

ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЮЛЛЕТЕНЬ EPA/UNEPSA № 21, 2015 г.

7-Й ЕВРОПЕЙСКИЙ КОНГРЕСС ПЕДИАТРОВ EUROPAEDIATRICS-2015 13–16 мая 2015 г., Флоренция (Италия)

Президент Europaediatrics-2015 и президент Итальянского педиатрического общества
Джованни Корселло

С большим удовольствием приветствую педиатров всего мира на 7-м Европейском конгрессе педиатров Europaediatrics, который пройдет 13–16 мая 2015 г. во Флоренции.

Международному конгрессу Европейской педиатрической ассоциации, союзу 44 национальных педиатрических обществ и ассоциаций предоставлена уникальная возможность оценить состояние педиатрической науки и медицины в Европе, обсудить новые перспективы в различных областях, включая образование, здравоохранение и политику. Спустя пятнадцать лет после конгресса в Риме ситуация в Европе, равно как и во всем мире, существенно изменилась в связи с беспрецедентными экономическими и социальными преобразованиями, которые охватили все страны и континенты. Общие перспективы, прогнозируемые на границе нового тысячелетия всего лишь пятнадцать лет назад, по сути, продолжились развиваться и все больше и больше видоизменялись и модифицировались, чтобы подстроиться под новые, совсем другие условия. Педиатрической науке и медицине всего мира также пришлось пройти этот процесс.

Итальянское педиатрическое общество прикладывает все усилия, чтобы поддержать Европейскую педиатрическую ассоциацию (EPA/UNEPSA) в организации этой важной встречи. В основу Конгресса заложена чрезвычайно интересная и привлекательная научная программа, разработанная профессором Теренсом Стефенсоном, возглавляющего Академию Королевских медицинских колледжей и Генеральный медицинский совет Великобритании.

Профессор Стефенсон в качестве Председателя Научного комитета 7-го Европейского конгресса педиатров планировал, по сути, программу инновационного формата, которая представляет собой сочетание пленарных заседаний. Встречи проводят международные эксперты в области детского здравоохранения, возглавляющие европейские специализированные педиатрические общества, которые ознакомят практикующих врачей-педиатров с лучшими современными научно доказанными практиками. Тема обмена передовым опытом будет продолжена в ходе интерактивных персональных практических сессий, где ведущие специалисты в своей отрасли расскажут о подходах к управлению распространенными педиатрическими заболеваниями.

Участников Конгресса также ждут дискуссии на острые педиатрические темы («Горячие темы»), обсуждения различных педиатрических решений с возможностью присоединиться к ним посредством телеголосования, а также прочтение стендовых докладов, участие в совещаниях и беседах на актуальные темы, касающиеся таких аспектов здоровья и благополучия детей и молодежи, как культурное многообразие, равенство и права подрастающего поколения.

Конференция будет аккредитована по актуальным европейским образовательным программам, так что делегаты смогут зарегистрироваться на получение баллов для повышения квалификации.

Организация и научная программа Europaediatrics-2015 уже находится в открытом доступе (www.europaediatrics2015.org).

224

ОТЧЕТ О ГЕНЕРАЛЬНОЙ АССАМБЛЕЕ ЕВРОПЕЙСКОЙ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ 12 февраля 2015 г., Москва (Российская Федерация)

Президент Лейла Намазова-Баранова

Делегаты от Национальных обществ и ассоциаций, которые входят в Европейскую педиатрическую ассоциацию (EPA/UNEPSA), собрались в Научном центре здо-

ровья детей в Москве, чтобы обсудить и принять важные решения в отношении дальнейшей деятельности EPA/UNEPSA.

В ходе Генеральной ассамблеи была окончательно утверждена новая редакция Конституции Европейской педиатрической ассоциации, что завершило кропотливый процесс ее модернизации, который длился в течение четырех лет.

Конституция стала достаточно гибкой и приспособленной к тем изменениям, которые произошли в Европе, в частности за последние годы: основная суть документа осталась без изменений, но теперь он включает рабочие правила, которые позволяют ЕРА/UNEPSA более эффективно двигаться к своим целям и поддерживать статус необлагаемой налогом некоммерческой организации.

Ассамблея еще раз подтвердила фундаментальные принципы ЕРА/UNEPSA: способствовать научному сотрудничеству между некоммерческими национальными педиатрическими обществами/ассоциациями в Европе и между европейскими педиатрами, которые работают в сфере оказания первичной, вторичной и третичной медицинской помощи в Европе, с целью развития детского здравоохранения и комплексной педиатрической помощи, оказываемой от рождения вплоть до завершения роста и развития (до 18 лет), включая таким образом немаловажный пубертатный период.

Одной из новых целей Конституции стало способствование образованию пациента, семей и медицинского персонала. Европейская педиатрическая ассоциация будет улучшать качество педиатрической помощи во всех странах Европы, независимо от того, входят ли они в состав Европейского союза, путем проведения адекватных клинических исследований и внедрения их результатов в практику. ЕРА/UNEPSA придерживается панъевропейского подхода, который заключается в устранении различий в сфере детского здравоохранения в разных странах и повышении качества лечения. Ассамблея также подчеркнула значение научного сотрудни-

чества с другими некоммерческими педиатрическими ассоциациями по всему миру, Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), Детским фондом Организации объединенных наций (ЮНИСЕФ), Всемирным банком и прочими национальными и международными организациями, учреждениями, работающими в области здравоохранения.

Ассамблея Президентов поручила Совету активно способствовать обмену опытом между странами в различных сферах здравоохранения и предоставлять всем членам ЕРА/UNEPSA информацию о практических и научных достижениях в педиатрии, полученную от национальных обществ и ассоциаций.

Во время Ассамблеи педиатрические ассоциации Казахстана, Черногории, Киргизстана, Таджикистана, Узбекистана и Итальянская федерация педиатров стали новыми членами ЕРА/UNEPSA, увеличив общее количество участников организации до 50. Таким образом, за 4 года (с 2012 по 2015 г.) количество членов Европейской педиатрической ассоциации увеличилось на 12 новых национальных организаций. Подобная позитивная тенденция показывает, насколько уважаема ЕРА/UNEPSA в Европе, а также наглядно демонстрирует поддержку деятельности Ассоциации в последние годы со стороны педиатрического сообщества Европы.

ЕРА/UNEPSA с нетерпением ждет новых возможностей и дальше развивать свою деятельность и расширять текущие проекты. Новостная рассылка (<http://www.epa-unepsa.org/newsletters>) и научная платформа ЕРА/UNEPSA в Journal of Pediatrics — официальном печатном издании Ассоциации (<http://www.jpeds.com/content/epaarticles>) являются важными средствами информации, легкодоступными для педиатрического сообщества Европы, что позволяет ему постоянно находиться в курсе деятельности данной организации.

ПРИОРИТЕТЫ И ЦЕЛИ ЕВРОПЕЙСКОЙ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ

Интервью с Йоханом Эрихом

— Йохан, Вы присутствуете в Совете Европейской педиатрической ассоциации с 1994 г. Как Вы считаете, в чем заключается ценность ЕРА на сегодняшний день?

— Во-первых, ЕРА удалось наладить связи с другими медицинскими и немедицинскими экспертами и обществами, такими как ЕАР, ЕСРСР, ЕУРНА, НОРЕ, ЕУСУНМ, ТАТ и пр. Более того, она собрала вместе 40 национальных педиатрических ассоциаций и обществ, чтобы поддержать программу «Учеба без границ» и способствовать планированию, выполнению и публикациям результатов исследований в области детского здравоохранения в Европе. И, наконец, ЕРА привлекла не только педиатров, но и прочих экспертов в сфере детского здравоохранения, которые готовы активно участвовать в работе на европейском уровне.

— Какие цели стоят перед Европейской педиатрической организацией?

— Во-первых, улучшить здоровье детей и молодежи в Европе; во-вторых, улучшить качество здравоохранения для европейских детей и их семей.

— Какая деятельность является приоритетной для ЕРА?

— Среди многих проблем, с которыми приходится сталкиваться европейской системе здравоохранения, ЕРА в первую очередь фокусируется:

- 1) на развитии сотрудничества между национальными педиатрическими ассоциациями в Европе;
- 2) стимуляции совместных педиатрических исследований в Европе;
- 3) улучшении качества детского здравоохранения в европейских странах;
- 4) обмене национальным опытом в различных сферах здравоохранения;
- 5) сотрудничестве с педиатрическими ассоциациями по всему миру, ВОЗ и ЮНИСЕФ;

- 6) организации и проведении конгрессов и конференций для членов ЕРА;
- 7) представлении интересов европейских педиатров в Международной педиатрической ассоциации (IPA).

— С какими «крупными проблемами» приходится сталкиваться детям в 53 европейских странах?

— Во-первых, выявление недостаточных прав ребенка на здоровье, прав социальной справедливости в целом. Во-вторых, борьба с неоправданным разбросом и фрагментацией медицинских услуг; неадекватный переход с педиатрического обслуживания на взрослое, недостаточное общение с детьми и дефицит участия детей в здравоохранении, а также необходимость доброжелательного отношения к ребенку.

— Каким образом ЕРА собирается достигать своих целей?

— ЕРА будет продвигать основанную на доказанных научных фактах педиатрическую политику и выступать надежным источником информации для детей и их семей (на основании взаимодействия ЕРА с соответствующими национальными организациями в Европе). Ассоциация будет бороться за право детей на высококачественное медицинское обслуживание через так называемое

«здравоохранение, доброжелательное к ребенку». Еще в 1998 г. ЕРА начала работу по сравнению различных здравоохранительных систем на основе европейской базы данных систем детского здравоохранения, которая функционирует благодаря расширяющейся сети национальных педиатрических обществ и прочих заинтересованных лиц.

— Удалось ли идентифицировать трудности, связанные с достижением этих амбициозных целей?

— ЕРА необходимо расширять свою интеллектуальную базу, создавая многопрофильные общества, которые позволят не только предотвратить фрагментацию педиатрии на узкоспециализированные отрасли, но и преодолеть юридические, экономические и организационные трудности детского здравоохранения в Европе.

— Что бы вы сказали президентам национальных педиатрических обществ, если бы у вас была такая возможность?

— Я попросил бы их предоставить ЕРА список их национальных приоритетных задач в сфере детского здравоохранения и список вопросов, которые они хотели бы задать членам совета ЕРА.

— Спасибо за ваше интервью.

СВОБОДА ПЕРЕСЕЧЕНИЯ ГРАНИЦ В РАМКАХ ЕС

Трансграничная медицина в Европе

Йохан Эрих

Свобода пересечения границ является еще одним из главных приоритетов ЕС. Директива Европейского парламента и Совета ЕС 2004/38/ЕС от 29 апреля 2004 г. четко разъясняет право каждого гражданина Союза и членов его семьи свободно передвигаться и проживать на территории государств-членов ЕС и Европейской экономической зоны. Несмотря на очевидность того, что осведомленность о предоставлении стандартизованного медицинского обслуживания и трансграничном сотрудничестве между государствами-членами ЕС неуклонно растет, до сих пор не ясно, как национальные правительства должны реагировать на комплексные проблемы, связанные с трансграничной медициной [1].

Во время Конгресса в Вене (2011) Европейская педиатрическая ассоциация посвятила отдельный симпозиум проблеме трансграничной медицины. Помимо этого, в 2013 г. в *Journal of Pediatrics* она опубликовала статью о трудностях трансграничной медицинской помощи в Европе [2].

Основанием для оказания детям трансграничной медицинской помощи являются следующие положения:

- острое заболевание в период временного посещения страны;
- проживание ребенка в пограничном регионе;
- отправка ребенка на лечение за границу его местной системой здравоохранения;
- отправка ребенка на лечение за границу по инициативе родителей.

Специфические причины для направления ребенка за границу включают в себя:

- диагностику неизвестного заболевания или подтверждение предполагаемого диагноза;
- лечение:
 - консервативная, хирургическая или реабилитационная терапия;
 - краткосрочное или долгосрочное лечение;
- urgentные случаи: спасение жизни при острых или хронических заболеваниях, угрожающих жизни пациента;
- медицинскую помощь при стихийных бедствиях.

Финансовой причиной для перевода пациента в другую страну может являться отсутствие адекватной доступной диагностики, лечения или поддерживающих технологий по приемлемой цене в отдельно взятой стране.

