

ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЮЛЛЕТЕНЬ ЕРА/UNEPSA № 22, 2016 г.

МЕСТО НАЗНАЧЕНИЯ — ЕВРОПА

В последнее время некоторые страны Европейского союза (ЕС) столкнулись с проблемой увеличения потока беспризорных несовершеннолетних мигрантов, которые в большинстве своем являются беженцами из стран, где происходят вооруженные конфликты, нарушаются права человека.

Это дети (к данной группе применим термин «обособленные дети») младше 18 лет, которые оказались за пределами своей родной страны, были разлучены с родителями или предыдущим законным или признанным ответственным опекуном, как правило, направляющиеся в Европу, чтобы избежать бесправия или эксплуатации.

Пункт назначения нынешней беспрецедентной миграционной волны — северные европейские страны, куда можно добраться двумя основными маршрутами: морским путем через Грецию, Мальту и Италию и наземным — через Балканы.

Дети, которые влились в поток мигрантов, уязвимы физически, психологически или социально. Их потребностями пренебрегают, им не хватает заботы и защиты опекунов, поэтому они часто подвергаются насилию. Из-за особого беспомощного положения ребенок-мигрант без сопровождения рискует лишиться своих прав в дальнейшем и может стать де-факто «невидимым» для властей, системы общественного здравоохранения или в целом для общественности. Более того, по прибытии или —

чаще — во время путешествия по Европе многие дети просто исчезают.

Этот важный вопрос уже рассматривался в февральском выпуске журнала Pediatrics [1]. В этой статье члены ЕРА/UNEPSA (European Paediatric Association/ Union of National European Paediatric Societies and Associations) в лице Итальянской федерации педиатров (Federazione Italiana Medici Pediatri, FIMP) и Итальянского общества педиатрии (Italian Society for Pediatrics, SIP) информировали педиатрическое сообщество о возникшей проблеме и подчеркивали важную роль национальных европейских педиатрических обществ, которые могут снизить негативные последствия данного феномена, привлекая к работе соответствующие целевые рабочие группы.

*Проф. Массимо Петтоэлло Мантовани
(Massimo Pettoello Mantovani),*

*Генеральный секретарь
Европейской педиатрической ассоциации*

Список литературы

1. Ferrara P, Corsello G, Sbordone A, Nigri L, Caporale O, Ehrich J, Pettoello-Mantovani M. The «Invisible Children»: Uncertain Future of Unaccompanied Minor Migrants in Europe. *J Pediatr.* 2016 Feb; 169:332–333. URL: [http://www.jpeds.com/article/S0022-3476\(15\)01299-8/pdf](http://www.jpeds.com/article/S0022-3476(15)01299-8/pdf)

ПРИВЕТСТВЕННОЕ СЛОВО ЭКС-ПРЕЗИДЕНТА ЕРА/UNEPSA ПРОФ. АРМИДО РУБИНО: КЛЮЧЕВЫЕ АСПЕКТЫ 7-го КОНГРЕССА EUROPEDIATRICS ВО ФЛОРЕНЦИИ

Дамы и господа, коллеги и друзья!

Для меня было огромным удовольствием приветствовать вас на 7-м Конгрессе Europediatrics — событии, которое поддерживает и укрепляет тесные связи, существующие между ЕРА, Италией и итальянскими педиатрами.

Хочу выразить благодарность президенту Европейской педиатрической ассоциации профессору Лейле Намазовой-Барановой; Председателю Конгресса и Президенту Итальянского педиатрического общества профессору Джованни Корселло; моим итальянским коллегам, кто входил в состав Оргкомитета; членам

Совета ЕРА. Отдельную искреннюю признательность приношу профессору Теренсу Стефенсону, председателю Научного комитета, за его нелегкую работу, в результате которой была сформирована всеобъемлющая научная программа. Также самые теплые пожелания хочется выразить президенту Международной педиатрической ассоциации профессору Андреасу Константопулосу, который ранее занимал пост Президента Европейской педиатрической ассоциации и выступил инициатором повторного проведения Europediatrics в Италии.

Конгресс состоялся благодаря тесному сотрудничеству членов национальных педиатрических обществ и Совета ЕРА, представителей различных научных дисциплин, педиатров и других специалистов в области ухода за младенцами, детьми и подростками, а также педиатров и семейных ассоциаций. И, наконец, что не менее важно, решающую роль в проведении Конгресса Europediatrics сыграло взаимодействие ЕРА со множеством европейских узкоспециализированных педиатрических ассоциаций, которые принимали активное участие в разработке научной программы.

В основе принципов и деятельности ЕРА лежит убеждение, что специальность **педиатра общей практики** имеет особое значение для медико-санитарных потребностей детского населения. Мы убеждены, что эта профессия должна сохраниться не в качестве альтернативы узким педиатрическим специальностям, а, напротив, с целью повышения уровня оказания медицинских услуг.

С другой стороны, непостижимый скачок в развитии медицинской науки, произошедший во второй половине XX в., вызвал чрезвычайное обогащение педиатрической науки, что привело к созданию узкоспециализированных педиатрических ассоциаций, которые стали важным инструментом в развитии научных знаний и играют значимую роль в охране здоровья младенцев, детей и подростков.

Таким образом, была сформирована основная идея этого Конгресса: объединить оба подхода в педиатрии для наиболее эффективного обеспечения охраны здоровья детей всех возрастов, стимулировать совместную деятельность в духе позитивного взаимодействия на основе общих ценностей. Благодаря такому сотрудничеству Europediatrics решает задачи, поставленные национальными и европейскими педиатрическими обществами, а именно:

- наблюдение за еще существующими различиями между регионами, странами и социальными классами, когда главным приоритетом становится не только снижение количества или устранение данных различий, но и воз-

можность пользоваться преимуществом ситуаций, возникающих при трансграничном здравоохранении;

- обеспечение высокого уровня знаний о непрерывно изменяющихся проблемах со здоровьем детей и подростков;
- укрепление культурного уровня таким образом, чтобы научно-технический прогресс мог быть применен к изменяющимся потребностям детей и подростков;
- продвижение, организация и осуществление системы непрерывного педиатрического образования на высоком уровне;
- обеспечение надежной взаимосвязи исследовательской деятельности, обучения и здравоохранения.

Однако, должен заметить, что не все так хорошо на большей части европейской территории: к сожалению, до сих пор возникает слишком много задержек с принятием мер и инициатив по укреплению здоровья детей и подростков. Будем надеяться, что в том числе и этот Конгресс поможет привлечь внимание правительства и общества к проблемам беженцев.

Именно сейчас я не могу не упомянуть трагедию, в связи с которой дети и подростки вынуждены иммигрировать с юга в направлении Европы. Не только по этой причине, но учитывая ее, существует потребность в новом, чрезвычайном соглашении, направленном на улучшение медицинской, социальной и психологической помощи младенцам, детям и подросткам в Европе. Существует острая необходимость поощрять и инвестировать научные исследования, обучение педиатров и доработку инициатив, направленных на улучшение состояния здоровья младенцев и подростков, как в странах ЕС, так и не входящих в Евросоюз. Для проведения таких исследований и мероприятий необходимо создать специальную рабочую группу. Я твердо верю, что европейские педиатры готовы к сотрудничеству с целью реализации данных инициатив.

Хотел бы завершить эту приветственную речь словами, которые для меня звучат как девиз этого съезда: «Вместе для детей!»

8-й КОНГРЕСС EUROPEDIATRICS И 13-й НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС РУМЫНСКОГО ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА (БУХАРЕСТ)

Уважаемые коллеги!

Для нас большая честь пригласить педиатров со всей Европы и других стран на 8-й Конгресс Europediatrics и 13-й Национальный конгресс Румынского педиатрического общества, который пройдет в Бухаресте (Румыния) 7–11 июня 2017 г.

Румынское педиатрическое общество было частью Румынской медицинской ассоциации с момента ее образования в 1926 г. и до 2001, когда общество приобрело собственный правовой статус. С 2010 г. Общество является членом ЕРА/UNEPSA, а также членом Европейской академии педиатрии (European Academy of Paediatrics, EAP); насчитывает более 4000 педиатров и 8000 ассоциированных членов и семейных врачей.

Румынская педиатрическая школа сохраняет традиции научного и практического развития высокого уровня; самые престижные факультеты входят в состав 10 вузов страны, среди которых университеты Яссы, Клужа, Бухареста, Тыргу-Муреша, Тимишоара, Крайова, Сибиу.

В течение последних 20 лет Румынская педиатрическая система реорганизовывалась и обновлялась. Некоторые больницы включают в себя автономные отделения гастроэнтерологии, нефрологии, неврологии, аллергологии и иммунологии, диабета и питания, респираторной медицины и др.

Кроме международных курсов и семинаров для педиатров, Румынское педиатрическое общество организует

национальные конференции и съезды с международным участием.

Прошедший в Тимишоара в 2015 г. Национальный конгресс Румынского педиатрического общества имел огромный успех: более 1200 участников, 145 румынских и 25 иностранных докладчиков, 180 тем на различных сессиях, 240 постеров, 40 спонсоров.

Для 8-го Конгресса *Europediatrics* в 2017 г. выбрано колоссальное по своим размерам место проведения — Дворец Парламента в Бухаресте.

На возведении Дворца Парламента (ранее известного как Народный дворец), задуманного лидером КПРФ Николае Чаушеску, трудилось 20 000 рабочих и 700 архитекторов. Длина Дворца — 275 м, ширина — 235 м, высота — 86 м и 92 м — под землей. На 12 этажах расположено 1100 комнат, 2 подземных гаража, а также четыре дополнительных подземных уровня, включая огромный ядерный бункер. Общая площадь

помещения составляет 365 000 м². Дворец Парламента является вторым офисным зданием по величине в мире (после Пентагона) и третьим по объему занимаемой площади (после Мыса Канаверал в США и Пирамиды Хеопса в Египте).

В начале строительства в 1984 г. диктатор предполагал, что Дворец станет штаб-квартирой его правительства. Сейчас Дворец — это место заседания парламента Румынии и международный конференц-центр. Построенное и обставленное с использованием исключительно румынских материалов здание отражает работу лучших мастеров страны.

Мы приглашаем вас открыть красоту этого места и рады приветствовать всех в Бухаресте в 2017 г.

