



№ 1 (01) 2019

ПЕДИАТРИЯ

СЕГОДНЯ

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ГАЗЕТА
ДЛЯ ПЕДИАТРОВ

ОТ РЕДАКЦИИ

МНЕНИЕ ЭКСПЕРТА

Александр
Григорьевич
РУМЯНЦЕВПрезидент ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия
Рогачева» Минздрава России, академик РАН,
доктор медицинских наук, профессор**Дорогие коллеги!**

Наша страна и ее лучшие представители — врачи-педиатры всех должностей и специальностей — находятся в ожидании кардинальных перемен в обществе, связанных с государственной программой «Десятилетие детства» и национальным проектом «Здравоохранение», стартовавшими в прошедшем году. Грандиозные планы по контролю младенческой и детской смертности, острой и хронической заболеваемости, в конечном итоге — инвалидности детей и подростков основываются на научных достижениях, таких как пренатальный и неонатальный скрининг генетических заболеваний и пороков развития, высокотехнологичные междисциплинарные методы диагностики и основанные на клеточной и геномной таргетной терапии методы лечения. Конечно, нужны и новые организационные, подержанные финансово мероприятия, направленные на предотвращение гибели детей от травм и несчастных случаев и расширение национального календаря профилактических прививок против распространенных инфекций.

Обсудить вопросы организации медицинской помощи детям, охраны репродуктивного здоровья детей и подростков, питания здорового и больного ребенка, вакцинопрофилактики, высокотехнологичных методов диагностики и лечения болезней детского возраста, школьной медицины, детской хирургии и другие актуальные проблемы представляется возможным на XXI конгрессе педиатров России с международным участием «АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПЕДИАТРИИ», где мы с вами сегодня встречаемся.

А на страницах нашей газеты мы начинаем обсуждение и обмен опытом в области организации детского здравоохранения, образования, международного сотрудничества, продолжаем говорить о возможностях профилактики заболеваний, диагностике сложных болезней и т.д.

Наша газета не только вестник последних достижений медицинской науки, но и помощь в вашем общении с маленькими пациентами и их родными. Надеемся, что идеальный календарь прививок поможет вам сориентировать родителей и подобрать оптимальную схему вакцинации для каждого ребенка.

Перспективы расширения Национального календаря профилактических прививок

В современных условиях жизни мегаполиса практически всегда имеется реальная возможность быстрого распространения возбудителей различных инфекций как среди взрослого, так и среди детского населения. Самым надежным и проверенным временем методом предупреждения инфекционных заболеваний является вакцинопрофилактика, цель которой заключается в выработке в организме невосприимчивости к микроорганизмам с помощью специально созданных вакцин. Своими взглядами на сложившуюся ситуацию с предупреждением инфекционных заболеваний делится наш эксперт — Лейла Сеймуровна Намазова-Баранова.

Лейла
Сеймуровна
НАМАЗОВА-
БАРАНОВАД.м.н., профессор, академик РАН, заведующая
кафедрой факультетской педиатрии педиатри-
ческого факультета ФГБОУ ВО «РНИМУ
им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, главный
внештатный детский специалист по профи-
лактической медицине Минздрава России

Вакцинация детей проводится в соответствии с Национальным календарем прививок, принятым в марте 2014 года (приказ № 125н, с изменениями от 16.06.2016 г. и 13.04.2017 г.). Календарь прививок — это минимальная, обязательная схема вакцинации, предусмотренная для всех детей РФ. Но кроме обязательных прививок существуют и другие — дополнительные, которые зачастую не менее необходимы современному ребенку (см. Календарь профилактических прививок).

Мнение эксперта

В августе 2018 года Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) опубликовала очередной пересмотр так называемого «рутинного» календаря прививок, рекомендуемого для всех стран. Согласно данному документу, иммунизация против 10 инфекций, обозначенных в календаре, должна проводиться бесплатно и массово для лиц указанных целевых групп. Это необходимый минимум, хотя сегодня календари развитых стран включают профилактику большего числа инфекционных болезней — 15, а то и 17. Напомним, Национальный календарь профилактических прививок РФ содержит 12 позиций.

К сожалению, есть несколько серьезных «но»: против гемофильной инфекции типа b в РФ до сих пор прививают лишь примерно 1/10 часть когорты младенцев, нуждающихся в защите от нее, а в календаре РФ отсутствуют рекомендуемые ВОЗ прививки против коклюша для дошкольников (ревакцинация), ротавирусной инфекции и, что вызывает наибольшие опасения, против вируса папилломы человека (ВПЧ).

ПАПИЛЛОМАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ

Это одна из самых распространенных инфекций, передающихся половым путем. Наибольшее число ВПЧ-ассоциированных злокачественных новообразований приходится на рак шейки матки, который в нашей стране занимает второе место в структуре онкологических заболеваний среди женщин в возрасте до 45 лет и первое место в структуре смертности от рака среди женщин в возрасте 30–35 лет.

Мнение эксперта

В России ВПЧ-вакцинация включена в региональные календари только 27 областей и в общей сложности охватывает лишь 160 тыс. подростков, а это всего несколько процентов от целевой группы. Для того чтобы вакцинация продемонстрировала свою эффективность, а в долгосрочной перспективе — это снижение заболеваемости раком шейки матки, охват вакцинацией должен составлять не менее 90%.

ПЕРВАЯ ПОБЕДА

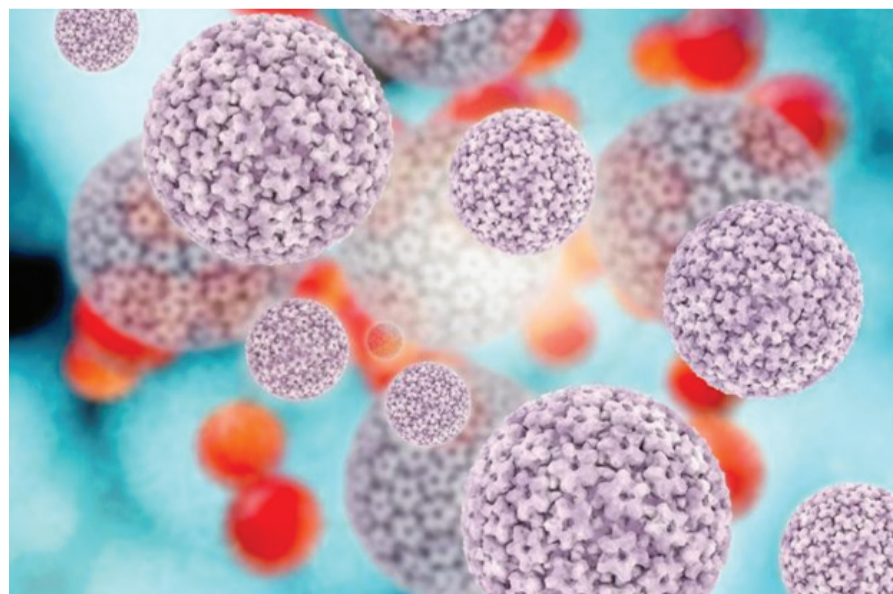
Между тем эффективность вакцинации уже доказана на примере Австралии. Вскоре она станет первой страной в мире, освобожденной от рака шейки матки благодаря реализуемой с 2007 г. массовой вакцинации девочек и с 2013 г. — вакцинации мальчиков. В результате программы вакцинации среди подрост-

ков резко снизилось инфицирование наиболее онкогенными типами ВПЧ, что привело к сокращению заболеваемости раком шейки матки, кроме того, почти исчезла заболеваемость аногенитальными бородавками. Девочки и мальчики в возрасте до 19 лет могут бесплатно получить две дозы вакцины против ВПЧ в рамках Национальной программы вакцинации против ВПЧ (hpvaccine.org.au).

Вакцинация обычно проводится в школьных программах в возрасте 12–13 лет, при этом вакцинирование детей старшего возраста осуществляется при поддержке клиник общей практики и первичной медицинской помощи.

Рекомендация вакцинировать мальчиков вызвана теми же причинами, по которым вакцинируют девочек. Это необходимо для того, чтобы предотвратить заражение и защитить мальчиков и девочек от онкологических заболеваний и генитальных образований, вызванных вирусом. Для максимальной защиты от ВПЧ важно вакцинироваться до начала половой активности, поскольку заразиться можно при первом же половом акте.

➔ 11



В ФОКУСЕ

Национальный проект «Здравоохранение» и обеспечение доступности и качества ПМСП

В Указе Президента РФ В.В. Путина от 7 мая 2018 г. №204 «О национальных целях и стратегических задачах на период до 2024 г.» обозначена главная цель — достижение ожидаемой продолжительности жизни 78 лет к 2024 году. Важнейшая задача в этом направлении — обеспечение шаговой доступности первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). Без ее решения невозможно добиться успеха ни по одному из федеральных проектов, включенных как в национальный проект «Здравоохранение», так и в проект «Демография».



Гузель
Эрнстовна
УЛУМБЕКОВА

д.м.н., руководитель Высшей школы организации и управления здравоохранением (ВШОУЗ), MBA по здравоохранению, Harvard University

ФАКТОРЫ, КОТОРЫЕ ВЛИЯЮТ НА ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ

Ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) — это гипотетическое число лет, которое бы прожил рожденный сегодня младенец, если бы на протяжении всей его жизни действовали такие же коэффициенты смертности по возрастам, сложившиеся на сегодня. ОПЖ — это главная характеристика здоровья населения в стране. В РФ она сегодня растет и приближается к 73 годам. Однако по сравнению с «новыми» странами ЕС, которые близки к РФ по уровню экономического развития (Чехия, Венгрия, Польша, Словакия и др.), она на 5 лет ниже, и это серьезный вызов, который мы должны преодолеть.

«Новые-8» — страны ЕС, которые включают Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению, Чехию и Эстонию, имеют близкий с РФ уровень экономического развития, т.е. средне-взвешенный ВВП на душу населения (30,8 и 23,9 тыс. долларов по ППС соответственно).

ВШОУЗ сделала расчеты [1], которые показали, что в РФ в период 2011–2016 гг. наибольшее влияние на динамику ОПЖ оказали социально-экономические факторы — 40% (доходы населения, уровень ВВП на душу населения), 30% зависит от образа жизни населения и оставшиеся 30% — от финансирования и деятельности здравоохранения.

При оценке уровня воздействия системы здравоохранения на здоровье граждан следует иметь в виду, что в странах, где она хорошо финансируется, влияние будет меньшим по сравнению со странами, где есть резервы роста в этом направлении, например, как в РФ. Для справки: сегодня в РФ государственное финансирование здравоохранения в 1,9 раза ниже, чем в названных «новых» странах ЕС, соответственно 780 и 1520 долларов по ППС на душу населения в год.

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ «ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»

Этот проект рассчитан на период 2019–2024 гг. и включает следующие взаимосвязанные федеральные проекты, направленные на выполнение указа президента.

- I. «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» — обеспечение инфраструктуры (сети) медицинских организаций ПМСП и организационных процессов в них («бережливая поликлиника»), диспетчеризация скорой помощи, увеличение числа выездов скорой помощи.
- II. «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» — профилактика развития сердечно-сосудистых заболеваний, оснащение сосудистых центров и первичных сосудистых отделений.
- III. «Борьба с онкологическими заболеваниями» — формирование тотальной онкологической настороженности, создание центров амбулаторной онкологической помощи.
- IV. «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям» — развитие профилактического направления в педиатрии, улучшение материально-технической базы детских поликлиник, повышение квалификации кадров.
- V. «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами» — устранение дефицита медицинских работников первичного звена, повышение профессионального уровня специалистов в отрасли.
- VI. «Завершение формирования сети национальных медицинских исследовательских центров (НМИЦ), внедрение инновационных медицинских технологий, включая систему ранней диагностики и дистанционный мониторинг состояния здоровья пациентов, внедрение клинических рекомендаций и протоколов лечения» — внедрение клинических рекомендаций и системы контроля качества медицинской помощи, методическое управление качеством оказания медицинской помощи в субъектах РФ.
- VII. «Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы здравоохранения (ЕГИСЗ)» — внедрение МИС во всех медицинских организациях, внедрение централизованных сервисов, организация телемедицинских консультаций.
- VIII. Развитие экспорта медицинских услуг.

