

В Томске участники VI Всероссийской школы детских кардиологов обсуждали тему, которая оказалась камнем преткновения для российского здравоохранения вообще и для детской кардиологической службы в частности, – организация работы первичного звена.

На начало 2013 г. в России абсолютное число детей от 0 до 17 лет, страдающих сердечно-сосудистой патологией, составляло 1 млн 61 тыс. человек – по сути, население целого мегаполиса. Все они нуждаются в лечении. Сказать, что структура детской кардиологической службы слабовата в количественном плане, нельзя: хирургическое лечение выполняется в 86 лечебных учреждениях, в том числе в 34 клиниках оперируют новорождённых.

Но! Как ни крути, многое завязано на первичное звено здравоохранения – поликлинику: сюда ребёнок впервые обращается с какими-то проблемами в сердце, здесь он должен быть правильно обследован и отсюда при необходимости своевременно направлен на хирургическое лечение, чтобы затем вернуться назад под наблюдение кардиолога. Так должно быть, но в, казалось бы, простой схеме почему-то случаются сбои, результатом которых становятся несвоевременное выявление патологии у ребёнка, запоздалое направление для оказания высокотехнологичной медицинской помощи, отсутствие адекватного послеоперационного мониторинга со всеми печальными последствиями.

Почему так происходит, и как исправить ситуацию? Об этом мы говорим с одним из организаторов школы, руководителем отделения детской кардиологии томского НИИ кардиологии, доктором медицинских наук, профессором Игорем КОВАЛЁВЫМ.

– Задачей форума, насколько я понимаю, не было просто «поставить двойку» чиновникам от здравоохранения и вашим коллегам, работающим в поликлиниках?

– Конечно, нет, потому что такой разговор был бы неконструктивен. Мы сидим в одной лодке, наши проблемы общие, и решать их нам вместе. Нашей целью было рассказать, как всё должно быть организовано, чтобы дети с патологией сердца получали в России максимально качественную медицинскую помощь. Поэтому тематика школы-семинара включала вопросы, касающиеся подходов к амбулаторному наблюдению пациентов с врождёнными пороками сердца, нарушениями ритма сердца и орфанными заболеваниями.

Участники школы ознакомились со стандартами медико-социальной экспертизы по реабилитации пациентов и установлению инвалидности. Рассматривались алго-

Проблемы и решения

Куда уходят дети?

В России необходимо создать систему мониторинга маленьких пациентов с сердечно-сосудистой патологией

ритмы диагностики и лечения критических ВПС, сложных аритмий, в том числе и у плода. Затронута проблема врождённых пороков сердца у беременных: прогноз, тактика ведения пациенток.

В то же время мы уделили большое внимание поиску путей повышения качества работы детской кардиослужбы: говорили о создании протоколов ведения кардиологических больных, о проблемах дополнительного профессионального образования.

В отличие от стран Запада, где детский кардиолог – всегда интервенционист, он сам проводит пациенту ультразвуковые, функциональные и инвазивные внутрисердечные исследования, в России это сугубо терапевтическая специальность. В нашей практике часть функций детского кардиолога распределена между врачами ультразвуковой и функциональной диагностики, анестезиологами-реаниматологами и рентгенохирургами, выполняющими инвазивную диагностику и эндоваскулярную коррекцию врождённых аномалий развития сердечно-сосудистой системы. А собственно детский кардиолог занимается тем, что принимает больного, назначает обследование, интерпретирует полученные результаты и представляет пациентов на лечение хирургам или аритмологам.

И тот Порядок оказания медицинской помощи по профилю «детская кардиология», который утвердил Минздрав России, лишь закрепляет эту разницу. Понятно, что в одну минуту систему не изменишь, и всё-таки постепенно нам надо идти в направлении мультидисциплинарности при подготовке детских кардиологов.

Однако проблема не только в организации работы. На сегодняшний день не изжиты разногласия в понимании подходов к консервативному и хирургическому лечению сердечно-сосудистых заболеваний у детей между специалистами как ведущих клиник, так и регионов. Из-за отсутствия чётких стандартов и ограниченных возможностей клиник, а также различий в опыте и информированности врачей решения о сроках, срочности и методике лечения принимается сугубо «индивидуально». Это ведёт к значительным расхождениям в рекомендациях, к выполнению лечебных мероприятий, неадекватных ситуации. Всё

это не повышает степень доверия пациентов к врачам и медицине в целом.