Текущие стратегии по преодолению указанных трудностей включают:

- гуманитарные акции при поддержке неправительственных организаций (НПО);
- частные коммерческие структуры;
- академическое сотрудничество;
- индивидуальную деятельность родителей;
- трастовые фонды.

Право гражданина на получение медицинской помощи означает, что он имеет право на здоровую жизнь, равно как и не означает, что правительства бедных стран должны вкладывать средства в дорогостоящее лечение; однако, как бы то ни было, оно требует от системы здравоохранения честного поведения, что означает оказание медицинской помощи независимо от возраста, пола, национальности, культурной и социально-экономической

принадлежности, религиозно-политических взглядов и прочих идеологических убеждений пациента.

Приоритетность оказания медицинской помощи детям может различаться в той или иной стране, однако, во всех европейских странах равное медицинское обслуживание должно одинаково предоставляться гражданам любых возрастных групп.

Если в какой-либо конкретной стране невозможно обеспечить пациенту адекватного лечения, необходимо улучшать систему трансграничной медицины и разрабатывать соответствующие организационные площадки.

Мы предлагаем родителям и врачам следующие рекомендации.

Шаг 1. Выберите подходящий Центр.

Шаг 2. Свяжитесь с выбранным Центром по электронной почте.

Шаг 3. Отправьте в Центр историю болезни (включая полный анамнез и медицинскую карту) на английском языке вместе со снимками, полученными при помощи различных методов визуализации.

Шаг 4. Ожидайте ответа.

Шаг 5. Организуйте телефонную конференцию с врачами Центра и подробно обсудите случай пациента по телефону.

Шаг 6. Обсудите с администрацией больницы (а не с врачами) финансовые и административные вопросы, связанные:

- с визой;
- транспортными перевозками;
- размещением;
- местными переводчиками и сиделками;
- сметой расходов;
- переводом денежных средств и/или заявлением о том, что расходы покроятся медицинской страховкой.

Шаг 7. Найдите соответствующих экспертов в своей родной стране для последующего наблюдения после возвращения пациента в семью.

Шаг 8. Обсудите дальнейший обмен информацией во время последующего наблюдения.

ОТЧЕТ ЕРА/UNEPSA ПО ПОСЛЕДИПЛОМНОЙ СПЕЦИАЛИЗАЦИИ В ЦЕЛОМ И УЗКОСПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПЕДИАТРИИ В ЕВРОПЕЙСКОМ СОЮЗЕ ЗА 2014 г.

Массимо Петтоэлло-Мантовани

Европейская педиатрическая ассоциация недавно опубликовала отчет о текущем состоянии последипломной специализации в области педиатрии в 28 странах Европейского союза (EC28) [3]. В процессе сбора данных о ситуации в странах EC28 Ассоциацию поддерживали представители министров здравоохранения EC28, национальных педиатрических обществ, ассоциаций и учебных заведений последипломного образования. Приводим краткое содержание статьи под названием «Разнообразие и различия в последипломной специализации в целом и узкоспециализированной педиатрии в Европейском союзе» с целью обеспечения читателей нашей новостной рассылки актуальными данными по этому важному вопросу.

Статья в первую очередь подчеркивает выдающиеся политические достижения Европейского союза, количество государств-членов которого за годы его существования выросло с 6 до 28 в 2013 г. Важным достижением европейских стран является также активная популяризация местных культурных ценностей каждого государства и стремление к сохранению самобытности каждой местности, включая традиции, историю и корни. Более того, сохранение аутентичности и культурного многообразия, характерного для Европы, как правило, рассматривается как капитал для развития страны и часто может влиять на решения во многих сферах, включая медицинское образование.

В анализе, выполненном ЕРА/UNEPSA, сообщается, что управление медицинским образованием в EC28 потре-

бует соответствующей координации, основанной на адекватных знаниях культуры всех стран, сбалансированных стратегических концепциях и непрерывном контроле. Однако, на данный момент в ЕС не существует четко выделенной административной структуры, посвященной конкретно медицинскому образованию, и обязанности в этой области разделены между различными органами и департаментами европейской комиссии, включая генеральные директораты по образованию и культуре (EAC), здравоохранению и защите потребителей (SANCO), вопросам внутреннего рынка и услуг (MARKT), а также Исполнительное агентство ЕС по образованию, культуре и аудиовизуальным средствам.

Связям EC28 с различными европейскими национальными медицинскими ассоциациями, включая и педиатров, способствует Европейский союз медицинских специалистов (Union Européenne des Medecins Specialistes, UEMS) — неправительственная организация, регулируемая бельгийским законодательством. UEMS существует с 1958 г., его цель — представлять национальные ассоциации медицинских специалистов и осуществлять свою деятельность на европейском уровне для защиты качества медицинской помощи и продвижения интересов медицинских специалистов, а также свободы их перемещения. Другими словами, UEMS не занимается проблемами пациентов и общественного здравоохранения.

Важная задача UEMS — разработка европейских стандартов в сфере последипломной специализации

медиков для обеспечения (QA) и повышения качества (QI) работы, а также гармонизация различных национальных учебных планов для продвижения единых критериев, которым должны соответствовать образовательные центры, а в конечном итоге — для развития Европейской экзаменационной комиссии. Однако, надежные стандарты QA и QI последипломного медицинского образования основаны на сопоставимых образовательных стандартах. В отсутствии указанных факторов даже самые искренние и добросовестные усилия к проведению достоверного анализа стандартов QA и QI, применяемых в государствах-членах ЕС, могут оказаться напрасными. Автор статьи отмечает значительное разнообразие и различие независимых систем медицинского образования ЕС28, что, очевидно, представляет собой серьезное препятствие на пути корректной и верной оценки QA и QI.

Случай с последипломным образованием педиатров представляет собой схоластическое доказательство того, что создание сопоставимых и поддающихся оценке систем медицинского образования является отнюдь не легкой задачей для ЕС28. Оригинальные данные показывают, каким образом проходит последипломное образование педиатров на 2014 г. в государствах-членах ЕС28: 28 различных национальных программ длятся от 4 до 8 лет и разительно отличаются друг от друга. Мы условно разделили государства-члены ЕС на две группы — А и В. К группе А были отнесены страны, в которых специалисты проходят базовый курс общей педиатрии длительностью 4 года, и в некоторых случаях дополнительный опциональный курс узкоспециализированной педиатрической специализации длительностью от 1 до 3 лет. К группе В — страны, в которых специалисты проходят базовый курс педиатрии длительностью от 5 до 8 лет, включающий в себя общую педиатрию и часть специализированных знаний, за которым в некоторых случаях может следовать дополнительный курс узкоспециализированной подготовки длительностью от 1 до 3 лет. Образовательная система в странах группы В имеет целью убедиться, что педиатры, оказывающие первичную медицинскую помощь, способны справляться с разнообразными клиническими и социальными проблемами, и что узкоспециализированные педиатры получили достаточную подготовку, чтобы работать с редкими и сложными заболеваниями.

Разнообразие последипломных педиатрических программ ЕС28 обусловлено множеством факторов, частично описанных ранее в настоящей статье. К подобным факторам также можно отнести существенные различия систем педиатрического здравоохранения, в частности организацию оказания первичной медицинской (внебольничной) помощи детям. Помимо этого, указанные факторы могут отражать повышенное внимание некоторых стран к специализированному последипломному образованию, сосредоточенному, в частности, на общей и первичной педиатрии. По сути, управление оказанием первичной медицинской помощи является широко признанной социальной проблемой в странах ЕС28, которая переживает частые изменения политических концепций и взглядов в рамках отдельных государств и часто подвержена влиянию экономических обстоятельств. В этом аспекте существуют три основных рабочих модели, в рамках которых за оказание первой помощи детям отвечают врачи-терапевты общего профиля, врачи-педиатры общего профиля или обе категории

врачей одновременно. Но сравнивать указанные модели достаточно трудно из-за тонкостей и сложностей в их определениях. Складывается впечатление, что именно постоянное давление «давать больше, тратя при этом меньше», а не компетентность и социальная, культурная и экономическая чувствительность, выступает главной движущей силой при принятии политических стратегических решений в области детского здравоохранения и педиатрического образования.

Таким образом, очевидно, что качественная педиатрическая подготовка связана не только с исключительно образовательными причинами, но и другими факторами, включая социальные, экономические и политические. По-видимому, доминантными являются именно экономические факторы. В ответ на нынешнее глобальное экономическое давление и часто на соблюдение распространенных бюджетных ограничений, наложенных местной финансовой политикой, во многих странах ведутся непрерывные дискуссии, рассматривающие возможность изменения структуры последипломной педиатрической подготовки. В связи с этим двусмысленная интерпретация директивы ЕС о педиатрической подготовке дала многим странам основание для того, чтобы рассмотреть уменьшение длительности обучения педиатров до 4 лет, преподнося это как оптимальный срок последипломной специализации педиатров. На самом деле директива ЕС преследовала совершенно иные цели, которые заключались в том, чтобы защитить качество педиатрического образования, устанавливая минимальный срок подготовки. В перспективе целью документа было предотвратить недопустимые сокращения длительности педиатрической подготовки до неприемлемого срока менее четырех лет, что повлияло бы на базовые стандарты качества образования в данной области.

Авторы приходят к заключению, что непрерывные дискуссии о минимизации срока последипломной специализации педиатров в некоторых странах, по-видимому, следуют современной тенденции нездоровой рационализации, которая акцентирует внимание на «срезании излишнего жира» и «балансировке бюджета», вместо конструктивных проблем современного здравоохранения и оказания качественной медицинской помощи детям хорошо обученными квалифицированными специалистами.

Приводим данные, собранные в сотрудничестве с EPA/UNEPSA, Европейской медицинской ассоциацией (EMA; <http://www.emanet.org/post-graduate.cfm>) и представителями министров здравоохранения ЕС28, национальных педиатрических обществ, ассоциаций и учебных заведений последипломного образования.

Австрия. Курс длительностью 6 лет, который включает ряд обязательных специальностей, плюс 1 год непедиатрической специализации. Подготовка может быть опционально продолжена на 2 или более дополнительных года в зависимости от типа выбранной специальности.

Болгария. Параллельно с 4-летним курсом общей педиатрии установлены различные курсы специальной подготовки длительностью 4 года для следующих педиатрических специальностей: кардиология, пульмонология, неонатология, эндокринология, ревматология, неврология, нефрология и гастроэнтерология. Подобные курсы включают 2 года общей педиатрии в сочетании с 2 годами обучения по выбранной студентом специальности.

Чехия. Курс общей педиатрии длится 5 лет. Специализированная подготовка является опциональной и требует дополнительные 2 года обучения. Однако последний год базового 5-летнего курса общей педиатрии может включать в себя специализацию, если студент проходит его в клиническом отделении, аккредитованном для выбранной специальности.

Дания. Пятилетний педиатрический курс включает в себя 1 вводный год обучения общей педиатрии, за которым следуют 4 года дальнейшей педиатрической подготовки (2 + 2) в двух разных аккредитованных педиатрических отделениях. Хотя Дания и не признает педиатрическую специализацию, студенты могут продлить свое обучение и пройти специальную подготовку от 6 мес до 3 лет в зависимости от выбранной специальности.

Эстония. За курсом общей педиатрии длительностью 3,5 года следуют еще 1,5 года подготовки или ротационного обучения по выбранной специальности. В ближайшем будущем грядущие изменения добавят сюда обязательный 1 год обучения (Общая ординатура) для всех последидипломных курсов, включая педиатрию, где будет преподаваться семейная медицина и неотложная медицинская помощь. Это увеличит последидипломную специализацию студентов до 6 лет.

Финляндия. Курс общей педиатрии длительностью 6 лет включает в себя первых 3 года в центральных больницах, затем еще 3 года в университетской больнице. Педиатры общего профиля могут получить специальность, пройдя один из следующих 2-годичных курсов: неонатология, аллергология, кардиология, эндокринология, гематоонкология, гастроэнтерология, инфекционные заболевания, ревматология, нефрология, социальная педиатрия.

Германия. Пятилетний базовый курс педиатрии, частично включающий в себя педиатрическую специализацию, плюс от 1 до 3 лет специальной подготовки в зависимости от выбранной специальности (1 год из 3 лет специализированного курса, к примеру педиатрической нефрологии, может быть включен в базовый пятилетний курс).

