

XVII Сидельниковские чтения: в фокусе внимания — актуальные вопросы педиатрии

23-25 сентября в г. Днепропетровске состоялась XVII Всеукраинская научно-практическая конференция «Актуальные вопросы педиатрии», посвященная памяти выдающегося ученого-педиатра, члена-корреспондента НАН, АМН Украины, РАМН, профессора Виктора Михайловича Сидельникова и хорошо известная всем отечественным педиатрам как «Сидельниковские чтения».

В этом году участие в мероприятии приняли более 500 педиатров и семейных врачей. В целом за 3 дня работы конференции вниманию участников было представлено более 90 докладов, посвященных важнейшим вопросам клинической педиатрии, организации медицинской помощи детскому населению и медицинского образования. Так, были подробно освещены вопросы организации первичной медицинской помощи детям, иммунопрофилактики, антибиотикорезистентности, диагностики, лечения и профилактики распространенных болезней детского возраста. Рассмотрены современные аспекты отдельных направлений клинической педиатрии, таких как детская кардиоревматология, гастроэнтерология, пульмонология, аллергология, инфектология и др.

В работе тематических симпозиумов приняли участие ведущие отечественные эксперты в области не только педиатрии, но и клинической фармакологии, инфекционных болезней, оториноларингологии.



Открыл работу конференции заведующий кафедрой педиатрии № 2 Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца (г. Киев), член-корреспондент НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Александр Петрович Волосовец. В своем выступлении он остановился на актуальных вопросах первичной медико-санитарной

помощи детям и подготовки врачей в Украине.

— Сегодня медицинское сообщество во всем мире обеспокоено несколькими глобальными тенденциями: старением населения, урбанизацией, эпидемией неинфекционных заболеваний, повышением распространенности нездорового образа жизни, а также ростом антибиотикорезистентности. Эти проблемы, безусловно, затрагивают и отечественное здравоохранение, которое наравне с другими государственными секторами требует быстрого и эффективного реформирования. Сегодня принята программа Кабинета Министров Украины «Украина-2020», ряд положений которой предусматривают стимулирование развития первичной медико-санитарной помощи. Пунктом 307 программы «Украина-2020» предусмотрены обеспечение врачей необходимым уровнем профессиональных знаний и опыта, а также создание прозрачных механизмов финансовой мотивации. Для укрепления и развития первичного звена медико-санитарной помощи осуществляется непрерывная подготовка кадров. В этом году в центрах первичной медико-санитарной помощи приступили к работе 1274 молодых специалиста, из них 340 — в сельских амбулаториях. Ведется непрерывное обучение с целью повышения квалификации уже работающих медицинских работников.

На IV Съезде семейных врачей (11-12 июня, г. Полтава) были подняты вопросы стандартизации и нормативно-правового обеспечения семейной медицины, развития системы здравоохранения в аспектах организации и финансирования первичной медико-санитарной помощи. Безусловно, еще много нерешенных проблем. Так, кадровая обеспеченность лечебных учреждений остается недостаточной. Вакантных должностей врачей разных специальностей более 20 тыс., медицинских сестер — свыше 21 тыс. Отмечается нехватка кадров во многих областях медицины: в семейной медицине, педиатрии, фтизиатрии и др. Что касается обеспеченности врачами-педиатрами, то дефицит специалистов составил 905 штатных единиц. Полностью укомплектованы врачами-педиатрами только Львовская и Ивано-Франковская области. Мне приятно отметить, что педиатрия становится популярной специальностью среди абитуриентов: с 2010 по 2014 год количество кадров педиатрического профиля, подготовленных медицинскими университетами и академиями, возросло на 45%.

Сегодня украинскому медицинскому сообществу следует стремиться к обеспечению эффективной и квалифицированной первичной медицинской помощи, своевременному направлению на вторичный уровень

оказания помощи. В наших силах обеспечить адекватное и эффективное сотрудничество между педиатром и семейным врачом. Приоритетными задачами являются: подготовка семейных врачей с целью доукомплектования первичного звена оказания медицинской помощи, внедрение современных стандартов и разработок в клиническую практику, борьба с антибиотикорезистентностью путем рационального применения антибактериальных средств, обеспечение иммунопрофилактики детского населения.