– Таковы проблемы стационарной помощи, а что касается амбулаторного этапа, какова его роль?

– Для России амбулаторный этап очень важен: учитывая наши просторы, люди должны иметь кратчайший путь доступа к детской кардиологической помощи. Задача кардиолога поликлиники – выявить патологию, причём своевременно, чтобы затем быстро определиться, что с этим больным делать. Пока это не всегда удаётся, хотя диагностических возможностей сегодня огромное количество.

Данные статистики наглядно демонстрируют: чем выше сердечно-сосудистая заболеваемость в регионе, тем ниже там смертность от данной патологии. Это означает, чем больше диагностируется болезней сердца у детей, тем больше вероятность для этих детей попасть на лечение. Когда активного выявления нет, упускаются шансы помочь больным.

К примеру, в Смоленской области – самая высокая заболеваемость (читай – выявляемость), и в то же время самая низкая летальность. А в Республике Ингушетия, наоборот, очень низкая заболеваемость (нет детей с кардиопатологией?) и при этом максимальный показатель летальности. Выходит, патология просто не диагностируется. Почему? Либо сама кардиологическая служба не развита, либо у населения нет доступа к этой службе.

– Вы считаете, необходимо создать межрегиональные регистры детей с кардиопатологией. С какой целью?

– Говоря о регистре, я имею в виду базу данных детей, которые нуждаются в длительном наблюдении и лечении. Например, при тяжёлой сердечной недостаточности различной этиологии или когда требуется многоэтапная коррекция пороков сердца. Зачастую пациенты уезжают из федерального кардиоцентра и теряют связь не только с клиникой, но и с региональным кардиологом. В итоге нет возможности оценивать состояние ребёнка и при необходимости своевременно скорректировать лечение.

Должна быть единая региональная база данных больных с информацией о лечении, ходе

наблюдения. Несколько лет назад мы создали прообраз такого регистра в своём отделении и апробировали эту идею, обеспечив доступ к нашему регистру врачам Алтайской краевой детской больницы. Коллеги могли отслеживать пациентов из своего региона: когда дети поступили в клинику института, объём проведённого им лечения, когда и с каким результатом они выписаны. К сожалению, как и многие проекты, создаваемые на энтузиазме их авторов, он не имел продолжения.

Формирование регистров и мониторинг детей с различными клиническими и социально значимыми сердечно-сосудистыми заболеваниями позволяет своевременно проводить диагностику осложнений и их коррекцию, обеспечивая более высокий функциональный статус и качество жизни ребёнка.

Параллельно нужно создавать систему информационной поддержки деятельности педиатров и кардиологов: методические рекомендации, справочный материал, электронные учебники, система дистанционного образования. Информация – это тот ресурс кардиослужбы, который не требует значительных затрат, а результат даёт большой.

– Среди основных постулатов работы детского кардиолога вы первым пунктом отметили: наблюдать необходимо за теми, за кем необходимо наблюдать. Поясните, пожалуйста.

– У кардиологов в регионах зачастую наблюдаются пациенты, которые в этом вообще не нуждаются: дети с вегетососудистой дистонией, дополнительными хордами левого желудочка, открытым овальным окном, пролапсом митрального клапана без регургитации, много лет назад успешно прооперированными дефектами перегородки сердца, то есть с теми состояниями, которые не оказывают никакого отрицательного влияния на здоровье и дальнейшую жизнь. В то же время эти пациенты вынуждены регулярно ходить к врачу, делать ЭКГ, УЗИ сердца и т.д. Они занимают время врача и место в очереди, создавая тем самым помехи для тех, кому как раз требуется повышенное внимание кардиолога.

Если бы поток необоснованных обращений к врачу сократился, эффективность его работы повысилась бы. Это касается и време-

ни, отведённого на приём одного пациента в поликлинике: оно в последнее время, по разным причинам, стремительно сокращается. Всё это не повышает качество работы амбулаторной службы, а скорее наоборот!

