

**А.В. Чернозубенко<sup>1</sup>, Е.А. Спиридонова<sup>2,3,4</sup>,  
Ф.Г. Шаршов<sup>1</sup>, С.А. Румянцев<sup>2</sup>, К.А. Василенко<sup>1</sup>,  
Д.В. Прометной<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Областная детская больница, Ростов-на-Дону

<sup>2</sup> Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева, Москва

<sup>3</sup> Московский государственный медико-стоматологический университет

<sup>4</sup> Учебно-научный центр Управления делами Президента РФ, Москва

## **Анализ функционирования реанимационно-консультативного центра Областной детской больницы Ростовской области в 2004–2010 гг.**

В статье проанализирована работа реанимационно-консультативного центра Областной детской больницы г. Ростова-на-Дону в 2004–2010 гг. Определены направления госпитализаций, нозологические группы, гендерные и возрастные характеристики эвакуированных детей реанимационного профиля. Установлено, что в 39,7% случаев выезд реанимационно-консультативной бригады осуществлялся в ЛПУ квалифицированного этапа, в 57,2% случаев больных эвакуировали на специализированный этап оказания медицинской помощи. В общей структуре эвакуированных больных ведущими были заболевания, обусловленные внешними причинами, – 43,3%, болезни органов дыхания – 20,3%, нервной системы – 18,9%. Основной контингент: дети мужского пола – 62,8%, раннего возраста (1 мес–3 года) – 51,4%.

**Ключевые слова:** *дети, госпитализация, заболевания, специализированная медицинская помощь.*

**Контактная информация:** *Спиридонова Елена Александровна, д-р мед. наук, проф. E-mail: spiridonova.e.a@gmail.com*

© Коллектив авторов, 2012

**A.V. CHERNOZUBENKO, E.A. SPIRIDONOVA, F.G. SHARSHOV, S.A. RUMYANTSEV, K.A. VASILENKO, D.V. PROMETNOY**

### **A review of the performance of the resuscitation-consulting centre of the Regional Children's hospital, Rostov-on-Don, over the period 2004–2010**

The paper highlights the activity of the resuscitation-consulting centre of the Rostov-on-Don regional children's hospital between 2004 and 2010. The core directions of hospitalization, nosologic groups, gender and age characteristics of transferred critically ill children are defined. It is found that in 39.7% of the cases the resuscitation team delivered patients to a qualified health care facility, in 57.2% of cases the patients were taken to a specialized medical care centre. In the total structure of transferred patients predominant were conditions due to external causes – 43.3%, respiratory diseases made up – 20.3%, nervous system diseases – 18.9%. The majority of the patients were male – 62.8%, infants and young children (1 month to 3 years) constituted – 51.4%.

**Key words:** *children, hospitalization, diseases, specialized medical care.*

**Д**ети – социально уязвимая группа населения, сохранение их здоровья – один из приоритетов органов управления здравоохранением и медицинских учреждений [1, 2]. В настоящее время класс травм, отравлений и других последствий воздействия внешних причин занимает ведущее место в структуре смертности детского населения [3, 4]. Инфекционная патология различного генеза также была одной из основных причин гибели пациентов в педиатрических отделениях реанимации и интенсивной терапии [5]. Учитывая скоротечность критических состояний в педиатрии, оказание экстренной медицинской помощи детям реанимационного профиля на квалифицированном этапе – актуальная проблема. Столь же актуальны для обсуждения и организационные вопросы лечения разновозрастных групп детей с различной патологией. В этой связи обеспечение реанимационной помощи детям в районных центрах требует незамедлительного решения. Комплекс мероприятий, объединенных понятием «специализированная (санитарно-авиационная)» медицинская помощь, включает в себя не только доставку специальных медицинских грузов, медицинских специалистов, но и эвакуацию пострадавших и больных в специализированные ЛПУ [6].

**Цель исследования:** анализ структуры заболеваний среди пациентов, эвакуированных бригадами реанимационно-консультативного центра из ЛПУ квалифицированного этапа на этап специализированной медицинской помощи.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование выполнено по результатам анализа медицинской документации реанимационно-консультативного центра (РКЦ) Областной детской

больницы г. Ростова-на-Дону: журнала «Консультативная работа РКЦ», «Листа консультанта РКЦ», журнала «Движение больных в ОРИТ».