! \$ППС — доллар, оцененный по паритету покупательной способности, — соотношение валют разных стран, установленное по покупательной способности этих валют применительно к определенному набору товаров и услуг (по всему ВВП).

ПМСП И ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ

Очень важно, что задача по обеспечению шаговой доступности медицинской помощи является краеугольной в майском указе президента РФ. ПМСП — самый массовый вид медицинской помощи. В первичном звене ежегодно происходит до 1230 млн

посещений, или около 490 млн обращений (при условии, что в одном обращении в среднем 2,5 посещения), из них около половины от всех посещений — к врачам участковой службы. Все самые главные решения касательно здоровья населения должны приниматься именно на уровне первичного звена. Главные из них: формирование здорового образа жизни и санитарно-гигиеническое просвещение населения, профилактика, диагностика и лечение распространенных заболеваний, медицинская реабилитация, наблюдение за течением беременности и детьми первого года жизни.

В названном указе президента поставлены следующие цели, имеющие непосредственное отношение к обеспечению шаговой доступности ПМСП.

- 1) Ликвидация кадрового дефицита в медицинских организациях, оказывающих ПМСП.
- 2) Обеспечение оптимальной доступности для населения (в том числе для жителей населенных пунктов, расположенных в отдаленных местностях) медицинских организаций, оказывающих ПМСП.
- 3) Обеспечение охвата всех граждан профилактическими медицинскими осмотрами не реже 1 раза в год.

Для достижения этих целей в указе перечислены задачи, которые необходимо решить, среди них:

- Завершить формирование сети медицинских организаций, оказывающих ПМСП, в том числе построить врачебные амбулатории (ВА), фельдшерско-акушерские пункты (ФАП), фельдшерские пункты (ФП) в населенных пунктах с численностью населения от 100 до 2000 чел., а также обеспечить использование мобильных медицинских комплексов в населенных пунктах численностью менее 100 чел.
- Обеспечить медицинские организации квалифицированными кадрами, в том числе внедрить систему непрерывного образования.
- Создать взаимодействие медицинских организаций на основе единой государственной информационной системы здравоохранения (ЕГИСЗ).
- Внедрить инновационные медицинские технологии.
- Внедрить клинические рекомендации и обеспечить их финансово.
- Разработать и реализовать программы борьбы с онкологическими и сердечно-сосудистыми заболеваниями, развития детского здравоохранения (в составе этих программ также должна быть отражена компонента обеспечения ПМСП).

Для решения поставленных целей и задач необходимо оценить стартовые условия, то есть проблемы, которые необходимо преодолеть, и системно подойти к решению этих проблем.

ПРОБЛЕМЫ, КОТОРЫЕ НЕОБХОДИМО ПРЕОДОЛЕТЬ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ

Главная проблема первичного звена — это дефицит кадров. С 2012 по 2016 год в результате непродуманных реформ по оптимизации государственной системы здравоохранения произошло сокращение ее мощностей. Так, с 2012 по 2017 год число больных в РФ увеличилось на 3% (+4,7 млн человек без учета Крыма для сопоставимости), а обеспеченность всеми врачами сократилась на 1,3%, койками — на 14%. В результате существен-

но возросла нагрузка на медицинский персонал, особенно на тех, кто работает в участковой службе (поликлиниках, врачебных амбулаториях), которые и так работали на 1,5–2 ставки.

Сегодня дефицит врачей участковой службы (врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых и врачей общей практики — ВОП) составляет 41 тыс. человек, или 58% от их необходимого числа. Дефицит посчитан как разница между установленным нормативом и фактическим числом врачей при условии, что врачи не совмещают должности. Общий дефицит участковых медсестер, работающих с врачами участковой службы, составляет 64 тыс. (76%). Дефицит фельдшеров — 19,5 тыс. чел. (87%). Как следствие, все эти медицинские работники перегружены работой и не могут эффективно выполнять свои трудовые функции, а также своевременно повышать квалификацию, что отрицательно сказывается на качестве их работы.

Из них врачей-педиатров участковых не хватает 10,8 тыс. Расчеты сделаны следующим образом: по данным ЦНИИОИЗ, в 2016 году численность врачей-педиатров участковых составила 25,8 тыс. чел., а необходимо — 36,6 тыс. врачей {29 294 221 ÷ 800}, где 29,3 млн — численность детского населения в возрасте от 0 до 17 лет, а 800 — норматив прикрепления населения от 0 до 17 лет на одном педиатрическом участке по Приказу Минздравсоцразвития от 16.04.2012 №366н [2].

Участковых медсестер, работающих с врачами-педиатрами участковыми, дополнительно необходимо 7,3 тыс. Расчеты: по данным ЦНИИОИЗ, в 2016 году их фактическая численность составила 29,3 тыс. чел.; в Приказе Минздравсоцразвития от 16.04.2012 №366н предусмотрено, что на 1 должность врача-педиатра участкового приходится 1,0 должности участковой медсестры. Соответственно, их численность должна составить 36,6 тыс. {36,6 тыс. необходимых врачей-педиатров участковых × 1,0}.

Отметим, что, согласно научным исследованиям, оптимальная численность населения, которую может обслужить 1 участковый врач и ВОП (обслуживающий и детское, и взрослое население), не должна превышать 1000–1500 человек, и это при наличии не менее 2 средних медицинских работников, работающих с ними [3, 4]. В противном случае снижается качество медико-профилактической помощи населению: профилактические мероприятия проводятся не в полном объеме, не выявляются онкологические заболевания, не достигаются целевые значения показателей артериального

давления, растет неудовлетворенность пациентов и др.

ПРЕДЛОЖЕНИЯ, ВЫНОСИМЫЕ НА ОБСУЖДЕНИЕ

Высшая школа организации и управления здравоохранением подготовила предложения по доработке федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи». Главные из них представлены ниже.

В РФ норматив обслуживаемого населения на одном терапевтическом участке составляет 1700 человек прикрепленного взрослого населения (18 лет и старше) в городских условиях, в сельской местности — 1300 человек, для врачей-педиатров участковых — 800 детей в возрасте 0–17 лет.

В части обеспеченности медицинскими кадрами

- Поэтапно привести численность медицинских работников медицинских организаций, оказывающих ПМСП, в соответствие с установленными или обновленными нормативами. Для врача-педиатра участкового сохраняется действующий норматив — 800 человек прикрепленного детского населения (до 17 лет включительно). При этом все ставки должны быть заняты без совместительства. На 1 должность врача участкового должно приходиться 2 (или 1,5) должности участковой медицинской сестры.
- Предусмотреть существенное повышение оплаты труда врачей субъектов ПМСП и расширение социальных льгот, а также меры по укреплению доверия к ним со стороны пациентов. Заложить следующие темпы роста среднемесячной номинальной начисленной заработной платы (без начислений): базовый рост — 10% в год в текущих ценах до 2024 года. Дополнительное повышение оплаты труда в 1,5 раза участковым врачам, которые прошли переподготовку по специальности «врач общей практики» и сдали экзамен независимой комиссии, подтверждающий уровень их компетенции. Это позволит сохранить действующий и стимулировать новый приток дополнительных кадров в амбулаторно-поликлинические медицинские организации.
- Среди дополнительных мотивационных механизмов для медицинских работников участковой службы предлагаем выделить субсидии на снижение ставки ипотечного кредитования

по приобретению жилья для тех, кто нуждается в нем.

- Ввести повышающий коэффициент 1,3 за работу в сельской местности всем медицинским работникам (1,3 к средней оплате труда, установленной в субъекте РФ). Отметим, что число участников программы «Земский доктор» с 2012 по 2017 год заметно снизилось — на 35% (с 7,7 до 5,0 тыс. чел. в год).

В части социальных льгот медицинским работникам, работающим в сельской местности, предлагаем предоставить льготу: через 5–7 лет работы в сельской местности предоставляется право на льготное кредитование при приобретении жилья в городских условиях.

- Снизить различия в оплате медицинских работников субъектов ПМСП в различных регионах РФ. Это позволит уменьшить отток кадров в регионы с более высокими показателями оплаты труда.

В части повышения квалификации медицинских кадров

- Разработать специальные методические рекомендации и алгоритмы по всем направлениям трудовых функций участковых врачей (они должны быть основаны на клинических рекомендациях) и обеспечить ими каждого врача-педиатра участкового, а также интегрировать эти алгоритмы в МИС и представить в виде мобильного приложения. Отметим, что сегодня клинические рекомендации охватывают все этапы оказания медицинской помощи, но в ряде случаев затруднительны для использования в оперативной работе врачей первичного звена.
- Актуализировать и утвердить приказом Минздрава единые федеральные требования к оценке качества и объема работы субъектов ПМСП и врачей участковой службы.
- На каждом рабочем месте врачей и фельдшеров субъектов ПМСП обеспечить доступ к электронным системам поддержки принятия клинических решений, в том числе к электронным образовательным модулям, лекарственным справочникам (в рамках фе-

дерального проекта «Создание единого цифрового контура...»).

- Ежегодно публиковать рейтинг эффективности деятельности субъектов ПМСП в соответствии с актуализированными требованиями.
- Обеспечить достижение высокого уровня компетенций участковых врачей, который позволит им эффективно выполнять возложенные на них обязанности.

В части конкретизации ответственности муниципальных органов власти за создание условий по оказанию медицинской помощи


- Предусмотреть ответственность муниципальных и региональных властей за создание условий для оказания медицинской помощи в сельской местности, а именно: предоставление жилья медицинским работникам, организация транспортной доступности медицинских организаций для граждан, организация средств связи и требуемых каналов передачи данных для медицинских организаций.
- Обеспечить транспортную доступность медицинских организаций в соответствии с утвержденными нормативами (Приказ Минздрава России от 27.02.2016 №132н) с учетом особенностей сельской местности, климатических и иных региональных факторов по плановым показателям (а не только по экстренным показаниям, как это предусмотрено в действующем федеральном проекте).
- Продлить выплаты по программе «Земский доктор» до 2024 года, установить увеличение субсидии на приобретение (строительство) жилья до уровня рыночной стоимости жилья в каждом конкретном муниципалитете (регионе).

В части финансового обеспечения проекта

- Рассчитать необходимое финансовое обеспечение для достижения всех результатов проекта и предусмотреть соответствующее финансирование в бюджетах всех уровней.

В завершение следует отметить, что успех в лечении пациентов будет достигнут только в том случае, когда мы восстановим доверие и взаимное уважение между врачами и пациентами. Это важнейшая управленческая задача, и для ее решения в обществе необходимо культивировать уважение к медицинским работникам, их тяжелому и высокоответственному труду, а со стороны системы здравоохранения мы должны гарантировать пациентам качественную и безопасную медицинскую помощь.

