

## «Должен ли педиатр сидеть у постели больного ребенка дома?»



**Таточенко Владимир Кириллович** — доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Минздрава России, заслуженный деятель науки Российской Федерации.

Автор более 300 научных трудов, в том числе 35 монографий, 10 руководств, пособий и учебников. Под его руководством защищены 16 докторских и 72 кандидатские диссертации.

Почетный член Союза педиатров России, эксперт Всемирной организации здравоохранения.

### “Should the children’s doctor sit at an ill child’s bedside?”

An interview with Professor Vladimir Kirillovich Tatochenko, Dr. Med. Sci., Chief Research Associate at the National Medical Research Centre for Children’s Health of the Ministry of Health of the Russian Federation, an Honoured Scientist of the Russian Federation.

Vladimir Kirillovich told us what vaccines should be included in the National Calendar of Prophylactic Immunization in Russia; when an individual vaccination schedule of a child is justified; why not all patients have ARVI-associated pneumonia and why some children have it quite often; about diagnostic and therapeutic faults in the management of patients with community-acquired pneumonia; about challenges with antibiotic resistance. Professor Tatochenko discussed the paths of further development and introduction of social paediatrics into medical practice, and gave some advice on the development and organisation of telemedicine for patients in highly specialised medical institutions.

— **Глубокоуважаемый Владимир Кириллович, кто повлиял на Ваше решение стать педиатром? И кто из учителей оставил наиболее глубокий след в Вашей жизни?**

— Моя мать была педиатром, и медицинские темы у нас обсуждались ежедневно, на меня смотрели тисненные золотом корешки довоенной медицинской энциклопедии, в эвакуации

в Омске я жил вместе с преподавателями 2-го Московского государственного медицинского института имени Н.И. Пирогова в учебном анатомическом комплексе, где на стенах висели портреты великих анатомов мира, слышал разговоры сотрудников на медицинские темы, поэтому поступление в этот вуз было вполне естественным.

Из педагогов на меня произвел впечатление профессор С.Я. Капланский — биохимик, лекции которого возмещали до известной степени ущерб, нанесенный кафедре биологии в 1948 г. сессией ВАСХНИЛ. Интерес к патологической анатомии привила мне К.А. Горнак, пригласившая меня помогать ей на вскрытиях, когда я учился на 4–6-м курсах. Педиатрию интересно преподавали

профессор П.А. Пономарёва, ассистент М.И. Саврик, но основные клинические знания я получил в субординатуре в группе, которую вела весь год профессор Н.И. Нисевич.

В ординатуре моим учителем стал профессор И.В. Цимблер, чьи идеи в области первичного туберкулеза я в кандидатской диссертации развил, а кое-какие оспорил, вызвав его одобрение, а не укор. Это был важный моральный урок, я его помнил всю жизнь. И.В. Цимблер не принимал псевдонаучные концепции (учение И.П. Павлова в применении к практическим аспектам клиники, подсадки по Филатову, вздорные учения Бошьяна и Лепешинской) и непроверенные методы лечения (повсеместное увлечение витаминами, acupuncture и т. д.). Будучи высокообразованным врачом, он поощрял чтение мировой литературы, с интересом знакомился с тем новым, что выискивали его сотрудники. Будучи учеником и другом Г.Н. Сперанского, И.В. Цимблер в течение ряда лет приглашал его проводить обходы в клинике, и они стали отличной школой для всех нас.

*«... Многие современные педиатры все больше полагаются на анализы и инструментальные исследования в ущерб клиническим наблюдениям за симптомами и течением болезни»*

— **Современный врач-педиатр и врач-педиатр XX века: насколько велика разница? Врач у постели больного ребенка дома — этот образ уже в прошлом?**

— Современный врач-педиатр отличается от педиатра XX века тем, что в условиях накопления множества новых знаний по диагностике и лечению, профилактике и реабилитации он должен быть более образованным. Он может не знать деталей лечения многих болезней, которыми занимаются узкие специалисты, но должен уметь заподозрить у ребенка отклонения в развитии, признаки начинающейся болезни и направить его к соответствующему специалисту. Но мои наблюдения показывают,

что многие современные педиатры все больше полагаются на анализы и инструментальные исследования в ущерб клиническим наблюдениям за симптомами и течением болезни.