Проф. Лейла Намазова-Баранова,

Президент ЕРА/UNEPSA

Марин Бурля (Marin Burlea),

Президент 8-го Конгресса Europediatrics

ОБУЧЕНИЕ

Электронное дистанционное обучение в системе педиатрического непрерывного медицинского образования

Электронное дистанционное обучение приобретает все большее значение в медицинском и медико-биологическом образовании. Благодаря непрерывной стандартизации процесса новые инновационные методы обучения и повышение квалификации на протяжении всей жизни стали насущными вопросами. Кроме того, снижение затрат во времени, путешествиях и соответствующих издержках превращают гибкий доступ к образованию в необходимость.

Непрерывное медицинское образование (НМО) для педиатров должно включать актуальные знания, подтвержденные научной базой, с прямой ссылкой на практическое применение. Тем не менее электронные учебные курсы НМО часто проводятся беспорядочно, содержат необъективную информацию, а координаторами выступают неакадемические негосударственные организации. Кроме того, содержание таких курсов узконаправленное, недостаточно глубоко рассматривает поставленные вопросы, включает неполную информацию, не имеет регулярных обновлений. Таким образом, существует острая потребность в электронном доступе к курсам НМО, которые содержат объективную, актуальную информацию высокого качества, предлагают легкую и мобильную форму для самостоятельного, интерактивного обучения.

Так, при взаимодействии и по инициативе Академии раннего питания (Early Nutrition Academy, ENA) и Детской больницы им. Августа фон Хаунера при медицинском центре Мюнхенского университета (Германия) создан бесплатный электронный курс по раннему питанию (eAcademy, ENeA; <http://www.early-nutrition.org/en/enea/>). Современные международные рекомендации, метаанализы, систематические обзоры и последние научные данные консолидируются и применяются на практике. Содержание электронных модулей написано и проверено ведущими международными экспертами соответствующей квалификации, которые участвуют в международных исследовательских совместных проектах, таких как «ЕС — Раннее питание» (www.project-earlynutrition.eu).

ENeA обеспечивает аккредитованные электронные учебные модули для НМО по темам раннего питания и образа жизни. Электронные модули предназначены для работников здравоохранения всего мира, которые стремятся углубить свои знания и улучшить медицинские услуги в области раннего питания.

Платформа электронного обучения ENeA работает в тесном сотрудничестве с Европейским обществом детской гастроэнтерологии, гепатологии и питания (European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition, ESPGHAN) и включена в программу электронного обучения, предлагающую работникам здравоохранения практические задания по теме питания.

Платформа электронного обучения ENeA состоит из различных модулей, при этом каждый посвящен определенной теме в области вскармливания младенцев. Дополнительные ресурсы по структуризации знаний, в том числе модули по питанию и эпигенетике, антропометрии у детей грудного возраста, необходимым питательным веществам в период беременности и лактации, а также раннему питанию и жизни в странах с низким уровнем дохода, будут доступны в ближайшее время.

Каждый модуль состоит из вводной части, 3–5 блоков по различным аспектам основной темы и практических заданий на основе клинических случаев. Каждый блок разделен на несколько частей. Начало каждого блока представлено схемой, в которой даны краткое изложение содержания и образовательные цели. Перед занятием пользователь проходит тест для самопроверки, результаты которого выявляют уровень знаний по конкретной теме. Каждый блок подразделяется на меньшие, четко спланированные уроки, которые охватывают наиболее важные и актуальные аспекты главной темы. Везде, где возможно, уроки содержат экспертное мнение, видео- или интерактивные изображения для закрепления и уточнения письменного содержания. Кроме того, списки литературы по отдельным темам предоставляют пользователям перечень источников для дальнейшего изучения и получения более подробной информации. В заключительном разделе каждого блока, озаглавленном «Ключевые положения», дается краткий обзор всех пройденных тем. По завершении каждого блока доступен

тест НМО. Проработав все уроки, пользователь ознакомится с содержанием блока и сможет успешно выполнить тест НМО.

Каждый модуль заканчивается практическими заданиями на основе клинических случаев. Цель данного виртуального ситуативного обучения заключается в том, чтобы предоставить пользователю возможность применить полученные знания на практике. Практические задания на основе клинических случаев являются дополнительным бонусом и не связаны с сертификатом НМО.

Кроме того, пользователи имеют возможность общаться друг с другом или с командой ENeA на дискуссионном форуме. Для простоты использования аббревиатуры связаны ссылками с соответствующим объяснением, все ссылки в модулях — со списком литературы. Полный список всех ссылок, используемых в модулях, также можно загрузить.

Модуль по теме «Прикорм»

Один из доступных модулей на платформе посвящен конкретным теоретическим и практическим аспектам прикорма. Модуль рассматривает своевременные и подходящие практики прикорма младенцев и маленьких детей и их значение для здорового роста и развития. Текущие международные рекомендации по срокам введения прикорма предоставляются вместе с актуальными научными рекомендациями, описывающими влияние раннего и позднего введения прикорма на здоровье. Подробные рекомендации по типу продуктов, объему порций и частоте приема пищи у младенцев и маленьких детей обсуждаются наряду с практическими примерами осуществления прикорма в разных регионах мира. Представлены биологические особенности и аспекты развития организма в период прикорма, что объясняет его важность. Этот модуль уделяет особое внимание потребностям питания нормальных здоровых младенцев, вместе с тем раскрывает способы удовлетворения особых потребностей в питании больных младенцев и затрагивает некоторые вопросы, связанные с прикормом в развивающихся странах.

В первом блоке обсуждаются текущие рекомендации и практики. Полноценное питание в младенчестве и раннем детстве является ключевым моментом в процессе нормального, здорового роста и развития. В первом блоке представлен обзор прикорма в младенчестве, и приводится краткое описание различных определений прикорма международными организациями. На основе краткого изложения истории вскармливания младенцев выделены значительные изменения и достижения XX–XXI вв. Обсуждается важность прикорма, нерациональность длительного исключительно грудного вскармливания с акцентом на «критический период» развития и дефицит питательных веществ, которые могут возникнуть при отсутствии подходящего прикорма. Пользователь получает полное представление об актуальных международных рекомендациях по прикорму наряду с планом текущих методов кормления в разных регионах мира.

Во втором блоке данного модуля описывается влияние прикорма на здоровье ребенка. Исходя из результатов текущих исследований, указавших возраст начала прикорма, данный блок определяет, какие немедленные или отдаленные нежелательные последствия для здоровья могут быть вызваны как слишком ранним, так и слишком поздним введением прикорма — ожирение, аллергии или сердечно-сосудистые заболевания, а также риск развития кариеса, заражения инфекция-

ми. Данный блок представляет вниманию обучаемого некоторые вопросы, связанные с прикормом в развивающихся странах, включая воздействие неполноценного прикорма на здоровье человека, раскрывает темы дефицита конкретных питательных веществ и остановки роста.

Третий блок включает в себя практические аспекты прикорма: состав и способы приготовления. Предметом обсуждения выступают актуальные научно обоснованные рекомендации по практическим аспектам, включающие описание приготовления и состава прикорма. Цель блока состоит в том, чтобы предоставить пользователю обзор подходящего прикорма у детей раннего возраста, включая типы и консистенции прикорма в раннем возрасте, содержание в прикорме питательных веществ и энергии, а также объем порций и частоту прикорма. Также даны рекомендации по вегетарианской и веганской диете в период прикорма. Кроме того, обучаемый получает общее представление о безопасном приготовлении и хранении продуктов для прикорма, а также советы по кормлению во время и после болезни.

Последний блок посвящен физиологическим аспектам в период прикорма. В течение первых лет жизни рацион питания грудного ребенка претерпевает наибольшие изменения, переходя от исключительно жидкой диеты к более разнообразным прикормам в дополнение к молоку. В течение этого переходного периода в пищу младенца появляются продукты, для перевариваемости которых необходимы полноценные оральные двигательные навыки и сформировавшиеся пищеварительная, почечная и иммунная системы. Данный блок раскрывает биологические особенности и аспекты развития в период прикорма. Разъясняет физиологическое созревание почечной и желудочно-кишечной функций, которое требуется для переваривания немолочных продуктов, и изменения в развитии нервной системы, необходимые для безопасного и эффективного перехода к «семейным» продуктам. Кроме того, обсуждаются развитие вкуса и пищевых предпочтений, а также динамика роста в период прикорма.

ENeA становится региональной: адаптации для электронного обучения педиатров в конкретных условиях

Англоязычная всеобъемлющая платформа ENeA в настоящее время диверсифицирована согласно определенным региональным и государственным требованиям в рамках специализированных подпроектов, таких как ENeA-Китай, ENeA-Турция и ENeA-ЮВА (Юго-Восточная Азия). При сотрудничестве с известными специалистами в регионах программа электронного обучения будет адаптирована к конкретным условиям и потребностям медицинских работников в этих странах, чтобы предложить специализированное обучение в области раннего питания и образа жизни для стран с высоким или низким уровнем доходов. На сегодняшний день в общей сложности более 5000 специалистов здравоохранения из 142 стран мира активно обучаются по программе ENeA.

Дополнительная информация по адресу <http://www.early-nutrition.org/en/enea/>

*д-р биол. наук Бриджит Брендон
(Brigitte Brands), MBE,*

e-mail: Brigitte.Brands@med.lmu.de

д-р мед. наук, профессор Университета педиатрии

Бертольд Колецко (Berthold Koletzko),

e-mail: office.koletzko@med.uni-muenchen.de

РЕШЕНИЕ ВОПРОСА РЕЗИСТЕНТНОСТИ К АНТИМИКРОБНЫМ ВЕЩЕСТВАМ С ПОМОЩЬЮ СТРАТЕГИИ РАЦИОНАЛЬНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ

Значение стратегии рационального использования антибиотиков

Устойчивость к противомикробным препаратам (антимикробная резистентность) — значительная и возрастающая угроза глобальному здравоохранению, препятствующая эффективному лечению инфекций, вызванных бактериями, грибами, паразитами и вирусами. Устойчивость к противомикробным препаратам наблюдается во всех регионах мира; также продолжают появляться и распространяться по всему миру новые механизмы устойчивости. Чрезмерное использование противомикробных препаратов и антибиотиков приводит к возникновению антимикробной резистентности.

В США данная проблема и возможности ограничить ее распространение, в том числе с помощью стратегии рационального использования антибактериальных препаратов, вызвали государственный интерес. Стратегия рациональной антибактериальной терапии — это комплексные усилия для обеспечения оптимального выбора препарата, его дозировки и длительности антибактериальной терапии, что приводит к лучшему клиническому исходу при лечении инфекции, минимизируя токсичность воздействия препарата и снижая последующую противомикробную устойчивость пациента. Программы рациональной антимикробной терапии (ПРАТ) были продемонстрированы в целях предотвращения ошибок лечения, сокращения расходов на здравоохранение, а также снижения уровня инфекций, вызванных бактерией *Clostridium difficile* и мультирезистентными бактериальными патогенами. В марте 2015 г. Белый дом внес стратегию рациональной антибактериальной терапии в Национальный план действий по борьбе с устойчивыми к антибиотикам бактериями. Среди других рекомендаций этот план предписывает центрам обеспечения услуг по программам «Medicare» и «Medicaid» (CMS) реализовать к 2018 г. стратегию рационального использования антибактериальных препаратов как условие участия для всех включенных в программы больниц скорой неотложной помощи США.