Список литературы находится в редакции



II Общероссийская конференция
с международным участием
11–13 апреля 2019 года
FLORES VITAE
Неонатология и педиатрия
раннего возраста

Москва, гостиница «Рэдиссон Славянская»

Семейно-ориентированные технологии в отделениях реанимации и интенсивной терапии • Стратегия борьбы с распространением антимикробной резистентности в РФ на период до 2030 года: обсуждаем успехи и сложности • Нагрузка на неонатальную и педиатрическую службы на фоне снижения рождаемости в стране: к чему готовиться? • Реабилитационные подходы в неонатологии и педиатрии: инвестиция в перспективы


ОТ СИНДРОМА...

Часто болеющие дети: современный взгляд, эффективная тактика, борьба с полипрагмазией • Хронический болевой абдоминальный синдром: современные возможности диагностики и терапии воспалительных заболеваний кишечника • Метаболический синдром — эпидемия XXI века. Принципы индивидуализированной тактики • Грипп и ОРЗ — стратегии, сложившиеся в критериях доказательной медицины • Синдром анемии. Постинфекционные и инфекционно-обусловленные анемии: новые аспекты диагностики и стратегии успешной терапии

...К ЗАБОЛЕВАНИЮ

Дифференциальная диагностика ОРВИ, бронхитов и пневмоний • Эпидемические вызовы вакциноуправляемых инфекций. Расширение Национального календаря вакцинации • Туберкулез: как далеко распространяется зона ответственности участкового педиатра? • Детская и подростковая гинекология после отмены субспециальности «детский гинеколог» (2014): чья сфера ответственности сегодня? • Паллиативная помощь в неонатологии и педиатрии: вылечить — нельзя, помочь — можно • Аллергические заболевания: смена парадигмы — от элиминационной стратегии к реализации толерогенного потенциала


И много-многое другое...



НПРВ
инициатива



StatusPraesens
profimedia



МАРС

Тел.: +7 (499) 346 3902; e-mail: ova@praesens.ru. Сайт: praesens.ru;
группа ВКонтакте: vk.com/praesens; группа в Фейсбуке: facebook.com/stpraesens;
профиль в Инстаграме: instagram.com/statuspraesens

Только для медицинских работников

УЧЕНЫЙ СОВЕТ



Педиатрическое образование в меняющемся мире

Охрана здоровья детей является приоритетным направлением государственной политики по сохранению здоровья населения всей страны. Здоровье ребенка формируется, начиная с антенатального периода, и от того, какими показателями оно будет определяться, будет зависеть в значительной степени и здоровье взрослых.



Лидия
Ивановна
ИЛЬЕНКО

Д.м.н., профессор, заслуженный врач РФ, лауреат Премии Правительства Москвы, заведующая кафедрой госпитальной педиатрии №2 педиатрического факультета, декан педиатрического факультета ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России

ВЧЕРА

Педиатрия как самостоятельная дисциплина в России была выделена в XIX веке. В 1865 году в Петербургской медико-хирургической академии и в 1873 году в Московском университете с детской клиникой происходит открытие кафедр детских болезней. В 1922 г. в Москве был открыт Государственный научный институт охраны материнства и детства (Научно-исследовательский институт педиатрии РАМН) под руководством Г.Н. Сперанского.

Дальнейшее развитие педиатрии приводит к выделению ее в самостоятельную специальность.

Первыми в мире начали подготовку детских врачей на факультетах охраны материнства, младенчества и детства Второй Московский медицинский институт в 1930 г. и Ленинградский педиатрический медицинский институт в 1935 г. Благодаря работе выпускников педиатрических факультетов показатели здоровья детей улучшились, что прежде всего выражалось в снижении младенческой смертности.

СЕГОДНЯ

В РФ на 2019 г. в 35 городах 37 вузов обучают по специальности «Педиатрия». Особенностью подготовки студентов-педиатров является то, что начиная с первого курса проводится профилированное преподавание всех дисциплин с обязательным изучением разделов развития и функционирования организма ребенка по возрастным группам. Это обусловлено наличием анатомо-физиологических, морфофункциональных и психологических особенностей детей разных возрастных групп, что необходимо учитывать в профилактике, диагностике, лечении и реабилитации детского контингента.

В настоящее время подготовка осуществляется в соответствии с федеральным образовательным стандартом по специальности 31.05.02 «Педиатрия» (приказ Минобрнауки России №853), профессиональным стандартом 02.008 «Врач-педиатр участковый» (приказ Минтруда России № 306н) и заканчивается проведением Итоговой государственной аттестации и первичной аккредитацией специалиста.

ЗАВТРА

Постановление Правительства РФ от 26 декабря 2017 г. № 1640 «Об утвержде-

нии государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» включает проект «Обеспечение здравоохранения квалифицированными специалистами („Новые кадры современного здравоохранения“)» и предполагает в период 2018–2025 гг. обеспечение отрасли квалифицированными специалистами за счет внедрения процедуры допуска специалистов к профессиональной деятельности – аккредитации специалистов к концу 2025 года до 100% (доля специалистов, допущенных к профессиональной деятельности через процедуру аккредитации) и непрерывного дополнительного профессионального образования врачей с использованием интерактивных образовательных модулей к концу 2025 года до 99% (доля врачей, получающих дополнительное непрерывное медицинское образование).

Для реализации задачи подготовки врачей-педиатров в первую очередь необходимо изменение качества и повышение уровня подготовки – создание новой формации медицинских кадров.

В настоящее время назрела необходимость реформирования кадровых и образовательных парадигм:

- переход от узкой специализации и ограниченной ответственности медицинских работников за проводимую работу к четкому формированию индивидуальных образовательных траекторий развития с широкими профессиональными и должностными профилями;
- от уклонения руководителей от обратной связи с подчиненными к активному поиску взаимосвязи;
- от кулуарного рассмотрения факторов успеха, вакантных мест и узкой специализации (креативная организация) к конкретному обсуждению уровня компетентности работников и распределения имеющихся вакансий и путей их занятости (школа руководящего резерва);
- активное внедрение «упреждающей профилактики» – феномена, возможного только в педиатрии и неонатологии, когда за счет формирования здорового образа жизни, гражданской позиции по сохранению и укреплению здоровья молодежи может быть реализована программа предотвращения формирования патологии у будущих поколений;
- повышение ответственности руководителей медицинских организаций за работу подчиненных;
- формирование заинтересованности самих работников в повышении эффективности собственной профессиональной деятельности;
- оценка профессиональных качеств (аккредитация) для замещения должностей;
- планирование карьеры и профессионального роста со студенческой скамьи (студенческое самоуправление, студенческое научное общество, школа лидерства, школа кадрового резерва, школа волонтерского движения, школа профессионального роста);

- перемещение на равную должность с большим объемом работы (с учетом критериев качества) и выдвижение на вышестоящую должность на конкурсной основе.

ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ РНИМУ ИМ. Н.И. ПИРОГОВА

Ответственность за «погружение в педиатрическую специальность» ложится уже на кафедры начальных курсов – биоэтики, истории медицины, правоведения, культурологии с сохранением парадигмы необходимости саморазвития и формирования новых профессиональных компетенций на средних и старших курсах. Студенты активно вовлекаются в исследовательскую и научную деятельность путем развития и совершенствования студенческого научного общества, развития тьюторства. Студенческое тьюторство получило широкое распространение в РНИМУ им. Н.И. Пирогова. Основными его целями являются оптимизация подготовки студентов первых курсов к университетскому образованию, формирование понимания особенностей вузовского обучения, развитие навыков восприятия и эффективного усвоения материала, обучение запоминанию большого объема научной информации, развитие навыков эффективной работы с текстами и терминами, приобретение навыков конспектирования и работы с литературными источниками.

Для студентов средних и старших курсов с целью оптимизации образовательного процесса вводится преподавательское тьюторство – наставничество преподавателя над студентом. Необходимо продолжать внедрять принципы «покажи как», «научи как». Именно поэтому при подборе преподавательского состава кафедр педиатрического факультета важной является стратегия, предложенная Д. Коллинзом: «Сначала КТО, затем ЧТО, а потом КАК».

Современный преподаватель должен не только читать лекции и проводить практические занятия, но и выступать в качестве наставника, советника, содействовать развитию проблемно-ориентированного образования в клинических условиях, создавать новые модели обучения в клинических условиях, развивать ролевую модель преподавания. На плечи преподавателя ложатся обязанности по планированию самого процесса обучения (разработка руководств по изучению учебной программы, новых образовательных, в том числе компьютерных, программ, учебных фильмов и интерактивных модулей), функции по оценке результатов обучения на основе выявления освоения профессиональных компетенций, навыков (экзамены, зачеты, решение ситуационных задач).

Полноценное обучение студентов медицинским дисциплинам невозможно без проведения практических занятий у постели больного, что обуславливает необходимость активного сотрудничества

кафедр университета с лечебно-профилактическими учреждениями практического здравоохранения. Это позволяет не только формировать у студентов клиническое мышление, но и показать будущему врачу все грани практической работы врача-педиатра, с которыми придется столкнуться после окончания вуза. В соответствии с нынешним законодательством (Федеральный закон от 21.11.2011 г. №323-ФЗ), пациенты имеют право отказаться от осмотра с участием студентов, что воспринимается самими пациентами как благо, но ограничивает права студентов на получение соответствующих навыков и умений.

В связи с недостаточным доступом к пациентам в период обучения необходимо расширять и активно внедрять в образовательный процесс симуляционные методы обучения – компьютеризированные манекены, модели для выработки умений и формирования практических навыков, экранные симуляторы и методики виртуальной реальности, симуляторы решения ситуационных задач.

В РНИМУ активно внедряется симуляционное образование, существует Центр аккредитации. В 2009 году на базе кафедры поликлинической и неотложной педиатрии, скорой медицинской помощи и НИЛ клинического моделирования в неотложной педиатрии организован Научно-образовательный инновационный центр (НОИЦ) «Неотложные состояния в педиатрии».

Необходимо активно внедрять в образовательную практику интерактивные обходы, видеоконференции для разбора больных с наиболее интересными заболеваниями, организацию и трансляцию конференций экспертного уровня, включая патолого-анатомические.

Говоря об образовании студентов, нельзя не вспомнить о необходимости изменения форм контроля освоения студентами компетенций. В практику активно внедряется и совершенствуется проведение тестового контроля знаний и стандартизованного клинического экзамена, которые позволяют осуществлять промежуточный и итоговый контроль освоения учебного материала. За счет стандартизации вынесения заключения в моделированных условиях тестовый контроль и стандартизованный клинический экзамен обладают высокой степенью объективности для оценки практической подготовки и качества формирования компетенций.

Почти 90-летний опыт подготовки врачей-педиатров на педиатрическом факультете РНИМУ им. Н.И. Пирогова показал неоспоримые успехи в улучшении здоровья детей и подростков, снижении материнской и младенческой смертности, что доказывает целесообразность не только сохранения додипломного педиатрического образования, но и дальнейшего расширения спектра узких педиатрических врачебных специальностей.

ОБМЕН ОПЫТОМ

Международное сотрудничество: венгерские педагоги на Урале

Оказание специализированной помощи детям, имеющим тяжелые двигательные нарушения, должно осуществляться комплексно. Абилитация данной категории детей и их семей начинается с этапа реанимации и отделения интенсивной терапии новорожденных, продолжается на этапе выхаживания с оказанием в последующем специализированной, в том числе высокотехнологичной, помощи. При этом в систему раннего вмешательства важный вклад вносит не только медицинская составляющая, но и психолого-педагогическая помощь, направленная на повышение реабилитационного потенциала и улучшение качества жизни семьи.