РКЦ – структурное подразделение отделения экстренной и плановой консультативной медицинской помощи (ОЭПКМП) на базе отделения реанимации и интенсивной терапии ОДБ г. Ростова-на-Дону. Основная задача РКЦ – оказание на территории Ростовской области специализированной анестезиолого-реанимационной помощи детям в возрасте от 1 мес до 18 лет в круглосуточном режиме.

Приказом Министерства здравоохранения Ростовской области от 25.11.2004 г. №445 определены направления госпитализации для оказания специализированной медицинской помощи детям с тяжелыми травматическими повреждениями. После выполнения лечебно-диагностического протокола на этапе квалифицированной медицинской помощи в больницах городов и районов Ростовской области множественная и сочетанная травма является показанием для эвакуации ребенка в ГУЗ «Областная детская больница» г. Ростова-на-Дону; изолированные черепно-мозговая и спинальная травмы – в МЛПУЗ «Больница скорой медицинской помощи №2»; комбинированная травма и отравления – в МЛПУЗ «Городская больница №20» г. Ростова-на-Дону, на базе которой функционируют ожоговый и токсикологический центры. Оказание специализированной медицинской помощи детям периода новорожденности осуществляет ФГУ «Ростовский научно-исследовательский институт акушерства и педиатрии» Минздрава РФ и МЛПУЗ «Городская больница №20» г. Ростова-на-Дону.

Показатели числа эвакуаций детей различных возрастных групп представлены в *таблице 1*. Выездные реанимационно-консультативные бригады РКЦ осуществляют транспортировку детей реани-

Таблица 1

Число эвакуаций больных в разных возрастных группах

Годы	Возраст											
	1-12 мес		1-3 года		4-6 лет		7-11 лет		12-18 лет		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
2004	44	31,6	31	22,3	10	7,2	24	17,3	30	21,6	139	100,0
2005	35	28,9	22	18,2	15	12,4	25	20,7	24	19,8	121	100,0
2006	30	29,2	26	25,2	12	11,6	20	19,4	15	14,6	103	100,0
2007	27	21,6	32	25,6	14	11,2	25	20,0	27	21,6	125	100,0
2008	24	21,3	35	30,9	11	9,7	10	8,8	33	29,3	113	100,0
2009	39	32,8	21	17,6	13	10,9	16	13,5	30	25,2	119	100,0
2010	38	32,2	27	22,9	13	11,0	18	15,3	22	18,6	118	100,0
<b>ВСЕГО</b>	<b>237</b>	<b>28,3</b>	<b>194</b>	<b>23,1</b>	<b>88</b>	<b>10,5</b>	<b>138</b>	<b>16,5</b>	<b>181</b>	<b>21,6</b>	<b>838</b>	<b>100,0</b>

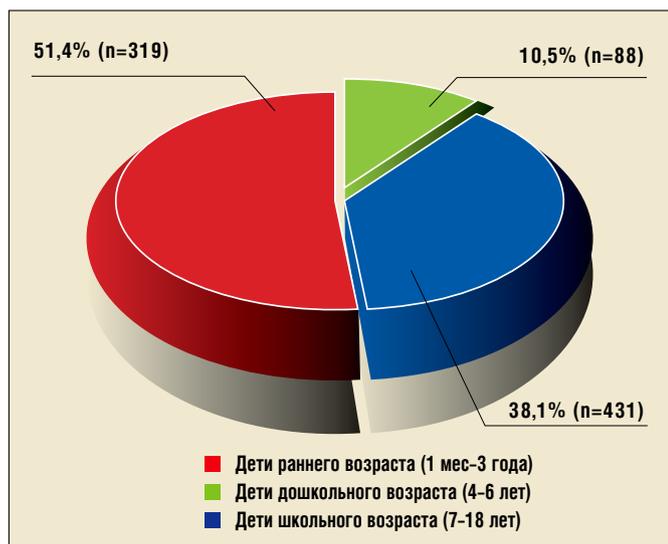
нимационного профиля в специализированные ЛПУ области в реанимобилях марки «Wolkswagen» и «Fiat Ducato», оснащенных монитором параметров сердечно-сосудистой и дыхательной систем, инфузоматами, дефибриллятором, вакуумным отсосом, аппаратом искусственной вентиляции легких «Medumat», средствами транспортной иммобилизации.

Данные всех эвакуированных больных анализировали по следующим направлениям:

- ▶ гендерные и возрастные характеристики;
- ▶ нозологические группы с выделением ведущего патологического синдрома и их характеристика;
- ▶ направления эвакуации в стационары специализированного этапа.