Стратегия рациональной антибактериальной терапии в педиатрии

Движение в пользу принятия стратегии рациональной антибактериальной терапии в США зародилось в учреждениях неотложной помощи для взрослых, но в последнее десятилетие наблюдается всплеск инициатив по разработке стратегий и в детских больницах.

Исследование 2011 г. показало, что 42% из 38 автономных детских больниц в США работали в соответствии с официальной действующей программой по реализации стратегии рационального использования антибактериальных препаратов, а еще 37% были в процессе разработки программы. Из существующих программ 81% был

создан после 2007 г. [1]. Так как опрос включал только автономные детские больницы, мало что известно о стратегии других педиатрических стационаров. Последние исследования показали, что существует насущная необходимость в оптимизации применения антибиотиков в детских поликлиниках. Антибиотики — один из наиболее часто назначаемых классов лекарств у детей. Примерно из 25 млн назначений антибиотиков в случае острых респираторных инфекций у детей в США почти половина (11,4 млн) признана нецелесообразными [2]. Одно из исследований в 21 стране Европейского союза показало, что почти половина респондентов переоценивает риски, связанные с отказом от антибиотиков при лечении острых инфекций верхних дыхательных путей, подразумевая ненужное употребление антимикробных препаратов [3]. Несмотря на явную необходимость выполнения стратегии рационального использования антибактериальных препаратов в детских поликлиниках, в настоящий момент ПРАТ остается нереализованной. Исследовательский интерес в этой области возрастает. Недавнее клиническое испытание в сети педиатрических отделений выявило, что использование комбинации клинического обучения и перспективного аудита с обратной связью значительно снижает количество выписанных рецептов как на антибиотики широкого спектра действия, так и на лекарства вне основного списка предписаний согласно стратегии при лечении пневмонии и синусита [4]. После окончания перспективного аудита положительные эффекты не были подтверждены [5]. Эти результаты показывают, что амбулаторная реализация ПРАТ может быть весьма успешной, и проверочные меры должны применяться непрерывно в целях достижения устойчивого положительного воздействия.

Проблемы реализации ПРАТ

Хотя стратегические программы считаются выгодными, возникает множество препятствий для их успешного применения. Это характерно и для стационара, и для амбулаторий. Большинство программ стационаров включают работу инфекциониста и клинического фармаколога, которым должны оплатить рабочие часы. В ПРАТ амбулаторий должности четко не прописаны, но оплата за работу гарантируется. Растущий объем литературы, подтверждающий рентабельность стратегической программы, обосновывает расходы на внедрение ПРАТ в больницах/клиниках [6]. Ограничение и/или своевременный мониторинг назначения антибиотиков требует информационно-технических ресурсов, а также может зависеть от существующих систем заказа, выставления счетов и хранения записей. Наконец, инициативы ПРАТ должны быть приемлемы для клиницистов, которые могут воспринимать программу как навязывание чужих прин-

ципов в их автономной работе. Так как стратегическое управление является «не имеющими законной силы» рекомендациями, успех программы неизменно зависит от установления продуктивных отношений со своими коллегами-клиницистами.

Совместные усилия «в процессе» реализации ПРАТ

Эксперты из комитета Американской академии педиатрии (American Academy of Pediatrics, AAP) по инфекционным заболеваниям, секции по инфекционным заболеваниям и Педиатрического общества инфекционных заболеваний (Pediatric Infectious Diseases Society, PIDS) назначили встречу в октябре 2015 г., чтобы обсудить возможные проблемы, которые могут появиться в процессе реализации ПРАТ, и разработать стратегии их решения. Основные элементы стратегического плана включают обучение, внедрение основных принципов, пропаганду, практическую и исследовательскую деятельность.

д-р мед. наук Рана Хамди (Rana Hamdy), MPH, FAAP,
д-р мед. наук Дж. Майкл Клатте (J. Michael Klatt), FAAP,
д-р мед. наук Зак Уиллис (Zach Willis), FAAP

Список литературы

1. Newland JG, Gerber JS, Weissman SJ, et al. Prevalence and characteristics of antimicrobial stewardship programs at freestanding children's hospitals in the United States. *Infect Control Hosp. Epidemiol.* 2014;35(3):265–271. doi:10.1086/675277.
2. Kronman MP, Zhou C, Mangione-Smith R. Bacterial Prevalence and Antimicrobial Prescribing Trends for Acute Respiratory Tract Infections. *Pediatrics.* 2014; 134(4):e956–e965. doi:10.1542/peds.2014-0605.
3. Grossman Z, del Torso S, Hadjipanayis A, et al. Antibiotic Prescribing for Upper Respiratory Infections: European

Primary Paediatricians' Knowledge, Attitudes, and Practice. *Acta Paediatr.* 2012;101:935–940.

4. Gerber JS, Prasad PA, Fiks AG, et al. Effect of an outpatient antimicrobial stewardship intervention on broad-spectrum antibiotic prescribing by primary care pediatricians: A randomized trial. *JAMA.* 2013;309(22): 2345–2352. doi:10.1001/jama.2013.6287.
5. Gerber JS, Prasad PA, Fiks AG, et al. Durability of benefits of an outpatient antimicrobial stewardship intervention after discontinuation of audit and feedback. *JAMA.* 2014; 312(23):2569–2570. doi:10.1001/jama.2014.14042.
6. Ruttimann S, Keck B, Hartmeier C, Maetzel A, Bucher HC. Long-term antibiotic cost savings from a comprehensive intervention program in a medical department of a university-affiliated teaching hospital. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am.* 2004;38(3): 348–356. doi:10.1086/380964.

Стать членом Секции инфекционных заболеваний ААР

Целью секции инфекционных заболеваний ААР (Section of infectious diseases, SOID) является улучшение ухода за новорожденными, детьми, подростками и молодыми людьми с инфекционными состояниями. SOID способствует миссии ААР путем предоставления качественных образовательных программ и для педиатра общей практики, и для узких специалистов. SOID предлагает своим членам участие в форуме для обучения, совместной работы, руководства и пропаганды. Членство в SOID доступно за \$25/год или менее и предоставляется международным врачам, которые принимают активное участие в некоторых аспектах исследования (или практики) инфекционных заболеваний у плода, новорожденных, детей и подростков, и заинтересованных в содействии в достижении целей Секции.

СОВМЕСТНЫЕ ЗАСЕДАНИЯ ЕРА И ЕВРОПЕЙСКОГО ПЕДИАТРИЧЕСКОГО НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА (EPNS) НА 7-м КОНГРЕССЕ EUROPAEDIATRIS: ДЕТСКАЯ НЕВРОЛОГИЯ ДЛЯ ПЕДИАТРА

Совет по Образованию и Комитет по подготовке кадров EPNS

Неврологические проблемы представляют значительную часть жалоб в педиатрической практике. Так, при опросе наблюдаемых в поликлиниках детей в 10–40% случаев у них были выявлены задержки или проблемы в развитии. Своевременная диагностика задержек развития может быть проведена только педиатрами, знакомыми с проблемой. Практичными, надежными и недорогими методами исследования уровня развития ребенка являются, например, стандартные скрининги. Несмотря на то, что особое внимание неврологическому состоянию ребенка должно уделяться в раннем детстве и дошкольном

периоде, роль педиатра в становлении неврологического развития не заканчивается и после достижения ребенком школьного возраста. Педиатр является практически семейным врачом: работая в тесном контакте с ребенком, родителями и другими медицинскими специалистами или работниками образовательных учреждений, врач констатирует уровень развития и социальной адаптации ребенка, а также определяет понимание вопроса родителями и учителями. На 7-м Конгрессе Europaediatrics во Флоренции были продемонстрированы методы работы и подчеркнуты периоды и условия, при которых роль педиатров становит-

ся решающей для коррекции неврологического состояния и общего развития ребенка.

Значительную группу представляют дети с риском неврологических проблем, большинство из которых — недоношенные младенцы, родившиеся в развитых странах. Такие пациенты пользуются преимуществом раннего вмешательства путем взаимодействия пары родитель–ребенок через стимуляцию и игры. Пристальное наблюдение позволяет педиатру выявлять двигательные или когнитивные задержки в развитии и направлять ребенка на лечение или получение специального образования на ранних стадиях болезни.

Прямая обязанность педиатра назначить лечение в случае выявления системных расстройств, часто сопровождающих и отягчающих неврологические заболевания, такие как недостаточное питание, дефицит железа, нарушение зрения, слуха или субклинические судороги, которые способствуют дисфункции органов и систем у ребенка. Более того, педиатр, который наблюдает пациента, быстрее обнаружит проблемы, связанные с побочными явлениями от приема лекарств.

Неврологические проблемы составляют значительную часть работы врачей больниц: около 1/4 случаев в приемном отделении детской интенсивной терапии и около 1/5 — в педиатрических клиниках. Кроме того, у пациентов с неврологией более высокие показатели смертности. Неонатальный и подростковый период — это два крайних

возрастных промежутка времени в детской популяции, когда сотрудничество узких специалистов очень важно. Как подробно рассмотрено на съезде, переход подростка с хроническими заболеваниями в медицинское учреждение для взрослых — самый уязвимый период для пациента именно из-за различий в работе детских и взрослых неврологов.

На совместных педиатрическо-неврологических сессиях, проведенных в ходе Конгресса, были рассмотрены общие неврологические симптомы детства (головная боль, аномалии походки и задержки в развитии). Продемонстрированы изображения и видео фактических обследований с нормальными и патологическими результатами, выявлены критерии, которые могут быть использованы в повседневной практике. Обсуждены трудности обследования маленьких детей и возможные решения данной проблемы на реальных примерах. При активном участии аудитории рассмотрены случаи творческого подхода в обследовании неконтактного ребенка, альтернативных способов обследования испуганного младенца или маленького ребенка, оценено значение непосредственного наблюдения во время неформальной беседы с матерью. Сессии по детской неврологии имели успех у участников Конгресса, были рекомендованы для включения в программу будущих европейских педиатрических съездов.

