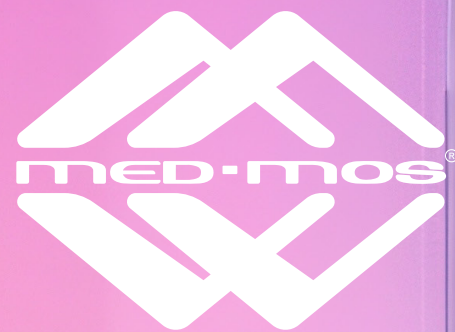




МедМос Медиа
журнал о медицинской индустрии



medmos.media

№ 1 (4) 2025

МедМос Медиа
журнал о медицинской индустрии



ДЕТСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

портал в жизнь

ТЕМА НОМЕРА
24 Дизайн, который лечит
Как детские больницы меняют свой облик

ИСТОРИЯ
50 В зеркале истории
Этапы развития детского здравоохранения в России

ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ
58 К здоровью через кишечник
Сохранение микробиоты на ранних этапах жизни

ГОСТЬ НОМЕРА
Петрова
Анастасия Сергеевна
главный внештатный неонатолог
Министерства здравоохранения
Московской области



Журнал «МедМос Медиа» поддерживает политику открытого доступа в целях обмена опытом, популяризации научных знаний и продвижения лучших практик в разных сферах медицинской индустрии. Все публикации доступны авторам и читателям журнала без ограничений. Пользователи могут читать, изучать и распространять материалы со ссылкой на издание.

Содержание

- 04** **НОВОСТИ**
- 14** **ЦИФРЫ И ФАКТЫ**
- 16** **ГОСТЬ НОМЕРА**
Портал в жизнь
Интервью с главным внештатным специалистом-неонатологом Московской области Петровой А.С.
- 22** **ИНФОГРАФИКА**
Практические рекомендации по охлаждению новорождённого при асфиксии
- 24** **ТЕМА НОМЕРА**
Дизайн, который лечит.
Как детские больницы меняют свой облик
- 30** **МНЕНИЕ**
Понять, чтобы помочь.
Роль коммуникации в процессе лечения
- 36** **ГОВОРЯТ ДЕТИ**
Сегодня – игра, завтра – профессия
Здоровье глазами детей: мир без фильтров.
На пороге взрослой жизни
- 44** **КАДРЫ**
Доктор Смех.
Больничные клоуны в детском здравоохранении
- 50** **ИСТОРИЯ**
В зеркале истории.
Этапы развития детского здравоохранения в России
- 57** **ЦИФРЫ И ФАКТЫ**
- 58** **ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ**
К здоровью через кишечник.
Сохранение микробиоты в раннем возрасте.
- 64** **БЛАГОДАРНОСТЬ**

От редакции

Дорогие читатели!

С каждым новым поколением мы все больше осознаем, что забота о благополучии детей — это ключевая задача всего общества. Сегодня специалисты из разных профессиональных областей — врачи, педагоги, психологи, социальные работники — сообща создают мир здорового и счастливого детства, который служит основой для развития гармоничной личности.

В новом выпуске «МедМос Медиа» мы приглашаем вас в увлекательное путешествие по миру детского здравоохранения, где история, наука и человеческие отношения переплетаются в единое целое. Мы вспомним о пути становления педиатрии, расскажем о новых методиках и технических решениях, оценим опыт зарубежных коллег и постараемся взглянуть на современную детскую медицину глазами маленьких пациентов.

Однако здоровье — это не только технологии и методы, но и общение между врачами, родителями и детьми. Мы обсудим, как диалог может стать ключом к успешному лечению и восстановлению, помогая создать атмосферу доверия и поддержки.

Приятного чтения!

«МедМос Медиа»
Журнал о медицинской
индустрии
№ 1 (4) 2025

ПИ № ФС77-87281
от 27 апреля 2024 г.
E-mail:
press@med-mos.ru

Главный редактор:
Пылева П. Н.

Дизайн, вёрстка:
Рыжов Д. В.,
Колотова О. И.

Фото:
Боровистов Д. О.,
Лабунский К. С.,
Торговый Дом МедМос,
Freerik

Научный редактор:
Чебоксаров Д. В., к. м. н.

Редколлегия:
Забозлаев С. Н.
Иванов К. С.
Катая В. В.
Сирин И. В.

Тираж: 700 экз.
Периодичность:
4 раза в год

Распространяется
бесплатно

Аудитория: 16+

Издатель:
«МедМос Медиа»
Адрес издателя: Россия,
125222, г. Москва, ул. Генера-
ла Белобородова, дом 35/2,
помещение X

ФЕДЕРАЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ

Национальный проект «Семья»

Михаил Мурашко: «За время реализации нацпроекта «Семья» планируется оснастить медицинским оборудованием 180 детских больниц по всей стране».

