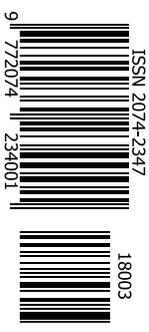


Status Praesens

— педиатрия и неонатология —

#1 [46] 04 / 2018 / StatusPraesens



тема
№ На старте
«Десятилетия
детства»

- «Десятилетие детства»: откуда мы стартуем?
- Банки донорского грудного молока: это возможно!
- Доношенный в асфиксии: безмедикаментозная нейропротекция? Терапевтическая гипотермия!
- Острые кишечные инфекции: современные протоколы
- Риносинусит без антибиотиков: не только можно, но и нужно
- Детская кожа: единство рекомендаций предложено ВОЗ
- Детский кариес: в «перетягивании каната» побеждают стрептококки
- Клинический случай: излюбленные маски геморрагической болезни новорождённых



Уважаемые коллеги!

Приветствую вас на страницах журнала, который **мне нравится** — не только содержанием, но и великолепным дизайном, конкретностью изложения, отсутствием наукообразия, практической направленностью. Выход в свет очередного номера приурочен к открытию Общероссийской конференции с международным участием **«Flores vitae. Неонатология и педиатрия раннего возраста»**.

Я также рад возможности поздравить читателей журнала и участников Конференции с **выдающимся юбилеем**. В январе 1918 года в Наркомате государственного призрения только что созданной Советской Республики начал работу **отдел охраны материнства и младенчества**. Эта государственная структура **впервые в мире** обеспечила детей эффективной медицинской помощью, оказываемой врачом-педиатром амбулаторного звена.

Спустя 100 лет будущее России вновь в ваших руках, дорогие коллеги. В XXI веке младенческая смертность снизилась в 2,6 раза (с 15,3 до 6,0 на 1000 родившихся живыми в 2000 и 2016 годах соответственно). Сохранявшаяся десятилетиями **значимая разница** этого показателя в России и экономически развитых странах **наконец преодолена**: в 2017 году по предварительным данным, нашей стране удалось достичь отметки 5,3‰, а в странах ЕС за 2015 год зафиксировано 3,7‰.

Радует, что абсолютные цифры младенческой смертности в РФ не превышают 12 тыс. в год, но детей-инвалидов за тот же период регистрируют не менее 600 тыс. (причём эксперты говорят о серьёзном **недоучёте** — порядка 200–250 тыс. человек). Становится очевидна наша главная задача: **профилактика детской инвалидности**. Именно вам предстоит решать её.

Успехов и здоровья вам и вашим пациентам, дорогие коллеги!

Засл. деятель науки РФ и Республики Татарстан,
лауреат премии Правительства РФ,
зав. информационно-аналитическим отделом
и главный научный сотрудник НЦД РАМН,
докт. мед. наук, проф. **В.Ю. Альбицкий**

StatusPraesens

— педиатрия и неонатология —

#1 [46]

научно-практический журнал для педиатров, неонатологов
и специалистов педиатрической службы

Официальное печатное издание Общероссийской информационно-образовательной инициативы «Неонатология и педиатрия раннего возраста»



Президент журнала: проф. Дмитрий Олегович Иванов
Главный редактор: проф. Ирина Геннадьевна Солдатова
Директор журнала: канд. мед. наук Светлана Александровна Маклецова
Креативный директор: Виталий Кристал (vit@liq.ru)
Арт-директор: Лина Разгулина
Редакционный директор: Александр Васильевич Иванов
Заместители редакционного директора: Хильда Юрьевна Симоновская, Ольга Александровна Быкова
Аппарат ответственного секретаря редакции: Надежда Михайловна Васильева, Мария Викторовна Кириченко
Ответственный редактор номера: Хильда Юрьевна Симоновская
Научные эксперты: канд. мед. наук Анастасия Сергеевна Петрова, канд. мед. наук Светлана Ивановна Барденикова
Медицинские и литературные редакторы: Хильда Симоновская, Ольга Быкова, Татьяна Рябинкина, Мила Мартынова, Олег Лищук
Препресс-директор: Наталья Лёвкина
Выпускающий редактор: Марина Зайкова
Вёрстка: Юлия Скутучкина, Галина Калинина
Инфографика: Вадим Ильин, Роман Кузнецов, Юлия Крестьянинова, Лидия Веллес, Александра Купцова
Корректоры: Елена Соседова, Анастасия Валентей, Лена Кулачикова
Руководитель отдела взаимодействия с индустрией: Юлия Серёгина (ys@praesens.ru)
Отдел продвижения издательских проектов: Ирина Громова (ig@praesens.ru)

Учредитель журнала ООО «Статус презенс» (105082, Москва, Спартаковский пер., д. 2, стр. 1). Торговая марка и торговое имя StatusPraesens являются исключительной собственностью ООО «Статус презенс» / Издатель журнала. Журнал печатается и распространяется ООО «Медиабюро Статус презенс» (105082, Москва, Спартаковский пер., д. 2, стр. 1, подъезд 9, этаж 3) / Журнал зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций (свидетельство о регистрации средства массовой информации ПИ №ФС 77-34773 от 23 декабря 2008 г.) / Тираж 5000 экз. Цена свободная / Подписано в печать — 9 апреля 2018 г. / Адрес и телефон редакции: 105082, Москва, Спартаковский пер., д. 2, стр. 1, бизнес-центр «Платформа», подъезд 9, этаж 3. Тел.: 8 (499) 346 3902. Почтовый адрес: 105005, Москва, а/я 107. Интернет-представительство: praesens.ru. E-mail: status@praesens.ru. Отпечатано в ООО «Типография МАК(ПРИНТ)». Адрес: 105318, Москва, ул. Ибрагимова д.35, стр. 2, пом. 1, оф. 14 / Приланные рукописи и другие материалы не рецензируются и не возвращаются. Редакция оставляет за собой право не вступать в дискуссии. Мнение авторов может не совпадать с позицией редакции. Перепечатка материалов и иллюстраций из журнала возможна с письменного разрешения учредителя. При цитировании ссылка на журнал «StatusPraesens. Педиатрия и неонатология» обязательна. Ответственность за содержание рекламы и публикаций «На правах рекламы» несут рекламодатели. Обложка: Лина Разгулина, фотография на обложке RichVintage / iStockphoto.com. В журнале использованы фотоматериалы фотобанков: Shutterstock, iStock, Фотобанк Лори, Depositphotos.

© 000 «Статус презенс»
© 000 «Медиабюро Статус презенс»
© Оригинальная идея проекта: Раззинский В.Е., Маклецова С.А., Кристал В.Г., 2007

СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

-
- 4 ОБРАЩЕНИЕ ПРЕЗИДЕНТА ЖУРНАЛА
-
- 6 СЛОВО ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА
-
- 8 НОВОСТИ
-
- 11 МЕДПОЛИТ **Нравственность — «фундамент врачевания»**
Интервью с Николаем Павловичем Шабаловым, докт. мед. наук, проф., президентом Петербургского отделения Союза педиатров России
Маклецова С.А., Симоновская Х.Ю.
-
- 18 **Низкий старт «Десятилетия детства»**
Акушерская и педиатрическая служба — звенья одной цепи
Ваганов Н.Н.
-
- 23 ПЕХТ-ПРОСВЕТ **Всем — по потребностям**
Банки донорского грудного молока: мировой опыт и российские реалии
Даутова Л.А., Ахметшин Р.З.
-
- 3Ф **Кариес. Проблема разрешима**
О перспективах первичной и вторичной профилактики, раннего лечения стоматологических заболеваний врачами педиатрических специальностей
Дистель В.А., Скрипкина Г.И.
-
- 39 РАБОТА НАД ОШИБКАМИ **Принцип разумной достаточности**
Уход за ребёнком с позиций доказательной медицины и рекомендаций ВОЗ
Захарова Н.И., Быкова О.А.
-
- 46 **Риносинусит без антибиотиков? Нужно!**
Риносинусит: фитотерапия как альтернативный способ ведения пациентов в постантибиотиковую эру
Симоновская Х.Ю., Ипастова И.Д.
-
- 54 **Материнскому молоку — да! Почти всегда**
Возможность грудного вскармливания при инфекционных заболеваниях матери в критериях доказательной медицины. Работа с мифами и заблуждениями
Мескина Е.Р.
-
- 63 VIA SCIENTIARUM **Изучены — не значит безобидны**
Острая кишечная инфекция в XXI веке: современные подходы к борьбе с по-прежнему грозным противником
Мазанкова Л.Н., Горбунов С.Г.
-
- 71 ТЕХНОБУДУЩЕЕ **Ледниковый период**
Терапевтическая гипотермия при оказании помощи доношенным детям, рождённым в тяжёлой асфиксии
Дегтярёва М.Г.
-
- 81 CASUISTICA **Маски трёхглавого диагноза**
Клинический разбор случая поздней формы геморрагической болезни новорождённых
Чумакова Г.Н.
-
- 84 ЛИТЕРАТУРА И ИСТОЧНИКИ

МЫ — В ТОЧКЕ ОТСЧЁТА

О важнейших направлениях работы в период «Десятилетия детства»



Президент журнала «StatusPraesens. Педиатрия и неонатология», президент Общероссийской информационно-образовательной инициативы «Неонатология и педиатрия раннего возраста» проф. **Дмитрий Олегович Иванов**

Уважаемые коллеги!

Выступая на заседании Координационного совета по реализации Национальной стратегии действий **в интересах детей**, президент России обратил внимание на необходимость принятия срочных мер, которые позволят **не допустить ухудшения здоровья и увеличить продолжительность жизни граждан** нашей страны. Одно из направлений — повышение доступности и качества педиатрической помощи; в ближайшие 3 года только на ремонты и оснащение детских поликлиник планируется потратить **30 млрд руб***. Нам с вами, а также психологам, педагогам и социальным работникам **дан карт-бланш** для реальных преобразований в своей сфере. Способы решения поставленных задач предстоит искать — и находить — **профессиональному сообществу**, лучше кого-либо представляющему специфику и проблемы отрасли.

В 2017 году была завершена работа в рамках Национальной стратегии действий в интересах детей, и, согласно Указу Президента России №240 от 29 мая 2017 года, на смену ей пришла программа «Десятилетие детства». Её цель — **обеспечить здоровье**, всестороннее развитие и качественное образование каждому живущему в нашей стране ребёнку. Поставлены важнейшие задачи:

- сократить младенческую и детскую смертность до уровня европейских показателей;
- снизить число абортот и отказов матерей от новорождённых;
- создать эффективную систему профилактики заболеваний;
- повысить результативность профилактических медицинских осмотров и диспансеризации;
- разработать инновационные меры по формированию здорового образа жизни детей, а также по профилактике их вовлечения в потребление наркотических и психотропных веществ.

Уже в ближайшем будущем планируется **отремонтировать** и дооснастить детские поликлиники и больницы самым **современным оборудованием**, наладить выпуск **отечественных вакцин**, оптимизировать **календарь прививок** и расширить объём **неонатального скрининга** наследственных и врождённых заболеваний. Таков базис, на основе которого практикующие педиатры будут выстраивать свою работу, направленную на то, чтобы **качество жизни** наших пациентов было высоким. Именно их интересы в первую очередь, а не то, что удобно или привычно медикам, должно

[Основная цель программы «Десятилетие детства», стартовавшей с 2018 года, — обеспечить здоровье, всестороннее развитие и качественное образование каждому живущему в нашей стране ребёнку.]

быть краеугольным камнем **совместного труда** акушеров-гинекологов, неонатологов, педиатров и «узких» специалистов. Уверен, что каждый читатель журнала SP приложит для этого максимум усилий.



Одним из сложнейших вопросов была и остаётся **транспортировка недоношенных**. Понятно, что это всегда риск; оптимальный вариант — **вовремя направить беременную** в родовспомогательный стационар нужного уровня.

Однако реальность такова, что довольно часто перегоспитализировать новорождённых из одного ЛПУ в другое всё же приходится, — к сожалению, дети появляются на свет там, где им не может быть оказана медицинская помощь в полном объёме, и **дело не только в недостатках работы** акушеров-гинекологов. В таких случаях нужно вызывать бригаду специалистов перинатального центра «на себя».

[Хотя общие принципы транспортировки новорождённых известны всем неонатологам, нужно учитывать специфику конкретной области, края или республики. Необходимо создавать региональные документы.]

Единых рекомендаций по транспортировке новорождённых нет. Несмотря на то что общие принципы известны всем неонатологам, нужно **учитывать специфику** каждой конкретной области, края или республики. Именно поэтому вопросы маршрутизации таких детей находятся в зоне ответственности **региональных органов управления здравоохранением**.