В зависимости от патологии больные разделены на девять основных групп согласно Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ 10): внешние причины заболеваемости, болезни органов дыхания, болезни нервной системы, инфекционные болезни, болезни органов пищеварения, болезни крови и кроветворных органов, эндокринные болезни, новообразования, болезни мочеполовой системы [7].

Диаграмма 1. Распределение эвакуированных больных по возрасту



## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Установлено, что в период с 2004 по 2010 год на учете в РКЦ находились 3684 пациента. Было осуществлено 1464 (39,7%) выезда, число эвакуированных больных – 57,2% (838 из 1464), из них в ГУЗ ОДБ – 84,1% (705 из 838), в другие ЛПУ специализированного этапа медицинской помощи – 15,9% (133 из 838).

Из центральных районных больниц эвакуированы 373 (44,5%) больных, из центральных городских и городских больниц – 133 (15,9%), из больниц скорой медицинской помощи – 50 (6,0%), из детских стационаров области – 282 (33,6%) ребенка. Таким образом, большинство больных эвакуировано из центральных районных и детских городских больниц.

Ведущий фактор, определяющий показания к эвакуации больных, – ограниченные возможности ЛПУ обеспечить в круглосуточном режиме выполнение лечебно-диагностического протокола, а также недостаточный опыт работы с педиатрическим контингентом.

В общей группе эвакуированных больных дети раннего возраста (1 мес–3 года) составили 51,4% (431 из 838), дошкольного возраста (4–6 лет) – 10,5% (88 из 838), школьного возраста (7–18 лет) – 38,1% (319 и 838) (диаграмма). Большинство эвакуированных больных – дети мужского пола – 526 (62,8%), женского пола – 312 (37,2%). Данная тенденция отмечена во всех возрастных группах (табл. 2).

В общей структуре заболеваний у эвакуированных больных преобладают **болезни, обусловленные внешними причинами**, – 43,3% (363 из 838): среди них механическая травма – 78,2% (284 из 363); ожоговая травма – 10,2% (37); отравления – 8,3% (30), прочие неумышленные травмы – 3,3% (12). Мальчиков было 65,3% (237 из 363), девочек – 34,7% (126 из 363). Наибольшее число пострадавших составили дети школьного возраста (7–18 лет) – 61,2% (222 из 363); дети дошкольного возраста (4–6 лет) – 13,8% (50 от 363); раннего возраста (1 мес–3 года) – 25,0% (91 из 363).

Таблица 2

### Распределение эвакуированных детей разных возрастных групп по полу

Пол	Возрастная группа											
	1-12 мес n=237		1-3 года n=194		4-6 лет n=88		7-11 лет n=138		12-18 лет n=181		Всего n=838	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Мальчики	148	62,4	115	59,3	61	69,3	88	63,8	114	63,0	526	62,8
Девочки	89	37,6	79	40,7	27	30,7	50	36,2	67	37,0	312	37,2

В структуре механической травмы преобладали сочетанные повреждения – 70,4% (200 из 284). Изолированные травмы составили 29,6% (84 из 284) и включали: черепно-мозговые – 79,8% (67 из 84), спинальные – 8,3% (7 из 84), абдоминальные – 4,7% (4 из 84), торакальные – 3,6% (3 из 84) и скелетные – 3,6% (3 от 84).

Наибольшее число детей с механической травмой было эвакуировано из центральных районных больниц – 46,8% (133 из 284) и детских городских больниц – 24,3% (69 из 284). Из центральных городских больниц и больниц скорой медицинской помощи эвакуированы соответственно 15,5% (44 из 284) и 13,4% (38 из 284) детей.

Ожоговая травма составила среди травматических повреждений 10,2% (37 из 363). В данной группе преобладали дети раннего возраста – 51,4% (19 из 37), школьного возраста – 35,1% (13); дошкольного возраста – 13,5% (5).

Число больных, эвакуированных с отравлениями различной этиологии, – 8,3% (30 из 363), из них медикаментозных отравлений – 80,0% (24 из 30), отравлений угарным газом – 20,0% (6). Среди пациентов с отравлениями дети раннего и школьного возраста составили одинаковую долю – по 46,7%; детей дошкольного возраста было 6,6% (2 из 30).

Среди прочих воздействий внешних причин: 50,0% (6 из 12) – утопления; 25,0% (3) – повешения; 16,7% (2) – воздействия живых механических сил: укус змеи (1), укус собаки (1); электротравма – 8,3% (1). Дети школьного возраста преобладали в данной категории пострадавших – 50,0% (6 из 12); детей раннего возраста было 25,0% (3); дошкольного возраста – 25,0% (3).

