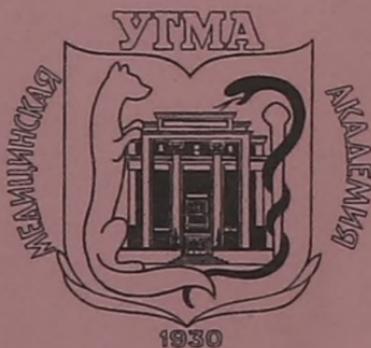


616-053.2

Ч-462

**ДЕТСКАЯ
КАРДИОРЕВМАТОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА.
ОПЫТ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ПРОБЛЕМЫ И
ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ**



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«УРАЛЬСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ФЕДЕРАЛЬНОГО АГЕНТСТВА ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ И
СОЦИАЛЬНОМУ РАЗВИТИЮ»

**ДЕТСКАЯ
КАРДИОРЕВМАТОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА.
ОПЫТ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ПРОБЛЕМЫ И
ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ**

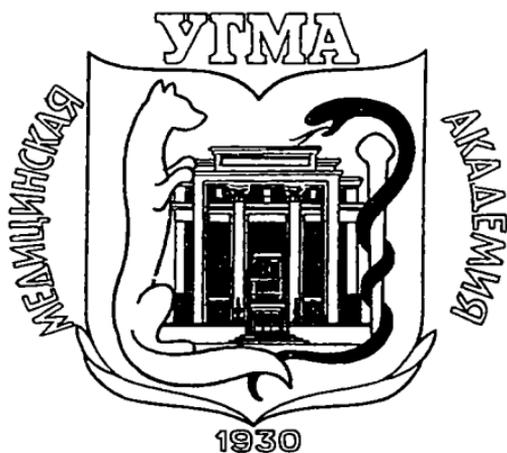
*Актовая речь заведующей кафедрой
педиатрии и подростковой медицины ФПК и ПП
профессора, заслуженного работника Высшей школы
Чередниченко Александры Марковны
на итоговой научной конференции УГМА
24 апреля 2007 г.*

Екатеринбург, 2007

УДК 616.1 – 053.2

Чердниченко А.М.

ДЕТСКАЯ КАРДИОРЕВМАТОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА. ОПЫТ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ. Актовая речь на итоговой научной конференции УГМА. – Екатеринбург, УГМА, 2007. – 22 с.



JSBN 5-89895-294-2

© Уральская государственная
медицинская академия, 2007

ГЛУБОКОУВАЖАЕМЫЙ ПРЕДСЕДАТЕЛЬ!
ГЛУБОКОУВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ, СТУДЕНТЫ, ГОСТИ!

Сегодня на итоговой научной конференции Уральской государственной медицинской академии мне выпала честь выступить с актовой речью, посвященной становлению и развитию детской кардиоревматологической службы, за что я благодарю ректорат и Ученый Совет за внимание к этой проблеме, доверие мне и руководимому мною коллективу научных сотрудников и врачей.

История создания детской кардиоревматологической службы в нашем городе уходит в далекие 60-е годы, когда на кафедре госпитальной педиатрии, возглавляемой доц. В.С. Андреевой, а затем проф. О.А. Сивянской были выполнены и опубликованы результаты научных исследований, касающиеся ревматизма у детей.

В 1969 г. при городской клинической больнице №40 был организован амбулаторный прием детского ревматолога, который вела врач Е.Д. Неизвестнова. На базе областного ревматологического диспансера по адресу ВИЗ-бульвар, 1, где было 15 детских коек, вели практические занятия со студентами 6 курса я, молодой доцент и ассистент кафедры госпитальной педиатрии В.П. Бобыкин. В эти же годы в стационаре детской больницы №15 в отделении детей старшего возраста был открыт пост для больных с кардиоревматологической патологией, просуществовавший до 1985 г. (зав. отделением Р.А. Гольдман, врач Р.Л. Немкова). Основными нозологическими формами заболеваний были ревматизм, реже – инфекционный эндокардит и артриты.

В 1975 г. на кафедре госпитальной педиатрии была защищена кандидатская диссертация асс. В.П. Бобыкина «Состояние сердечно-сосудистой системы при ангиохолециститах у детей».

В 1987 г. приказом городского управления здравоохранения специализированное кардиоревматологическое отделение на 20 коек было развернуто в детской больнице №5 (зав. отделением Л.М. Лехтик, затем Н.Я. Неизвестнова) и базировалось в этой больнице до 1995 г., т.е. до ввода в строй

нового корпуса детской больницы №11. К этому времени стала совершенно очевидной необходимость создания более мощного коечного фонда и амбулаторно-консультативной помощи больным кардиоревматологического профиля, что и было сделано.