*«Система помощи на дому изжита во всем мире как неэффективная, лишаящая больного всех преимуществ современной диагностики»*

Должен ли педиатр сидеть у постели больного ребенка дома? Да, если он живет в отдаленном районе, если больной — нетранспортабельный инвалид. Но посещать на дому пациента в условиях города, где до поликлиники всего 2–3 квартала — ненужная трата времени педиатра на оказание не самой эффективной во многих случаях помощи.

Система помощи на дому изжита во всем мире как неэффективная, лишаящая больного всех преимуществ современной диагностики. Ведь даже анализы мочи и крови *cito* на дому невыполнимы! Остро заболевшие дети должны обследоваться в условиях, позволяющих сделать подобные анализы и ряд других (на С-реактивный белок, прокальцитонин), рентгенографию, быстро показать данные коллегам-специалистам, например в поликлинике или неотложном отделении больницы. В зависимости от результатов осмотра больного госпитализируют или отправляют лечиться дома. Такая схема освободит педиатра от хождений по лестницам, даст ему время для самообразования и предотвратит выгорание.

— **Ваши заслугами являются совершенствование и расширение национального календаря профилактических прививок в России. По Вашему мнению, какие прививки необходимо туда включить?**

— Вряд ли это только моя заслуга, здесь работали многие специалисты, побуждая законодателей ввести в календарь ту или иную прививку. Не менее важной и сложной задачей было убедить Минздрав в необходимости сокращения числа противопоказаний к прививкам. Теперь большинство болезней, которые

в XX веке считались противопоказаниями к прививкам, стали приоритетными показаниями. Даже самые решительные противники прививок для своего контингента — ревматологи — сейчас разрешают прививать своих больных.

В нашем календаре пока не хватает достаточно хорошо апробированных в мире прививок против таких болезней, как ротавирусная и папилломавирусная инфекции, ветряная оспа, менингиты.

— **В каких случаях оправдана вакцинация ребенка по индивидуальному графику?**

— Ни в каких, разве что для лиц, не полностью или невакцинированных, — с тем, чтобы все необходимые прививки сделать как можно быстрее. Существуют противопоказания для отдельных групп больных, касающиеся живых вакцин, но это не индивидуальный график.

— **Пневмония на фоне острой респираторной вирусной инфекции возникает не у всех, но у некоторых детей — достаточно часто. Почему так происходит? И какова тактика ведения подобных больных?**

— Внебольничную пневмонию у детей вызывают всего полдюжины микробов, чаще всего пневмококки и микоплазмы. У пневмококков очень много серотипов, они живут в носоглотке, и постепенно ребенок вырабатывает иммунитет, но при заражении пневмококком другого серотипа повышается риск развития болезни, в т. ч. пневмонии.

Носительство микоплазм повсеместно, его частота повышается каждые 3–5 лет, тогда учащаются и пневмонии. Очевидно, что повторная пневмония у ребенка может быть вызвана разными возбудителями, однако это встречается нечасто. Повторные пневмонии (доказанные рентгенологически, а не бронхиты) — относительная редкость, заставляющая врача исключить ряд редких хронических болезней, predisposing к развитию пневмонии (иммунодефициты, муковисцидоз, пороки развития бронхов и легких).

— **В клинической практике неизбежны диагностические и терапевтические ошибки ведения больных с внебольничной пневмонией. Какие из них наиболее частые?**

— Чаще всего пневмонию диагностируют у детей с бронхитом, особенно обструктивным (услышав хрипы), напрасно назначая антибиотики. Хуже,

если врач не слышит хрипы (случаев таких пневмоний — 30–40%), сбивает температуру, не обращая внимания на признаки тяжести болезни.

*«Я могу посоветовать педиатрам обращать больше внимания на течение пневмоний разной этиологии, динамику температуры и уровней маркеров воспаления»*

Подобные ошибки связаны с тем, что пневмококки чувствительны к β-лактамам и резистентны к макролидам, а микоплазмы, наоборот, резистентны к β-лактамам. Педиатры часто не различают эти два вида пневмоний (хотя их симптоматика различна), назначают не те препараты и, главное, долго не исправляют свою ошибку, продолжая неэффективное лечение. При осложненных формах (в основном пневмококковых), не получив быстрого эффекта (в течение 48 часов), меняют препараты первого ряда на резервные, не учитывая, что эффект обычно наступает после опорожнения гнойных полостей в легком.