*д-р мед. наук Бану Анлар (Banu Anlar),
Университет Хаджеттепе, Анкара, Турция*

ПРИМЕНЕНИЕ ПАЛИВИЗУМАБА В ИЗРАИЛЕ

Новые рекомендации ААР, призывающей к более ограниченному и узкому использованию паливизумаба (Синагис) для профилактики респираторного синцитиального вируса (РСВ) в группах высокого риска, вызвали некоторое замешательство среди педиатров Израиля.

В последнее десятилетие некоторые профессиональные объединения в Израиле, в частности Ассоциация неонатологии и Ассоциация детской пульмонологии, выступали за постепенное расширение групп населения, имеющих право на дорогостоящую терапию с применением данного лекарственного средства. Еще 14 лет назад Синагис был рекомендован всего 200 детям, рожденным на сроке ≤ 28 нед, и лицам с хроническими заболеваниями легких. Однако финансирование профилактического лечения последовательно увеличивалось, и число охваченных младенцев, включая детей, рожденных на сроке ≤ 34 нед + 7 дней, достигло 2750.

Израильская педиатрическая ассоциация создала комитет экспертов, в состав которого вошли председатели соответствующих ассоциаций и обществ (неонатологии, детской пульмонологии, интенсивной терапии в педиатрии, здравоохранения, детских инфекционных болезней), а также представитель Министерства здравоохранения.

Комитет рассмотрел имеющиеся данные и пришел к следующим выводам:

- 1) доказана эффективность применения паливизумаба в снижении количества случаев госпитализации при РСВ в группах высокого риска;
- 2) не доказана эффективность применения паливизумаба в снижении уровня смертности при РСВ;

- 3) в то время как профилактика паливизумабом при РСВ снижает количество случаев госпитализации в отделение интенсивной терапии, не доказана его эффективность в снижении количества случаев механической вентиляции при РСВ;
- 4) стоимость профилактики одной РСВ-госпитализации различается в разных странах и может достигать крупных сумм ($\geq 250\,000$ \$ в большинстве моделей);
- 5) профилактика паливизумабом может снизить частоту обструкции у проходящих лечение новорожденных;
- 6) хотя паливизумаб может уменьшить число госпитализаций среди пациентов групп высокого риска, его применение не может существенно повлиять на течение РСВ, так как подавляющая часть таких госпитализаций влияет иначе на здоровых детей, которым не рекомендована подобная профилактика.

Рекомендации Комитета были следующими:

1. Продолжать профилактику текущей зимой (2014–2015) согласно тем же критериям.
2. Начать национальный сбор данных по воздействию инфекции РСВ в Израиле.
3. Провести весной анализ затрат и выгод с тем, чтобы определить, являются ли текущие критерии экономически эффективными. Анализ должен быть завершен до начала следующего сезона, чтобы более точно определить, какие группы населения имеют право на РСВ-профилактику.

*Проф. Эли Сомех (Eli Somekh),
Председатель Израильской
педиатрической ассоциации*

Список рекомендуемой литературы

- Updated guidance for palivizumab prophylaxis among infants and young children at increased risk of hospitalization for respiratory syncytial virus infection. *Pediatrics*. 2014;134(2):e620–38.
- Ralston SL, et al. Clinical practice guideline: the diagnosis, management, and prevention of bronchiolitis. *Pediatrics*. 2014;134(5):e1474–502.
- American Academy of Pediatrics Committee on Infectious Diseases and Committee of Fetus and Newborn. Prevention of respiratory syncytial virus infections: indications for the use of palivizumab and update on the use of RSV-IGIV. *Pediatrics*. 1998;102:1211–1216.
- The Impact-RSV Study Group: Palivizumab, a Humanized Respiratory Syncytial Virus Monoclonal Antibody, Reduces Hospitalization From Respiratory Syncytial Virus Infection in High-risk Infants. *Pediatrics*. 1998;102:531–7.
- Feltes TL, et al. Palivizumab Congenital Heart Disease Study: RSV Hospitalization Rates. *J Pediatr*. 2003;143(4):532–40.
- Committee on Infectious Diseases. From the American Academy of Pediatrics: Policy statements — Modified recommendations for use of palivizumab for prevention of respiratory syncytial virus infections. *Pediatrics*. 2009;124(6):1694–701.
- Hall CB, Weinberg GA, Blumkin AK, Edwards KM, Staat MA, Schultz AF, Poehling KA, Szilagyi PG, Griffin MR, Williams JV, Zhu Y, Grijalva CG, Prill MM, Iwane MK. Respiratory syncytial virus-associated hospitalizations among children less than 24 months of age. *Pediatrics*. 2013;132(2):e341–8.
- Byington CL, Wilkes J, Sheng X, Korgenski K. Respiratory syncytial virus associated mortality in hospitalized United States infants and children less than 2 years of age. Presented at the Pediatric Academic Societies Annual Meeting; May 4–7, 2013; Washington, DC. Abstract 2915.181.
- Blanken MO, Rovers MM, Molenaar JM, Winkler-Seinstra PL, Meijer A, Kimpen JL, Bont L. Dutch RSV Neonatal Network. Respiratory syncytial virus and recurrent wheeze in healthy preterm infants. *N Engl J Med*. 2013;368:1791–9.
- Yoshihara S, Kusuda S, Mochizuki H, Okada K, Nishima S, Sim es EA. C-CREW Investigators. Effect of palivizumab prophylaxis on subsequent recurrent wheezing in preterm infants. *Pediatrics*. 2013;132(5):811–8.
- Rietveld E, Steyerberg EW, Polder JJ, Veeze HJ, Vergouwe Y, Huysman MW, de Groot R, Moll HA. Passive immunisation against respiratory syncytial virus: a cost-effectiveness analysis. *Arch Dis Child*. 2010;95:493–8.
- H. Cody Meissner, David W. Kimberlin. RSV Immunoprophylaxis: Does the Benefit Justify the Cost? *Pediatrics*. 2013;132:915–8.
- Andabaka T, Nickerson JW, Rojas-Reyes MX, Rueda JD, Bacic Vrca V, Barsic B. Monoclonal antibody for reducing the risk of respiratory syncytial virus infection in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;30(4):CD006602.
- Prais D, Danino D, Schonfeld T, Amir J. Impact of palivizumab on admission to the ICU for respiratory syncytial virus bronchiolitis: a national survey. *Chest*. 2005;128(4):2765–71.
- Kugelman A, Colin AA. Late Preterm Infants: Near Term But Still in a Critical Developmental Time Period. *Pediatrics*. 2013;132(4):741–51.
- Greenberg D, Dagan R, Shany E, Bar-Ziv J, Givon-Lavi N. Increased risk for respiratory syncytial virus-associated, community-acquired alveolar pneumonia in infants born at 31–36 weeks of gestation. *Pediatr Infect Dis J*. 2014;33:381–6.
- Adam D, et al. Prospective observational study of PICU hospitalizations due to RSV related bronchiolitis in 2008–2012. Presented at HIPAP conference, Tel Aviv, 2012.
- Joseph L, et al. Rates of hospitalization for RSV bronchiolitis for all degrees of prematurity in a single medical center (Shaare-Zedek). Presented at HIPAP conference, Tel Aviv, 2014.
- Boyce TG, Mellen BG, Mitchel EF Jr, Wright PF, Griffin MR. Rates of hospitalization for respiratory syncytial virus infection among children in Medicaid. *J Pediatr*. 2000;137:865–70.

НОВЫЕ СВЕДЕНИЯ О ДОМАШНЕМ ЧТЕНИИ: ВЛИЯНИЕ ОКРУЖАЮЩЕЙ ОБСТАНОВКИ НА АКТИВАЦИЮ СПЕЦИФИЧЕСКИХ ОТДЕЛОВ МОЗГА, ОТВЕЧАЮЩИХ ЗА ВРОЖДЕННУЮ (ПРИРОДНУЮ) ГРАМОТНОСТЬ

Джорджи Тамбурлини

Центр здоровья ребенка, Программа «Рожденный читать», Триест, Италия

Грамотность — это возможность использовать письменную информацию для расширения и обмена знаниями, чтобы оптимально функционировать в обществе. Приобретение грамотности предполагает сложное взаи-

модействие генетических, нейробиологических и экологических факторов, из которых только последний непосредственно изменяемый [1]. Природная грамотность определяется как навыки, знания и установки, обеспе-

чивающие чтение и письмо, развиваемые с младенчества, когда в основном родители являются первыми учителями ребенка. Познавательльно-конструктивная домашняя обстановка, особенно до поступления в школу, обеспечивает прочную основу для развития этого навыка. Совместное чтение родителя с ребенком заставляет обе стороны использовать большее количество слов, чем в повседневном разговоре. К сожалению, это нехарактерно для семей с низким социально-экономическим статусом [2, 3]. Совместное чтение считается «одним из важнейших видов деятельности для развития навыков, необходимых для конечного успеха в чтении» [4], объясняющее многообразие языка. Совместное чтение родителя с ребенком рекомендуется несколькими мировыми педиатрическими ассоциациями с младенчества с целью когнитивного развития.

Хотя совместное чтение было рассмотрено в поведенческих и интервенционных исследованиях как способ улучшения устной речи и использования печатной продукции, воздействия на мозг, поддающиеся количественной оценке, ранее не изучались. Хаттон и др. [5] обнаружили воздействие совместного чтения на активацию областей мозга, отвечающих за мысленные образы и восприятие повествования. Для проведения длительного исследования нормального развития мозга было отобрано 19 детей в возрасте от 3 до 5 лет. Исследование проводилось методом функциональной магнитно-резонансной томографии (в зависимости от уровня кислорода в крови). Детям предлагали задания на прослушивание соответствующей возрасту истории, где повествование чередуется со звуками. Наивысшее воздействие чтения (вычислялось с использованием утвержденной шкалы StimQ-P Reading Subscale Score, измеряющей частоту чтения и количество и разнообразие детских книг, доступных в домашних условиях с учетом дохода семьи) было четко связано ($p < 0,05$, скорректировано) с нейронной активацией в левосторонней теменно-височно-затылочной ассоциативной зоне коры головного мозга, отвечающей за обработку семантики языка. Следует подчеркнуть, что у этих детей (из них 7 из семей с низким доходом) в среднем более ста детских книг в домашней библиотеке.

