И.Н. ЗАХАРОВА [1], д.м.н., профессор, **Н.Л. ВЛАСОВА** [2], **М.В. ВЛАСОВА** [2]
[1] Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва
[2] Ассоциация врачей по содействию в повышении квалификации врачей-педиатров

ДОЛГИЙ ПУТЬ К СОЗДАНИЮ КАФЕДРЫ ПЕДИАТРИИ

РОССИЙСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ НЕПРЕРЫВНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ МИНЗДРАВА

2017 г. плавно подходит к концу, и на кафедре педиатрии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования воцаряется особенная, радостная суета в преддверии большого праздника: ведь в декабре кафедре исполняется 85 лет! Атмосфера юбилейного года удивительным образом захватывает всех сотрудников кафедры и дарит им необыкновенное чувство единения – причем не только друг с другом, но и с деятелями кафедры прошлого. То и дело, пробегая из кабинета в кабинет, сотрудники останавливаются перед висящим на стене портретом основателя кафедры Георгия Несторовича Сперанского (*рис. 1*). Сотрудники восхищаются тому, в каких тяжелейших условиях этот великий человек занимался становлением советской системы детского здравоохранения, а Георгий Несторович довольно улыбается в усы с портрета, глядя на то, во что выросло его детище.

Рисунок 1. **Г.Н. Сперанский**

Более полувека прошло с той знаменательной даты, 20 декабря 1932 г., когда была создана прародительница кафедры педиатрии РМАНПО – кафедра болезней детей раннего возраста Центрального института усовершенствования врачей. Но путь к ее созданию Георгий Несторович начал еще задолго до этого, понимая, что без научных исследований и повышения профессионализма врачей преодолеть проблему огромной детской смертности не удастся.

Шел 1921 г. Бедность и голод Гражданской войны захлестнули страну. Сил и возможностей для помощи детям, оставшимся без родителей, болеющим, тоскующим без ласки и заботы, просто не было. Дом охраны младенца Наркомздрава (ДОМ), преобразованный из Воспитательного дома на Солянке, не справлялся с нагрузкой: в 1921 г. в нем обитало 1 393 ребенка (*рис.2*) [1]. По словам медицинской сестры Е.Э. Цоппи, «смертность была ужасающей, так как после революции прекратили отдавать детей в деревню. Ежедневно «палаты» (в них находилось 30 и более детей) обходила женщина с корзиночкой, заглядывавшая в дверь с ежедневным стереотипным вопросом: «Покойнички есть?». В случае положительного ответа, забирала трупики в корзину» [1].

Огромное число подкидышей было связано не только с разрухой войны. Революция странным, непредсказуемым образом ломала жизнь людей. Облегчение процедуры разводов – одно из неоднозначных достижений революции – привело к тому, что мужчины с легкостью оставляли бывших жен и своих детей на произвол судьбы. Помочь матерям-одиночкам не удавалось: уровень младенческой смертности составлял 195–230 случаев на 1 000 родившихся живыми, а материнской – 200 случаев на 100 000 [1].

Несмотря на то что в ДОМе работали врачи, отчаянно желавшие помочь детям, средств для этого у них не хватало. Продовольственная проблема была одной из главных проблем, с которыми столкнулся ДОМ. Доктор Н.Ф. Альтгаузен писал: «Мы получаем ордера на молоко, но молока часто не получаем. Мы обращаемся всюду, мы ежедневно посылаем лошадей во все стороны, но нам не хватает молока» [1]. Остальное продовольствие не подходило для питания детей раннего возраста. Рацион детей в ДОМе

Рисунок 2. **Вид на Воспитательный дом (Дом охраны младенца) с Котельнической набережной**

состоял из черного хлеба, растительного масла, круп грубого помола, мяса и рыбы. Сливочного масла и белого хлеба, овощей и фруктов не было. При такой диете дети почти поголовно страдали диареей, расстройством питания и обмена веществ.

Было очевидно, что ДОМу нужен руководитель, способный наладить работу учреждения и повести вперед лечебную и научную деятельность. Поэтому в середине 1921 г. по инициативе главы Отдела охраны материнства и младенчества В.П. Лебедевой, для управления 13-м отделением ДОМа – отделением для подкидышей – был вызван из Краснодарского края Георгий Несторович Сперанский.

Для Георгия Несторовича эта работа стала настоящим спасением. В тот период он переживал трагическую гибель сына и пропажу дочери, и в решении сложнейшей задачи по управлению ДОМом он нашел утешение. Нужно было наладить питание, центральное отопление, водоснабжение. К тому же, помимо хозяйственных задач, надо было заниматься и научно-исследовательской работой, чтобы врачи обучались на рабочем месте. Дел было так много, что думать о чем-либо другом времени не хватало. За начатую активную деятельность Георгий Несторович очень скоро был избран главным врачом всего ДОМа.

А уже 30 сентября 1921 г. он выступил на врачебной конференции с предложением преобразовать 13-е отделение в клинику. С этого момента отделение перестает принимать подкидышей: теперь сюда начинают поступать тяжелобольные дети из других отделений ДОМа и больниц Москвы с расстройствами желудочно-кишечного тракта, заболеваниями дыхательных путей, нервной системы, сепсисом. Так 13-е отделение становится по-настоящему клиническим.

Проводимая в клинике научная работа привлекала огромное количество врачей. Помимо непосредственно лечения детей, здесь врачи на регулярных конференциях разбирали сложные и интересные случаи, обменивались опытом: в тот период времени только так они могли совершенствоваться профессионально. Конференциям Г.Н. Сперанский уделял особое внимание. Он верил, что задача врача состоит «не только в том, чтобы лечить больных, но и в том, чтобы выращивать здоровых детей» [1]. А это могло быть возможным только при изучении здорового ребенка с самого рождения. В то время, когда младенческая смертность была удручающе высокой, исследование организма здорового ребенка вызывало недоумение. Однако Георгий Несторович был твердо убежден, что с понимания здорового ребенка начинается настоящая борьба с болезнями. «Врач нередко забывает, что без знания физиологических законов он не может понимать патогенеза заболеваний, поэтому попытки лечить так часто оказываются бесплодными, идущими по ложному пути», – писал Г.Н. Сперанский

Рисунок 3. Младенец Геракл душит змею

[1]. Любимой эмблемой Георгия Несторовича был рисунок младенца Геркулеса, душащего змею – символ того, что здоровый детский организм сам может справиться с болезнями, если создать нужные условия (*рис. 3*).

Научную работу в ДОМе вместе с Георгием Несторовичем вели любимые ученики и гордость одного из основоположников русской педиатрии Нила Федоровича Филатова: Павел Владимирович Кисляков, Василий Иванович Молчанов, Сергей Игнатьевич Федынский, председатель Московского общества детских врачей Александр Андреевич Кисель; заведующий кафедрой педиатрии раннего возраста 2-го ММИ Семён Осипович Дулицкий, врачи Морозовской больницы Николай Николаевич Алексеев, Николай Иванович Ланговой, Борис Абрамович Эгиз. Благодаря их усилиям, ДОМ стал превращаться в уникальное научное и лечебное учреждение для детей раннего возраста.