Кстати, после пандемии COVID-19 резко возросла частота необоснованного использования компьютерной томографии, в т. ч. при пневмонии, хотя рентгенографии достаточно для диагноза и наблюдения за процессом в легких. Помимо 100-кратной лучевой нагрузки при компьютерной томографии, яркое изображение инфильтрата с множественными воздушными полостями побуждает к продолжению терапии, хотя она уже не может оказать влияния на дальнейшую динамику процесса в легком (кстати, вполне благоприятную у большинства больных). Я могу посоветовать педиатрам обращать больше внимания на течение пневмоний разной этиологии, динамику температуры и уровней маркеров воспаления.

**— Как бороться с резистентностью к антибиотикам? Как остановить «гонку вооружений» бактерий?**

— Прежде всего необходимо соблюдать правила применения антибиотиков — не назначать их при вирусных инфекциях, не использовать резерв-

ные препараты вместо средств первого выбора (многие убеждены, что чем новее и чем «резервнее» препарат, тем он сильнее). Не следует затягивать курс лечения антибиотиком, избежать этого помогает анализ маркеров воспаления.

Многие педиатры мало знакомы со сведениями о возбудителях, их резистентности и спектрах действия антибиотиков. Думаю, указанные вопросы должны занять ведущее место в обучении и экзаменационных билетах в системе повышения квалификации педиатров всех уровней.

*«Работая последние 40 лет с остро заболевшими пациентами, я убедился, что следствиями помощи на дому являются поздняя диагностика и несвоевременное лечение детей с тяжелой инфекцией и ее следствиями, необоснованное применение антибиотиков и массы других лекарств...»*

**— Владимир Кириллович, какие Вы рассматриваете пути дальнейшего развития и внедрения принципов социальной педиатрии в медицинскую практику?**

— Я уверен, что наша система социальной педиатрии — учет в детской поликлинике всех детей, наблюдение за их развитием, профилактика, стимулирующие мероприятия, лечение нетяжелых болезней — вполне адекватна. Однако помощь на дому остро заболевшим детям полностью себя исчерпала. Работая последние 40 лет с остро заболевшими пациентами, я убедился, что следствиями помощи на дому являются поздняя диагностика и несвоевременное лечение детей с тяжелой инфекцией и ее следствиями, необоснованное применение антибиотиков и массы других лекарств у детей, которым достаточно промыть нос физраствором и дать теплое питье с вареньем или медом.

**— В Национальном медицинском исследовательском центре здоровья детей проводится телемедицинское консультирование пациентов. Чего удалось достичь и что в планах на будущее? Какие Вы бы сделали прогнозы по развитию телемедицины в России?**

— В современном здравоохранении многие решения принимаются без консультации с клиницистами, в результате чего «продукт» не дотягивает до необходимого качества. В схеме телеконсультации пропущены важные аспекты, прежде всего живое общение (через Интернет, конечно) с врачами, что не позволяет оперативно уточнить важные вопросы. Форма предоставления выписки во многом затрудняет рекомендации, которые должен дать консультант, иногда в течение нескольких часов. Эти недостатки устранимы, но конечно, только при желании руководства программой.

*«Загружать свой мозг работой — лучший способ тренировки, причем в отличие от физической тренировки перегрузки здесь не бывает»*

**— В чем Ваш секрет творческого, профессионального долголетия? Как гореть долго, не сгорая?**

— Не могу дать совет представителям любой профессии, но для докторов и других творческих работников (врачей я к ним причисляю, безусловно) залогом когнитивного долголетия является увлеченность своей профессией, любознательность, в т. ч. за пределами узкой специальности. Я слежу за новостями медицины, благо, сейчас есть все возможности получать информацию. Нас, стариков, чаще всего просят проконсультировать сложных больных, а для этого надо быть на уровне и даже чуть выше. Загружать свой мозг работой — лучший способ тренировки, причем в отличие от физической тренировки перегрузки здесь не бывает. И это, видимо, сказывается на сохранении способности анализировать и принимать взвешенные решения, несмотря на возраст.

Специально для *Доктор.Ру*  
Козьякина А.В.