

ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЮЛЛЕТЕНЬ

EPA/UNEPSA № 23, 2016 г.*

РОЛЬ ПЕДИАТРОВ В ОБЕСПЕЧЕНИИ БЛАГОПОЛУЧИЯ ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В СЕМЬЯХ НОВОГО ТИПА

Поскольку общество и культура Западной Европы под воздействием обстоятельств в целом постепенно меняются, терпит преобразование, в частности, и традиционная модель воспитания детей. С учетом последних результатов исследований и их ограничений, а также постоянных в рамках гражданского общества открытых споров о детях, растущих в семьях нового (смешанного) типа — со своими структурами, верованиями, культурными нормами и личными привычками, важно подчеркнуть, что благополучие подрастающего поколения зависит не только от ответственности родителей, но и от социально-экономической поддержки семей государством, обеспечивающей чувство надежности и защищенности. Так, в статье P. Ferrara и соавт. ([http://www.jpeds.com/article/S0022-3476\(16\)30493-0/pdf](http://www.jpeds.com/article/S0022-3476(16)30493-0/pdf)), недавно опубликованной в *The Journal of Pediatrics*, обсуждается мнение Европейской педиатрической ассоциации — Союза национальных европейских педиатрических обществ и ассоциаций (EPA/UNEPSA) и Европейского союза национальных педиатрических обществ и ассоциаций именно по этому вопросу.

Педиатры — это люди, которые в первую очередь отстаивают интересы детей и заботятся об их благополучии. Своей задачей они видят содействие созданию таких условий для ребенка и помощь родителям в процессе воспитания здоровых детей. В докладе EPA/UNEPSA стремится привлечь внимание к меняющимся социальным сценариям и подчеркивает, что современных педиатров необходимо обучать решению новых для них задач и проблем, которые могут возникнуть в семьях смешанного типа, при этом особого внимания заслуживают однополые или семьи с родителями-одиночками. Кроме того, значимость вопросу придают рассуждения и о потенциальном влиянии на детей возможных изменений законодательства в отношении лесбиянок, геев, би- и транссексуалов. Педиатры должны принимать непо-

средственное участие в обеспечении и поддержке социального развития и благополучия детей, проживающих в семьях с различными базовыми структурами: активно работать с ними, бороться с предрассудками и неравенством, предлагая взамен поддержку, стабильность и безопасность. В частности, педиатры должны помочь родителям с решением «неудобных» вопросов, связанных с сексуальным воспитанием и дальнейшей репродукцией. В случае возникновения противоречий с педиатром, который по той или иной причине не готов оказать должную поддержку, семьи должны иметь возможность обратиться за помощью к другим специалистам.

EPA/UNEPSA придерживается принципов защиты младенцев, детей и подростков независимо от структуры их семьи и выступает против любой дискриминации семей по признаку сексуальной ориентации, а также сотрудничает с политиками и законодателями с целью искоренить любые формы внутрисемейного неравенства.

Массимо Петтоэлло-Мантовани
(Massimo Pettoello-Mantovani),
вице-президент EPA/UNEPSA

Список литературы

1. Farr RH, Patterson CJ. Coparenting among lesbian, gay, and heterosexual couples: associations with adopted children's outcomes. *Child Dev.* 2013;84:1226–40.
2. American Academy of Pediatrics, Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. Promoting the well-being of children whose parents are gay or lesbian. *Pediatrics.* 2013;131:827–30.
3. Ferrara P. et al. The Role of Pediatricians in Caring for the Well-Being of Children Living in New Types of Families. *J Pediatr.* 2016 Aug 26. [Epub ahead of print].

ГЕНЕРАЛЬНАЯ АССАМБЛЕЯ EPA/UNEPSA

11 февраля 2016 г. в Москве с участием председателей или делегатов национальных педиатрических обществ из 25 европейских стран была проведена Генеральная ассамблея EPA/UNEPSA. В рамках встречи были

организованы выборы Совета EPA: президент Лейла Намазова-Баранова (Leyla Namazova-Baranova), вице-президент Массимо Петтоэлло-Мантовани (Massimo Pettoello-Mantovani), вице-президент Джулий Местро-

* — английскую версию информационного бюллетеня можно прочесть на сайте <http://www.epa-une psa.org/?q=content/newsletter-october-2016-issue-23>

вич (Julije Mestrovic), генеральный секретарь Мехмет Вурал (Mehmet Vural), казначей Андреас Гербер Гроте (Andreas Gerber Grote), председатель научно-консультативного Совета Йохан Эрих (Jochen Ehrich), член Совета Эли Соме (Eli Somekh), член Совета Бертольд

Колецко (Berthold Koletzko), член Совета Хилари Хои (Hilary Hoey).

Доктор Мехмет Вурал (Mehmet Vural), секретарь EPA

АНОНС 8-го КОНГРЕССА EUROPAEDIATRICS (7–8 июня 2017, Бухарест)

Выступление президента М. Бурия

Румынское общество педиатров (SRPed) является главной национальной педиатрической организацией, известной своей насыщенной научной деятельностью, встречами врачей на ежегодных национальных конгрессах, в летних школах — так называемых Днях педиатрии в Яссах, а также многочисленными мастер-классами и другими событиями, цель которых — обогатить работающих в настоящее время в Румынии 4000 педиатров и 8000 семейных врачей накопленным опытом. Основной задачей работы Общества является образование, в частности — непрерывное обучение с целью обеспечения эффективных и действенных профессиональных отношений между педиатрами, работающими в больницах, специалистами амбулаторно-поликлинических подразделений и семейными врачами.

Последние десять лет SRPed устанавливало тесные международные отношения, что, в частности, подтверждается принадлежностью общества к EPA/UNEPSA, Европейской академии педиатрии (EAP) и Международной педиатрической ассоциации (IPA). Путем активного участия и содействия развитию Европейской ассоциации молодых педиатров (EURYPА) SRPed ведет обмен научным опытом между детскими врачами, поощряя участие педиатров своей страны в научных конференциях/конгрессах на европейском уровне. Кроме того, за последние шесть лет при финансовой поддержке и непосредственном участии SRPed были организованы два курса летних школ для румынских врачей и молодых семейных врачей, только начинающих свою карьеру. Молодые специалисты имели возможность в течение недели участвовать в совещаниях и семинарах, научных презентациях; обсуждать с наставниками наиболее важные аспекты педиатрической практики и ухода за пациентами, связанные с неотложной помощью и хроническими заболеваниями, а также поднимать многие вопросы, связанные с узкими специальностями в педиатрии.

7–10 июня 2017 г. SRPed ожидает научное мероприятие международного масштаба — в Бухаресте открывается 8-й Конгресс Europediatics, организованный совместно с престижной ассоциацией EPA/UNEPSA при поддержке 49 крупных европейских национальных педиатрических обществ. Приглашаем педиатров из Европы и других стран мира внести свой вклад в успех этого важного мероприятия: нам важно знать, какие темы вы хотели бы включить в программу, проанализировать предложенные вами идеи.

8-й Конгресс Europediatics будет проходить совместно с 13-м Съездом SRPed. Международная встреча такого уровня — чрезвычайно важное событие для румынского медицинского сообщества, а также для города-орга-

низатора мероприятия — столицы Румынии. По произведенным расчетам, по числу участников совместное заседание обещает стать третьим по величине событием после саммита НАТО и финала Кубка УЕФА: мы ожидаем прибытия более 4000 участников, включая делегатов из Румынии, Европы и ряда других стран мира.

Организация и проведение такого мероприятия, как Конгресс Europediatics, к тому же совместно со съездом SRPed, безусловно, требует максимального сосредоточения и длительной подготовки. С этой целью был разработан подробный план по созданию условий для организации такой масштабной встречи и обеспечению поддержки на местном, европейском и международном уровнях. В частности, SRPed регулярно способствовал привлечению интереса к Конгрессу на всех научных конференциях, на которых члены Общества выступали либо в роли участников, либо их организаторов. Кроме того, к работе была привлечена координирующая подготовку встречи компания с огромным опытом в этой области деятельности, отвечающая за все текущие вопросы, включая разработку и поддержку информативного веб-сайта Конгресса, призванного обеспечить национальное и международное педиатрические сообщества всей ключевой информацией (<http://www.europaediatics2017.org/>). Не в последнюю очередь моя должность президента SRPed и президента 8-го Конгресса Europediatics-2017 способствовала тесному сотрудничеству с другими 49 европейскими национальными педиатрическими обществами и организациями, а также членами EPA/UNEPSA, президентов и членов которых я лично пригласил на совещание в Бухаресте. Я очень рад, что мои приглашения были приняты, и наше мероприятие уже получило поддержку на местном уровне во многих странах среди различных национальных педиатрических организаций.

Мы с нетерпением ждем совместную с Европейским педиатрическим сообществом работу как во время съезда, так и в ходе различных сессий программы, которые обещают быть интерактивными. Особый упор мы делаем на сотрудничество с несколькими узкоспециализированными европейскими педиатрическими обществами, которые внесут свой вклад в создание научной программы Конгресса Europediatics. Взаимозависимость нескольких педиатрических специальностей будет также важным образовательным фактором в процессе повышения эффективности диагностики и лечения детских болезней.

Как президент SRPed я хотел бы увеличить число иностранных делегатов путем установления прямых контактов с педиатрическими обществами и ассоциациями других стран, чтобы в дальнейшем содействовать участию их членов в Конгрессе. На самом деле, SRPed уже уда-

лось наладить тесные рабочие отношения с Итальянским обществом клинической педиатрии, Турецким педиатрическим обществом, Обществами педиатров в Саудовской Аравии, Венгрии и Союзом педиатров России.

В качестве президента 8-го Конгресса *Europediatrics* я неоднократно выступал на различных научных конференциях в Саудовской Аравии, Турции, России, Словении и Италии, где имел возможность описать важность образовательной функции *Europediatrics* и миссии EPA/UNEPSA в обеспечении эффективной педиатрической медицинской помощи. В 2015 г. во время Национального конгресса педиатров в Тимишоаре мы объединили румыно-турецкое и румыно-итальянское заседания, создав Итальяно-Румынское общество педиатров, которое в феврале 2016 г. провело уже вторую конференцию (Казерта, Италия). В ноябре текущего года запланирована вторая Турецко-Румынская педиатрическая конференция со специализированной научной программой, темы которой представляют взаимный интерес. Оба события станут дополнительной возможностью привлечь педиатров к участию в Конгрессе *Europediatrics* в Бухаресте.

