

Протокол
совещания Профильной комиссии по специальности «детская кардиология»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
от 16 апреля 2021 года

Председатель:

- главный внештатный детский специалист кардиолог МЗ РФ, научный руководитель НИКИ педиатрии имени академика Ю.Е.Вельтищева РНИМУ им.Н.И.Пирогова, руководитель детского центра нарушений ритма сердца проф. М.А. Школьникова

Секретарь: врач детский кардиолог отделения нарушений сердечного ритма НИКИ педиатрии имени Ю.Е.Вельтищева. Якшина А.Ю.

Присутствовали:

- главные внештатные детские специалисты федеральных округов РФ:

- Центрального федерального округа (ЦФО) – заведующая детским кардиологическим отделением нарушений сердечного ритма Института педиатрии им. Ю. Е. Вельтищева ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России, к.м.н. В.В. Березницкая;

- Северо-Западного федерального округа (СЗФО) – заведующая научно-исследовательским отделом сердечно-сосудистых заболеваний у детей, кафедры детских болезней ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова» Минздрава России, д.м.н. Е.С. Васичкина;

- Приволжского федерального округа (ПФО)– заведующая кафедрой госпитальной педиатрии ФГБУ высшего образования "Казанский государственный медицинский университет" Минздрава России, д.м.н. Д.И. Садыкова;

- Южного федерального округа (ЮФО) – первый заместитель главного врача ГБУЗ «Детская краевая клиническая больница» Минздрава Краснодарского края, врач-детский кардиолог кардиохирургического отделения №1 ГБУЗ «Научно-исследовательский институт-Краевая клиническая больница №1 им. С.В. Очаповского - Н.В. Сидорова;

- Северо - Кавказского федерального округа (СКФО) – заведующая кардиоревматологическим отделением ГБУ Республики Дагестан «Детская республиканская клиническая больница имени М.Н. Кураева», к.м.н. Ш.М. Магомедова

- Уральского федерального округа (УФО) – врач детский кардиолог педиатрического стационара ГБУ «Курганская областная детская клиническая больница имени Красного Креста» Т.А. Коркина;

- Сибирского федерального округа (СФО)– старший научный сотрудник отделения детской кардиологии ФГБНУ "Научно- исследовательский институт кардиологии», к. м. н. О.Ю. Джаффарова;

- Дальневосточного федерального округа (ДФО) – врач детский кардиолог ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Минздрава России, город Хабаровск - Е.Н. Щепилова;

- главные внештатные детские специалисты из 43 регионов;

- ведущие эксперты и специалисты, представители профессиональных медицинских обществ и ассоциаций по детской кардиологии и смежным специальностям: хирурги, неонатологи, ревматологи, педиатры (52 чел.).

Из 137 членов ПК присутствовало 95 человек (69%).

Повестка профильной комиссии:

1. Анализ заболеваемости и смертности детского населения от сердечно-сосудистых заболеваний за период 1999-2019 гг. (проф. Школьников М.А.)
2. Актуализации Порядка оказания медицинской помощи по профилю «детская кардиология». Подготовка российских методических рекомендаций по ранней постнатальной диагностике критических ВПС (проф. Ковалёв И.А.)
3. Мониторинг эффективности ведения детей с легочной артериальной гипертензией в целях контроля качества и оптимизации медикаментозного лечения (к.м.н. Миклашевич И.М.)
4. Алгоритм биоинформатического анализа генетических данных пациентов и с редкими наследственными заболеваниями сердца и членов их семей (заведующая молекулярной и биохимической лабораторией Института педиатрии им. Ю.Е. Вельтищева ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России. Щербакова Н.В.)
5. Реализация образовательного проекта липидологии при поддержке Ассоциации детских кардиологов России (проф. Садыкова Д.И.)
6. Анализ организации оказания специализированной медицинской помощи детям с сердечно-сосудистыми заболеваниями в Сибирском Федеральном Округе (кандидат мед. наук О.Ю. Джаффарова) и Дальневосточном Федеральном Округе (Е. Н. Щепилова).
7. Подготовка к XII Всероссийскому Семинару памяти Н.А. Белоконов 17-18 сентября 2021 г. в Улан-Удэ, Республика Бурятия.
8. О лекарственных препаратах, назначаемых «офф-лейбл» в детской кардиологии.

Список сокращений:

- ПК- профильная комиссия
- ССЗ –сердечно-сосудистые заболевания
- БСК – болезни системы кровообращения
- ВАСК – врождённые аномалии системы кровообращения
- СКК – стандартизованный коэффициент смертности

1. Анализ заболеваемости и смертности детского населения за период 1999-2019гг. (проф. Школьников М.А.).

Региональные различия в детской смертности от ССЗ: наиболее высокий СКК отмечен в Республике Алтай, Карачаево – Черкесской республике, Республике Тыва, Калининградской области, что соответствует более низкой заболеваемости ССЗ в этих территориях. В территориях же с низким СКК: Архангельская область, Республика Карелия регистрируется наиболее высокая в РФ заболеваемость ССЗ. В Еврейской автономной области при высокой первичной заболеваемости ССЗ отмечаются средние показатели СКК. Основные тенденции показателей смертности от ССЗ в детском возрасте: 1) смертность от ССЗ у детей высока на первом году жизни и определяется в основном смертностью от ВАСК; 2) начиная с возрастной группы 5-9 лет, смертность от БСК становится определяющей в общей структуре детской смертности от ССЗ; 3) у 15-19 летних смертность от БСК в 3 раза выше, чем у детей 10-14 лет; 4) в более старших возрастных группах смертность от БСК растет по экспоненте; 5) значение суммарной смертности от всех ССЗ (БСК+ВАСК) с возрастом у детей повышается; 6) в подростковом возрасте смертность от ССЗ (БСК+ВАСК) опережает смертность от других заболеваний; 7) смертность от всех естественных причин в детском возрасте в России снижается с середины 90-х годов, но смертность от ССЗ начинает снижаться с 2002-2003 гг, преимущественно за счет смертности от врожденных аномалий системы кровообращения; 8) в России имеют место

региональные различия в смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в детском возрасте; 9) в структуре детской смертности за 25 лет возросло значение сердечно-сосудистых заболеваний. Приведен анализ динамики стандартизованного коэффициента смертности (СКС) от болезней системы кровообращения (БСК) в период с 1991 по 2019гг (на 100 000 чел).

Рис. 1.