Чтобы избежать ошибок, не тратить драгоценное время на сомнения, не только эффективно помочь ребёнку, но и **юридически защитить врача** при возникновении осложнений, на уровне каждого субъекта РФ необходимо разработать собственные протоколы, в которых должны быть прописаны все нюансы — с такой степенью **конкретики**, чтобы никаких неясностей и двусмысленностей не возникало. Эти нормативные документы предстоит совершенствовать.

[Развитие методов фетальной хирургии, включая операции на открытой матке, предполагает изменение подходов к юридической стороне вопроса: во всём мире начаты дискуссии о правах плода.]



С 2012 года наша страна работает по критериям рождения ВОЗ, предусматривающим оказание медицинской помощи новорождённым с **массой тела от 500 г**. Нужно признать, что в педиатрическом сообществе существуют разные мнения по этому поводу. Например, многие знают, что нигде в мире, кроме России и Турции, **решение о выхаживании** таких пациентов не принимается без учёта мнения родителей.

Вероятность инвалидности у новорождённых с ОНМТ и ЭНМТ очень высока, на уровне 80—90%, а **пожизненный уход** за ними ложится тяжким бременем, в том числе экономическим,

и на семью, и на общество в целом. В то же время если даже **10% таких детей будут иметь приемлемое качество жизни** и окажутся социально адаптированными, то с учётом нынешней тенденции к малолетности это уже серьёзный результат.

Для нас исключительно **ценна жизнь каждого ребёнка**, и может случиться, что именно этот глубоконедоношенный — единственный шанс на продолжение рода. Крушение же надежд, связанных с конкретной беременностью, может стать разрушительным для психического состояния женщины и стабильности семьи в целом.

К сожалению, оперировать точными цифрами, касающимися прогноза для детей с ОНМТ и ЭНМТ, пока не получается — больших катанестических работ, демонстрирующих исходы выхаживания глубоконедоношенных, в России не проведено.



Развитие методов **фетальной хирургии**, включая операции на открытой матке, предполагает изменение подходов к юридической стороне вопроса: во всём мире начаты дискуссии о **правах плода**, и веских аргументов за и против приводится достаточно. Пока идут споры, остаётся **юридическая неопределённость**, а значит, и **риски для каждого врача**, участвующего в проведении такого вмешательства.

Сегодня нет единой точки зрения на то, считать ли плод частью матери или отдельным организмом, с какого момента отсчитывать его жизнедеятельность. Для чёткого понимания этих в большей степени моральных аспектов вынашивания и рождения потребуются **общественный консенсус**, который должен быть закреплён в законодательстве.



К сожалению, **демографические показатели** нашей страны вызывают тревогу, независимо от того, что считать причиной сложившейся ситуации. Признано, что не последнюю роль играют последствия кризиса рождаемости 1990-х годов, однако есть и другие факторы. Важнее другое: **что конкретно мы можем сделать сегодня**, чтобы в России росло больше здоровых детей? И здесь необходимы эффективные **решения клинических проблем**: до сих пор больше половины перинатальной смертности приходится на доношенных детей, доля кесарева сечения в ряде клиник достигает 50%, не решены вопросы маршрутизации...

Общие задачи понятны, и их решение зависит только от того, насколько **добросовестно и ответственно каждый делает своё дело**. **SP**

* URL: kremlin.ru/events/president/news/56228.

«недетское» образование

Слово главного редактора проф. Ирины Геннадьевны Солгатовой



Главный редактор
проф. Ирина Солгатова

Продолжающиеся споры о том, надо ли копить баллы непрерывного медицинского образования и сколько именно их нужно, не отменяют главного — в декабре 2017 года Минздрав России принял Концепцию НМО, подтвердив общий курс на учёбу длиною в жизнь. Собственно, вопросы российских врачей связаны не с тем, что они не хотят читать профессиональные журналы и участвовать в конференциях, а с тем, что специалисты боятся потерять своё право на медицинскую деятельность, несмотря на огромную нагрузку, высокую ответственность и не всегда соответствующую им зарплату. А раз так, мы с вами делаем всё правильно — повышаем квалификацию, читая статьи, рассказывающие не столько о результатах научных исследований (хотя и со ссылками на них), сколько о том, как наиболее эффективно организовать свою работу, правильно диагностировать и лечить болезни.

У вас в руках — первый «педиатрический» номер журнала SP в первом году «Десятилетия детства», объявленного указом Президента РФ. Близится к завершению большая программа строительства перинатальных центров: во всех регионах открываются уникальные высокотехнологичные родовспомогательные учреждения, формируются команды лучших специалистов. Теперь перед нами следующая, особенно важная задача — повышение качества медицинского обслуживания самых маленьких граждан страны. Впереди большая работа: внедрение трёхуровневой системы оказания педиатрической помощи, обеспечение её преемственности и доступности, строительство, ремонты и оснащение поликлиник и больниц, многое другое... Мы вступили в эру телемедицинских технологий, которые помогут сделать так, чтобы каждый пациент даже в самом отдалённом уголке страны чувствовал наше внимание и заботу, а любой врач знал, что он никогда не останется один в сложной ситуации. Как сказал Президент: «Шли, идём и будем идти уверенным курсом. Были и будем вместе. Наша сплочённость — самая прочная основа для дальнейшего развития!»

Что можно и нужно сделать — читайте в статье проф. Н.Н. Ваганова, руководителя аналитического центра Российской детской клинической больницы Минздрава России, председателя правления Ассоциации детских больниц.



Социологи утверждают, что Россия — страна победившего технооптимизма: у нас число людей, верящих, что научно-технический прогресс может решить все проблемы человечества, намного больше, чем в Европе или в США*. Однако кому, как не врачам, знать, что это не так. Мы научились многому, чего не могли себе даже представить раньше, но по-прежнему никто не может гарантировать отличных результатов лечения в каждом конкретном случае. Более того, объективно высокий уровень медицины никак не коррелирует с тем, как наши сограждане оценивают отечественную систему здравоохранения. А активность правоохранительных

* URL: <https://meduza.io/feature/2018/03/27/segodnya-prezident-ne-politicheskiy-a-sakralnyy-institut>.

органов, докладывающих, что каждая третья жалоба на медицинского работника, поданная в Следственный комитет РФ, заканчивается возбуждением уголовного дела, заставляет задуматься, что же вообще происходит...

Однако, если отвлечься от теории заговора, станет очевидно, что одна из главных причин — снижение уровня доверия пациентов к врачам. О нравственности — важнейшей, но, к сожалению, подзабытой сегодня составляющей врачебной профессии — напоминает в своём интервью проф. Н.П. Шабалов, президент Петербургского отделения Союза педиатров России.



Постантибиотиковая эра — что это значит для участкового педиатра, ведущего самый обычный поликлинический приём? Вряд ли в это время он мыслит категориями глобальных стратегий ВОЗ, вспоминает, какой патоген наиболее вероятен при риносинусите и в каком проценте случаев микроорганизм чувствителен или устойчив к тому или иному лекарственному препарату. Так что же, борьба с лекарственной резистентностью — пустой звук? Как писал Клод Адриан Гельвеций, «знание некоторых принципов легко возмещает незнание некоторых фактов». Назначение антибиотиков может ускорить (или не ускорить) купирование клинической симптоматики при банальном ОРЗ, но совершенно точно повысит риск аллергических реакций, дисфункций ЖКТ и того, что в следующий раз подобрать препарат для этого же пациента станет значительно сложнее. Международным рекомендациям по лечению ОРЗ у детей с учётом потенциала фитосредств посвящена статья Х.Ю. Симоновской.



По оценкам ВОЗ, у трёх–пяти новорождённых из 1000 детей, родившихся живыми, регистрируют тяжёлую асфиксию, требующую реанимационных мероприятий. Прочти половина таких пациентов погибают или имеют в дальнейшем стойкие нервно-психические нарушения в виде задержки физического и умственного развития, ДЦП, снижения зрения и слуха и т.д. Стоит отметить, что в трети судебных исков, связанных с оказанием

медицинской помощи в перинатальном периоде и при родах, говорится именно об асфиксии, поэтому вопрос о правильной оценке риска и адекватной терапии имеет особую значимость. Основной метод безмедикаментозной нейропротекции головного мозга, достоверно улучшающий выживаемость и исходы, — управляемая терапевтическая гипотермия. О применении метода и о том, как правильно оценивать данные амплитудно-интегрированной электроэнцефалографии, читайте в материале проф. М.Г. Дегтярёвой.



Безусловная польза вскармливания грудным молоком — тезис, который вряд ли нужно доказывать в аудитории педиатров, а молочное донорство практиковалось во все времена, задолго до того, как был придуман этот термин. В СССР любая мать, у которой было больше молока, чем требовалось её ребёнку, могла сдать «излишки производства»: их собирали, перемешивали и раздавали — тогда ещё без какой бы то ни было обработки. Понятно, что сегодняшние требования к инфекционной безопасности стали несопоставимо выше, а контроль — жёстче, но это не помешало создать в нашей стране уже два банка донорского молока (в Москве и Уфе). О том, как это можно сделать, какие юридические нюансы нужно иметь в виду (согласно СанПиН 2.1.3.2630-10, для кормления новорождённого можно использовать сцеженное грудное молоко только его матери), читайте в статье доц. Л.А. Даутовой и в комментариях юриста доц. И.О. Печерея.



Инфекционная диарея — весьма распространённая причина обращения к педиатру, особенно когда речь идёт о детях раннего возраста. Так, по данным Роспотребнадзора за 2016 год, заболеваемость острыми кишечными инфекциями неустановленной этиологии превысила показатели 2015 года на 5,5%, а известной — на 1,8%. Треть таких детей, поступающих в отделения реанимации и интенсивной терапии, — первого года жизни, и их ведение имеет целый ряд особенностей. Так, например у пациентов раннего возраста (особенно в холодное время года) в струк-

туре кишечных инфекций до 70–80% занимают вирусные или вирусно-бактериальные диареи. Адекватные схемы лечения, рекомендации по выбору средств патогенетической терапии и препаратов пробиотического спектра приведены в статье главного внештатного специалиста по инфекционным болезням у детей Центрального федерального округа, проф. Л.Н. Мазанковой и главного внештатного специалиста по инфекционным болезням у детей ВАО г. Москвы, проф. С.Г. Горбунова.



Несогласованность рекомендаций по уходу за новорождёнными, которые дают врачи родильных домов, участковые педиатры и консультанты многочисленных интернет-ресурсов для мам, нередко ставит в тупик родителей. Между тем ключевые тезисы сформулированы ВОЗ ещё 15 лет назад и за это время претерпели некоторые изменения лишь в нюансах, касающихся ухода за кожей младенцев, в том числе при пелёночном дерматите. О том, что именно считать основами основ для сохранения здоровья ребёнка, статья проф. Н.И. Захаровой.



Зачастую один из самых сложных моментов в работе педиатра — дифференциальная диагностика. Сложный клинический случай из собственной практики описывает проф. Г.Н. Чумакова из Архангельска: из множества симптомов (внутричерепное кровоизлияние, холестаза, дефицит факторов гемостаза и др.) врачам удалось вычленить главное, своевременно установить правильный — и неочевидный сразу! — диагноз и спасти ребёнка.

Именно этого и желаю вам, дорогие коллеги. Хотелось бы, чтобы в непростых ситуациях всегда была возможность обратиться за помощью к наставникам, коллегам смежных специальностей, проконсультироваться с экспертами по конкретному вопросу. Ведь в этом тоже состоит наша непрерывная ежедневная учёба длинной в профессиональную жизнь. 

нравственность — «фундамент врачевания»

Интервью с Николаем Павловичем Шабаловым, докт. мед. наук, проф., президентом Петербургского отделения Союза педиатров России

Беседовали: канд. мед. наук Светлана Александровна **Маклецова**, Хильда Юрьевна **Симоновская**, StatusPraesens (Москва)

Когда в феврале 2018 года редакция SP получила от проф. Н.П. Шабалова **согласие на интервью**, идей о темах будущей беседы возникло множество — от интереснейших фактов в биографии этого легендарного человека (а мы все учились по его прекрасным учебникам!) до выяснения его мнения по острым вопросам педиатрии и неонатологии. Однако профессор сам всё расставил по местам. В разговоре с ним прописная истина «Хороший врач — это **знания и опыт**» на поверку оказалась неполной: разве можно сказать «хороший» о докторе, не имеющем третьей составляющей — моральной? Может ли врач вообще **не быть** добрым и сочувствующим?