В ДОМе началась разработка различных научных направлений по физиологии и патологии, психологии и педагогике детей. Так, Т.Н. Чеботаревская изучала питательные и лечебные смеси и уход за недоношенными, Е.А. Ивенская – режим кормилиц и методы увеличения лактации, В.Т. Шверина и А.С. Лянды – физиологические нормы и питание детей в возрасте 1–3 лет, Н.М. Николаев – особенности органов внутренней секреции у детей 1-го года жизни; М.М. Райц – врожденный сифилис и особенности костного сифилиса у грудных детей, роль рентгеноскопии и рентгенографии у детей грудного возраста в ранней диагностике туберкулеза.

Это привело к тому, что 10 ноября 1922 г. ДОМ был реорганизован в Государственный научный институт охраны материнства и младенчества (ГНИОММ) с научными кафедрами на базе отделений (*рис. 4*). Во главе ГНИОММ стоял Г.Н. Сперанский, который при этом руководил 13-м, теперь ставшим терапевтическим, отделением.

Рисунок 4. ДОМ, 1922 г.

В центре А.С. Лянды, рядом Н.Ф. Альтгаузен и Г.Н. Сперанский. В верхнем ряду М.М. Райц и Т.Н. Чеботаревская

Рисунок 5. **Г.Н. Сперанский в рабочем кабинете**

Впоследствии в отчете к 25-летию Терапевтической клиники Георгий Несторович напишет: «До 1921 года 13-е отделение… помещалось в верхнем этаже здания, которое занимает и в настоящее время. Нижний этаж тогда назывался 1-м изоляционным распределительным бараком (заведующий Б.А. Эгиз), туда помещались дети из различных отделений, которые нуждались в изоляции (гонорея, кожные заболевания, колиты, рожа и т.д.)… Отделение было рассчитано на 35 мест (30 детей и 5 матерей-кормилиц)… Лаборатория в первое время открытия отделения занимала комнату 7 кв. м и была оборудована совершенно примитивным образом. С 1923 г. клиническое отделение занимает и нижний этаж. С этого времени основной контингент детей поступает из семей, так как сделалось возможным осуществить изоляцию вновь поступающих детей. Отделение работает на 50 детских коек и 10 материнских. Дети с хроническими и острыми расстройствами питания и пищеварения. С 1924 г. при отделении функционирует маленькая поликлиника. Выделяются гонорейные больные, хирургическое отделение, вводится наблюдение врача-отиатра, выделяются койки для остронервных заболеваний у детей. Количество больных с каждым годом растет. В 1929 г. устраивается аудитория и специальная учебная комната. Открывается летний дневной стационар» [1].

Так осуществлялась специализация и научная профилизация отделений. В институте появляются отделения: туберкулезное (Н.А. Альтгаузен и И.В. Цимблер), кожно-венерическое (М.М. Райц), инфекционное (А.И. Доброхотова, П.В. Кисляков, Б.А. Эгиз), для недоношенных детей (Т.Н. Чеботаревская). С целью эффективного изучения физиологии ребенка раннего возраста, его развития, рационального вскармливания и воспитания были организованы физиологические отделения. К числу физиологических подразделений относили отделение новорожденных, а также педологическое, предназначенное для изучения и обоснования воспитательно-педагогической работы с детьми раннего возраста.

Основным научным направлением в то время являлось изучение нарушений пищеварения детей раннего возраста и пневмонии. В 1927 г. Г.Н. Сперанский разрабатывает и опубликовывает классификацию острых и хронических расстройств питания у детей раннего возраста и основные принципы коррекции нарушений пищеварения (*рис. 5*). По его же инициативе была организована специальная научно-исследовательская лаборатория для изучения пневмонии, благодаря деятельности которой удалось сократить летальность от пневмонии с 68% в 1930 г. до 35% в 1932-м. Тогда же Г.Н. Сперанским была предложена классификация пневмоний, в основу которой была положена реактивность детского организма.

В своей статье «Лечение пневмоний в грудном возрасте» Георгий Несторович писал о необходимости дифференцированного подхода в лечении различных форм пневмонии. В конце 30-х гг. терапевтическое отделение Г.Н. Сперанского одним из первых в стране стало применять сульфаниламиды для лечения пневмоний у детей раннего возраста. Эта терапия позволила резко снизить количество гнойных осложнений и летальность от воспаления легких.

Особое внимание уделял Георгий Несторович отделению для выхаживания недоношенных детей. В нем началось изучение особенностей физиологии и патологии недоношенных детей, определение основных правил по уходу за ними и их вскармливанию. Этот многолетний клинический опыт был обобщен в издававшемся несколько раз «Учебнике болезней раннего детского возраста» под редакцией великого педиатра.

Все научные и лечебные вопросы еженедельно по пятницам обсуждались на клинических обходах (*рис. 6*). «Пятничные» конференции собирали большое количество врачей, которые понимали ценность таких обсуждений.

А.С. Розенталь писала: «В 1923 году в институт была направлена на год первая группа стажеров. Это были врачи со школьной скамьи, только что окончившие медицинский факультет, предназначенные для работы на периферии, в учреждениях охраны материнства и младенчества. Для этих врачей, еще не работавших практически, были составлены программы и план прохождения отдельных дисциплин и клиник. В клинике проводились обходы, семинары, врачи курировали детей. До практических занятий в клинике стажеры должны были в течение двух недель выполнять работу среднего медперсонала.

Рисунок 6. **Г.Н. Сперанский на клиническом обходе в отделении**

Освоение такой работы в клиниках института было крайне полезно врачам, которые в будущем, в свою очередь, должны были руководить на периферии работой учреждений по охране материнства и младенчества» [1].

В 1925 г. ГНИОММ был причислен к высшим научно-исследовательским и педагогическим учреждениям с пятью кафедрами и всеми правами, присвоенными высшим учебным заведениям. Г.Н. Сперанский возглавил первую в стране кафедру патологии раннего детского возраста. В дальнейшем кафедра широко использовала возможности биохимической, физиологической, микробиологической лабораторий и патолого-анатомического отделения. Появилась надежная база для широкого развития научной деятельности.

На кафедре активно проводились научные исследования белой и красной крови у детей раннего возраста (*рис. 7*). Результаты исследования «Изучение пищеварительного лейкоцитоза» профессоров В.И. Скворцова, Н.М. Николаева, Е.П. Мелентьевой, А.С. Розенталь, И.В. Цимблера и других по морфологическому и химическому составу периферической крови, ее ферментативных особенностей, изучению пищеварительного лейкоцитоза и лейкоцитарной формулы крови у детей раннего возраста были объединены в докладе Г.Н. Сперанского и представлены на III Съезде детских врачей (3–10 июня 1925 г.). Докладчик указал на незрелость крови, ее ранимость и наклонность к повышенным и ненормальным реакциям на внешние раздражающие агенты, особенно у недоношенных. Тесная связь между кроветворением и обменом веществ была установлена в работах Н.М. Николаева и учеников, которые считали, что «если картине крови нельзя придать специфического значения в отношении какого-либо заболевания, то, оцениваемая как отражение процессов межуточного обмена, она должна найти себе применение в прогнозе заболевания в совокупности с другими данными клинических исследований» [2].