8-й Конгресс *Europediatrics* будет проходить в самом престижном и монументальном здании Бухареста — Дворце Парламента. Этот дворец, ранее известный как Дом Республики (или Дом Народа), имеет 9 этажей на поверхности и 9 подземных уровней. С архитектурной точки зрения, Дворец Парламента — одна из самых спорных построек в Румынии, которую сравнивают и с Букингемским дворцом в Лондоне, и с Версалем во Франции, а архитекторы называют его «маленьким

Пхеньяном» из-за эклектичного стиля здания, полного противоречивых элементов. Участники съезда смогут ознакомиться с Бухарестом и, несомненно, будут в восторге от этого замечательного города с богатой историей и новинками архитектурных построек последних лет. Бухарест — это город, который стремится возродить свое звание «маленького Парижа». Это и в самом деле очаровательный город, который сочетает в себе архитектуру межвоенного периода с футуристическими зданиями XXI века. В свободное время у участников будет возможность посетить Атенеум, Национальный художественный музей, Княжеский двор (*Curtea Veche*), Национальный музей деревни имени Дмитрия Густа, Национальный военный музей, зеленые оазисы сада Чишмиджу и парка Херастрау. Конечно, для тех, кто впервые в Румынии, это будет уникальный опыт посещения страны, которая привлекает западных инвесторов, туристов и звезд Голливуда. Для тех, кто хочет продлить свое пребывание и исследовать красоту Румынии, мы рекомендуем посетить достопримечательности недалеко от Бухареста, такие как долина Прахова, замок Бран, замок Пелеш в Синае, Константа — черноморский порт в дельте Дуная, известные монастыри Молдовы и Буковины.

Мы с радостью ждем Вас в Бухаресте на 8-м Конгрессе *Europediatrics*!

*Профессор Марин Бурля (Marin Burlea),
президент Румынского общества педиатров (SRPed),
президент 8-го Конгресса Europediatrics*

БУДУЩЕЕ ДЕТСКИХ БОЛЬНИЦ

Существует несколько тенденций, которые оказывают влияние на будущее детских клинических больниц в XXI веке: изменения в социально-демографической популяции клиник и в состоянии здоровья младенцев и детей.

С одной стороны, снижение уровней инфекционной заболеваемости и травматизма, достигнутое с помощью соответствующих программ по иммунизации и профилактике травматизма, привело к снижению числа детей, госпитализированных в больницу по этим причинам. Европа к тому же столкнулась с падением числа детского населения в связи с сокращением фертильности женщин и поздним деторождением. С другой стороны, установлен рост уровня заболеваемости хроническими заболеваниями — ожирением, раком и психическими расстройствами. Кроме того, все больше детей имеют ограниченные возможности после курса интенсивной терапии. Рост числа детей, заболевших раком и некоторыми хроническими заболеваниями, безусловно, приведет к увеличению числа госпитализаций, при которых потребуются сложные диагностические и терапевтические вмешательства с участием высококвалифицированного персонала и использованием современного оборудования. Повышение уровня психических расстройств и количества проблем в развитии, необходимость координации лечения ребенка с длительным хроническим состоянием, безусловно, также увеличивают нагрузку на педиатров.

Сложившиеся неравенства в обеспечении охраны здоровья детей в Европе, вызванные нищетой вслед-

ствие финансового кризиса и нарастающим потоком иммигрантов, могут привести к ухудшению состояния здоровья детей и неудовлетворительным исходам, в том числе к насилию, жестокому обращению и проблемам психического здоровья. Такие последствия повлияют в основном на потребителя первичной педиатрической медицинской помощи.

Указанные выше изменения требуют обучения как больничного персонала, так и специалистов в пунктах оказания первичной медицинской помощи с акцентом на изменение их роли в качестве поставщиков медицинских услуг.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ДОСТИЖЕНИЯ

Эпоха геномных, транскриптомных, протеомных и метаболомических открытий дает возможность осуществлять множество диагностических и лечебных мероприятий, способных в целом изменить отношение к оказанию медицинской помощи детям. Диагностические мероприятия будут включать в себя новые различные анализы хронических состояний, что приведет к назначению курса индивидуальной терапии. Этиологическая экспресс-диагностика острых инфекционных заболеваний, таких как пневмония, поможет снизить число назначений антибиотиков при первичной медицинской помощи. Усовершенствование рецептуры нанолечарств, применяемых, например, при остром лимфобластном лейкозе, приведет к снижению побочных эффектов химиотерапевтических препаратов. Роботизированная хирургия уже

находит свое применение при проведении операций у детей.

Новые достижения требуют особого обучения не только работников медицинских учреждений, но и социальных работников с акцентом на консультирование семей. Таким образом, в больницах и пунктах оказания первичной медицинской помощи требуется открыть специальные отделения и создать группы экспертов, и на осуществление этой цели будут выделены крупные денежные средства. Тем не менее высокие затраты на разработку новых медицинских технологий могут привести к неравенству в показателях здоровья между состоятельными семьями, и теми, кто не может позволить себе оплачивать медицинские услуги самостоятельно.

ТЕХНОЛОГИИ ХРАНЕНИЯ ИНФОРМАЦИИ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ

О более широком использовании электронных медицинских баз сообщают все европейские страны. Одновременно были разработаны инициативы для продвижения пациентоориентированных педиатрических медицинских услуг с помощью увеличения потока обмена информацией между несколькими источниками и персонализированного учета пациентов. Интеграция электронной медицинской библиотеки в больницы и клиники первичной медицинской помощи позволит оптимизировать медицинскую помощь, оказываемую детям. Тем не менее возможность совместной работы необходима для ликвидации различий между стационарными и амбулаторными учреждениями. Унифицированная педиатрическая электронная медицинская библиотека необходима для оптимизации перемещения пациента с диабетом или раком в рамках стационара, учреждений первичной медицинской помощи и ухода на дому.

ИЗМЕНЕНИЯ В СИСТЕМЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Перемещение текущего стационарного лечения из больницы в социальные учреждения и на дом происходит как среди пациентов с острыми, так и хроническими заболеваниями. В конечном счете, это приведет к тому, что в больницах будут лежать в основном дети с осложнениями, либо нуждающиеся в интенсивной терапии или высокоспециализированной диагностической и терапевтической помощи (медицинской и хирургической) узких специалистов. Парентеральная антибактериальная терапия для лечения распространенных инфекций, таких как пиелонефрит и пневмония, осуществляется в амбулаторных условиях. Реабилитационный период пациенты теперь чаще проводят дома, а не в больнице, а паллиативная помощь предоставляется на дому или в детских хосписах, но не в высокоспециализированных клиниках.

С другой стороны, первичная медицинская помощь сейчас представляет собой многопрофильную групповую практику при поддержке исследовательского потенциала и связи со специалистами, а осуществление ухода за пациентами с хроническими заболеваниями на дому стало возможно благодаря новаторским технологиям. Усовершенствованная услуга предоставления помощи вне обычных рабочих часов будет объединена с услугами первичной медицинской и неотложной помощи. Все эти изменения потребуют развития социальных услуг и услуг на дому, в связи с чем крайне необходимо отладить координацию медицинской помощи в условиях больницы и социальных центров или на дому, особенно для детей с осложнениями. Для улучшения качества услуг и использования руководящих принципов в работе врачам

и медицинским работникам потребуется применение теоретических/академических знаний и навыков.

РОСТ ПОТРЕБИТЕЛЬСКОЙ ЗАИНТЕРЕСОВАННОСТИ В КАЧЕСТВЕ ПОЛУЧАЕМОЙ МЕДИКО- САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Семьи стали более активно интересоваться детским здравоохранением. Широкое использование интернета, смарт-приложений и телемедицины позволяет родителям получать информацию и участвовать в дистанционных обсуждениях проблем со здоровьем. Количество запросов по медицинской тематике в Google-поиск стремительно растет, а родители превращаются в экспертов. Социальные сети также повышают возможности родителя, который ищет и делится важной информацией. Родители хотят совместно с медицинскими работниками участвовать в принятии решения относительно вариантов лечения своего ребенка.

В связи с новыми аспектами оказания медицинской помощи требуется надлежащее консультирование родителей по ошибочной информации, распространяемой в интернете и социальных медиа, для чего необходимо проводить обучение врачей и медицинских работников. Телемедицина и интернет могут быть использованы как для передачи важных сообщений, так и стать частью терапевтических вмешательств. Медицинская помощь с доброжелательным отношением к ребенку при полном участии родителей и детей в процессе совместного принятия решений станет неотъемлемой характеристикой приема у врача.

ДИНАМИКА РАЗВИТИЯ ТРУДОВЫХ РЕСУРСОВ В ПЕДИАТРИИ

Среди педиатров больше женщин, и они, как правило, работают неполный день. Семейные врачи без соответствующего педиатрического образования оказывают первичную медицинскую помощь детям во многих странах, и тенденция пользоваться их услугами будет только расти в связи с нестабильным финансовым положением многих граждан. Медсестры в больнице будут иметь возможность выполнять часть задач традиционных врачей, и, вероятно, то же самое ожидает учреждения первичной медицинской помощи. Все эти изменения потребуют целенаправленной подготовки персонала без педиатрического образования.

АКАДЕМИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЕ ПРОЕКТЫ

В рамках перемещения текущего стационарного лечения из больниц в социальные учреждения и на дом предполагается специальное скоординированное обучение социальных работников и населения. Исследования, ориентированные на потребности населения, вероятно, будут развиваться за счет того же логического обоснования, при этом совместные социально-клинические исследовательские проекты станут наиболее востребованным вариантом, и им потребуется помощь медицинских библиотек, совместимых с другими базами данных.

*Доктор Захи Гроссман (Zachi Grossman),
Система здравоохранения Маккаби,
Тель-Авив, Израиль*

Список литературы

1. Wolfe I, McKee M. European child health services and systems, lessons without borders. Open University Press: Mcgraw Hill Education; 2013.
2. Starmer AJ, Duby JC, Slaw KM, Edwards A, Leslie AK. Pediatrics in the year 2020 and beyond: preparing for plausible futures. Pediatrics. 2010;126:971–981.