Совершенно неожиданно слова о **нравственности** в медицине оказались не просто уместными — чрезвычайно злободневными именно сейчас, когда юридическое и административное давление на медиков становится всё более агрессивным. В сложившейся ситуации нам **жизненно важно** найти, что можно **противопоставить трудностям**, чтобы не выгореть, не скатиться в пессимизм и цинизм, не дать себе возненавидеть профессию и самого себя в ней, не пойти по пути саморазрушения и, невзирая на обстоятельства, просто продолжать «быть хорошим врачом». Именно эта ось — нравственность, морально-этический стержень, чувство долга (перечисленное несоизмеримо больше «этики и деонтологии в медицине»!) — позволяет **оставаться в профессии** несмотря ни на что, следовать по выбранному пути и продолжать гордиться принадлежностью к врачебному сообществу.

SP Николай Павлович, каково ваше отношение к ситуации, когда каждый практикующий врач в любой момент может оказаться под следствием?

Николай Павлович Шабалов (Н.Ш.): Говорить о значимости юридической стороны вопроса при оказании медицинской помощи очень важно — и хорошо, что методологии правовой самозащиты врача посвящены целые заседания научно-практических конгрессов. Правовой

информированности действительно не достаёт: на днях в рамках очередной аккредитации сотрудников клиники даже я смог правильно ответить далеко не на все соответствующие вопросы.

К сожалению, регулярно приходится участвовать в судебно-медицинских экспертизах: **медицина не всемогуща**, а человек — смертен. На мой взгляд, рост числа претензий к врачам — тоже следствие **снижения нравственности** в обществе, в частности проявление



Николай Павлович Шабалов, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой детских болезней им. М.С. Маслова и клиникой детских болезней Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, президент Петербургского отделения Союза педиатров России (Санкт-Петербург)

мы слышим: «Ты супер! Ты лучший! Ты этого достоин» — так в нас воспитывают точку зрения «каждому все должны», игнорируя то, что должен каждый.

Я убеждён, что подавляющее большинство врачей, даже осуждённых по уголовным делам, **не хотели навредить** своим пациентам. Причина нынешней ситуации, когда и врачи, и пациенты, мягко говоря, недовольны друг другом, на мой взгляд, глубже, чем может показаться, и связана с **дефицитом нравственности**, любви, эмпатии — у всех, в обществе в целом. Можно допустить, что в минуту усталости, нервного истощения медик упустит что-то значимое, но столь же легко представить себе проявления неуважения и некомплектности со стороны пациентов и их близких.

SP К сожалению, нередко случается и то, и другое.

Н.Ш.: Не наша задача — обсуждать тех, кого мы лечим. В то же время размыш-

степени своей вины или факт оправдания в суде?

Н.Ш.: Вера (и налагаемые ею духовные обязательства) и медицина как наука ни в коей мере не должны исключать друг друга. Я часто вспоминаю высказывание моего покойного друга Игоря Михайловича Воронцова из его актовой речи «Онтогенез педиатрии и зарождение онтогенетической педиатрии» в 1995 году. Оно звучит так: «Надо, чтобы такие выражения веры, как “На всё Божья воля”, “Бог дал, Бог взял”, для врача всегда оставались словами, которые он скажет после слов: “Видит Бог, я действительно **сделал всё, что мог**”». Если это так, то дальше врач, безусловно, должен защищать своё доброе имя и право лечить больных всеми силами.

SP Когда-то акад. Владимир Николаевич Серов предложил термин «перинатально-ориентированное акушерство», подразумевая науку о беременности и родах, в равной степени соблюдающую интересы матери и плода. С вашей точки зрения, состоялось ли перинатальное акушерство в нашей стране?

Н.Ш.: Пожалуй, да, но, к сожалению, не вполне равномерно в масштабах страны. Мне очень по душе слова Дмитрия Олеговича Иванова, главного неонатолога Минздрава России, прозвучавшие на **церемонии награждения регионов РФ** за внедрение и реализацию комплексных программ по снижению младенческой смертности в 2017 году. Для представителя каждого региона нашёл особые, очень конкретные пожелания. Знаете почему? Каждый регион по программе перинатального аудита он посетил и инспектировал лично, поэтому и было что вспомнить и о чём сказать. Это очень важно, чтобы каждый руководитель ЛПУ, региона, округа видел цели, контролировал ситуацию, регулировал процессы, формировал междисциплинарное мышление в решении общих задач. Только так можно прекратить игры в «горячую картошку», когда специалисты смежных профилей по очереди велят друг на друга проблемы и вину.

Ещё в XX веке зазвучали неприличные темы конгрессов, начались обсуждения прав и интересов плода как пациента, полноценного фигуранта си-

[Важно избежать злоупотреблений при внедрении технологий во врачебную практику: нельзя лечить через интернет. Зато выработать регламент телемедицинских консультаций необходимо.]

стремления к наживе. Инициаторами судебных претензий часто выступают юристы, предлагающие пациенту или его родителям отсудить компенсацию за «некачественно оказанную услугу». По моим наблюдениям, в большинстве случаев суд обоснованно решает дело в пользу врача, но в этой ситуации по-человечески жаль оплачивающих судебные издержки обманутых истцов.

SP Как практикующему врачу эмоционально выжить, не стать формальным исполнителем протоколов под столь пристальным надзором страховых компаний, правоохранительных и судебных органов?

Н.Ш.: Современная парадигма, культивируемая СМИ, — уважение права человека **получать** одновременно с замалчиванием права **отдавать**. Со всех сторон

лечь о роли и функции врача чрезвычайно полезно и важно. Мне кажется, единственная возможность не навредить по недомыслию, «любя», раз человек по сути своей слаб и грешен (а знать всё, уследить за всеми современными данными невозможно), такова: надо чутко прислушиваться к **нравственному началу** в своей душе, к совести, голосу сердца. Думаю, перед началом работы, принятием любого важного решения следует просить **помощи свыше**. Примерно так: «Господи, помоги мне правильно решить, и пусть будет не как я хочу, но как Ты» (Евангелие от Матфея, глава 26, стих 39).

SP Давайте продолжим тему морально-этических дилемм. В неоднозначных ситуациях, например связанных с гибелью несовершеннолетнего пациента, что важнее — искренность в признании



© halipoint / Shutterstock.com

стемы родовспоможения. Конечно, акушеры-гинекологи правы, всеми силами пытаются сохранить жизнь и здоровье матери. Однако я считаю, что перинатология не в меньшей степени должна быть ориентирована на ребёнка: женщина не только ради красоты 9 мес ходит в тягости — она хочет **получить дитя**, и именно об этой цели беременности и родов нужно помнить всем нам.

частного учреждения. Спустя сутки её госпитализировали в государственный стационар, но диагноз «аппендицит» поставили с запозданием, развился гнойный перитонит. Да, родился ребёнок массой 700 г, и о причинах произошедшего спорить можно долго, но вины акушеров тут точно нет. В целом за последнее время тема во многом исчерпана честной книгой проф. Виктора

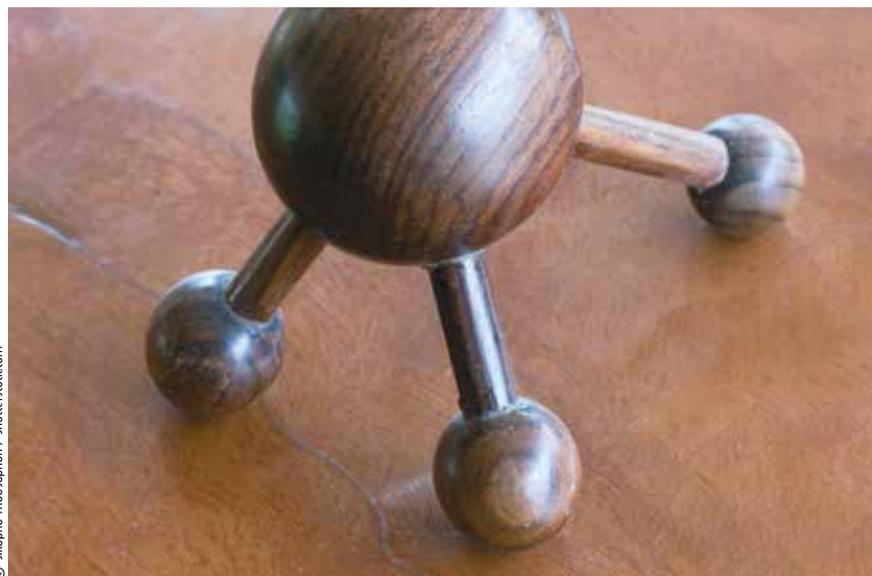
SP Что вы думаете о внедрении телемедицины и компьютеризации медицинской деятельности? Скоро в любой смартфон можно будет воткнуть датчик УЗИ и передать полученное изображение на противоположную сторону планеты. Критично ли мы теряем в диагностике, не имея возможности пальпировать пациента, или приобретаем новые возможности?

Н.Ш.: С тем, что перечисленное — благо, спорить не приходится. В то же время, как писал великий Омар Хайям, «Запрет вина — закон, считающийся с тем, кем пьётся, и когда, и много ли, и с кем. Когда соблюдены все эти оговорки, пить — признак мудрости, а не порок совсем». Именно поэтому повседневная врачебная практика принимает технологии так постепенно. Обеспечить всех компьютерами несложно, важно при этом избежать злоупотреблений: нельзя лечить через интернет. А вот выработать регламент телемедицинских консультаций, обеспечить доступность и быстроту первичной диагностики — это правильно. Мы снова возвращаемся к теме нравственности: именно она определяет уровень общения и его полезность, а при недостатке этого необходимого компонента даже таким инструментом, как телемедицина, можно нанести пациенту вред.

SP А можно ли вообще сформировать нравственность?

Н.Ш.: Я когда-то прожил год в центре Джимми Картера, много общался с жителями американской глубинки. Знаете, какой самый популярный вид спорта в США? Уклонение от налогов. Даже миллиардера раз в неделю можно встретить раздающим еду в благотворительном центре, поскольку любая общественно полезная деятельность поощряется государством, в том числе снижением ставки налогообложения. У нас, к сожалению, нет подобной практики приучения человека к социальной и экологической сознательности, напоминания о праве отдавать, жертвовать своё время и силы другим — пусть даже поначалу в обмен на некоторые бонусы.

SP В нашей стране благотворительность приобретает новые оттенки в контексте врачебной работы, особенно в глу-



[В работе врача обязательны все три составляющие: знания, навыки и нравственность; убери что-нибудь — и медицины не получится. Именно устойчивость этой конструкции должна помочь врачу не выгореть.]

SP При этом отношения между неонатологами и акушерами по-прежнему сложные, не так ли?

Н.Ш.: Это давняя тема: «счастлив ребёнок, которого не коснулась рука акушера», «не менее 80% всех заболеваний новорождённых — дело акушерских рук» — такие заявления порой звучат. Однако я считаю, что абстрактно, огульно осуждать любые врачебные ошибки нельзя — необходимо анализировать конкретный пример. Вот из недавнего судебно-медицинского разбора. При появлении болей в животе беременная не вызвала скорую помощь, а осталась ждать транспорта по страховке некоего

Евсеевича Радзинского по этой проблеме — «Акушерская агрессия».

SP Насколько исход родов и состояние здоровья новорождённого зависят от уровня подготовки современных врачей?

Н.Ш.: Существует нестыковка между набирающим популярность имитационным обучением и применением полученных навыков в реальной жизни. Симуляционные курсы нужны, но они не заменяют непосредственного контакта с больным. Нам очень нужна соответствующая подготовка по зарубежным образцам специалистов «первого контакта» — полицейских, парамедиков.

Нагорная проповедь. Избранные фрагменты (Евангелие от Матфея, 5—7)

Глава 5

1. Увидев народ, Он взошёл на гору; и, когда сел, приступили к Нему ученики Его.
2. И Он, отверзши уста Свои, учил их, говоря:
3. Блаженны нищие духом, ибо их есть Царство Небесное.
4. Блаженны плачущие, ибо они утешатся.
5. Блаженны кроткие, ибо они наследуют землю.
6. Блаженны алчущие и жаждущие правды, ибо они насытятся.
7. Блаженны милостивые, ибо они помилованы будут.
8. Блаженны чистые сердцем, ибо они Бога узрят.
9. Блаженны миротворцы, ибо они будут наречены сынами Божиими.
10. Блаженны изгнанные за правду, ибо их есть Царство Небесное.
11. Блаженны вы, когда будут поносить вас и гнать и всячески неправедно злословить за Меня.
12. Радуйтесь и веселитесь, ибо велика ваша награда на небесах: так гнали и пророков, бывших прежде вас.
13. Вы — соль земли. Если же соль потеряет силу, то чем сделаешь её солёною? Она уже ни к чему негодна, как разве выбросить её вон на поприще людям.
14. Вы — свет мира. Не может укрыться город, стоящий на верху горы.
15. И, зажжёши свечу, не ставят её под сосудом, но на подсвечнике, и светит всем в доме.
16. Так да светит свет ваш пред людьми, чтобы они видели ваши добрые дела и прославляли Отца вашего Небесного...
33. Ещё слышали вы, что сказано древним: не преступай клятвы, но исполняй пред Господом клятвы твои.
34. А Я говорю вам: не клянись вовсе: ни небом, потому что оно престол Божий;
35. Ни землею, потому что она подножие ног Его; ни Иерусалимом, потому что он город великого Царя;
36. Ни головою своею не клянись, потому что не можешь ни одного волоса сделать белым или чёрным.
37. Но да будет слово ваше: да, да; нет, нет; а что сверх этого, то от лукавого.
38. Вы слышали, что сказано: око за око и зуб за зуб.
39. А Я говорю вам: не противься злому. Но кто ударит тебя в правую щёку твою, обрати к нему и другую;
40. И кто захочет судиться с тобою и взять у тебя рубашку, отдай ему и верхнюю одежду;
41. И кто принудит тебя идти с ним одно поприще, иди с ним два.
42. Просящему у тебя дай, и от хотящего занять у тебя не отвращайся.
43. Вы слышали, что сказано: люби ближнего твоего и ненавидь врага твоего.
44. А Я говорю вам: любите врагов ваших, благословляй-

те проклинающих вас, благотворите ненавидящим вас и молитесь за обижающих вас и гонящих вас,

45. Да будете сынами Отца вашего Небесного, ибо Он повелевает солнцу Своему восходить над злыми и добрыми и посылает дождь на праведных и неправедных.