Работы по физиологии отдельных органов и систем у детей раннего возраста (исследования органов дыхания, желудочного сока, поджелудочной железы, кишечника, мочи и содержания в ней азота) выявили ценные факты

Рисунок 7. Переливание крови грудному ребенку
Вторая справа Р.Л. Гамбург

Рисунок 8. Г.Н. Сперанский с коллегами
Р.Л. Гамбург в первом ряду крайняя справа, Е.Р. Левин крайний слева. 1930 г.

для объяснения особенностей процессов, происходивших в нормальном и патологическом состоянии, а отсюда и практические выводы для гигиены и питания грудного ребенка. Например, исследование артериального давления у детей (работы А.С. Соколова, А.С. Розенталь) показало его связь с конституцией ребенка.

Важными темами исследований также стали проблемы питания и вскармливания, а также расстройств пищеварения и питания. В то время уже было доступно большое количество работ по этим вопросам, но теоретические взгляды на принципы и методы вскармливания детей подвергались многократным пересмотрам, в силу чего практическому врачу трудно было разобраться в выборе пути рационального вскармливания ребенка. Именно поэтому данный вопрос стал программным на IV Всесоюзном съезде педиатров в 1927 г. Докладчик Г.Н. Сперанский показал преимущества грудного вскармливания и установил направления дальнейшего изучения грудного молока, обрисовал достоинства смешанного кормления и подчеркнул современные достижения в области искусственного вскармливания. Все это позволило значительно сократить детскую смертность не только в лечебных учреждениях, но и вне их.

Помимо этого, сотрудники кафедры активно исследовали инфекции – крупный этиологический момент слабости детского организма и причины его высокой заболеваемости и гибели (*рис. 8*). Из острых инфекций были тщательно изучены: грипп (работы Нарышкиной, А.И. Доброхотовой); цереброспинальный менингит (монография Богданова); дифтерия (работы Нарышкиной и С.С. Речменского); ветряная оспа и кишечные инфекции. Особое внимание уделялось также и хроническим инфекциям у детей раннего возраста: сифилису и туберкулезу, бушевавшим в то время. Обстоятельное изучение врожденного сифилиса у детей проводилось в люэтической клинике и соответствующих лабораториях под руководством доктора М.М. Райц. Изучением клинической карти-

ны туберкулеза, классификацией туберкулеза в раннем возрасте, его лечением также занимался доктор Н.Ф. Альтгаузен, его сотрудники и ученики.

Исследования особенностей кроветворения, ферментативных изменений и обмена веществ у люэтического ребенка, экспериментального сифилиса у кролика (работа С.С. Речменского) позволили значительно расширить круг знаний о врожденном сифилисе у детей и дали возможность разработать принципы рациональной борьбы с ним (*рис.9*). Сотрудничество института с вендиспансером, с комиссией по борьбе с врожденным сифилисом, с консультациями для женщин и детей, с комиссией по применению БЦЖ, а также участие в съездах и совещаниях по туберкулезу позволили научным сотрудникам и кафедральным работникам быть активными участниками в планомерной борьбе, которая велась органами здравоохранения с этими болезнями.

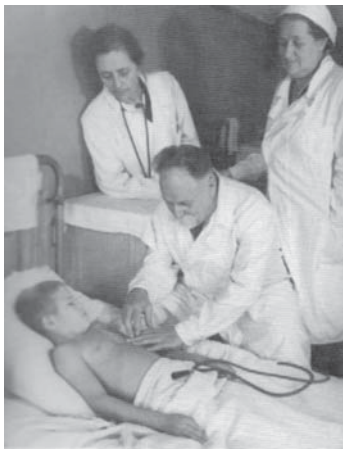
В дальнейшем педагогическая работа ГНИОММ была расширена за счет программ по акушерству и детским болезням, курса по яслям. В течение 1928/29 учебного года сотрудники кафедры выполнили 30 исследовательских работ, провели 10 научных конференций, четверо выступали с докладами, опубликовали 46 научных работ, подготовили 120 врачей-стажеров и 20 детских медсестер [5–7].

В 30-е гг. внимание Г.Н. Сперанского привлекает исследование неспецифической общей реакции организма грудного ребенка. В связи с изучением измененной реактивности Георгий Несторович ставит перед своими учениками задачу исследования аллергии у детей. Отсюда целый ряд работ по экссудативному диатезу у детей (А.С. Соколова, А.С. Розенталь). Направление работ идет по линии поисков десенсибилизирующей терапии.

Так, применяется пентонотерапия (С.Г. Звягинцева), овопротеин, предложенный Г.Н. Сперанским и изготовленный в лаборатории эмульсий профессора Соловьева.

В дальнейшем одним из методов учета реактивности служит специальный аппарат, сконструированный Г.Н. Сперанским для производства так называемой ожоговой реакции, которая является объективным методом оценки реактивности ребенка. Этому вопросу была посвящена диссертация на степень кандидата медицинских наук С.Г. Звягинцевой «Ожоговая реакция как методы определения реактивности ребенка».

Рисунок 9. Г.Н. Сперанский осматривает больного ребенка



В таких условиях возникает необходимость создания головного учреждения для повышения квалификации врачей всех специальностей. Итак, в 1931 г. открывается Центральный институт усовершенствования врачей (ЦИУв), из которого впоследствии вырастет РМАНПО. Свыше 20 лет его директором будет Вера Павловна Лебедева (*рис.10*). Ценя Георгия Несторовича за его врачебный талант и организаторский опыт, Вера Павловна попросила его войти своей кафедрой в ЦИУв. И Георгий Несторович, которому уже 60 лет, решает сосредоточить все свои усилия на научно-педагогической работе. Он уходит с поста директора ГНИОММ, оставляя за собой заведование лечебным сектором помощи детям, а кафедра патологии раннего детского возраста ГНИОММ 20 декабря 1932 г. становится кафедрой болезней детей раннего возраста ЦИУв.

Рисунок 10. В.П. Лебедева

Так, преодолевая огромные трудности, Г.Н. Сперанский создал научную кафедру, которая за последующие 85 лет станет важнейшим центром повышения профессиональной квалификации врачей-педиатров. Кафедра продолжает следовать принципам, заложенным великим ученым, – безграничная любовь к детям, внимание к деталям, развитие науки и преподавательская деятельность – и трансформирует их, отвечая на вызовы времени. Кафедра переехала из 9-й детской больницы в построенную специально для нее Тушинскую детскую городскую больницу, пережила структурные изменения, а «пятничные» конференции превратились в выездные циклы Образовательной программы для врачей-педиатров. Но кресло Георгия Несторовича до сих пор стоит на кафедре рядом с лекторским залом, а эмблема Ассоциации педиатров, учрежденной силами кафедры педиатрии РМАНПО, – это все тот же младенец Геркулес, сжимающий змею…

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Шер С.А. Неизвестные страницы жизни Г.Н. Сперанского. *Вопросы современной педиатрии*, 2009, 8(2): 130-132.
2. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Шер С.А. Г.Н. Сперанский – основатель и руководитель первого Государственного научного института охраны материнства и младенчества (к 140-летию со дня рождения). *Вопросы современной педиатрии*, 2013, 12(2): 145-148.
3. Сперанский Г.Н., Гамбург Р.Л. Отчет за 25 лет 1922–1947 гг. Терапевтическая клиника института педиатрии АМН СССР. Рукопись. 2017.
4. Розенталь А.С. Рукопись.
5. Альбицкий В.Ю., Баранов А.А., Шер С.А. История Научного центра здоровья детей Российской академии медицинских наук (1763–2013). М.: Издательство «Педиатръ», 2013.
6. Альбицкий В. Актуальные вопросы социальной педиатрии. М.: Издательство «ПедиатрЪ», 2012.
7. Овчинников А.А. Главный детский доктор. Г.Н. Сперанскому посвящается… М.: Издательство «ПедиатрЪ», 2009. 410 с.