Представлена статистика динамики (Рис. 1) числа зарегистрированных больных с сердечно-сосудистой патологией (БСК и ВАСК) в возрасте 0-14 лет и 15-17 лет за 1991г и 2019гг (в расчете на 100 000 детского населения соответствующих возрастов). После роста показателя, отражающего улучшение выявляемости заболеваний сердечно-сосудистой системы в детском возрасте, с 2010 года отмечается стагнация показателя, что позволяет думать о «насыщении» и отражает относительно адекватное современным методам и стандартам диагностики выявление этих заболеваний. Дальнейший рост ожидается с широким внедрением методов визуализации МРТ и ЭХО КГ экспертного уровня.

Основные положения:

- 1) детское население в РФ составляет 20%, самая высокая доля детского населения в СКФО;
- 2) смертность от сердечно-сосудистых заболеваний продолжает снижаться;
- 3) более 50% территорий РФ за 2 года улучшили свои показатели – снижение смертности от ССЗ;
- 4) обеспеченность специалистами в среднем по РФ составляет 66%, самая низкая – в СКФО и ДФО; в СЗО – 99%;
- 5) охват профилактическими медицинскими осмотрами детей первого года жизни в 2019 году увеличился и составил 91,4% против 86,4% в 2017г;
- 6) пренатальная диагностика ВПС – залог своевременной диагностики критических ВПС и инструмент дальнейшего снижения смертности детей с ССЗ;
- 7) коечный фонд достаточен и не требует увеличения;
- 8) трансплантация сердца у детей остается важной нерешенной проблемой.

Таким образом, подводя итоги, Школьникова М.А. сделала заключение, что сердечно-сосудистое здоровье, унаследованное из детства – решающее условие здоровья взрослых, особенно в трудоспособных возрастах.

В обсуждении доклада приняли участие 10 членов ПК. Основные положения поддержаны единогласно всеми присутствующими членами ПК.

2. Актуализации Порядка оказания медицинской помощи по профилю «детская кардиология». Подготовка российских методических рекомендаций по ранней постнатальной диагностике критических ВПС. (профессор Ковалёв И.А.)

Оказание медицинской помощи по профилю «детская кардиология» осуществляется в соответствии с Федеральным законом об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации (№323-ФЗ), в частности согласно статье 81. «Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» и статье 84. «Оплата медицинских услуг» и в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 25 октября 2012 г. № 440н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "детская кардиология" Зарегистрировано в Минюсте РФ 4 декабря 2012 г. Настоящий Порядок устанавливает правила оказания медицинской помощи детям по профилю "детская кардиология" медицинскими организациями независимо от их организационно-правовой формы. Докладчиком перечислена структура Порядка: Общие положения, правила организации деятельности кабинета врача-детского кардиолога (приложение 1), рекомендуемые штатные нормативы кабинета врача-детского кардиолога (приложение 2), стандарт оснащения кабинета врача-детского кардиолога (приложение 3), правила организации деятельности детского кардиологического отделения (приложение 4), рекомендуемые штатные нормативы детского кардиологического отделения (приложение 5), стандарт оснащения детского кардиологического отделения (за исключением палаты (блока) реанимации и интенсивной терапии), стандарт оснащения палаты (блока) реанимации и интенсивной терапии детского кардиологического отделения(приложение 6).

Рабочая группа под руководством главного специалиста Минздрава предлагает внести изменения в «Порядок оказания медицинской помощи по профилю «детская кардиология»:

- 1) Приложение 1, п 5. Правила организации деятельности кабинета врача-детского кардиолога. Предлагается заменить «проведение профилактических осмотров детей на обслуживаемой территории» на «реализацию и контроль эффективности медицинской реабилитации детей при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы, в том числе, при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации ребёнка-инвалида».
- 2) Приложение 1, п 6. Правила организации деятельности кабинета врача-детского кардиолога. Предлагается заменить на следующую формулировку: «Кабинете рекомендуется предусматривать: помещение для приема детей; помещение для выполнения кардиологических диагностических исследований, входящих в функции Кабинета* (*при отсутствии кабинета функциональной диагностики в структуре лечебного учреждения).
- 3) Приложение 3, п 15. Стандарт оснащения кабинета врача-детского кардиолога. Предлагаемая редакция «Тонометр для измерения артериального давления с набором манжет для детей разного возраста» вместо «Тонометр для измерения артериального давления с манжетой для детей до года».
- 4) Приложение 4, п 6. Правила организации деятельности детского кардиологического отделения. Предлагается изменить формулировку «в структуре Отделения рекомендуется предусматривать: процедурную, кабинет ультразвуковых исследований, кабинеты функциональной диагностики (не менее 3)» на «в структуре отделения рекомендуется предусматривать: процедурную, кабинет ультразвуковых исследований, кабинет функциональной диагностики». Данная редакция предусматривается для детских

кардиологических отделений, созданных в качестве структурных подразделений республиканских, краевых, областных и городских больниц на территории с населением свыше 500000 чел. Палату (блок) реанимации и интенсивной терапии предусмотреть для детских кардиологических отделений в случае отсутствия отделения анестезиологии и реанимации в структуре лечебного учреждения.

5) Приложение 4, п 6. Правила организации деятельности детского кардиологического отделения предлагается изменить порядок в отношении дневного стационара: дневной стационар, включающий помещение для приема детей, палаты для размещения детей, помещение для медицинских работников, санитарную комнату, туалет для медицинских работников, туалет для детей и их родителей, комнату для отдыха родителей (при наличии дневного стационара в структуре лечебного учреждения).

6) Приложение 5, п 4 (графа – количество штатных единиц). Рекомендуемые штатные нормативы детского кардиологического отделения изменить современную редакцию – 3 на 30 коек (врач функциональной диагностики) на 2 на 30 коек, удалить позицию социального работника, как не востребовавшую, воспитатель 0,5 ставки на 30 коек предложить как необходимую по требованию.

7) Приложение 6, п 3, 4, 20, 32. Стандарт оснащения детского кардиологического отделения (за исключением палаты (блока) реанимации и интенсивной терапии). Предложено удалить следующие позиции: «3. Кроватка с подогревом или матрасик для обогрева», «4. Противопролежневый матрасик», «20. Аппарат искусственной вентиляции легких», «32. Перфузор».

8) Приложение 6, п 5 (графа-количество штук). Предложено изменить количество пеленальных столов с 1 на 5 коек на количество, соответствующее по количеству палат для детей до года.