Таким образом, в группе пациентов с заболеваниями, обусловленными внешними причинами, ведущей была механическая травма. Наибольшее число пострадавших составили дети школьного возраста – 61,2% (222). Среди них преобладали мальчики – 64,9%. Установленный нами факт находит подтверждение в литературе и обусловлен более высоким уровнем двигательной активности этих детей, их склонностью к импульсивности и участию в рискованных играх [4].

**Заболевания органов дыхания** у детей имеют самую высокую распространенность в сравнении с другими нозологическими формами [8]. Дети с заболеваниями органов дыхания, сопровождающимися дыхательной недостаточностью II–III степени, составляют среди эвакуированных больных вторую по численности группу – 20,3% (170 из 838). Заболевания верхних дыхательных путей были представлены ларингитами с явлениями стеноза гортани II–IV степени – 11,8% (20 из 170). Заболевания с поражением нижних дыхательных путей составили

88,2% (150 из 170), среди них острые пневмонии – 58,7% (88), острые обструктивные бронхиты и бронхиолиты – 30,0% (45); хронические обструктивные бронхиты – 5,3% (8), бронхиальная астма – 3,3% (5), пневмоторакс – 2,0% (3), лобарная эмфизема – 0,7% (1).

В группе больных с заболеваниями органов дыхания основным контингентом были дети раннего возраста (1 мес–3 года) – 88,8% (151 из 838), при этом детей в возрасте до 12 мес (114 от 151) было в три раза больше, чем детей от 1 года до 3 лет (37 из 151); детей дошкольного и школьного возраста было соответственно 5,3% (9) и 5,9% (10).

По данным Б.М. Блохина и соавт., склонность к болезням органов дыхания у детей раннего возраста обусловлена анатомо-физиологическими особенностями органов дыхания, такими как «экспираторное» строение грудной клетки, низкие абсолютные величины дыхательного объема, «мертвое пространство», физиологическое тахипноэ, узкие дыхательные пути, слабость дыхательных мышц и относительно меньшая активность сурфактанта, а также типоспецифичность и полиэтиологичность возбудителей [9, 10].

Распределение больных по полу было следующим: мальчики – 64,7% (110), девочки – 35,3% (60). По утверждению И.Н. Гаймоленко, предрасположенность мальчиков к инфекциям органов дыхания связана с более поздним развитием дыхательных путей, большими размерами легких и относительно узкими бронхами, высоким содержанием андрогенов, являющихся эпителий-стимулирующим фактором [8].

Результаты многочисленных исследований показали, что острые поражения мозга у детей – одна из основных причин их госпитализации в ОРИТ, уступающая только патологиям дыхательной системы с развитием острой дыхательной недостаточности. Актуальность данной проблемы подтверждают данные D.S. Wheeler et al., указывающие, что частота поражения центральной нервной системы у детей в критическом состоянии составляет 21,0%, а дыхательной системы – 22,0% [11].

В общем числе эвакуированных дети с **острым поражением центральной нервной системы** составили 18,9% (158 из 838). В данной группе острые инфекционно-воспалительные заболевания ЦНС составили 62,0% (98 из 158), среди них вирусные энцефалиты – 75,5% (74), гнойные менингиты – 18,4% (18), полирадикулоневриты – 5,1% (5), абсцессы головного мозга – 1,0% (1). Заболевания неинфекционного генеза составили 38,0% (60 из 158), из них эпилепсия и перинатальное поражение ЦНС с развитием эпистатуса – 55,0% (33), сосудистые мозговые синдромы при цереброваскулярных заболеваниях –

21,7% (13), энцефалопатии – 13,3% (8), гидроцефалии – 8,3% (5), спинномозговая грыжа – 1,7% (1).

Дети раннего возраста в данной группе составили 61,4% (97), из них мальчиков было 55,7% (54), девочек – 44,3% (43); дети дошкольного возраста – 9,5% (15), в том числе 66,7% (10) мальчиков и 33,3% (5) девочек. Детей школьного возраста было 29,1% (46); превалярировали мальчики – 65,2% (30).

В структуре патологии отделений педиатрической реанимации и интенсивной терапии инфекции занимают одно из ведущих мест [12, 13]. Группа детей с **инфекционными заболеваниями** составила 7,2% (60 из 838) общего числа эвакуированных пациентов. В данной группе отмечены следующие инфекционные заболевания: септицемия различной этиологии – 58,3% (35 из 60), кишечные инфекции – 20,0% (12), туберкулез органов дыхания – 13,4% (8); менингококковая инфекция – 6,7% (4) и столбнячная инфекция – 1,6% (1).