Заведующий кафедрой педиатрии № 4 НМУ имени А.А. Богомольца, академик НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Виталий Григорьевич Майданик в своем докладе коснулся современных стандартов антибиотикотерапии внебольничной пневмонии (ВП) у детей.

— Ежегодно ВП заболевают 151 млн детей во всем мире, и именно эта патология продолжает ежегодно уносить детские жизни. Причиной ВП могут выступать более 200 микроорганизмов, однако в 44-85% случаев определить возбудителя так и не удается. В структуре возбудителей ВП по-прежнему преобладает *Streptococcus pneumoniae* (49-70% случаев), второе место занимает *Haemophilus influenzae* (17-20%), реже встречаются *Mycoplasma pneumoniae* (8-10%), *Moraxella catarrhalis* (6-15%) и другие патогены (менее 10%). Характер возбудителя ВП напрямую зависит от возраста ребенка. Так, в возрасте от 0 до 3 нед лидирующие позиции занимают стрептококки группы В, *Escherichia coli*, *S. pneumoniae*, *H. influenzae*. У детей от 3 нед до 4 лет в развитии ВП преобладают вирусы гриппа, парагриппа, аденовирусы, респираторно-синцитиальный вирус. Среди бактерий — возбудителей ВП в этой возрастной группе лидируют *S. pneumoniae*, *H. influenzae*; встречаются *M. pneumoniae*, *Chlamydia trachomatis*. У детей старше 5 лет к развитию ВП чаще всего приводят *S. pneumoniae*, *M. pneumoniae*, *H. influenzae*, *Chlamydia pneumoniae*, вирусы гриппа, парагриппа, аденовирусы, *Legionella pneumoniae*.

Согласно действующим рекомендациям по лечению ВП в амбулаторных условиях ведение пациентов с вирус-ассоциированной пневмонией не требует назначения антибактериальных средств, при необходимости возможно использование противогриппозных препаратов. Стартовым антибиотиком для лечения бактериальной ВП является амоксициллин, но только у иммунизированных пациентов. Это крайне важный аспект для украинских педиатров, так как уровень вакцинации детей в Украине чрезвычайно низок. Для лечения ВП у неиммунизированных детей в качестве стартового препарата следует выбирать цефалоспорины III поколения или амоксициллин/клавуланат. При подозрении на атипичный характер возбудителя детям школьного возраста и подросткам назначают макролиды (кларитромицин, азитромицин).

Антибиотики пациентам с ВП, которые лечатся амбулаторно, следует назначать в пероральных лекарственных формах. Парентеральное введение оправданно у детей, которые не могут принимать таблетки или суспензии (например, из-за рвоты). На госпитальном этапе показано применение ступенчатой терапии.

С позиций вышеуказанных рекомендаций, а также учитывая низкий уровень иммунизации детей в Украине, оправданным представляется начинать антибиотикотерапию ВП с цефалоспоринов III поколения. На мой взгляд, оптимальным представителем данной группы является цефподоксим проксетил, который в высоких концентрациях накапливается в легочной ткани (70-80% от концентрации в плазме крови), слизистой оболочке бронхов, плевральной и воспалительной жидкостях (70-100%). Спектр противомикробной активности цефподоксима охватывает все ключевые респираторные патогены: *S. pneumoniae*, *S. pyogenes*, *S. aureus*, *H. influenzae*, *Klebsiella*. В клинической работе нашей кафедры цефподоксим проксетил зарекомендовал себя как высокоэффективный и безопасный препарат для стартовой антибиотикотерапии затяжного бронхита и нетяжелой ВП.



Заведующий кафедрой педиатрии № 1, неонатологии и биоэтики Одесского национального медицинского университета, член-корреспондент НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Николай Леонидович Ареьев поднял актуальную, но малоизученную тему обусловленных жестоким обращением психоневрологических и психоэмоциональных нарушений у детей.

— По определению Всемирной организации здравоохранения, жестокое обращение с детьми включает все виды физического и/или эмоционального жестокого обращения, сексуального насилия, пренебрежения, невнимания и эксплуатации в коммерческих либо иных целях, что приводит к нанесению реального или потенциального вреда здоровью, выживаемости, развитию или достоинству ребенка.