3. Simon TD, Mahant S, Cohen E. Pediatric hospital medicine and children with medical complexity: past, present and future. *Curr Probl Adolesc Health Care*. 2012;42:113–119.
4. Janeway KA, Place AE, Kieran MW, Harris MH. Future of clinical genomics in pediatric oncology. *J Clin Oncol*. 2013;31:1893–903.
5. Plomin R, Simpson MA. The future of genomics for developmentalists. *Dev Psychopathol*. 2013;25:1263–78.
6. Ho J, Dart A, Rigatto C. Proteomics in acute kidney injury — current status and future promise. *Pediatr Nephrol*. 2014;29:161–171.
7. Fanos V, Van den Anker J, Noto A, Mussap M, Atzori L. Metabolomics in neonatology: fact or fiction? *Semin Fetal Neonatal Med*. 2013;18:3–128.
8. Punaro M. Use of microarray in the clinical practice of pediatric rheumatology: the future is now. *Curr Opin Rheumatol*. 2014;65:585–591.
9. Sherr EH, Michelson DJ, Shevell MI, Moeschler JB, Gropman AL, Ashwal S. Neurodevelopmental disorders and genetic testing: current approaches and future advances. *Ann Neurol*. 2013;74:164–170.
10. Walliha R, Ramilo O. Community acquired pneumonia in children. *J Infect*. 2014;69: s87–90.
11. Sosnik A, Carcaboso AM. Nanomedicines in the future of pediatric therapy. *Adv Drug Deliv Rev*. 2014;73:140–61.
12. Cundy TP, Shetty K, Chasng TP, Sriskandarajah K, Gattas NE, Najmaldin A, Yang GZ, Darzi A. the first decade of robotic surgery in children. *J Pediatr Surg*. 2013;48:858–865.
13. Schoen C, Osborn R, Squires D, Doty M, Rasmussen P, Pierson R, Applebaum S. A survey of primary care doctors in ten countries shows progress in use of health information technology, less in other areas. *Health Aff*. 2012; 12:2805–2816.
14. Hain R, Heckford E, McCulloch R. Paediatric palliative medicine in the UK: past, present and future. *Arch Dis Child*. 2012;97:381–384.
15. van Esso D, del Torso S, Hadjipanayis A, et al. Paediatric primary care in Europe: variation between countries. *Arch Dis Child*. 2010;95:791–5.
16. Flynn D, Knoedler MA, Hess EP, Murad MH, Erwin PJ, Montori VM, Thompson RG. Engaging patients in health care decisions in the emergency department through shared decision making: a system-matic review. *Ann Emerg Med*. 2012;19:959–67.
17. Vandewater EA, Denis LM. Media, social networking and pediatric obesity. *Pediatr Clin N Am*. 2011;58: 1509–1519.
18. Allen JV, McGrath A, Lassen S. The use of telemedicine in pediatric psychology: research review and current applications. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am*. 2011;20:55–66.
19. Aardoom JJ, Dingemans AE, Spinhoven P, van Furth EF. Treating eating disorders over the internet: a systematic review and future research directions. *Int J Eat Disord*. 2013;46:539–552.
20. Council of Europe. Guidelines of the committee of ministers of the council of Europe on child friendly health care 2011. URL: <http://www.coe.int/en/web/portal/home> accessed August 25 2015.
21. American academy of Pediatrics committee on pediatric workforce. Pediatric workforce startement. *Pediatrics*. 2005;116:263–269.
22. DelTorso S, vanEsso D, Gerber A, Drabik A, Hadjipanayis A, Nicholson A, Grossman Z. European Academy of Paediatrics Research in Ambulatory Setting Network (EAPRASnet): A multi-national general paediatric research network for better child health. *Child Care Health Dev*. 2010;36:385–91.
23. Fix AG, Grundmeier RW, Steffes J, Adams WG, Kaelber DC, Pace WD, Wasserman RC. Compara-tive effectiveness research through a collaborative electronic reporting consortium. *Pediatrics*. 2015;136: e215–e224.

ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ НАСИЛИЯ В ОТНОШЕНИИ ДЕТЕЙ

В современном мире насилие в отношении детей имеет возрастающую тенденцию и проявляется множеством способов. Вероятно, это связано с военными действиями на Ближнем Востоке, вынужденной эмиграцией семей, хотя в средствах массовой информации освещались случаи и внутриобщинного насилия на территориях Южной Азии (http://www.unicef.org/rosa/protection_7735.htm).

Масштаб насилия хорошо известен педиатрам и медицинским работникам: они ежедневно наблюдают его проявления в виде жестокого физического, эмоционального или сексуального обращения с детьми (http://files.unicef.org/publications/files/Hidden_in_plain_sight_statistical_analysis_EN_3_Sept_2014.pdf).

В настоящее время над проблемой защиты детей от насилия и, в частности, определения роли педиатров в предотвращении насилия работает Международное общество социальной педиатрии и детского здоровья (ISSOP), сделавшее совместное с IPA и Международным обществом по предотвращению жестокого обращения с детьми и безнадзорности (ISPCAN) программное заявление по фактам жестокого обращения с малолетними, в основе которого лежат рассказы самих детей, подвергшихся насилию.

Мальчик, 16 лет, получил ранение в шею в ходе сражения с боевиками группы «Кобра» в Южном Судане: «Когда мне вытащат пулю, я буду чувствовать себя в безопасности. «...» Если я буду в порядке после операции и смогу ходить в школу, то хочу выучиться и работать доктором или занять руководящую должность. Я мог бы стать важным человеком. Я не хочу воевать, я не хочу быть солдатом. Я хочу быть врачом и помогать людям» (процитировано из <http://www.unicef.org/endviolence/>).

ПРОГРАММНОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ О НАСИЛИИ В ОТНОШЕНИИ ДЕТЕЙ

Международная группа, в состав которой вошли ISSOP (www.isop.org), ISPCAN (www.ipscan.org) и IPA (www.ipa-world.org), хочет подчеркнуть, что жестокое обращение с детьми является нарушением прав человека и экономически невыгодной глобальной проблемой общественного здравоохранения. Все формы насилия в отношении детей, в том числе войны, физическое или сексуальное насилие, а также травмы, нанесенные родственниками и повлекшие серьезный физический, психологический, социальный или любой другой связанный с этим событи-

ем вред, эмоционально травмируют детей и формируют искаженное общество будущего.

ISPCAN, IPA, ISSOP, UNISEF, ВОЗ и каждый уполномоченный орган на национальном уровне должны сотрудничать с целью осуществления обоснованных превентивных мер, смягчать последствия вооруженных конфликтов и предлагать лечение пострадавшим детям.

- ISSOP, ISPCAN и IPA заявляют, что защита детей является частью профессиональной подготовки каждого медицинского работника в сфере педиатрии. Сектор здравоохранения должен играть активную роль в предотвращении и смягчении последствий насилия в отношении детей.
- ЮНИСЕФ и ВОЗ должны делать акцент на правах ребенка и указывать на глобальные и национальные обязательства согласно Конвенции о правах ребенка ООН.
- Под определение насилия в отношении детей должны подходить домашнее насилие, общественное межличностное насилие и вооруженный конфликт.
- ООН и международное сообщество, руководствуясь Конвенцией о правах ребенка ООН, должны принять и обеспечить соблюдение законов, защищающих благополучие детей. Предотвращение насилия в отношении детей должно быть признано национальной задачей с высоким приоритетом.
- Исследования, направленные на измерение, контроль и политический курс, необходимо провести на национальном и международном уровнях с целью содействия эффективному принятию решений.

Девочка, 15 лет, Палестина: «Когда последние военные действия в Секторе Газа усилились, израильские самолеты разбомбили все вокруг моего дома, а люди начали кричать и визжать. «...» Моя семья решила бежать из этого района. «...» Мы вернулись сюда снова спустя несколько месяцев скитания и не нашли ничего, что напоминало бы о нашей прежней жизни. «...» Я чувствую себя в безопасности, только когда сплю, и боюсь проснуться с известием о новой войне».

Существуют посылы для всех педиатров и педиатрических сообществ конкретные шаги, которые, несомненно, будут эффективными в борьбе с насилием, особенно среди маленьких детей — наиболее уязвимой части населения.

Первый шаг — содействие распространению положений Конвенции о правах ребенка и разработка законодательства, запрещающего телесные наказания детей со стороны родителей.

Конвенция о правах ребенка (www.unicef.org/crc), статья 19 должна быть прочитана и передана гласности всеми педиатрами.

1. Государства-участники принимают все необходимые законодательные, административные, социальные и просветительные меры с целью защиты ребенка от всех форм физического или психологического насилия, оскорбления или злоупотребления, отсутствия заботы или небрежного обращения, грубого обращения или эксплуатации, включая сексуальное злоупотребление, со стороны родителей, законных опекунов или любого другого лица, заботящегося о ребенке.
2. В случае необходимости такие меры защиты включают эффективные процедуры для разработки социальных программ с целью предоставления необходимой поддержки ребенку и лицам, которые о нем заботятся, а также для осуществления других форм предупреждения и выявления, сообщения, передачи на рассмотрение, расследования, лечения и последующих мер в связи со случаями жестокого обращения с ребенком, указанными выше, а также, при необходимости, для возбуждения судебной процедуры.

Мы также должны изучать Конвенцию при обучении стажеров и во время работы с гражданским населением, чтобы обеспечить соблюдение прав детей во всех наших учреждениях.

Девочка, 17 лет, Испания, пережила сексуальное насилие. Она смогла обсудить пережитые страдания только спустя два года психологических мучений: «Каждый раз, когда я пыталась поговорить об этом со своей матерью, слова застревали у меня в горле, и я не могла ничего произнести. «...» Если бы только кто-нибудь посмотрел на меня... Я так хотела, чтобы кто-нибудь понял, что происходит. Это то, о чем я мечтала, чтобы кто-то просто пришел в мою комнату, ничего не говоря, обнял меня и сказал, что все будет хорошо».

Второй шаг — поддержать действия правительства, направленные на запрет телесных наказаний в семье (порка). Существует множество доказательств того, что физическое наказание детей неэффективно в процессе поведенческого обучения, может привести к долговременному эмоциональному ущербу, а также модели насилия как возможного способа исправить поведение человека. Педиатры играют большую роль в претворении в жизнь этой кампании. Со своей стороны, рекомендуем зайти на веб-сайт Глобальной инициативы по искоренению всех форм телесного наказания детей (<http://www.endcorporalpunishment.org>), который содержит не только информацию по странам, но и данные исследований в поддержку нашей идеи.

*Тони Ватерстон (Tony Waterston),
Ньюкасл, Великобритания*

ДОЛЖЕН ЛИ ПЕДИАТР ЗНАТЬ БОЛЬШЕ О РАННЕМ РАЗВИТИИ РЕБЕНКА?

Наши знания о развитии детей раннего возраста (РДРВ) недавно обогатились достижениями в таких дисциплинах, как нейропсихология, нейрофизиология, психология развития, генетика и эпигенетика. Продольные исследования когорты и интервенционные исследования выявили влияние событий, которые происходят в начале жизненного пути, конкретнее — от зачатия до трех лет,

на течение всей последующей жизни. Многие из разработанных политик и программ, основанных на концепции развития детей в раннем возрасте, подчеркивают важнейшую роль медицинских работников и педиатров первичного звена медицинской помощи в применении концепции РДРВ в своей повседневной работе, а также в пропаганде более широкой политики и вмешательства,

которые поддерживают родителей в желании развивать ребенка. По этой причине программа РДРВ была определена как «новая наука педиатрии».

В данной статье приведены доводы в пользу необходимости заполнения существующего пробела в области знаний, отношений и навыков педиатров относительно развития детей в раннем возрасте и предложена подробная учебная программа для педиатров и отдельно для курсов непрерывного профессионального образования.

ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ: СЛОЖНОСТИ У ДЕТЕЙ И ИХ СЕМЕЙ

Мы знаем, что у значительной части детей наблюдается нетипичное в том или ином объеме развитие когнитивных, языковых, социально-реляционных навыков. Распространенность патологии в течение первого года составляет около 2–3%, особенно среди недоношенных младенцев, и ее уровень увеличивается на 10–15% в возрасте от 18 до 24 мес, когда задержки или нарушения в двигательной координации, когнитивном развитии, языковых и коммуникационных навыках становятся очевидными. И это исключая наиболее распространенные проблемы, связанные с кормлением, сном и приемом пищи.