Администрация г. Екатеринбурга
Городское управление здравоохранения

ПРИКАЗ №81

«15» февраля 1996 г.

г. Екатеринбург

Об организации городского
кардиоревматологического центра.

В целях совершенствования высококвалифицированной специализированной медицинской помощи детям с системными заболеваниями, врожденными аномалиями сердечно-сосудистой системы и в связи с вводом в эксплуатацию стационара ГДБ №11

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Главному врачу ГДБ №11 Ядловской Б.Я.:

1.1. На базе вновь открытого стационара (мощность 200 коек) открыть городской кардиоревматологический центр в соответствии с разработанными положением, структурой, штатным расписанием.

1.2. Разработать должностные инструкции сотрудников центра.

Срок – 1.03.96 г.

2. Зам. начальника управления Окульской В.Г. обеспечить организационно-методическую помощь в лицензировании «Центра».

3. Просить ректора УГМА проф. Ястребова А.П. обеспечить научное руководство работой «Центра».

4. Контроль за исполнением приказа возложить на зам. начальника управления Колпащикову Г.И.

Начальник управления

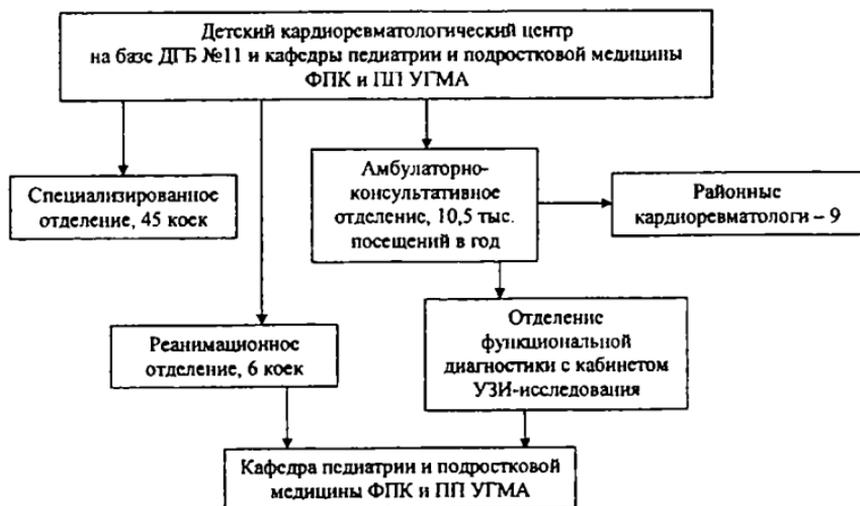
С.А. Акулов

В 1996 г. развернуто специализированное кардиоревматологическое отделение на 45 коек, в настоящее время возглавляемое врачом, окончившим клиническую ординатуру при кафедре и ныне кандидатом медицинских наук С.В. Мулякиной, Главным внештатным кардиоревматологом города. В настоящее время в отделении работают врачи, окончившие клиническую интернатуру при кафедре.

Большая заслуга в становлении центра, его работе, обучении врачей принадлежит доценту кафедры Г.С. Кокоулину.

С учетом потребностей практического здравоохранения в 1998 г. было создано амбулаторно-консультативное кардиоревматологическое отделение на 7,5 тыс. посещений в год. Первой заведующей центра стала кми С.В. Татарева – в настоящее время начальник отдела организации медицинской помощи матерям и детям министерства здравоохранения Свердловской области. В связи с непрерывно нарастающей тяжестью кардиальной патологии у новорожденных, младенцев, детей раннего и старшего возраста в 2005 г. было открыто реанимационное отделение на 6 коек.

Таким образом была создана модель детского кардиоревматологического центра. В настоящее время структура центра имеет следующий вид:



Консультативный прием больных кардиоревматологического профиля организован в городском диагностическом центре (врач М.Б. Огаркова, окончившая клиническую ординатуру при кафедре педиатрии и подростковой медицины ФПК и ГПП), в ГДКБ №9 (врач Л.Н. Юровская), в областной детской больнице (врачи О.В. Скоробогатова и Н.В. Деришева, окончившие клиническую интернатуру и ординатуру при этой же кафедре). В отделениях функциональной диагностики городского диагностического центра и ГДКБ №9 (врачи к.м.н. Е.Г. Дмитриева, Т.С. Ефимова) проводится комплексное инструментальное обследование детей с кардиальной патологией. В отдельных городах Свердловской области (г. Нижний Тагил, г. Каменск-Уральский и др.) при детских городских больницах функционируют кардиоревматологические койки (30 коек и 10 коек соответственно) и организованы специализированные консультативные приемы больных. В течение многих лет работает кардиоревматолог Октябрьского района Л.Г. Латышева.