ЕЖЕГОДНАЯ ВСТРЕЧА УЧАСТНИКОВ «ОРКЕСТРА» РАСПМ

24–25 сентября в Москве состоялся XII Всероссийский ежегодный конгресс специалистов перинатальной медицины «Современная перинатология: организация, технологии, качество». Мероприятие стало уникальной площадкой для высокопрофессионального диалога врачей 18 специальностей из большинства субъектов РФ.

Масштабный форум в двенадцатый раз собирает неонатологов, педиатров, акушеров-гинекологов, детских кардиологов, нейрохирургов, офтальмологов, эндокринологов, онкологов и других специалистов, чтобы обсудить новейшие подходы к диагностике и лечению сложных патологий плода и детей раннего возраста, а также повысить уровень знаний врачей, работающих в этих сферах.

«Площадка нашего конгресса – удивительное место встречи специалистов высшего класса, где, с одной стороны, можно поделиться успехами и достижениями, которых удалось добиться в своих коллективах, а с другой – рассказать о проблемах, которые не удается решить поодиночке. И конечно, площадка конгресса это место, где мы можем поддержать друг друга и выразить уверенность в том, что вместе мы справимся с любыми вызовами. Работать можно только в команде и решать вопросы надо вместе. Здесь – как в оркестре. Если кто-то фальшивит, мелодия будет уже не та», – отметил главный идеолог конгресса, Президент РАСПМ, академик РАН Николай Николаевич Володин в ходе официального открытия мероприятия.

Тщательно проработанная научная программа мероприятия осветила самые острые вопросы современной перинатологии: «Акушерская и неонатальная инфектология», «Орфанные заболевания – диагностика и лечение», «Ранняя выписка новорожденного из роддома: решимость и настороженность», «Региональный опыт организации работы службы материнства и детства (программы по повышению эффективности работы)», «Пренатальная диагностика врожденных пороков развития плода – тактика ведения беременности и родов» и многие другие. Кроме того, экспертами были представлены и современные тенденции в развитии медицины. Неонатальная онкология – это новое направление в педиатрии, стержнем которого стало изучение биологии развития организма ребенка. Именно эта тема была включена в «ядро» конгресса – пленарное заседание.

Тематика объединения профессиональных медицинских сообществ прослеживалась в течение всего мероприятия. РАСПМ и Союз педиатров России (СПР) уже не первый год плодотворно сотрудничают в области повышения знаний специалистов и пациентов. На открытии конгресса состоялась презентация долгожданного продолжения проекта видеорекомендаций «Я – молодец!». На этот раз видеоролики с участием экспертов будут информировать как врачей, так и молодых родителей о необходимости вакцинопрофилактики.

«Жизнь не стоит на месте, и нам постоянно приходится придумывать новые формы работы, поэтому мы с удовольствием откликнулись на предложение создать второе совместное обучающее видеопособие. Причем мы решили создать его в виде сериала с участием профессиональных актеров и медицинских специалистов. Каждая новая серия будет посвящена вакцинации от какой-либо инфекции в соответствии с Национальным календарем прививок», – анонсировал проект академик РАН, председатель исполкома Союза педиатров России, президент Европейской педиатрической ассоциации, заместитель директора по научной работе ФГАУ «ННПЦЗД» Минздрава России – директор НИИ педиатрии ФГАУ «ННПЦЗД» Минздрава России Лейла Сеймуровна Намазова-Баранова, представляя тизер выпуска о вакцинопрофилактике полиомиелита.

Настоящим украшением Конгресса стала торжественная церемония награждения лауреатов премией «Первые лица». Уже в 4 раз престижной награды удостаиваются лучшие специалисты и учреждения со всей России за особые достижения в перинатологии. Девять победителей определились по результатам конкурсной борьбы, еще троих лауреатов специальными призами отметили экспертный и попечительский советы. Списки лауреатов и призеров представлены на сайте www.pervie-litsa.ru.

Особым сюрпризом стало чествование идеолога Конгресса – академика Володина Н.Н., который совсем недавно отпраздновал свой 70-летний юбилей. Неожиданно для юбиляра и организаторов «делегация» коллег академика представила яркую и душевную презентацию, рассказывающую как о самом Николае Николаевиче, так и о его наставнике Вячеславе Александровиче Таболине и целой научной школе, которая сформировалась вокруг них. Профессор Асия Ильдусовна Сафина лично поздравила Президента РАСПМ и передала сердечные поздравления Николаю Николаевичу от министра здравоохранения Татарстана Аделя Вафина и ректора Казанской государственной медицинской академии Минздрава России Рустема Хасанова.

ДЕТИ С ВРОЖДЕННЫМИ АНОМАЛИЯМИ ПРИ ЗАРАЖЕНИИ ВИРУСОМ ЗИКА СТРАДАЮТ СЕРЬЕЗНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ

40% исследованных пациентов имеют офтальмологические аномалии, одни из самых серьезных последствий врожденного вируса Зика.

Хотя одним из самым серьезных последствий после заражения вирусом Зика (ZIKV) у детей является микроцефалия, существует еще широкий спектр аномалий, который сейчас известен как врожденный синдром Зика (ВСЗ).

Одними из самых серьезный являются офтальмологические аномалии, включая макулярное рубцевание, дефекты сетчатки, низкая острота зрения, нистагм и косоглазие.

Исследуя зрительную функцию у детей с подозрением на ВСЗ, а также с подтвержденным диагнозом, было выявлено, что 40% пациентов имели глазные аномалии, 100% страдали нарушениями зрения. Таким образом, кортикальные нарушения зрения могут быть основной причиной слепоты среди детей с ВСЗ.

Из 70 детей с микроцефалией 25 имели офтальмологические изменения: 18 с внутриглазными аномалиями, включая макулярную хориоретинальную атрофию, воспаление пигментного эпителия сетчатки и бледность диска зрительного нерва; 7 со страбизмом и нистагмом без внутриглазных изменений. У 11 детей, у которых проверяли остроту зрения, результаты были ниже нормы.

Доктор Марсия Б. Тартарелла (Marcia B. Tartarella), офтальмологическое отделение Федерального Университета Сан-Паулу, Бразилия, отмечает, что «все системные и глазные характеристики СВЗ не обязательно могут встречаться у одного пациента. Но офтальмологические особенности с уникальными анатомическими характеристиками могут помочь определить СВЗ у пациентов без врожденной микроцефалии».