Венгрия. Пятилетний учебный курс включает в себя 2 года общей педиатрии, после которых идут 3 года ротационного обучения педиатрическим специальностям. Дополнительные 2 года учебы требуются для получения диплома по одной из аккредитованных педиатрических специальностей.

Ирландия. 2 года общей педиатрии, включая 6 мес неонатологии, после которых идут 5 лет высшей специальной подготовки.

Италия. На сегодняшний день на правительственном уровне ведутся непрерывные дискуссии о сокращении срока педиатрической подготовки до 4 лет, включая курс общей педиатрии и, возможно, ротационного обучения по нескольким выбранным специальностям, однако официальное решение все еще не принято.

Латвия. 4 года общей педиатрии, плюс 2–3 года специального обучения в зависимости от выбранной специальности.

Литва. После 6 лет обучения, которые включают в себя 4 года общей педиатрии и 2 года подготовки по выбранной педиатрической специальности, выдаются два отдельных диплома — по общей педиатрии и по выбранной педиатрической специальности.

Мальта. Последний год пятилетнего педиатрического курса проходит в Великобритании.

Польша. На сегодняшний день педиатрический курс длится 6 лет, после которого идет дополнительная отдельная подготовка по педиатрической специальности длительностью 3 года. Однако система переходит на новую 5-летнюю структуру обучения (3 + 2), которая включает в себя 1 курс, общий для всех студентов-педиатров, за которым идут 2 года подготовки, чтобы стать педиатром общего профиля, или 2–3 года подготовки по выбранной специальности, чтобы стать педиатром общего профиля с конкретной специализацией. Однако студенты по-прежнему смогут пройти дополнительный специализированный курс длительностью 2–3 года после завершения 5-летней подготовки на педиатра общего профиля, чтобы получить дополнительный диплом с конкретной специальностью.

Румыния. Обучение на педиатра общего профиля длится 5 лет. Общие начальные курсы для студентов разной специализации отсутствуют. Специализация является опциональной и проводится после завершения 5-летнего курса по отдельным программам.

Словакия. На сегодняшний день для получения диплома по педиатрической специальности требуются 3 дополнительных года обучения. На правительственном уровне идут непрерывные дискуссии о сокращении срока базовой педиатрической подготовки до 4 лет.

Испания. Педиатрическая подготовка представляет собой систему последидипломного образования длительностью 4 года, где 3 года посвящены общей педиатрии, а 1 год — ротационному обучению выбранной специальности.

Швеция. 5 лет общей педиатрии плюс 2 опциональных года выбранной специальности.

Великобритания. Последидипломная педиатрическая специализация включает в себя 2 первых года общей медицины. Общая длительность подготовки составляет 6 лет и может продлеваться до 8–9 лет в зависимости от выбранной специальности.

Люксембург не предлагает последидипломную специализацию для педиатров, однако педиатрия входит в список медицинских дисциплин, признанных в Люксембурге. Педиатрическая подготовка проводится за рубежом на основании соглашений с европейскими университетами в разных странах ЕС (Австрия, Бельгия, Франция, Германия, Швейцария и Великобритания). Люксембург признает только педиатрическую подготовку сроком не менее 5 лет. Студенты могут провести 1 или 2 года обучения в педиатрическом отделении Люксембурга и как минимум 3 года за рубежом в университетских больницах. Люксембург также предлагает полную подготовку для врачей-терапевтов, которая проводится внутри страны, с 2 месяцами обучения педиатрии, которые проходят в аккредитованном педиатрическом отделении.

Подготовка по общей педиатрии во многих странах определяется некорректно и может включать в себя периоды обучения в больницах, диспансерах (поликлиниках), частных практиках, семинары или самообразование. Подобная подготовка разнится в длительности не только между странами, но и внутри одной страны. Учебные периоды включают первичную, вторичную и третичную медицинскую помощь, однако подготовка может быть организована как по строгому графику, так и в опциональном режиме.

РОЛЬ ИТАЛЬЯНСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПЕДИАТРОВ В ЕВРОПЕ

Итальянская федерация педиатров стала членом EPA/UNEPSA на Генеральной ассамблее в Москве в феврале 2015 г.

Интервью с президентом Гиампьетро Чиаменти

— На заседании Генеральной ассамблеи EPA/UNEPSA, которая состоялась в Москве 12 февраля 2015 г., по итогам голосования президентов, представляющих 49 государств-членов EPA/UNEPSA, Итальянская федерация педиатров (Federazione Italiana Medici Pediatri, FIMP) была единогласно принята в Ассоциацию в качестве полноправного члена. Представитель EPA/UNEPSA по международным связям д-р Ольга Комарова взяла интервью у президента FIMP д-ра Гиампьетро Чиаменти о том, как он видит роль FIMP в европейском контексте в ближайшие несколько лет.

— Во-первых, я хотела поздравить вас с избранием FIMP в качестве полноправного члена EPA/UNEPSA.

— Я бы хотел выразить свое величайшее удовольствие и глубочайшую благодарность Генеральной ассамблее EPA/UNEPSA за поддержку нашей организации. Членство в такой престижной организации, как EPA/UNEPSA, — это огромная честь, равно как и огромная ответственность.

— Не могли бы вы рассказать немного об итальянской системе оказания первичной педиатрической помощи?

— Начиная с 1981 г. Итальянская национальная служба здравоохранения оказывает первичную педиатрическую помощь детям через педиатров районного уровня, которых часто называют «семейными педиатрами» (pediatri di famiglia). Итальянская система общественного здравоохранения требует, чтобы все дети имели конкретного, закрепленного за ними лечащего врача общего профиля в зависимости от возраста пациента. Итальянские педиатры, которые работают с системой общественного здравоохранения, принимают в своих собственных частных кабинетах, оказывают медицинскую помощь пациентам от рождения до 16 лет и получают фиксированную оплату за каждого пациента. Педиатры, которые работают на систему общественного здравоохранения, как правило, являются единственной инстанцией, которая может направить пациента в возрасте от 0 до 6 лет на лечение к врачу специализированного или узкоспециализированного профиля, в то время как для пациентов в возрасте от 6 до 16 лет родители сами могут выбирать, к кому обратиться — к педиатру или врачу-терапевту.

— А что насчет FIMP?

— FIMP — это главная организация районных практикующих педиатров в Италии. Федерация насчитывает более 6000 членов и представляет интересы 85% итальянских семейных педиатров. В обязанности FIMP входит обеспечение достойного качества медицинских услуг, оказываемых детям и подросткам, и надлежащего статуса врачей. Наша организация вза-

имодействует с членами Законодательного собрания и Министерством здравоохранения, участвуя в решении основных вопросов, связанных со здравоохранением детей и подростков, равно как и любых вопросов, которые представляют важность для педиатров как для профессионалов, ответственных за здоровье детей. FIMP также отвечает за развитие и оценку программ специального медицинского образования и исследовательских проектов.

— Таким образом, специальное медицинское образование является важным аспектом деятельности FIMP?

— Именно так. Поддержание профессиональной компетенции наших членов является одной из основных задач FIMP. Естественно, педиатры, равно как и все остальные врачи, в первую очередь являются основным двигателем своей компетенции, однако FIMP играет большую роль в организации и проведении специальных медицинских образовательных мероприятий для своих членов. Курсы, семинары и множество образовательных мероприятий, включая «школы специальности», проводятся каждый год в различных регионах Италии.

— Теперь, когда FIMP является полноправным членом EPA/UNEPSA, как вы видите дальнейшую роль вашей организации в Европе?

— FIMP планирует работать в полном взаимопонимании с остальными членами Союза на базе общих взглядов и задач. FIMP не верит, что «сольные игроки» могут действовать достаточно эффективно, особенно в долгосрочной перспективе, мы верим только в победу коллектива. По сути, мы рассматриваем возможность совместной работы с 50 национальными обществами и ассоциациями EPA/UNEPSA как ключевой фактор для развития наших проектов, деятельности и инициатив, которые возымеют огромное положительное действие на здоровье детей.

— Не могли бы вы подробнее рассказать о наиболее приоритетных целях в контексте коллективной работы в рамках EPA/UNEPSA?

— Я бы выделил две основные, хоть и совершенно разные, перспективы — дети и медицинская помощь, которая им оказывается. Если посмотреть на перспективу детей и подростков, то между ними существуют значительные различия в плане здоровья и уровня жизни в различных странах Европы. Такие различия являются недопустимыми и, в конечном итоге, неизбежно приведут к неравенству, которое, вероятно, будет только усугубляться по мере экономических трудностей, с которыми сталкиваются наши страны. FIMP считает, что педиатры должны встать на защиту благополучия детей. По сути, забота о благополучии является не только делом этики,

но и оптимальным решением с точки зрения цены и качества. Такая концепция хорошо известна педиатрам, в частности в отношении нескольких клинических заболеваний, таких как ожирение и психические расстройства, которые носят хронический характер. Профилактика определенно выгоднее лечения. Что касается медицинских услуг, которые оказывают педиатры, опять-таки существуют существенные различия в качестве, объеме и безопасности подобной помощи пациентам и их семьям в различных частях Европы. FIMP считает, что подобное разнообразие следует расценивать как уникальную возможность и рассматривать как естественный эксперимент, из которого педиатры могут многое почерпнуть, изучая системы и услуги, которые позволяют добиться лучшего результата. С этой точки зрения, педиатры должны учиться друг у друга и применять заимствованные лучшие практики в своей работе.

— Существует ли конкретный план или проект, который FIMP планирует в ближайшем будущем предложить и выполнить в рамках EPA/UNEPSA?

— FIMP верит в сотрудничество и взаимодействие между членами EPA/UNEPSA и профессиональными организациями, которые представляют интересы детей в Европе. Несомненно, временами это будет сопряжено со значительными трудностями, однако мы рассчитываем на опыт, накопленный членами EPA/UNEPSA, и на имеющиеся связи с надежной панъевропейской клинической исследовательской сетью. Одна немаловажная акция, которую FIMP хотела бы поддержать в рамках EPA/UNEPSA, — это сотрудничество между участниками ассоциации с целью дальнейшего изучения и должного документирования преимуществ и недостатков врачей-терапевтов по сравнению с врачами-педиатрами, оказывающими первую медицинскую помощь. И снова существуют огромные различия меж-

ду программами укрепления и надзора за здоровьем детей в разных странах. Еще один важный проект, над которым FIMP планирует работать в сотрудничестве с другими обществами и ассоциациями, которые входят в EPA/UNEPSA, касается существенных расхождений в схемах вакцинации разных европейских государств. Проект, предложенный вице-президентом FIMP д-ром Луиджи Нигри на Генеральной ассамблее EPA/UNEPSA в Москве, нацелен на создание единой «универсальной» схемы вакцинации для всего ЕА, и FIMP собирается организовать круглый стол на эту тему на 7-м Европейском конгрессе педиатров. В связи с этим важно будет показать, как возникли существующие схемы вакцинации, и насколько сложной задачей может оказаться (а может и не оказаться) их изменение. Также потребуется краткий обзор современной эпидемиологической ситуации с акцентом на повторную активизацию предупреждаемых вакцинами инфекций. Можно выработать приоритеты вакцинирования: какие вакцины являются жизненно важными, какие — просто «приятным дополнением». Сюда, конечно же, относятся фармаэкономика и экономическая эффективность. Наконец, интерес для данного проекта также представляют расчеты, которые подчеркивают колоссальные финансовые и гуманитарные последствия при сокращении вакцинации.

— Похоже на весьма амбициозный проект.

— FIMP полагает, что в амбициях нет ничего плохого, когда на кону стоит здоровье детей. Цели, которые FIMP надеется достичь в сотрудничестве с другими членами EPA/UNEPSA, могут показаться чрезмерными, однако не существует слишком амбициозных проектов для благополучия детей и их семей. Мы должны предпринимать какие-то действия, чтобы сделать этот мир лучше для наших детей и для будущих поколений.

НЕИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Новости Американской академии педиатрии

Неинфекционные заболевания (НИЗ) наносят значительный вред здоровью детей и подростков. Каждый год от НИЗ умирают около 1,2 млн людей в возрасте до 20 лет, что составляет 13% общей смертности. Более того, в то время как уровень детской смертности снижается, смертность подростков, напротив, незначительно растет. По всему миру многие дети умирают от поддающихся лечению НИЗ, таких как ревматические болезни сердца, сахарный диабет 1-го типа, астма и лейкемия, при этом между разными странами существуют значительные различия в успешности исходов лечения. Подверженность детей воздействию алкоголя и табачного дыма до и после рождения, преждевременные роды и низкая масса тела, плохое питание, ожирение оказывают долгосрочное негативное влияние на здоровье и развитие ребенка, повышая риск сердечно-сосудистых заболеваний, диабета и прочих социальных и медицинских проблем уже в зрелом возрасте.

В большинстве стран мира самой распространенной причиной смерти детей в возрасте 5–15 лет являются дорожно-транспортные происшествия и прочие травмы. Большинство привычек и моделей поведения, которые приводят к развитию НИЗ у взрослых, вырабатываются в детском и подростковом периоде; более половины ежегодных смертей от неинфекционных заболеваний, связаны с поведением, которое формируется в молодости (дополнительную информацию о детях и проблемах НИЗ см. <http://www.ncdchild.org/NCD-Facts>).

Как профилактические, так и терапевтические вмешательства для детей и молодежи являются эффективной стратегией борьбы со всемирным социальным и экономическим бременем НИЗ. Глобальная проблема НИЗ сквозь призму подхода, предусматривающего лечение и профилактику в течение всей жизни пациента, поможет не только снизить общие темпы НИЗ, но и существенно улучшить жизнь тех, кому приходится мириться с болез-

нию. Такой подход является основополагающим принципом Рамочной программы глобального мониторинга НИЗ Всемирной организации здравоохранения; однако в мире по-прежнему наблюдается недостаток внимания к систематической реализации политики и программы, которые отображают данные принципы. Одним из существенных источников беспокойства является постоянное упущение из вида вопросов профилактики и управления НИЗ у детей и подростков при составлении ключевых стратегий и планов всемирного здравоохранения и национального развития.

Упущение конкретных количественно измеримых целей по профилактике и лечению НИЗ у детей и подростков при разработке Целей устойчивого развития ЕС потенциально может привести к целому «букету» негативных последствий для национальной приоритизации ранних вмешательств с целью профилактики и управления НИЗ у молодежи. Педиатры вместе с другими ведущими клиническими экспертами, органами защиты детей и организациями гражданского общества должны призвать правительства своих стран к приоритизации профилактических и терапевтических мер для детей и подростков. Национальные правительства необходимо сориентировать на новый подход, предусматривающий лечение и профилактику НИЗ на протяжении всей жизни пациента, и включение конкретных глобальных и внутригосударственных задач в рамочные программы мониторинга НИЗ и Целей устойчивого развития в сфере здравоохранения после 2015 г.

Организация NCD Child (Дети с НСД) — это всемирная коалиция со множеством различных участников, отстаивающая права и потребности детей, подростков и молодых людей, которые живут с инфекционными заболеваниями или подвержены риску развития таковых.

NCD Child занимается не только лечением детей и подростков с НИЗ, но также профилактикой заболеваний, оказывает помощь, поддержку пациентам, привлекает к участию в различных мероприятиях детей и подростков, страдающих НИЗ. Американская академия

педиатрии (AAP) выступает секретариатом NCD Child, а Совет директоров AAP обязался сотрудничать с организацией и Международной педиатрической ассоциацией с целью привлечения внимания к подросткам и детям, больным НИЗ.

В рамках своей работы NCD Child и AAP будут проводить региональные правозащитные совещания для привлечения ведущих национальных экспертов в сфере детского здравоохранения, НПО, занимающихся защитой детей, и национальных правительств к активному отстаиванию прав детей и подростков с НИЗ. Совещания будут строиться из ключевых лекций комитетов и рабочих групп, основным содержанием которых будут правозащитная подготовка, общий обзор ситуации с НИЗ у детей и подростков, практические стратегии для включения проблем детей и молодежи в повестки дня по НИЗ на уровне страны, а также системы лечения и профилактики болезней. Техническое содержание должно затрагивать общий спектр неинфекционных заболеваний с особым вниманием к табакокурению, ожирению, инвалидности, предотвращению травм и психическому здоровью молодежи. Помимо клинической информации, участники совещаний получат новые знания о текущем статусе НИЗ в масштабе всемирного здравоохранения; связях с НПО, молодежными организациями и государственными чиновниками, заинтересованными в проблемах общественного здоровья, а также о стратегиях защиты прав детей и подростков в рамках текущей повестки дня. В длительной перспективе целью подобных совещаний становится активизация диалога и в конечном итоге — изменение политики в отношении неинфекционных заболеваний у детей.

Европейское региональное национальное правозащитное совещание по вопросам НИЗ запланировано на лето-осень 2015 г.

(URL: ncdchild@aap.org; дополнительная информация о международной деятельности AAP на сайте: <http://www.2.aap.org/international/> или e-mail: international@aap.org).

ЗАБОЛЕВАНИЯ У ДЕТЕЙ-ИММИГРАНТОВ В СТРАНАХ ЕС28 Цыгане-иммигранты в Италии

Эрсилия Буономо, старший доцент Римского университета Тор Вергата, факультет биомедицины и профилактики болезней

Дети иммигрантов составляют быстро растущий сегмент населения младше 18 лет во многих странах Европейского союза (ЕС28). Подобное явление развилось в частности за последнее десятилетие и обусловлено многими факторами, такими как нехватка продовольствия, бедность, политические изменения, войны. В результате имела место массовая миграция населения с Африканского континента и Ближнего/Дальнего Востока, а также Европейских зон в страны ЕС28 в поисках лучших социальных условий. Подобная социальная ситуация привела к ряду проблем в сфере здравоохранения,

которые были описаны в выполненном итальянскими учеными с факультета биомедицины и профилактики болезней Римского университета Тор Вергата и НПО Medicina Solidale исследовании [4]. Исследование подчеркивает масштабы феномена детской иммиграции в Италию и заболеваний иммигрантов, в частности детей цыган, которые на данный момент проживают в Риме.

В соответствии с 15-й статистической Переписью населения Италии 2011 г., дети иммигрантов являются наиболее быстро растущим сегментом итальянского населения младше 18 лет: насчитывая 993 000 пред-

ставителей, то есть 24,4% популяции иммигрантов. Со времен переписи 2001 г. произошло сокращение коренного итальянского населения на 250 000 человек (-0,5%), в то время как количество иммигрантов выросло на 2694256 человек, частично за счет воссоединения семей-иммигрантов и рождения детей.

Демография. В целом, демография Италии свидетельствует о росте населения на 4,3%: в 2011 г. зарегистрировано 4029145 иммигрантов, что на 201,8% больше, чем 10 лет назад.

Географическое распределение. До 2/3 иммигрантов проживают на севере Италии. Наиболее репрезентативной группой является молодежь. Средний возраст иммигрантов — 31 год, при этом 20,2% младше 14 лет. Более того, в 2010 г. в семьях иммигрантов было зарегистрировано 78 000 новорожденных детей, что составляет 14,4% от общего процента живорождений в Италии. Еще один интересный факт заключается в том, что 2/3 детей-иммигрантов (420 000 человек) были рождены в Италии от иммигрировавших родителей: они являются вторым поколением иммигрантов и представляют собой мощный фактор интеграции их семей.

Социально-экономические условия. В бедности живут 42% иммигрантов младше 18 лет по сравнению с 15% коренных итальянцев. Подобное положение негативно влияет на экономическое и культурное развитие несовершеннолетних иммигрантов: в то время как большинство детей-иммигрантов ходят в начальную школу, только очень немногим удается поступить в среднюю.

Исследование итальянских ученых в частности было сконцентрировано на VIII муниципальном округе города, так как он является репрезентативным типичным примером пригородной зоны, в которой проживают иммигранты. VIII муниципальный округ покрывает большую территорию к юго-западу от городской кольцевой дорогой. С демографической точки зрения, это самый густозаселенный округ, в котором проживает 243 922 жителя, значительную часть которых составляют несовершеннолетние: 15,9% — младше 14 лет. В этом округе проживает наибольшее число иммигрантов: 15,5% по сравнению с 13% в черте города, 26% из которых составляют женщины детородного возраста. Именно за счет иммигрантов в округе наблюдаются высокие темпы рождаемости, в 9 раз превышающие рождаемость в самом Риме. VIII муниципальный округ Рима характеризуется серьезным социальным напряжением, высокими темпами безработицы и процентом жителей без школьного образования: 15% по сравнению с 9% в Риме. Более того, большинство иммигрантов получают доступ к Национальной службе здравоохранения только в чрезвычайных ситуациях.

В ходе исследования университетская поликлиника Тор Вергата в сотрудничестве с неправительственной организацией *Medicina Solidale* обслуживала медицинские потребности иммигрантов в VIII муниципальном округе Рима. Целью исследования было проанализировать рост, состояние здоровья и уровень питания детей-иммигрантов, которые имели доступ к медицинским услугам с февраля 2004 по май 2012 г. Были изучены педиатрические истории болезней, проанализированы социально-демографические показатели (родная страна, проблемы со здоровьем, уровень питания) детей, которые обращались за помощью в амбулаторию *Medicina Solidale*.

Результаты исследования, опубликованные итальянскими учеными, показывают, что более половины семей-иммигрантов (62%) прибыли из Румынии, 11% — из Нигерии, 11% — цыганских семей, 5% — из Северной

Африки, 4% — из различных стран Восточной Европы, 3% — из Латинской Америки, 2% — из Албании и Турции, 1% — из Тропической Африки, 1% — из стран субконтинентальной Азии и остаток из Западной Европы и Северной Америки.

Лица мужского пола составили 53,1% выборки, 31,8% пациентов были новорожденными детьми (в возрасте от 0 до 12 мес) и 23,0% — детьми школьного возраста (60–120 мес). Что касается условий проживания, 68% выборки имеют постоянное жилье, 5,9% живут в цыганских таборах, 6,8% не имеют постоянного места жительства, остальные проживают в общественных приютах. Говоря о гигиене и санитарных условиях данных жилых помещений, немаловажно отметить, что в 25% случаях в них полностью отсутствует водоснабжение, и, соответственно, семьи иммигрантов лишены проточной воды, что указывает на антисанитарные условия их жизни, отсутствие пищевой, консервационной и, в первую очередь, личной гигиены.

Заболевания детей-иммигрантов, проживающих в пригородных районах Рима. Несмотря на то, что Национальная служба здравоохранения (NHS) утверждает, что за всеми детьми закреплены соответствующие районные педиатры, более половины выборки, а именно 811 детей (62%), никогда не были на приеме у районного педиатра, а 21% отказался отвечать на вопрос или сослались на личные или экономические проблемы с NHS. Таким образом, только за каждым пятым ребенком действительно был закреплен районный педиатр.

Распределение по заболеваниям при поступлении в больницу. Эпидемиологическая картина аналогична полученной в ходе другого регионального исследования, которая характеризуется проблемами роста (29%) и раннего развития (22%), связанными с кормлением грудью и отлучением от груди. Наиболее распространенной причиной обращения за медицинской помощью являлись острые респираторные вирусные болезни верхних и нижних дыхательных путей (12 и 7%, соответственно). Это также подтвердило результаты недавнего исследования, которое выявило взаимосвязь между распространенностью респираторных симптомов у детей-иммигрантов и количеством лет, проведенных в Италии, что еще раз указывает на фактор риска, связанный с антисанитарным жильем. Дерматологические проблемы, такие как короста, потница и прочие заболевания кожи, которые часто связывают с неудовлетворительной гигиеной, были выявлены у 6% пациентов.

Проблемы с питанием составили 5% заболеваний, диагностированных при госпитализации, что также является признаком неравенства и распространенной нехватки продовольствия среди иммигрантов в данном районе. Как и ожидалось, значительная часть педиатрических патологий была представлена гастроэнтерологическими проблемами (5%), включая инфекционную и паразитическую диарею. Более того, примечательно, что НПО *Medicina Solidale* выявила и вылечила четыре случая легочного туберкулеза у трех румынских подростков и одного нигерийца, проживающих в Италии на протяжении длительного срока. Исследование также сообщает о случаях ВИЧ/СПИД, передавшихся от матери.