46. Ибо если вы будете любить любящих вас, какая вам награда? Не то же ли делают и мытари?

47. И если вы приветствуете только братьев ваших, что особенного делаете? Не так же ли поступают и язычники?

48. Итак будьте совершенны, как совершен Отец ваш Небесный...

Глава 6

24. Никто не может служить двум господам: ибо или одного будет ненавидеть, а другого любить; или одному станет усердствовать, а о другом нерадеть. Не можете служить Богу и маммоне.

25. Посему говорю вам: не заботьтесь для души вашей, что вам есть и что пить, ни для тела вашего, во что одеться. Душа не больше ли пищи, и тело одежды?

26. Взгляните на птиц небесных: они ни сеют, ни жнут, ни собирают в житницы; и Отец ваш Небесный питает их. Вы не гораздо ли лучше их?

27. Да и кто из вас, заботясь, может прибавить себе росту хотя на один локоть?

28. И об одежде что заботитесь? Посмотрите на полевые лилии, как они растут: ни трудятся, ни прядут;

29. Но говорю вам, что и Соломон во всей славе своей не одевался так, как всякая из них;

30. Если же траву полевую, которая сегодня есть, а завтра будет брошена в печь, Бог так одевает, кольми паче вас, малOVERы!

31. Итак не заботьтесь и не говорите: что нам есть? или что пить? или во что одеться?

32. Потому что всего этого ищут язычники, и потому что Отец ваш Небесный знает, что вы имеете нужду во всём этом.

33. Ищите же прежде Царства Божия и правды Его, и это всё приложится вам.

34. Итак не заботьтесь о завтрашнем дне, ибо завтрашний сам будет заботиться о своём: довольно для каждого дня своей заботы...

Глава 7

1. Не судите, да не судимы будете,

2. Ибо каким судом судите, таким будете судимы; и какою мерою мерите, такою и вам будут мерить...

28. И когда Иисус окончил слова сии, народ дивился учению Его,

29. Ибо Он учил их, как власть имеющий, а не как книжники и фарисеи.

бинке. Зарплата, мягко говоря, невысокая, нагрузка запредельная, а коллеги всё равно продолжают работать.

Н.Ш.: Именно! Вы говорите о людях высочайшей нравственности в глобальном смысле этого слова. На сегодняшний день начальная ставка врача — 8000 руб. Акад. РАН Александр Григорьевич Чучалин констатирует: «Мы, русские врачи, воспитаны в христианских традициях, в основе которых — любовь к ближнему. По сути, это заповедь всех эскулапов независимо от их религиозной принадлежности: служить больному человеку». В работе врача обязательно должны присутствовать все три составляющие: знания, навыки и нравственность; уберечь что-нибудь одно — и медицины не получится.

SP Вы наблюдаете некий кризис нравственности?

Н.Ш.: Нельзя сказать, что в современном обществе нравственности нет. Пожалуй,

нам недостаёт **нравственных ориентиров**. По Канту, категорический императив таков: «поступай так, чтобы твой поступок был всеобщим законом», — но ориентир тоже не задан, и этот подход даёт пищу для гордыни, своеволия. Нравственные ориентиры врача требуют **ежедневной поддержки** в виде высокой оценки его работы, акцентирования заметных результатов лечения. Профессия врача должна быть самой благодарной, в том числе в эмоциональном плане, — без осознания этого факта ничего изменить к лучшему в отечественном здравоохранении не получится.

В самом глобальном смысле вера представляет собой методологию **нравственного самосохранения** человека. Прикоснуться к тысячелетним истинам, прочесть Евангелие или хотя бы истины Нагорной проповеди* должен каждый культурный человек и, конечно же, врач. Разумеется, это не означает, что

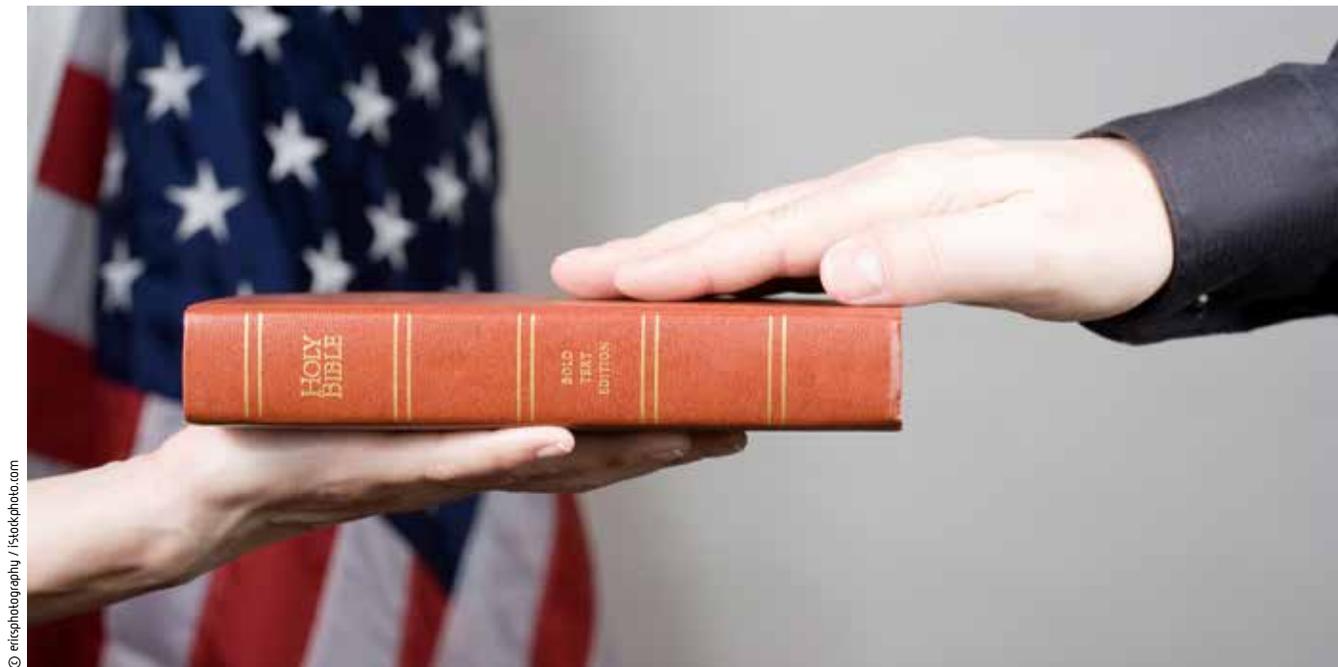
после прочтения он обязан стать христианином или верующим любой другой традиции. И всё же — хотя бы для пополнения интеллектуального багажа!

В октябре 2015 года епископ Орехово-Зуевский Пантелеимон, выступая на V Всероссийском съезде православных врачей в Санкт-Петербурге, рассказывал, что лично знаком с врачами-атеистами, причём некоторые из них очень успешно лечат. Как это у них получается? Судя по всему, Высшая сила действует в том числе и анонимно, через души и руки этих врачей.

SP Таким образом, культурному человеку разбираться в вопросах веры необходимо, но религиозным быть обязательно?

Н.Ш.: Знаете, в моём учебнике есть раздел «Медицинская этика и деонтология педиатра», но, кажется, его немногие

* Нагорная проповедь — зафиксированная Евангелием прямая речь Иисуса Христа, содержащая лаконично сформулированные этические основы христианства и обращённая к ученикам и сопровождавшей их толпе людей.



[Президент США — одной из самых крупных и сильных держав мира, вступая в должность, клянётся именно на Библии, а не на время от времени пересматриваемой и дополняемой конституции. Чрезвычайно показательным то, что почитание вечных истин — критерий нравственности для всей страны.]

читают. Раньше, обсуждая тему нравственности врача, я старался избегать категорий веры и религиозности, а потом изменил своё мнение. Теперь я не думаю, что этого нужно стесняться. Президент Соединённых Штатов, одной из самых крупных и сильных держав мира, вступая в должность, клянётся на Библии. Совсем не факт, что он лично верующий и признаёт богосотворённость мира, однако он кладёт на книгу руку и обязуется соблюдать определённые **нравственные критерии**, в ней изложенные. Именно на Библии, а не на конституции, которая может с определённой периодичностью изменяться (и это нормально). Я не говорю о том, всегда ли у американцев получается поступать согласно заповедям, но тот факт, что **почитание Библии — критерий нравственности** для всей страны, не вызывает сомнений. И от этого факта ни у кого не краснеют уши. Может быть, и нам уже пора перестать стесняться?

SP Николай Павлович, пожалуйста, сформулируйте напутствие для поддержания нравственных ориентиров наших коллег, продолжающих работу, несмотря на многочисленные трудности. Как справиться?

Н.Ш.: Поэт Александр Кушнер написал об этом так: «Времена не выбирают, в них живут и умирают». Это первое. Второе — радуйтесь! Тому, что ваши пациенты выздоравливают, улучшениям в их состоянии, благодарным словам родителей. Это правильно и **естественно** — стремиться к ежедневному получению положительных эмоций. И третье — держитесь за своих, за друзей и коллег. Посмотрите вокруг: например, вокруг меня такие люди! Я считаю, что Господь меня наградил, послав в Военно-медицинскую академию, и учителями, и учениками. Николай Петрович Гундобин, мой далёкий предшественник по кафедре, говорил так: «Не каждому дано свершить великое дело, но каждый может и должен **принести посильную помощь** и облегчить страдания детей».

SP Николай Павлович, большое спасибо за беседу! **SP**

Комментарий SP

С начала 2018 года наш журнал запустил большой проект «Школа юридической самообороны врача». Довольно неожиданно для нас выяснилось, что тема более чем востребована: доктора и организаторы здравоохранения, исчисляемые **сотнями**, готовы с восьми утра до семи вечера слушать, записывать, задавать вопросы. Конечно, мы всегда рады, когда нам удаётся настолько точно «попасть» в информационные потребности нашей аудитории, тем не менее одно обстоятельство серьёзно насторожило и заставило задуматься, особенно в свете идей, высказанных проф. Н.П. Шабаловым в ходе интервью.

Речь о том, что в стремлении защититься от обвинений медики часто забывают именно о «**нравственном векторе**». Погиб ребёнок или взрослый — это трагедия, и к ней врач имеет прямое отношение!.. Однако стрессовая ситуация судебного иска отнюдь не способствует поиску истины — гораздо более неотложными становятся отслеживание правильности оформления медицинской документации, поиск юридических огрехов в составлении самого иска, выявление «третьей» виновной стороны и многое другое.

Безусловно, зачастую иск сам по себе — следствие «дефицита нравственности»: нередко жалоба не просто не обоснована, а буквально «притянута за уши», что честно следует называть проявлением «потребительского экстремизма». Однако ведь бывает и другое: врач действительно **совершил ошибку**, проигнорировал приказы Минздрава, не дал себе труда изучить клинические протоколы и рекомендации.

В книге «Акушерская агрессия» проф. В.Е. Радзинский привёл данные опроса главного акушера-гинеколога Минздрава Московской области проф. А.Л. Гридчика по поводу мнения докторов о доле врачебной вины в причинах материнских смертей. Выяснилось, что чем больше у врача стаж, тем чаще он согласен с тем, что в материнской гибели в какой-то степени виноваты медицинские работники.