Анна
Николаевна
ПЛАКСИНА

К.м.н., заместитель главного врача по лечебной работе ГАУЗ СО «МКМЦ «Бонум», врач-неонатолог, педиатр



Елена
Александровна
ДУГИНА

Д.м.н., главный врач ГАУЗ СО «МКМЦ «Бонум», главный внештатный специалист, детский невролог УрФО



Ольга
Петровна
КОВТУН

Член-корр. РАН, д.м.н., профессор, ректор ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

- повседневной деятельности с помощью уже сформированных методов решения проблем.

Семейно-ориентированный подход метода, в отличие от традиционного, дает лучшие результаты и шанс ребенку найти путь в здоровое общество.

Главная цель кондуктивной педагогики – интеграция ребенка в общество, достижение им уровня соответствующих возрастным групп путем преодоления имеющейся дисфункции и восстановления ортофункции. При этом под ортофункцией понимается не только обучение моторике, а способность ребенка включиться в пожизненный процесс обучения и выполнять стоящие перед ним задачи, адаптироваться к своему окружению и, по возможности, выполнять его требования.

Помощь получают и родители детей с ограниченными возможностями – как применять новые навыки в домашней обстановке, как интегрировать ребенка в детское общество по месту жительства, как оптимально применять вспомогательные средства.

В кондуктивной педагогике по методу А. Петё на территории Свердловской области нуждаются 2817 детей.

Впервые на территории Уральского федерального округа венгерское предприятие Duna-Ural kft совместно с консульством Венгрии в г. Екатеринбурге предложило организовать предоставление немедицинских услуг детям с ограниченными возможностями с целью их максимальной адаптации к социальной среде. Такая возможность появилась благодаря работе ведомственного проектного офиса Министерства здравоохранения Свердловской области и Министерства международных и внешнеэкономических связей Свердловской области, направленной на реализацию приоритетного регионального проекта по организации межведомственного взаимодействия по формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов (протокол от 13.12.2017 №08-01-48/12).

Уникальный для Свердловской области и Уральского региона в целом курс кондуктивной педагогики по методу А. Петё было предложено провести специалистам, предоставляемым венгерской стороной, на площадке социокультурной адаптации Государственного автономного учреждения здравоохранения Свердловской области «Многопрофильный клинический медицинский центр «Бонум» (ГАУЗ СО «МКМЦ» Бонум»).

31 июля 2018 года в г. Екатеринбурге был проведен образовательный семинар для специалистов (неврологов, педагогов, врачей и инструкторов ЛФК, педиатров и др.) с участием доктора медицины, профессора Медицинского университета Semmelweis г. Будапешт (Венгрия) Франца Шаффхаузера «Реабилитация детей по методу А. Петё».

Метод Андраша Петё (венгерский врач, доктор медицины) показан детям с гиперкинезами, расстройствами координации, имеющим избыточные движения, неустойчивую походку, нарушения согласованности произвольных движений. Путем многократного повторения и закрепления навыков с помощью специального оборудования происходит обучение:

- произвольной остановке избыточных движений;
- развитию произвольных движений;
- развитию координации и направленных движений;
- самообслуживанию и развитию способности к самообслуживанию (одевание/раздевание, прием пищи и т.п.);

В настоящее время родители детей, применяющие метод кондуктивной педагогики, вынуждены обращаться в Институт кондуктивной педагогики и восстановительной двигательной терапии им. профессора А. Петё в г. Будапеште и нести соответствующие расходы на проезд, питание, проживание и непосредственно занятия в самом институте. Финансирование таких поездок в большей части случаев обеспечивают благотворительные фонды РФ. Создание пилотной группы на территории Свердловской области – положительный опыт, который поможет увеличить в РФ число пациентов, использующих данный метод. Это обеспечит не только снижение расходов, но и привлечет за собой благоприятные социально-экономические последствия, в первую очередь в виде удовлетворения соответствующих потребностей населения в услугах российских государственных учреждений. Могут быть созданы дополнительные рабочие места, российские специалисты получат возможность повысить свою квалификацию.

Для реализации данной программы предполагается первоначально приглашать успешно практикующих специалистов, прошедших обучение в вышеуказанном Институте кондуктивной педагогики (г. Будапешт), перенимать и адаптировать их опыт к нашим условиям. Привлечение иностранных специалистов – оригинальных носителей уникальной методики – гарантирует достижение видимого результата в достаточно короткие сроки (1 курс интенсивных занятий рассчитан на 1 месяц), но для поддержания полученного результата и дальнейшего прогресса ребенку необходимо проходить до 2-х курсов в год.

Для повышения доступности помощи заключено соглашение между Институтом кондуктивной педагогики им. А. Петё в г. Будапеште и Федеральным государственным бюджетным образовательным учреждением высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, на базе которого планируется обучение специалистов.

ПИЛОТНАЯ ГРУППА

В 2018 году в МКМЦ «Бонум» был проведен образовательный курс педагогической реабилитации для семей и детей с тяжелыми двигательными нарушениями, в том числе имеющих сочетанную патологию, по авторской методике Андраша Петё с участием специалистов-кондуктологов международного уровня, прошедших обучение в Институте кондуктивной педагогики (г. Будапешт, Венгрия), – Элеоноры и Алисы.

Курс был нацелен на максимальную адаптацию детей к социальной среде и раскрытие потенциала для дальнейшей социализации путем развития движения, координационных, адаптивных и когнитивных навыков, уверенности в себе на бытовом и интеллектуальном уровне. Приняли участие десять семей и 12 детей, десять из них занимались в основной группе, двоим детям была показана индивидуальная программа.

Из отзывов родителей – участников пилотной группы:

Мама Маша Ч. (7 лет), г. Березовский

«Нам очень понравилось то, что здесь идет социализация детей и одновременно играючи проходит обучение полезным навыкам ползания, хождения, проработка моторики. Маша с удовольствием посещает данные курсы, ходит как в детский сад! Мы были на курсах Петё в Венгрии, хотелось бы отметить, что в МКМЦ «Бонум» курсы организованы точно так же, даже мебель для занятий и особенный подход точно, как в Венгрии. Мы очень рады, что нам была предоставлена возможность участия в проекте в нашем городе, без длительных перелетов в другую страну, с сохранением идеологии кондуктологов и идентичным подходом! Еще раз спасибо!»

Мама Ярослава Ч. (3 года), г. Челябинск

«Мы приехали на курс реабилитации из Челябинской области. Очень понравился индивидуальный подход кондуктологов к моему сыну. Обучение и социализация происходит очень аккуратно, с большим трепетом. За короткий промежуток времени мы обучились новым навыкам, преодолели страх спускаться и подниматься по лесенкам. Казалось бы, это очень мало, но теперь мой ребенок не боится играть с другими детьми на площадке и не хочет уходить в конце занятий! Появился зрительный контакт с другими детьми, Ярослав стал проявлять интерес к окружающим, стал более активным. Теперь он сам показывает, что хочет. И то, что у него долго не получалось, после нескольких занятий с Норой (Элеонора – преподаватель курса, кондуктолог из Венгрии) получилось!»





Издательский дом
«АБВ-пресс»

КАЛЕНДАРЬ МЕРОПРИЯТИЙ · 2019

ЯНВАРЬ	31	Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы неонатологии-педиатрии»	Волгоград, Россия	http://medforum-agency.ru
ФЕВРАЛЬ	7–9	V Общероссийская конференция с международным участием «Перинатальная медицина: от прегравидарной подготовки к здоровому материнству и детству»	Санкт-Петербург, Россия	https://praesens.ru
	14–16	Международный саммит по педиатрии	Дубай, ОАЭ	http://www.ipsummit.me/content/welcome-letter.html
	15–17	XXI Конгресс педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии», научно-практическая конференция «Фармакотерапия и диетология в педиатрии»	Москва, Россия	http://www.pediatr-russia.ru
	18–19	16-я Международная конференция по педиатрии и детской кардиологии	Амстердам, Нидерланды	https://pediatriccardiology.conferenceseries.com/europe
	25–26	5-й Всемирный конгресс по неонатологии и педиатрии	Лондон, Великобритания	http://pediatrics.pulsusconference.com
	28–01.03	Российская научно-практическая конференция «Управляемые и другие социально-значимые инфекции: диагностика, лечение и профилактика»	Санкт-Петербург, Россия	http://congress-ph.ru/event/infec2019
МАРТ	15–16	30-й Всемирный саммит по педиатрии и неонатологии	Брисбен, Австралия	https://pediatrics.global-summit.com
	18–19	20-й ежегодный Всемирный конгресс по педиатрии	Чикаго, США	https://pediatrics.conferenceseries.com
	20	XIV Научно-практическая конференция «Современные вопросы педиатрии»	Москва, Россия	https://medq.ru
	21	XIV Международная (XXIII Всероссийская) Пироговская научная медицинская конференция	Москва, Россия	http://pirogovka.rsmu.ru
	17–21	29-й Конгресс Международной педиатрической ассоциации –IPA	Панама, Панама	https://www.ipa2019congress.com/
	28	Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы неонатологии-педиатрии»	Омск, Россия	http://medforum-agency.ru
АПРЕЛЬ	11–12	3-й Ежегодный конгресс по клинической педиатрии и неонатальной помощи	Барселона, Испания	http://clinicalpediatricscongress.alliedacademies.com
	11–13	II Общероссийская конференция с международным участием «FLORES VITAE. Неонатология и педиатрия раннего возраста»	Москва, Россия	https://praesens.ru
	23–24	4-я Международная конференция по педиатрии и детской хирургии	Лондон, Великобритания	http://pediatrics.insightconferences.com
	25–27	Десятый конгресс Национального общества детских гематологов и онкологов «Актуальные проблемы и перспективы развития детской гематологии-онкологии в Российской Федерации»	Сочи, Россия	http://nodgo.org/meeting2019/index.php/ru/
	29–30	IX Балтийский конгресс по детской неврологии	Санкт-Петербург, Россия	www.valetudo-conf.com/kopiya-viii-baltijskij-kongress-1
МАЙ	8–9	28-й Всемирный конгресс по неонатологии и перинатологии	Токио, Япония	https://neonatology-perinatology.pediatricsconferences.com
	13–14	15-я Международная конференция по педиатрии и детской кардиологии	Прага, Чехия	http://pediatriccardiology.alliedacademies.com
	16	Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы неонатологии и педиатрии»	Ставрополь, Россия	http://medforum-agency.ru
	21	XV Научно-практическая конференция «Современные вопросы педиатрии»	Москва, Россия	https://medq.ru
	29–31	Всероссийский конгресс с международным участием «Здоровые дети — будущее страны»	Санкт-Петербург, Россия	https://praesens.ru
ИЮНЬ	10–12	27-я Международная конференция по клинической педиатрии	Берлин, Германия	https://clinicalpediatrics.conferenceseries.com
	12–13	Международная конференция по детскому здравоохранению	Прага, Чехия	https://pediatriccare.pediatricsconferences.com

	ЯНВАРЬ	ФЕВРАЛЬ	МАРТ	АПРЕЛЬ	МАЙ	ИЮНЬ
пн	7 14 21 28	4 11 18 25	4 11 18 25	1 8 15 22 29	6 13 20 27	3 10 17 24
вт	1 8 15 22 29	5 12 19 26	5 12 19 26	2 9 16 23 30	7 14 21 28	4 11 18 25
ср	2 9 16 23 30	6 13 20 27	6 13 20 27	3 10 17 24	1 8 15 22 29	5 12 29 26
чт	3 10 17 24 31	7 14 21 28	7 14 21 28	4 11 18 25	2 9 16 23 30	6 13 20 27
пт	4 11 18 25	1 8 15 22	1 8 15 22 29	5 12 19 26	3 10 17 24 31	7 14 21 28
сб	5 12 19 26	2 9 16 23	2 9 16 23 30	6 13 20 27	4 11 18 25	1 8 15 22 29
вс	6 13 20 27	3 10 17 24	3 10 17 24 31	7 14 21 28	5 12 19 26	2 9 16 23 30