Формами жестокого обращения с детьми, согласно МКБ-10, являются: оставление без внимания (пренебрежение, заброшенность, запущенность — T74.0), физическая жестокость (T74.1), сексуальная жестокость (T74.2), психологическая жестокость (T74.3). Встречаются и более редкие формы, такие как синдром «тряски младенцев», синдром Мюнхгаузена. Синдром «тряски младенцев» характеризуется повреждением структур центральной нервной системы ребенка, когда родитель интенсивно трясет, шлепает, бросает ребенка по причине крайнего раздражения его плачем. У таких детей возможны субдуральные и субарахноидальные кровоизлияния, кровоизлияния в сетчатку глаза, отдаленные психоневрологические последствия. Синдром Мюнхгаузена ассоциирован с психоэмоциональным расстройством у родителей (чаще у матерей), при котором у ребенка придумывают или вызывают

болезни с целью обращения за медицинской помощью. Школьный буллинг (от англ. *bully* — хулиган, драчун, задира) является проявлением жестокого отношения к ребенку со стороны другого ребенка (чаще группы детей). Этот феномен часто освещается в СМИ, однако все еще привлекает недостаточное внимание педиатров с позиции отдаленных психоневрологических и психосоматических последствий.

На базе нашей кафедры было проведено исследование, предметом которого явилось изучение клинических параметров здоровья, психоневрологического и психоэмоционального статуса, а также когнитивных показателей у детей, подвергшихся жестокому обращению. Помимо этих целей, была поставлена задача оценить уровень знаний, собственный опыт жестокого обращения с детьми респондентов г. Одессы. Определяли также информированность учащихся о явлениях школьного буллинга в общеобразовательных учреждениях г. Одессы.

В анкетировании приняли участие 1024 взрослых респондента и 615 учащихся 5-11 классов (283 мальчика и 332 девочки). Клиническое обследование и психологическое тестирование прошли 120 детей — жертв психологической жестокости (68 девочек и 52 мальчика в возрасте 6-17 лет), которые составили основную группу. В контрольную группу вошли 100 детей без зафиксированных признаков жестокого обращения. Объем исследований в основной и контрольной группах не отличался.

По результатам анкетирования, высокий и средний уровень осведомленности о проблеме жестокого обращения с детьми продемонстрировали менее 60% респондентов. При этом у женщин осведомленность была выше, чем у мужчин. Сравнительная оценка личного опыта жестокого обращения также показала различия. Более 50% мужчин признавались в физическом насилии, менее 20% — в эмоциональном, в то время как среди женщин наблюдалась обратная ситуация. Уровень информированности о проблеме школьного буллинга был неудовлетворительным почти у 90% учащихся 5-9 классов, и только треть учеников 10-11 классов продемонстрировали удовлетворительную осведомленность об этой проблеме.

При сравнительном анализе клинических характеристик детей основной и контрольной групп было выявлено, что дети — жертвы психологической жестокости более чем в 2 раза чаще страдают атопическим дерматитом и бронхиальной астмой, эссенциальной гипертензией, синдромом раздраженного кишечника, хроническим тонзиллитом. Психовегетативный и астенический синдромы также чаще регистрировались среди детей основной группы. В этой группе отмечалась более высокая частота употребления алкоголя, токсических и психотропных веществ, никотиновой зависимости. Кроме того, в основной группе чаще (в ≥ 2 раза) в сравнении с контрольной отмечались низкие показатели скорости и точности когнитивных процессов, устойчивости и концентрации внимания, уровня памяти и восприятия. Это исследование подтверждает необходимость своевременного выявления жестокого обращения с детьми для предупреждения отдаленных медико-социальных последствий.



Продолжая тему медико-социальных проблем здоровья подрастающего поколения, **заведующая кафедрой подростковой медицины Харьковской медицинской академии последипломного образования, доктор медицинских наук, профессор Людмила Константиновна Пархоменко** охарактеризовала текущее состояние здоровья украинских подростков в контексте национальной безопасности страны.