9) Приложение 6, п 10 (графа-количество штук). Уменьшить количество каталок для перевозки больных с 2 до 1.

10) Приложение 6, п 15 (графа-количество штук). (монитор с определением температуры тела, частоты дыхания, пульсоксиметрией, электрокардиографией, неинвазивным измерением артериального давления) изменить с «по требованию» до 1.

11) Приложение 6, п 16 (графа-количество штук), уменьшить количество стационарных электрокардиографов с 3 до 1.

12) Приложение 6, п 17 (графа-количество штук). Уменьшить количество стационарных аппаратов для ультразвуковых исследований с набором датчиков с 2 до 1

13) Приложение 6, п 19 (графа-наименование оборудования (оснащения). Вакуумный электроотсос заменить на медицинский аспиратор.

14) Приложение 6, п 28 (графа-количество штук). Уменьшить количество дефибрилляторов с 2 до 1.

15) Приложение 6, п 30 (графа-наименование оборудования (оснащения). Глюкометр заменить на систему определения ионного и газового состава крови.

16) Приложение 6, п 31 (графа-наименование оборудования (оснащения). Инфузомат-автоматический дозатор лекарственных веществ шприцевой заменить на насос инфузионный (шприцевой и капельный)

17) Приложение 6, п 36 (графа-наименование оборудования (оснащения). Добавить возможность установки кислородного концентратора как альтернативу кислородной подводке в количестве 1 (вместо 1 на 1 койку).

18) Приложение 6, п 44 (графа-количество штук). Штатив медицинский-инфузионная стойка вместо 2 на 1 койку предлагается предоставлять по требованию.

19) Приложение 6, п 5, 6, 14. Стандарт оснащения палаты (блока) реанимации и интенсивной терапии детского кардиологического отделения. Предлагается удалить из перечня необходимого пеленальный стол, прикроватный столик, мобильную реанимационную медицинскую тележку

- 20) Приложение 6, п 2 (графа-наименование оборудования (оснащения). Предложено заменить функциональную кроватку для детей грудного возраста на инкубатор для новорожденных и уменьшить их количество с 2 до 1.
- 21) Приложение 6, п 3 (графа-наименование оборудования (оснащения). Изменить формулировку «кроватка с подогревом или матрасик для обогрева» на «система обогрева пациента» с уменьшением количества с 2 до 1.
- 22) Приложение 6, п 10 (графа-наименование оборудования (оснащения). Предложено заменить дефибриллятор на дефибриллятор с функцией наружной кардиостимуляции.
- 23) Приложение 6, п 11 (графа-наименование оборудования (оснащения). Вакуумный электроотсос заменить на медицинский аспиратор.
- 24) Приложение 6, п 12 (графа-количество штук). Количество аппаратов искусственной вентиляции легких изменить с 1 на 3 койки на 2.
- 25) Приложение 6, п 16 (графа-наименование оборудования (оснащения). Предложено заменить глюкометр на систему определения ионного и газового состава крови и уменьшить их количество с 2 на 1.
- 26) Приложение 6, п 17 (графа-наименование оборудования (оснащения). Предлагается заменить «инфузомат» на «насос инфузионный (шприцевой)», предоставлять 2 на койку (в настоящей редакции предоставляется «по требованию»).
- 27) Приложение 6, п 18 (графа-наименование оборудования (оснащения). Изменить перфузор на насос инфузионный (капельный), уменьшить количество с 2 на койку до 1 на койку.
- 28) Приложение 6, п 24 (графа-наименование оборудования (оснащения). Изменить «кислородная подводка» на «консоль с подводкой кислорода» и в приложении 6, п.31 (графа количество штук) предоставить 1 на койку (в настоящей редакции устанавливается по требованию).

В обсуждении предложений приняли участие 5 членов ПК. Поддержано единогласно всеми членами ПК.

Ребенок с врожденным пороком сердца сталкивается с гипоксемией и сердечной недостаточностью. Приведена классификация «дуктус-зависимых» пороков сердца с обеспечением гемодинамики по большому кругу кровообращения (критический стеноз аорты, критическая коарктация аорты, перерыв дуги аорты, синдром гипоплазии левых отделов сердца) и обеспечением гемодинамики по малому кругу кровообращения (критический стеноз легочной артерии, атрезия легочной артерии, ФЕЖС с критическим стенозом ЛА, аномалия Эбштейна с критической анатомией). Докладчиком перечислены причины развития сердечной недостаточности: 1) при рождении за счет критический стеноз легочной артерии, атрезия легочной артерии, атрезия легочной артерии, ФЕЖС с критическим стенозом ЛА, аномалия Эбштейна с критической анатомией; 2) Транспозиция магистральных сосудов, ОАП у маловесных недоношенных детей, синдром гипоплазии левого сердца с более благоприятной анатомией, тотальный аномальный дренаж легочных вен (особенно при наличии стеноза легочных вен), системная артериовенозная фистула, критический стеноз клапанов аорты и легочной артерии.

18 из 10 000 детей рождаются с критическими ВПС, которые опасны для жизни и требуют катетерного вмешательства или операции на сердце в неонатальном периоде. Поздняя диагностика критических ВПС может привести к ухудшению предоперационного состояния ребёнка и ухудшению сердечно-легочных и неврологических исходов лечения. Проф. Ковалёвым И.А. перечислены основные позиции скрининг ВПС у новорождённых: аускультация сердца (ЧСС, тоны сердца, наличие, характер и локализация шума); аускультация лёгких (характер и частота дыхания, хрипы в лёгких); измерение АД

(обязательно правая рука и любая нога); пульсоксиметрия с определением насыщения крови кислородом (SpO₂) неинвазивным путем на правой руке и любой ноге, эхокардиография. Докладчиком освещены проект вертикально интегрированной медицинской системы «Акушерство и гинекология» и «Неонатология» (ВИМИС АКиНЕО). Пульсоксиметрия -измерение насыщения гемоглобина крови кислородом - сатурации (SpO₂). Цель исследования: выявление недиагностированных критических ВПС в общей популяции новорожденных. Приведены правила проведения теста и критерии оценки результата, предложена схема маршрутизации беременной женщины с подозрением на ВПС у плода и ребенка с ВПС.