Незнание, невнимательность, отсутствие командной работы, неправильная маршрутизация, неналаженный контроль — все эти факторы **всегда** играют свою роль в цепи трагических событий. И тем не менее одно во все времена было и остаётся главным: трагедии обычно происходят там, где у врача нет установки, говоря словами проф. Н.П. Шабалова, на «высокую нравственность», то есть максимально искреннего и честного стремления **добросовестно делать свою работу**.

В этом корни всех наших бед, и не только в медицинской сфере, когда люди не стремятся максимально **хорошо** делать то, за что берутся. Если бы строители «Зимней вишни» в Кемерово **добросовестно** смонтировали электрическое оборудование, а МЧС, равно как и прочие проверяющие инстанции, **как следует** проконтролировало их работу — не случилось бы этого страшного пожара или его последствия не были бы столь катастрофическими. Если бы врач **хорошенько** выучил протокол, а его заводским отделением **тщательно** это проверил — ребёнок остался бы жив. Конечно, при условии, что протокол был **хорошо** составлен разработчиками и прошёл многоуровневую экспертизу...

Именно в этом исключительно прав Николай Павлович, поднимающий тему нравственности сегодня, в XXI столетии, в век интернета, цифровых технологий и информационного бума. В попытке угнаться за стремительнейшими изменениями науки, пройдя через период советской идеологизации с последующим «идейным безвременьем», мы всё реже стали вспоминать о том, что заставило каждого из нас выбрать профессию врача: о честном, с элементами юношеского максимализма, стремлении **помогать больному** взрослому или ребёнку.

И здесь очень уместно (хотя и не модно!) слово «служение».



низкий старт «Десятилетия детства»

Акушерская и педиатрическая служба — звенья одной цепи



Автор: Николай Николаевич Ваганов, докт. мед. наук, проф., руководитель аналитического центра Российской детской клинической больницы Минздрава России, зав. кафедрой медико-социальных проблем охраны материнства и детства Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования Минздрава России, председатель правления Ассоциации детских больниц (Москва)

Копирайтинг: Оксана Немчинова

Одно из самых масштабных **финансовых «вливаний»** в российскую систему здравоохранения было сделано в 2011–2012 годах: тогда на укрепление материально-технической базы лечебно-профилактических учреждений и внедрение стандартов оказания медицинской помощи государство выделило **630 млрд руб.** Однако педиатрическую службу этот «золотой дождь» затронул мало: на все областные, краевые, республиканские и окружные **детские больницы** пришлось менее **1,75%** указанной суммы — всего **11 млрд руб.** В последующие четыре года ситуация только ухудшалась: суммарные затраты на реконструкцию, капитальные ремонты и оснащение этих стационаров снизились с **2,1 до 0,9 млрд руб. в год.** Неудивительно, что в ноябре 2017 года, в преддверии «Десятилетия детства», президент России был вынужден отдельно указать на **необходимость улучшения** качества медицинского обслуживания детей.

Снижение ранней **неонатальной и младенческой смертности** указано в качестве одного из ключевых индикаторов «Программы развития перинатальных центров РФ»¹. В то же время в 2016 году **каждый пятый** ребёнок в возрасте от 0 до 6 сут проходил лечение в одной из областных, краевых, республиканских или окружных **детских**

больниц (ОКРОДБ). Была ли при этом обеспечена декларируемая **преемственность** акушерской и неонатальной помощи? Вернее, вопрос нужно поставить несколько иначе: могла ли быть обеспечена такая преемственность на должном уровне?

Стоит напомнить, что сама **идея создания перинатальных центров (ПЦ)**

появилась в нашей стране ещё в конце 1980-х годов — именно тогда это название было включено в номенклатуру учреждений здравоохранения. Цель была чётко обозначена в Приказе Минздрава СССР №881² от 15 декабря 1988 года — улучшение преемственности в работе акушерской и педиатрической служб. Были предусмотрены два варианта: организация ПЦ «с нуля» в качестве самостоятельного ЛПУ или возложение его функций на структурные подразделения уже существующей **многопрофильной больницы**. Предполагалось, что в ПЦ будут выхаживать недоношенных (II этап) и проводить реабилитацию новорождённых с различными (прежде всего с неврологическими) заболеваниями до 3 мес. Однако в связи с известными политическими событиями начала 1990-х годов тогда эти планы реализованы не были.

«Дубль два»

Подготовительная работа по созданию ПЦ была возобновлена в 2004 году: был издан Приказ Минздравсоцразвития России №308³, повторивший тезис о двух возможных вариантах их организации. За 2010—2012 годы в рамках **приоритетного национального проекта «Здоровье»** было построено 23 новых центра, а к концу 2017 года (после утверждения в 2013 году государственной программы «Развитие здравоохранения РФ») должно было быть уже 55. И этот процесс не закончен; планируется, что к 2020 году в стране будут работать 94 учреждения родовспоможения III уровня (не менее одного ПЦ в **каждом крупном субъекте РФ**).

Повсеместное внедрение **трёхуровневой системы родовспоможения** позволило добиться впечатляющих результатов: с 2012 по 2016 год материнская смертность снизилась на 38,3% (с 16,2 до 10 на 100 тыс. живорождений), а младенческая — на 31% (с 8,6 до 6 на 1000 родившихся). Значительный вклад в улучшение последнего показателя внесло **уменьшение неонатальной** (на 36,4%) и ранней неонатальной смертности (на 38,9%). В учреждениях I уровня материнская смертность сократилась более чем в 2 раза, неонатальная — в 1,65 раза (с 14,6 до 8,8‰), доля умерших ново-

рождённых с массой тела 500—999 г — в 1,97 раза (с 5,7 до 2,9%). В ПЦ стали принимать почти половину всех преждевременных родов (49,7%).

При этом состояние здоровья женщин репродуктивного возраста лучше не становится: **78%** беременных имеют заболевания, предшествовавшие гестации или возникшие во время неё, у **64%** женщин регистрируют осложнённое течение родов и послеродового периода (доля нормальных родов не превышает 39%). Это убеждает в правильности принятых решений: ПЦ нужны и огромные затраты на их строительство и оснащение (от 2 до 3,5 млрд руб. для каждого учреждения) можно признать **оправданными**.

В то же время важно понимать, что цели программы **не ограничиваются улучшением акушерской помощи**. Из более чем **40 индикаторов**, характеризующих работу службы охраны материнства и детства, только пять касаются непосредственно учреждений родовспоможения. Остальные — младенческая смертность (включая постнеонатальную, неонатальную и смертность на дому), смертность детей 0—17 лет, больничная летальность, первичная и накопленная детская инвалидность, уровень госпитализации, охват паллиативной помощью и реабилитационными мероприятиями и т.д. — демонстрируют результаты деятельности **педиатрической сети**, по сути следующего этапа работы с пациентами. Поэтому сложившийся **дисбаланс** в материально-техническом и технологическом уровне неразрывно связанных между собой служб выглядит крайне нелогичным.

Ушедшие в отрыв

ПЦ стали своеобразным **эталон**м обеспечения беременных и новорождённых высокотехнологичной медицинской помощью. Эти учреждения оснащены всем необходимым современным оборудованием, в них созданы самые **благоприят-**

ные условия для пребывания пациентов и работы персонала. Именно поэтому так важно максимально сконцентрировать в ПЦ **женщин с высоким перинатальным риском** — правильно налаженная маршрутизация должна обеспечить «централизацию» детей с ОНМТ и ЭНМТ, пороками развития и другими заболеваниями, что позволяет **оптимизировать исходы**. И такая цель поставлена: если в 2016 году в ПЦ произошло 48% всех преждевременных родов в стране, то к 2020 году этот показатель **должен достичь 62%**.

Функции ПЦ перечислены в Приказе Минздрава России №572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю “акушерство и гинекология”»⁴. В том числе к ним отнесены:

- консультативно-диагностическая, лечебная и реабилитационная помощь новорождённым и детям первых месяцев жизни с врождёнными и перинатально сформировавшимися заболеваниями, требующими оказания медицинской помощи в стационарных условиях;
- системно организованные реабилитационные мероприятия и восстановительная терапия детям раннего возраста;
- профилактика отдалённых последствий перинатально сформировавшихся заболеваний.

Нюансы взаимодействия ПЦ, родильных домов и детских стационаров определены Приказом Минздрава России №921н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю “неонатология”»⁵. Однако после открытия 55 новых акушерских учреждений III уровня возникли очень существенные **различия в условиях** оказания медицинской помощи новорождённым в этих высокотехнологичных ЛПУ и в «рядовых» детских больницах. И хотя формально требования в отношении её качества, безопасности лечения, профилактики внутрибольничных инфекций и бытовой

[Из 40 индикаторов, характеризующих работу службы охраны материнства и детства, только пять касаются учреждений родовспоможения. Остальные демонстрируют результаты деятельности педиатрической сети.]

[В учреждении родовспоможения здоровые новорождённые проводят несколько дней, больные и недоношенные — до 3 нед. В последующие годы лечение и реабилитация проходят в педиатрических ЛПУ.]

комфортности (в том числе совместного пребывания новорождённого с матерью) едины, на деле возможности существенно разнятся.

Основанием для таких неутешительных выводов служат данные Минздрава России, полученные при анализе официальной отчётной документации ОКРОДБ. Неуклонно растёт число новорождённых, поступающих в детские больницы всех уровней в первые 0–6 сут после рождения (в том числе с экстремально низкой и очень низкой массой тела). Так, если в течение 2012 года в детские стационары были переведены 149,8 тыс. новорождённых указанного возраста, то в 2016 году — 157 тыс.; в том числе с массой тела при рождении 500–999 г — более 3 тыс. Нужно учесть, что 22,4% таких пациентов (примерно каждый 5-й ребёнок) погибает до завершения 168 ч жизни, что на 65% выше среднепопуляционных показателей для всех педиатрических стационаров. Тем не менее из учреждений родовспоможения III уровня в педиатрическую сеть переводят значительное число детей на первой неделе жизни.

Почему так происходит, если ни один из указанных порядков не предусматривает массового перевода больных и недоношенных новорождённых (особенно в раннем неонатальном периоде) в педиатрические стационары? Дело в том, что документы составлены так, что их исполнение может зависеть — и зависит! — от личных взаимоотношений между руководителями (и даже заведующими отделениями) ПЦ и детской больницы. Так, одним из мотивов для «форсирования» перевода новорождённого могут быть финансовые причины (выхаживание ребёнка с ЭНМТ обходится в 10 раз дороже⁶, чем доношенного), а другим — стремление «улучшить» показатели смертности в конкретном ПЦ.

О специфике взаимодействия учреждений родовспоможения и ОКРОДБ красноречиво свидетельствует статистика поступлений новорождённых в воз-

расте 0–6 сут. Как уже упоминалось, в 2016 году в ОКРОДБ доля пациентов этого возраста составила в среднем 18,7% от числа всех детей младше года. Но в некоторых ЛПУ этот показатель совершенно «зашкаливал»: например, в Псковской детской больнице — 44,7%, в Липецкой — 47,4%, а в Калмыкии — 50,4%. А в другие ОКРОДБ младенцы младше 7 дней не поступали вообще — в Курской, Оренбургской, Ростовской и Иркутской областях, в Республике Бурятия. В педиатрических стационарах республик Марий Эл и Тыва, в Курганской области доля таких новорождённых не превышала 2–3% всех пациентов до года.

«Золушки» здравоохранения

В ПЦ (или другом учреждении родовспоможения) здоровые новорождённые проводят несколько дней, больные и недоношенные — до 3 нед. Для тех, кто миновал период новорождённости, годы лечения и реабилитации (иногда — до совершеннолетия) проходят уже в зоне ответственности педиатрических ЛПУ. Ежегодно во всех детских стационарах страны получают лечение до 600 тыс. детей с заболеваниями, возникшими в перинатальном периоде, — это каждый 9-й ребёнок младше 17 лет.

Порядки^{4,5}, регламентирующие взаимодействие учреждений родовспоможения и детских медицинских организаций, создают неоднозначную ситуацию в перинатальном, неонатальном и постнеонатальном сегментах службы охраны здоровья матери и ребёнка в субъектах РФ. Задачи, стоящие перед службой, чрезвычайно сложны и разнообразны, а достижение многих индикаторов государственной программы едва ли не полностью зависит от специалистов, работающих в учреждениях педиатрического профиля.

Необходимость строительства новых, реконструкции и переоснащения действующих детских больниц очевидна. Ещё 24 декабря 2012 года было опубликовано Распоряжение Правительства России №2511-р, в котором сказано о «повышении качества медицинской помощи детям на базе развития в субъектах РФ педиатрических стационаров на основе государственной поддержки реконструкции и строительства областных, краевых, республиканских многопрофильных стационаров, структура которых будет полностью соответствовать современным требованиям». Выполняя эту задачу, важно правильно расставить акценты.