— Социальную значимость здоровья детей и подростков трудно переоценить, так как этот контингент определяет репродуктивный, интеллектуальный, социально-экономический и культурный потенциал государства. В связи с этим подростковая медицина составляет отдельную нишу в педиатрии и терапии. Еще в 2012 г. по инициативе нашей кафедры было направлено предложение по внесению дополнений относительно должности подросткового терапевта в Приказ МЗ Украины № 646 от 05.10.2011 г. «Про затвердження нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я України щодо реалізації Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві». Учитывая тот факт, что подростковый терапевт является врачом и первичного, и вторичного звена, его место должно быть определено как на уровне первичной медико-санитарной помощи, так и в центрах медицинского консультирования, многопрофильных

больницах с консультативно-диагностическими подразделениями, а также в многопрофильных детских больницах в составе амбулаторного сектора.

Сегодня отмечается рост общей заболеваемости в популяции подростков. До 1999 г. показатели заболеваемости среди юношей превышали таковые среди девушек. С 1999 г. это соотношение изменилось: по сравнению с юношами особенно высока среди девушек заболеваемость болезнями мочеполовой системы, системы крови. За последние 30 лет у девушек в 2 раза возросла частота нарушений менструальной функции, в 5,7 раза — частота первичной аменореи. У одной и той же девушки с нарушением менструальной функции может одновременно выявляться 2-3 сопутствующих заболевания. Сегодня 75-86% девушек имеют соматическую патологию, 10-15% — гинекологические болезни, снижающие фертильность.

Состояние психоэмоционального здоровья подростков также вызывает опасения. Около 20% подростков периодически испытывают состояние депрессии. Вероятно, с этим фактором связано снижение возраста первого опыта употребления инъекционных наркотиков до 13-15 лет (ранее — 17-18 лет) с переходом к регулярному употреблению наркотических средств в 17 лет. В структуре смертности детей 15-17 лет от несчастных случаев, травм и отравлений первое место занимают дорожно-транспортные происшествия (35,5%), однако критично высокой является доля самоубийств (14,5%) и убийств (14%).



Ранний сексуальный опыт имеют уже 40% юношей и 18% девушек в возрасте 15 лет. Среди студентов I-II курсов (17-18 лет) сексуальный опыт имеют 96% юношей и 77% девушек. Эта тенденция отчасти способствует нарастанию темпов распространения ВИЧ-инфекции среди молодых людей. Так, заболеваемость ВИЧ-инфекцией сегодня составляет 35,3 случая на 100 тыс. детского населения. Количество новых случаев ВИЧ-инфекции среди подростков 15-18 лет выросло почти втрое, и в настоящее время указанный контингент составляет 32,3% от общего количества ВИЧ-положительных лиц. По сравнению с 2001 г. среди подростков 15-17 лет в 2,3 раза возросла заболеваемость урогенитальным микоплазмозом. Лидером среди урогенитальных инфекций остается трихомоноз: в 2014 г. заболеваемость составила 11,35 случая на 10 тыс. детского населения.

Проблема усугубляется еще и тем, что многие молодые люди недостаточно критично относятся к своему здоровью, часто отказываются от обследования и лечения, рискованно ведут себя за рулем автотранспортных средств, в школе, в сексуальных отношениях. Вместе с тем не все врачи сегодня владеют необходимыми знаниями о физиологии и патологии подросткового возраста. В связи с этим возникает потребность в специализированных медицинских службах, которые были бы дружественны к подросткам и чутко реагировали на их нужды.

При поддержке ВОЗ и Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ) сегодня в Украине открыты 145 Клиник, дружественных к молодежи (КДМ). В КДМ работает мультидисциплинарная команда в составе педиатра (подросткового терапевта), гинеколога, уролога, дерматовенеролога, психиатра, нарколога, психолога, социального работника. Для КДМ необходимо проводить плановую подготовку специалистов по подростковой медицине как отдельной отрасли внутренней медицины.



Такому интересному вопросу педиатрии, как синдром микроаспирации (СМА), был посвящен доклад **заведующей кафедрой пропедевтики детских болезней Днепропетровской медицинской академии МЗ Украины, доктора медицинских наук Светланы Ивановны Ильченко**.