Другое исследование 32 детей с подтвержденным заражением вирусом Зика выявило нарушение зрения у всех пациентов. У 14 пациентов обнаружили повреждение сетчатки или/и зрительного нерва, при этом при рождении у них была выявлена нейровизуализация и неврологические отклонения. Однако данное исследование демонстрирует, что зрительные нарушения большей частью связаны со значительным ущербом, нанесенным центральной нервной системе. Эти результаты подкрепляют мнение о том, что повреждение мозга – это основная этиология зрительных нарушении при CZS.

ПЕДИАТРЫ ПЛОХО ОРИЕНТИРУЮТСЯ В АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПНЕВМОНИИ

Для лечения пневмонии у детей нередко прописываются не те антибиотики, которые указаны в современных рекомендациях. Неуместное использование антибиотиков широкого спектра действия для лечения пневмонии у детей по-прежнему распространено очень широко.

В настоящее время в медицинской среде принимаются меры для обеспечения более правильного назначения антибиотиков. Например, в 2011 г. Общество детских инфекционистов (Pediatric Infectious Diseases Society) и Общество инфекционистов (Infectious Diseases Society) Америки выпустили совместные рекомендации, согласно которым амоксициллин и пенициллин – это антибиотики, которые следует выбирать в первую очередь при лечении внебольничной пневмонии у детей. Тем не менее доктора по-прежнему нередко прописывают антибиотики широкого спектра пациентам на стационарном и амбулаторном лечении.

Чтобы лучше понять факторы, которые приводят к некорректному назначению антибиотиков, исследователи проанализировали истории болезни более чем 10 000 детей, которые проходили лечение от пневмонии в детских амбулаториях, расположенных в сельской местности, пригороде и в городской черте Пенсильвании и Нью-Джерси. Оказалось, что лишь 40,7% (4239) детей был назначен рекомендованный в руководствах амоксициллин, в то время как 42,5% (4430) детей были прописаны макролиды, а 16,8% (1745) получали лечение другими антибиотиками широкого спектра.

Авторы второй работы, опубликованной в журнале Pediatrics, указали что меры, направленные на содействие соблюдению рекомендаций 2011 г., способствуют более корректному использованию антибиотиков для лечения пневмонии у госпитализированных детей.

Так, Дерек Виллиамс (Derek J. Williams) с коллегами проанализировали, какие препараты были прописаны для лечения пневмонии в 28 детских больницах в период с августа 2009 г. по март 2015 г.

Авторы сделали вывод, что в целом сформулированные рекомендации влияют на врачебный выбор. До появления рекомендаций 2011 г. менее 10% детей, госпитализированных с диагнозом пневмония, получали лечение пенициллином. Однако к марту 2015 г. пенициллин назначали уже в 27,6% случаев. Больницы, где проводились программы по соблюдению упомянутых рекомендаций, пенициллин назначали в 29,5% случаев, в то время как в больницах, где такие программы не были разработаны, – только в 20,1% случаев.

Адам Херш (Adam L. Hersh) из университета Юты (University of Utah) и Метью Кронмен (Matthew P. Kronman) из Вашингтонского университета (University of Washington) пояснили, что неуместное использование антибиотиков по-прежнему является важной медицинской проблемой и наносит очевидный вред. В некоторых случаях (около 30%) доктора назначают антибиотики для лечения заболеваний, вызванных вирусами. Нередко врачи прописывают антибиотики широкого спектра вместо препаратов целенаправленного действия. Бывает, что врач назначает более длительный курс лечения антибиотиками, чем необходимо, или прописывает внутривенное введение препарата вместо более уместного приема внутрь. Все эти случаи неправильного применения антибиотиков вносят вклад в возникновение стойких к антибиотикам инфекций и ведут к тому, что пациенты тратят лишние деньги и могут столкнуться с потенциальными осложнениями антибиотикотерапии.

А. Херш и М. Кронмен считают, что изучение врачебных назначений и усилия, направленные на корректное использование антибиотиков, приведут к улучшению ситуации. «Предстоит еще много работы по улучшению врачебных назначений, но мы уверены, что дело идет в нужном направлении. Подтверждение этому – обнадеживающие результаты проведенных исследований и большое внимание медиков к этому вопросу», – заключают они.

ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ ЖДА У ДЕТЕЙ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ СУЛЬФАТ ЖЕЛЕЗА

Он оказался более эффективным по сравнению с полисахаридным комплексом.

У детей с алиментарной железодефицитной анемией (ЖДА) лечение сульфатом железа приводит к более высоким уровням гемоглобина через 12 недель, чем прием полисахаридного комплекса железа. Эти данные были получены в двойном слепом рандомизированном клиническом исследовании.

У маленьких детей железодефицитная анемия обычно является следствием алиментарного дефицита железа вследствие избыточного потребления молока и/или длительного грудного вскармливания без добавления адекватного количества источников железа. Несмотря на то что для лечения ЖДА доступно огромное количество препаратов различных солей железа, наиболее часто назначаются пероральные формы сульфата железа. В то же время препараты на основе полисахаридного комплекса железа потенциально лучше переносятся и более приятны на вкус, что немаловажно для лечения маленьких детей.

Учитывая все это, группа американских исследователей из медицинского колледжа Бэйлора (Хьюстон, Техас) решила провести сравнительное исследование между полисахаридным комплексом железа и сульфатом железа для оценки их эффективности с точки зрения повышения концентрации гемоглобина у младенцев и детей раннего возраста с алиментарной железодефицитной анемией. Проведение этого исследования было поддержано исследовательскими грантами, предоставленными компанией Gensavis Pharmaceuticals LLC, которая производит один из пероральных препаратов полисахаридного комплекса железа, а также Национальным центром передовых трансляционных наук (NCATS) и Национальным институтом сердца, легких и крови (NHLBI).

Исследование было проведено в одном клиническом центре; в общей сложности в него были включены 59 маленьких пациентов в возрасте от 9 до 48 месяцев (55% – мальчики) с алиментарной железодефицитной анемией. Первичной конечной точкой была динамика концентрации гемоглобина через 12 недель. Вторичные конечные точки включали полное разрешение ЖДА, изменения уровня ферритина и общей железосвязывающей способности сыворотки крови, а также нежелательные явления. Дети получали пероральный препарат элементарного железа один раз в сутки в виде или капель с сульфатом железа (15 мг/мл), или капель с полисахаридным комплексом железа (15 мг/мл).

Через 12 недель средние концентрации гемоглобина повысились по сравнению с исходным уровнем в большей степени у тех детей, которые получали сульфат железа (с 7,9 г/дл до 11,9 г/дл), чем у тех, кому давали полисахаридный комплекс железа (с 7,7 г/дл до 11,1 г/дл), что соответствовало клинически значимому различию в 1,0 г/дл (95% доверительный интервал [ДИ], 0,4–1,6; P < 0,001) в пользу сульфата железа.