Формы внедрения раннего постнатального (неонатального) скрининга критических ВПС, а именно 1) разработка алгоритма неонатального скрининга критических ВПС (ответственный –АДКР, Общество неонатологов), 2) подготовка письма Минздрава в адрес органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации с рекомендациями по разработке приказа о внедрении алгоритма неонатального скрининга критических ВПС в учреждениях здравоохранения региона (ответственный -главный внештатный детский специалист кардиолог Минздрава России), 3) подготовка приказов органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации (ответственные - главные внештатный детский специалист кардиологи субъектов Федерации).

Решение ПК – разработать методические рекомендации в 2021 году, представить в Минздрав РФ.

3. Мониторинг эффективности ведения детей с легочной артериальной гипертензией в целях контроля качества и оптимизации медикаментозного лечения. (кандидат мед. наук Миклашевич И.М.)

В рамках доклада, заведующая кардиологическим отделением Миклашевич И.М. говорит о необходимости своевременной диагностики, своевременной, адекватной состоянию, терапии, регулярной многофакторной стратификация риска неблагоприятных событий, включая летальность, с целью эскалации терапии, в совокупности позволяют определить прогноз заболевания.

Докладчик определяет цели и задачи в отношении помощи пациентам с легочной артериальной гипертензией следующим образом: 1) получение наиболее полной и достоверной информации о количестве и структуре больных с ЛГ в регионах РФ, 2) определение потребности в объеме и качестве необходимой помощи детям с легочной гипертензией в РФ, 3) мониторинг эффективности ведения детей с легочной артериальной гипертензией в целях контроля качества и оптимизации медикаментозного лечения, 4) координация усилий региональных и федеральных центров для своевременной диагностики и назначения адекватной состоянию терапии ЛГ, 5) подготовка российских методических рекомендаций по ранней постнатальной диагностике критических ВПС.

С целью увеличения продолжительности жизни и снижения смертности детей с легочной гипертензией в РФ проводится анкетирование врачей в регионах РФ. Так в настоящее время проведено анкетирование в 31 регионе страны (Архангельская область, Вологодская область, Республика Кабардино-Балкария, Карачаево–Черкесская Республика, Краснодарский край, Курганская область, Ленинградская область, Липецкая область, Г. Москва, Мурманская область, Нижний Новгород, Оренбургская область, Пензенская область, Пермский край, Псковская область, Республика Тыва, Республика Бурятия, Республика Дагестан, Республика Ингушетия, Республика Коми, Республика Мордовия, РСО -Алания, Самарская область, Г. Санкт-Петербург, Саратовская область, Свердловская

область, Ставропольский край, Татарстан, Томская область, Ульяновская область, Чеченская Республика).

В настоящее время реестр пациентов с легочной гипертензией включает 306 детей из 31 из региона РФ, большинство из г. Москвы (40 человек) и г. Санкт-Петербурга (32 человека).

Докладчиком приведены критерии постановки диагноза (среднее давление в легочной артерии >20 мм.рт.ст. у доношенных детей старше 3 месяцев, определяемые при катетеризации) и озвучена проблема доступности диагностики – только 41,5% пациентов выполненная необходимая для подтверждения диагноза катетеризация.

И.М.Миклашевич приведено определение легочной гипертензии у детей в соответствие с современными литературными данными и указано на наличие проблемы с определением критериев постановки диагноза и адекватности поставленного диагноза. В качестве иллюстрации предложен для рассмотрения детскими кардиологами клинический случай пациента, находившегося на лечении в отделении кардиологии НИКИ педиатрии им.академика Ю.Е.Вельтищева.

Докладчиком предложен алгоритм определения гемодинамического класса легочной гипертензии у детей при бивентрикулярной гемодинамике и приведена клиническая классификация легочной гипертензии (Ницца, 2018).

Также в рамках доклада приведены показания к назначению ЛАГ специфической терапии и показана частота назначения силденафила (122 пациента), бозентана (57 пациентов), комбинация силденафила и бозентана (48 пациентов), 15 пациентов не получают ЛАГ специфическую терапию. Также показан алгоритм ЛАГ у детей с включением в назначения таких препаратов, как амбризентан, мацитентанил, тадалафил, простаноидов и решением вопроса о необходимости проведения хирургического вмешательства (атриосептостомия, анастомоз Поттса, трансплантация легких).

В рамках обсуждения медикаментозной терапии докладчиком озвучена проблема адекватности назначенного лечения, а именно то, что 69% пациентов у пациентов ФК 2-3 получает монотерапию, отсутствует своевременная переоценка критериев риска неблагоприятных событий для эскалации терапии, 5-6% пациентов не получают терапию при наличии показаний, у 2% отсутствуют критерии ЛГ и терапия не показана. Причинами не назначения терапии названы: организационно-административные, наличие противопоказаний, отказ родителей пациента.

В заключение доклада показаны основные рекомендации по наблюдению и лечению тпациентов с легочной гипертензией: 1) все пациенты с предполагаемой или установленной легочной гипертензией должны быть обследованы в специализированных центрах (IC), 2) до начала терапии всем пациентам с ЛАГ показана стратификация факторов риска, включающей комбинацию клинических данных, ФК, лабораторные тесты, показатели ЭХОКГ, гемодинамики, результаты теста на вазореактивность (IV), 3) всем пациентам с ЛАГ показан регулярный и систематический мониторинг комбинации факторов, включая клинические данные, ФК, лабораторные тесты, показатели ЭХОКГ, гемодинамики для своевременной коррекции терапии (IV), 4) оказание помощи детям с ЛГ должно состоять из скоординированных усилий детских кардиологов, пульмонологов, ревматологов, кардиохирургов, торакальных хирургов, специалистов по визуализации, функциональным тестам, психологов, трансплантологов, 5) помощь детям с ЛГ должна оказываться в тесном сотрудничестве региональных специалистов, наблюдающих детей по м\ж, и специализированных центров.

Решение ПК – поддержать предложения и распространить рекомендации во всех регионах РФ – ответственные – члены ПК.

4. Алгоритм биоинформатического анализа генетических данных пациентов и с редкими наследственными заболеваниями сердца и членов их семей.

(заведующая молекулярной и биохимической лабораторией Щербакова Н.В.)

87% редких болезней имеют генетическую причину, подавляющее большинство проявляются в детском возрасте и в 1/3 случаев могут приводить к смерти в возрасте до 5 лет, процесс установления точного диагноза может занимать многие годы, в связи с чем возрастает роль генетической диагностики и установления молекулярного диагноза.