В настоящее время С.В. Татарева активно решает вопрос создания единой, т.е. городской и областной детской кардиоревматологической службы и ее лицензирование.

Создание центра позволило сосредоточить внимание на основных разделах развития и совершенствования специализированной помощи детям с кардиоревматологической патологией. Ими являются:

1. организационно-методический,
2. лечебно-диагностический и консультативный,
3. реабилитационный и профилактический,
4. учебный и научно-исследовательский.

ОРГАНИЗАЦИОННО – МЕТОДИЧЕСКИЙ РАЗДЕЛ РАБОТЫ

Выполнение организационно-методического раздела работы потребовало решения вопросов взаимодействия с лечебно-профилактическими учреждениями соматического, хирургического и инфекционного профилей:

- отделениями патологии новорожденных;

- городским и областным кардиохирургическим, кардиологическим и ревматологическим центрами;
- областным и городским медико-генетическими центрами планирования семьи и репродукции, лабораторной диагностики болезней матери и ребенка, а также с детской областной больницей.

Наряду с этим была отработана схема взаимодействия с действующими на территории города научно-исследовательскими учреждениями, в частности, НИИ материнства и младенчества, травматологии и ортопедии;

- управлением здравоохранения, образования и социальной политики;
- органами социальной защиты.

Координация работы кардиоревматологического центра с указанными ведомственными и неведомственными службами позволили определить объем и структуру **ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО И КОНСУЛЬТАТИВНОГО РАЗДЕЛОВ РАБОТЫ.**

Так, изучив структуру кардиальной патологии с 1998 г. мы установили не снижающуюся частоту рождения детей с врожденными пороками сердца (ВПС):

1999 –	123 ребенка
2000 –	127 детей
2001 –	160 детей
2002 –	181 ребенок
2003 –	207 детей
2004-2005 –	146 детей
2006 –	131 ребенок

Дополнительно по данным патологоанатомической службы ГДКБ №9 в текущем году ВПС был выявлен у 9 выкидышей, одного мертворожденного и у 3 умерших новорожденных детей.

Среди детей, рожденных с ВПС, почти половину составляют дети со сложными пороками сердца и довольно большое число дети (15%), требую-

щие неотложной операции в связи с угрозой летального исхода либо имеющие неоперабельные ВПС.

Снижение смертности детей с врожденными пороками сердца напрямую связано с **ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКОЙ** этого порока, которая должна способствовать сокращению рождаемости детей с тяжелыми пороками сердца и, следовательно, более раннему и эффективному хирургическому лечению.

С учетом важности стоящей перед нами задачи в областном **ЦЕНТРЕ ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ** и репродукции был создан и функционирует **ПРЕНАТАЛЬНЫЙ КОНСИЛИУМ** в составе врача-генетика, акушера-гинеколога, неонатолога, кардиолога, кардиохирурга. После проведения дородового ультразвукового скрининга беременных из групп риска по рождению детей с ВПС и информированности родителей об угрозе рождения ребенка с ВПС врачи консилиума предлагают родителям решать вопрос о прерывании беременности либо об ее продолжении. Проведя анализ рождения детей с ВПС и методики проведения дородового УЗИ-скрининга, мы обратили внимание на низкую его эффективность. Результаты проведенного анализа были доведены до сведения главы администрации города и городского управления здравоохранения.

В настоящее время, учитывая неблагоприятную ситуацию по выявлению ВПС, несмотря на пренатальную УЗИ диагностику у беременных женщин, в **ГОРОДСКОМ ЦЕНТРЕ ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ И РЕПРОДУКЦИИ** закуплен УЗИ аппарат «Премиум»-класса, позволяющий многократно повысить процент выявляемости ВПС на пренатальном этапе и тем самым предупредить рождение детей с этой патологией.

Одним из радикальных методов лечения больных с ВПС является оперативное вмешательство. У нас ежегодно была и есть квота для таких больных в институт им. А.Н. Бакулева и в г. Новосибирск. Но эти квоты не решали проблемы, поскольку тяжело больные дети в силу тяжести порока сердца не успевали получить кардиохирургическую помощь. Ситуация ра-

дикально изменилась в 2006 г., когда в областной больнице №1 было открыто 30 детских кардиохирургических коек, из них 20 – кардиохирургических и 10 коек по уходу за детьми в предоперационный и послеоперационный периоды.