Проблемы, с которыми сталкиваются родители или опекуны детей, обусловлены особенностями системы здравоохранения той или иной страны.

В числе общих проблем стоит выделить следующие.

1. Трудности, возникающие при необходимости попасть на прием к узкому специалисту (детский психиатр, детский психолог, логопед), в связи с нехваткой медицинских ресурсов.
2. Недооценка тревожащих признаков, например задержка речи, распространена среди педиатров, кто не хочет увеличивать психологическую нагрузку на семью и сомневается, что родители обратятся к таким специалистам, как психолог или детский невролог и психиатр.
3. Часто дошкольные педагоги считают необходимым получить консультацию «пси»-специалиста по причине речевых или поведенческих расстройств у ребенка. Тем не менее их взаимодействие со специалистами первичной медицинской помощи не установлено (обратное также верно).
4. В связи со всеми указанными причинами существует большой, в некоторых странах — очень большой, спрос на частные медицинские услуги, стоимость которых не доступна большей части населения.

Тем не менее существуют серьезные пробелы не только в решении сложных ситуаций или родительских проблем. Неспособность проводить грамотную оценку развития и отсутствие навыков консультирования может привести к утрате возможности предотвращения некоторых проблем развития, снижению их воздействия и в целом к отсутствию возможности поддержать развитие ребенка и взаимодействие между родителями и ребенком с помощью развивающих программ, которые должны проводиться в течение первых лет жизни.

Вопросник, распространенный среди 150 итальянских педиатров, выявил некоторые из существующих пробелов в обучении. Например, половина педиатров не знает, какие проблемы с развитием нервной системы можно ожидать у недоношенных детей с очень низкой массой тела в течение первого года жизни; более 40% педиатров не знакомы с критериями определения задержки речи и факторами, которые могут поставить под угрозу успех усыновления; более 50% не знают, когда целесообразно рекомендовать психологическую поддержку ребенку в случае развода родителей либо утраты

обоих или одного из них; более 60% не в состоянии идентифицировать аномалии развития моторики у новорожденных, которые нуждаются в оценке специалиста.

Умение педиатра общаться по вопросам развития с семьей, другими работниками здравоохранения, образовательных и социальных учреждений и оценивать результаты таких встреч может значительно улучшить состояние ребенка и семейное благополучие в целом, а также значительно снизить число некачественно предоставляемых услуг.

Если педиатры учреждений первичной медицинской помощи не умеют предоставить компетентную помощь при явных или скрытых нуждах семей в вопросах раннего развития ребенка, будет нанесен существенный ущерб и здоровью, и социальным функциям ребенка.

ЧТО ДОЛЖНЫ ЗНАТЬ ПЕДИАТРЫ

На международном уровне информация, касающаяся раннего развития, и классификация признаков РДРВ включены в курс возрастной педиатрии, входящей в учебные программы ординатуры и непрерывного профессионального образования. Например, Европейская конфедерация педиатров первичной медицинской помощи (ЕСРСП) недавно разработала учебную программу, которая включает в себя большую часть признаков РДРВ.

Учебная программа ЕСРСП не предлагает ни оценок времени, необходимого для приобретения этих навыков, ни методов обучения. Европейский проект раннего развития (ЕЕРП) — продукт партнерства множества северных, южных и восточных стран Европы, ориентированных на коммуникативные навыки педиатров учреждений первичного звена здравоохранения.

Предложения ЕСРСП и ЕЕРП представляют собой хорошую основу для развития учебного плана. Тем не менее признаки, указанные ЕСРСП и ЕЕРП, должны быть объединены со знаниями о развитии мозга в первые годы жизни, эффективных мероприятиях, направленных на стимуляцию развития (например, ранние тактики развития, совместное чтение, прослушивание музыки, игры и др.). Для педиатров также необходимо ознакомиться с содержанием конкретных расстройств, таких как речевые нарушения, и с проблемами, касающимися конкретных ситуаций, например усыновления, переживания утраты, детей-иммигрантов, наблюдение недоношенных детей с низкой массой тела. Самое главное — педиатры должны распознавать факторы, которые влияют на развитие, и понимать, как они работают, чтобы суметь увидеть их, интерпретировать и дать совет родителям. Консультирование и поддержка родителей в осуществлении их обязанностей принесет пользу всем детям, прежде всего тем, кто живет в неблагоприятных условиях, а также детям с атипичным развитием, для того чтобы, например, предотвратить сопутствующие заболевания, которые часто возникают из-за несоответствующего взаимодействия или ухода за ребенком.

Центр здоровья и развития ребенка неправительственной организации, базирующейся в Триесте (Италия), проводит обучающие мероприятия для специалистов в области здравоохранения, а также разрабатывает программы помощи родителям. Работа проводится в группах по 20–25 участников, курс РДРВ включает в себя 30 ч уроков (12 основных тем и две сквозные — эффективное общение с родителями и взаимодействие с другими службами) и индивидуальное домашнее задание (по существу, чтение и руководимое наблюдение за собственной клинической деятельностью). Учебный курс основан на интерактивных лекциях, тематических исследованиях, работе в группах и видеопрезентациях.

ЭФФЕКТИВНАЯ КОММУНИКАЦИЯ

В то время как общение с родителями по наиболее распространенным вопросам неотложных ситуаций строится достаточно просто, при возникновении «неудобных» тем (например, по содействию развитию ребенка или взаимодействию между родителями и детьми), которые, как правило, не поднимаются родителями при разговоре с врачом, общение с медицинскими работниками затрудняется. Способность наблюдать, слушать, хвалить, советовать — еще более важна, когда она касается развития детей. Функция педиатров не только отвечать на вопросы родителей, тревожащихся по поводу патологических признаков и симптомов у детей, но и найти время и возможность обсудить вопросы и проблемы, которые большинство родителей либо боятся и стыдятся озвучить, либо не могут найти нужных слов, либо не замечают. Еще более сложная задача заключается в обсуждении тем, о которых родители не задумывались, или в рекомендации хороших практик, о преимуществах которых родители либо не знают, либо не используют, так как они противоречат социальным нормам, принятым в семье. Цель состоит в том, чтобы найти понимание у всех членов семьи, а не заставлять мать в одиночку вести борьбу с правилами и нормами, установленными отцом, бабушкой или всем обществом.

Педиатры обычно возражают, что основным препятствием для осуществления эффективной коммуникации является нехватка времени, особенно в период эпидемий. Мы признаем это: построить доверительные отношения с родителями намного легче, когда есть возможность уменьшить или ограничить время, отводимое на работу с общими медицинскими заболеваниями.

ВЫВОДЫ

Мы выступали за необходимость укрепления существующих учебных программ и курсов РДРВ для педиатров и других специалистов в области охраны здоровья детей. Забота о развитии ребенка — это необходимость в свете развития эпидемиологии проблем здравоохранения и обоснования поддержки родителей в их нелегкой ситуации. Педиатры играют ключевую роль в сети работы служб, которые обеспечивают благосостояние детей, особенно тех, кто может оказаться в невыгодном положении из-за биологических или психологических факторов. Это экономически эффективная и долгосрочная инвестиция, сегодня — наиболее важная, чем когда-либо.

*Giorgio Tamburlini (Джорджи Тамбурлини), Anduena Alushaj
Центр здоровья детей некоммерческой организации —
Центр здоровья и развития ребенка, Триест, Италия*

Список литературы

1. Shonkoff JP, Garner AS. Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health; Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care; Section on Developmental and Behavioral Pediatrics. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*. 2012;129:e232–46.
2. Halle T, Forry N, Hair E, et al. Disparities in early learning and development: Lessons from the Early Childhood Longitudinal Study, Birth Cohort (ECLS-B). Washington, DC: Child Trends. 2009.
3. Jefferis BJMH, Power C, Hertzman C. Birth weight, childhood socioeconomic environment, and cognitive development in the 1958 British birth cohort study. *BMJ*. August 2002;325:305.
4. Walker SP, Wachs TD, Grantham-McGregor M, et al. Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. *Lancet*. 2011;378(9799): 1325–38.
5. Bann CM, Wallander JL, Do B, et al. Home-based early intervention and the influence of family resources on cognitive development. *Pediatrics*. 2016; 137 (4).
6. Engle P, Tamburlini G, Young ME. The role of the health sector in early childhood development. In: *Handbook of Early Childhood Development Research and Its Impact on Global Policy*. Oxford University Press, 2013.
7. WHO/UNICEF. Care for child development: improving the care for young children. Geneva, 2012.
8. Tamburlini G. Early interventions for child development: rationale, evidence and best practices. *Medico e Bambino*. 2014;33:232–9.
9. European Confederation of Primary Care Paediatricians. Primary Care Curriculum Working Group. Curriculum in Primary Care Paediatrics. 2015.
10. Layou-Lignos E, Tsiantis J, Davis H, et al. Training for Primary Health Care Practitioners. *International Journal of Mental Health Promotion* 2005;7(1): 41–53.
11. Halperin JM, Bedard AC, Curchack-Lichtin JT. Preventive interventions for ADHD: a neurodevelopmental perspective. *Neurotherapeutics*. 2012;9(3):531–41.
12. Jednorog K, Altarelli I, Monzalvo K, et al. The influence of socioeconomic status on children's brain structure. *PLoS One*. 2012;7(8): e42486.
13. Irwin LG, Siddiqi A, Hertzman C. Early Child Development — A powerful equalizer. Final Report for the World Health Organization's Commission on the Social Determinants of Health. 2007

ПОРТУГАЛЬСКОЕ ОБЩЕСТВО ПЕДИАТРИИ

17-й Съезд «От целей тысячелетия к устойчивому развитию»

2–4 ноября 2016, Альфандега (Порту, Португалия)

Третьи ежегодные курсы перед съездом прошли под особым девизом: «Обновления в педиатрии»; были затронуты темы, имеющие большое значение для клинической практики, а также узкоспециализированные вопросы в области педиатрии.

Съезд приурочен к 100-летию преподавания педиатрии как отдельной науки на медицинских факультетах

университетов Португалии и курсах последипломного и непрерывного образования.

Мероприятия научной программы Конгресса, прошедшего 3-го и 4-го ноября, несли серьезные образовательные цели и включали в себя круглые столы, конференции, сессии, дискуссии и обсуждения Внеочередного общего собрания.

ГЛАВНЫЕ ТЕМЫ

- Новые руководства по грудному вскармливанию у низкой прибавке массы тела.
- Недобросовестная клиническая практика и новые методы, в том числе право на выбор разных методик.
- Влияние новых технологий на здоровье и благополучие детей.
- Отбор и проверка: как скрывают недостаток знаний?
- Редкие заболевания — муковисцидоз, серповидноклеточная анемия, первичная мерцательная аритмия.
- Аллергия — эозинофилы и другие.
- Причуды генетических диет.
- Новая эпидемиология: астма, сахарный диабет, ожирение, поведенческие механизмы.
- Служба общественного здравоохранения: системная красная волчанка.
- Сепсис, лихорадка, синдром Рейно.
- Дыхательная недостаточность, анализ уровня кислорода и газов в крови.
- Записи процедур в процессе оказания неотложной медицинской помощи.
- Грамотность в вопросах здоровья: создание стабильного будущего.
- Беженцы и мигранты.
- Курение: отказ от курения и профилактика.
- Вакцинация: успех и ограничения.
- Новые вирусы: вирус Зика и другие...
- Как не получить отказ в публикации научных работ.
- Национальные многоцентровые исследования.
- Боль в груди.
- Внезапная смерть.
- Представление исследований в форме устных сообщений: плакаты.
Одна из сессий была посвящена наградам и грантам.
Португальское общество педиатрической кардиологии присоединяется к Национальному конгрессу педиатров и организует мероприятие по детской кардиологии.