Урология сегодня
специализированное издание для урологов

Онкология Сегодня
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЕ ИЗДАНИЕ ДЛЯ ОНКОЛОГОВ

СОВРЕМЕННАЯ
КАРДИОЛОГИЯ

Акушерство
и гинекология

НЕВРОЛОГИЯ
СЕГОДНЯ | СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ГАЗЕТА
ДЛЯ НЕВРОЛОГОВ

РУССКИЙ
ЖУРНАЛ **ДЕТСКОЙ
НЕВРОЛОГИИ**

	13–15	9-й Европейский конгресс педиатров – Europaediatrics-2019	Дублин, Ирландия	www.europaediatrics2019.org
	14–15	18-я ежегодная Международная конференция по неонатологии	Монреаль, Канада	https://neonatal.conferenceseries.com
	16–20	12-й Международный симпозиум по детской боли	Базель, Швейцария	http://www.ispp2019.org/2019.html
	19–20	Международный конгресс по педиатрии и неонатологии	Венеция, Италия	http://pediatrics.jacobsconferences.com
	20–23	Всемирный саммит по педиатрии	Берлин, Германия	http://www.wsp-congress.com
ИЮЛЬ	8–9	Европейский саммит по педиатрии и неонатологии	Валенсия, Испания	https://www.pediatriccareconference.com
	8–10	2-я Международная конференция, посвященная достижениям в области детского питания	Берлин, Германия	https://pediatricnutrition.pediatricsconferences.com
	18–19	Всемирная конференция по педиатрии и неонатологии	Токио, Япония	http://worldpediatrics.alliedacademies.com
	19–20	2-я Международная конференция по детской патологии и уходу	Атланта, США	https://pediatric.pharmaceuticalconferences.com
	22–23	12-й Всемирный педиатрический конгресс	Мельбурн, Австралия	https://pediatriccongress.conferenceseries.com
АВГУСТ	12–14	28-я Международная конференция, посвященная детскому здоровью	Рим, Италия	https://health.pediatricsconferences.com
	19–20	28-я Международная конференция по педиатрии, неонатологии и уходу	Сингапур, Сингапур	https://pediatricsummit.conferenceseries.com
СЕНТЯБРЬ	7–10	VI Общероссийская конференция «Контраверсии неонатальной медицины и педиатрии раннего возраста»	Сочи, Россия	https://praesens.ru
	16–17	Всемирная педиатрическая конференция	Париж, Франция	https://worldpediatrics.pediatricsconferences.com/
	18	XVI Научно-практическая конференция «Современные вопросы педиатрии»	Москва, Россия	https://medq.ru
	18–19	21-й Всемирный конгресс по педиатрии, детской онкологии и сестринскому делу	Сан-Франциско, США	https://generalpediatrics.conferenceseries.com
	23–24	29-я Международная конференция по педиатрии и первичной медицинской помощи	Барселона, Испания	https://primarycare.pediatricsconferences.com
	23–25	2-я Всеевропейская конференция по педиатрии и неонатологии (EPN 2019)	Лондон, Великобритания	https://pediatrics-neonatology-conferences.magnusgroup.org
ОКТАБРЬ	7–8	32-я Всемирная педиатрическая конференция	Дублин, Ирландия	https://worldpediatrics.pediatricsconferences.org
	14–16	Международная конференция по неонатологии и педиатрии	Лондон, Великобритания	https://pediatrics.scientificserve.com
	17–18	Научно-практическая конференция «Вакцинопрофилактика 2019»	Москва, Россия	http://expodata.info
	28–30	1-й Российский съезд детских анестезиологов-реаниматологов, X Всероссийский междисциплинарный научно-практический конгресс с международным участием «Педиатрическая анестезиология и интенсивная терапия», VI Михельсоновские чтения	Москва, Россия	https://www.childanesthesia.com
НОЯБРЬ	5–8	11-й Всемирный конгресс Всемирного общества детских инфекционных болезней (WSPID)	Манила, Филиппины	https://wspid2019.kenes.com
	22–23	V Всероссийский съезд АДАИР и педиатров, работающих с детьми, страдающими аллергическими заболеваниями	Москва, Россия	https://micepartner.ru
	25	XVII Научно-практическая конференция «Современные вопросы педиатрии»	Москва, Россия	https://medq.ru
	29–30	Общероссийская конференция с международным участием «FLORES VITAE. Поликлиническая педиатрия»	Москва, Россия	https://praesens.ru
ДЕКАБРЬ	2–3	13-й Всемирный педиатрический конгресс	Хельсинки, Финляндия	https://pediatrics-congress.conferenceseries.com/
	11–12	Международная конференция по педиатрическому питанию и уходу	Абу-Даби, ОАЭ	http://pediatricnutrition.alliedacademies.com

ИЮЛЬ	АВГУСТ	СЕНТЯБРЬ	ОКТАБРЬ	НОЯБРЬ	ДЕКАБРЬ	
1 8 15 22 29	5 12 19 26	2 9 16 23 30	7 14 21 28	4 11 18 25	2 9 16 23 30	ПН
2 9 16 23 30	6 13 20 27	3 10 17 24	1 8 15 22 29	5 12 19 26	3 10 17 24 31	ВТ
3 10 17 24 31	7 14 21 28	4 11 18 25	2 9 16 23 30	6 13 20 27	4 11 18 25	СР
4 11 18 25	1 8 15 22 29	5 12 19 26	3 10 17 24 31	7 14 21 28	5 12 19 26	ЧТ
5 12 19 26	2 9 16 23 30	6 13 20 27	4 11 18 25	1 8 15 22 29	6 13 20 27	ПТ
6 13 20 27	3 10 17 24 31	7 14 21 28	5 12 19 26	2 9 16 23 30	7 14 21 28	СБ
7 14 21 28	4 11 18 25	1 8 15 22 29	6 13 20 27	3 10 17 24	1 8 15 22 29	ВС

ЛЕКЦИЯ

Ювенильный идиопатический артрит – как ставить диагноз

Среди ревматических заболеваний, особенно часто встречающихся у детей, — ювенильный идиопатический артрит. Его диагностика может представлять затруднения, поскольку заболеваний, которые сопровождаются поражением суставов и внесуставными проявлениями, немало. Во многом это затягивает постановку правильного диагноза и начало лечения.



Екатерина
Иосифовна
АЛЕКСЕЕВА

Д.м.н., профессор, член-корр. РАН, заведующая ревматологическим отделением ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России, декан педиатрического факультета ФГАУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет) Минздрава России, главный внештатный детский специалист ревматолог Минздрава России

ЮВЕНИЛЬНЫЙ ИДИОПАТИЧЕСКИЙ АРТРИТ – ЧТО ЭТО ТАКОЕ?

Ювенильный идиопатический артрит (ЮИА) – артрит неустановленной причины продолжительностью более 6 недель, развивающийся у детей в возрасте не старше 16 лет, при исключении другой патологии суставов. Это одно из наиболее частых и самых инвалидизирующих ревматических заболеваний, встречающихся у детей. Как правило, в дебюте заболевания родители детей обращаются к педиатрам, ортопедам-травматологам, детей госпитализируют в инфекционные стационары.

Учитывая, что ЮИА – это болезнь исключения, на пути к диагнозу необходимо исключить все заболевания, которые могут сопровождаться артритом и внесуставными проявлениями: онкологические заболевания, гемобласты и лимфопролиферативные болезни, инфекции, туберкулез, травмы, наследственные болезни, воспалительные заболевания кишечника, аутовоспалительные синдромы и другие ревматические заболевания.

Распространенность ЮИА в разных странах колеблется от 0,05 до 0,6%. Чаще болеют девочки. Смертность – в пределах 0,5–1%.

Истинная причина ЮИА неизвестна. В основе развития болезни лежат иммуносупрессивные механизмы, которые приводят к воспалению синовиальной оболочки суставов, деструкции хряща и кости, а также поражению сосудистой оболочки глаз и внутренних органов.

ЮИА – это не наследственное заболевание, поскольку оно не может передаваться непосредственно от родителей к их детям. В научном мире достигнуто единство мнений относительно того, что это заболевание является результатом сочетания генетической предрасполо-

женности и воздействия факторов окружающей среды (включая возбудителей инфекций). Но даже в том случае, когда может иметь место генетическая предрасположенность, наблюдения, когда два ребенка в одной семье заболевают этой болезнью, очень редки.

ФОРМЫ ЮИА

Олигоартрит – составляет от 50 до 80% в структуре ЮИА в Северной Америке и в Европе, 25% – в Восточной Индии, 26% – среди индийского населения Северной Америки и 31% – в других этнических группах. Распространенность олигоартрита варьирует в зависимости от применявшихся критериев диагностики.

Пик заболеваемости олигоартритом приходится на возраст 1–2 года. Часть детей заболевает после 2-х лет. Но в этих случаях высока вероятность развития других заболеваний – энтезит-ассоциированного артрита, ювенильного анкилозирующего спондилита, псориатического артрита или полиартрита.

При олигоартрите первые 6 месяцев болезни характеризуются воспалительными изменениями в 4-х и менее суставах. У ребенка отсутствуют системные проявления, за исключением хронического увеита.

Поражаются преимущественно суставы нижних конечностей – коленные (у 89%), голеностопные (у 36%), мелкие суставы пальцев рук и стоп (у 6%). У 50% развивается моноартрит с поражением коленного сустава.

Суставы при олигоартрите, как правило, припухшие, теплые, но не очень болезненные и никогда не бывают красными. При увеите дети могут предъявлять жалобы на раздражение глаз и болевой синдром, снижение и (или) затуманивание зрения, появление плавающих пятен перед глазами, покраснение глаз, светобоязнь, слезотечение. Но чаще всего жалоб либо нет, либо родители обращают внимание на то, что зрачок у ребенка деформировался, и он натывается на предметы, что связано со снижением остроты зрения.

Полиартрит характеризуется поражением 5 и более суставов в первые 6 месяцев болезни.

Кроме того, могут быть жалобы на потерю массы тела, утреннюю скованность

Ревматические болезни – древнейшая форма патологии человека. В IV тысячелетии до н.э. люди уже были знакомы с заболеванием, поражающим суставы. До нас дошли эти сведения из Китая, Индии и Египта. Гиппократ в своих учениях описывал ревматическое заболевание, поражающее суставы, и отделил артрит от подагры.

Термин «ревматизм» происходит от древнегреческого *ῥευματισμός* (ревматизм), далее из *ῥεῦμα* (поток, струя; истечение). В ряде европейских языков слово заимствовано через латинское *rheumatismus*. Впервые заболевание с поражением суставов назвал ревматизмом древнегреческий врач Диоскорид. Хотя считается, что термин «ревматизм» принадлежит знаменитому древнеримскому врачу Клавдию Галену.

В XVIII–XIX вв. из обобщенного понятия «ревматизм» начали выделяться ревматические болезни. Одновременно московский профессор Г.И. Сокольский и французский врач Жан Батист Буйо установили закономерное поражение сердца при ревматизме. В 1940 году Bernard Comroe предложил термин «ревматолог». В 1942 году доктор Клемперер ввел термин «диффузные коллагеновые болезни». В 1949 году Hollander использовал термин «ревматология» в своем учебнике по артритам и болезненным состояниям (*Arthritis and Allied Conditions*).