Другой важный аспект работы поликлинического кардиолога – обоснованное назначение медикаментозной терапии пациентам и оценка её эффективности. Поясно подробнее.

До недавнего времени в России была ситуация, когда детские кардиологи существовали отдельно от кардиохирургов и аритмологов, сами по себе, и активно лечили больных таблетками, зачастую греша полипрагмазией. И эта привычка ещё осталась «в генах». С развитием кардиохирургии, эндоваскулярных методов лечения сердечно-сосудистых заболеваний ситуация коренным образом изменилась.

В принципе, как и в принятии решения об инвазивном лечении, в медикаментозном лечении также существуют стандарты раннего, среднего и отдалённого периода постхирургической терапии, лечения нарушений ритма сердца или сердечной недостаточности. Одним словом, и там стандарты, и тут стандарты – симбиоз, который тем лучше функционирует, чем больше сам кардиолог понимает, что он делает. И здесь мы опять возвращаемся к проблеме информированности специалистов и повышения их квалификации.

– Какое отношение к теме детской кардиологии имеют орфанные заболевания?

– Самое прямое. В России утверждён список редких заболеваний, лечение которых с помощью специальных препаратов может не только спасти жизнь ребёнку, но и продлить её надолго. В списке есть 5 нозологий, связанных с патологией сердечно-сосудистой системы: сфинголипидозы (болезнь Фабри), мукополисахаридоз тип I, мукополисахаридоз тип II, мукополисахаридоз тип VI, первичная лёгочная (артериальная) гипертензия. Выявлять эти патологии могут и должны детские кардиологи, причём здесь крайне важна своевременность.

Данная тема архиважна ещё и потому, что ответственность за финансирование лечения детей с орфанными болезнями в настоящее время возложена на субъекты РФ, а это под силу не всем региональным бюджетам.

Мы считаем, что информацию о детях с редкими заболеваниями нужно передавать в федеральный регистр с обязательством федерального бюджета финансировать покупку необходимых лекарственных препаратов. Таких детей в стране не так уж много, чтобы их невозможно было лечить за счёт федерального бюджета.

Беседу вела Елена БУШ,
собр. корр. «МГ».

Томск.

Профилактика

Общероссийская учебно-методическая конференция с международным участием «Методические аспекты преподавания вопросов профилактики заболеваний и формирования навыков здорового образа жизни: теория и практика», посвящённая 10-летию факультета высшего сестринского образования, прошла в Тверской государственной медицинской академии.

В работе конференции приняли участие учёные-медики и педагоги, практические врачи и организаторы здравоохранения, тьюторы школьных кабинетов здоровья, молодые учёные и студенты вузов. По материалам конференции подготовлен и издан сборник учебно-методических статей, куда включены работы сотрудников Тверской, Иванов-

Главный приоритет

В Твери говорили о здоровом образе жизни

ской, Оренбургской, Челябинской государственных медицинских академий, Самарского и Новосибирского государственных медицинских университетов, Российского университета дружбы народов, Мелитопольского государственного педагогического университета им. Б.Хмельницкого и Донецкого национального медицинского университета (Украина), медицинских училищ и колледжей Тверской области.

Обращают на себя внимание разнообразие и высокая социальная актуальность обсуждённых проблем: вопросы профилактики туберкулёза и опасных инфекций

среди учащейся молодёжи, психологическая культура здоровья российской молодёжи, вопросы формирования культуры здорового образа жизни у населения малых городов Тверской области, перспективы антинаркотической работы в школах, проблемы психолого-педагогической эффективности внедрения идеологии ЗОЖ в различных сферах образования и производства и др.

В предстоящем году факультет ждут знаковые перемены – впервые в истории меакадемии начнётся двухуровневая подготовка студентов: бакалавриат-магистратура, куда смогут поступать



не только выпускники медицинских училищ и колледжей, но и выпускники средних школ.

Изюминкой мероприятия стал мастер-класс «Оздоровительно-корректирующий синтез-тренинг», который подготовлен преподавателем кафедры физической

культуры с курсом медицинской реабилитации ТГМА Э.Булановой для участников и гостей конференции.

Ирина МАКАРОВА,
доктор медицинских наук,
профессор.

НА СНИМКЕ: студенты ТГМА – за здоровый образ жизни.