Исследование впервые показало связь между окружающей обстановкой при внеклассном чтении и активацией специфических областей мозга, отвечающих за природную грамотность в младшей возрастной категории, и обеспечило нейробиологическое подтверждение преимуществ домашнего чтения. Результаты данного исследования оказали дополнительную поддержку таким программам, как «Выбери и читай» (Reach Out and Read) в США, «Первая книга» (Book start) в Великобритании и «Рожденный читать» (Nati per leggere) в Италии, когда педиатр и другие специалисты по уходу за детьми рекомендуют родителям читать своим детям с первого года жизни. Эти программы направлены на максимизацию взаимодействия пары воспитатель-ребенок через диалогическое чтение, где ребенка подталкивают применять и использовать широкий спектр языка [6].

Список литературы

1. National Research Council and Institute of Medicine. From neurons to neighborhoods: the science of early childhood development. Committee on Integrating the Science of Early Childhood Development. In Shonkoff JP, Phillips DA, editors. Washington, DC: National Academy Press, 2000.
2. High PC, Klass P. Literacy promotion: an essential component of primary care pediatric practice. *Pediatrics*. 2014;134:404–9.
3. Karrass J, Braungart-Rieker JM. Effects of shared parent–infant book reading on early language acquisition. *J Appl Dev Psychol*. 2005;26:133–48.
4. Storch SA, Whitehurst GJ. The role of family and home in the literacy development of children from low-income backgrounds. *New Dir Child Adolesc Dev*. 2001; 92:53–72.
5. Hutton JS, Horowitz-Kraus T, Mendelsohn AL, De-Witt T, Holland SK, the C-MIND Authorship Consortium. Listening to Stories. Home Reading Environment and Brain Activation in Preschool Children. *Pediatrics*. 2015 Sep; 136(3):466–478. doi: 10.1542/peds.2015-0359.
6. Needlman R, Silverstein M. Pediatric interventions to support reading aloud: how good is the evidence? *J Dev Behav Pediatr*. 2004;25(5):352–363.

СОДЕЙСТВУЯ ЗДОРОВЬЮ ДЕТЕЙ, ПЕДИАТРЫ ДОБАВИЛИ ЧТЕНИЕ В СПИСОК ПУНКТОВ КОНТРОЛЬНОГО ПРОВЕРОЧНОГО ЛИСТА

Крупнейшая в стране ассоциация педиатров официально призывает родителей читать своим детям вслух ежедневно с младенчества. ААР отмечает, что чтение стимулирует раннее развитие мозга и помогает освоить ключевые языковые (грамотность) и социальные навыки.

Вы можете сомневаться в преимуществах чтения маленьким детям, ведь младенцы не поймут то, что вы делаете, или почему вы это делаете. Однако, вы же не будете ждать, пока ваш ребенок научится понимать речь, чтобы начать разговаривать с ним? Вы будете петь

колыбельные, несмотря на то, что ваш ребенок не может пока различать мелодии; будете предлагать ему игрушки, не дожидаясь пока он сможет взять погремушку самостоятельно.

Чтение вслух вашему ребенку — прекрасный вид совместной деятельности, который может объединять вас долгие годы.

Чтение вслух:

- учит ребенка навыкам коммуникации;
- вводит такие понятия, как числа, буквы, цвет и форма;

- в увлекательной игровой форме помогает выработать навыки восприятия на слух, улучшить память и увеличить лексический запас;
- дает ребенку представление об окружающем мире.

Удивительно, но к тому времени, когда ребенок достигнет одного года жизни, он будет знать все звуки, необходимые, чтобы говорить на родном языке. Чем больше историй вы прочитали вслух, тем большее количество слов будет воспринято, и тем лучше он сможет говорить.

Восприятие слов на слух помогает выстраивать многообразные цепочки слов в сознании ребенка. Дети, чьи родители часто говорят/читают им, к 2 годам жизни знают больше слов, чем те, кто лишен подобного общения. Дети, которым читали в раннем возрасте, с наибольшей вероятностью научатся читать в нужное время.

Когда вы читаете, ваш ребенок слышит много различных эмоций и выразительных звуков, что способствует социальному и эмоциональному развитию. Чтение также стимулирует вашего ребенка изучать, указывать, трогать, отвечать на вопросы, и это способствует социальному развитию и навыкам мышления. Ваш ребенок улучшает языковые навыки, имитируя звуки, распознавая картинки и изучая слова.

Но, пожалуй, самая важная причина читать вслух — это укрепление связи между тем, что ребенок любит больше всего — ваш голос, совместное времяпрепровождение, книги. Совместное чтение прививает привычку читать. И если младенцам и детям читают эмоционально, часто и с радостью, они начинают ассоциировать книги с ощущением счастья, — так вы закладываете любовь к книгам.

Восприятие на слух в разных возрастных периодах

Большинство младенцев не распознают, что изображено на картинках, но они могут фокусировать на них взгляд, особенно если картинки с лицами, яркими красками или контрастными узорами. Когда вы читаете или поете колыбельные, вы развлекаете и успокаиваете ребенка.

В возрасте 4–6 мес ребенок проявляет больше интереса к книгам: хватает и держит их, берет в рот, кидает. Выберите книги из бумаги на виниловой основе или тканевые книги с яркими цветами и повторяющимся или рифмующимся текстом.

В возрасте 6–12 мес ваш ребенок начинает понимать, что картинки показывают объекты, и, скорее всего, будет отдавать предпочтение определенным картинкам, страницам или даже целым историям. Ребенок начнет реагировать на ваше чтение, хватая книги и издавая звуки, а в один год начнет переворачивать страницы (с вашей помощью), гладить их, указывать на объекты на странице или повторять ваши звуки.

Когда и как читать

Самый большой плюс в чтении вслух в том, что вы не должны обладать специальными навыками, и вам не потребуются дополнительные предметы: только вы, ваш ребенок и книги. Почитайте вслух в течение нескольких минут за один раз, но делайте это часто. Не старайтесь прочитать всю историю/книгу за раз, обращайтесь внимание на страницы, которые нравятся вам и вашему ребенку.

Попробуйте выделить время, чтобы читать каждый день: например, перед обеденным сном и на ночь. В дополнение к удовольствию от взаимных объятий перед сном вы устанавливаете определенный режим. Это поможет успокоить ребенка и даст ему представление о том, когда наступает время сна.

Также хорошо выбрать время для чтения в течение дня, когда ваш ребенок сухой, сытый и бодрый. Книжки также пригодятся во время ожидания, поэтому всегда имейте книгу под рукой (в детской сумке), чтобы заполнить время в очереди ко врачу или в продуктовом магазине.

Дополнительные советы

1. Объятия во время чтения помогают вашему ребенку чувствовать себя в безопасности, ощущать теплоту и связь с вами.
2. Читайте с выражением, изменяйте тембр голоса, где это уместно, или читайте разными голосами за разных героев.
3. Не следуйте тексту буквально. Делайте паузы, задавайте вопросы, вставляйте комментарии к картинкам или тексту («Где кошечка? Вот она! Какой милый черный котенок!»). Ваш ребенок не сможет ответить, но закладывает основу на будущее.
4. Пойте детские песенки, издавайте смешные звуки животных или подкидывайте ребенка на коленях: делайте все, чтобы чтение представлялось веселым занятием.
5. Дети учатся через повторение, поэтому не бойтесь читать одни и те же книги снова и снова. Делайте это с одинаковым выражением каждый раз, как если бы вы пели знакомую песню.
6. Когда ребенок становится старше, поощряйте его трогать настольные, тканевые или книги из бумаги на виниловой основе. Конечно, вы не хотите, чтобы ребенок жевал страницы, но пробуя их, ваш ребенок познает мир, и он поймет, что книги несъедобны!
7. Обращайте внимание, что читаете.
8. Книжки для детей должны содержать простой, повторяющийся текст и четкие картинки. В течение первых нескольких месяцев жизни ваш ребенок просто любит слушать ваш голос, так что вы можете читать что угодно, особенно текст с подчеркнутым ритмом и рифмованный. Так как ребенок заинтересован в рассмотрении предметов, выбирайте книжки с картинками, а не с однотонным фоном.
9. Как только ребенок научится хватать, вы можете читать виниловые или тканевые красочные книжки с рожицами и фигурами. Когда ваш ребенок начинает реагировать на содержание книг, добавьте настольные издания с фотографиями детей или знакомых предметов, например игрушек. Когда ваш ребенок начинает сидеть в ванне или есть руками, найдите простые истории о повседневных занятиях. Когда ваш ребенок начинает говорить, выбирайте книжки, которые стимулируют детей повторять простые слова или фразы.
10. Книжки с зеркальной поверхностью и различной текстурой (мнущиеся, мягкие, шершавые) так же отлично подходят для этой возрастной группы. Уместны и книжки-раскладушки, которые можно устанавливать или располагать под наклоном, или книжки с откидными элементами, которые станут сюрпризом. Настольные книжки легко перелистывать, а виниловые или тканевые книжки можно брать с собой везде, даже в ванну. Дети любого возраста любят рассматривать фотографии людей, которых они знают и любят. И у каждого ребенка должны быть книжки с детскими стишками и песенками!
11. Наилучший способ определить, что ваш малыш достаточно подрос, чтобы читать, — разложить книжки по дому. Когда ребенок самостоятельно сможет доползти до корзины игрушек и выбрать одну из них, убедитесь, что внутри будут и книжки.

12. В дополнение к книгам, которые есть дома, вы можете брать книги из библиотеки. Не забудьте выбрать книгу и для себя. Читая с удовольствием, вы подаете лучший пример для подражания.

В течение первых недель жизни ребенка кажется, что он только ест, спит, плачет и пачкает пеленки. Но на самом деле все чувства функционируют, пока ваш ребенок впитывает образы, звуки и запахи этого нового мира. Трудно понять, что чувствует новорожденный, но если вы обратите внимание на реакцию ребенка на свет, шум и прикосновения, вы сможете отследить проявление чувств.

Участие других органов чувств

Зрение

Новорожденный лучше всего видит на расстоянии 20–30 см от себя и может сфокусировать зрение, только глядя из рук мамы или папы. Он может видеть и дальше, но ему труднее сосредоточиться на удаленных объектах. Новорожденные очень чувствительны к яркому свету и предпочитают открывать глаза при неярком освещении.

Не считая лиц окружающих, яркие цвета, контрастные узоры и движущиеся предметы наиболее интересны ребенку. Черно-белые картинки или игрушки будут привлекать и удерживать интерес вашего ребенка гораздо дольше, чем разноцветные объекты или рисунки. Даже простой карандашный рисунок двух глаз, носа и рта может привлечь внимание младенца, если находится в пределах видимости.

Ваш ребенок, когда спокоен и бодр, должен быть в состоянии следить за медленным движением вашего лица или интересующего его объекта.