Сотрудники лаборатории осуществляют активное взаимодействие с другими отделами Института, такими как отделение кардиологии (34%), отделение генетики (27%), нефрологии (33%) и другими отделами (6%). В рамках взаимодействия производится переанализ данных, ранее выполненных исследований на основе NGS (панели, экзомы, геномы), выполняется анализ новых данных NGS, анализ данных когорт пациентов, подтверждение и функциональный анализ новых найденных вариантов и генов-кандидатов, биобанкирование, лаборатория имеет возможности проведения дополнительных исследований разными методами (экзомы/геномы трио, MLPA, ПЦР-ПДРФ, etc).

За период 2019-2021 гг обработано около 300 файлов FASTQ (65% - переанализ данных, 25% - анализы «сырых» данных, 5% - хранение данных), проводилась работа с когортами пациентов с такими нозологиями, как синдром удлиненного интервала QT, катехоламинергическая полиморфная желудочковая тахикардия, брадиаритмии, легочная артериальная гипертензия, кардиомиопатии, фибрилляция предсердий и др.

Докладчиком продемонстрированы пример поиска каузативных генетических вариантов и представлена классификация выявленных вариантов мутаций.

Также Щербаковой Н.В. предложена схема маршрутизации пациентов с подозрением на наследственное заболевание сердечно-сосудистой системы.

Подводя итоги доклада, докладчик выразила мнение, что тесное сотрудничество врачей-детских кардиологов с биоинформатиками, молекулярными биологами, врачами-генетиками, а также повышение уровня знаний врачей-специалистов в области клинической и молекулярной генетики приводит к сокращению времени на установление молекулярного диагноза, подбору оптимальной тактики ведения пациента, уточнению прогноза пациента и его семьи.

Решение ПК – поручить Щербаковой Н.В. разработку программу цикла повышения квалификации РНИМУ им НИ Пирогова (на базе НИКИ педиатрии) для детских кардиологов с рабочим названием «Кардиогенетика».

5. Реализация образовательного проекта липидологии при поддержке Ассоциации детских кардиологов России (проф. Садыкова Д.И.)

Начало реализации образовательного проекта по липидологии, проведение которого запланировано в сроки с 27 апреля по 19 октября 2021. Перечислены организаторы образовательного цикла: Всероссийская общественная организация «Ассоциация детских кардиологов России», ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, Научно-исследовательский клинический институт педиатрии имени академика Ю.Е. Вельтищева ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Биотехнологическая компания Amgen, Компания SwixxBioPharma, Компания Orpharm.

Цель мероприятия – повышение уровня знаний врачей для улучшения качества диагностики и лечения нарушений липидного обмена у детей и в целом улучшения качества оказания медицинской помощи детям с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Целевая аудитория проекта: детские кардиологи, педиатры, врачи общей врачебной практики (семейная медицина), заинтересованные специалисты.

Баллы НМО будут начисляться участникам после каждого вебинара.

Участие в вебинарах бесплатное. Платформа для проведения вебинаров: Zoom.

В рамках доклада приведена программа мероприятия и правила регистрации.

Садыковой Д.И. доложено о выпуске образовательной брошюры по семейной гиперхолестеринемии и анонсирован запуск пилотного проекта по внедрению универсального скрининга на определение уровня холестерина у детей (состав рабочей группы: Школьников М.А., Ковалёв И.А., Садыкова Д.И., Леонтьева И.В.).

6. Анализ организации оказания специализированной медицинской помощи детям с сердечно-сосудистыми заболеваниями в Сибирском Федеральном Округе (кандидат мед. наук О.Ю. Джаффарова)

Потребность в кардиологической помощи детскому населению обеспечивается 252 кардиологическими койками (в т.ч. в условиях областных больниц и городских детских больниц), 143 кардиологическими койками, включая кардиохирургический профиль, в Федеральных медицинских центрах. В Сибирском ФО имеет место дефицит специалистов-детских кардиологов – из 141,25 ставок обеспечено специалистами 115,25, наибольший дефицит кадров наблюдается в Алтайском крае и составляет 50%, полное соответствие количества ставок и обеспеченности специалистами в Республике Тыва, Республике Алтай и в Омской области.

Джаффаровой О.Ю. доложено, что во всех регионах СФО выполняется пренатальный скрининг, в рамках которого выполняется УЗ диагностика, генетический скрининг (респ. Алтай отправляют в другой регион), пренатальный консилиум с участием узких специалистов (врач-генетик, акушер-гинеколог, неонатолог, детский кардиолог), в Республике Алтай участвует неонатолог, не участвует в консилиуме детский кардиолог, в Омской области участвует кардиохирург, врач функциональной-диагностики, детский кардиолог официально не входит в состав комиссии. Из 10 регионов СФО только республике Алтай нет телемедицины.

На 1-м году жизни охват регистрации ЭКГ детского населения региона данного возраста составил не менее 95%, в Красноярском крае, Иркутской области, Новосибирской области, Алтайском крае, Омской и Томской областях охват выполненными ЭКГ и ЭХО-КГ составил более 80%.

Главным специалистом представлены данные о заболеваемости детей в возрасте 0-14 лет на 100тыс населения. Так максимальное число случаев болезней системы кровообращения наблюдается в Красноярском крае, максимальное число случаев заболеваемости врожденными аномалиями системы кровообращения – в Кемеровской области, минимальные цифры занимают заболевания, связанные с повышением артериального давления. В возрастной категории 15-17 лет максимальная заболеваемость болезнями кровообращения системы кровообращения наблюдается в Кемеровской области и Красноярском крае, увеличивается число случаев выявления болезней, характеризующихся повышением артериального давления.

Высокотехнологичная медицинская помощь оказана 864 пациентам (в т.ч. хирургическое лечение врожденных пороков сердца, лечение нарушений сердечного ритма) в лечебных учреждениях СФО (НМИЦ им. Мешалкина г. Новосибирска, ТМИНЦ НИИ Кардиологии г. Томска, ФГБУ ФЦССХ г.Красноярска, ОКБ г.Иркутска, НИИ КПССЗ г.Кемерово, ОКБ г.Омска), 75 пациентам помощь оказана вне территории СФО.

