

© Коллектив авторов, 2013

*И.Е. Колтунов^{1,2}, Д.Ю. Овсянников^{1,2}, Л.Г. Кузьменко², Е.Е. Петрайкина¹,
Л.С. Намазова-Баранова^{3,4}, В.Ф. Учайкин³, Г.А. Самсыгина⁴, С.С. Паунова³,
М.С. Савенкова³, С.Г. Врублевский^{1,3}, Н.В. Бузина¹*

ИСТОРИЯ СТРАНЫ В ИСТОРИИ ОДНОЙ БОЛЬНИЦЫ...

(к 110-летию Морозовской детской городской клинической больницы г. Москвы)

¹Морозовская детская городская клиническая больница Департамента здравоохранения г. Москвы, ²Российский университет дружбы народов, ³Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, ⁴Научный центр здоровья детей РАМН, Москва

Морозовская детская городская клиническая больница (МДГКБ), сменившая на протяжении своего существования несколько названий (Образцовая детская больница с 1934 г., Детская городская клиническая больница № 1 с 1943 по 1993 гг.), москвичами на протяжении всего ее существования всегда называлась «Морозовской». История ее началась 7 марта 1898 г., когда к московскому градоначальнику обратился душеприказчик и сын мануфактур-советника В.А. Морозова, пожелавший пожертвовать из сумм, завещанных его отцом на благотворительность, 400 000 рублей серебром на устройство в Москве новой детской больницы, которая «должна служить удовлетворению нужд бедных жителей г. Москвы, и потому лечение в ней должно быть бесплатным».

К этому времени в Москве было три детских больницы – Софийская – на 100 коек, Св. Владимира, построенная на пожертвования П.Г. фон Дервиза в память о сыне Владимире – на 265 коек, и Св. Ольги – на 40 коек. Они, безусловно, не могли удовлетворить потребности миллионного города с 250-тысячным детским населением, в особенности это касалось маленьких пациентов с наиболее распространенными инфекционными заболеваниями. Поэтому Московской городской думой принимается решение в новой больнице создать не 150 коек, как предполагал В.А. Морозов, а 340 штатных и 80 дополнительных. Больницу было решено разместить в Замоскворечье, в районе Конной площади, утратившей к началу XX века свое значение. Это было тихое, малонаселенное место с сохранившимися на соседних улицах усадьбами с обширными зелеными массивами. В связи с отсутствием полного объема средств для строительства было решено строить больницу поэтапно, по мере поступления новых средств, как из городского бюджета, так и от других жертвователей.

По заданию мецената будущий заведующий хирургической службой больницы молодой хирург Т.П. Краснобаев объехал 30 лучших клиник Италии, Швейцарии, Германии, Австрии и Франции, оценивая, что из увиденного может пригодиться при строительст-

ве детской больницы в Москве. Он объяснил благотворителю, как построить больницу «не хуже, чем в Европе». Главным принципом строительства инфекционных стационаров в то время было их разделение на множество разных корпусов – из-за отсутствия центральной вентиляции изоляция больных была единственным способом предотвращения эпидемий. Мнение Т.П. Краснобаева было взято за основу при создании проекта, было решено строить больницу по так называемому павильонному типу, предусматривающему размещение детей с одной нозологической формой в отдельном корпусе.

Другой, после лечения детских инфекций, насущной необходимостью на рубеже XIX–XX вв. была потребность в оказании детям амбулаторной помощи. В связи с этим в первую очередь было осуществлено строительство административного корпуса с амбулаторией и трех инфекционных корпусов. 28 апреля 1902 г. в амбулатории был начат прием больных детей, а 19 января 1903 г. были открыты три первых инфекционных корпуса на 100 коек для больных скарлатиной, дифтерией и для «сомнительных» (в современной терминологии – пациентов с подозрением на инфекционное заболевание). Прием пациентов первоначально вели три врача (инфекционист, хирург и педиатр).