или скованность, которая развивается после состояния покоя и является признаком активного артрита. Скованность может продолжаться часами, иногда весь день. Также дети жалуются на боль и/или припухлость, и/или ограничение движений в суставах, нарушение походки; при полиартрите может быть повышение температуры тела до 38 °С, слабость, усталость.

Определение уровня ревматоидного фактора (РФ) в крови позволяет различить два типа полиартикулярного ЮИА: РФ-негативный и РФ-позитивный.

РФ-позитивный полиартикулярный ЮИА очень редко встречается у детей (менее 5% от всего числа больных ЮИА). Заболевание является эквивалентом РФ-позитивного ревматоидного артрита у взрослых (наиболее распространенный тип хронического артрита у взрослых). Он встречается намного чаще у девочек, обычно начинается после достижения ребенком 10-летнего возраста и часто протекает в тяжелой форме. Артрит носит симметричный характер, первоначально поражаются в основном мелкие суставы рук и ног с последующим вовлечением в процесс других суставов. Быстро развиваются нарушения функции и деформации: ульнарная девиация запястья и метакарпофаланговых суставов; деформация по типу «бутоньерки» и «шеи лебедя» в пальцах рук; *hallus valgus* – деформация в первых метатар-

зофаланговых суставах; деформации по типу «камертона» и др., типично развитие ревматоидных узелков.

РФ-негативный полиартикулярный ЮИА составляет 3–15% всех случаев ЮИА. Болезнь может развиваться у детей любого возраста. Чаще болеют девочки. Любой сустав может быть поражен. Как правило, воспаляются и крупные, и мелкие суставы: коленные, лучезапястные, голеностопные и мелкие суставы кистей рук и стоп как в дебюте заболевания, так и на всем протяжении болезни; 2-й и 3-й метакарпофаланговые и проксимальные межфаланговые суставы; дистальные межфаланговые суставы поражаются крайне редко. Височно-нижнечелюстные суставы поражаются значительно чаще, чем при РФ-позитивном полиартрите; формируется «птичья» челюсть; шейный отдел позвоночника в дебюте поражается редко, но с течением заболевания наблюдается ограничение движений (разгибания) в шейном отделе позвоночника.

При полиартрите в клиническом анализе крови выявляются нормальное или умеренно повышенное число лейкоцитов с нейтрофильным сдвигом влево, повышение СОЭ, редко – гипохромная анемия и тромбоцитоз.

Выявление только антител к РФ IgA или в сочетании с антителами к РФ IgM ассоциируется с высокой активностью

Распространенность и первичная заболеваемость ЮИА в РФ (на 100 тыс.)

	До 18 лет	14–18 лет	До 14 лет
Распространенность	62,3	116,4	45,8
Первичная заболеваемость	16,2	28,3	12,6

Иммунологические показатели крови при олиго- и полиартритической форме ЮИА

Показатели крови	Олигоартрит	РФ-положительный полиартрит	РФ-негативный полиартрит
Ревматоидный фактор	Норма	Повышен	Норма
Антитела к циклическому цитруллинированному пептиду	Не обнаружены	У 57–90% пациентов положительные	У 17% пациентов положительные
Антинуклеарный фактор	у 65–85% пациентов, в основном у девочек с увеитом	У 80% пациентов	У 50% пациентов

болезни, выраженной функциональной недостаточностью, сужением суставных щелей и формированием эрозий суставных поверхностей.

Антитела к циклическому цитруллинированному пептиду выявляются только у пациентов с полиартритом в дебюте заболевания. Наличие антинуклеарного фактора при РФ-негативном полиартрите ассоциируется с ранним дебютом заболевания, чаще у девочек, развитием асимметричного артрита и высоким риском развития увеита.

Ювенильный спондилоартрит (артрит, ассоциированный с энтезитом) – это артрит и энтезит или артрит, или энтезит в сочетании по меньшей мере с 2-мя из следующих признаков:

- наличие или данные анамнеза о болезненности илеосакральных сочленений и (или) воспалительная боль в спине;
- наличие HLA-B27;
- начало артрита у мальчика в возрасте старше 6 лет;
- острый передний увеит;
- наличие анкилозирующего спондилита;
- артрит, ассоциированный с энтезитом;
- сакроилеит в сочетании с воспалительными заболеваниями кишечника;
- синдром Рейтера;
- острый передний увеит;
- наличие одного из этих заболеваний у родственного первой линии родства (родители, сибсы).

Дебют заболевания может быть постепенным (иногда острым). Характеризуется непостоянной болью в мышцах, суставах и связках; скованностью или воспалительными изменениями, преимущественно в периферических суставах, может начинаться с изолированного поражения тазобедренного сустава.

Периферические суставы поражаются у 82% больных, чаще дистальные межфаланговые суставы, один или два колленных, голеностопных, мелкие суставы стоп и пальцев ног. У 75% развивается олигоартрит, у 25% – полиартрит. Развивается тарзит, сопровождающийся болью, скованностью, нарушением функции, поражается I метатарзофаланговый сустав с формированием hallux valgus, поражаются плечевые, челюстно-височные и грудино-ключичные суставы, редко – тазобедренные, крайне редко – мелкие суставы кистей рук. Боль в грудино-ключичных и ключично-акромиальных суставах в сочетании с болью в ключице может приводить к нарушению экскурсии грудной клетки. Симптомы поражения позвоночника в дебюте у подростков обычно отсутствуют, но мо-

гут появиться в ходе болезни. Суставной синдром асимметричный.

У одной трети пациентов в течение заболевания могут наблюдаться несколько эпизодов увеита. Острый передний увеит проявляется болью в глазу, покраснением и расфокусировкой зрения продолжительностью до нескольких недель. Этот вариант увеита отличается от увеита, который развивается у девочек с олигоартритом.

В клиническом анализе крови редко выявляется гипохромная анемия, показатель СОЭ умеренно или значительно повышен, остальные показатели, как правило, в пределах нормы. Сывороточный уровень СРБ повышен. У 90% пациентов выявляется положительный HLA-B27.

HLA-B27

Наличие HLA-B27 и других генов предрасполагает к развитию ювенильного спондилоартрита (энтезит-ассоциированного артрита). Примерно у 20% пациентов имеются родственники первой или второй степени родства, страдающие этим заболеванием. Данная форма ЮИА может в определенной степени присутствовать с большей частотой в некоторых семьях. Однако мы не можем утверждать, что она является наследственным заболеванием. Болезнь развивается только у 1% носителей гена HLA-B27. Иными словами, 99% людей, которые имеют ген HLA-B27, никогда не болеют ювенильным спондилоартритом. Кроме того, генетическая предрасположенность неодинакова среди различных этнических групп.

СИСТЕМНЫЙ ЮИА

Означает, что помимо суставов поражаются и различные внутренние органы. Составляет менее 10% от всех случаев ЮИА.

Системным ЮИА мальчики и девочки болеют с одинаковой частотой, заболевание может дебютировать в любом возрасте, но особенно часто оно встречается у детей раннего возраста и дошкольников. У половины пациентов имеются ограниченные периоды повышенной температуры и симптомов артрита, что делает долгосрочный прогноз более благоприятным. У другой половины лихорадка часто имеет тенденцию ослабевать, в то время как выраженность артрита нарастает и иногда с трудом поддается лечению. У меньшей части таких пациентов повышенная температура держится наряду с симптомами артрита.

Температура тела поднимается ≥ 39 °C однократно или несколько раз в день в любое время дня, но чаще ближе к вечеру. Иногда сопровождается пролив-

ным потом, редко – ознобом, быстро нормализуется или опускается ниже нормальных значений, особенно в ранние утренние часы, в дебюте болезни лихорадка может не носить типичного для ЮИА характера. При развитии гемофагоцитарного синдрома лихорадка имеет гектический характер.

Сыпь пятнистая и/или пятнисто-папулезная, линейная, редко – уртикарная или геморрагическая (при гемофагоцитарном синдроме). Размер пятен достигает 2–5 мм. Пятна обычно окружены бледным ободком, в центре элементов более крупного размера формируется очаг просветления. Сыпь не сопровождается зудом, нестойкая, появляется и исчезает, не оставляя следа, в течение короткого времени, усиливается на высоте лихорадки, локализуется преимущественно в области суставов, на лице, боковых поверхностях туловища, ягодицах и конечностях.


Другие симптомы могут включать мышечные боли, увеличение печени, селезенки, перикардит, плеврит.

Чаще увеличиваются шейные, подмышечные и паховые лимфоузлы, при пальпации они плотноэластической консистенции, безболезненные, подвижные, увеличение мезентериальных лимфоузлов может быть причиной боли в животе.

Артрит, как правило, характеризующийся поражением 5 и более суставов, может возникнуть в начале болезни или появиться в дальнейшем, нередко развиваются теносиновиты и синовиальные кисты. Наиболее часто в процессе вовлекаются лучезапястные, колленные и голеностопные суставы. Более чем у 50% больных поражаются также суставы шейного отдела позвоночника, мелкие суставы кистей и челюстно-височные суставы. В дебюте болезни суставной синдром может быть минимальным, его распространенность нарастает в течение нескольких месяцев.

Для клинического анализа крови характерны выраженный лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево, значительное повышение СОЭ, гипохромная анемия, тромбоцитоз. СРБ резко повышен. Аутоантитела при этом варианте заболевания не выявляются.

Педиатры, к которым обращаются пациенты с подозрением на ювенильный идиопатический артрит, должны направить ребенка к детскому ревматологу. Успех лечения зависит от своевременности установления диагноза. Прогноз артрита зависит от тяжести и клинической формы ЮИА, а также от своевременности и адекватности лечения, доступного для всех детей.



Жизненно важные лекарства должны быть доступны всем

АПАЗОВ АЛЕКСАНДР ДМИТРИЕВИЧ

Кандидат фармацевтических наук, доцент, академик Международной академии информатизации, Президент Союза «Национальная фармацевтическая палата», Президент АО «Фармимэкс»



Компания АО «Фармимэкс»
(правопреемник Главного аптечного управления Минздрава СССР, а затем России) **более 70 лет** представлена на Российском и зарубежном фармацевтических рынках.

Основные направления деятельности «Фармимэкс»:
хранение и поставка лекарственных средств в соответствии с требованиями GMP, производство инновационной биотехнологической продукции в соответствии с требованиями GMP.

Цели и задачи

- Приоритетное обеспечение учреждений здравоохранения жизненно важными лекарственными препаратами надлежащего качества
- Обеспечение льготных категорий населения России необходимыми лекарственными препаратами и медицинскими изделиями
- Развитие систем оптовой дистрибуции и розничной торговли в регионах Российской Федерации
- Стратегическое партнерство с международными и российскими производителями фармацевтической и биотехнологической продукции
- Выпуск биотехнологической продукции

С 1997 года АО «Фармимэкс» – один из ключевых поставщиков лекарств в государственном заказе. С середины 2000-х – ведет проекты по собственной разработке лекарственных средств. В 2014 году – начато производство лекарственных препаратов, тем самым мы охватываем все виды деятельности на фармацевтическом рынке.