Областная больница имеет прекрасные традиции хирургического лечения больных с кардиальной патологией. Основы этой традиции были заложены профессором М.С. Савическим, который возглавлял клинику и кафедру госпитальной хирургии педиатрического факультета с 1969 по 1987 г.г. При его непосредственном участии сформировался основной состав врачей и медицинских сестер клиники, который фактически не менялся в течение 10 лет. За время его руководства был значительно расширен объем хирургических вмешательств (более 10 тыс. операций, из них более 1000 в условиях искусственного кровообращения, 550 в условиях общей умеренной гипотермии). При нем был создан межобластной кардиохирургический центр. Впервые в клинике им были выполнены операции аортального протезирования, многоклапанной коррекции пороков ряда врожденных пороков сердца.

В настоящее время кардиохирургическим центром руководит Эдуард Михайлович Идов, зав. отделением Вячеслав Александрович Белов. В отделении работают талантливые кардиохирурги, с которыми у нас хорошие деловые связи. В 2006 г. выполнено 332 операции, из них детям первого года жизни 132 операции, что фактически в 2 раза больше чем было в 2005 г. Следует отметить, как очень важное достижение наших кардиохирургов, операции новорожденных детей с ВПС. Среди оперированных детей первого года жизни 10% составили новорожденные дети, причем в 2,5 раза больше выполнено операций у новорожденных, находящихся в критическом состоянии.

В структуре заболеваемости населения России болезни сердечно-сосудистой системы занимают одно из ведущих мест и в значительной мере определяют уровень временной и стойкой утраты трудоспособности и смертности населения. Смертность от болезней системы кровообращения в России на протяжении последних двух десятилетий остается самой высокой в мире.

Поскольку подавляющее большинство заболеваний сердца и сосудов формируется длительно и склонно к хроническому течению, мы полагаем, что истоки многих, нередко фатальных патологических изменений сердечно-сосудистой системы взрослых следует искать в детском возрасте.

Данные медицинской статистики, характеризующие заболеваемость и смертность от сердечно-сосудистой патологии у детей, не являются столь угрожающими. Однакостораживает факт, что структура сердечно-сосудистой патологии в детском возрасте за последние десятилетия претерпела существенные изменения. Наряду с тем, что значительно уменьшилась частота ревматических и инфекционных эндокардитов (в центре наблюдаются единицы таких больных) увеличивается число больных с нарушениями сердечного ритма.

Стационарное отделение городского кардиоревматологического центра ежегодно госпитализирует от 800 до 1000 детей в год, среди них лидируют – больные с нарушением сердечного ритма.

Вот как выглядит структура нарушения сердечного ритма у детей.

КЛАССИФИКАЦИЯ АРИТМИЙ

(Н.А. Белоконь, М.Б. Кубергер, 1987)

I. Нарушения образования импульса:

А. Номотопные нарушения ритма:

1. Синусовая аритмия
2. Синусовая брадикардия
3. Синусовая тахикардия
4. Миграция водителя ритма.

Б. Гетеротопные (эктопические) нарушения ритма:

1. Экстрасистолия:

- а) суправентрикулярная (предсердная, из АВ соединения)
- б) желудочковая

2. Пароксизмальная тахикардия:
 - а) суправентрикулярная (предсердная, из АВ соединения)
 - б) желудочковая
3. Непароксизмальная тахикардия:
 - а) предсердная с атриовентрикулярной блокадой и без нее
 - б) из АВ соединения
 - в) желудочковая
4. Трепетание и мерцание предсердий.
5. Трепетание и мерцание желудочков.

II. Нарушения проводимости:

1. Синоатриальная блокада
2. Внутривентрикулярная блокада
3. Атриовентрикулярная блокада I, II, III ст.
4. Внутривентрикулярная блокада

III. Комбинированные аритмии:

1. Синдром слабости синусового узла
2. Атриовентрикулярная диссоциация
3. Синдром преждевременного возбуждения желудочков.

В течение 8 лет, с 1998 по 2006 г.г., наблюдается отрицательная динамика, заключающаяся в многократном увеличении числа больных с **ЭКСТРАСИСТОЛИЯМИ И ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИЕЙ**. Наряду с нарушениями ритма типа нарушения образования импульса и эктопическими нарушениями ритма типа экстрасистол и пароксизмальной тахикардии неуклонно увеличивается число больных с кардиальными расстройствами, сопровождающимися нарушениями проводимости. Самый прогностически неблагоприятный вид нарушения проводимости, какими

являются **СИНДРОМ СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА И БЛОКАДЫ СЕРДЦА** различной степени тяжести, также неуклонно увеличиваются.