Дети в возрасте от 1 мес до 3 лет – основной контингент среди эвакуированных пациентов данной группы – 80,0% (48 из 60); дошкольников было 5,0% (3), детей школьного возраста – 15,0% (9). Преобладали дети мужского пола – 60,0% (36 из 60). Большая часть пациентов – 60,0% (36 из 60) – была эвакуирована из реанимационных отделений центральных районных и городских больниц Ростовской области; 40,0% (24) – из детских городских больниц.

Критерии, определяющие показания к переводу пациентов данной группы на этап специализированной помощи: прежде всего тяжелое течение инфекционного заболевания, ранний возраст (1 мес–3 года), невозможность проведения адекватного лабораторного обследования (бактериологического, вирусологического) и мониторинга (определение кислотно-основного состояния, биохимических показателей крови) в условиях квалифицированного этапа медицинской помощи.

Следующая группа – **болезни органов пищеварения** – 5,7% (48 из 838). Основная их доля приходится на хирургическую патологию: перитониты – 29,2% (14 из 48), инвагинации – 20,8% (10), спаечная кишечная непроходимость – 12,5% (6), острый аппендицит – 4,2% (2); панкреонекроз – 2,0% (1). Показанием к переводу этой категории больных были безуспешный анамнез лечения на предыдущих этапах, неразрешенная хирургическая ситуация, требующая оперативного лечения (перитонит, кишечная непроходимость). В 31,3% (15 из 48) случаев показаниями к переводу служили желудочно-кишечные кровотечения неуточненной этиологии.

Дети раннего возраста составили в данной группе 58,3% (28 из 48), дошкольного возраста – 10,4% (5), школьного возраста – 31,3% (15). Доля

мальчиков – 60,4% (29 из 48), девочек – 39,6% (19).

Дети с **заболеваниями крови и кроветворных органов** составили 1,4% (12 из 838) среди эвакуированных. В 50,0% (6 из 12) случаев это были дети с гемолитико-уремическим синдромом, с тромбоцитопенической пурпурой – 16,7% (2), анемией – 16,7% (2), гемофилией – 8,3% (1), ювенильным кровотечением – 8,3% (1). Гемолитико-уремический синдром у всех пациентов сопровождался развитием острой почечной недостаточности, требующей проведения эфферентных методов лечения. Клинические ситуации требовали сложных методов лечения и обследования, что послужило показанием к перегоспитализации. Большинство детей в этой группе было раннего возраста – 83,4% (10 от 12); по одному ребенку дошкольного и школьного возраста – по 8,3%. Детей женского пола было 58,4% (7), мужского – 41,6% (5).

Группа эвакуированных пациентов с **манифестацией сахарного диабета I типа в стадии декомпенсации, осложненного диабетическим кетоацидозом**, составила 1,3% (11 из 838). Большинство детей старшего возраста (7–18 лет) – 63,7% (7 из 11), среднего возраста – 27,3% (3), младшая возрастная группа – 9,0% (1). Заметны половые различия в данной категории больных: девочек было больше – 72,7% (8), мальчиков – 27,3% (3). Ведущая причина смерти у детей с сахарным диабетом – диабетический кетоацидоз [14–16]. Смертность от кетоацидотической комы составляет в среднем 5–15%; в неспециализированных учреждениях она значительно выше – до 19%, это связано с ошибками в алгоритме неотложных мероприятий [17].

Дети с **различными новообразованиями** в общем числе эвакуированных больных было 1,3% (11 из 838). Из них наибольшее число – с опухолями ЦНС – 54,6% (6 из 11); с опухолями органов дыхания – 36,4% (4), с лейкозами – 9,0% (1). Доля мальчиков была выше – 72,7% (8), девочек – 27,3% (3). Доля детей раннего и дошкольного возраста была одинаковой – по 18,2% (по 2 человека), детей старшей возрастной группы было 63,6% (7).

Наименьшая по численности группа эвакуированных пациентов – дети с патологическим состоянием, относящимся к **заболеваниям мочевыделительной системы**, а именно с острой и хронической почечной недостаточностью. Больные данной группы составили 0,6% (5 из 838), из них с хронической почечной недостаточностью – 60,0% (3), с острой – 40,0% (2). Дети раннего возраста и мужского пола составили основной контингент данной группы – соответственно 60,0% (3) и 80,0% (4). Необходимость проведения эфферентных методов лечения – основное показание к эвакуации пациентов данной группы.