В последующем были построены еще три корпуса: один – для хирургических и терапевтических больных и два – для инфекционных. К 1906 г. были построены жилой корпус для персонала, часовня, секционный зал, кухня, котельная, хозяйственные постройки. Одновременно на территории больницы создавался парк, и весь комплекс уже тогда представлял собой медицинский городок. В 1906 г. было закончено строительство корпусов для острозаразных больных без уточнения профиля, для коревых и для терапевтических больных. 8 июля 1914 г. было открыто отделение для детей первого года жизни, построенное на средства купца А.А. Корзинкина. Возглавил работу этого отделения Н.И. Ланговой, изучивший опыт работы аналогичных отделений в Германии. До этого больные дети пер-



Прошлое и настоящее больницы.

вого года жизни госпитализировались в общие отделения. Рациональная организация работы, сестринский уход и грудное молоко позволили снизить в этом отделении летальность с 70 до 40%. Морозовская детская больница в Москве была в то время лучшей детской больницей Европы. По свидетельству Т.П. Краснобаева, «она не знала себе равных ни у нас, ни на Западе». За прошедшие 110 лет Морозовская больница превратилась в одно из крупнейших детских лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) Москвы. На территории больницы было построено 37 больничных корпусов и построек.

С самого начала работы отличительной чертой сотрудников больницы был творческий подход к решению насущных проблем педиатрии. Руководители отделений – крупные клиницисты Б.А. Эгиз, В.А. Колли, Т.П. Краснобаев вели не только лечебную работу, но и занимались научной деятельностью. Ими были написаны работы по актуальным проблемам педиатрии. Научной обоснованностью, высоким теоретическим уровнем работы больница в значительной степени была обязана своему патологоанатомическому отделению. Первым прозектором больницы был А.И. Абрикосов, которого в 1911 г. сменил М.А. Скворцов – будущий доктор медицинских наук, профессор, действительный член АМН СССР. С 1911 по 1946 гг. он работал прозектором Морозовской больницы, создал уникальный патологоанатомический музей, насчитывающий более 1500 макро- и 15 000 микропрепаратов.

Во время Первой мировой войны второй этаж хирургического корпуса и половина первого работали как военный госпиталь. В годы Гражданской войны, вследствие уменьшения детского населения Москвы и тяжелых экономических условий, количество коек уменьшилось, но начиная с 1922 г., постепенно разворачивались ранее закрытые отделения, число больничных коек увеличилось. В 1932 г. на третьем этаже хирургического корпуса было развернуто первое в Москве отделение для детей с заболеваниями уха, горла и носа на 31 койку.

С 1920 г. больница приобретает новый статус – клинической – и становится базой медицинского факультета 2-го Московского государственного университета (2-го МГУ) – преемника медицинского факультета Московских высших женских курсов.

В больнице стала располагаться кафедра детских болезней, возглавляемая известным педиатром, крупным ученым, проф. А.А. Киселем. В 1930 г. 2-й МГУ был преобразован в три самостоятельных института. Медицинский факультет 2-го МГУ становится 2-м Московским медицинским институтом (в настоящее время РНИМУ им. Н.И. Пирогова), в котором в том же году был организован первый в мире педиатрический факультет. С этого момента Морозовская больница становится кузницей кадров не только для подготовки студентов специальности «лечебное дело», но и основной базой для студентов-педиатров. Организация педиатрического факультета потребовала создания специализированных педиатрических клиник, которые возглавили выдающиеся педиатры того времени – профессора С.И. Федьинский, А.А. Колтыпин и Д.Д. Лебедев.