Серьезную проблему для детской кардиологии представляют больные с вегетососудистой дисфункцией (ВСД). Вегето-сосудистая дисфункция – это синдромальный диагноз, в основе которого в 90% случаев лежат перинатальные резидуально-органические повреждения ЦНС. При детальном обследовании этих детей не удастся найти систему или орган, которые так или иначе не оказались бы вовлеченными в общие патофизиологические сдвиги. Состояние сердечно-сосудистой системы у больных с вегето-сосудистой дисфункцией – наиболее сложный и наименее изученный раздел вегетологии детского возраста. Собственно синдром вегето-сосудистой дисфункции наиболее отчетливо представлен именно сердечно-сосудистыми нарушениями либо по кардиальному типу так **НАЗЫВАЕМЫЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ КАРДИОПАТИИ**, либо по **ВАСКУЛЯРНОМУ ТИПУ**, проявляющимися сосудистыми дистониями по гипертоническому либо гипотоническому типу.

Несмотря на то, что при постановке диагноза ВСД всегда присутствуют указанные кардиопатии, по рекомендации ВОЗ, целесообразно выделять клинический вариант нарушения сердечного ритма и проводимости самостоятельным диагнозом, поскольку всегда необходимо исключить органическую природу этих нарушений, в частности, кардиты, кардиомиопатии, врожденные и приобретенные пороки сердца. Это же касается и артериальной дистонии, выделяя артериальную гипертензию, которая чаще предполагает симптоматическую артериальную гипертензию, и артериальную гипотензию, которые требуют детального изучения.

Во всем мире отмечается рост больных с артериальной гипертензией. Среди них весомое место занимает артериальная гипертензия подросткового возраста. По нашим данным, число больных с артериальной гипертензией также увеличивается: если в 2000 г. число таких больных составляло 10,8%, то в 2004 г. достигло 30,4% от числа проконсультированных больных.

С введением в практику врача кабинета функциональной диагностики такого диагностического метода как УЗИ сердца (ЭХО-КГ) мы стали выявлять ранее мало известные врожденные малые аномалии сердца, и среди них наиболее частой находкой оказались **ХОРДЫ (ЕДИНИЧНЫЕ ИЛИ МНОЖЕСТВЕННЫЕ), ТРИКУСПИДАЛЬНАЯ РЕГУРГИТАЦИЯ И ДИСФУНКЦИЯ СТОРОК МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА, НАЗЫВАЕМАЯ ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА**. Частота выявления указанных малых аномалий сердца превышает все мыслимые пределы. Это особенно касается частоты выявления хорд и трикуспидальной регургитации – почти у каждого больного, направленного на ЭХО-КГ. Роль малых аномалий развития сердца в возникновении нарушения сердечного ритма нам еще предстоит изучить, но уже сейчас ясно, что они не безобидны для функции сердца, как и все признаки соединительно-тканной дисплазии, ранее известные врачам-педиатрам.

Амбулаторно-консультативный прием врачей кардиоревматологического центра, в настоящее время рассчитанный **НА 10,5 ТЫС. ПОСЕЩЕНИЙ В ГОД**, отражает структуру кардиальной патологии, представленную в излагаемом материале. Наряду с единичными случаями острой и хронической ревматической лихорадки, обращают на себя внимание сотни больных с нарушениями сердечного ритма и проводимости, артериальной гипертензией, врожденными пороками сердца и малыми аномалиями развития сердца, вегето-сосудистой дисфункцией и среди них наиболее прогностически неблагоприятным вариантом – синкопальными (обморочными) состояниями.

Сердечные аритмии у детей – очень коварное патологическое состояние. Самочувствие этих больных в течение длительного времени не страдает, родители часто не подозревают об имеющейся патологии. Последнее затрудняет раннюю диагностику этого патологического состояния. Нередко аритмии прогрессируют, при этом формируются необратимые нарушения функции миокарда, приводящие к инвалидности и требующие хирургического вмешательства. **В настоящее время в нашем городе уже более десятка**

больных живут и учатся с имплантированным водителем сердечного ритма. Это все дети-инвалиды, как и дети, оперированные в различные возрастные периоды по поводу врожденных пороков сердца.

Актуальность проблемы кардиальной патологии у детей явилась одним из побудительным мотивом выделения специальности **ДЕТСКИЙ КАРДИОЛОГ**.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ № 36

«05» февраля 2004г.