Также в группе сульфата железа у большего числа детей отмечалось полное разрешение железодефицитной анемии (у 29% против 6%; P = 0,04); в большей степени увеличилась медиана уровней ферритина в сыворотке: с 3,0 до 15,6 нг/мл на фоне сульфата железа и с 2,0 до 7,5 нг/мл в группе полисахаридного комплекса железа (различие 10,2 нг/мл; 95% ДИ, 6,2–14,1 нг/мл; P < 0,001) и аналогичным образом в большей степени снизилась средняя общая железосвязывающая способность сыворотки – с 501 до 389 мкг/дл в группе сульфата железа и с 506 до 417 мкг/дл в группе его полисахаридного комплекса (различие -50 мкг/дл; 95% ДИ, от -86 до -14 мкг/дл; P < 0,001). Несмотря на исходное предположение о лучшей переносимости полисахаридного комплекса, диарея встречалась реже также в группе сульфата железа (35% против 58%; P = 0,04).

Очевидным методологическим недостатком данного исследования является участие только одного клинического центра, причем это было высококвалифицированное учреждение. Вполне возможно, что полученные результаты будет сложно экстраполировать на общую популяцию педиатрических пациентов, поскольку условия его проведения позволяли осуществлять достаточно жесткий мониторинг, который не будет возможным в условиях обычной педиатрической практики. Тем не менее, в отличие от большинства более ранних работ в области лечения анемии пероральными препаратами железа, это было двойное слепое рандомизированное контролируемое исследование. По мнению авторов, приоритетным направлением дальнейшего научного поиска в этой области должно быть изучение возможностей использования более низких доз перорального железа или его более редкого приема.

Наринэ

Уникальный пробиотик – лиофилизированная биомасса живых культур Lactobacillus sp., штамм Ep. 317/402, Наринэ со специфической активностью не менее $1,0 \times 10^9$ КОЕ в 1 г продукта.

Форма выпуска:
Капсулы и порошок.

Показания к применению:
- при различных формах дисбактериоза, нарушении равновесия кишечной микрофлоры,
- при кишечных инфекциях (стафилококковые инфекции, колибактериоз, сальмонеллез, дизентерия, клебсиеллез, иерсиниоз и т. п.) и отравлениях,
- для нормализации деятельности кишечника (нарушение пищеварения, запоры, диарея и т.п.),
- во время и после применения антибиотиков, химиотерапевтических и гормональных препаратов,
- как иммуностимулятор при вирусных и соматических заболеваниях,
- при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни,
- в период беременности и лактации.

Наринэ входит в российскую программу «Здоровое питание – здоровье нации».

Реклама. «БАД. Не является лекарством»
СГР № RU.77.99.11.003.E003751.08.16 от 25.08.16

Производитель:
ООО «НАРЭКС», Республика Армения
Россия, Москва, тел. (495) 744-38-16;
probivit@mail.ru, http://narine.su/

ПЕДИАТРЫ СООБЩАЮТ ПРОТИВОРЕЧИВУЮ ИНФОРМАЦИЮ О ВАКЦИНАЦИИ ОТ ВПЧ

Невысокий уровень вакцинации против вируса папилломы человека во многом обусловлен поведением врачей.

Сотрудники медицинской школы Университета Индианы (Indiana University School of Medicine) проанализировали аудиозаписи общения родителей и педиатров. Исследователи пришли к выводу, что врачи часто сообщают родителям противоречивые сведения о необходимости вакцинации против вируса папилломы человека (ВПЧ). Предыдущие исследования показали, что родителям обычно не хватает информации или советов врача по поводу вакцинации против ВПЧ. Кроме того, многие педиатры не используют убедительные доказательства необходимости и своевременности прививки (в 11–12 лет), редко согласовывают рекомендации с самим пациентом, а также не рекомендуют введение вакцины непосредственно в день визита.

Доктор Линн Штурм (Lynne Sturm) с колл. выполнила количественный и качественный анализ аудиозаписей, на которых врачи общались с детьми и их родителями или опекунами, чтобы оценить связь между поведением педиатров и проведением вакцинации против ВПЧ в день визита.

Только 29% посещений завершились вакцинацией в тот же день. Педиатры часто проявляли непоследовательность в общении с пациентами: например, рекомендовали вакцинацию и тут же предлагали отложить прививку, что заставляло родителей колебаться. Также они сообщали, что прививка против ВПЧ необходима всем и требуется для посещения школы или лагеря, тогда как вакцинация против ВПЧ выполняется по усмотрению родителей. Нередко давалась неверная информация о продолжительности защиты от вируса. Педиатры не часто вступали в дискуссию относительно необходимости вакцинации и порой соглашались с опасениями родителей по поводу возможных побочных эффектов вакцины. Согласие на вакцинацию было получено в 82% случаев, если педиатры не советовали отложить введение вакцины, и лишь в 6% случаев, когда врачи рекомендовали провести вакцинацию в другой день.

«Мы надеемся, что врачи все же изменят свое поведение и поймут, что их противоречивые рекомендации очень сильно влияют на решение родителей о получении детьми вакцины против ВПЧ, – говорит доктор Штурм. – Педиатры зачастую преувеличивают негативное отношение родителей, поэтому подтверждают их опасения. Очень важно, чтобы дети получали эту вакцину, способную предотвратить развитие рака, причем в тот же день, что и вакцину Tdap для профилактики столбняка, дифтерии и коклюша, вакцину ACWY против менингококковой инфекции, а также вакцину от гриппа, в зависимости от сезона».

По мнению авторов, медикам были бы полезны тренинги по улучшению коммуникационных навыков, в ходе которых врачи учились бы мотивировать сомневающихся или негативно настроенных родителей.

ДЕТЯМ С АСТМОЙ НЕОПРАВДАННО ЧАСТО НАЗНАЧАЮТ АНТИБИОТИКИ

Несмотря на то что антибиотики не используют для лечения астмы, детям с этим заболеванием в 1,6 раза чаще назначают антибактериальные препараты.

Голландские исследователи установили, что на этапе первичной медицинской помощи детям с астмой гораздо чаще назначают антибиотики, чем детям, не страдающим этим заболеванием.

Авторы работы сравнили частоту назначений антибактериальных препаратов среди детей в Нидерландах (показатели назначения антибиотиков в этой стране считаются одними из наиболее низких в мире) и Великобритании. Оказалось, что противомикробные средства детям с астмой врачи в обеих странах назначают примерно с одинаковой частотой.

Сотрудники факультета медицинской информатики в Роттердамском университете им. Эразма (Erasmus University in Rotterdam) под руководством доктора Эсме Баан (Esmé Baan) включили в исследование более чем 1,5 млн детей в возрасте старше 5 лет из британской базы данных и около 330 тыс. из голландской базы. Наличие бронхиальной астмы у ребенка определялось по коду данного заболевания и назначению как минимум двух препаратов для лечения астмы в течение года (сальбутамола и ингаляционных кортикостероидов).