*Teresa Bandeira (Тереза Бандейра), президент
Fernanda Rodrigues (Фернанда Родригес),
вице-президент*

*Ines Azevedo (Инес Азеведо), генеральный секретарь
Andre Graca (Андре Грака), казначей*

ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА

Врожденные пороки сердца (ВПС) являются наиболее распространенными врожденными пороками развития и возникают у 0,8% детей, родившихся живыми. Примерно у 1/4 детей с ВПС наблюдают критический врожденный порок сердца (КВПС), который требует хирургического или катетеризационного вмешательства в течение первого года жизни. Семь пороков сердца классифицируются как КВПС: гипоплазия левой половины сердца, атрезия легочной артерии (при неповрежденной перегородке), тетрада Фалло, полное anomальное впадение легочных вен, транспозиция магистральных сосудов, атрезия трехстворчатого клапана и общий артериальный ствол (персистенция артериального ствола). КВПС является основной причиной детской смертности в развитых странах мира, и ранняя диагностика может улучшить статистику исходов новорожденных.

К стратегиям, используемым для скрининга детей с возможным/подозреваемым КВПС, относят ультразвуковую кардиографию плода и послеродовой медицинский осмотр (включает оценку пульса, ритма и тона сердца, анализ на цианоз). Тем не менее только половине новорожденных от общего числа детей с пороками сердца по результатам ультразвуковой кардиографии плода ставят диагноз ВПС постнатально, а 30% случаев КВПС пропускается, поскольку только медицинского осмотра бывает недостаточно. Гипоксемия, которая является отличительной чертой КВПС, может быть не выявлена, и у многих новорожденных с КВПС не развивается клинически очевидный цианоз до выписки из стационара.

Пульсоксиметрия — устоявшаяся, точная и неинвазивная процедура для объективной количественной оценки гипоксемии, которая к тому же давно применяется на практике медсестрами. Пульсоксиметрия у новорожденных стала эффективным способом выявления бессимптомных пациентов с большинством форм КВПС. Этот метод повышает эффективность существующих

процедур скрининга и помогает идентифицировать случаи КВПС, которые могли бы остаться невыявленными. Использование пульсоксиметрии в дополнение к ультразвуковой кардиографии плода и медицинскому осмотру снизило разрыв в количестве поставленных диагнозов до уровня 4,4%. Пульсоксиметрия используется в качестве метода диагностики в США и в ряде европейских стран.

Для обсуждения достижений и результатов в области обучения диагностике КВПС и внедрения различных методик в 2013 г. была организована международная группа европейских неонатологов, педиатров и детских кардиологов. Последнее заседание этой группы экспертов было проведено в Милане 8 апреля 2015 г. Группа состоит из приглашенных президентов или представителей соответствующих европейских научных обществ: президент Умберто Симеони (Европейская ассоциация перинатальной медицины, EAPM), член Совета Даниэле Де Лука (Европейское общество неонатологии, ESN), президент Люк Циммерман (Европейское общество исследований в педиатрии, ESPR), вице-президент Джулий Местрович (Европейская педиатрическая ассоциация — Союз европейских педиатрических обществ, EPA/UNEPSA), президент Мануэль Санчез Луна (Союз европейских неонатальных и перинатальных обществ, UENPS), председатель Международного комитета по развитию программы Жерар Лоэбер (Международное общество неонатального скрининга, ISNS), председатель Комитета по здравоохранению АКК в области народонаселения Жерар Мартин (Американский колледж кардиологии, ACC), вице-президент Нестор Вайн (Фонд охраны здоровья матери и ребенка, FUNDASAMIN), председатель рабочей группы Паоло Манцони (неонатолог, Турин, Италия).

Европейскими педиатрическими и неонатологическими научными обществами разработаны и одобрены научные рекомендации о способах предоставления стан-

дартных услуг по охране материнства, которые помогут внедрить качественный КВПС-скрининг в большинстве стран Европейского союза. Долгосрочные цели нашей деятельности заключаются в своевременном лечении, которое позволит улучшить выживаемость и уменьшить

уровень долгосрочных осложнений у младенцев с КВПС в Европе.

*Джулий Местрович (Julije Mestrovic), Сплит, Хорватия
Паоло Манцони (Paolo Manzoni), Турин, Италия*

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ БЕЗ ПЕДИАТРОВ?

ИММАНЕНТНАЯ И ДРУГИЕ ПРОБЛЕМЫ

В Австрии первичная медицинская помощь детям традиционно представлена дуалистической системой в лице педиатра и врача общей практики. В то время как в городах первичная медицинская помощь обеспечивается почти исключительно педиатрами, врачи общей практики оказывают основную медицинскую помощь детям в сельской местности. Эта дуалистическая система представляет собой устоявшийся компромисс между «лучшим сервисом» и «услугами в районе».

В 2015 г. в Австрии был начат процесс реорганизации первичной медико-санитарной помощи. Согласно действующему проекту, в центрах первичной медико-санитарной помощи планируется обеспечить «полный комплекс услуг». Врачи общей практики выступают в роли главных специалистов и сформируют команды с другими профессионалами, такими как акушерки, медсестры, физиотерапевты и др. Педиатры выступают в качестве аффилированных (не входящих в состав) членов команд таких центров. Другими словами, организация специализированных центров первичной медико-санитарной помощи детям не планируется, что заставляет задуматься о ее качестве.

Реализация текущих планов подразумевает:

- дальнейшее сокращение числа педиатров, которые готовы действовать в таких условиях;
- замену педиатров врачами общей практики;
- увеличение посещаемости больниц детским населением.

Согласно последним данным по учебным планам государственных вузов, обучение студентов дисциплине по специальности «Педиатрия» весьма ограничено и не является обязательным во время годовой клинической практики. Несмотря на то, что длительность обучения врача общей практики недавно была увеличена с 36 до 42 мес, обучение по специальности «Педиатрия», напротив, сокращено с 4 до 3 мес. Кроме того, недавно значительно сократили продолжительность клинической практики. Таким образом, будущие врачи общей практики приобретают лишь весьма ограниченные знания в области педиатрии. В отличие от них, профессиональная подготовка педиатров длится 63 мес и охватывает все области педиатрии и подростковой медицины.

Огромная разница в продолжительности обучения по специальности «Педиатрия» педиатров и врачей общей практики (63 и 3 мес = 21:1) и особенности повседневной практики (исключительно дети и подростки *против* всех возрастных групп) подтверждают, что первичная медико-санитарная помощь детям и подросткам педиатрами представляет:

- более высокое качество медицинских услуг;
- меньшее число посещений больницы;
- лучшую подготовленность специалиста;
- большее число профилактических мероприятий (несчастные случаи, ожирение и т. д.);

- более высокий уровень вакцинации;
- меньшее использование антибиотиков;
- меньшее число ненужных процедур;
- более низкие вторичные затраты.

Таким образом, педиатры Австрии отстаивают позицию включения первичной медицинской помощи в национальные планы органов здравоохранения. Члены ассоциации Политической детской медицины разработали альтернативный план с внедрением как общих, так и детских центров первичной медицинской помощи.

Мы отдаем себе отчет в том, что планы «упростить» оказание медицинской помощи не являются специфическими для Австрии: подобные уже были предложены в других европейских странах. Однако, такие намерения не должны снижать качество оказания медицинской помощи детям и подросткам. Должны быть предприняты межгосударственные усилия по всей Европе с целью обеспечения гарантий наилучшего обслуживания для этой возрастной группы.

Мы считаем, что ЕРА может и должен играть важную роль в процессе разработки положений по оказанию медицинской помощи детям. Что касается Австрии, ЕРА обратился с официальным заявлением к тем, кто политически ответствен за «новую систему» в стране. В этом заявлении ЕРА рекомендует:

- 1) тщательно рассмотреть особые потребности детей и подростков;
- 2) привлечь опытных педиатров при планировании «новой системы»;
- 3) создать доступную систему соответствующей педиатрической первичной медицинской помощи по всей стране;
- 4) разработать различные решения для городских и сельских районов (педиатрические центры против сети педиатрических клиник, сотрудничество с детскими больницами и врачами общей практики и т. д.);
- 5) внести в план работы должность педиатров как «семейных врачей» для детей и подростков;
- 6) позволить педиатрам управлять педиатрическими центрами первичной медико-санитарной помощи в равной степени с врачами общей практики.

Мы надеемся, что эти рекомендации будут восприняты серьезно национальными органами здравоохранения. Австрия могла бы выступить в качестве модели наилучшей практики для других европейских стран.

*Reinold Kerbl (Рейнолд Кербл), Леобен, Австрия
Rudolf Puspok (Рудольф Пуспок), Хальбтурн, Австрия*

Список литературы

1. Puspok R, Fohler O, Himmelbauer I, Otto S, Radon M, Tatzler E, Thun-Hohenstein L Modell für die Primarversorgung von Kindern und Jugendlichen in Österreich.

ЭЛЕКТРОННАЯ ПРОГРАММА ОБУЧЕНИЯ ESPGHAN

ГИБКИЙ ИНСТРУМЕНТ ДЛЯ ДОСТУПНОГО ОБУЧЕНИЯ МЕДИЦИНЕ

Электронное обучение представляет собой гибкий инструмент доступного обучения медицинской науке с многообещающими результатами. Это удобно: оно обеспечивает доступ к учебным материалам в любое время, что позволяет каждому отдельному ученику расти в собственном темпе; совмещает много стилей обучения и может улучшить образовательный процесс путем взаимодействия между обучающимися посредством использования мультимедийных систем. С 2012 г. Европейское общество педиатрической гастроэнтерологии, гепатологии и питания (ESPGHAN) в сотрудничестве с Европейской гастроэнтерологической ассоциацией (UEG) запустили свою собственную программу обучающих электронных курсов на основе передового опыта в области педиатрической гастроэнтерологии, гепатологии и питания.

Программа e-Syllabus представляет собой совокупность материалов всех видов деятельности для электронного обучения (веб-трансляции и курсы по UEG, руководства на веб-сайте ESPGHAN) и составлена в соответствии с учебным планом для педиатрической гастроэнтерологии, гепатологии и питания ESPGHAN.