Хотя зрение вашего ребенка функционирует, оно еще не окрепло, и ему сложно фокусироваться на удаленных предметах. Может показаться, что его глаза косят или «разбегаются»: это нормально, глазные мышцы укрепятся в течение нескольких месяцев.

Меняйте окружение. Внедряйте новые объекты, чтобы обеспечить интерес, но не переусердствуйте. И не забывайте перемещать ребенка в течение дня, чтобы обеспечить необходимую смену обстановки.

Слух

Большинство новорожденных проходят проверку слуха до выписки из больницы (в большинстве стран это обязательно). Если ваш ребенок не проходил проверку, родился дома или в перинатальном центре, важно пройти проверку слуха в течение первого месяца жизни. Проверка слуха позволяет поставить диагноз большинству глухих с рождения детей.

Генетическая предрасположенность, инфекции, травмы и повышенный уровень шума могут привести к проблемам слуха, поэтому важно проверять слух детей регулярно. Даже если ваш ребенок прошел проверку слуха при рождении, поговорите с врачом, если у вас возникли вопросы или какие-либо подозрения по этому поводу.

Новорожденный слышит звуки еще в утробе матери: ее сердцебиение, звуки пищеварительной системы, и даже внешние голоса членов семьи являются частью мира младенца еще до рождения.

После рождения звуки внешнего мира кажутся громкими и резкими. Ваш ребенок может испугаться неожиданного лая собаки и успокоиться, слушая легкое жужжание сушилки одежды или гул пылесоса.

Попробуйте обратить внимание на то, как новорожденный реагирует на ваш голос. Человеческие голоса,

особенно мамы и папы, являются любимой «музыкой» для ребенка. Для него они ассоциируются с едой, теплом и прикосновениями. Если ваш ребенок плачет в кроватке, посмотрите, как быстро ваш приближающийся голос успокаивает его. Обратите внимание, насколько внимательно ребенок слушает, когда вы говорите с нежными интонациями.

Ваш ребенок еще не координирует слух и зрение, но, даже смотря «в никуда», он, вероятно, обращает особое внимание на ваш голос.

Вкус и обоняние

Вкус и обоняние — два наиболее тесно связанных чувства. Исследования показывают, что новорожденные предпочитают сладкие вкусы. Ребенок выберет бутылочку с подслащенной водой и отвернется или будет плакать, если попробует что-то горькое или кислое. Точно так же новорожденные реагируют на запахи: они отвернутся от неприятных запахов.

Хотя сладкое предпочтительнее, вкусовые пристрастия будут формироваться в течение первого года жизни. В этот период грудное молоко или смесь удовлетворяют потребности вашего малыша полностью!

Осязание

Как и для большинства людей, прикосновения чрезвычайно важны для новорожденного. Через прикосновение младенцы познают окружающий мир. Сначала ваш ребенок стремится к комфорту. После тепла и обволакивающей жидкости младенцы впервые сталкиваются с ощущением холода, твердости или жесткости швов изнанки одежды.

Дети ждут от родителей утешительных объятий и любящих ласк, мягких прикосновений шелковистого одеяла. Каждое прикосновение знакомит ребенка с жизнью: подарите ему много нежных поцелуев, и ваш ребенок поверит, что мир — это прекрасное место!

Стоит ли беспокоиться?

Если вы хотите удостовериться, что у вашего ребенка хорошо развиты чувства, вы можете провести самостоятельно несколько простых тестов.

1. Когда ваш ребенок спокоен и бодр, и нет других отвлекающих факторов, концентрируется ли он на вашем лице или любимой игрушке? Следит ли за их движением? Если вам кажется, что глаза ребенка сильно косят, обязательно сообщите об этом врачу. В некоторых случаях может потребоваться медицинская коррекция. Также сообщите врачу, если кажется, что глаза вашего ребенка затуманены или покрыты пленкой, или если они «бегают» при попытке сосредоточиться.
2. Большинство новорожденных пугаются неожиданных громких звуков. Есть и другие способы проверить слух.
 - Успокаивается ли ребенок, когда слышит ваш голос?
 - Прислушивается к звуку погремушки?
 - Реагирует на колыбельные или другую музыку?
 - Звуки вне поля видимости привлекают внимание вашего ребенка?

Если у вас есть какие-то сомнения в способности малыша видеть или слышать, поговорите с врачом. При необходимости можно протестировать с использованием сложного оборудования даже новорожденного. Чем раньше потенциальная проблема будет обнаружена, тем проще с ней справиться.

Под ред. Мэри Л. Гэвин, MD. Сентябрь 2011

НАЧАЛО ДИСКУССИИ О РОЛИ ДЕТЕЙ В ФИЛОСОФИИ

Введение

Любознательство, воображение, фантазия и бесконечный поток вопросов — ребенок в возрасте до 8–10 лет кажется естествоиспытателем. Затем изначальный дух познания всего загадочного постепенно начинает исчезать. Что происходит с детьми? Инновационные идеи, мечты и бесконечные спекуляции: подростки и молодые люди начинают создавать и планировать свой собственный новый мир. Неужели они достигли уровня опытных философов?

Рациональные решения, прагматизм, разочарования, нехватка времени на размышления и конкуренция, кажется, правят жизнью взрослых. Неужели взрослый мир исключает философию, и, что более важно, может ли взрослый понять ребенка как философа?

Практика философии и клиническая философия

Гарет Мэтьюс поднимает эти вопросы в книге «Философия и маленький ребенок». Пытаясь понять философию, широту и глубину любознательного детского разума, он исследует, как думают дети, и как взрослые думают о них: «Взрослые отбивают у детей желание задавать философские вопросы сначала своим покровительственным отношением, привлекая затем их пытливые умы к решению более «полезных» задач. Большинство взрослых сами не интересуются философскими проблемами. Многие вопросы могут их пугать или настораживать. Более того, большинству взрослых не приходит в голову, что есть вопросы, которые может задать ребенок, но на которые нет окончательного ответа, и его нельзя найти в стандартном словаре или энциклопедии».

У Мэтьюса угнетение философского мышления детей и подростков вызывает сожаление, поскольку снижается потенциал критического и творческого мышления. Это само по себе уже достаточно плохо, но в ходе вышеупомянутого угнетения теряется еще одно важное знание, каким является философия для каждой отдельной личности. Обучение практической способности рационально реагировать на значительные изменения в жизни и применение терапевтического потенциала философии будет забыто. Главной задачей философии, по Сократу, является воспитание «отдельной личности, чтобы развить способность реагировать на окружающий мир»; кроме этого, в соответствии с сократовским и платоновским самосознанием, забота о душе является частью главной цели. Таким образом, цель философии — здоровье души.

К сожалению, в процессе становления философии как академической науки ее терапевтический аспект потерял свою значимость. Рост интереса к философским методам за пределами учебных аудиторий начался с 1980-х годов. В философской практике, особенно в философском консультировании, в беседе между практикующим специалистом и его клиентом акцент ставится не только на первичном философском вопросе: «Как жить хорошо?». Несомненно, главной задачей остается решение вопроса «Как жить хорошо даже в трудных условиях?». Болезнь рассматривается философской практикой как основной жизненный опыт, и в то же время как самый отрицательный. В клинической философии был, наконец, достигнут синтез философии и медицины. Клинический философ Мартин Полтрум (Martin Poltrum) выступает за привлечение философов к работе в клиниках:

— Что будет делать философ? С одной стороны, он выступит в роли контактного лица для пациентов, имеющих

метафизическую необходимость, вызванную болезнью, печалью, смертью и другими пограничными состояниями; обсудит вопросы, которые традиционно рассматриваются в философии; с другой — станет консультантом медицинского персонала в медицинских, психотерапевтических и этических вопросах. Дополнительной задачей клинического философа станет организация и проведение лекций об искусстве жить в медицинских учреждениях [...], потому что именно в больницах возникает повышенный интерес к познанию жизни, вызванный состоянием болезни.

Такой подход заслуживает аплодисментов. Тем не менее он не подразумевает наличия такого специалиста, как клинический философ, для больных детей и подростков. Работа такого специалиста будет сильно отличаться от вышеописанной. Среди прочего, клинический философ для детей должен консультировать не только медицинский персонал и пациентов, но и родителей. Учитывая тот факт, что детей можно рассматривать как натурфилософов, клинический философ в педиатрическом отделении больницы будет весьма рациональной инновацией. Он будет поощрять развитие «внутреннего философа» детей и аккуратно ориентировать их на осознание своего места в мире, особенно в условиях болезни.

Ребенок как философ

В основном все дети склонны искать свое место в мире. Следует признать, что эта задача, по существу, никогда не завершится, потому что люди — постоянно развивающиеся индивидуумы, и окружающий мир характеризуется регулярной трансформацией. Следовательно, не только дети, но и взрослые должны искать свое место в мире. Бесспорно, взрослые, по сравнению с детьми, обладают большим опытом в решении данного вопроса. Именно поэтому они должны помочь детям с самоосознанием своего «я» в мире. Как правило, дети доверяют взрослым в этом вопросе. Точнее, они считают, что взрослые хотят и могут помочь им. Предательство наивного инстинктивного доверия приводит к катастрофе.

Философия — это направление мышления, и в то же время — это способ найти свое место в мире через размышление. С этой точки зрения, применение философии является важным компонентом в процессе выживания. Однако, применение философии — это фундаментальная человеческая потребность, что доказывает наблюдение за познанием детьми окружающего мира. В определенной степени каждый человек — философ. Люди как биосоциальные существа, обладающие навыками речи, в большинстве своем также наделены способностью к философскому мышлению. Однако, эта способность не переводит каждого человека в статус философа автоматически. В настоящее время философия является четкой наукой, которая расставляет акценты на методологических и логических аспектах. Философию можно практиковать или обучаться ей. Если взрослые станут практиковать философское мышление с детьми, в идеале обе стороны извлекут пользу, потому что дети размышляют не так, как взрослые. Взрослые обладают большим опытом в мышлении, поэтому могут направлять детей в этом процессе.