В 1930 г. Исполком Моссовета внес решение о строительстве в больнице трех боксированных корпусов со 150 боксами, и в 1933 г. начало свою работу первое в СССР отделение из 26 мельцеровских боксов. В 1935 г. вступил в строй двухэтажный корпус на 60 полубоксов, в 1936 г. второй – с 62 полубоксами. В 1934 г. было создано первое в стране детское ревматологическое отделение, научным руководителем которого был проф. А.А. Кисель. Пионерские исследования ревматизма у детей нашли отражение в четырех сборниках работ сотрудников больницы, обобщивших накопленный опыт борьбы с этим заболеванием.

22 июня 1941 г. мирная жизнь страны была прервана начавшейся войной. Многие члены коллектива больницы ушли в армию. Начались бомбежки Москвы. В ночь на 23 июля 1941 г., при первом воздушном налете на Москву, на территорию больницы были сброшены около 200 фугасных и зажигательных бомб. В больнице в это время мирно спали 540 детей. Всех детей и 60 матерей перевели в укрытия. У стен одного из отделений был сброшен фугасный снаряд большого калибра. Персонал во время налета тушил бомбы и выносил детей из убежищ загоревшихся отделений. На защиту больницы вышел весь персонал, ему на помощь пришли жители соседних домов и работники соседних учреждений. И хотя на территории больницы были большие разрушения, никто из детей и персонала не пострадал. При последующих налетах больница еще 6 раз получала повреждения, но продолжала работать. Полуподвалы

под отделениями были приспособлены под убежища. Налеты и бомбежки продолжались до середины лета 1942 г. Детские хирургические отделения в тот период стали самым настоящим военным госпиталем. В 1945 г. 560 сотрудников больницы были награждены медалью «За доблестный труд в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.».

В послевоенные годы в больнице активно продолжалась работа по лечению детей с различными инфекционными заболеваниями. В 1946 г. в больнице впервые в Советском Союзе было проведено успешное лечение туберкулезного менингита стрептомицином, после чего здесь в 1948 г. было открыто первое в СССР отделение для больных туберкулезным менингитом, просуществовавшее до 1961 г. В 1950-е годы во время подъема заболеваемости полиомиелитом на базе неврологического отделения организовался республиканский центр для больных с бульбарной формой полиомиелита. В эти годы сотрудниками больницы издается ряд монографий, посвященных актуальным детским инфекциям.

Начиная с 50–60-х гг. XX века во всем мире заболеваемость детскими инфекционными болезнями резко снизилась, встала задача создания специализированной медицинской помощи детям. В этом большую роль сыграла Морозовская больница. Построенная первоначально как инфекционная, МДГКБ превращается в многопрофильную. История больницы отражает этапы развития отечественной педиатрии. В 1953 г. в больнице было организовано офтальмологическое отделение, в 1963 г. открыто онкологическое, в 1964 г. – эндокринологическое, в 1965 г. – гематологическое отделения, в 1967 г. – отделение для новорожденных детей с поражением нервной системы, трансформировавшееся в 2012 г. в отделение неонатологии, неврологии и микрохирургии глаза для детей грудного возраста, в 2013 г. начало свою работу отделение реанимации новорожденных и недоношенных детей.

Во всех отделениях больницы до настоящего времени в тесном сотрудничестве с научными и научно-педагогическими коллективами 13 кафедр медицинских ВУЗов (РНИМУ им. Н.И. Пирогова, РУДН, РМАПО) продолжается активная научно-исследовательская работа. Если попытаться одним словом охарактеризовать спектр проблем педиатрии, которые были разрешены в стенах МДГКБ, начало разработке которых было положено в стенах МДГКБ, то наиболее подходящим будет слово «впервые». Морозовская больница стала колыбелью целого ряда школ и направлений отечественной педиатрии под руководством ее корифеев: педиатрической патологической анатомии (проф. Т.Е. Ивановская), инфекционных болезней (акад. АМН СССР Н.И. Нисевич), онкологии (член-корр. АМН СССР Л.А. Дурнов), онкогематологии (член-корр. АМН СССР Н.С. Кисляк), эндокринологии (проф. М.М. Бубнова, проф. М.И. Мартынова), неврологии (акад. АМН СССР Л.О. Бадалян), кардиологии (проф. Н.А. Белоконов), пульмонологии (проф. Н.А. Тюрин). В настоящее время МДГКБ остается не только одним из самых крупных многопрофильных