г. Москва

О внесении дополнения в приказ
Минздрава России от 27.08.99 №337
«О номенклатуре специальностей в
учреждениях здравоохранения
Российской Федерации»

В соответствии с решением Совета по кадровой политике при Министерстве здравоохранения Российской Федерации от 19.06.2003:

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внести дополнение в приложение №1 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации 27.08.99 №337 «О номенклатуре специальностей в учреждениях здравоохранения Российской Федерации»:

Основная специальность	Специальность, требующая углубленной подготовки
040201 педиатрия	040201.03 детская кардиология

2. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя Министра Т.И Стуколову.

Министр

Ю.Л. Шевченко

Детская кардиология сегодня работает совместно с детской ревматологией. Специальность детский ревматолог пока не выделена, но мы имеем приказ о совершенствовании организации ревматологической помощи детям в Российской Федерации.

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

ПРИКАЗ № 29

15 января 2007 г.

г. Москва

**О СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ОРГАНИЗАЦИИ
РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

В соответствии с пунктом 5.2.11. Положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 2004 г. №321 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2004, №28, ст.2898, 2005, №2, ст.162, 2006, №19, ст.2080) и в целях дальнейшего совершенствования организации ревматологической помощи детскому населению Российской Федерации

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

Положение об организации деятельности врача-педиатра, оказывающего ревматологическую помощь детям согласно приложению №1;

Порядок организации деятельности кабинета врача-педиатра, оказывающего ревматологическую помощь детям согласно приложению №2;

Порядок организации деятельности отделения детской ревматологии, согласно приложению №3;

Порядок организации деятельности дневного стационара по оказанию помощи детям с ревматическими болезнями согласно приложению №4;

Рекомендуемые штатные нормативы медицинского персонала для оказания ревматологической помощи детям, согласно приложению №5.

2. Департаменту медико-социальных проблем семьи, материнства и детства (Шарапова О.В.):

разработать стандарт по оказанию медицинской помощи детям, страдающим ревматическими болезнями, в условиях амбулаторно-поликлинических учреждений;

обеспечить мониторинг за состоянием здоровья детей, страдающих ревматическими болезнями.

3. Департаменту фармацевтической деятельности, обеспечения благополучия человека, науки, образования (Ступин В.А.), Департаменту медико-социальных проблем семьи, материнства и детства (Шарапова О.В.) дополнить программы повышения квалификации и усовершенствования врачей-педиатров разделом «Детская ревматология».

4. Рекомендовать руководителям органов управления здравоохранения субъектов Российской Федерации при организации ревматологической помощи детям руководствоваться настоящим приказом.

5. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя Министра здравоохранения и социального развития В.И. Стародубова.

Министр

М. Зурабов

Среди болезней костно-мышечной системы преобладают **РЕАКТИВНЫЕ АРТРИТЫ**, развившиеся на основе одного из трех либо нескольких этиологических факторов: хронической носоглоточной инфекции, урогенитальной и кишечной инфекции, а также **ЮВЕНИЛЬНЫЕ ХРОНИЧЕСКИЕ АРТРИТЫ** (33%). Несмотря на, казалось бы, сравнительно небольшое число больных ювенильным ревматоидным артритом и другими системными заболеваниями соединительной ткани (системная красная волчанка, склеродермия и др.) в структуре кардиоревматологической патологии у детей, отрицательная прогностическая значимость их огромна, поскольку все они требуют дорогостоящих лечебных технологий, а качество жизни их имеет только отрицательную динамику в связи с неизбежной инвалидностью. Последняя, по нашим данным, у больных с кардиоревматологической патологией непрерывно увеличивается.

Выполнение большого объема лечебно-диагностической работы стало возможным благодаря оснащению кардиоревматологического центра современной диагностической аппаратурой, а также координированной деятельности центра, лечебно-профилактических и научно-исследовательских учреждений, работающих по проблеме охраны здоровья детей. В диагностических целях у больных проводят:

- ЭКГ
- ХОЛТЕР-ЭКГ
- ЭХОКГ
- УЛЬТРАЗВУКОВУЮ ДОПЛЕРОГРАФИЮ СОСУДОВ ШЕИ, ПОЧЕК
- УЗИ СУСТАВОВ И ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
- СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ
- КАРДИОИНТЕРВАЛОГРАФИЮ
- ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ.