Цыганские дети

Антропометрические данные. Анализ результатов антропометрической оценки, выполненной в ходе исследования, показал, что все антропометрические показатели у подгруппы цыганских детей были значительно ниже, чем у всей выборки иммигрантов в целом. В частности,

Z-показатель роста ребенка для своего возраста (HAZ) в линейном исчислении при рождении составил -0,77, а у детей до 5 лет все еще оставался отрицательным со средним значением -0,49. Подобный индекс считается явным признаком социального неравенства. В случае цыганских детей низкий показатель HAZ четко указывает на социальное неравенство в этой этнической группе.

Вакцинация. До 30% выборки не смогли предоставить информацию об обязательных профилактических прививках; 66,4% сообщили, что их дети прошли вакцинацию в Италии или на родине, в то время как 3,4% не проходили вакцинацию вообще. Согласно оценкам, у цыганских детей относительный риск остаться без прививок составляет 5,4 (CI 95% 2,8–10,1). Подобные результаты можно связать с недавней эпидемией кори в Болгарии, которая имела значительную смертность среди цыганских детей, что опять-таки подтверждает тяжесть нарушения базовых прав человека, которое имеет место в Европе в отношении популяции цыган и указывает на срочную необходимость реорганизации системы публичного здравоохранения в сфере профилактики и иммунизации.

Родители 77,4% детей, не прошедших вакцинацию, никогда не ходили в школу. Наличие безграмотного родителя влечет за собой значительный риск остаться без прививок — 15,36 (CI 95% 6,4–36,4). Таким образом, безграмотность родителей — признак абсолютной бедности — является важным фактором риска для недостаточного уровня профилактических прививок.

Согласно данной статье, в рамках изученной популяции доминируют расстройства питания, отставание в росте, кожные инфекции и недостаточная вакцинация, которые особенно остро выражены у цыганских детей. Итальянские исследователи также подчеркивают, что одной из приоритетных задач социальной сферы и сферы общественного здравоохранения являются устранение причин неравенства и маргинализации цыганских детей, а также обеспечение им доступа к Национальной службе здравоохранения. Другую срочную необходимость представляет пересмотр правил для получения гражданства детьми иммигрантов, рожденными в Италии, упрощение доступа к вакцинации и обеспечение того, чтобы за каждым ребенком иммигранта был закреплен районный врач-педиатр.

РЕАЛИЗАЦИЯ КОНВЕНЦИИ ООН О ПРАВАХ РЕБЕНКА: ЧТО МЫ МОЖЕМ СДЕЛАТЬ?

Президент ЕРА/UNEPSA Лейла Намазова-Баранова

Дорогие коллеги и друзья!

Мы — врачи-педиатры — являемся признанными защитниками детей. Мы должны тщательно следить за тем, чтобы права ребенка уважались, а при необходимости — защищать их. Увы, дети по всему миру все еще нуждаются в защите взрослых: от голода и насилия, от стихийных бедствий и социальных перипетий, и, к сожалению, временами от действий (или бездействия) собственных родителей. Конвенция о правах ребенка была ратифицирована 25 лет назад. Но до сих пор она остается неизвестной для значительной части населения.

В подобной ситуации наше международное педиатрическое сообщество обязано взять на себя ответственность за распространение информации среди пациентов и их семей. В связи с этим мы с радостью представляем новый проект ЕРА/UNEPSA и Союза педиатров России «Права детей в сказках народов мира», который в доступной и понятной форме излагает основные позиции документа. Сказки являются наиболее читаемыми книгами среди детей. С нашим изданием родители и дети узнают больше о своих правах, а молодые читатели, в свою очередь став родителями, будут обладать нужными знаниями о своих детях.

Сказки помогают сформировать представление о таких важных категориях, как добро и зло, любовь и ненависть, жестокость и милосердие, а также отсутствие права и справедливости. Подобные категории являются типичными ценностями для любой нации. Сказка, содержащая мораль, собирает людей вместе, чтобы находить аналогии в восприятии общечеловеческих ценностей.

Такие сказки дают понимание того, что права ребенка являются не абстрактным юридическим понятием, а отражением и обобщением многовекового духовного наследия разных людей, полученного в процессе культурного развития от стадии безразличия до стадии интереса и сочувствия, на которой права ребенка обрели защиту и были консолидированы в базовый закон.

Я с удовольствием предлагаю вам, дорогие коллеги, присоединиться к данному проекту и объединить наши усилия для перевода этой книги на максимальное количество языков. Само собой разумеется, что это откроет отличные перспективы для того, чтобы сделать наш мир более открытым и справедливым.

(Более подробную информацию смотрите на сайте Союза педиатров России — www.pediatr-russia.ru)

АТАКСИЯ-ТЕЛЕАНГИЭКТАЗИЯ

Опубликовано первое в мире клиническое руководство по лечению атаксии-телеангиэктазии

Публикация первого в мире руководства по лечению атаксии-телеангиэктазии (А-Т) была с энтузиазмом принята практикующими врачами, терапевтами и семьями с детьми, живущими с этим заболеванием. Руководство было составлено многопрофильной командой Специализированного центра атаксии-телеангиэктазии Ноттингемской городской больницы, Бирмингемским университетом и Обществом атаксии-телеангиэктазии.

Атаксия-телеангиэктазия — редкое генетическое полиорганное неврологическое дегенеративное заболевание, которое возникает в раннем детстве, приводит к прогрессирующей физической недееспособности и значительно сокращает срок жизни. От этого заболевания страдают около 200 детей и подростков в Великобритании.

Одна из трудностей при лечении А-Т заключается именно в верной диагностике: больного ребенка показывают большому количеству терапевтов и практикующих врачей, очень немногие из которых знают хоть что-нибудь об этой болезни, ведь информация о ходе ее развития и методах лечения является беспорядочной и фрагментарной.

Данное руководство впервые в истории содержит универсальное описание и интерпретацию симптомов и течения этой болезни, а также последовательный метод лечения, основанный на опыте самой авторитетной многопрофильной клиники А-Т в мире.

Документ в первую очередь предназначен для практикующих врачей и прочих медицинских работников, которым не хватает непосредственного опыта в лечении А-Т. Однако, он также может быть полезен людям, которые ухаживают за детьми, страдающими А-Т, чтобы убедиться, что они получают лучшее из возможного лечения.

Помимо ключевых клинических отраслей генетики, неврологии, респираторной терапии, иммунологии и раковой терапии, к которым обращается документ, он также затрагивает физиотерапию, диетологию и проведение хирургических операций пациентам с А-Т (**документ можно загрузить с веб-сайта Общества А-Т [5] или запросить печатную копию, отправив письмо на адрес info@atsociety.org.uk**).

Известные специалисты и родители детей, страдающих А-Т, горячо приветствовали публикацию данного документа.

(Дополнительную информацию можно найти на сайте www.atsociety.org.uk, или связавшись с Уильямом Дависом по тел.: +44 (0) 1582 760733, e-mail: william@atsociety.org.uk)

А-Т — сложное генетическое заболевание, которое начиная с раннего детства вызывает прогрессирующие нарушения координации и движения, а также сокращает продолжительность жизни. Дети с этим заболеванием при рождении кажутся нормальными, однако впоследствии им все труднее и труднее стоять на ногах, и к 10 годам они, как правило, могут передвигаться только в инвалидной коляске. Болезнь поражает иммунную систему, предрасполагая организм к распространенным инфекциям и раковым заболеваниям, в частности к лейкемии и лимфоме. В среднем около 1/3 больных умирают от рака, а остальные 2/3 — от легочных заболеваний еще до того, как им исполнится двадцать пять. На сегодняшний день не существует эффективного лечения для этой болезни.

Более 200 семей в Великобритании растят одного или нескольких детей, страдающих от этого заболевания. Примерно каждый 250-й человек на земле, сам того не зная, носит в себе ген А-Т, и у него, вероятно, может родиться больной ребенок, если партнер также является носителем.

Общество А-Т. На протяжении 25 лет Общество А-Т поддерживает людей, которые живут с этим заболеванием, и спонсирует его исследования. Помимо информационной и эмоциональной поддержки, мы предлагаем практическую помощь и отстаиваем права семей на получение необходимых услуг, а также предоставляем финансовую поддержку для покупки нужного оборудования и покрытия иных расходов, связанных с физической недееспособностью.

Мы поддерживаем связь практически с каждой семьей, в которой проживает ребенок с диагнозом А-Т, в Великобритании и Ирландии. Мы организуем ежегодные встречи, на которых семьи собираются вместе, обмениваются информацией и получают последние сведения о заболевании, а также активные выходные и перерывы на отдых.

В 1994 г. Общество основало первую в мире специализированную клинику А-Т в Ноттингемской городской больнице. На сегодняшний день мы тесно сотрудничаем с Национальной службой здравоохранения, чтобы поддерживать два национальных специализированных центра и повышать стандарты лечения в местных больницах для пациентов, страдающих А-Т.

Общество А-Т вложило около 1,5 млн фунтов стерлингов в научные исследования, что позволило существенно продвинуться в понимании этого заболевания и укрепить сотрудничество специалистов в поисках оптимального лечения.

ВИДЕООБЗОР ПЕДИАТРИЧЕСКИХ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ

Приглашение на встречу экспертной группы по самым актуальным и интересным темам

Томас Балслев, консультант и старший доцент, магистр медицинского образования, доктор наук; педиатрическое отделение Региональной больницы Виборга и Центр медицинского образования (Орхусский университет, Дания; Thomas.Balslev@viborg.rm.dk)

Сабина Флорих, глава педиатрического отделения Региональной больницы Виборга (sabine.froelich@midt.rm.dk)

Видеообзор клинических случаев (ВКС) позволяет улучшить качество клинической подготовки.

Недавние исследования показали, что видеообзоры оригинальных клинических случаев являются важной составляющей до- и последиplomной педиатрической подготовки [6, 7]. Было доказано, что интерактивный анализ ВКС позволяет расширить знания студентов, способствует коллективному пониманию и повышает диагностическую компетентность. Немаловажно, что преподавание и обучение с использованием ВКС позволяет получить углубленное представление о распространенных и нераспространенных клинических случаях.

Пример 1. На кадрах видеозаписи движется 6-летний мальчик с прогрессирующими проблемами походки.

Вопрос: Какие важные клинические находки можно здесь увидеть?

Ответ: Походка мальчика, вероятно, указывает на слабость проксимальных мышц.

Пример 2. На кадрах видеозаписи — 18-месячная девочка с лихорадкой и кашлем.

Вопрос: Какие важные клинические находки можно здесь увидеть?

Ответ: Ретракция, вероятно, вызванная воспалением легких.

Какие ВКС являются наиболее важными для клинической подготовки?

Мы считаем, что ВКС являются особенно полезными для демонстрации движений, которые носят периодический (например, нарушения дыхания) или пароксизмальный (например, эпилептические припадки) характер. Основная проблема обучения заключается в том, что студенты-медики, которые изучают педиатрию и общую прикладную медицину, часто вообще не сталкиваются с клиническими примерами репрезентативных пациентов. Невзирая на то, что существуют специальные библиотеки и собрания видеообзоров, мы мало знаем о наиболее важных выборках, случаи из которых необходимо включать в учебные программы для студентов-медиков, ординаторов и молодых специалистов.

Наша учеба: возможно ли прийти к консенсусу?

Мы хотим узнать, могут ли международные эксперты прийти к консенсусу в отношении списка тем и желательных подходящих образовательных педиатрических ВКС. Мы будем использовать метод Дельфи для того, чтобы получить общее экспертное мнение о списке наиболее оптимальных тем для работы с ВКС. Мы собираем

информацию от клинических преподавателей по всему миру при помощи серии онлайн-раундов Дельфи в сети Интернет. На текущий момент мы составили экспертную группу из 40 преподавателей, которые уже используют ВКС в своей практике. Эти специалисты оценят и кратко прокомментируют два или более последовательных списков потенциальных тем для ВКС. На каждый список будет выделено не более 15 мин.

Результаты исследования:

помощь в составлении видеотек ВКС

Эти списки будут обнародованы с целью помочь педиатрическим центрам по всему миру составить свои видеотеки ВКС, что будет способствовать высококачественной подготовке студентов и повышению диагностической компетентности в интересах пациентов.