В свою очередь, мышление детей более невинное. Детское мышление отличается свежим, наивным, по Ницше, взглядом на поставленные вопросы, который утрачен взрослым мышлением с течением времени. Эта наивность иногда

может приобретать разоблачающий характер. Детское мышление не будет слепо принимать на веру прописные истины. Взрослые склонны комфортно ограничивать свое сознание рядом заранее установленных истин, дети же не смогут так быстро принять объяснения, отвечающие здравому смыслу. Особенно они будут отрицать объяснения, которые противоречат их жизненному опыту. Дети будут наивно цепляться за свои представления и опыт независимо от родительской уверенности в том, что «на самом деле» все обстоит иначе. Упорно задавая вопросы, ребенок способен помочь взрослому философу докопаться до сути вещей, не давая возможности придумать немедленный ответ, что предотвратило бы глубокое изучение вопроса. Практикуя философское мышление с детьми, вы должны спрашивать, что дети видели, и прислушиваться, какие ответы они дадут на серьезные вопросы. Взрослые не должны относиться к детям покровительственно. Крайне важно в обучении детей, чтобы они брали на себя ответственность в соответствии со своим уровнем разви-

тия — это важно и для их мышления. Покровительственное отношение, даже если оно основано на заботе, убивает философа в ребенке, лишая воображения.

Философское обучение детей подчеркивает понятие ответственности. Оно предлагает двоякую манеру мышления: с одной стороны, практическое мышление, «способность использовать собственный интеллект», как назвал это Кант; а с другой — мышление через раскрытие присущей каждому искренности. В принципе любое утверждение может быть поставлено под сомнение и рассмотрено с разных точек зрения. Любопытство в этом контексте — не столько выражение наивности, сколько предпосылка нового развивающегося способа мышления, который не только выстраивает логические цепочки, но и находит творческий подход к решению проблемы.

*Е. Брок, М. Томас, Й. Эрих, Ю. Манеманн
(Eike Brock, Michael Thomas, Jochen Ehrich,
Juergen Manemann)*

ЕЖЕГОДНАЯ ВСТРЕЧА ISSOP: ЦЕЛИ УСТОЙЧИВОГО РАЗВИТИЯ

В сентябре на ежегодной встрече Международного общества социальной педиатрии и детского здоровья (International Society for Social Pediatrics and Child Health, ISSOP) рассматривались Цели устойчивого развития.

Разработанные ООН в ответ на Цели развития тысячелетия (ЦУР) Цели устойчивого развития — более всеобъемлющие, но и весьма громоздкие: иными словами, многословные и не подлежащие краткому изложению.

Цели устойчивого развития (1/2016–12/2030)

- Цель 1.** Ликвидировать бедность во всех ее проявлениях.
- Цель 2.** Ликвидировать голод, достигнуть продовольственной безопасности, улучшить питание, развивать устойчивую систему сельского хозяйства.
- Цель 3.** Обеспечить здоровый образ жизни и содействовать благополучию жизни всех людей всех возрастов.
- Цель 4.** Обеспечить всеобъемлющее образование на равных условиях, возможность обучения в течение всей жизни для всех.
- Цель 5.** Достигнуть гендерного равенства и расширить круг прав и возможностей всех женщин и девочек.
- Цель 6.** Обеспечить наличие и устойчивое управление водными ресурсами, улучшить санитарные условия для всех.
- Цель 7.** Обеспечить доступ к надежным, устойчивым и современным источникам энергоресурсов для всех.
- Цель 8.** Содействовать поступательному, инклюзивному и устойчивому экономическому росту, обеспечить полную и производительную занятость и достойную работу для всех.
- Цель 9.** Обеспечить устойчивую инфраструктуру, содействовать всесторонней, устойчивой индустриализации и стимулировать инновации.
- Цель 10.** Сократить неравенство внутри стран и между ними.
- Цель 11.** Сделать города и населенные пункты приемлемыми для жизни всех категорий граждан, безопасными и экологически безопасными, рассчитанными на длительную перспективу проживания.
- Цель 12.** Обеспечить устойчивое потребление и производство.

Цель 13. Принять срочные меры по борьбе с изменением климата и его последствиями.

Цель 14. Сохранить и рационально использовать водные ресурсы для устойчивого развития.

Цель 15. Защищать, восстанавливать и содействовать устойчивому использованию наземных экосистем, устойчивому управлению лесными ресурсами, борьбе с опустыниванием и утратой биоразнообразия; остановить и обратить вспять процесс деградации земель.

Цель 16. Содействовать устойчивому развитию мирных и открытых обществ, обеспечить доступ всего населения к правосудию и создать эффективные, подотчетные институты на всех уровнях.

Цель 17. Усилить Глобальное партнерство в целях устойчивого развития и укрепить способы его внедрения.

Существуют 3 причины для внесения изменений:

- 1) предполагалось, что ЦРТ будут осуществлены к 2015 г.;
- 2) многие цели не были достигнуты, следовательно, нуждаются в пересмотре;
- 3) в предыдущей редакции был допущен ряд неточностей, поэтому новые цели охватывают более широкий спектр определяющих факторов.

Цели должны отвечать социальным, экономическим и экологическим приоритетам.

Предполагается также, что будет достигнута интеграция различных целей (<https://sustainabledevelopment.un.org/topics>).

Несмотря на то, что новые цели обладают несомненным преимуществом, существует также целый ряд критических несоответствий, которые рассмотрены ниже.

Здоровье детей в ЦУР

В отличие от ЦРТ в ЦУР нет одной цели, касающейся охраны здоровья ребенка. ЦРТ № 4 была предельно ясна: снизить смертность детей младше пяти лет на 2/3 к 2015 г. И, несмотря на большое снижение данного уровня смертности в мире в целом (с 12,7 млн в 1990 г. до 6,3 млн в 2013), во многих странах с низким уровнем доходов (в частности, в Африке) поставленная цель далека от выполне-

ния. Реализация цели была ограничена и не затрагивала вопросы питания, роста или развития.

Рассмотрим подробнее все 17 целей устойчивого развития.

Первые три ЦУР наиболее исчерпывающие. Из них третья подразумевает девять пунктов, из которых для детей наиболее актуальны следующие:

3.1. К 2030 г. сократить общемировой показатель материнской смертности до менее 70 случаев на 100 000 новорожденных.

3.2. К 2030 г. ликвидировать предотвратимую смертность новорожденных и детей в возрасте до 5 лет: все страны должны снизить младенческую смертность по крайней мере до уровня 12 случаев на 1000 живорождений и смертность детей до 5 лет — по меньшей мере до уровня 25 случаев на 1000 живорождений.

3.6. К 2020 г. во всем мире сократить вдвое число смертей и травм в результате дорожно-транспортных происшествий.

3.7. К 2030 г. обеспечить всеобщий доступ к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья, в том числе к услугам в сфере планирования семьи, получения информации и просвещения, и внесение вопросов охраны репродуктивного здоровья в национальные стратегии и программы.

3.8. Обеспечить повсеместное предоставление услуг здравоохранения, защиту от финансовых рисков, доступ к качественным медико-санитарным услугам первой необходимости и к безопасным, эффективным лекарственным средствам и вакцинам первой необходимости, отвечающим международным требованиям.

Другие цели также содержат пункты, касающиеся детского здоровья, например:

16.2. Покончить с надругательством, эксплуатацией, торговлей, насилием и пытками во всех формах в отношении детей.

Тема насилия в отношении девочек затронута в цели 5:

5.2. Искоренить все формы насилия в отношении всех женщин и девочек в общественной и частной сферах, включая торговлю людьми, также сексуальную или иные формы эксплуатации.

Эти цели являются сложными, и мы в ISSOP планируем поднять вопрос о насилии, так широко распространенного в отношении детей.

Противоречия в ЦУР

Существуют, однако, определенные несоответствия и противоречия в ЦУР.

Цель 10 заключается в сокращении неравенства внутри стран и между ними. Эти неравенства отрицательно влияют на здоровье детей. Тем не менее многие комментаторы видят причину роста неравенства в неолиберальной экономической политике западных правительств и лоббировании крупного бизнеса для продвижения такой политики. (Подробнее по ссылке: <http://wer.worldeconomicassociation.org/files/WEA-WER-4-Woodward.pdf>)

Предложенная ссылка на статью «Рост абсурда» (Incrementum ad Absurdum) видного экономиста ставит под сомнение способы борьбы ЦУР с бедностью. Вудворд в этой вдумчивой работе отмечает, что если сокращение распространения нищеты будет опираться только на экономический рост, то потребуются 100 лет, чтобы достичь черты бедности в \$1,25 в день. Только серьезная борьба с неравенством, заключающаяся в применении мер по сдерживанию роста богатства, поможет действительно снизить уровень нищеты.

Второе противоречие связано с изменением климата (цель 13). Но это несовместимо с целью содействовать экономическому росту (цель 8), так как экономический рост (если четко не прописано, что данный рост требует меньшего расхода ресурсов) вызовет неизбежное увеличение выбросов CO₂.

Итак, давайте работать с целями, которые четко выражены и необходимы, и поставим под сомнение предположения, лежащие в основе целей, касающихся социальных детерминант и роста.

*Тони Ватерстоун (Tony Waterston),
Международное общество социальной педиатрии
и детского здоровья*

МИКРОФЛОРА КИШЕЧНИКА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ: ЭЛЕКТРОННАЯ КНИГА

Организация «Микрофлора кишечника в здравоохранении» (МКЗ) — это часть Европейского общества нейростастроэнтерологии и моторики (European Society for Neurogastroenterology and Motility, ESNM), продвигающая научную дискуссию по темам, связанным с микрофлорой кишечника. МКЗ, помимо управления программой обмена экспертов, сформировала Объединенный научный комитет вместе с Американской гастроэнтерологической ассоциацией (American Gastroenterological Association, AGA), ESNM, ESPGHAN, Европейской организацией по изучению болезни Крона и язвенного колита (European Crohn's and Colitis Organisation, ECCO) и Европейской ассоциацией по изучению болезней печени (European Association for the Study of the Liver, EASL) с целью проведения 4-го Всемирного саммита 14–15 марта этого года в Барселоне.

Международные докладчики и делегаты всех областей исследования микрофлоры кишечника (врачи, диетологи, нутрициологи, фармацевты и биологи) приняли участие

в саммите, где был представлен широкий спектр исследований, охватывающих среди прочих такие темы, как ожирение, кормление грудью, заболевания кишечника и рак печени. Многие темы вызвали большой интерес присутствующих педиатров, поэтому мы выбрали наиболее яркие моменты саммита, которые имеют отношение к здоровью ребенка. Проф. Массимо Петтоэлло-Мантовани, генеральный секретарь EPA, принявший участие в саммите, заявил: «Потенциальное воздействие микрофлоры кишечника в рамках педиатрии не достаточно изучено педиатрами общей практики в связи с недостаточным взаимодействием научных областей».

Мы очень надеемся, что вы также заинтересуетесь этим вопросом.

Перейдя по ссылке www.paediatricgutmicrobiota.com, можно ознакомиться с ключевыми выводами, касающимися педиатрии, к которым мы пришли на саммите этого года.

ИЗ МЕЖДУНАРОДНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

РОЛЬ ПРОБИОТИКОВ В ЛЕЧЕНИИ АНТИБИОТИКАССОЦИИРОВАННОЙ ДИАРЕИ У ДЕТЕЙ

Использование и эффективность пробиотиков в лечении детей было темой длительных важных дебатов в течение последних лет, которая продолжает интересовать педиатров. В частности, несколько статей обсуждали роль пробиотиков в профилактике антибиотикассоциированной диареи у детей, выясняя их достоинства и недостатки. Статья, опубликованная рабочей группой ESPGHAN, по использованию пребиотиков [1], предлагает рекомендации, разработанные рабочей группой Европейского общества, для использования пробиотиков в профилактике антибиотикассоциированной диареи (ААД) у детей. Рекомендации основаны на систематическом обзоре ранее завершённых научных исследований, а также рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), опубликованных по результатам этих обзоров. Рекомендации формулировались только при наличии как минимум двух РКИ, которые использовали указанный пробиотик (с указанием штамма). Качество доказательств (Quality of Experience) оценивали с помощью классификации оценки, разработки и анализа рекомендаций (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation, GRADE). Применение пробиотиков для профилактики ААД рассматривалось, в частности, в рамках таких факторов риска, как используемый класс антибиотика(ов), продолжительность лечения, возраст, необходимость госпитализации, сопутствующие заболевания или предыдущие эпизоды ААД [2].

В следующем недавнем отчете рабочей группы гастроэнтерологов и диетологов из больницы Грейт Ормонд Стрит (Великобритания), клиники Гайс энд Сент-Томас Государственной службы здравоохранения (Великобритания), Университета Сент Жоан де Реус (Испания) и Ноттингемского университета (Великобритания) обсуждаются роль устойчивости к антибиотикам, а также предпосылки и распространенность ААД. Рабочая группа подчеркивает, что последующий рост интереса к методам терапии, которые могут повлиять на изменения микрофлоры кишечника, и подход, принятый многими медицинскими работниками при ведении ААД, связан с использованием пробиотиков. В докладе рассматриваются представленные в нескольких исследованиях доказательства того, что использование определенных пробиотиков эффективно снижает распространенность ААД у детей, а соответственно, расходы на здравоохранение, и способствует усвоению антибактериальных препаратов [3].

ГЕНЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ, РЕКОМЕНДУЕМЫЙ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ ИНТЕСТИНАЛЬНОЙ ЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ (ПУЧКОВАЯ ЭНТЕРОПАТИЯ)

Клиническое состояние, характеризующееся диареей

Врожденная кишечная эпителиальная дисплазия (ВИЭД) — редкое наследственное аутосомно-рецессивное заболевание, проявляется тяжелой формой диареи в младенчестве, которая клинически характеризуется отсутствием воспаления и наличием кишечной атрофии ворсинок. Важность генетического анализа в диагностике генетических заболеваний неоспорима.

Тем не менее в больницах не всегда существует возможность провести генетический анализ, охватывающий весь широкий спектр врожденных заболеваний. Поскольку гистологический анализ до сих пор не играет решающей роли в прогнозировании исхода больных ВИЭД, выявление новых мутаций способствует генотип-фенотип корреляции и предоставляет дополнительную информацию в оценке клинического исхода больных. В недавней статье D'Apolito и соавт. [4] подчеркивается необходимость генетического анализа в диагностировании ВИЭД. Исследование подчеркивает важную роль выполнения молекулярного скрининга генов *ErCAM* и *SPINT2* в диагностике различных врожденных диспептических заболеваний. Идентификация новой мутации *ErCAM*, увеличивающая мутационный спектр аллельных вариантов, связанных с этим геном, способствует лучшему пониманию патогенеза заболеваний.

Список литературы

1. Use of Probiotics for Management of Acute Gastroenteritis: A Position Paper by the ESPGHAN Working Group for Probiotics and Prebiotics. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2014;58(4):531–539. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26756877>
2. Szajewska H, Canani RB, Guarino A, Hojsak I, Indrio F, Kolacek S, Orel R, Shamir R, Vandenplas Y, van Goudoever JB, Weizman Z. Probiotics for the Prevention of Antibiotic-Associated Diarrhea in Children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* Dec 2015. Epub ahead of print (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26756877>)
3. Castillejo De Villasante G, Koghmaier J, Lindley K, Hallowes S and Avery A. Antibiotic Associated Diarrhoea and the use of probiotics in children. REPORT, 2015. (<http://paediatricgutmicrobiota.com/aadeng/>)
4. D'Apolito et al. Genetic analysis of Italian patients with congenital tufting enteropathy. *World J Pediatr.* 2015 Dec 18. Epub ahead of print. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26684320>

Сотрудничество в области генетического анализа, предлагаемое Сообществу педиатрии

Первый автор, доктор Мария д'Аполито, заведующая детской научно-исследовательской лабораторией UNIFG, заявляет, что Институт педиатрии Университета Фоджа (Италия) предлагает научное сопровождение на безвозмездной основе, которое заключается в проведении молекулярного скрининга обоих генов *ErCAM* и *SPINT2* для тех центров, кто нуждается в проведении генетического анализа для окончательного диагностирования детей с подозрением на врожденную кишечную эпителиальную дисплазию или другие генетические заболевания.

ЕРА/UNEPSA благодарит доктора д'Аполито за ее щедрое и бескорыстное предложение.

С доктором д'Аполито можно связаться напрямую, используя следующую информацию:

Dr. Maria D'Apolito. Institute of Pediatrics University of Foggia, Italy

Centro di Ricerche Biomediche «E. Altomare»

Via Napoli, 20/71122 Foggia, Italy

E-mail: maria.dapolito@unifg.it

Tel.: 0039.0881.588091

МЕЖДУНАРОДНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО В ПЕДИАТРИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ

Исследование: Концепция и применение пробиотиков

EPA/UNEPSA получило запрос на научное сотрудничество из Великобритании от д-ра Зельды Уилсон, которая получает степень магистра в перспективной диетологии в Ноттингемском университете. В своем последнем исследовании она изучает влияние пробиотиков на здоровье людей и их роль при различных клинических состояниях. Доктор Уилсон хочет выяснить, как медицинские работники относятся к пробиотикам и как их применяют. Поэтому она разработала краткий тест, который поможет получить информацию по данной теме.

EPA/UNEPSA рада предложить этот опрос вниманию читателей Бюллетеня. Участие займет 15 мин вашего времени. Завершение анкеты предполагает согласие на использование анонимных цитат, которые будут представлены в таких научно-исследовательских работах, как, например, отчеты.

Ссылка на опрос: <http://www.dansurveys.com//index.php?sid=15447&lang=en>

Чтобы подчеркнуть важность надлежащей медицинской помощи детям, а также поощрить заполнение анкет, после истечения срока случайным образом будет выбран один победитель для получения образовательного гранта в размере до 500 £, который EPA/UNEPSA предлагает для посещения научного/образовательного мероприятия по вашему выбору. Ваши личные данные не будут использоваться для иных целей, кроме как уведомления о получении выделенной стипендии.

Заранее благодарим за участие. Если у вас появились какие-либо вопросы, или вы хотели бы узнать больше об исследованиях, обратитесь в редакционный комитет Бюллетеня EPA/UNEPSA (info@epa-unepso.org).

EPA/UNEPSA проинформировано, что опрос одобрен Британской диетической ассоциацией и Европейским обществом неотложной гастроэнтерологии, этическое

подтверждение было получено из Школы комитета по биоэтике исследований (CO REC).

Исследование: Международный проект BRIDGE

EPA/UNEPSA получило запрос на научное сотрудничество от доктора Энтони Стейнс из Департамента здравоохранения Ирландии с целью завершения исследования состояния здоровья населения для проекта BRIDGE при поддержке ЕС.

EPA/UNEPSA рады внести свой вклад в исследование, проведенное в рамках международного проекта BRIDGE, и просит читателей Бюллетеня EPA/UNEPSA заполнить анкеты по ссылке: <https://www.surveymonkey.com/r/BridgeHealth-WP7>

Аббревиатура проекта BRIDGE расшифровывается как Подтверждение информации и генерация данных для научно обоснованной политики в области здравоохранения и научных исследований (**BR**idging **I**nformation and **D**ata **G**eneration for **E**vidence-based Health Policy and Research). Проект BRIDGE стремится создать основу для перехода к устойчивой и интегрированной информационной системе здравоохранения ЕС для усовершенствования общественного здравоохранения и роста научных исследований. Проект был запущен в мае 2015 г. на срок 30 мес. В проекте участвует 31 партнер из 16 стран. Проект объединил в себе преимущества других проектов ЕС в сфере мониторинга населения и системы здравоохранения, разработки подтверждений, обследований состояния здоровья, окружающей среды и здоровья, регистрации травм и заболеваний населения, клинических и административных систем сбора данных о состоянии здоровья и методов мониторинга и оценки систем здравоохранения. Проект BRIDGE поддерживается действием Программы общественного здравоохранения ЕС, реализуемой Исполнительным агентством по здравоохранению и защите потребителей Европейской комиссии (<http://www.bridge-health.eu/#sthash.NowalhZO.dpuf>).

КОММЕНТАРИЙ: КОНЦЕПЦИЯ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОБИОТИКОВ

Фугэн Чулу Кокуграс

Проф., доктор, член Совет EPA/UNEPSA, Постоянный состав Комиссии IPA

Пробиотические бактерии определены как непатогенные живые микроорганизмы, которые при потреблении в достаточном количестве приносят пользу здоровью организма хозяина. Эти непатогенные виды бактерий находятся в желудочно-кишечном тракте обычных здоровых людей; их положительный эффект возникает в результате конкуренции с другими микроорганизмами. Они повышают производство противовоспалительных цитокинов, снижают уровень провоспалительных цитокинов, уменьшают проницаемость кишечника. Так как кишечная микрофлора играет важную роль в здоровье человека, дисбаланс между патогенными и непатогенными бактериями вызывает аллергические заболевания и заболе-

вания желудочно-кишечного тракта, а также отражается на исходе некоторых заболеваний, например инфекционных или онкологических.

В лечении некоторых заболеваний, таких как ААД, применение пробиотика обосновано, в ряде других терапевтических вмешательств — рекомендовано, но его эффективность не доказана.

Опрос, предложенный доктором Уилсон в разделе международного научного сотрудничества настоящего Бюллетеня, поможет обосновать концепцию пробиотиков и их применение, а EPA/UNEPSA рады предложить читателям пройти 15-минутный опрос, чтобы помочь в завершении исследования.