В структуре смертности детей с заболеваниями сердечно-сосудистой системы в СФО максимальное число приходится на врожденные аномалии развития (76,6%), 23,4% распределены между смертностью вследствие кардиомиопатии, ИБС, эндокардита,

сердечной недостаточности и церебро-васкулярных заболеваний. При сравнении умерших пациентов после перенесенной операции на сердце в 2018 и 2019г отмечается рост числа пациентов как в возрастной категории 0-14 лет (увеличение с 1,4% до 2,3%, так и в группе детей до 1 года (увеличение с 3,0% до 5,6%), что, вероятно, связано со сложностью оперируемого порока и расширением возможностей кардиохирургических стационаров в отношении помощи детям.

СФО осуществляет Консультативная деятельность, так во всех регионах проводятся заочные консультации с ФЦ, выездные консультации. В Ресублики Тыва осмотрено 278 пациентов выездными бригадами ФЦССХ г Красноярск, НМИЦ им Е.Н.Мешалкина г Новосибирск, в г. Омске осмотрены пациенты с ВПС, НРС выездной бригадой НИМЦ НИИ Кардиологии Томск., в Алтайском крае проведены консультации детей с ВПС специалистами НИМИЦ им Е.Н Мешалкина г Новосибирск, в г Барнул консультации детей с ВПС и НРС специалистами ТНИМЦ НИИ Кардиологии Томск.

В СФО ведется Организационно-методическая работа, проведены Он-лайн конференции: •Вебинар по первичной легочной гипертензии организатор НИИ ПК Новосибирск. (Респ Хакасия), •Межрегиональная научно-практическая конференция «Актуальные вопросы педиатрии» с международным участием (г Красноярск), «Актуальные вопросы детской кардиологии» (г Красноярск), Общество кардиологов (г Томск)– нарушение ритма сердца в детской кардиологии (он-лайн формат с участием специалистов детских кардиологов из других регионов). Региональная школа детского кардиолога (г Иркутск), «Актуальные вопросы диспансерного наблюдения детей с патологией ССС на амбулаторном этапе»; «Заболеваемость детей с патологией ССС на территории НСО. Проблемы наблюдения. Пути решения». (г Новосибирск) «Дни специалиста педиатра и детского кардиолога» (г Кемерово).

Планы на 2021г в СФО: Томская область X Всероссийской школы-семинара «Актуальные проблемы детской кардиологии и кардиохирургии» в рамках Второго Всероссийского научно-образовательного форума с международным участием «Кардиология XXI века: альянсы и потенциал» Апрель 2021, Новосибирская область IX СЪЕЗД КАРДИОЛОГОВ СИБИРСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА 13-14 октября, Кемеровская область: «Дни специалиста педиатра и детского кардиолога», Иркутская область: Школа детских кардиологов (ежеквартально). Красноярский край: Актуальные вопросы педиатрии, Алтайский край: Совместная конференция кардиологов и педиатров.

Основные проблемы региона:

1. Отчетность – отсутствие стандартизованного подхода по сбору статистического материала, информация должна быть унифицирована с четким определением нозологических форм. Данные предоставленные специалистами – кардиологами и статистические опубликованные материалы расходятся (НЦССХ им Бакулева, Сборник статистических материалов по болезням системы кровообращения, ФГБУ ЦНИИ организации информатизации здравоохранения).
2. Дефицит кадров – в первую очередь, в связи с низкой заработной платой детских кардиологов.
3. Уровень эхокардиографии в областных /краевых учреждениях здравоохранения не достаточно высок (отсутствует современный утвержденный в РФ эхокардиографический протокол для детей).
4. Низкий уровень пренатальной диагностики ВПС.
5. Диагностика генетических заболеваний – дорогостоящее исследование. Выполняется только в центральном регионе. (Томском НИМЦ в рамках ФНИ утверждена мед. технология диагностики СУИQT!)
6. Отсутствует единый документ о допустимости применения лекарственных препаратов в педиатрической практике, относящихся к группе off-label.

7. Недостаточное техническое обеспечение (МСКТ-ангиографы должного разрешения, МРТ-аппараты с сердечно-сосудистой программой) особенно в регионах, где на территории нет ФЦ
8. На территории регионов особенно в отдаленных областях малодоступно проведение функциональных методов обследования детям с заболеваниями ССЗ - ЭхоКГ (отсутствие детских датчиков), суточное мониторирование ЭКГ и СМАД, ВЭМ, ЧПЭС практически не проводится
9. Неудовлетворительные условия транспортировки детей в ФЦ из отдаленных районов.
10. Недостаточное количество телемедицинских консультаций (р. Тыва)

Решение ПК – обратить внимание на проблемы СФО, проработать вопрос с подготовкой специалистов на рабочем месте и в ординатуре. Региону проанализировать заявки на целевую ординатуру по ДК в ВУЗЫ РФ. Поддержать обеспечение МРТ диагностикой на базах Федеральных центров и поддержать заявку региона на обеспечение МРТ диагностиков пациентов с ССЗ детского возраста (кардиограмма, МРТ с гадолинием). Активизировать работу по телемедицинским консультациям по ВКС. Поддержать главного специалиста, оценить работу с несоответствиями и заслушать через 6 мес по итогам работы с несоответствиями.

7. Анализ организации оказания специализированной медицинской помощи детям с сердечно-сосудистыми заболеваниями в Дальневосточном Федеральном Округе (Е. Н. Щепилова)

Дальневосточный федеральный округ (ДФО) - самый крупный федеральный округ России, охватывающий 40,6% российской территории, при этом в округе проживает всего 5,58% населения России. Численность детского населения на 01.01.2021 составляет 1 877 720 чел. В округе наблюдается самая низкая плотность населения. Наибольшая численность детского населения приходится на Приморский край, немного меньше на Хабаровский и Забайкальский край, Республику Бурятия, наименьшая численность в Чукотском автономном округе.

В отношении обеспеченности детскими кардиологами докладчик сообщила, что в настоящее время отсутствуют детские кардиологи в Магаданской области и Чукотском АО, очень низкая обеспеченность детскими кардиологами в Бурятии и ЕАО. Всего по ДФО имеет место 99 коек в стационарах 3 уровня, оказывающих помощь по профилю «детская кардиология» (Амурская область, Забайкальский край, Республика Саха (Якутия), Приморский край, Хабаровский край, Республика Бурятия), число занятых ставок детского кардиолога составляет 13,5.

Проведен анализ заболеваемости детей БСК за период 2018-2020гг. Так, в целом, за 2018-2019гг по ДФО отмечается снижение показателя, однако в регионах, как Республика Бурятия, Приморский край, Магаданская область, Еврейская автономная область отмечается увеличение количества зарегистрированных больных среди детей в возрасте 0-14 лет с диагнозом, установленным впервые в жизни. Первичная заболеваемость БСК на 100 тыс детского населения за 2020г представлена в регионах: Республика Бурятия, Республика Саха, Приморский край, Амурская область, Сахалинская область.