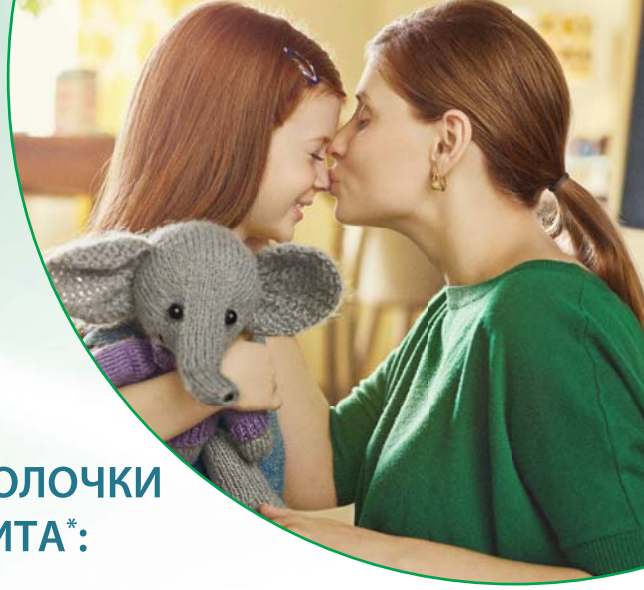
В Великобритании показатели назначения антибиотиков детям с астмой по сравнению с детьми, не страдающими этим заболеванием, составили 374 против 250 на 1 000 пациенто-лет, а в Нидерландах – 197 по сравнению с 126 на 1 000 пациенто-лет. Таким образом, частота назначения антибактериальных препаратов в Великобритании была выше у детей с астмой на 60%, а в Нидерландах – на 65%. Причем в Нидерландах чаще применяли антибиотики широкого спектра. Исследователи объясняют это различиями в руководящих принципах назначения антибиотиков в разных странах.

«Когда у детей с астмой появляются респираторные симптомы, например, кашель, бывает трудно определить, связано ли это с обострением астмы или инфекционным заболеванием, – объясняет доктор Баан. – Врачи общей практики нередко назначают антибиотики для перестраховки. Родители тоже зачастую просят назначить антибиотики, но задача врача – не торопиться. Назначение антибактериальных средств при астме связано с повышением устойчивости к данным препаратам, что представляет опасность как для конкретного пациента, так и населения в целом. Кроме того, мы обнаружили, что антибиотики назначают и при обострении астмы, когда данные препараты вообще не нужны. Это касается 3% медицинских назначений в Британии и 14% – в Нидерландах. Причем это не те случаи, когда врач не уверен в диагнозе – например, ставит бронхит, – это касается именно обострений бронхиальной астмы».

«Дети неоправданно часто получают антибиотики во всех странах, – говорит доктор Франческо Блази (Francesco Blasi) из Миланского университета (University of Milan). – В Великобритании сейчас принята новая программа, согласно которой пациентам не назначаются антибиотики на первом приеме. Полагаю, такое отсроченное назначение антибактериальных средств стоит распространить и на детей». Авторы работы также отметили снижение частоты применения антибиотиков за 4-летний период примерно на 1% в год. По их словам, это дает надежду пусть и на постепенные, но благоприятные перемены.

ВИБРОЦИЛ®

Бережная забота о дыхании



ДЛЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО РИНИТА И СИНУСИТА*:

- даже у маленьких детей от 1 года*
- у пациентов с вазомоторным и аллергическим ринитом*
- диметинден не снижает активность мерцательного эпителия*

2 АКТИВНЫХ КОМПОНЕНТА*

ФЕНИЛЭФРИН
(СИМПАТОМИМЕТИК)

Мягкое сосудосуживающее действие*

Снижение отека слизистой носа и придаточных пазух*

+

ДИМЕТИНДЕН
(АНТАГОНИСТ Н1-ГИСТАМИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ)

Патогенетическое антигистаминное действие*

Снижение ринореи, зуда, чихания и других проявлений аллергии**

Капли назальные	
Дети от 1 года до 6 лет	1-2 капли в каждый носовой ход 3-4 раза в день
Дети от 6 лет / взрослые	3-4 капли в каждый носовой ход 3-4 раза в день

Сокращенная информация по применению. Подробная информация представлена в инструкции по медицинскому применению препаратов.

Показания: острый ринит; аллергический, вазомоторный и хронический ринит; острый и хронический синусит; острый средний отит (в комплексной терапии). Подготовка к хирургическим вмешательствам в области носа и устранение отека слизистой носа и придаточных пазух после хирургических вмешательств в этой области. У детей в возрасте от 1 года до 6 лет применяют только капли в нос. Виброцил® в форме геля особенно показан в случае сухости слизистой оболочки носа, наличия корочек, при последствиях травмы носа, а также для предупреждения заложенности носа ночью. **Основные противопоказания:** повышенная чувствительность к компонентам препарата. Атрофический ринит. Прием ингибиторов МАО. Закрытоугольная глаукома. Для формы капли – возраст до 1 года, для формы спрей, гель – возраст до 6 лет. **С осторожностью:** ССЗ (артериальная гипертензия, аритмии, генерализованный атеросклероз), гипертиреоз, аденома предстательной железы, сахарный диабет, обструкция шейки мочевого пузыря, эпилепсия, выраженные реакции на симпатомиметики. Не рекомендуется применять непрерывно более 7 дней без консультации с врачом. Не рекомендуется применение во время беременности и кормления грудью. Не следует превышать рекомендуемые возрастные дозы препарата.

РУ: Капли назальные П №015192/03 от 07.08.08. Спрей назальный П №015192/02 от 31.07.08. Гель назальный П №015192/01 от 10.10.08.

*Инструкция по медицинскому применению препарата. **Н.Э. Бойкова, Т.И. Гаращенко «Комплексный подход в лечении аллергического ринита у детей», Детская оториноларингология №2, 2014, 42-46.

CHRUS/CHVIBR/0003/15c

АО «ГлаксоСмитКляйн Хелскер», РФ, 123112, г. Москва, Пресненская наб., д. 10 Тел.: +7 (495) 777-98-50

Информация предназначена для сотрудников системы здравоохранения

Памяти
Нины Алексеевны КОРОВИНОЙ (17.02.1934–16.10.2017),

доктора медицинских наук, профессора, заслуженного врача РФ, заведующей кафедрой педиатрии РМАПО (1984–2008), лауреата международной премии «Профессия – жизнь» в номинации «Выдающийся наставник», лауреата премии имени А.А. Киселя

На 84 году жизни после тяжелой, продолжительной болезни ушла из жизни учитель, друг, коллега профессор Нина Алексеевна Коровина.

Н.А. Коровина в 1958 г. с отличием окончила 1-й Московский медицинский институт имени И.М. Сеченова, после чего в течение 3 лет работала участковым педиатром, а затем училась в клинической ординатуре и аспирантуре на кафедре педиатрии Центрального института усовершенствования врачей (ЦИУв, в настоящее время – Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования). После успешной защиты кандидатской диссертации работала ассистентом кафедры педиатрии ЦИУв. Затем с 1971 по 1984 г. Н.А. Коровина плодотворно трудилась в Московском НИИ педиатрии и детской хирургии в должности старшего научного сотрудника отдела нефрологии. Научные исследования, проводимые в этот период Н.А. Коровиной, были посвящены изучению этиологии, иммунологии, клиники, диагностики и рациональному лечению различных заболеваний почек у детей, результаты которых легли в основу докторской диссертации, успешно защищенной в 1980 г.

