования бронхиальной обструкции. Как известно, в генезе бронхиальной обструкции у детей преобладают воспалительный отек и гиперсекреция вязкой слизи. Поэтому патогенетическими и симптоматическими методами терапии БОС являются противовоспалительные, бронхолитические и муколитические препараты. Однако лечение, прежде всего, должно быть направлено на устранение причины заболевания, которое привело к развитию БОС, т. е. при наличии респираторной инфекции — на эрадикацию инфекционного возбудителя.

Ведущая роль в терапии ООБ принадлежит антибиотикотерапии. Адекватная антибиотикотерапия позволяет не только купировать симптомы острого воспаления, но и привести к эрадикации возбудителя, уменьшению частоты рецидивов, увеличению интервала между обострениями, что в конечном итоге улучшает качество жизни пациентов.

В симптоматической и патогенетической терапии ООБ и РОБ в анализируемом периоде использовались бронхолитики, муколитики, ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС). Наибольшее количество положительных эффектов, таких как «выздоровление» и «значительное улучшение», от терапии отмечалось при использовании схемы «бронхолитик + муколитик + ИГКС», наименьшее — при использовании в терапии лишь бронхолитика (рис. 1).

Стоимость схемы «бронхолитик + муколитик + ИГКС» составляет в среднем 267,41 руб. из расчета на одного пациента, что больше стоимости схемы «бронхолитик + муколитик» в 1,4 раза и дороже использования в симптоматической терапии лишь бронхолитика в 1,6 раза.

Однако положительных клинических эффектов при использовании данной схемы («выздоровление» — 82,8%, «значительное улучшение» — 16,8%) значительно больше по сравнению с другими используемыми схемами (в 1,3 раза по сравнению со схемой «бронхолитик + муколитик» и в 11,4 раза — с использованием в симптоматической терапии одного бронхолитика).

При отсутствии положительной динамики от изначально назначенной схемы пациентам дополнительно назначались новые лекарственные препараты, в некоторых случаях увеличивалась длительность их использования. Так, при отсутствии положительной динамики от схемы «бронхолитик + муколитик + ИГКС» увеличивали длительность использования ИГКС с трех дней до 8,5 (8,54 ± 0,09), а также использовали системные ГКС, что связано с увеличением затрат на лекарственную терапию ООБ и РОБ.

Средние затраты на терапию бронхолитиком (ипратропия бромид/фенотерола гидробромид) в течение 8,5 дней составляли 166,13 руб. В случае отрицательного клинического эффекта («отсутствие положительной динамики», «сохранение симптомов») в терапию добавляли муколитик и ИГКС. Стоимость терапии в данном случае увеличивалась и составляла 315,51 руб. (табл. 1).

Средняя стоимость бронхолитической терапии согласно формуле (1) составляет 302,2 руб.

$$\sum = cost_{\text{«отсут полож»}} \times p_{\text{«отсут полож»}} + cost_{\text{«сохр симпт»}} \times p_{\text{«сохр симпт»}} + cost_{\text{«знач улучш»}} \times p_{\text{«знач улучш»}} + cost_{\text{«выздор»}} \times p_{\text{«выздор»}}, \quad (1)$$

где $cost_{\text{«...»}}$ — затраты в данном состоянии, руб., $p_{\text{«...»}}$ — вероятность наступления клинического эффекта.

Таблица 1

Вероятность клинического эффекта и стоимость бронхолитической терапии

Клиническая эффективность терапии	Вероятность наступления клинического эффекта (*p*)	Стоимость лечения (*cost*), руб.
Отсутствие положительной динамики	0,223	315,51
Сохранение симптомов	0,689	315,51
Значительное улучшение	0,048	166,13
Выздоровление	0,039	166,13

Таблица 2

Вероятность клинического эффекта и стоимость терапии бронхолитиком и муколитиком

Клиническая эффективность терапии	Вероятность наступления клинического эффекта (*p*)	Стоимость лечения (*cost*), руб.
Отсутствие положительной динамики	0,06	326,21
Сохранение симптомов	0,181	326,21
Значительное улучшение	0,41	196,73
Выздоровление	0,349	196,73

Таблица 3

Вероятность клинического эффекта и стоимость терапии бронхолитиком, муколитиком и ИГКС