У больных с ревматическими заболеваниями изучается иммунологический статус, проводятся биохимические и серологические исследования суставной жидкости, денситометрия. Все больные с кардиальной и ревматической патологией, согласно имеющегося госзаказа и сверх него, подлежат обследованию в центре лабораторной диагностики болезней матери и ребенка (главный врач проф. Я.Б. Бейкин) для исключения внутриутробной (хламидиоз, уреоплазмоз, цитомегалия, токсоплазмоз), Коксаки-вирусной и герпес-вирусной инфекции. К обследованию больных мы привлекаем неонатологов, педиатров-генетиков, ЛОР-специалистов, гинеколога, педиатра-инфекциониста, кардиохирургов, травматологов-ортопедов. С тяжело больными детьми работает медицинский психолог.

Параллельно развитию материальной базы кардиоревматологического центра накапливался опыт работы с этими детьми и совершенствовался **УЧЕБНЫЙ ПРОЦЕСС ПО КАРДИОРЕВМАТОЛОГИИ**. Учеба врачей-педиатров с момента образования кафедры, т.е. с сентября 1988 г. не прерывалась ни на один год. Обучение врачей проводилось и в то время, когда больные находились в ГДКБ №9, и на базе детской больницы №5, и тем более в кардиоревматологическом центре ДБ №11. На всех циклах тематического и общего усовершенствования предусмотрено преподавание кардиоревматологии, проводимое доц. Г.С. Кокоулиным, с 2006 г. – зав. отделением к.м.н. С.В. Мулякиной и асс. Ю.А. Труновой. Консилиумы, клинические разборы больных, с зав. кафедрой клинические обходы со слушателями, клиническими интернами и ординаторами являются неотъемлемой частью работы кафедры. Ежемесячно мы встречаемся с районными кардиоревматологами на секции детских кардиоревматологов. С марта месяца текущего года приступили к проведению сертификационного цикла и коротких (72 ч) тематических циклов по детской кардиологии. Методическими руководствами для врачей являются не только Российские издания, но и руководства выполненные на кафедре за эти годы.

РУКОВОДСТВА ДЛЯ ВРАЧЕЙ-ПЕДИАТРОВ

1. Лечение и реабилитация детей с различными заболеваниями. Екатеринбург, 1998.
2. Клиническое обследование здоровых и больных детей (четыре издания, начиная с 2000 г.). Екатеринбург, 2006.
3. Подростковая медицина. Екатеринбург, 2006.
4. Возрастные особенности ЭКГ. Екатеринбург, 2006.
5. Нарушения сердечного ритма и проводимости у детей. Показания к неотложной помощи. Екатеринбург, 2007.

НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ, касающиеся вопросов кардиологии детского возраста, проводились не только на нашей кафедре. Три диссертационных работы выполнены под руководством проф. Н.Е. Санниковой.

1. Левчук Л.В. Состояние вегетативной нервной системы и местного иммунитета у детей дошкольного возраста. – 1997.

2. Тютикова Н.А. Состояние вегетативного гомеостаза у детей с различным уровнем здоровья. – 2000.

3. Сырочкина М.А. Клинико-диагностическая характеристика функционального состояния вегетативной нервной системы у детей и подростков. – 2000.

Одна диссертационная работа выполнена врачом функциональной диагностики отделения городского диагностического центра под руководством проф. В.И. Шилко.

Дмитриева Е.Г. Дисфункция створок митрального клапана у детей и подростков с вегето-сосудистой дистонией. – 2000.

Одна в НИИ охраны материнства и младенчества – руководитель проф. Г.А. Черданцева.

Мякишева О.А. Особенности адаптации сердца новорожденных, антенатально развивающихся в условиях длительного гестоза. – 2000.

ДИССЕРТАЦИИ, ВЫПОЛНЕННЫЕ НА КАФЕДРЕ ПЕДИАТРИИ И ПОДРОСТКОВОЙ МЕДИЦИНЫ ФПК И ПП

1. **Штанова Т.Г.** Нарушения ритма сердца при хронических заболеваниях гастродуоденальной области у детей. Руководитель проф. А.М. Чердниченко, научный консультант проф. В.Ф. Антюфьев.

2. **Мулякина С.В.** Оптимизация лечения детей с нарушениями сердечного ритма. Руководитель проф. А.М. Чердниченко.

Подготовлена к защите кандидатская диссертация –

3. **Шишмакова М.Ю.** Оценка состояния сердечно-сосудистой системы у детей раннего возраста с перинатальным повреждением ЦНС. Руководитель проф. С.Ю. Захарова.

Выполняют диссертационные работы все врачи-кардиологи кардиоревматологического центра и ассистенты кафедры:

4. **Созонов А.В.** (соискатель). Характеристика кардиальных нарушений у детей с удлиненным интервалом QT. Руководитель проф. А.М. Чердниченко.