Преимущества «Фармимэкс»:
«Фармимэкс» входит в тройку крупнейших фармацевтических дистрибьюторов на рынке государственных закупок с долей в 5,3%* и с оборотом **более 30 млрд. рублей**** в год. (*Ремедиум, Итоги 2017, **оборот с учетом отгрузок ед.поставщику)

- Наличие собственных площадей, мощностей и ресурсов в основных сегментах фармацевтического рынка – производстве, дистрибуции и рознице
- Долгосрочный успешный опыт партнерства с мировыми лидерами фармацевтической отрасли
- Агрессивная доставка лекарств от производителя до конечного потребителя в необходимых количествах и в установленные сроки, персонализированная товаропроводящая цепочка
- Присутствие филиалов и представительств компании в большинстве субъектов РФ
- Высокие этические стандарты ведения бизнеса и следование международным антикоррупционным требованиям. Репутация надежного партнера для медицинских организаций и пациентов

11
филиалов

> 150
аптечных организаций

1
производственное предприятие СКОПИФАРМ

4
дочерние организации

Мощная региональная сеть с возможностью поставок в **85** субъектов РФ и Байконур

2
региональных торговых представительства

Складские комплексы в 17 регионах с общей площадью **> 40 000 м²** с валидированной структурой «Холодовой цепи»

Препараты для лечения детских заболеваний:

• Куван	• Траклир ДТ	• Орфалин	• Завеска
• Педея	• Реплагал	• Афинитор 25 мг	• Элапраза
• Солирис	• Наглазим	• Револейд	• Октагам

Реклама

ПРАКТИКА

Об организации нутритивной поддержки в онкопедиатрии

И само заболевание, и его лечение могут приводить к нутритивным нарушениям, что может стать причиной ухудшения состояния больного ребенка. Чтобы быть успешными, лечебные меры должны включать в себя адекватное нутриентное обеспечение, а реабилитация – начинаться как можно раньше, еще на этапе активной терапии.



Андрей
Юрьевич
ВАШУРА

Заведующий отделом научных основ питания и нутритивно-метаболической терапии
ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева»
Минздрава России

Лечение детей в онкопедиатрическом стационаре может сопровождаться серьезными нутритивными нарушениями, основными причинами которых являются:

- алиментарные (снижение или дисбаланс поступления нутриентов с пищей из-за болевого синдрома, тошноты, рвоты, извращения вкусовых ощущений и обоняния, эмоционального стресса и пр.);
- гастроинтестинальные (снижение функции гастроинтестинального тракта из-за болезни, действия агрессивного лечения и его осложнений);
- метаболические (связанные с драматическим воздействием основного заболевания, а также лечения и его осложнений на метаболизм).

Питание наряду с водой и воздухом является ключевым необходимым фактором для существования организма как такового – вне зависимости от того, здоров человек или болен и чем он болен конкретно. Логично, что течение заболевания, агрессивное токсическое лечение только усиливают эту важность, поскольку нужды организма увеличиваются, в первую очередь за счет патологических потерь и повышения расходов всех нутриентов на процессы репарации тканей. К сожалению, многие врачи в процессе лечения забывают об этом, и адекватное нутриентное возмещение потребностей организма пациента как бы уходит на второй план, а то и вовсе теряется в рутине лечебно-диагностического процесса. К еще большему сожалению, есть и доктора, которые принципиально не признают важности адекватной нутритивной поддержки, принимая факт вынужденного длительного голодания ребенка и стремительного снижения его веса как вполне естественное явление. В таком случае само лечение теряет свою фундаментальную основу и скрыто трансформируется из лечения пациента в лечение заболевания. Последствием такого лечения, пусть даже успешного в ракурсе излечения заболевания, может являться глубокая инвалидизация ребенка и снижение качества его дальнейшей жизни в целом.

КОГДА НАЧИНАТЬ РЕАБИЛИТАЦИЮ

Многие доктора представляют себе процесс реабилитации пациента как некий комплекс мер, начинающийся после окончания лечения. В данное представление четко вписывается услышанная мною несколько лет назад фраза одного врача-онколога: «Если лечение частично

успешно, то проводим дополнительные методы лечения, если полностью успешно, то начинаем реабилитацию, если полностью неуспешно – то паллиатив». В самой этой фразе выражены целая концепция немалого количества докторов и полное непонимание не только необходимости комплексной реабилитации с момента постановки диагноза, но и самой сути этой реабилитации. Понимание, что «это что-то потом, что-то не особенно важное» также часто переносится и на питание. Последствиями такого непонимания реабилитации и адекватного нутриентного обеспечения как ключевого фактора ее эффективности являются хронические проблемы со здоровьем у ребенка в ремиссии, порой не обусловленные основным заболеванием, но часто связанные с побочными эффектами противоопухолевой терапии. Мы часто наблюдаем проблемы с аппетитом, вкусовыми ощущениями, нутритивные нарушения, хронические гастроинтестинальные, когнитивные и метаболические расстройства у детей, находящихся дома в состоянии длительной ремиссии основного заболевания. Важно, что эти проблемы драматически влияют на качество жизни ребенка и пресловутую «социализацию». И проблемы эти очень глубоки, как правило, многофакторны и мультивариантны. Решить их с ходу (или, как некоторые полагают, в процессе одной-двух консультаций специалистов) в период их глубокой хронизации почти невозможно. Логично предположить, что решать их легче на этапе активного лечения основного заболевания, сразу по мере возникновения, а еще лучше – предупреждать.

НУТРИТИВНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ

Как сказано выше, адекватное нутриентное обеспечение служит критически важным фактором эффективности реабилитации в процессе активного лечения (1-го этапа реабилитации), поскольку достаточное поступление нутриентов является жизненно необходимым в любом случае, независимо от того, болен ребенок или нет. В этой связи логичными являются своевременное выявление нутритивных нарушений или риска их развития и своевременная адекватная нутритивная поддержка с учетом состояния пациента, имеющихся проблем и особенностей его питания.

Учитывая то, что состояние пациента в онкопедиатрическом стационаре часто изменчиво, способность принимать и усваивать пищу и метаболические возможности его организма еще более нестабильны, а необходимость кардинальной смены сопроводительной терапии и схемы ее проведения в процессе лечения весьма нередка и возникает не раз у одного пациента – подход к нутритивному обеспечению ребенка должен быть гибким, обязательно учитывающим индивидуальные особенности и текущую клиническую ситуацию. Для этого принципиально важным является именно диетологическое сопро-

вождение пациента, т.е. его плановое ведение в ракурсе нутритивной поддержки, параллельно с ведением лечащего врача. Понятно, что по классической схеме «диетолог-пищевик» это осуществить просто невозможно. Хотя такая схема, к сожалению, продолжает превалировать во многих клиниках нашей страны, усугубляясь указанным выше непониманием как лечащего врача, отвергающего или отодвигающего решение проблемы, так и подчас самого диетолога, не имеющего специальной компетенции и неспособного решить проблему. Своеобразной «ахиллесовой пятой» в этой схеме является катастрофическая нехватка времени как у лечащего врача, так и у диетолога, не позволяющая полноценно заниматься проблемой. Поскольку, как писалось выше, в онкопедиатрическом стационаре риск нутритивных нарушений имеется почти у всех пациентов, а развившиеся нутритивные проблемы, вкупе с изменчивым во всех отношениях состоянием пациента, требуют порой очень вдумчивого и далеко не быстрого анализа ситуации и регулярного диетологического контроля – в конечном счете опускаются руки даже у опытного, понимающего лечащего врача и компетентного специалиста-диетолога просто потому, что у них не хватает на это ни сил, ни времени.

КОМАНДА НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ

Вопрос нутритивной поддержки может быть решен только при условии создания в стационаре «нутритивной команды» или группы нутритивной поддержки, которая на регулярной основе консультирует как пациентов, так и лечащих врачей по всем вопросам нутритивной поддержки.



Организация школ по питанию для родителей и врачей в рамках программы «Центр нутритивной поддержки»

Идея создания специальной службы в нашем центре (тогда еще НИИ детской гематологии, а ныне ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева»), занимающейся вопросами клинического питания, возникла еще в 2006 году и принадлежит Г.Я. Цейтлину и М.В. Коваловой. Пройдя через тяжелые испытания, рождаясь из науки (почти на полном энтузиазме), переходя в клинику (иногда – с важной поддержкой одних лечащих врачей, а иногда, наоборот, с серьезным недоброжелательством других), теряя людей и приобретая новых, на настоящий момент группа сформировалась в полноценную команду высококлассных специалистов в области клини-

ческого питания. Работа группы нутритивной поддержки, которую возглавляет и вдохновляет главный врач Центра, Дмитрий Витальевич Литвинов, стала востребованной не только в отделениях нашей клиники, но и во многих стационарах страны. Благодаря разработке новых технологий, протоколов и программ нутритивной поддержки, образовательным мероприятиям в регионах, которые проводят наши нутрициологи, обучению врачей, регулярной консультативной работе, проводимой в том числе дистанционно, нутритивная поддержка становится неотъемлемой частью лечения и реабилитации в онкологии и педиатрии.

Первыми, кто увидел эффект от лечебного питания, стали мамы наших маленьких пациентов. Школы по питанию, которые мы проводим для родителей и детей, сделали свое дело, и теперь установка зонда или гастростомы начинает расцениваться не как «наказание за отказ от еды», а как необходимая составляющая успешного лечения и реабилитации.

Но в настоящее время еще рано говорить о полном успехе. Формируется только фундамент новой концепции нутрициологического обеспечения в онкопедиатрическом стационаре. И построить «прочный замок» силами только одной группы нутритивной поддержки невозможно, даже если такие группы будут в каждом стационаре. Требуется влияние на мышление лечащих докторов, включение в их интеллектуальный багаж знаний о клиническом питании в онкологии/гематологии и питании (в самом полном понимании этого слова) в целом. Но самое главное, требуется научить докторов пользоваться этими знаниями, понимая суть процесса и логически находя нужное решение даже в самых нестандартных ситуациях.

Со своей стороны, мы приглашаем всех интересующихся вопросами нутритивной поддержки, от медицинских сестер до главных врачей, к нам в ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева». Мы с удовольствием поделимся не только знаниями, технологиями, но и своим энтузиазмом и любовью к нутрициологии.

По всем вопросам нутритивной поддержки можно связаться со специалистами ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева».

Литвинов Дмитрий Витальевич – главный врач ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева» Минздрава России.

Тел.: +7 903 189 6962,
e-mail: litvinov_d_v@mail.ru.

Вашура Андрей Юрьевич – заведующий отделом научных основ питания и нутритивно-метаболической терапии ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева» Минздрава России.

Тел.: +7 926 410 1851,
e-mail: avashura@gmail.com.

КАЛЕНДАРЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК

МАЛЫШИ*

Инфекционное заболевание	Месяцы жизни											
	0	1	2	3	4,5	6	9	12	15	18	20	23
Туберкулез	3–7 дней											
Гепатит В ¹	V1	V2				V3						
Пневмококковая инфекция ²			V1		V2					RV		
Ротавирусная инфекция ³			V1	V2	V3							
Коклюш				АКДС/А6АКДС V1 ^Δ	АКДС/А6АКДС V2 ^Δ	АКДС/А6АКДС V3 ^Δ				АКДС/А6АКДС 1RV ^Δ		
Дифтерия				ИПВ V1 ^Δ	ИПВ V2 ^Δ	ИПВ/6ОПВ V3 ^Δ				ИПВ/6ОПВ 1RV ^Δ	6ОПВ2RV	
Столбняк												
Полиомиелит ⁴				V1 ^Δ	V2 ^Δ	V3 ^Δ				RV ^Δ		
Гемофильная инфекция ⁵												
Менингококковая инфекция							MCV ACWY V1	MCV ACWY V2				
Ветряная оспа ⁶									V1			
Корь ⁷								V1				
Краснуха ⁷												
Эпидемический паротит ⁷												
Вирусный гепатит А ⁵											V1	
Грипп												ежегодно
Клещевой вирусный энцефалит ⁵												

Δ Преимущество в составе комбинированных пента-/гексавалентных вакцин

ДОШКОЛЯТА И ШКОЛЬНИКИ*

Инфекционное заболевание	Годы жизни							
	2–3	4–5	6	7	9–11	12–13	14	15–17
Туберкулез ⁸			RV					
Гепатит В ¹								
Пневмококковая инфекция ²	ПКВ ПКВ23		А6КДС-М 2RV					
Коклюш ⁹								
Дифтерия ⁹			А6КДС-М 2RV				А6КДС-М 3RV	
Столбняк ⁹								
Полиомиелит ⁴							6ОПВ/ИПВ 3RV	
Гемофильная инфекция ⁵								
Менингококковая инфекция ⁵						MCV ACWY		
Ветряная оспа ⁶	V2							
Корь ⁷			V2					
Краснуха ⁷								
Эпидемический паротит ⁷								
Вирусный гепатит А ⁵	V2							
Папилломавирусная инфекция ¹⁰							V1–V2	
Грипп								ежегодно
Клещевой вирусный энцефалит ⁵								

- Все дети данной возрастной группы
- Дети из группы риска, по показаниям
- «Догоняющая вакцинация» не привитых ранее детей или вакцинирующихся с нарушением графика
- Допустимый возраст начала вакцинации в соответствии с инструкцией

Примечания:

¹ Первая, вторая и третья вакцинации проводятся по схеме 0-1-6 (1-я доза – в момент начала вакцинации, 2-я доза – через месяц после 1-й прививки, 3-я доза – через 6 месяцев от начала вакцинации), за исключением детей, относящихся к группам риска, вакцинация против вирусного гепатита В которых проводится по схеме 0-1-2-12 (1-я доза – в момент начала вакцинации, 2-я доза – через месяц после 1-й прививки, 2-я доза – через 2 месяца от начала вакцинации, 3-я доза – через 12 месяцев от начала вакцинации).

² Дети 2–5 лет, не привитые ранее, вакцинируются ПКВ13 по «догоняющей» схеме; относящиеся к группе высокого риска (например, с серповидно-клеточной анемией, асплениями, ВИЧ-инфекцией, хроническим заболеванием легких, сердца, печени, почек или иммунологической дисфункцией); рекомендуется последовательное введение законченной схемы ПКВ с дальнейшей вакцинацией ППВ23 через 12 месяцев, при необходимости, интервал не менее 8 недель.

³ Вакцинация против ротавирусной инфекции проводится с 6-недельного возраста трехкратно с интервалом 4–6 недель с обязательным введением первой дозы не позднее 12 недель жизни, а последней – не позднее 32 недель.

⁴ Вакцинация против полиомиелита проводится только инактивированной вакциной детям групп риска (с иммунодефицитными состояниями или анатомическими дефектами, приводящими к резко повышенной опасности заболевания полиомиелитной инфекцией; с аномалиями развития кишечника; с онкологическими заболеваниями и/или длительно получающим иммуносупрессивную терапию; детям, рожденным от матерей с ВИЧ-инфекцией; детям с ВИЧ-инфекцией; недоношенным и маловесным детям; детям, находящимся в домах ребенка).

⁵ Вакцинация проводится в соответствии с инструкцией к препарату.

⁶ Минимальный интервал между прививками против ветряной оспы должен составлять 6 недель.

⁷ При «догоняющей вакцинации» не привитых ранее детей или вакцинирующихся с нарушением графика интервал между первой и второй прививками должен составлять не менее 3 месяцев.

⁸ Ревакцинация проводится туберкулиноотрицательным детям.

⁹ Вакцинация против дифтерии, столбняка, коклюша проводится в соответствии с инструкциями к препарату и национальными рекомендациями.

¹⁰ Вакцина ВПЧ2 – рекомендуемая схема 0-1-6 мес.; у подростков до 15 лет (вкл.) 2-дозовая схема 0-6 мес. Вакцина ВПЧ4 – рекомендуемая схема 0-2-6 мес., у подростков до 14 лет (вкл.) 2-дозовая схема 0-6 мес.

* Дополнения к Приказу Министерства здравоохранения РФ от 21 марта 2014 г. №125н «Об утверждении регионального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям»; Приказу №370н Министерства здравоохранения РФ от 16 июня 2016 г., Приказу №175н Министерства здравоохранения РФ от 13 апреля 2017 г. «О внесении изменений в приложения №1 и 2 к приказу Министерства здравоохранения РФ от 21 марта №125н».

ПРАКТИКА

Кашель? Не проблема

Острые заболевания верхних дыхательных путей занимают ведущее место среди инфекционной патологии. Особенно часто с острыми респираторными инфекциями приходится сталкиваться в педиатрической практике. Одним из ведущих проявлений острых респираторных заболеваний является кашель. Это одна из наиболее частых причин обращения к врачу-педиатру.

ВИДЫ КАШЛЯ

ПО ХАРАКТЕРУ

- Сухой (непродуктивный)
- Влажный (продуктивный). Сопровождается гиперпродукцией бронхиальной слизи (мокроты)

Мокрота:

- Гнойная
- Серозная
- Стекловидная
- Густая, вязкая
- Жидкая, обильная

ПО ВРЕМЕНИ ПРОЯВЛЕНИЯ

- Утренний
- Дневной
- Вечерний
- Ночной

ПО ТЕМБРУ

- Лающий (при остром обструктивном ларингите)
- Битональный – низкий, затем высокий тон (при раздражении области бифуркации трахеи увеличенными лимфатическими узлами средостения, опухолью, аневризмой аорты)
- Короткий, сопровождающийся болезненностью (при острых ларинготрахеитах, сухих плевритах, в начале крупозной пневмонии)

ПО РИТМУ

- Приступообразный (инородное тело в дыхательных путях, коклюш, бронхиальная астма)
- По типу стакато (хламидийная инфекция)

ПО ДЛИТЕЛЬНОСТИ

- Острый (< 3 нед)
- Подострый/затяжной (4–8 нед)
- Хронический кашель (> 8 нед)



КАШЕЛЬ – ЗАЩИТА, КАШЕЛЬ – УГРОЗА

Известно, что кашель является физиологическим механизмом, обеспечивающим очищение дыхательных путей от инородных патологических агентов и образующегося патологического секрета. Но также это один из наиболее распространенных симптомов заболеваний.

Подходы к лечению кашля определяются как причинами его возникновения, так и его характером. Выяснение причины кашля способствует более быстрому и эффективному лечению. Для выбора адекватной терапии кашля большое значение имеют его продолжительность и продуктивность – наличие мокроты.

Сухой кашель нуждается в собственно антигусивной терапии. При наличии мокроты показана терапия, повышающая эффективность кашля, облегчающая выведение патологического секрета. С этой целью используются мукоактивные средства – отхаркивающие и муколитические препараты.

Основными целями муколитической терапии являются регидратация и разжижение мокроты, что приводит к быстрой ее эвакуации и очищению дыхательных путей. В этой группе необходимо отметить широко применяющийся в клинической практике ацетилцистеин. Разрывая дисульфидные связи кислых мукополисахаридов мокроты, ацетилцистеин приводит к уменьшению вязкости слизи и облегчает ее выделение. Помимо это ацетилцистеин оказывает

антиоксидантное действие, нейтрализуя окислительные радикалы.

СПАСЕНИЕ В ОДНОМ ПАКЕТИКЕ

В удобной лекарственной форме выпускается содержащий ацетилцистеин препарат ЭСПА-НАЦ® – в виде саше с порошком для приготовления раствора. После разведения порошка в стакане горячей воды (дополнительное потребление жидкости необходимо для повышения эффективности препарата) получается «микстура» с приятным вкусом и запахом апельсина. Наличие двух дозировок – 200 и 600 мг – облегчает подбор дозы для терапии. Саше с 200 мг ацетилцистеина можно использовать для лечения детей с 2 лет – в суточной дозировке от 200 до 400 мг, детям старше 14 лет и взрослым дозировка может быть увеличена до 600 мг в сутки. Возможность однократного приема препарата (600 мг) способствует повышению комплаентности пациентов.

Сочетание муколитических и антиоксидантных свойств ацетилцистеина позволяет применять препарат при различных заболеваниях с образованием трудноотделяемой мокроты, как острых (ларингитах и трахеитах, бронхитах и пневмонии, синуситах и отитах), так и хронических (бронхоэктатической болезни и ХОБЛ, бронхиальной астме и муковисцидозе).

РАСТИТЕЛЬНЫЕ ТРАДИЦИИ

До сих пор пользуются популярностью и широко применяются в педиатрии

отхаркивающие средства, как правило, растительного происхождения. Они действуют мягко, обычно хорошо переносятся и могут использоваться длительное время. Большое количество соединений, обладающих биологической активностью, обеспечивает их комплексное действие.

Ярким примером современных комбинированных отхаркивающих средств является сироп Эвкabal®, который содержит жидкие экстракты тимьяна и подорожника. Комплексным составом препарата обусловлены его разнообразные эффекты. Он оказывает отхаркивающее действие, обладает антимикробными, противовоспалительными и спазмолитическими свойствами, усиливает активность ресничек мерцательного эпителия дыхательных путей, способствует разжижению бронхиального секрета и усилению его эвакуации. Свойства препарата позволяют применять его в составе комплексной терапии воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей, сопрово-

ждающихся кашлем с трудноотделяемой мокротой. Разрешается использовать Эвкabal® у детей от 1 года.

Известно, что комплексный подход к лечению любого заболевания обеспечивает хороший результат. Вместе с сиропом Эвкabal® целесообразно применять эмульсию Эвкabal® Бальзам С. Она используется для растирания грудной клетки и ванн, которые можно назначать не только взрослым, но и детям с 2 месяцев, а начиная с 5 лет – и для паровых ингаляций. В составе эмульсии эвкалиптовое масло и масло хвой сосны. Эфирные масла стимулируют выделение жидкого бронхиального секрета и улучшают мукоцилиарную активность. Запах эфирных масел возбуждает дыхание, углубляет и учащает его, способствует усилению муколитического эффекта. Совместное применение сиропа Эвкabal® и эмульсии Эвкabal® Бальзам С потенцирует и усиливает их лечебные эффекты, что обусловлено растительным составом препаратов и широким спектром действия их компонентов.



Иновации для качества жизни

ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНИХ И НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ



ЭСПА-НАЦ®

Отхаркивающее муколитическое средство для лечения кашля

- Тройное действие: муколитическое, антиоксидантное, противовоспалительное
- Детям с 2 лет*
- Всего 1 пакетик в день*



ЭСПА-БАСТИН®

Таблетки для лечения аллергии

- Не оказывает седативного действия
- Принимать всего 1 раз в сутки



ЭСПАРОКСИ®

Лечение инфекций верхних и нижних дыхательных путей

- Широкий спектр действия
- Активен в отношении «атипичных» возбудителей

* дозировка 200 мг, дозировка 600 мг
* сироп на основе тимьяна и подорожника можно применять с 1 года
* средства для наружного применения на основе маюк хвой сосны и листьев эвкалипта: с 2 месяцев ванны и растирания, с 5 лет паровые ингаляции



ЭВКАБАЛ®

Отхаркивающие муколитические препараты с противовоспалительным действием для лечения кашля

- Комплексный подход к лечению кашля: изнутри* и снаружи*
- Растительное происхождение активных компонентов



www.esparma-gmbh.ru

Представительство фирмы «Эспарма ГмбХ» в России:
115114, г. Москва, ул. Летниковская, д. 16, оф. 706
Тел.: +7 (499) 579-33-70

Реклама