Клиническая эффективность терапии	Вероятность наступления клинического эффекта (*p*)	Стоимость лечения (*cost*), руб.
Отсутствие положительной динамики	0,001	428,11
Сохранение симптомов	0,003	428,11
Значительное улучшение	0,168	267,41
Выздоровление	0,828	267,41

Таблица 4

Средняя стоимость используемых схем симптоматической и патогенетической терапии

Схема симптоматической и патогенетической терапии	Средняя стоимость схемы лечения, руб.	Средняя стоимость схемы лечения с учетом вероятности наступления различных клинических эффектов, руб.
Бронхолитик	166,13	302,2
Бронхолитик + муколитик	196,73	227,96
Бронхолитик + муколитик + ИГКС	267,41	268,05

$$\sum = 315{,}51 \times 0{,}223 + 315{,}51 \times 0{,}689 + 166{,}13 \times 0{,}048 + 166{,}13 \times 0{,}039 = 302{,}2 \text{ руб.}$$

Вероятность наступления положительного клинического эффекта при использовании в лечении ООБ комбинации бронхолитика с муколитиком составляет 0,759 и включает вероятность «выздоровления» — 0,349 и вероятность «значительного улучшения» — 0,41. Средние затраты на терапию бронхолитиком (Беродуал, ипратропия бромид/фенотерола гидробромид) и муколитиком (Амбробене, амброксол) в течение 8,5 дней составляли 196,73 руб. В случае отрицательного клинического эффекта («отсутствие положительной динамики», «сохранение симптомов») в терапию добавляли ИГКС. Стоимость терапии в данном случае увеличивалась и составляла 326,21 руб. (табл. 2).

Средняя стоимость использования в терапии ООБ и РОБ схемы «бронхолитик + муколитик» согласно формуле (1) составляет 227,96 руб.

$$\sum = 326{,}21 \times 0{,}06 + 326{,}21 \times 0{,}181 + 196{,}73 \times 0{,}41 + 196{,}73 \times 0{,}349 = 227{,}96 \text{ руб.}$$

Для схемы «бронхолитик + муколитик + ИГКС» вероятность положительных клинических результатов при ООБ очень высока — 0,996, из них вероятность «выздоровления» составляет 0,828, а вероятность «значительного улучшения» — 0,168. Средние затраты на терапию бронхолитиком (Беродуал, ипратропия бромид/фенотерола гидробромид), муколитиком (Амбробене, амброксол) в течение 8,5 дней и ИГКС (Пульмикорт, будесонид) в течение первых трех дней составляли 267,41 руб. В случае отрицательного клинического эффекта (отсутствие положительной динамики, сохранение симптомов) увеличивали длительность использования ИГКС и в терапию добавляли системный ГКС. Стоимость терапии в данном случае увеличивалась и составляла 428,11 руб. (табл. 3).

Средняя стоимость использования в терапии ООБ и РОБ схемы «бронхолитик + муколитик + ИГКС» согласно формуле (1) составляет 268,05 руб.

$$\sum = 428{,}11 \times 0{,}001 + 428{,}11 \times 0{,}003 + 267{,}41 \times 0{,}168 + 267{,}41 \times 0{,}828 = 268{,}05 \text{ руб.}$$

В ходе расчетов получаем, что средняя стоимость терапии бронхолитиком с учетом вероятности наступления положительных и отрицательных клинических исходов составляет 302,2 руб. относительно 166,13 руб. — средней стоимости курса; терапии бронхолитиком с муколитиком — 227,96 руб. относительно 196,73 руб.; комбинации бронхолитика, муколитика и ИГКС 268,05 руб. относительно 267,41 руб. (табл. 4).

Таким образом, стоимость схемы лечения бронхолитиком и бронхолитиком и муколитиком меньше средней стоимости лечения для этих схем с учетом всех возможных клинических эффектов, в том числе и связанных с введением новых лекарственных препаратов в терапию, в 1,8 раза и в 1,2 раза соответственно.

Средние стоимости лечения с использованием схемы «бронхолитик + муколитик + ИГКС» (267,41 руб. и 268,05 руб.) практически не различаются. Это объясняется высокой клинической эффективностью использования данной схемы (99,6% положительных клинических результатов).