## ВЫВОДЫ

Установлено, что 44,5% детей были эвакуированы из центральных районных больниц, 33,6% – из детских больниц области, 15,9% – из центральных городских и городских больниц, 6% – из больниц скорой медицинской помощи.

В общей структуре патологий у эвакуированных больных ведущими были заболевания, обусловленные внешними причинами – 43,3%, болезни органов дыхания – 20,3%, болезни нервной системы – 18,9%.

## Литература

1. Александрович Ю.С., Пшеничнов К.В., Рижко Н.И. Основные принципы транспортировки новорожденных в критическом состоянии. Пособие для врачей. – СПбГПМА, 2009, 48 с.
2. Чернядьев С.А., Назаров В.И. Опыт организации экстренной медицинской помощи детям при неотложных хирургических состояниях / Российский медико-биологический вестник им. акад. И.П. Павлова, 2008, №4, с. 68–73.
3. Стародубов В.И., Михайлова Ю.В., Иванова А.Е. Здоровье населения России в социальном контексте 90-х годов: проблемы и перспективы. – М.: Медицина, 2003, 280 с.
4. Всемирный доклад о профилактике детского травматизма – Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2008.
5. Александрович Ю.С., Гордеев В.И., Пшеничнов К.В. Интенсивная терапия инфекционных заболеваний у детей. – СПб.: Элби-СПб, 2010, 320 с.
6. Попов А.В., Гармаш О.А., Громут А.А. О создании системы авиамедицинской эвакуации и экстренной медицинской помощи населению Российской Федерации // Медицина катастроф, 2009, №3, с. 45–48.

7. Каталогизация публикаций, Библиотечная служба ВОЗ «Международная статистическая классификация болезней-ней и проблем, связанных со здоровьем; 10-й пересмотр». – Всемирная организация здравоохранения, 1995.
8. Гаймоленко И.Н., Бугаенко Е.Г., Козьминых Ю.А. Бронхообструктивный синдром у детей раннего возраста: причины, факторы риска, иммунологические нарушения, лечение / Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН, 2004, №2, т. 1, с. 75–79.
9. Блохин Б.М. Тактика и неотложные мероприятия при острой дыхательной недостаточности у детей с респираторной инфекцией // Детские инфекции, 2002, №1, с. 55–58.
10. Ершов Ф.И., Гаращенко Т.И. Юбилейный сборник научных трудов: Актуальные вопросы оториноларингологии детского возраста и фармакотерапия болезней ЛОР-органов / Возможен ли контроль острых респираторных заболеваний у детей? (Новый взгляд на старую проблему). – М., 2001.
11. Wheeler D.S., Wong H.R., editors. Pediatric critical care medicine. Basic science and clinical evidence. Springer-Verlag London Ltd; 2007.
12. Сидоренко С.В., Яковлев С.В. Инфекции в интенсивной терапии. 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Бионика, 2003, 208 с.
13. Исаков Ю.Ф., Белобородова Н.В. Сепсис у детей. – М.: Мокеев, 2001, 369 с.
14. Дедов И.И., Кураева Т.Л. Сахарный диабет у детей и подростков. – М., 2002, с. 15–17, 201–216.
15. Старостина Е.Г. Диабетический кетоацидоз и гиперосмолярное состояние при сахарном диабете. Основные подходы к терапии / В мире лекарств. – 1999, №3, с. 24–28.
16. Rosenbloom A.L. Diabetic Ketoacidosis (DKA): treatment guidelines. Clinical Pediatr 1996; 35: 261–6.
17. Султанова Л.М., Гайсина Л.Р., Шайдуллина М.Р. Диагностика и лечение кетоацидоза при сахарном диабете у детей / Практическая медицина, 2008, №27, с. 43–45.

## И Н Ф О Р М А Ц И Я

### План мероприятий Департамента здравоохранения г. Москвы в 2012 году

Здание Правительства Москвы, Новый Арбат, 36/9

www: infomedfarmdialog.ru

**18–19 октября**

II Московский форум

**«Дерматовенерология и косметология:  
синтез науки и практики»**

**1–2 ноября**

VI Научно-практическая конференция

**«Современная гематология. Проблемы и решения»**

**21–22 ноября**

VI Научно-практическая конференция

**«Эндокринологические аспекты  
в педиатрии»**

**13–14 декабря**

XI Московская ассамблея

**«Здоровье столицы»**