ESPGHAN: ОНЛАЙН-КУРСЫ, РАЗМЕЩЕННЫЕ НА ПЛАТФОРМЕ UEG

- Доказательные рекомендации по лечению острого гастроэнтерита у детей в Европе.
- Трудности кормления детей с желудочно-кишечными расстройствами.
- ESPGHAN: руководство по диагностике целиакии.
- Функциональный запор.

Кроме того, есть много **веб-трансляций различных образовательных мероприятий**, организованных ESPGHAN, которые размещены на платформе UEG:

- ESPGHAN: питание. Летняя школа-2015.
- Ежегодное собрание ESPGHAN-2014, Иерусалим, Израиль.
- ESPGHAN: педиатрическая гепатология. Летняя школа-2014.
- ESPGHAN: питание. Летняя школа-2013.
- ESPGHAN: монотематическая конференция 2013 — Современные парадигмы и новые стратегии в пересадке печени у детей.
- Ежегодное собрание ESPGHAN-2013, Лондон, Соединенное Королевство Великобритании.

Для того чтобы получить бесплатный доступ к интернет-содержимому, войдите или зарегистрируйтесь в myUEG-регистре на <https://www.ueg.eu/myueg/myueg/>

ESPGHAN: ОНЛАЙН-КУРСЫ, РАЗМЕЩЕННЫЕ НА САЙТЕ ESPGHAN

- Кровотечение из верхних отделов желудочно-кишечного тракта.
- Кровотечение из нижних отделов желудочно-кишечного тракта.
- Варикозное кровотечение.
- Желудочно-кишечные кровотечения у детей: клинический случай.

ИНИЦИАТИВЫ, ПОСВЯЩЕННЫЕ ПЕДИАТРАМ

В 2015 г. на заседании Europaediatrics во Флоренции были организованы две сессии ESPGHAN по электронному обучению на основе Клинических рекомендаций ESPGHAN по острому гастроэнтериту и целиакии. Сессии были интерактивными, участники опрошены по результатам проведения сессии.

На заседании Europaediatrics-2017 г. в Бухаресте (Румыния) планируется провести симпозиум по возможностям и преимуществам электронного обучения в области педиатрической гастроэнтерологии, гепатологии и питания.

Сотрудничество ESPGHAN — Академия раннего питания (ECA)

Электронная платформа eAcademy (Enea) в сотрудничестве с ECA (Детская больница им. Августа фон Хаунера, Мюнхен, Германия) представила ряд обучающих модулей по темам раннего питания, предназначенных для педиатров, гинекологов, врачей общей практики, акушеров и медсестер, работающих в этой области.

Основные модули электронной Академии раннего питания

- Питание и образ жизни во время беременности.
- Грудное вскармливание.
- Младенческое вскармливание.
- Прикорм в младенчестве.

Два модуля ориентированы на лечебное питание недоношенных детей и организацию раннего питания в странах с низким уровнем ресурсов.

Многие модули электронного обучения в области педиатрической гастроэнтерологии, гепатологии и питания дублируются на специальный веб-сайте электронного обучения ESPGHAN.

*Tudor L. Pop (Тудор Поп),
председатель совета
электронного обучения ESPGHAN*

ПРЕОБРАЗОВАНИЕ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УКРАИНЕ И МОДЕРНИЗАЦИЯ ПЕДИАТРИЧЕСКИХ КЛИНИК СУМСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО УНИВЕРСИТЕТА

Здоровье детей — это один из наиболее важных элементов динамики экономического, социального и культурного развития каждой страны в мире.

До недавнего времени услуги педиатрической медицинской помощи в Украине предоставлялись педиатрами и узкими специалистами в поликлиниках (первичное звено медицинской помощи), а также в городских, районных и региональных больницах (вторичное звено медицинской помощи). Медицинское обслуживание детей в сельской местности входило в обязанности педиатров сельских служб скорой помощи и медсестер в медицинских пунктах.

В системе здравоохранения Украины в настоящее время отмечаются существенные недостатки. Например, отсутствие четкого распределения задач между первичным, вторичным и третичным звеном медицинской помощи и, как результат, — бесполезное повторное проведение процедур и услуг, которых можно было избежать, если бы задачи не наслаивались и не повторялись на каждом этапе оказания медицинской помощи. Система первичной медико-санитарной помощи плохо развита из-за неэффективной организации работы служб неотложной медицинской и скорой помощи. В медучреждениях при отсутствии необходимого современного медицинского оборудования необоснованно сформированы составы персонала и нерационально организована их работа. Кроме того, медицинская сфера услуг недостаточно и неэффективно финансируется. Упомянутые проблемы отрицательно влияют на качество оказания педиатрической помощи в Украине.

Количество больниц в Украине вдвое выше, чем в Западной Европе, что приводит к распылению ресурсов и низкому качеству оказания медицинских услуг как взрослым, так и детям. Процент маленьких больниц менее чем с 50 койко-местами от общего числа составляет приблизительно 10%.

В течение последнего десятилетия мы реформировали украинскую систему здравоохранения. Наше Министерство здравоохранения решило применить модель врача общей практики, который выступает в роли специалиста детской медико-санитарной помощи, врачи общей практики стали специалистами первичного звена медицинской помощи, а педиатры — выступать только в качестве консультантов, в связи с чем их число за последние 15 лет уменьшилось почти вдвое. К сожалению, уровень качества медицинской помощи, оказываемой детям врачами общей практики, не может в полной мере удовлетворить потребности населения Украины.

Изменения в системе оказания медицинской помощи детям требуют преобразований в системе медицинского образования. Старые системы обучения включали в себя студенческую ступень педиатрического образова-

ния, за которой следовало последипломное образование педиатров: стажировка, специализация в педиатрической специальности (например, детская кардиология, гастроэнтерология и т.д.). Новая модель основана на преддипломной подготовке врачей общей практики, в ходе которой формируется студенческий состав, имеющий возможность в дальнейшем поступить в аспирантуру, чтобы работать педиатрами на местах и получить возможность для последующей специализации в педиатрии, например детской кардиологии, нефрологии, гастроэнтерологии и др.

Университеты играют ключевую роль в современном медицинском образовании в Украине. Сумский государственный университет (СГУ) входит в ТОП-700 ведущих университетов мира (с общим счетом 651–700) в соответствии с международным рейтингом высших учебных заведений и занимает 4-е место в рейтинге украинских университетов.

СГУ имеет две педиатрические кафедры: кафедру педиатрии и медицинской генетики и кафедру педиатрии и последипломного образования. Преподавательский состав этих кафедр включает 4 профессоров, 8 доцентов и 5 старших преподавателей.

Студенты-медики начинают изучать педиатрию на 3-м году обучения с курса пропедевтики в педиатрии (6 кредитов по шкале ECTS, 180 ч), а затем продолжают изучение курса педиатрии на 4-м и 5-м годах обучения. На протяжении всего 4-го курса студенты получают 5 кредитов по шкале ECTS; на курс педиатрии отводится 150 ч, которые включают изучение патологии раннего возраста, пульмонологии, аллергологии, кардиологии, ревматологии, гастроэнтерологии и нефрологии. На 5-м курсе — 5,5 кредитов по шкале ECTS — 165 ч отводятся на изучение неонатологии, эндокринологии, гематологии и детских инфекционных болезней. Продолжительность изучения курса педиатрии на 6-м году обучения зависит от специализации студентов: при обучении по специальности «Лечебное дело», включающей 255 ч курса педиатрии и детских инфекционных болезней, необходимо получить 8,5 кредитов по шкале ECTS, при обучении по специальности «Профилактическая медицина» (135 ч) — 4,5 кредита по шкале ECTS. Выпускники СГУ, которые хотят стать педиатрами, должны выбрать последипломное профессиональное образование в педиатрии.

Сумская областная детская клиническая больница и городская детская клиническая больница св. Зинаиды с ее филиалами — городскими поликлиниками № 1 и № 2 — работают совместно с СГУ и являются базовыми клиническими университетскими больницами, где персонал предоставляет консультации и медицинскую помощь.

Обе кафедры организуют регулярные научные конференции по педиатрии. Они проводят клинические и

патологоанатомические конференции, семинары, также обучают педиатров нашего региона новым методам профилактики, диагностики и лечения детских болезней. Кроме того, они составляют план работы нашего регионального педиатрического общества, который является членом национальной педиатрической ассоциации Украины.

С 2015 г. сотрудники кафедры педиатрии и медицинской генетики проводят дистанционные и онлайн консультации для лечения сложных клинических случаев.

Научные интересы педиатров СГУ затрагивают среди прочего:

- 1) воздействие неблагоприятных внешних факторов на здоровье детей и подростков;
- 2) открытие механизмов анемии у новорожденных и определение роли некоторых регуляторов эритропоэза (эритропоэтин, цитокины, фибронектин, фактор некроза опухоли и т. д.);
- 3) распространенность дисбаланса микроэлементов у беременных женщин, новорожденных и детей различ-

ных возрастных групп и принципы коррекции состава микроэлементов;

- 4) патология оболочки плода и энергообеспечение при различных патологических состояниях у детей;
- 5) иммунологические особенности и микробиота кишечника у детей с пневмонией, бронхиальной астмой, острым бронхитом и т. д.

Оба ведомства активно участвуют в подаче заявок на гранты ЕС, например TEMPUS, программ ERASMUS+, и тесно сотрудничают с европейскими партнерами из Австрии, Польши, Италии, Греции, Великобритании, Кипра и т. д.

Внедрение новых программ обучения для студентов-медиков и разработка современных методов обучения на курсах последипломного образования педиатров будут способствовать снижению неонатальной и младенческой смертности и заболеваемости в Сумской области.

Доцент кафедры педиатрии Андрей Лобода,
Украина

МЕЖДУНАРОДНЫЕ ИСТОЧНИКИ: ОТ ИССЛЕДОВАНИЙ К ПРАКТИКЕ

ТОКСИЧЕСКОЕ ВЛИЯНИЕ МОЧЕВИНЫ НА УРОВЕНЬ ВЫЖИВАЕМОСТИ ДИАЛИЗНЫХ ПАЦИЕНТОВ С ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Мочевина — уремический токсин, который давно используют в качестве универсального биомаркера степени тяжести хронической почечной недостаточности (ХПН) и адекватности диализа. Исследования предыдущих лет не доказали влияющего значения токсина на патогенез осложнений, связанных с уремией. Однако, недавние экспериментальные и клинические данные подтвердили прямое и косвенное токсическое воздействие мочевины, в частности, через негативное воздействие карбонилированных молекул, полученных из мочевины. Очевидно, что необходимы дальнейшие исследования для изучения потенциальной значимости осложнений ХПН, связанных с концентрацией мочевины, при лечении пациентов, в частности определение терапевтических стратегий для предотвращения токсичности мочевины.