Дополнительные затраты на лечение при наступлении отрицательных клинических эффектов (отсутствие положительной динамики, сохранение симптомов) составляют 149,38 руб. для бронхолитика, 129,58 руб. — для схемы «бронхолитик + муколитик» и 160,7 руб. для схемы «бронхолитик + муколитик + ИГКС».

Средние дополнительные затраты при неэффективности стартовой терапии с учетом вероятности неудачи при использовании выбранной схемы лечения («отсутствие положительной динамики», «сохранение симптомов») составляют для бронхолитика — 287,75 руб., для схемы «бронхолитик + муколитик» — 78,64 руб., для схемы «бронхолитик + муколитик + ИГКС» — 1,71 руб.

Антибиотикотерапия при лечении ООБ и РОБ у детей за анализируемый период в условиях стационара проводилась в 70,2% случаев госпитализации.

Выбор антибиотика осуществлялся эмпирическим путем с учетом вероятной этиологии и чувствительности предполагаемого возбудителя к антимикробным препаратам. При лечении ООБ и РОБ



Рис. 2. **Структура назначения антибиотиков по группам**

применялись три группы антибиотиков: цефалоспорины, пенициллины и макролиды. Наибольшее количество назначений приходилось на инъекционные цефалоспорины — 57,8% (рис. 2).

Эффективность проводимой антибиотикотерапии в ходе исследования условно оценивалась по клиническому эффекту как неэффективная («отсутствие положительной динамики»), малоэффективная («сохранение симптомов»), эффективная («значительное улучшение»), высокоэффективная («выздровление») (рис. 3).

Наибольшее количество случаев высокоэффективной антибактериальной терапии ООБ, РОБ (клинический эффект «выздоровление») наблюдалось при использовании макролидов (68,6%) (рис. 4).

Примечателен тот факт, что в 63,1% случаев лечения ООБ и РОБ без использования антибиотиков клинический эффект лечения оценивался как высокоэффективный (наблюдалось выздоровление пациентов), в 25,5% — как эффективный (наблюдалось значительное улучшение состояния пациентов). Использование антибиотиков цефалоспоринового ряда приводило к полному выздоровлению в 18,2%, а защищенных пенициллинов — в 23,6%, при этом неэффективная терапия препаратами данных групп имела место в 14,2% и в 5,8% соответственно. Клинические эффекты «значительное улучшение» и «выздоровление» для цефалоспоринов и защищенных пенициллинов отмечались при наличии сопутствующих заболеваний у пациентов с ООБ, РОБ, таких как отит, синусит, тонзиллит, зачастую сопровождающихся лихорадкой, интоксикацией.

Клинический результат последовательной антибиотикотерапии был эффективным в 26,9% случаев назначения, высокоэффективным — в 73,1% случаев назначения.

Невысокая эффективность цефалоспоринов и защищенных пенициллинов в терапии ООБ и РОБ при отсутствии сопутствующих заболеваний относительно макролидов и безантибактериальной терапии может указывать на аллергическую, атипичную либо вирусную природу ООБ, РОБ, т. к. ООБ и РОБ зачастую развивались на фоне ОРВИ (рис. 5).

Сопутствующие заболевания (отит, синусит, тонзиллит и др.) развиваются как осложнения на фоне ОРИ. В таких случаях (32,6% — в 2008 г., 27,5% — в 2009 г., 32,3% — в 2010 г., 30,7% — в 2011 г.) оправдано назначение защищенных пенициллинов и цефалоспоринов, эффективных в отношении стрептококков, стафилококков и других представителей эндогенной микрофлоры, которая нередко активируется при заболеваниях вирусной и внутриклеточной этиологии, каким в основном и является ООБ, РОБ. Развитие таких заболеваний можно расценивать как осложнение, запущенность ОРВИ или «атипичной» инфекции. В 2009 г. наблюдается некоторое снижение случаев ООБ с сопутствующими заболеваниями (27,5% относительно 32,6% — в 2008 г. и 32,3% — в 2010 г.). Это явление связано с распространением в 2009 г. пандемии гриппа, более внимательным отношением к респираторным заболеваниям и, как следствие, снижением случаев их запущенности. При этом именно в 2009 г. зарегистрировано наибольшее количество случаев ООБ на фоне ОРВИ (29,9%).