Стоит ли изобретать велосипед?

Созданная и реально работающая в службе родовспоможения трёхуровневая система должна стать образцом для создания подобной в педиатрии. Формально она уже существует: к I уровню относятся центральные районные и районные больницы, ко II — межрайонные учреждения специализированной помощи и некрупные городские больницы, к III — ОКРОДБ и крупные многопрофильные детские больницы. Проблема в том, что новорождённый географически «привязан» к месту, где появился на свет, и помощь необходимого уровня (в том числе реанимационная, интенсивная терапевтическая, реабилитационная) должна быть оказана ему там же. Транспортировка новорождённого из одного ЛПУ в другое — заведомо неблагоприятный прогностический фактор, и она оправдана лишь в особых случаях, как исключение из правил.

В то же время, учитывая современные подходы, в педиатрических стационарах необходимо выстраивать этапы лечения и реабилитации детей с первых дней жизни до совершеннолетия при самых разнообразных заболеваниях — от банальных острых кишечных и респираторных инфекций до генетических синдромов, злокачественных новообразований и последствий тяжёлых поражений центральной нервной системы. К сожалению, сейчас количество и состояние детских больниц не позволяют решать эти задачи.

Так, анализ материально-технической базы ОКРОДБ показал, что большинство учреждений **не соответствует нормам СанПиНа**. Даже такое «продвинутое» ЛПУ, как республиканская детская клиническая больница Республики Татарстан, нуждается в строительстве реабилитационного центра. ПЦ, входящий в состав Орловского многопрофильного клинического центра медицинской помощи детям и матерям, не имеет центра реабилитации. Необходимо создание новых, современных детских больничных комплексов в Оренбургской, Костромской, Курской, Томской областях, республиках Коми и Адыгея. Настало время реконструкции зданий ОКРОДБ Пензы, Казани, Сыктывкара, Барнаула, Орла, Ставрополя. Во многих городах не обойтись без **неотложного капитального ремонта** зданий, в которых располагаются подразделения, оказывающие помощь на III этапе выхаживания и II этапе реабилитации (Вологда, Владивосток, Владимир, Барнаул, Владикавказ, Ярославль).

То, что в очень многих детских больницах необходим капитальный ремонт, стало очевидно сразу после окончания программы модернизации в 2011–2012 годах. И в 2016 году такие средства были выделены: 171,7 млн рублей на 31 педиатрический стационар, в среднем **5,5 млн руб. на одно учреждение...** Не нужно обладать большим опытом, чтобы оценить критическое несоответствие между задачей и финансовым обеспечением её реализации.

По данным Минздрава России, на 1 января 2017 года 70 ОКРОДБ страны размещены в 717 зданиях, 117 из которых **требуют сноса**, реконструкции, капитального ремонта; 109 учреждений — в приспособленных помещениях, ещё шесть — на арендованных площадях. Только 77% ЛПУ имеют **водопровод**, 73% — горячее водоснабжение, 80% — **центральное отопление**, 76% — **функционирующую канализацию**, 71% — **телефонную связь**, 20% — автономное энергоснабжение. Далека от современных требований и «доступная среда для инвалидов». Это официально. С сожалением стоит отметить, что **реальное состояние детских больниц**, оценённое автором лично в ходе аудита, ещё хуже. «Десятилетие детства» начинается на очень низком старте...



© iStockphoto.com. Bodowitch / фотобанк Лори / age Fotostock

[Только 77% детских ЛПУ имеют водопровод, 73% — горячее водоснабжение, 80% — центральное отопление, 76% — канализацию, 71 — телефонную связь, 20 — автономное энергоснабжение.]



В решении коллегии Минздрава России, прошедшей 12 апреля 2017 года, записано: «создание современных многопрофильных детских областных, краевых, республиканских больниц в субъектах РФ... будет способствовать **развитию педиатрической службы**, позволит достичь ожидаемых результатов по укреплению здоровья, снижению инвалидности и смертности детей во всех возрастных группах...» Пока это только намерения. Поставленные задачи не могут быть **искусственно распределены** между акушерами-гинекологами, неонатологами и педиатрами — **непрерывность оказания медицинской помощи** требует реального междисциплинарного взаимодействия.

В стране есть опыт введения ПЦ в состав многопрофильных детских больниц:

такие решения были приняты в Красноярске, Екатеринбурге, Краснодаре, Орле, Белгороде. Казанский ПЦ включён в состав республиканской клинической больницы для взрослых. Успешно работает ПЦ Северо-Западного медицинского исследовательского центра им. В.А. Алмазова в Санкт-Петербурге. Сходным образом в Москве родильный дом №4 — подразделение клинической больницы №64. Результаты — отличные. Кроме того, понятно, что во всех детских больницах необходимы регулярные ремонты, обновление парка медицинской техники. Похоже, для этого нужна ещё **огна государственная программа** — прицельно ориентированная на комплексное развитие педиатрической службы. **SP**

Библиографию см. на с. 84–86.

изучены — не значит безобидны

Острая кишечная инфекция в XXI веке: современные подходы к борьбе с по-прежнему грозным противником



Авторы: Людмила Николаевна Мазанкова, докт. мед. наук, проф., главный внештатный специалист по инфекционным болезням у детей ЦФО и ДЗМ, зав. кафедрой детских инфекционных болезней РМАНПО; Сергей Георгиевич Горбунов, докт. мед. наук, проф. той же кафедры, главный внештатный специалист по инфекционным болезням у детей ВАО г. Москвы (Москва)

Копирайтинг: Хильда Симоновская, Юлия Якименко

Мало найдётся людей, в детстве не читавших книгу «Волшебник Изумрудного города». А вот об авторе этого произведения, Александре Мелентьевиче Волкове, как правило, знают гораздо меньше. В семье учителя высшей математики и преподавательницы хореографии родилось **четверо сыновей** — и двое рано погибли от весьма распространённых в то время «детских» инфекций, тяжело протекавшей дизентерии и дифтерии. Семья тяжело переживала потерю, родившимся впоследствии мальчикам родители дали те же имена, что и старшим: Вивиан и Ромуальд.

Александр Волков прожил долгую жизнь в бурную эпоху: трёхлетним малышом он запомнил празднование коронации Николая II, а в последних книгах созданного им шестикнижия (седьмую соавторы дописывали после его смерти в 1977 году) во вселенной Волшебной страны уже были транзисторные приёмники, солнечные батареи и даже роботы. Столь же головокружительно изменилась и **результативность лечения** широкораспространённых детских заболеваний. В наши дни этиология, патогенез и возможности терапии острых кишечных инфекций (ОКИ) изучены так хорошо, что опасность этих по-прежнему грозных патологических состояний врачи склонны **недооценивать**. Однако и сейчас от тяжёлых форм этих болезней дети по-прежнему рискуют погибнуть.

Позволить себе несколько снисходительное отношение к острым кишечным инфекциям (ОКИ), пожалуй, могут разве что врачи-инфекционисты, работающие в благополучном обществе с развитой медициной. Во всех остальных случаях не стоит забывать, что эта группа состояний, согласно данным ВОЗ, представляет собой **вторую по значимости причину смерти** детей младше 5 лет¹. Каждый год в мире регистрируют около 1,7 млрд случаев инфекционной диареи у детей, причём погибают от этого 525 тыс. детей дошкольного возраста. Наиболее неблагоприятно

выглядит статистика в развивающихся странах, где, по сообщениям ВОЗ, «от диарейных заболеваний из-за плохой санитарии, ненадлежащей гигиены или отсутствия безопасной питьевой воды ежегодно умирают более 340 тыс. детей в возрасте до 5 лет, то есть почти 1000 детей в день»¹.

Колоссальная разница между реалиями развитых и развивающихся стран обусловлена вовсе не сложностями диагностики, ведь при ОКИ речь идёт о **типичной триаде симптомов** (боль в животе, рвота, жидкий стул) на очевидном анамнестическом

фоне. Нет сомнений, что влияние на распространённость и исходы ОКИ оказывают **санитарно-гигиенические условия**, доступ к **чистой** питьевой воде, **температура** окружающей среды. Так, вирусы «буйствуют» преимущественно в холодное время года, тогда как вспышки бактериальных диарей чаще происходят при жаркой погоде. Однако взять курс на повышение эффективности терапии уже возникшей ОКИ возможно **в любых условиях**, оказывая патогенетическую помощь как можно раньше и применяя современные лекарственные средства.

Лечение ОКИ: дома лучше

В России, по данным Роспотребнадзора за 2016 год, заболеваемость ОКИ неустановленной этиологии **превысила** показатели 2015 года на 5,5%, установленной — на 1,8%. Дети первого года жизни составляют 46,7% в структуре госпитализированных с ОКИ и 30,1% поступающих в отделения реанимации и интенсивной терапии². **Показаниями к госпитализации** выступают следующие условия и состояния³.

- **Тяжёлые формы заболевания** с температурой тела 39 °С и выше, многократной рвотой, частым жидким стулом (более 15 раз в сутки), развитием токсикоза с эксикозом, нейротоксикоза, гипервентиляционного синдрома, инфекционно-токсического шока.
- При лёгких и среднетяжёлых формах — выраженный **абдоминальный болевой синдром**, требующий консультации хирурга.
- **Сопутствующие** инфекционные заболевания (пневмония, отит и др.).
- Посещение ребёнком **закрытых** детских учреждений (независимо от тяжести заболевания).
- **Многодетная** или **социально неблагополучная** семья.
- Ранний возраст с **неблагоприятным преморбидным фоном** (гипотрофия и др.).

• **Отсутствие положительной динамики** (или нарастание тяжести) в первые 2–3 дня лечения в домашних условиях при лёгких и среднетяжёлых формах заболевания.

Для **оценки степени тяжести ОКИ** ESPGHAN* рекомендует модифицированную шкалу Т. Весикари** (Timo Vesikari)⁴.

В остальных случаях больных с ОКИ независимо от этиологии и **типа диареи** можно лечить как в стационаре, так и на дому³.

Исход заболевания зависит от **своевременной** диагностики, а также от соответствия терапии **патогенетическим особенностям**. Вероятно, именно это имел в виду Никколо Макиавелли, говоря: «Тяжёлую болезнь в её начале легче вылечить, но трудно распознать. Когда же она усиливается, её легче распознать, но уже труднее вылечить».

Основу **вирусных диарей** составляет дисахаридазная недостаточность, возникающая на фоне массивного **некроза энтероцитов** и спровоцированной этим гипоферментопатии. Избыток дисахаридов и других нерасщеплённых веществ в химусе формирует осмотический тип расстройства. Характеристики стула при вирусной этиологии ОКИ приведены в инфографике.

При заболеваниях, вызванных **бактериями**, тип диареи зависит от **преимущественной локализации** патологического процесса: активация системы аденилат-

циклазы в **тонкой кишке** под действием энтеротоксина приводит к гиперсекреции воды и электролитов в её просвет (**секреторный тип**). Экссудативное воспаление слизистой оболочки **толстой кишки**, вызванное глубоким внедрением микроорганизмов, формирует **инвазивный тип** диареи.

Ходит не по лесу, а по людям

Фекально-оральный механизм передачи ОКИ у дошкольников чаще реализуется контактно-бытовым путём, а у детей старшего возраста — преимущественно пищевым или водным. К противоэпидемическим мероприятиям в случаях ОКИ относятся следующие меры⁵:

- **карантин** в ДОО сроком на 7 дней от момента изоляции последнего больного и заключительной дезинфекции;
- **текущую дезинфекцию** (как в домашнем эпидочаге, так и в ДОО);
- наблюдение за **контактными** в течение 7 дней с осмотром на 1, 3, 5, 7-й дни и проведением однократного лабораторного исследования (кал на **кишечную группу** или кал на вирусы).

Необходима подача экстренного извещения формы №058/у (по телефону, электронной почте) в филиал ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» в субъекте Российской Федерации или в территориальный отдел управления Роспотребнадзора по субъекту Российской Федерации.

При установленной этиологии заболевания детей можно допускать в школы и сады после **клинического выздоровления** и однократного отрицательного результата лабораторного исследования образцов кала, взятых через 1–2 дня после окончания лечения. При неуста-

Шкала Т. Весикари для оценки степени тяжести ОКИ***

Критерии	Баллы			
	0	1	2	3
Длительность диареи, часы	0	1–96	97–120	>121
Максимальная частота стула в день	0	1–3	4–5	>6
Длительность рвоты, часы	0	1–24	25–4	>49
Максимальная частота рвоты в сутки	0	1	2–4	>5
Максимальная температура тела, °С	Ниже 37	37,1–38,4	38,5–38,9	Выше 39
Ранее оказанная помощь	—	—	Первичная помощь	Реанимация
Терапия	—	Внутривенная инфузия	Госпитализация	Госпитализация

* ESPGHAN — Европейское общество детской гастроэнтерологии, гепатологии и вскармливания.