В недавней редакционной статье Z. Massy и соавт. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27174444>), опубликованной в *Seminars in Dialysis*, были проанализированы последние результаты исследований в пользу прямого и косвенного токсического воздействия мочевины как уремического токсина, исключая его роль универсального биомаркера степени тяжести ХПН, и обсуждалась возможная значимость данных наблюдений для выработки тактики ведения пациента. Группа французских исследователей отмечает, что мочевина уже давно рассматривается как не влияющий на ход болезни фактор при ХПН и используется только в качестве универсального биомаркера степени тяжести ХПН и адекватности диализа. Тем не менее последние данные свидетельствуют о том, что настоящие мишени токсичности мочевины, возможно, не были выявлены в более ранних исследо-

ваниях. Прямое и косвенное токсическое воздействие мочевины через карбонилирование в последнее время стало важным вопросом изучения причин и последствий уремического синдрома.

Сильный аргумент в пользу токсичности мочевины для сосудистой системы был предоставлен в исследовании D'Apolito и соавт. Они обнаружили, что воздействие на адипоциты 3T3-L1 с помощью соответствующих концентраций мочевины при отсутствии в составе липополисахарида или тяжелых металлов усиливает выработку активных форм кислорода (ROS), стимулирует резистентность к инсулину и увеличивает экспрессию сывороточных уровней адипокинов, ретинолсвязывающего белка 4, резистина, а также активирует O-сцепленное гликозилирование бета-N-ацетилглюкозамина, тем самым модифицируя инсулиновую сигнализацию. Кроме того, авторы продемонстрировали в экспериментах *in vivo*, что обычные мыши вырабатывали резистентность к инсулину после капельной инфузии мочевины, действие которой нивелировалось антиоксидантом супероксиддисмутазой/каталазоподобной активностью, а у мышей с ХПН наблюдались резистентность к инсулину и нарушение толерантности к глюкозе, которые были нормализованы тем же способом лечения. В более позднем описании результатов исследования тех же авторов показано, что мочевина оказывает токсическое воздействие и на эндотелиальные клетки. Высокое содержание мочевины индуцировало продукцию активных форм кислорода в первичных эндотелиоцитах аорты человека, что обеспечивало стимуляцию провоспалительных путей и подавление защитных ферментов, препятствующих развитию атеросклероза, таких как простациклин G12 (PGI₂) синтаза. Более того, было продемонстрировано, что у мышей с ХПН лечение с применением супероксиддисмутазы/каталазоподобной активности предотвраща-

ло оксидативный стресс аорты, снижало активность PGI₂-синтазы, активировало NF-κB, а также повышало уровень провоспалительных белков. Несмотря на то, что механизмы, участвующие в токсическом воздействии мочевины, еще предстоит исследовать, полученные данные указывают на важную роль мочевины в уремическом синдроме наравне с другими многочисленными веществами, которые накапливаются в межклеточном пространстве у пациентов с ХПН и вызывают резистентность к инсулину и эндотелиальную дисфункцию, индуцируя окислительный стресс. Более того, было доказано, что мочевина также оказывает токсическое действие на желудочно-кишечный тракт. N. Vaziri и соавт. показали, что инкубация ободочных клеток эпителия человека мочевиной в клинически значимых концентрациях приводит к нарушению функции непроницаемости энтероцитов и барьерной функции.

Токсичностью мочевины можно объяснить тот факт, что уровень выживаемости пациентов, проходящих ежедневный гемодиализ, в 2–3 раза превышает уровень выживаемости пациентов, которым назначают гемодиализ реже.

Помимо использования мочевины и полученных из мочевины путем карбонилирования молекул в качестве прогностических биомаркеров риска развития ХПН, осложнений при ХПН и смертности, необходимы дальнейшие исследования для разработки соответствующих терапевтических (диализ) и профилактических стратегий, направленных на снижение повышенного уровня этих молекул при ХПН.

Список литературы

1. Massy ZA, Pietrement C, Tour F. Reconsidering the lack of urea toxicity in dialysis patients. *Semin Dial.* 2016; 29(5):333–7.
2. D'Apolito M, Du X, Zong H, et al. Urea-induced ROS generation causes insulin resistance in mice with chronic renal failure. *J Clin Invest.* 2010;120:203–213.
3. D'Apolito M, Du X, Pisanelli D, et al. Urea-induced ROS cause endothelial dysfunction in chronic renal failure. *Atherosclerosis.* 2015;239:393–400.
4. Vaziri ND, Yuan J, Norris K. Role of urea in intestinal barrier dysfunction and disruption of epithelial tight junction in CKD. *Am J Nephrol.* 2013;37:1–6.

ВЛИЯНИЕ ТЕЛЕВИЗИОННОЙ РЕКЛАМЫ НА ВКУСОВЫЕ ПРЕДПОЧТЕНИЯ ДЕТЕЙ

В недавней статье A. Bruce и ученых из Медицинского центра Университета Канзаса и Университета Миссури-Канзас-Сити, опубликованной в *Journal of Pediatrics* (предварительная электронная публикация — в августе 2016 г.), а также в заметке от редакции журнала подчеркивается влияние телевизионных рекламных роликов на выбор ребенком продуктов питания, а также роль рекламы в повседневной жизни ребенка ([http://www.jpeds.com/article/S0022-3476\(16\)30496-6/pdf](http://www.jpeds.com/article/S0022-3476(16)30496-6/pdf)). Каждый год пищевая промышленность тратит 1,8 млрд долларов на рекламу своей продукции, ориентированную на детей и подростков. По оценкам авторов статьи, дети в возрасте от 2 до 5 лет смотрят более 1000 рекламных роликов в год, подростки — почти 2000. Продовольственный маркетинг считается значимым внешним фактором, который влияет на выбор продуктов питания, переедание и, в конечном счете, ожирение. Телевизионная реклама и марка товара оказывают влияние как на ознакомление с продукцией, так и на формирование пищевых предпочтений. Исследования, изучающие влияние

телевизионной рекламы продуктов питания на детей, показали, что дети, подверженные воздействию рекламы, в большей степени предпочитают фирменные продукты. Телевизионная реклама влияет также и на уровень потребления продуктов, и на пищевое поведение. Поведенческие исследования подтвердили связь между восприимчивостью к рекламе продуктов питания и количеством потребляемой пищи. Например, количество перекусов у детей увеличивается во время или после просмотра рекламы. Дети, имеющие избыточную массу тела, возможно, более подвержены влиянию рекламы торговых марок продуктов питания, поэтому велик риск, что они поддадутся маркетинговым технологиям убеждения. Существует ряд поведенческих и эпидемиологических исследований, которые демонстрируют связь между продвижением на рынок вредных продуктов питания и повышенным риском развития ожирения в детском возрасте. Рекламные слоганы не оказывают равного воздействия на детей: было показано, что существуют индивидуальные различия в активации мозга в ответ на акценты рекламы продуктов питания (например, логотипы торговых марок фастфуда). Во время демонстрации логотипов брендов фастфуда у детей с ожирением снижалась нейрофункциональная реактивность в префронтальной коре головного мозга — области, как известно, связанной с самоконтролем.

В исследовании дети в возрасте от 8 до 14 лет ($n = 23$) составляли рейтинг из 60 продуктов питания в зависимости от того, насколько это вкусная и здоровая пища. A. Bruce и соавт. изучили активность мозга детей во время просмотра рекламы продуктов питания и других товаров с помощью функциональной магнитно-резонансной томографии. При проведении анализа за активности головного мозга ученые сфокусировали внимание на той его области, которая наиболее активна во время дачи оценки — вентромедиальной префронтальной коре. В ходе процедуры сканирования мозга участников спрашивали, хотят ли они съесть продукты, которые им показывали сразу после просмотра рекламы. Исследователи обнаружили, что в целом решения детей были обусловлены вкусовыми предпочтениями, а не полезными характеристиками продуктов, и детям требовалось меньше времени на принятие решения (хотя бы они съели продемонстрированный пищевой продукт), чем участникам той группы, которые смотрели рекламу других товаров. Кроме того, вентромедиальная префронтальная кора головного мозга была значительно более активной у детей после просмотра рекламы еды.

Продовольственный маркетинг считается значимым внешним фактором, который влияет на выбор продуктов питания, переедание и ожирение детей и подростков. Результаты этого исследования показывают, что просмотр рекламы продуктов питания может изменить вкусовые предпочтения, увеличивая потенциал детей в принятии более быстрых и импульсивных решений в отношении продуктов питания. Доктор Брюс отмечает, что «продовольственный маркетинг может изменить психологические и нейробиологические механизмы у детей в области принятия решений, касающихся еды».

Список литературы

1. Bruce AS, Pruitt SW, Ha OR, *J Pediatr.* 2016 Aug 9. [Epub ahead of print].
2. The Journal of Pediatrics (Notes: Becky Lindeman, journal.pediatrics@cchmc.org. <http://www.jpeds.com/content/jpedsbruce2>).

РОЛЬ МИКРОБИОТЫ В ЖИЗНИ МЛАДЕНЦА С МУКОВИСЦИДОЗОМ

Ученые L. Segal и M. Blaser, работающие в рамках Программы изучения микробиома человека на базе Школы медицины Нью-Йоркского университета, обсудили исследование А. Ноен и соавт., пытавшихся на примере 120 ротоглоточных образцов и проб кала, взятых у 13 детей с муковисцидозом в период от рождения до 3 лет, проверить гипотезу о том, что алгоритмы формирования нормального микробиома влияют на риск развития связанной с муковисцидозом симптоматики, такой как легочная колонизация *Pseudomonas* и клинически значимые легочные инфекции. Авторы показали, что доминирующие микробы, многие из которых — анаэробные бактерии, распределяются между стулом и слизистой оболочкой ротоглотки и играют большую, чем кишечная биота, роль с рождения и в течение первых нескольких лет жизни у этих больных. Это исследование подчеркивает существенное разнообразие микробной среды, в которой развиваются патогенные организмы. Небольшой размер выборки (13 детей) ограничивает интерпретацию результатов, но полученные данные доказали необходимость изучения больших когорт для проверки выводов. Это исследование приводит нас к заключению, что ранние стадии приобретения человеком микробиома — это важный этап в связи с восприимчивостью к инфекциям с патогенами муковисцидоза. Такая восприимчивость обычно связана с личными характеристиками организма, которые повышают индивидуальный риск приобретения патогена. При муковисцидозе нарушение антимикробной активности в слизистой оболочке дыхательных путей является примером именно такого рода восприимчивости. Важно определить генотип носителя муковисцидоза, так как существуют значительные фенотипические различия заболевания, основанные на конкретной

мутации пациента. Таким образом, степень дисфункции регулятора трансмембранной проводимости муковисцидоза (CFTR) обеспечивает изменение селекционного давления, которое влияет на раннюю микробную колонизацию носителя. Другой вид восприимчивости можно представить, если рассматривать микробиом индивида как сверхорганизм внутри каждого человека, индивидуальный состав и функции (или дисфункции) которого могут подвергнуть главный организм восприимчивости к успешному посеву и развитию патогенов. Таким образом, период новорожденности можно считать уязвимым этапом развития, в котором микробиом дыхательных путей является важным компонентом системы защиты носителя, а нормальное развитие здоровой микробиоты обеспечивает снижение восприимчивости к попаданию патогенов в организм. Сигал и Блейзер сделали вывод, что мы находимся в самом начале пути к достижению результатов в этой области; но доклад Хоен и др. позволяет нам надеяться, что, приобретая большее знание по микробной экологии раннего периода жизни детей с муковисцидозом, мы сможем предпринять важные шаги в развитии здоровой микробиоты у детей, снизить возможный ущерб легочных инфекций. Подобные подходы могли бы привести к реальной профилактике, которая бы облегчила бремя инфекции в течение длительного периода муковисцидоза.