С 1984 г. и в течение последующих 24 лет профессор Н.А. Коровина возглавляла кафедру педиатрии РМАПО, что позволило в полной мере проявить организаторские способности и педагогический талант. Н.А. Коровина, сохраняя традиции кафедры, заложенные ее основателем – академиком Г.Н. Сперанским, собственным примером наглядно демонстрировала, как важно донести до практических врачей не только результаты научных исследований, но и свой клинический опыт.

В сложные перестроечные годы и в период противоречивых реформ профессор Н.А. Коровина вместе с сотрудниками не только сохранила традиции кафедры, но и разработала новые формы последипломного образования врачей-педиатров в виде коротких тематических семинаров, прерывистых циклов, школ, а также изданий учебных пособий в серии «Последипломное образование врачей-педиатров».

Под руководством Н.А. Коровиной защищено 5 докторских и более 50 кандидатских диссертаций, посвященных наиболее актуальным проблемам педиатрии. Н.А. Коровина являлась автором более 500 научных публикаций, многочисленных руководств, пособий для врачей, а также соавтором 9 монографий.

Профессор Н.А. Коровина внесла большой вклад в организацию, становление и развитие детской нефрологической службы, оказывая неоценимую помощь практическому здравоохранению. Более 20 лет Н.А. Коровина была главным детским нефрологом Минздрава России, а также главным детским нефрологом г. Москвы. Под ее руководством в г. Москве были организованы детский нефрологический санаторий, а также специализированные летние лагеря для реабилитации детей с заболеваниями органов мочевой системы. За вклад в организацию в России детской нефрологической службы в 2002 г. профессор Н.А. Коровина была награждена почетной грамотой МЗ РФ.

На протяжении ряда лет Н.А. Коровина являлась членом редакционной коллегии журналов «Педиатрия», «Вопросы современной педиатрии», «Вопросы детской диетологии» и др., а также координатором и экспертом ряда научно-практических программ Союза педиатров России.

Широта научного кругозора, богатый клинический опыт и педагогический талант явились основой заслуженного авторитета профессора Н.А. Коровиной среди педиатров не только в России, но и далеко за ее пределами, что и послужило основанием для присвоения международной премии «Профессия – жизнь» в номинации «Выдающийся наставник» (2006 г.), а также почетной премии им. А.А. Киселя (2009 г.).

Доброжелательность и корректность, высокая ответственность, эрудиция и профессионализм, сочетающиеся с природным обаянием, скромностью и интеллигентностью, являлись неотъемлемыми чертами Н.А. Коровиной.

Ученики, коллеги, друзья Нины Алексеевны выражают соболезнование родным и близким и вместе с ними скорбят о невосполнимой утрате нашего Учителя.

Светлая память о Нине Алексеевне Коровиной навсегда останется в наших сердцах

Глубокоуважаемые сотрудники кафедры педиатрии РМАНПО!

От имени всех педиатров Республики Татарстан, всех нефрологов республики, преподавателей педиатрических кафедр Казанской медицинской академии, Казанского медицинского университета, Казанского федерального университета примите наши искренние соболезнования в связи со смертью профессора Коровиной Нины Алексеевны.

С именем Н.А. Коровиной связаны многолетние пути становления педиатрии в СССР и России. Всем известны ее заслуги в области развития детской нефрологической службы страны и детской нефрологии. Она достойно представляла нашу страну на многочисленных форумах педиатров Европы и мира. За многие годы работы она активно участвовала в последипломной подготовке врачей педиатров всех специальностей, и особенно детских нефрологов страны. Многие ученые-педиатры и практические врачи называют Нину Алексеевну своим учителем.

Просим передать наши глубокие соболезнования родным и близким Нины Алексеевны.

От имени всех педиатров Республики Татарстан
председатель правления республиканского
отделения Союза педиатров России
заслуженный деятель науки РФ, д.м.н.,
профессор С.В. МАЛЬЦЕВ

17.10.2017

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!
24-26 октября 2017 года состоится

XVI РОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС

«Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии»

Это одно из важнейших событий года в жизни педиатрической общественности страны. Конгресс вносит достойный вклад в решение проблемы повышения квалификации детских врачей и других специалистов, работающих в области охраны здоровья детей.
Научно-практические симпозиумы, семинары, школы, круглые столы и дискуссии будут посвящены актуальным проблемам и новейшим достижениям в диагностике и лечении в различных разделах педиатрии: аллергологии и иммунологии, гастроэнтерологии, гематологии, вакцинопрофилактике, эндокринологии, кардиологии, генетическим заболеваниям, неврологии, нефрологии, неонатологии, нутрициологии, пульмонологии, экопатологии.
Научная программа будет содержать результаты последних научных достижений в диагностике, лечении и профилактике наиболее распространенных болезней детского возраста.
В рамках Конгресса будут проведены мероприятия для молодых ученых: Конференция «Таболинские чтения» и Конкурс молодых ученых по специальностям педиатрия и стоматология с вручением дипломов.

Российский Конгресс «Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии» участвует в программе непрерывного медицинского образования. Для достижения образовательных целей программа сбалансирована по времени и содержит мультимедийные презентации, интерактивные лекции, дискуссии, «круглые столы», сессии "вопрос-ответ" и клинические разборы. По завершению проводится тестирование, по результатам которого будут выдаваться сертификаты НМО.

На Конгрессе будет работать тематическая выставка, в которой примут участие ведущие российские и зарубежные компании, действующие на фармацевтическом рынке, в области медицинской техники и детского питания, будут представлены новые лекарственные препараты, биологические активные добавки, современные нутрициологические средства, новейшее лабораторное, диагностическое и лечебное оборудование.

Организаторы конгресса:

Прием тезисов до 1 июля 2017 года.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ
РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ им. Н.И. Пирогова
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ ПЕДИАТРИИ им. академика Ю.Е. ВЕЛЬТИЩЕВА
РОССИЙСКАЯ АССОЦИАЦИЯ ПЕДИАТРИЧЕСКИХ ЦЕНТРОВ
АССОЦИАЦИЯ ДЕТСКИХ КАРДИОЛОГОВ РОССИИ
ТВОРЧЕСКОЕ ОБЪЕДИНЕНИЕ ДЕТСКИХ НЕФРОЛОГОВ
НАЦИОНАЛЬНАЯ ПЕДИАТРИЧЕСКАЯ АКАДЕМИЯ НАУКИ И ИННОВАЦИЙ
НАЦИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ ДИЕТОЛОГОВ И НУТРИЦИОЛОГОВ
ОБЩЕСТВО ДЕТСКИХ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГОВ
СОЮЗ ДЕТСКИХ АЛЛЕРГОЛОГОВ
РОССИЙСКАЯ АССОЦИАЦИЯ ЛОР-ПЕДИАТРОВ
РОССИЙСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИКО-СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ ПИТАНИЯ РАМН

2017
Москва, 24-26 октября

СЕКРЕТАРИАТ ОРГКОМИТЕТА:
125412, г. Москва, ул. Талдомская, д. 2,
Научно-исследовательский клинический институт педиатрии
Оргкомитет XVI Российского Конгресса
«Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии»
Тел.: +7 (926) 525-16-82, E-mail: congress@pedklin.ru, www.congress2017.pedklin.ru