Заболеваемость ВАСК за 2018-2020гг на 100 тыс. детского населения по ДФО в 2019г, в целом, ниже, чем в 2018г. В Республике Бурятия, Приморском крае, Хабаровском крае отмечается рост зарегистрированных больных с диагнозом, установленным впервые в жизни. В среднем по ДФО показатели незначительно ниже среднероссийских. Но отмечается большой разброс показателей по территориям: выше среднероссийских в Приморском крае, Амурской области и значительно выше в ЕАО (возможно, погрешность

стат.учета). Ниже среднероссийских: в Р.Бурятия, Забайкальском крае, Камчатском крае, Хабаровском крае, Сахалинской области, Магаданской области, Чукотском АО.

Докладчиком приведены данные по количеству детей, находящихся на инвалидности (данные ЕМИСС, частично скорректировано по отчетам гл.внештатных кардиологов территорий).

Стандартизованный коэффициент смертности от БСК и ВАСК в 2020 г по предоставленным данным составил: Приморский край – 5,6, Республика Бурятия – 4,5, Амурская область – 2,8, Республика Саха – 4,5, Сахалинская область – 0,9, Еврейская автономная область - 0 и Камчатский край – 4,9.

Щепилова Е.Н. предложила пути снижения смертности в виде проведения профилактических осмотров для как можно более раннего выявления ВПС, своевременной хирургической помощи и установления контактов с федеральными центрами.

С целью повышения охвата профилактическими осмотрами населения из отдаленных труднодоступных регионов развивается такое направление как «поезда здоровья», «теплоходы здоровья»,

когда 1 раз в год организуется выезд команды специалистов и мобильных диагностических кабинетов в отдаленные населенные пункты.

Внедрение такой практики позволяет значительно повысить выявляемость заболеваний в т.ч. болезней системы кровообращения и ВПС.

Докладчиком приведена статистика охвата регистрацией ЭКГ и ЭХО КГ у детей первого года жизни (количество детей, которым была записана ЭКГ и ЭХО КГ к общему числу зарегистрированных детей первого года жизни по данным 2018 года). Так минимальный охват проведения ЭКГ отмечен в Амурской области (82%), максимальный – в Камчатском крае (100%), охват ЭХО-КГ минимальный в Республике Бурятия (65%), максимальный в Хабаровском крае (100%).

Главным специалистом ДФО показана схема маршрутизации беременных с подозрением на ВПС у плода. Так в Камчатском крае выявлено у 80% детей с ВПС патология была выявлена пренатально (максимальный показатель по округу), в Еврейской АО и Хабаровском крае только у 39% детей, ВПС диагностирован пренатально.

Доложено, что пациентам, нуждающимся к кардиохирургической помощи в ДФО, помощь оказывается в ФГБУ «ФЦССХ» (г. Хабаровск) – подавляющее большинство хирургических вмешательств, ГАУЗ «Республиканская клиническая больница», Улан-Уде, ГБУ РС(Я) «Республиканская больница №1 – НМЦ», Клиника кардиохирургии АГМА (г.Благовещенск), КЦСВМП г. Владивосток. Операции детям первого года жизни проводятся только в двух стационарах региона: в ФЦССХ Хабаровска и РБ№1-НМЦ Якутска. Всего в 2020 году в клиниках ДФО выполнено 435, операций при ВПС, из них открытых – 250 (57%).

Общее количество пролеченных по ВМП пациентов в 2020 году составило 339. Кроме того, выполнено 79 операций, не входящих в программу ВМП (в т.ч. 10 имплантаций ЭКС в эпикардиальном варианте, экстренных вмешательств – 67, «открытых» хирургических методик за 2020 г. выполнено 183. Операций с ИК прошло в количестве 145 (79% от общего числа «открытых» методик), и без ИК – 38 (22%). Открытых операций у новорожденных проведено 21 (12% от общего числа «открытых» хирургических методик у детей за 2020). Доля детей первого года составила 61% от общего числа «открытых» хирургических методик у детей за 2020.

Щепилова Е.Н. сообщила, что с июня 2019 года ФЦССХ функционирует как «телемедицинский консультативный центр», что позволяет ФЦССХ, оперативно по защищенному каналу осуществлять заочные консультации кардиохирургических пациентов всего Дальнего Востока.

В 2020 году было проведено три видео-селекторных совещания, в которых принимали участие все субъекты ДФО (представители медицинских организаций и органов

управления здравоохранением). В том числе по итогам одного из совещаний по вопросам оказания кардиохирургической помощи новорожденным, был разработан и внедрен чек-лист транспортировки детей в ФЦССХ г.Хабаровска.

Главным специалистом ДФО озвучены основные проблемы округа: 1) в значительной степени обусловлены особенностями региона: большой территорией, низкой плотностью населения и мало развитой транспортной инфраструктурой, что усложняет территориальную доступность мед. помощи для многих отдаленных и малонаселенных регионов: отсутствуют специалисты, малая численность населения этих регионов не предусматривает размещения на их территории многих диагностических служб, и не предусматривает размещения специализированных коек в стационарах. Вследствие этого снижается выявления ССЗ, возникают сложности транспортировки пациента в случае возникновения необходимости оказания специализированной или высокотехнологической медицинской помощи, также остро стоит вопрос кадрового дефицита, особенно в малонаселенных регионах (в настоящее время отсутствуют детские кардиологи в Магаданской области и Чукотском АО, очень низкая обеспеченность детскими кардиологами в Бурятии и Еврейской АО), имеет место сложности в повышении квалификации работающих специалистов (трудности с выездом на центральные базы).

Докладчиков предложены пути решения выше указанных проблем, а именно: проведение выездных профилактических осмотров, проведение выездных консультаций, организация телемедицинских консультаций, внедрение чек-листов при транспортировке тяжелых пациентов для оказания ВМП, НМО, выездные курсы повышения квалификации, проводимые в регионах научными сотрудниками центральных научных медицинских центров.

Резолюция ПК - Поддержать работу главного специалиста ДФО. Активировать консультации по ВКС. Подготовить специалистов на рабочем месте – план – Якутия в мае 2021. База – НИКИ педиатрии.