— По статистике, примерно треть всех случаев хронического

кашля у детей связана с СМА. В педиатрической практике чаще всего наблюдается систематическая (привычная) микроаспирация пищи, приводящая к развитию затяжного или рецидивирующего бронхита, нередко осложняющегося пневмонией. При аспирации твердых предметов принято говорить об инородном теле бронхов. Данный синдром хорошо известен педиатрам, и в отношении него сохраняется высокая настороженность, что обеспечивает своевременную диагностику и адекватное лечение. Что же касается ингаляционного аспирационного синдрома, связанного с аспирацией жидкости, то в этом случае информированность педиатров недостаточна и приводит к гиподиагностике аспирационных бронхитов и пневмоний у детей.

Нарушение акта глотания (дисфагия) занимает одно из ведущих мест среди причин СМА. Наиболее часто расстройства глотания наблюдаются у недоношенных детей вследствие незрелости соответствующих рефлексов, у детей с родовой травмой, системными заболеваниями нервно-мышечного аппарата, дефектами мягкого и твердого неба, другими структурными аномалиями рта, глотки и гортани. Нарушение функции пищевода (гастроэзофагеальный рефлюкс, сужение или сдавливание пищевода, эзофаготрахеальные или эзофагобронхиальные фистулы) также может служить причиной микроаспирации. Синдром постназального затекания в последние годы широко освещается в литературе как причина хронического кашля вследствие аспирации содержимого околоносовых пазух или неправильного промывания полости носа.

В структуре причин СМА у детей 0-1 года на первое место выходит нарушение техники кормления, реже отмечаются гастроэзофагеальный рефлюкс, координационная и паретическая дисфагия. У детей в возрасте 1-3 лет ведущими причинами СМА выступают гастроэзофагеальный рефлюкс и синдром постназального затекания. Третье место в этой возрастной группе прочно удерживает нарушение техники кормления, что связано с приготовлением блюд без учета возрастных особенностей ребенка.

Диагностика СМА представляет ряд сложностей из-за того, что у многих детей аспирация наблюдается не при каждом кормлении. Выявление симптомов дисфагии и аспирации требует длительного наблюдения и целенаправленного осмотра во время кормления. Иногда убедиться в наличии аспирации возможно лишь после сравнения аускультативной картины в легких до и после кормления.

Клиническая картина СМА отличается стойкостью аускультативных явлений и их разлитым характером на фоне отсутствия лихорадки, хорошего самочувствия ребенка и хорошей прибавки в весе. При присоединении бактериальной инфекции развивается пневмония, которая у детей первых месяцев жизни поражает преимущественно верхние отделы легких, а в более старшем возрасте носит двусторонний характер с поражением нижних долей легких. Эти особенности следует учитывать при рентгенологическом исследовании. При этом в период ремиссии рентгенологически выявляются только усиление и деформация бронхососудистого рисунка.

В основе терапии СМА лежит устранение причины аспирации. При ряде пороков развития возможна хирургическая коррекция; адекватная терапия требуется детям с неврологической патологией, гастроэзофагеальным рефлюксом. При невозможности коррекции все усилия должны быть направлены на снижение объемов аспирации. Антибиотикотерапия показана только в период обострения при наличии признаков сопутствующей бактериальной инфекции. Вне обострения, несмотря на обилие физикальных симптомов бронхита, антибиотикотерапия не показана. При наличии бронхообструктивного синдрома возможно назначение бронхолитиков и ингаляционных глюкокортикоидов. При выраженной гиперсекреции слизи оправданно назначение антигистаминных препаратов I поколения с целью обеспечения подсушивающего эффекта. Большое значение в терапии СМА отводится обучению матери правильной технике кормления ребенка, методике постурального дренажа с вибрационным массажем, который проводят ежедневно.

От редакции. В рамках XVII Всеукраинской научно-практической конференции «Актуальные вопросы педиатрии» прозвучало еще очень много докладов, которые, несомненно, будут интересны практикующим врачам. Мы продолжим знакомить наших читателей с наиболее яркими выступлениями в формате отдельных обзоров в этом и следующем тематическом номере нашей газеты.

Подготовила **Мария Маковецкая**