Для анализа нескольких схем антибиотикотерапии, имеющих различные вероятности достижения клинических эффектов, использовали способ математического моделирования — построение «дерева решений». Анализ проводили путем сравнения средней стоимости схем антибиотикотерапии с учетом всех возможных клинических эффектов.

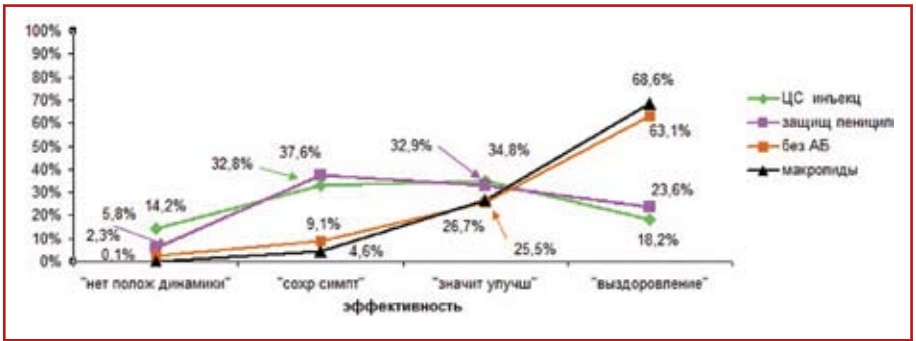

Рис. 3. **Клиническая эффективность антибиотикотерапии**

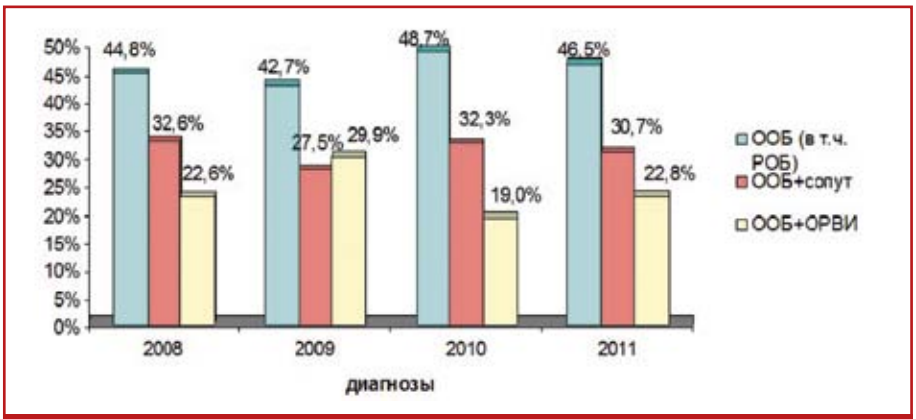

Рис. 4. **Частота клинических эффектов антибиотикотерапии**

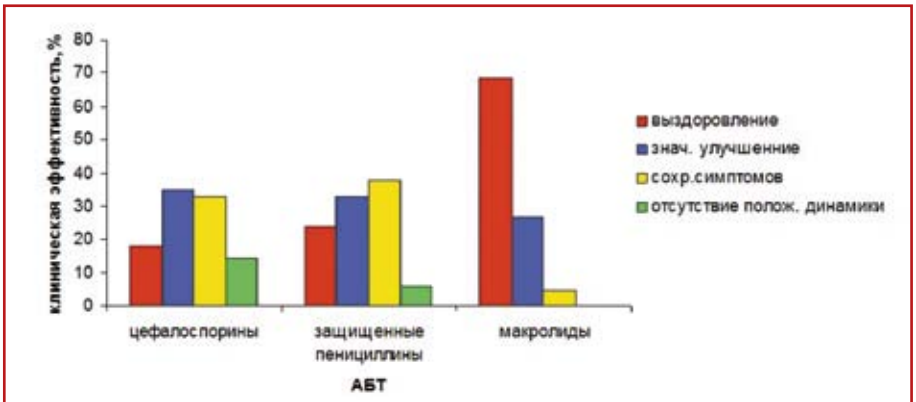

Рис. 5. **Диагнозы пациентов, госпитализированных в стационары медицинских организаций г. Нижнего Новгорода в 2008–2011 гг.**