8. Подготовка к XII Всероссийскому Семинару памяти Н.А. Белоконь 17-18 сентября 2021 г. в Улан-Удэ, Республика Бурятия.

Вице-президентом Ассоциации детских кардиологов Ковалёвым И.А. анонсировано проведение XII Всероссийского Семинара памяти Н.А. Белоконь, проведение которого запланировано в сроки 17-18 сентября 2021г. в Республике Бурятия. Приоритетной задачей названа подготовка научной программы мероприятия. Представители региона, присутствовавшие он-лайн, выразили готовность к началу подготовки программы Семинара.

9. О лекарственных препаратах, назначаемых «офф-лейбл».

Проф. Школьникова М.А. сообщила о том, что на сегодняшний день в Министерстве Здравоохранения обсуждается внесение законопроекта, подготовленного Яровой И.А., предусматривающего использование в системе ОМС препаратов, которые не утверждены уполномоченными органами для применения по определенным показаниям (препараты «off-label») в гематологии и онкологии. Мария Александровна сообщила о предложении ориентировать законопроект не только для гематологических и онкологических стационаров, поскольку проблема назначения препаратов «off-label» стоит остро для всей педиатрической практики: препараты off label широко применяются не только у детей с гематологическими и онкологическими заболеваниями, длительность применения большинства препаратов off label, согласно российским клиническим рекомендациям и международным рекомендациям, составляет от нескольких месяцев до нескольких лет, препараты этой группы не могут быть включены в Стандарты медицинской помощи, т.к. в

официальной инструкции по применению данного лекарственного препарата информации о применении его в детском возрасте нет. Имеет место нерациональный расход профессионального ресурса, обусловленный необходимостью частого формирования врачебных комиссий при очевидной для всех специалистов эффективности, а также специалисты сталкиваются с противоречиями, возникающие в связи с необходимостью оказания лечебной помощи детям в полном объеме, согласно законодательству, однако используемые препараты не входят в стандарты медицинской помощи и для них не будет экономического расчета и финансового обеспечения.

Обсуждения.

Член ПК Е.А. Дегтярёва выступила с высокой оценкой работы главного внештатного специалиста детского кардиолога МЗ России Школьниковой М.А.

В обсуждении вопроса об актуализации Порядка оказания медицинской помощи по профилю «детская кардиология» слушателями было высказано мнение, что глюкометр должен быть сохранен, как единица обеспечения стационара. В ответ Ковалёв И.А. обратил внимание на то, что глюкометр входит в состав системы определения ионного и газового состава крови.

Присутствующими детскими кардиологами на заседании предложено изменить нормы нагрузки на врача стационара с 1 врача на 15 коек до 1 врача на 10 коек, учитывая тяжесть контингента больных. Проф. Школьниковой предложила решить этот вопрос в каждом лечебном центре путем обсуждения его с администрацией лечебного учреждения.

Задан вопрос о том, когда будут изданы обновленные рекомендации по наблюдению и лечению артериальной гипертензии, поскольку имеющиеся изданы в 2016г. Ответ Ковалёва И.А. – новые клинические рекомендации готовы и должны быть поданы для утверждения в Министерство здравоохранения до 1 июля 2021г.

В рамках обсуждения доклада И.М.Миклашевич по мониторингу эффективности ведения детей с легочной артериальной гипертензией в целях контроля качества и оптимизации медикаментозного лечения, проф. Школьниковой М.А. задан вопрос о корректности критериев для назначения комбинированной терапии и предложено докладчику доработать этот вопрос. Также региональные специалисты детские кардиологи сообщили о необходимости повторной рассылки материалов по легочной гипертензии (повторная рассылка включена в план работы).

Проф. Мовсесяном Р.Р. выступил с предложением объединить врачей детских кардиохирургов и детских кардиологов для более эффективного оказания помощи пациентам, требующим проведения хирургических вмешательств и пациентам, перенесшим операцию на сердце. Инициатива получила всеобщее одобрение, в т.ч. проф. Ковалёвым И.А., проф. Дегтярёвой Е.А., проф. Брегель Л.В., проф. Садыковой Д.И.

Профильная комиссия по специальности «детская кардиология» Министерства здравоохранения Российской Федерации постановила:

1. Утвердить стратегию дальнейшего развития профессионального сообщества и ориентировать его на улучшение ранней диагностики путем внедрение раннего неонатального скрининга на критические ВПС.
2. Направить в МЗ РФ дополнения и предложения по пересмотру Порядка оказания медицинской помощи детям с сердечно-сосудистой патологией, которые были доложены и получили согласования на ПК. Приказ МЗ РФ № 440н.
3. Одобрить программу мониторинга эффективности ведения детей с легочной артериальной гипертензией в целях контроля качества и оптимизации медикаментозного лечения.
4. Поддержать реализацию образовательного проекта липидологии при поддержке Ассоциации детских кардиологов России.

5. Обратить внимание на проблемы СФО, проработать вопрос с подготовкой специалистов на рабочем месте и в ординатуре. Региону проанализировать заявки на целевую ординатуру по ДК в ВУЗЫ РФ. Поддержать обеспечение МРТ диагностикой на базах Федеральных центров и поддержать заявку региона на обеспечение МРТ диагностиков пациентов с ССЗ детского возраста (кардиопрограмма, МРТ с гадолинием). Активизировать работу по телемедицинским консультациям по ВКС. Поддержать главного специалиста, оценить работу с несоответствиями и заслушать через 6 мес по итогам работы с несоответствиями.
6. Поддержать работу главного специалиста ДФО. Активировать консультации по ВКС. Подготовить специалистов на рабочем месте – план – Якутия в мае 2021. База – НИКИ педиатрии.
7. Заслушать главных специалистов СЗФО и УФО.
8. Поручить Щербаковой Н.В. разработку программу цикла повышения квалификации РНИМУ им НИ Пирогова (на базе НИКИ педиатрии) для детских кардиологов с рабочим названием «Кардиогенетика».
9. Начать подготовка к XII Всероссийскому Семинару памяти Н.А. Белоконов 17-18 сентября 2021 г. в Улан-Удэ, Республика Бурятия.
10. Поддержать инициативу проф. Мовсисяна Р.Р. о создании общества, объединяющего детских кардиохирургов и детских кардиологов.

Председатель Совещания профильной комиссии по специальности «детская кардиология»
Министерства здравоохранения Российской Федерации,

проф. М.А. Школьникова

Секретарь А.Ю. Якшина