Список литературы

1. Segal LM, Blaser MJ. Harnessing the early-life microbiota to protect children with cystic fibrosis. *J Pediatrics*. 2015;167:16–18.
2. Hoен AG, Li J, Moulton LA, O'Toole GA, et al. Associations between gut microbial colonization in early life and respiratory outcomes in cystic fibrosis. *J Pediatr*. 2015; 167:138–147.

МЕЖДУНАРОДНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО В РАМКАХ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПО ПЕДИАТРИИ

Многочисленные факты свидетельствуют о том, что определенные аспекты здоровья человека и его болезней обусловлены наличием триллионов микробов, населяющих наш желудочно-кишечный тракт, именуемых кишечной микробиотой. Считают, что количество уникальных генов, входящих в состав микробиоты кишечника, более чем в 150 раз превышает количество генов, закодированных в геноме человека, и что огромное количество промежуточных продуктов обмена, производимых этими организмами, позволяет воздействовать на другие органы и системы человека.

Состав микрофлоры кишечника сложен и в дополнение к бактериям включает в себя вирусы, грибки, простейшие и археи. Эти организмы способствуют не только функционированию, но и выживанию друг друга, а люди зависят от расширенных возможностей физиологии и обмена веществ, которые обеспечивает микробиота. Совсем недавно была признана роль микробиоты кишеч-

ника в регуляции здоровья человека и его болезней, что является крупным достижением и открывает множество новых целей для поддержания здоровья, профилактики и лечения некоторых болезней человека. Эффективность фекальной трансплантации микробиоты при рецидивирующей *C. difficile*-ассоциированной инфекции неоспоримо доказывает, что манипулирование состоянием микробиоты кишечника поможет в борьбе с болезнью.

Подходы в манипуляции состоянием микробиоты кишечника с помощью диеты, пре- и пробиотиков, таргетной антибиотикотерапии, коктейлей с определенным составом бактерий, а также трансплантации фекальной микробиоты, оказывающих влияние на здоровье и течение заболеваний, исследуются или уже применяются на практике. Количество публикаций по данной теме расширяется в геометрической прогрессии и включает в себя исследования, проводимые на животных и человеке, в основе многих из них — сложные тех-

нологии секвенирования и биоинформатический анализ высокой сложности. Чрезвычайно интересно идти в ногу с этой быстро развивающейся областью знаний и понимать, как достигнутые результаты, возможно, могут быть экстраполированы в клинических условиях, но понимание механизмов и возможное клиническое применение является обязательным условием. В этом и состояла цель Всемирного саммита по проблемам здравоохранения-2016: кишечная микробиота, завершеного 5–6 марта 2016 г. (Майами, штат Флорида). Международное мероприятие было организовано Американской гастроэнтерологической ассоциацией (AGA) и Европейским обществом нейрогастроэнтерологии и моторики (ESNM), а ее проведение стало возможным благодаря щедрой поддержке компаний Danone

и Biocodex. AGA и ESNM в рамках совместного научно-го комитета разработали программу, ориентированную не только на практиков, в том числе врачей, помощников врачей, фельдшеров, медсестер, диетологов и нутрициологов, но и на ученых, интересующихся проблемой микробиоты кишечника и ее роли в становлении и поддержании здоровья человека и течении болезней.

Доктор Гейл Хехт (Gail Hecht), профессор медицины, микробиологии и иммунологии, директор отдела гастроэнтерологии и питания Университета Лойолы (Чикаго), председатель Научного комитета Всемирного саммита по проблемам здравоохранения-2016: кишечная флора

ХОРОШЕЕ ЗДОРОВЬЕ: КУДА ВАС ЭТО ПРИВЕДЕТ? #vaccinepassport*

Мир расширил свои границы благодаря вакцинам. Они позволяют нам безбоязненно совершать путешествия в любую часть света. В этом году в рамках проекта «Вакцины сегодня — коммуникативные задачи» мы задаем следующий вопрос: Куда они приведут вас? (Пожалуйста, прочитайте предложения и инициативы «Вакцины сегодня» на сайте www.vaccinestoday.eu).

Вакцины сегодня — это интернет-площадка для обсуждения проблем вакцин и вакцинации. Вакцины по-прежнему попадают в заголовки газет по всему миру и вызывают неподдельный интерес у граждан и специалистов в области здравоохранения. Платформа стремится обеспечить работу интерактивного форума для осознанной дискуссии по вопросам вакцинации, а также служит источником достоверной информации, объединяя заинтересованные стороны и предоставляя возможность поделиться своим мнением.

Чтобы быть информированным по интересующему вопросу и суметь поучаствовать в дискуссии, содержание интернет-проекта представлено в виде интервью с экспертами из академических кругов, групп пациентов, фармацевтов, а также в форме сообщений на основе научных данных и докладов конференций. Платформа осуществляет свою работу под контролем редактора при консультировании с редакционным советом, состоящим из экспертов и руководителей нескольких компаний по вакцинации в Европе, представителей пациентов, а также двух независимых внешних врачей.

ИНФОРМАЦИЯ ВОЗ

Ниже приведены названия веб-сайтов по безопасности вакцин и вакцинации, отвечающие критериям надежной информационной практики: http://www.who.int/vaccine_safety/initiative/communication/network/approved_vaccine_safety_website/en/

- Уход за малышами: Канадское педиатрическое общество (CPS), агентство общественного здравоохране-

ния Канады (Caring for Kids, CfK, Canadian Paediatric Society, CPS, Public Health Agency of Canada).

- Программа поддержки детской иммунизации Американской академии педиатрии (Childhood Immunization Support Program, CISP, American Academy of Pediatrics, AAP).
- Глобальный консультативный Комитет по безопасности вакцин (Global Advisory Committee on Vaccine Safety, GACVS).
- Национальная служба здравоохранения: иммунизация в Шотландии (NHS in Scotland: Immunisation Scotland).
- Институт безопасности вакцин Блумбергской школы общественного здоровья Джона Хопкинса (Institute for Vaccine Safety, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health).
- Национальный научно-исследовательский центр иммунизации и наблюдения вакцин против предотвратимых болезней (National Centre for Immunisation Research and Surveillance of Vaccine Preventable Diseases).
- Национальные программы иммунизации Управления здравоохранением Ирландии (National Immunisation Programme of the Health Service Executive of Ireland).
- Национальная служба здравоохранения: информация об иммунизации (NHS Choices — Immunisation Information).
- Общественное здравоохранение Англии: иммунизация (Public Health England — Immunisation section).
- Госдеп США по здравоохранению и социальным службам, центров по контролю заболеваний (CDC), Национальный центр по новым и зоонозным инфекционным болезням, отдел здравоохранения, повышения качества (US Dept. of Health and Human Services, Centers for Disease Control, CDC, National Center for Emerging and Zoonotic Infectious Diseases, Division of Healthcare Quality Promotion, DHQP).
- Вакцины сегодня (Vaccines Today).

* — в Российской Федерации активно функционирует сайт <http://www.yaprivit.ru/>

СИЛА ПРОГРАММИРОВАНИЯ-2016

13–15 октября 2016 г. в Мюнхене (Германия) в рамках проекта «Раннее питание» (EarlyNutrition) Академии раннего питания (ENA) завершилась конференция «Сила программирования-2016 г.: Истоки ожирения и долгосрочного развития здравоохранения». В основу организации встречи был заложен опыт проведения предыдущих успешных международных мероприятий в Мюнхене (2010 и 2014 гг.) с числом участников более 500.

Международные эксперты клинической науки, фундаментальных и эпидемиологических исследований ставили цель рассмотреть факторы долгосрочных последствий раннего питания и образа жизни, влияющие на ожирение и сопутствующие расстройства. Партнеры проекта EarlyNutrition, финансируемого ЕС, с удовольствием делились своими научно-исследовательскими

подходами и достигнутыми результатами с коллегами со всего мира.

*Бертольд Колецко (Berthold Koletzko),
профессор педиатрии, председатель конференции,
координатор проекта EarlyNutrition
и управляющий директор ENA*

*Бриджит Брандс (Brigitte Brands),
директор по научным исследованиям
и научный руководитель проекта EarlyNutrition*

*Симона Крамер (Simone Cramer),
секретарь конференции
и административный менеджер EarlyNutrition*

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

ПЕДИАТРИЧЕСКИЕ КОНГРЕССЫ

Ноябрь 2016 г.

10 ноября 2016 г.

Обучение: Внутривенная терапия в педиатрии и детском возрасте, в том числе повышение качества и безопасности медицинских услуг за счет эффективной внутривенной терапии в домашних условиях

Место проведения: Лондон, Великобритания

Web-сайт мероприятия: <http://www.healthcareconferencesuk.co.uk/iv-therapy-paediatrics-children>

13–14 ноября 2016 г.

Педиатрический медицинский конгресс

Место проведения: Абу-Даби, Объединенные Арабские Эмираты

Web-сайт мероприятия: <http://www.pmcabudhabi.com/>

17–19 ноября 2016 г.

II Международный конгресс и VI Национальный симпозиум клинической психологии и охраны здоровья детей и подростков

Место проведения: Барселона, Испания

Web-сайт мероприятия: <http://www.aitanacongress.com/2016/>

23–26 ноября 2016 г.

UENPS: 6-й Международный конгресс Союза Европейских неонатальных и перинатальных обществ

Место проведения: Валенсия, Испания

Web-сайт мероприятия: <http://www.uenps2016.org/>

Февраль 2017 г.

13 февраля 2017 г.

Нейроонкология: Педиатрическая нейроонкология. День Исследований

Место проведения: Южный Кенсингтон, Лондон, Великобритания

Web-сайт мероприятия: <https://www.royalmarsden.nhs.uk/paedneuroonc>

24–25 февраля 2017 г.

Дети и животные: Педиатры встречают ветеринаров

Место проведения: Турин, Италия

Web-сайт мероприятия: <http://www.babiesandanimals.eu/>

Май-июнь 2017 г.

30 мая – 3 июня 2017 г.

ESPR Ежегодное собрание и Аспирантура-2017

Место проведения: Давос, Швейцария

Web-сайт мероприятия: <http://www.espr2017.org>

7–10 июня 2017 г.

8-й Конгресс EUROPAEDIATRICALS (EPA/UNEPSA)

Место проведения: Бухарест, Румыния

Web-сайт мероприятия: <http://europaediatrics2017.org/>

Ноябрь-декабрь 2017 г.

30 ноября – 2 декабря 2017 г.

DGPM: 28-й Немецкий конгресс перинатальной медицины

Место проведения: Берлин, Германия

Web-сайт мероприятия: <http://www.dgpm2017.com/>