(Если вы клинический преподаватель, который использует ВКС в своей практике и желает принять участие в экспертной группе, пожалуйста, напишите на адрес Thomas.Balslev@midt.rm.dk, и вы получите информацию о том, как стать участником)

Список литературы

1. Мерсиеса К., Аквиллина К., Пулличино Р., Борг А.А. Свобода пересечения границ в рамках ЕС: юридические и этнические проблемы для детей с хроническими заболеваниями. *Журнал медицинской этики*. 2011.
2. Салзер-Муар Ю., Поллак А., Ауфрихт К., Эрих Й., Лентон С. Европейские трудности: трансграничная медицинская помощь для детей. *Педиатрический журнал*. 2012, сент.; 161 (3): 574–6.
3. Отчет о текущем состоянии постдипломной специализации в области педиатрии в двадцати четырех странах Европейского Союза (ЕС28). *Педиатрический журнал*. 2014; 165 (2): 424–426.
4. Буономо Е., Паломби Л., Манчинелли С., Гиларди Ф., Яковоне Дж., Бочерини Б., Эрколи Л. *Minerva pediatrica*. 2014; 66 (1): 2–8.
5. Атаксия-телеангиэктазия у детей: руководство по диагностике и лечению. URL: <http://www.atsociety.org.uk/clinical-guidance>
6. Kamin C., O'Sullivan P., Deterding R., Younger M. A comparison of critical thinking in groups of third-year medical students in text, video and virtual PBL Case modalities. *Acad. Med.* 2003; 78: 204–11.
7. Balslev T., de Grave W., Muijtjens A., Scherpbier A. Enhancing diagnostic accuracy among non-experts by use of video-cases. *Pediatrics*. 2010; 125 (3): e570–6.

СИСТЕМА ПАТРОНАЖНОГО/ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МЕДСЕСТРИНСТВА И БАКАЛАВРСКИЙ КУРС В ВЕНГРИИ

Экс-президент Венгерской педиатрической ассоциации Лазло Забо, глава отделения методологии домашнего ухода; Факультет медико-санитарных дисциплин, Университет Земмельвайса, Будапешт (Венгрия)

Система профилактического медсестринства была установлена в Венгрии в 1915 г. Торжественная открывающая сессия прошла в здании городского совета 13-го июня под патронажем принцессы Стефании Бельгийской — жены кронпринца Рудольфа. В своей вступительной речи она сказала: «Профилактика является наиболее важной частью защиты здоровья детей». В результате введения данной системы смертность новорожденных упала с 300 смертей на 1000 живых детей до 5.

Патронажные/профилактические медсестры работают с беременными женщинами и организуют для них профилактические обследования. Они проводят различные независимые осмотры. Первое домашнее посещение новорожденного после родов обязательно и имеет место в течение первых 48 ч с момента рождения. Профилактические медсестры, как на дому, так и в своем кабинете, регулярно контролируют новорожденных и младенцев в течение первого года их жизни и менее регулярно — в детский период. Профилактические медсестры помогают матерям обеспечить эффективное кормление грудью своих детей, контролируют и проводят профилактическую вакцинацию и т.д. Профилактическая медсестра ухаживает за семьей и выполняет обязанности семейного доктора.

Нам известно, что аналогичная помощь семьям оказывается и в других европейских странах. Акушерки работают с беременными женщинами. Детские медсестры дают рекомендации по кормлению новорожденных, другие медицинские работники занимаются вакцинацией.

Профилактических сестер начали готовить в университетах с 1975 г. Подобный курс читается на факультетах медико-санитарных дисциплин венгерских университетов и длится 8 семестров. В этом случае базовой задачей университета является подготовить профилактическую сестру, которая будет оказывать эффективную и безопасную медицинскую помощь; выявлять и оценивать у будущего ребенка, новорожденного, младенца и ребенка имеющиеся проблемы со здоровьем; планировать и реализовывать проверенные и доказанные меры для их решения.

Рабочее место профилактической сестры находится на территории офиса педиатра общего профиля, семейного доктора, школы, больницы или другого медицинского учреждения, которое занято в сфере исследования, надзора и укрепления здоровья или других областях. В частном секторе профилактические медсестры работают в фармацевтической отрасли, консультациях или агентствах международной помощи.

Беременные женщины и дети в Европе имеют право на профилактическое здравоохранение в исполнении парамедиков с высшим образованием. С сентября 2015 г. мы открываем специальный курс на английском языке для иностранцев. Квалификация: бакалавр наук в области профилактического медсестринства.

(Заявление можно подать, перейдя по ссылке: <http://www.studyhungary.hu/>, или посетив официальный веб-сайт Университета Земмельвайса)

НОВЫЕ МЕТОДЫ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ЕВРОПЕ

Йохан Эрих, Роберт Вайхсельбраун, профессор Отто Мелс, профессор Массимо Петоелло-Мантовани

Город Эдэрхоф в Австрийских Альпах является национальным и международным экспертно-консультационным центром салютогенеза для подростков, прошедших через трансплантацию органов, и лиц, осуществляющих уход за ними.

Краткая информация. Европейская педиатрическая ассоциация уже более 10 лет проводит оценку того, как системы здравоохранения и различные политические реформы, принятые в разных европейских странах, справляются с трудностями недавних изменений в области детского здоровья и спектром новых заболеваний. Предыдущие исследования ЕПА указывали существенные различия в системах здравоохранения 53 европей-

ских стран. Были выявлены ненужные вариации в сфере на разных уровнях педиатрической помощи в Европе, которые приводят к недопустимым темпам смертности в некоторых странах.

Таким образом, текущий рабочий план ЕПА состоит в том, чтобы выявить конкретные недостатки систем здравоохранения, начиная от оказания первой помощи и заканчивая реабилитационной терапией, для того чтобы стимулировать обучение за границей; трансграничную медицину и здравоохранение; практическую реализацию системы здравоохранения, учитывающую индивидуальность ребенка; развитие культуры и структуры улучшения здравоохранения. Этот краткий отчет содержит исследо-

вание на тему реабилитационной терапии подростков и молодых людей, которые прошли через трансплантацию органов, в германоязычных странах.

Укрепление детского здоровья может осуществляться различными способами, которые включают в себя обеспечение реальных возможностей и условий для здоровья; здравоохранение, учитывающее индивидуальность ребенка; первоклассную медицинскую помощь, которая способствует повышению медицинской грамотности. Финансовый кризис в Европе породил новые слоган «Лучшее здравоохранение за меньшую стоимость», который сам по себе звучит парадоксально.

Однако, кризис также выступил и своего рода стимулом для поиска новых возможностей в сфере улучшения здравоохранения, таких как модель наблюдения и терапии на протяжении всей жизни пациента. Подобные модели строятся на том, что адекватная профилактика и врачебное вмешательство в детском возрасте позволяют избежать многих болезней и осложнений во взрослом периоде. Концепция «корни—причина—эффект—результат» ставит детей в центр деятельности по улучшению борьбы с хроническими заболеваниями, так как большинство болезней выявляются и адекватно лечатся еще на раннем этапе.

Дети с необратимой недостаточностью органов вынуждены проходить заместительную терапию, такую как трансплантация органов. Трансплантация может служить причиной нового заболевания, которое начнет развиваться в уже более зрелом возрасте. Доказанным как для детей, так и для взрослых является тот факт, что хроническая недостаточность и пересадка органов сопряжена с многочисленными сопутствующими заболеваниями, которые влияют на сердечно-сосудистую, легочную и почечную функцию и в том числе могут носить злокачественный характер. Очевидно, что пациентам, которые перенесли органную недостаточность в детском возрасте, потребуется максимальный срок лечения изначально под надзором детских, а затем и взрослых специалистов. Более того, сопутствующие заболевания, которые развились еще в детском возрасте, могут проявиться позже, уже во взрослом периоде. Хроническая недостаточность и пересадка органов сопровождаются также нарушениями слуха, зрения, мозговой деятельности, структуры костной ткани и двигательного аппарата примерно у 1/3 детей. Физиологические нарушения и психические расстройства влияют на школьное обучение, профессиональную подготовку, постоянное образование, трудоустройство, социальную интеграцию и семейную жизнь.

Собственное исследование реабилитации 617 европейских взрослых в возрасте от 21 до 35 лет, которые перенесли пересадку почки в детском возрасте, показало, что 44% участников являются безработными. Основными факторами, обусловившими отсутствие постоянного места трудоустройства, были различные физиологические расстройства, недостаток образования, метод последующей терапии, базовые первичные заболевания и географический фактор. Таким образом, дети, прошедшие через трансплантацию, нуждаются в реабилитации не только в острой и постострой фазах, но также и в долгосрочном обеспечении реальных возможностей и условий для здоровья путем санитарного просвещения, интенсивного общения с лицами, осуществляющими уход, и участия в процессе принятия решений в целях снижения дальнейших затрат, возникающих в связи с осложнениями, которые легко можно предотвратить.

ЕРА и реабилитационный центр в Эдерхофе. Концепция. Эдерхоф — это некоммерческая реабилитацион-

ная клиника, финансируемая страховыми организациями Германии и Австрии за счет пожертвований и на средства некоммерческого Общества по вопросам диализа и почечной трансплантации. Задачей Эдерхофа является не только поддержка молодых пациентов до и после серьезных операций по пересадке органов, но и их семей с целью помочь им адаптироваться к новой жизни, полной постоянных трудностей и испытаний. Многие пациенты страдают от генетических аномалий, которые часто влияют не только на один конкретный орган, но и другие системы организма, включая развитие мозга, как уже было сказано выше. Несмотря на трансплантацию, пациенты продолжают страдать от хронических заболеваний.

Юные пациенты проходят реабилитацию в клинике вместе со своими семьями в полном составе. Не только сам пациент, но и его перегруженные и нервные родители, равно как и «забытые» всеми братья и сестры, нуждаются в поддержке, которая оказывается посредством многопрофильных мероприятий, включая психосоциальную помощь и комплексный уход (здоровое питание, санитарное просвещение и т.д.). Подростки и молодые люди проходят реабилитацию сами, без членов семьи. Задачами терапии являются улучшение физической формы, развитие уверенности в себе и социальная адаптация. Семьи и подростки учатся друг у друга (эффект группы ровесников).

Авторы данной статьи (М. Петоелло-Мантовани, О. Мелс, Р. Вайхсельбраун) на протяжении 3 недель работали с 31 подростком в возрасте 13–20 лет, которые перенесли трансплантацию органов, в реабилитационном центре Эдерхоф, который расположен на высоте 1000 м в живописном регионе Лиенце Доломитен в Австрии. Большинство пациентов перенесли трансплантацию более двух лет назад (срок разнится от 4 мес до 11 лет). Задачей педиатров было обеспечить пациентам салютогенез и реальные условия и возможности для здоровья во время их трехнедельного пребывания в клинике с полным обслуживанием 24 ч в сутки. В выполнении этой задачи педиатрам помогала опытная команда медсестер, физиологов, диетологов, физиотерапевтов и преподавателей.

Двое членов совета ЕРА пожелали изучить вопрос, может ли Европейское сообщество педиатров почерпнуть что-нибудь из практики Эдерхофа и таким образом облегчить Ассоциации процесс разработки критериев для международных экспертно-консультационных центров детской реабилитации после долгосрочных проблем со здоровьем, таких как пересадка органов.

Концепция здравоохранения, учитывающего индивидуальность ребенка, выработанная Советом Европы, применялась на протяжении всего реабилитационного курса, и особый акцент был сделан на обучение детей «защите, профилактике, обеспечению и участию». Особая обучающая программа была посвящена информации о самопомощи и санитарной компетенции. Оценка и мониторинг успешности реабилитационных мероприятий включали в себя медицинские, физиологические, педагогические, социальные и диетологические аспекты состояния пациента.

Выводы. В конце своего пребывания в клинике члены совета ЕРА пришли к заключению, что Эдерхоф удовлетворяет критериям экспертно-консультационного центра детской реабилитации после долгосрочных проблем со здоровьем, таких как пересадка почки, печени, легкого и сердца. На данный момент Эдерхоф принимает пациентов из германоязычных стран, однако существует вероятность того, что со временем Эдерхоф трансформируется в международный экспертно-консультационный

центр реабилитации детей после пересадки органов со всей Европы.