** Тимо Весикари — профессор вирусологии, руководитель центра исследований вакцин медицинской школы университета Тампере (Финляндия). Главный разработчик и исследователь вакцин против рота- и норовирусных инфекций.

*** От 0 до 8 баллов — лёгкая степень тяжести заболевания. От 9 до 11 баллов — средняя степень. Более 11 баллов — тяжёлое течение.

новленной этиологии ОКИ пациентов выписывают в организованные коллективы при клиническом выздоровлении (отсутствии лихорадки, нормализации стула, прекращении рвоты), лабораторного подтверждения не требуется.

Через «не хочу»

Разумеется, на фоне течения ОКИ аппетит у пациентов чаще всего снижен, однако абсолютный голод **противопоказан** даже в острый период. Неправильная организация питания, «водно-чайные» паузы и голодные диеты снижают адаптационный потенциал организма, замедляют процессы репарации в кишечнике.

Особенности метаболизма у детей таковы, что запасы гликогена **быстро истощаются** — при ОКИ это происходит уже **в первые сутки** заболевания. Следующая за этим перестройка обмена веществ (с тенденцией к глюконеогенезу) связана с усиленным распадом структурных белков, повышением содержания кетонных тел и развитием выраженного **ацидоза**. Во избежание подобного сценария уже с первого дня болезни необходима **адекватная диетотерапия**⁶.

Рекомендации ESPGHAN по питанию детей очень скудны. Основные положения следующие⁴.

- Необходимо по возможности **сохранять грудное вскармливание**, параллельно проводя оральную регидратацию.
- В случае неукротимой рвоты приостановка кормления детей старшего возраста целесообразна **не более чем на 4–6 ч** при условии проведения оральной регидратации.
- Рутинное использование безлактозных смесей у амбулаторных пациентов не рекомендовано. Можно кормить детей безлактожными смесями в стационаре при тяжёлом течении заболевания.
- Научных данных, указывающих на эффективность приёма рисового отвара, сухарей нет. Приём жидкостей с высоким содержанием сахара следует исключить.

Согласно отечественным рекомендациям, помимо разгрузки и щадящего режима питания, в период разгара ОКИ следует отдавать предпочтение лечебно-профилактическим **пробиотическим про-**



© Zolova / Shutterstock.com

[Выпаивать можно из чашки, ложки, бутылочки, шприца без иглы. Раствор нужно давать каждые 5–10 мин по 1–2 глотка до тех пор, пока не будут ликвидированы признаки обезвоживания.]

дуктам, смесям с нуклеотидами, организуя пациенту преимущественно безлактозную диету (при состояниях с выраженными процессами брожения в кишечнике, сопровождаемых метеоризмом)³.

В первый день лечения рекомендовано **уменьшение объёма пищи** (но не более чем на 50%) и **увеличение числа кормлений** до 8–10 раз в сутки, ночной перерыв **обязателен**. Со вторых суток разовый объём можно постепенно увеличивать.

Один из современных подходов к питанию детей с ОКИ — **ступенчатая диетотерапия**. Метод основан на этапности организации нутритивной поддержки в зависимости от возраста, стадии и степени тяжести состояния. Высокобелковое высокоэнергетическое питание, пектинсодержащие продукты, рисовый отвар показаны в **острый** период заболевания; **щадящий рацион** — до завершения периода **репарации**; постепенное расширение рациона и его обогащение пробиотическими продуктами необходимы в период **реконвалесценции**⁷.

H₂O и другие

Международная практика применения **оральной регидратации** в ранние сроки ОКИ позволила уменьшить число госпитализированных детей на 50–60% и снизить летальность при этих состояниях **примерно вдвое**⁸. Примечательно, что на заре внедрения этого метода в клиническую практику осмолярность рекомендуемых растворов составляла 310–330 ммоль/л. Безусловно эффективные в коррекции обезвоживания и метаболического ацидоза, эти растворы не оказывали положительных влияний на частоту и характер стула⁹, что стало поводом для поиска возможностей их усовершенствования.

В 2001 году в ходе метаанализа 15 рандомизированных клинических исследований, проведённых в разных странах мира, были получены доказательства большей эффективности **растворов со сниженной осмолярностью**¹⁰. Эта работа легла в основу современной тактики регидратационной терапии, ре-

[У детей раннего возраста, особенно зимой, в структуре кишечных инфекций до 70–80% занимают вирусные или смешанные диареи. Антибиотики показаны лишь при тяжёлом или атипичном течении заболевания.]

комендуемой в том числе ESPGHAN⁴. Такой подход позволяет снизить выраженность и продолжительность диареи и рвоты, оптимизировать всасывание воды и электролитов, **уменьшить потребность в инфузионной терапии** и сократить сроки лечения¹¹. Соотношение натрия и глюкозы в рекомендуемых растворах должно составлять 60/90 ммоль/л, осмолярность — 200–250 мосмоль/л, а энергетическая ценность — до 100 ккал/л. Например, осмолярность готового раствора «Адиарин Регидро» составляет 245 мосмоль/л, что позволяет рекомендовать этот продукт диетического (лечебного) питания детям с первых дней жизни¹¹.

Выпаивать можно из чашки, ложки, бутылочки, шприца без иглы. Жидкость нужно давать каждые 5–10 мин по 5–10 мл (1–2 глотка), даже если ребёнок спит. Выпаивание продолжают до тех пор, **пока не будут ликвидированы признаки обезвоживания**, — это может занять от 4–6 ч до 1–1,5 сут. Если произошла рвота, необходимо сделать перерыв на 15–20 мин, затем продолжить введение жидкости. Для предотвращения повторной рвоты возможно применение домперидона (с 5 лет) или метоклопрамида (с 1 года).

Сорбенты как группа задержания

К обязательным назначениям при ОКИ следует отнести приём энтеросорбентов, функция которых — **связать и вывести** инфекционные агенты, их токсины, высокоосмолярные фракции воспалительного каскада, химически активные частицы недопереваренной пищи. С позиций доказательной медицины именно энтеросорбция признана единственным методом **патогенетической терапии** вирусных ОКИ⁹. Однако и в этом направлении предложены новые, ещё **более эффективные** стратегии.

Для локализации диареи необходимо не только стабилизировать токсины и устранить гиперосмолярность. Не менее важный этап — **восстановление плотных межклеточных контактов** между эпителиоцитами, возобновление достаточной продукции муцина, обеспечивающего долговременную защиту слизистой оболочки от повторных агрессивных воздействий. Для этих целей с успехом применяют **мукопротективные средства**: например, желатина таннат («Адиарин») в исследованиях зарекомендовал себя как один из наиболее перспективных **модуляторов кишечного барьера**, не влияющий на перистальтику. Данный цитомукопротектор разрешён к применению у детей с 3-месячного возраста.

Вещество представляет собой комбинацию танина (пента-М-дигаллоил-глюкозы) и желатина. *In vivo* он вступает в прочные связи с муцином, формируя **адгезивную защитную плёнку**, адсорбирующую продукты воспаления и токсины, выводящуюся из кишечника полностью за 4–6 ч. Кроме того, этот агент ингибирует экспрессию молекул межклеточной адгезии 1-го типа (ICAM-1), модулирующих воспаление и привлекающих лимфоциты и моноциты. Известно, что содержание ICAM-1 повышено при ряде аллергических, опухлевых, инфекционных заболеваний, при отдельных аутоиммунных заболеваниях. На практике эту зависимость используют со скрининговой и диагностической целью, однако истинная роль избыточной продукции ICAM-1 в патогенезе этих состояний ещё предстоит окончательно выяснить. Как бы то ни было, среди клинических эффектов желатина танната к настоящему моменту подтверждены **сорбционное, цитопротективное и противовоспалительное действия**. У галловой кислоты, входящей в состав танина, *in vitro* продемонстрировано мощное **антиоксидантное влияние**^{11,12}.

Безопасность и эффективность желатина танната в купировании диарей-

ного синдрома доказана в исследованиях с параллельными группами^{6,11,12,13}. Так, в одном из российских исследований уже на вторые сутки наблюдения 25% пациентов основной группы **не имели диарейного синдрома** ($p < 0,05$). На 3-й день наблюдения, т.е. на вторые сутки лечения, **ни у кого** из пациентов основной группы не было избыточной частоты стула (10 раз в сутки и более), а среди больных группы сравнения этим могли похвастаться лишь 30,8% ($p < 0,05$). Водянистая диарея в контрольной группе сохранялась дольше: различия стали достоверны ($p < 0,01$) с 4-го дня болезни (3-го дня лечения)⁶.

Ревизия эффективных стратегий

При выборе средства этиотропной терапии следует учитывать, что у детей раннего возраста, особенно в холодное время года, в структуре кишечных инфекций до 70–80% занимают **вирусные или вирусно-бактериальные диареи**³. Антибиотикотерапия показана в следующих случаях⁹:

- при тяжёлых формах ОКИ (либо при атипичном течении среднетяжёлых);
- при смешанных инфекциях, вызванных в том числе бактериями;
- при осложнённом течении болезни и наличии сопутствующих инфекционных очагов;
- при резко отягощённом преморбидном статусе ребёнка.

К препаратам **стартовой терапии** среднетяжёлых форм относят нифуроксазид, налидиксовую кислоту, нифурател, котримоксазол (комбинация сульфаметоксазола и триметоприма).

Для **этиотропной терапии** среднетяжёлых и тяжёлых форм применяют гентамицин, канамицин, рифампицин, цефалексин, цефуросим, цефамандол.

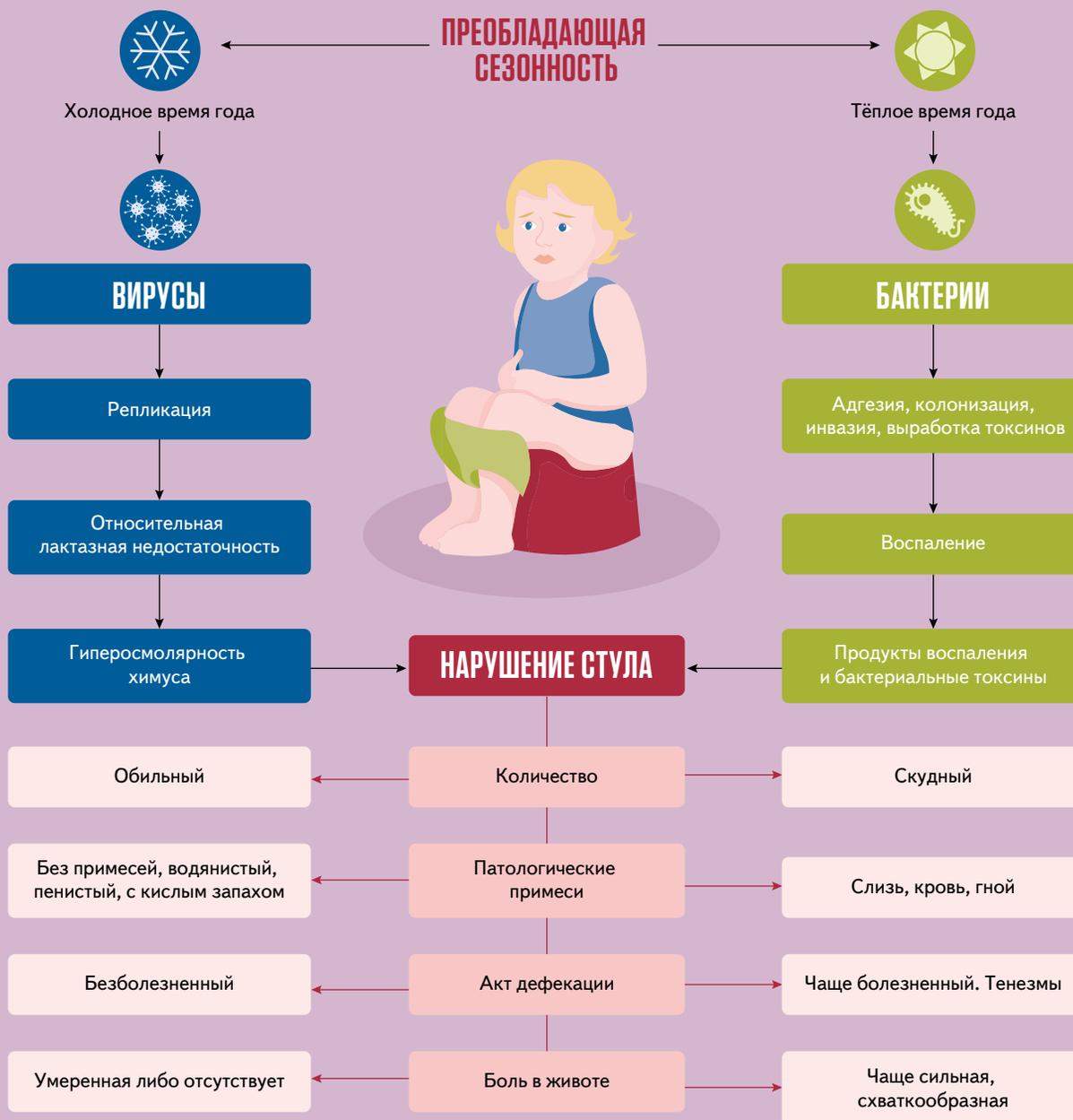
Препараты резерва: азитромицин, амикацин, имипенем, цефепим, меропенем, нетилимидин, цефтриаксон, цефиксим, цефтазидим, цефоперазон³.