5. **Лунегова Е.В.** (аспирант). Функционирующее овальное окно и его роль в возникновении кардиальных расстройств. Руководитель проф. А.М. Чердниченко.

6. **Семишева И.А.** (аспирант). Роль УЗИ-исследований сердца и щитовидной железы в ранней диагностике кардиальных расстройств у детей. Руководитель проф. А.М. Чердниченко.

7. **Трунова Ю.А.** (ассистент, соискатель). Качество жизни детей старшего возраста, оперированных по поводу ВПС. Руководитель проф. С.Ю. Захарова.

8. **Баженова Ю.Л.** (ассистент, соискатель). Кардиальные «маски» у детей с бронхиальной астмой. Руководитель проф. С.Ю. Захарова.

Все научные работы со сроками окончания 2008-2010 гг. Докторская диссертация первой заведующей амбулаторно-консультативным отделением кардиоревматологического центра, а ныне – начальника отдела организации

медицинской помощи матерям и детям министерства здравоохранения Свердловской области кнн С.В. Татаревой «Концепция развития детской кардиоревматологической службы и ее значимость в профилактике прогрессирующей кардиальной патологии» уже должна быть сделана, но изменились жизненные обстоятельства у исполнителя. Надеюсь, что это временные затруднения.

За 10 лет деятельности кардиоревматологического центра написаны и опубликованы в различных изданиях десятки научных статей и сделаны сообщения на республиканских конференциях в Москве, Оренбурге, Томске, Самаре. Издан сборник научных работ, посвященный 10-летию юбилею деятельности центра. Сотрудники центра являются участниками научного исследования в России по изучению возрастных особенностей ЭКГ.

Таким образом, создание детского кардиоревматологического центра в промышленном мегаполисе, каким является г. Екатеринбург, оказалось перспективным. Итоги первых лет работы позволили:

- изучить структуру кардиальной патологии и ревматических заболеваний;
- создать систему взаимодействия медицинских учреждений федерального, областного и городского уровней по вопросам раннего выявления, терапевтического и хирургического лечения, реабилитации больных с сердечно-сосудистой патологией и ревматическими заболеваниями;
- внедрять современные информативные методы диагностики и эффективные способы лечения;
- проводить научные исследования и внедрять их результаты в практику здравоохранения, что является основным условием снижения распространенности сердечно-сосудистой патологии и ревматических болезней.

Дальнейшее развитие детской кардиоревматологической службы должно быть, по нашему мнению, направлено на:

- профилактику кардиальной патологии путем выявления групп риска в дошкольном и школьном возрастах, проведение превентивного ле-

чения больных, имеющих патологические изменения сердечно-сосудистой системы;

- разработку информативных диагностических программ кардиальной патологии начиная с периода новорожденности;
- внедрение научных исследований по перинатальной кардиологии, имеющих целью профилактику кардиальных расстройств у детей старшего возраста;
- внедрение квалифицированной медицинской помощи детям различных возрастных групп на всех этапах деятельности детских лечебно-профилактических учреждений;
- интегрирование диагностических, лечебных и реабилитационных программ с терапевтической кардиологической службой;
- создание единой с Федеральными центрами системы оказания специализированной помощи детям с кардиальной патологией и ревматическими болезнями.

И в заключение:

«Медицина есть энциклопедия жизни. Кто же, как ни врач, видит рождение, жизнь и смерть, здоровье и болезнь, боль, страдания и радости, все величие и всю ничтожность человеческой души и все это – все в новых формах и проявлениях!»

Гиттократ

**БОЛЬШОЕ СПАСИБО МОИМ КОЛЛЕГАМ – ПЕДИАТРАМ,
КОЛЛЕКТИВУ КАФЕДРЫ!
ВСЕМ, КТО ТРУДИТСЯ НА НИВЕ ЛЮДСКОГО ЗДОРОВЬЯ!
ВСЕМ, КТО БЫЛ И ОСТАЕТСЯ ВРАЧЕВАТЕЛЕМ
ЧЕЛОВЕЧЕСКОЙ ДУШИ И ТЕЛА!
ЖЕЛАЮ КРЕПКОГО ЗДОРОВЬЯ И РАДОСТИ
В НАШЕЙ НЕЛЕГКОЙ ПРОФЕССИИ!
БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ!**

ДЕТСКАЯ
КАРДИОРЕВМАТОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА.
ОПЫТ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ПРОБЛЕМЫ И
ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

актовая речь