Одним из ключевых впечатлений, которые почерпнули для себя педиатры, стало «круглосуточное обслуживание», которое предлагает новые пути взаимодействия с пациентом. По сути, в центре были разработаны новые «датчики самочувствия» пациентов. Эксперты центра пришли к выводу, что им необходимо узнать о своих

пациентах больше, чем они смогли бы, наблюдая за ними только во время стационарного или амбулаторного больничного лечения. Когда пациентам задали вопрос, как они себя чувствуют, половина ответила: «Мы здоровы и чувствуем себя хорошо», другая возразила: «Нет, нам плохо, и мы хронически больны». Педиатры пришли к выводу: «Это жизнь, но только мы, педиатры, не всегда знаем ее до конца».

ОРГАНИЗАЦИЯ SWEET — ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДОЛЖНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ И ИНФРАСТРУКТУРЫ ДЛЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ ДИАБЕТОМ

SWEET — это акроним (улучшенный контроль диабета у детей и подростков: работа над созданием справочных центров), а сама организация представляет собой партнерство установившихся национальных и европейских диабетических организаций (www.sweet-project.eu), возглавляемых Международным обществом детского и юношеского диабета (ISPAD) при ценном вкладе таких организаций, как IDF Europe, FEND и PCDE. Прошедшие экспертную проверку Справочные (COR) и Центры сотрудничества (CC) с непрерывно обновляемой базой электронной документации как минимум 150 педиатрических пациентов с диабетом, обработанной многопрофильной командой на базе Клинических практических рекомендаций ISPAD, были созданы в 18 странах. Несмотря на то, что данные клиники не являются репрезентативными для всех стран, получение тем или иным учреждением статуса COR или CC подразумевает наличие типового набора целей и рабочих принципов, а также признание достаточного опыта в качестве терапевтического и образовательного центра.

Соответствующая интернет-платформа SWEET на данный момент обеспечивает возможность подключения к единой базе данных 26 педиатрических диабетических центров в 21 стране Европы. Совокупные данные деидентифицируются и экспортируются для горизонтального анализа медицинской и экономической информации. На данный момент база данных насчитывает более 173800 визитов пациентов. При этом количество пациентов продолжает непрерывно расти: если в 2006 г. реестр насчитывал 1201 пациентов, то сейчас в нем числится 16174 человека. В базе содержатся задокументированные данные по 15453 подросткам с диабетом 1-го типа, 210 с диабетом 2-го типа и 511 с прочими формами диабета. Средний возраст пациента — 13,32 года, а длительность заболевания — 4,48 лет. Средний показатель HbA1c составляет 7,8%. Количество корректных показателей HbA1c в базе данных выросло с 4377 (среднее значение HbA1c 7,5%) в 2006 до 24791 (7,9%) в 2013 г.

Непрерывный сбор эталонных данных мотивирует центры улучшать процесс накопления и пропускать полученные данные через циклы контроля качества с целью обмена опытом и оптимизации терапии при диабете. Посредством своей сети центры COR и CC стремятся обрести политическое влияние на национальном и международном уровне

и облегчить процесс распространения новых подходов и техник. SWEET надеется и в дальнейшем увеличивать количество своих центров, действующих в различных странах — как в Европе, так и за ее пределами.

Центры SWEET о своем опыте Швеция

Педиатрическая диабетическая клиника, Детская больница имени Королевы Сильвии, Университетская больница Сальгрэнска (Гетеборг), Шведский педиатрический диабетический центр имени Джун Форсандер при Детской больнице имени Королевы Сильвии, Университетская больница Сальгрэнска в Гетеборге оказывают помощь более 500 детям и подросткам, страдающим от диабета. Клиника принимает всех пациентов в возрасте 0–18 лет. У 97% пациентов был диагностирован диабет 1-го типа, у 3% — 2-го типа, моногенный, неонатальный и вторичный диабет. Все новые пациенты проходят анализ на HLA и специфические для диабета антитела с целью убедиться, что диагноз поставлен верно, а лечение подобрано корректно. Около 60% пациентов используют инсулиновые помпы. Для пациентов проводится либо непрерывный мониторинг глюкозы, либо подключение напрямую к помпе/отдельной системе. Среднее значение индекса HbA1c у пациентов клиники, которые принимают дозу > 0,5 ед. инсулина/день, составил 57,3 моль/моль в ноябре 2014 г., согласно ежедневно обновляемому Шведскому педиатрическому диабетическому реестру, размещенному в сети Интернет (SWEDIABKIDS). Диабетическая команда (4 детских диабетолога, 4 специализированные диабетические медсестры, 2 диетолога, 1 физиолог, 3 социальных работника) работает в соответствии с рекомендациями ISPAD, SWEET и Шведской национальной педиатрической диабетической ассоциации. Исследовательская деятельность клиники находится на высоком уровне, ею было опубликовано 15 научных публикаций за последние несколько лет. Члены команды отвечают за проведение национальных диабетических курсов, национальные педиатрические курсы и разработку национальных рекомендаций.

Будучи частью исследования SWEET с 2008 г. и получив статус Справочного центра SWEET с 2011 г., наша клиника немало выиграла от наличия разветвленной

сети по всей Европе. Регулярные собрания, разработка рекомендаций SWEET и обсуждение различий в терапевтических традициях и методах в разных странах стимулируют нашу деятельность и способствуют дальнейшей работе по улучшению педиатрической помощи диабетикам как на региональном, так и национальном уровне. Возможность сравнивать свою клинику с эталонными данными различных центров SWEET также широко приветствуется главой больницы, который всегда готов оказать поддержку новым терапевтическим тенденциям.

Венгрия

*Лазло Мадази, Педиатрическое отделение,
Университет Земмельвайса (Будапешт)*

Педиатрическое отделение Университета Земмельвайса является дочерней организацией Университета, некоммерческим институтом, который оказывает медицинскую помощь более чем 600 пациентам. Центр имеет 14 стационарных койко-мест для детей, страдающих сахарным диабетом и эндокринными заболеваниями. В него также входит амбулаторная клиника, которая занимается санитарным просвещением пациентов. За прошлый год клинику посетили 2500 пациентов. Сотрудники Центра являются многопрофильными специалистами, штат состоит из четырех детских диабетологов, одного детского эндокринолога, одного педиатра-ординатора, одного детского психолога, двух специализированных диабетических медсестер/педагогов, одного диетолога и одного социального работника.

Первое педиатрическое отделение Университета Земмельвайса было основано в 1839 г. одновременно с основанием Больницы для бедных детей Августом Шопф-Мереем. С середины XX века на базе отделения был создан региональный и общенациональный Центр для детей и подростков, больных диабетом, под руководством профессора Лайоша Барта, который в 1961 г. написал и опубликовал первый в Венгрии медицинский учебник по детскому диабету. После политических изменений, которые сотрясли Восточную и Центральную Европу, в январе 1991 г. в Добоگو участниками Центра был организован самый первый последипломный курс ISPAD (ISGD) по ту сторону «железного занавеса» под руководством профессора Бруно Вебера (президент ISPAD). За последние 25 лет между участниками центра и несколькими знаменитыми иностранными педиатрическими клиниками, такими как Хельсинкская детская больница, Свободный университет Берлина, Ганноверская детская и юношеская больница и Каролинский институт в Стокгольме, развилось активное сотрудничество в сфере научных исследований. В течение последних 10 лет Центр выпускал в среднем по 7 научных работ в год. Представитель Центра имел возможность принять участие в качестве активного члена Группы в реализации европейского проекта SWEET (2008–2010).

В 2011 г. Центр, выполнив все критерии и требования для центров сотрудничества SWEET, наконец, прошел аттестацию.

Польза, которую клиника получает от участия в сети SWEET, заключается в доступе к стандартизованным программам просвещения пациентов и педиатрическим учебным программам для обучения молодых педиатров, которые интересуются диабетом и эндокринологией. Возможность поучаствовать в международных исследовательских проектах также, несомненно, является огромным преимуществом. Мы очень надеемся, что в ближайшем будущем развивающаяся сеть SWEET повысит

качество медицинской помощи детям и подросткам, страдающим от диабета, а также позволит проводить эффективную профилактику долгосрочных диабетических осложнений по всей Европе и за ее пределами.

Италия

*Валентино Черубини, Люсия Феррито, Региональный
центр детского и подросткового диабета,
Регион Марке (Анкона, Восточное побережье,
Центральная Италия)*

Региональный центр детского и подросткового диабета при Больнице Салеси — это сложное структурное подразделение в составе Отделения здоровья женщины и ребенка.

Больница включает в себя много педиатрических подразделений, таких как хирургическое, реанимационное, психоневрологическое, онкологическое, кардиологическое и нефрологическое. Штат Центра состоит из 2 докторов, работающих полный рабочий день, 1 студента-медика, 2 медсестер, 1 диетолога и 1 физиолога. Центр непрерывно обслуживает около 300 пациентов младше 18 лет и более 150 пациентов, которые приходят на разовую консультацию. Мы с гордостью сообщаем, что в нашем Центре наблюдаются крайне низкий процент острых осложнений и хороший средний показатель метаболического контроля (среднее значение HbA1c 7,53%) с достижением целевого значения HbA1c более чем у 45% пациентов. На сегодняшний день более 1/3 наших пациентов используют инсулиновые помпы, а 10% — датчики глюкозы. Сфера нашей деятельности включает лечение госпитализированных пациентов в критическом состоянии, просветительскую деятельность по теме диабета, организацию как минимум трех туристических походов в год, проведение встреч в школах для упрощения повторной госпитализации ребенка после постановки диагноза. Еще одной важной составляющей, которая входит в наши интересы, являются клинические исследования. Региональный сервер хранит электронные истории болезни юных и взрослых пациентов-диабетиков и позволяет делиться информацией с другими центрами, что также упрощает процесс перевода пациента в центр для взрослых. Мы управляем региональным реестром детских диабетических заболеваний и на национальном уровне координируем работу Реестра сахарных диабетов 1-го типа в Италии (основан в 1997 г.). Сеть SWEET предоставляет возможность лучше проанализировать текущее состояние медицинской помощи, которая оказывается в нашем Центре пациентам, страдающим от диабета, и сравнить ее с другими центрами ЕС. Мы получаем важную информацию о преимуществах и недостатках терапии, потенциальных предвестниках успешного исхода лечения и показателях качества жизни. Поскольку наш Центр входит в сеть, мы пытаемся оптимизировать оказание медицинской помощи больным с диабетом и добиться максимального процесса положительных исходов, расширяя программы общего санитарного просвещения по теме диабета, отработывая свои навыки, работая с поведенческими аспектами и аспектами самопомощи. Мы также сконцентрированы на многофункциональном подходе, электронных реестрах пациентов и участии как в клинических, так и общих научных исследованиях в сфере здравоохранения. Мы действительно полагаем, что сеть SWEET играет ключевую роль в непрерывном улучшении качества медицинской помощи, оказываемой больным с диабетом, и мы гордимся тем, что являемся ее членом.

11-Й ХОРВАТСКИЙ КОНГРЕСС

Мария Радонич, президент Местного организационного комитета
Юлия Местрович, президент Научного комитета

11-й конгресс Хорватского педиатрического общества с участием иностранных организаций и 10-й конгресс Педиатрического общества Ассоциации хорватского медсестринского персонала, организованные Хорватским педиатрическим обществом, Педиатрическим обществом Ассоциации хорватского медсестринского персонала и Общей больницей Дубровника, прошли 16–19 октября 2014 г. (в Дубровнике).

На открытии Конгресса выступил мэр Дубровника доктор Андро Влахушич.

В ходе торжественной части Конгресса авторы трех наиболее успешных научных трудов представили свои работы, двое молодых педиатров — свои статьи, опубликованные в научных журналах.

Пленарные лекции провели выдающиеся приглашенные докладчики: профессор Лейла Намазова-Баранова, президент ЕРА, с лекцией на тему «Реализация конвенции ООН о правах ребенка: как педиатры могут поддерживать инициативу ЕРА/UNEPSA»; профессор Йохан Эрих, казначей ЕРА, с лекцией на тему «Детское здравоохранение в Европе: Можем ли мы учиться через границы?»