Применение антибактериальных препаратов **без показаний** способствует формированию или усугублению дисбактериоза кишечника, предрасполагает к функциональным нарушениям ЖКТ и затягиванию острого периода заболевания.

70% ДИАГНОЗА – В ГОРШКЕ. НУ И РАССПРОСИТЬ!



АЛГОРИТМ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЭТИОЛОГИЧЕСКОГО ФАКТОРА ПРИ ОКИ



ВЫВОД: Предположить этиологию ОКИ и назначить адекватное лечение **можно уже при первичном приёме**, тщательно расспросив и отважившись заглянуть в горшок. При подозрении на бактериальную инфекцию необходим посев кала на кишечную группу с последующей коррекцией назначений.

Для комбинированной терапии лёгких и среднетяжёлых форм ОКИ у детей наряду с пробиотиками и энтеросорбентами можно использовать противовирусные препараты и специфические иммуноглобулины (табл.)³. Указанная терапия приведена в отечественных клинических рекомендациях³.

Бойцы невидимого фронта

Отечественные и европейские специалисты едины во мнении о необходимости применения пробиотических средств при ОКИ у детей^{3,4}. Пробиотические штаммы лакто- и бифидобактерий обладают следующими свойствами¹³.

1. Выраженным антагонизмом в отношении возбудителей ОКИ благодаря синтезу антимикробных факторов, конкурентному связыванию с рецепторами адгезии на эпителиоцитах.

2. Иммунотропным действием. В частности, *L. rhamnosus* штамма GG:

- блокируют выработку провоспалительных цитокинов Th₁ (ИЛ-1β, ИЛ-6, ИЛ-12, ИЛ-18, ФНО-α, интерферон-γ), но не влияют на цитокины Th₂ (ИЛ-10 и ИЛ-4);
- модулируют активность В- и Т-лимфоцитов, усиливают пролиферацию IgM- и IgA-продуцирующих клеток, усиливают локальный антиген-специфический ответ.

3. Усилением барьерных возможностей эпителия.

4. Потенцированием роста собственной микрофлоры реципиента.

К сожалению, многие пробиотические средства обладают специфическими недостатками (гибнут в кислой среде желудка, имеют слабые адгезивные свойства и др.), выживаемость и эффективность ограничены свойствами одного штамма. Современная тактика назначения пробиотиков подразумевает комбинированный подход:

мультивидовые препараты проявляют синергические свойства и обеспечивают максимальные показатели выживаемости, адгезии и колонизации слизистой оболочки кишки.

Адгезивные свойства максимально выражены у *L. rhamnosus* GG — микроорганизм способен синтезировать целый спектр белков, формирующих пили (волосковые структуры адгезии), благодаря которым прочно прикрепляется к эпителиоцитам. Именно этот генетический нюанс обеспечивает высочайшую способность представителей данного штамма к транзитной колонизации¹³. Кроме того, *L. rhamnosus* GG и *L. delbrueckii* способны повышать «фиксационный потенциал» других пробиотических штаммов — например, увеличивают адгезию *Bifidobacterium animalis* BB12 более чем в 2 раза. Сходным образом адгезия бактерий многообещающего штамма *Propionibacterium freudenreichii* P6 в присутствии *B. animalis* BB12 возрастает вдвое, а при участии *L. rhamnosus* GG — почти втрое. Благодаря перечисленным эффектам комплексный пробиотик, содержащий оба этих штамма («Адиарин Пробио»), высокоэффективен при лечении ОКИ начиная с первого дня заболевания, в том числе при антибиотикоассоциированных диареях¹³.



Итак, тепло вспоминая сказки о Волшебной стране и тягостные страницы биографии доброго писателя А.М. Волкова, можно резюмировать, что волшебное заклинание против злой волшебницы ОКИ должно звучать примерно так: «Бамбара-чужара, лорики-ёрики, гиппоосмолярная регидратация, сорбенты, цитомукопротекторы, комбинированные пробиотические препараты, при необходимости — специфические противовирусные средства, иммуноглобулины и антибиотики. Пикапу-трикапу!»

Раннее начало терапии и соблюдение перечисленных в данной статье современных рекомендаций позволяет в большинстве случаев справиться с острой диареей даже в домашних условиях и успешно вылечить ребёнка. 

Таблица. Вторая линия этиотропной терапии тяжёлых форм ОКИ

Препарат	Показания и режим дозирования
Умифеновир в таблетках по 0,05 г и 0,1 г и в капсулах по 0,1 г	Противовирусное средство, назначаемое только при ротавирусных ОКИ: внутрь детям 2–6 лет — по 0,05 г, 6–12 лет — по 0,1 г, старше 12 лет — по 0,2 г 3–4 раза в сутки. Клиническая эффективность выше при комбинированной терапии с включением энтеросорбентов
Имуноглобулин нормальный человеческий в виде лиофилизированного порошка для приготовления раствора для приёма внутрь	Содержит высокие титры специфических антител против шигелл, сальмонелл, эшерихий. Назначают с первых дней ОКИ при подозрении на бактериальную причину болезни для эмпирической терапии лёгких и среднетяжёлых форм (при тяжёлых формах можно комбинировать с антибиотиками, пробиотиками или сорбентами). Внутрь детям при умеренной диарее назначают по 1 дозе 2–3 раза в сутки, при тяжёлых формах — до 3–4 доз в сутки
Суппозитории с комплексным иммуноглобулиновым препаратом и рекомбинантным альфа-2-интерфероном	Содержит иммуноглобулины классов G, A, M. Назначают с первых дней ОКИ вирусной и бактериальной этиологии в виде монотерапии или в комбинации с антибиотиками ректально: детям 1–12 мес — по 1 суппозиторию 1 раз в сутки, 1–3 лет — по 1 суппозиторию 2 раза в сутки, старше 3 лет — 3 раза в сутки с интервалом 4 ч
Меглюмина акридонацетат в таблетках по 150 мг	Иммуностимулирующее, противовирусное средство. Назначают с первых дней болезни в составе комплексной терапии среднетяжёлых и тяжёлых форм ОКИ бактериальной и вирусной этиологии. Режим дозирования: внутрь детям 4–6 лет по 150 мг, 7–11 лет — 300 мг, старше 12 лет — 450 мг 1 раз в сутки на 1, 2, 4, 6, 8 и 11-й дни лечения

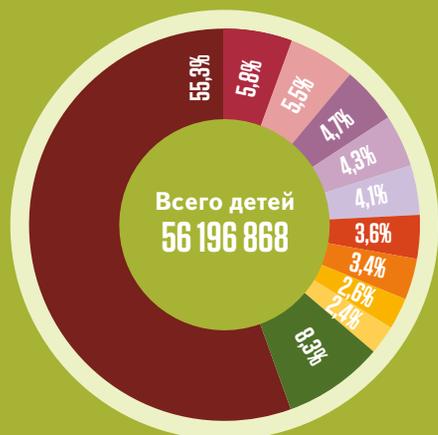
Библиографию см. на с. 84–86.

«ДЕСЯТИЛЕТИЕ ДЕТСТВА»

ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ И СОСТОЯНИЕ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В ПРЕДДВЕРИИ НОВОЙ СТРАТЕГИИ*



ТОП-10 болезней детей от 0 до 14 лет в 2016 году



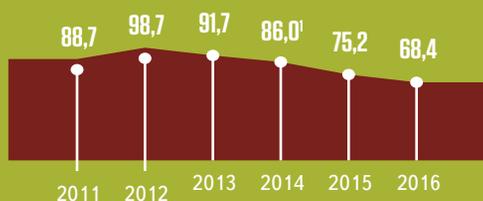
- Дыхания
- Пищеварения
- Глаза с придаточным аппаратом
- Травмы, отравления и другие внешние причины
- Кожи и подкожной клетчатки
- Нервной системы
- Некоторые инфекционные и паразитарные
- Костно-мышечной системы и соединительной ткани
- Уха и сосцевидного отростка
- Мочеполовой системы
- Остальные

ТОП-10 болезней детей от 15 до 17 лет в 2016 году

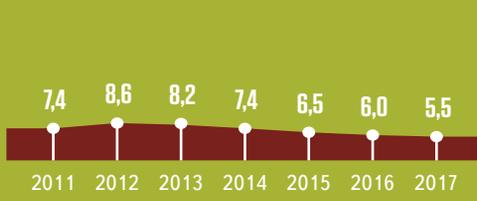


- Дыхания
- Глаза с придаточным аппаратом
- Пищеварения
- Травмы, отравления и другие внешние причины
- Костно-мышечной системы и соединительной ткани
- Нервной системы
- Кожи и подкожной клетчатки
- Мочеполовой системы
- Эндокринной системы; расстройства питания и обмена веществ
- Психические и поведенческие расстройства
- Остальные

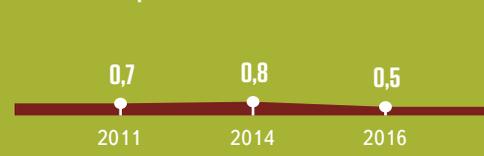
Смертность детей от всех причин**



Младенческая смертность***



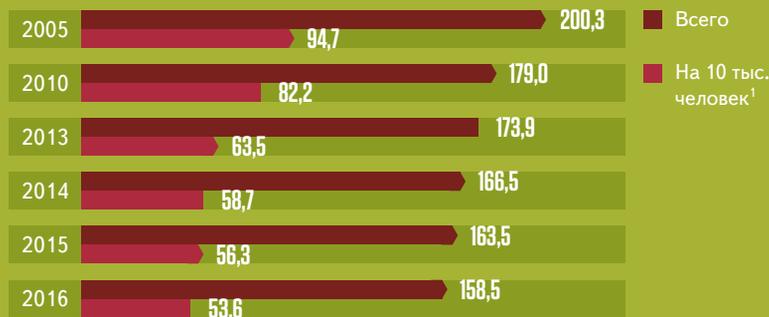
Доля детей, не получивших своевременно медицинской помощи****



Примечание.
¹ Данные за 2014 год по РФ без учёта сведений по Республике Крым и Севастополю

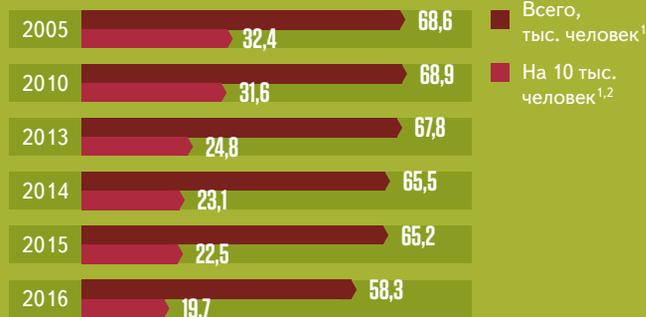
По итогам выборочного опроса о качестве и доступности услуг 11,4% людей, имеющих детей в возрасте до 15 лет, не удовлетворены качеством бесплатной педиатрической помощи, оказываемой по месту жительства.

Число больничных коек для детей



Примечание.
¹ На 10 тыс. детей в возрасте от 0 до 14 лет, с 2012 года — от 0 до 17 лет.

Число педиатров



Примечания.
¹ Число педиатров с учётом детских хирургов, детских эндокринологов, детских онкологов.
² На 10 тыс. детей в возрасте от 0 до 14 лет, с 2012 года — от 0 до 17 лет.

Вывод:

Показатели младенческой и детской смертности в последние годы неуклонно улучшаются, однако дети в целом здоровее не становятся. В это же время резко снижается число детских больничных коек и врачей-педиатров. Качеством педиатрической помощи не доволен каждый девятый родитель.

* По данным Росстата.
 ** На 100 тыс. человек этого возраста.

*** Число умерших в возрасте до года на 1000 родившихся живыми.
 **** В процентах от общей численности детей в соответствующем возрасте, нуждавшихся в оказании медицинской помощи.