детских клинических ЛПУ, но и является крупным педиатрическим научным центром. МДГКБ активно сотрудничает с НЦЗД РАМН, Московским НИИ педиатрии и детской хирургии, Научным центром сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева, эндокринологическим научным центром РАМН, Первым МГМУ им. И.М. Сеченова и другими федеральными и городскими учреждениями здравоохранения.

Сегодня Морозовская больница – это стационар на 1044 койки, состоящий из 28 клинических и 10 вспомогательных отделений и служб, а также консультативно-диагностического центра (КДЦ) для амбулаторных пациентов. Ежегодно в стационаре получают медицинскую помощь до 40 тыс пациентов. Ряд подразделений обеспечивает высококвалифицированную помощь не только детей города Москвы, но и других регионов России. Это нейроонкология и онкогематология (единственные в системе детских городских ЛПУ), неотложная эндокринология (постоянно работает не имеющая аналогов в системе городских ЛПУ «горячая линия» по детской эндокринологии для пациентов, их родителей и врачей), офтальмология–микрохирургия глаза (единственный круглосуточный глазной детский травмопункт в Москве). В МДГКБ оказывается высокотехнологичная медицинская помощь по профилю нейрохирургия, онкология, травматология и гематология.

Ориентация на амбулаторную помощь и сокращение сроков стационарного лечения стало основным трендом современного здравоохранения в последние годы. Морозовская больница выстраивает свою работу в соответствии с этими приоритетами. Внедрение эндоскопической хирургии позволило в 10 раз увеличить количество оперативных вмешательств. В настоящее время в МДГКБ выполняется порядка 200 вмешательств в неделю. Экономия ресурсов осуществляется за счет внедрения малоинвазивных хирургических методик. Применение малоинвазивных технологий позволило снизить число осложнений, сократился период послеоперационной реабилитации, благодаря чему пациент быстрее выписывается из больницы.

Морозовская больница – один из основных скоропомощных стационаров города. Ежедневно в больницу обращается в среднем 200 детей, из них примерно 130–140 пациентов госпитализируются. По экстренным показаниям ежегодно госпитализируются до 73,5% пациентов, из которых по наряду «скорой медицинской помощи» – 48,5%. Ежегодно медицинская помощь оказывается десяткам тысяч пациентов, которые обращаются в приемный покой, но в дальнейшем не госпитализируются и проходят лечение в КДЦ. Возрастание количества случаев законченной госпитализации с организацией долечивания пациентов в условиях модернизированного КДЦ с расширенными диагностическими и лечебными возможностями и в дневных стационарах МДГКБ позволило не только сократить необходимые средние сроки пребывания в стационаре до 7,2–7,4 койко-дня, но и уменьшить необходимость повторных госпитализаций с 25,7 до 15,3% среди пациентов стацио-

нара. Это демонстрирует эффективность стационар-сберегающих технологий при неуклонном повышении количества пролеченных в стационаре больных. В МДГКБ внедряются стандарты медицинской помощи по всем профилям коечного фонда больницы.

Оптимизация работы МДГКБ осуществляется под руководством Департамента здравоохранения и правительства Москвы и общественным контролем Попечительского Совета. Цель этого – создание в больнице современного клинического центра, качества оказания помощи и условия в котором должны соответствовать общепринятым мировым стандартам. В 2012 г. в рамках Программы модернизации здравоохранения г. Москвы поставлены и работают комплексы цифрового рентгеновского оборудования на 2 и 3 рабочих места с С-образной дугой, биохимические и гематологические анализаторы, аппарат магнитно-резонансной томографии на 1,5 Тесла и 64-срезовый компьютерный томограф.