и профессор Георг Ф. Хоффманн, председатель (факультет педиатрии, Гейдельбергский университет), с лекцией на тему «Рост и развитие — долгосрочная медицинская помощь пациентам, страдающим хроническими заболеваниями». На участие в лекциях зарегистрировалось более 600 человек из Хорватии и соседних стран.

Специалисты узкого профиля также провели свои лекции, на которых представили основные алгоритмы по тем или иным темам. 20 презентаций было отобрано для устного выступления, в то время как остальные 150 были вывешены на стендах.

Для медсестер прошли отдельные сессии, где было представлено 7 устных и стендовых докладов.

Главной задачей Конгресса являлась многопрофильная работа, в том числе организация единства первичного, вторичного и третичного уровня педиатрической помощи, а также международное сотрудничество.

Мы рады принимать у себя наших зарубежных, а также коллег из Хорватии, хотели бы поблагодарить их за посещение нашего мероприятия и их вклад в успех Конгресса.

МЕЖДУНАРОДНЫЙ СОЦИАЛЬНО-ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ КОНГРЕСС В КЛУЖ-НАПОКА (Румыния), 2014 г.

Тюдор Л., профессор педиатрии, доктор медицины, доктор наук, Генеральный секретарь Румынского социально-педиатрического общества

В подтверждение профессиональных и культурных связей между Румынией и Западной Европой в мае 2014 г. в городе Клуж-Напока во время 9-го Румынского социально-педиатрического конгресса Румынское общество социальной педиатрии (президент — профессор Никола Миу) и Международная социально-педиатрическая ассоциация (AssIPS; президент — д-р Мишель Бланк-Пардиггон) собрались, чтобы обсудить проблемы боли (от физической до психологических страданий) у детей.

Не так давно боль рассматривалась как естественный симптом у детей, который временами имеет ценное значение для постановки диагноза и оценки развития болезни. Облегчить физическую боль необходимо для лучшего понимания детской специфики. За последние 30 лет медицинское знание о боли существенно расширилось. На сегодняшний день в распоряжении врачей имеются большие возможности для оценки, лечения и облегчения детских болей.

Личные характеристики (образование, культура, внимание и эмоции), причины и обстоятельства возникновения боли только усугубляют вызванный болевым синдромом стресс у ребенка. Борьба со всеми формами детских болей, будь то острые или хронические, должна учитывать этические и гуманистические аспекты. Если о назначении отдельной полноценной команды медиков для борьбы с детскими болями не может быть и речи, то необходимо сосредоточить внимание на таких немаловажных деталях, как обмен знаниями, понятная речь, профессиональный подход и последовательное общение. Управление болью вменяется в обязанности всем и каждому: от врача до медсестры, от физиолога до родителей ребенка.

Собрание выдвинуло два типа подхода:

- развитие знания, необходимого для лучшего понимания феномена боли (специфика, идентификация, понимание, облегчение и проявление боли у детей);

- отражение персональной практики и оказание помощи ребенку (медицинская команда описывает свой опыт, достижения и недостатки, которые необходимо исправить).

Программа встречи позволила профессиональным врачам всех педиатрических специальностей и родителям лучше понять суть боли и учитывать все аспекты детского мироощущения, связанные с распознаванием, пониманием и реакциями на боль.

Докладчики из Румынии, Франции, Бельгии и Швейцарии представили и доказали свои теоретические и практические взгляды и клинический опыт в диагностике и управлении болью. Задачей данной встречи стало создание схемы управления болью, которая является не только фармацевтической и медицинской проблемой, а предметом работы всей команды. Качество выступлений показало, что задача собрания была выполнена в дружной атмосфере сотрудничества.

2-Й КОНГРЕСС ПЕДИАТРОВ СЕРБИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ Белград, 5–8 октября 2014 г.

Радован Богданович, профессор, доктор медицины, президент Педиатрической ассоциации Сербии

Конгресс был проведен в здании отеля Краун Плаза. В нем приняли участие 485 зарегистрированных делегатов: врачи-педиатры и врачи-терапевты. Из них 426 участников были из Сербии, 37 — из Черногории, 13 — из Республики Сербской, 2 представляли Федерацию Боснии и Герцеговины, 2 — Республику Македония, а также гости из России, Норвегии, Германии, Турции и Хорватии.

На заседании Конгресса выступили 4 приглашенных докладчика (из России, Германии, Норвегии и Турции), в том числе президент Европейской педиатрической ассоциации (EPA/UNEPSA) профессор Лейла Намазова-Баранова (Россия) и президент Европейской педиатрической академии профессор Том Стирис (Норвегия).

На Конгрессе были подняты следующие темы:

- здоровье детей и молодежи в Сербии;
- питание и пищевые расстройства;
- вакцинация и возможные осложнения;
- подростковый период как специфический возраст ребенка;
- развитие и расстройства у новорожденных и детей;
- неонатология;
- фармакотерапия в педиатрии/инфекции у детей;
- прочие.

Каждая тема начиналась со вступительной лекции, затем шли устные и стендовые презентации с обсуждением. В общей сложности проведена 21 лекция, представлено 53 устных и 76 стендовых презентаций. Материалы были опубликованы в электронном формате в Книге выдержек, которая зарегистрирована в Национальной библиотеке Сербии. По предложению модераторов и председателей авторы лучших устных и стендовых презентаций были награждены.

Благодаря поддержке телерадиовещания Сербии Конгресс был хорошо освещен в средствах массовой информации. В последний день работы съезда национальное новостное агентство Сербии «Танюг» передало главный посыл Конгресса через различные электронные и печатные средства.

Статьи о мероприятии были опубликованы в ведущих ежедневных газетах.

Научный и Организационный комитет конгресса и Руководство Ассоциации утвердили следующий вариант статьи.

Выводы 2-го Конгресса педиатров Сербии

- Неблагоприятные демографические тенденции, одной из которых является снижаемое число новорожденных, являются наиболее важной проблемой для педиатрии и педиатров, и имели место в Сербии на протяжении длительного времени, проявившись в 1992 г. явным вымиранием населения. Этот феномен представляет собой непосредственную угрозу выживанию нации и в то же время является ключевым фактором, обуславливающим туманное будущее и непонятный статус педиатров и педиатрии. Педиатры Сербии призывают государственные власти поднять в первую очередь вопрос устойчивого восстановления сербской популяции в списке наиболее приоритетных задач государства.
- Количество педиатров в Сербии, особенно работающих в сфере оказания первичной медицинской помощи, неуклонно снижается, притом с неблагоприятной возрастной структурой, что на сегодняшний день уже угрожает реализации системы детского и подросткового здравоохранения, а также педиатрических моделей, где врачи-педиатры оказывают детям первичную медицинскую помощь, особенно пациентам младше 7 лет. Педиатры Сербии настаивают на сохранении прежней педиатрической модели здравоохранения для детей и подростков, т.е. на возвращении должности педиатра в качестве выбираемого врача, и срочном принятии мер, необходимых для обеспечения достаточного количества педиатров для оказания опциональной медицинской помощи этой части населения.
- Несмотря на очевидное стабильное улучшение показателей состояния здоровья и системы здравоохранения, существует вероятность того, что задачи, прописанные в Национальных целях развития, не будут вовремя выполнены (намеченное снижение темпов смертности детей в возрасте до 5 лет, младенцев и новорожденных, ожидаемые профилактические прививки и кормление исключительно грудью вплоть до 6 мес). Педиатры Сербии настаивают на оперативном достижении указанных целей и предлагают:
 - а) немедленно ввести Национальные стандарты индивидуального здравоохранения для удовлетворения потребностей матерей и их детей;

- б) принять и ввести Стандарты региональной системы неонатального здравоохранения в Сербии;
- в) модернизировать и расширить программу обязательной вакцинации от инфекционных заболеваний, а также принять меры с целью расширения покрытия вакцинацией и подавления любых форм акций против вакцинации.
- Национальная программа охраны здоровья женщин, детей и молодежи (2009) предоставила хорошую площадку для непрерывного оказания современной и комплексной медицинской помощи. Однако, подход, использующий педиатрическую модель, где первичный педиатр является опциональным врачом и получает фиксированную плату за каждого пациента, ставит под угрозу функционирование и даже само существование консультационных служб раннего детского развития и юношеского здоровья. Педиатры Сербии настоятельно просят обеспечить четкое соответствие и создать условия для реализации всех мероприятий и мер, нацеленных на дости-

жение целей Национальной программы охраны здоровья женщин, детей и молодежи. Особенно они настаивают на продвижении консультационных служб раннего детского развития и юношеского здоровья.

- В сфере стационарного здравоохранения сербские педиатры по-прежнему твердо придерживаются взглядов, согласно которым дети и молодые люди не должны терпеть дискриминацию в отношении их права на медицинскую помощь по лучшим возможным стандартам в сфере личного состава, оборудования и помещений, гарантированного Конвенцией о правах ребенка.
- Во времена кризиса и ограниченных ресурсов педиатры Сербии настаивают на рациональном использовании имеющихся ресурсов. Одной из задач является разработка протокола (методических рекомендаций) лечения значительного количества болезней и заболеваний, в первую очередь тех, на которые приходится больший процент в структуре смертности.

ВОЗМОЖНОСТИ ЭЛЕКТРОННОГО ОБУЧЕНИЯ ESPGHAN

Тюдор Л., профессор педиатрии, доктор медицины, доктор наук, ответственный редактор электронного обучения ESPGHAN

Электронное обучение является одним из перспективных инструментов в сфере медицинского образования. Он удобен: позволяет в любое время получить доступ к учебным материалам, а также двигаться по программе в индивидуальном темпе, комфортном для ученика; включает в себя много учебных стилей и расширяет учебный процесс посредством использования мультимедийных и интерактивных средств.

Начиная с 2012 г., Европейское общество педиатрической гастроэнтерологии, гепатологии и питания (ESPGHAN) запустило свою собственную образовательную электронную программу в сотрудничестве с UEG (составитель — профессор Альфредо Гуарино, Неаполь, Италия).

Инициативы, посвященные педиатрам общего профиля

На 7-м Европейском конгрессе педиатров Euro paediatrics, который состоится в 2015 г. во Флоренции, пройдут два сеанса электронного обучения по программе ESPGHAN. Во время каждой из сессий будут предложены методические рекомендации ESPGHAN для лечения острых гастроэнтеритов и колик. Соответственно, речь пойдет и о самой болезни. Сеансы будут интерактивными, и ответная реакция участников будет зафиксирована. Мы приглашаем вас принять участие в этих сеансах и тем самым помочь нам в разработке программ электронного обучения.

(Для бесплатного доступа к онлайн-контенту войдите или зарегистрируйтесь на сайте [myUEG](http://myueg.eu) по ссылке: <https://www.ueg.eu/myueg/myueg/>).

III КОНФЕРЕНЦИЯ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГОВ И СУРДОЛОГОВ ФМБА РОССИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

22–26 июня 2015 г., Санкт-Петербург

Организаторы:

- Министерство здравоохранения Российской Федерации
- Федеральное медико-биологическое агентство
- Клиническая больница № 122 им. Л.Г. Соколова ФМБА России
- Сибирский центр ФМБА России

Научная программа:

- 22 июня 2015 г. — Клиническая больница № 122 им. Л.Г. Соколова ФМБА России, г. Санкт-Петербург, пр. Культуры, 4. Вход свободный.
- 22–26 июня 2015 г. — теплоход «Виссарион Белинский». Маршрут: Санкт-Петербург–Валаам–Кизи–Мандроги–Санкт-Петербург.

- 23 июня 2015 г. Мастер-класс по хирургии уха с диссекцией височной кости. Профессор С.Я. Косяков (г. Москва)
- 24 июня 2015 г. Мастер-класс по рино-хирургии с отработкой практических навыков на муляжах. Профессор М. Онерчи (г. Анкара, Турция)
- 25 июня 2015 г. Семинар по лечению храпа и синдрома обструктивного апноэ сна. Профессор Р.В. Бузунов (г. Москва), к.м.н. В.М. Авербух (г. Москва)

Информация по конференции:

Добрецов Константин Григорьевич
тел.: 8-913-507-01-41
www.siblor.ru
e-mail: lor_conf_fmba@mail.ru

Информация по бронированию на теплоходе:

Овчинников Андрей Валентинович
тел.: 8 (812) 543-24-11, 8-911-938-09-29
e-mail: uevz@mail.ru