Согласно программе модернизации столичного здравоохранения, к 2015 г. на месте двух старых инфекционных корпусов должно быть построено новое здание площадью около 63 тыс м² на 500 коек. Это сопоставимо с теми площадями, которые занимает больница сегодня. Впервые маршрутизация пациентов будет осуществляться не в павильонной системе кор-

пусов, построенных ранее, без переходов, а в новом семиэтажном здании по принципу «конвейера» без выхода на улицу. Строительство на территории МДГКБ нового корпуса позволит создать совершенно новое медицинское учреждение, в котором будут соблюдаться все современные требования, предъявляемые к пребыванию детей в медицинских учреждениях, в т.ч. совместного пребывания матери с ребенком, а также требования к площадям медицинского назначения. Планируемый койко-день при этом технологически должен составить 4–5 суток.

Перспективы развития МДГКБ видятся в дальнейшем развитии трехуровневой медицинской помощи детям с сочетанной патологией и «трудным диагнозом» с технологическим улучшением качества оказания неотложной медицинской помощи; в создании дополнительных возможностей обучения, профессионального и научного роста, повышения квалификации сотрудников, в развитии сотрудничества с ведущими российскими и международными клиниками; разработке и оптимизации стандартов оказания медицинской помощи с целью повышения качества ее оказания; в развитии возможностей для реабилитации пациентов, полноценная помощь которым может быть оказана только в условиях многопрофильного детского стационара.

РЕФЕРАТЫ

ВЛИЯНИЕ ПРИРОСТА МАССЫ ТЕЛА И ОКРУЖНОСТИ ГОЛОВЫ В ПЕРИОД НОВОРОЖДЕННОСТИ НА IQ И ПОВЕДЕНИЕ РЕБЕНКА В МЛАДШЕМ ШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ

Целью данного исследования было определение ассоциации между приростом массы тела (МТ) и окружности головы (ОГ) в период новорожденности, показателями IQ и поведением ребенка в младшем школьном возрасте.

Мы использовали данные исследования по продвижению грудного вскармливания, в котором участвовали белорусские дети, рожденные в срок с МТ ≥ 2500 г. Неонатальная прибавка веса (НПВ) и ОГ (НПОГ) определялись как процент прибавки МТ и ОГ к 4-й неделе жизни по сравнению с соответствующими показателями при рождении. IQ и особенности поведения определялись в 6,5 лет с использованием сокращенной шкалы Векслера для определения интеллекта и анкеты сильных сторон и трудностей (Strengths and Difficulties Questionnaire [SDQ]) соответственно, при этом SDQ заполняли родители и учителя. Ассоциация между показателями НПВ и НПОГ и показателями IQ и SDQ исследовались с использованием смешанных моделей с проведением корректировки для исключения возможных искажающих перинатальных и социально-экономических факторов.

Средняя НПВ была 26% (SD 10%) от МТ при рождении. В полностью отрегулированной модели дети с наивысшей НПВ имели показатели IQ на 1,5 пунктов выше (95% доверительный интервал [ДИ] 0,8–2,2) по сравнению с детьми с минимальной НПВ ($n=13\ 840$). Слабая негативная (протективная) ассоциация между НПВ и SDQ по шкале общих трудностей отмечена в анкетах, заполненных учителями ($\beta=0,39$, 95% ДИ 0,71–0,08, $n=12\ 016$), но не в анкетах, заполненных родителями ($\beta=0,12$, 95% ДИ 0,39–0,15, $n=13\ 815$). Схожие ассоциации выявлены между НПВ и IQ и поведением ребенка.

Скорость прибавки МТ и ОГ в первые 4 недели после рождения может влиять на IQ ребенка, но нельзя исключить и обратную причинную связь – функция мозга влияет на скорость роста МТ и ОГ в периоде новорожденности.

Smithers LG, Lynch JW, Yang S, et al. Pediatrics. 2013; 132: 53–60.