С 1 января 2025 года в России началась реализация национального проекта «Семья», включающего пять федеральных программ: «Поддержка семьи», «Многодетная семья», «Старшее поколение», «Охрана материнства и дет-

ства», «Семейные ценности и инфраструктура культуры». Проект охватывает широкий спектр вопросов, связанных с поддержкой и развитием семей в России. Среди основных целей – улучшение демографической ситуации, поддержка рождаемости и многодетности, укрепление института семьи. В рамках проекта запланирован ряд мер в сфере здравоохранения, в том числе расширение сети женских консультаций, модернизация перинатальных центров и детских боль-

ниц, оснащение детских медицинских организаций. По словам министра здравоохранения РФ Михаила Мурашко, до 2030 года планируется оснастить медицинским оборудованием 180 детских больниц по всей стране. Ожидается, что реализация национального проекта «Семья» поспособствует увеличению суммарного коэффициента рождаемости и продолжительности жизни, а также улучшению социальной защиты и сохранению традиционных ценностей. ■■■



МЕДИЦИНСКОЕ ОБОРУДОВАНИЕ

Терапевтическая гипотермия

«Торговый Дом МедМос», компания-производитель медицинского оборудования, представила новую версию терморегулирующего аппарата ГИПОТЕРМ-Нео. Презентация модели прошла 13 февраля 2025 года в рамках Секции по неонатологии Московского общества детских врачей. ГИПОТЕРМ-Нео предназначен для целенаправленного регулирования температуры

пациентов в неонатальных и педиатрических стационарах. Одна из ключевых областей его применения – проведение терапевтической гипотермии новорожденным, перенёсшим асфиксию в родах. Аппарат получил регистрационное удостоверение Росздравнадзора и будет выпускаться на новой промышленной площадке МедМос в ОЭЗ «Дубна» с 2025 года.



Модель позволит решить вопросы оснащения профильных клиник в условиях импортозамещения. Подробнее на стр. 8.

Рассветы и закаты в инкубаторе

Учёные Тамбовского государственного технического университета разработали макет первого в России инкубатора для новорожденных с систе-

мой имитации рассветов и закатов. Устройство оснащено модулем управления микроклиматом и имитирует циркадные ритмы, что способствует

улучшению здоровья младенцев. Проект получил поддержку Российского научного фонда и признан одним из лучших изобретений 2024 года. ■■■

НЕОНАТОЛОГИЯ

Асфиксия новорождённых: стратегия борьбы

В 2024 году вышло в свет новое учебное пособие для практикующих врачей «Актуальные вопросы диагностики и лечения асфиксии новорождённых». В издании представлены современные знания и методики, направленные на снижение риска инвалидности и смертности среди младенцев, рождающихся с асфиксией. Авторы подчёркивают важность своевременного начала терапевтических мероприятий, таких как сеансы терапевтической гипотермии, которые являются наиболее эффективным способом защиты мозга младенца от повреждений, вызванных кислородным голоданием. Подробнее на стр. 12.

Неонатальный скрининг: взгляд экспертов

В феврале 2025 года специалисты Медико-генетического научного центра имени академика Н. П. Бочкова направили в Минздрав РФ предложение по расширению программы неонатального скрининга. Эксперты предложили включить в исследование миодистрофию Дюшенна-Беккера и AADC-синдром, а также лизосомные болезни накопления. По мнению авторов инициативы, это поможет своевременно диагностировать и эффективно лечить данные заболевания. ■■■





ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ

Выпрямляя судьбы

Специалисты РНПЦ травматологии и ортопедии республики Беларусь вместе с российскими коллегами из НМИЦ детской травматологии и ортопедии им. Г.И.Турнера предложили новые методы диагностики и лечения детей с тяжёлыми деформациями позвоночника. Исследования проводились в рамках союзной программы «Спинальные системы». Важным совместным достижением стала разработка передовых хирургических методик и металлических спинальных систем, позволяющих индивидуально подбирать компоненты для каждой запланированной операции. В планировании операций используется компьютерное моделирование и прототипирование. Это позволяет прогнозировать объёмы вмешательств, оптимально располагать элементы конструкций и добиваться полной коррекции врождённых деформаций.

Растущий эндопротез: новая реальность

В НМИЦ детской травматологии и ортопедии им. Г.И. Турнера в Санкт-Петербурге 15-летней пациентке установили первый «растущий» эндопротез российского производства. Устройство, созданное учёными из Самары, может менять длину до 10–15 см, следуя росту ребёнка. Телескопическое увеличение длины происходит под действием внешнего магнитного поля, которое раздвигает штифт внутри протеза. Такой принцип регулировки исключает необходимость частых хирургических вмешательств, связанных с заменой конструкции. ■■■

ОНКОЛОГИЯ

Будем жить!

В начале февраля 2025 года в Государственном Кремлевском дворце состоялась девятая церемония вручения премии «Будем жить!», приуроченная ко Всемирному дню борьбы с раком. За выдающийся вклад в направление были отмечены врачи-онкологи, а также медицинские и педагогические коллективы.

В номинации «Лучший детский онколог «Волшебники в белых халатах» победили три сотрудника Морозовской детской больницы: Элла Кумирова, заместитель главного врача по онкологии, Глеб Бронин, заведующий отделением трансплантации костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток и Ольга Ти-



ганова, врач-онколог отделения онкологии и гематологии и главный внештатный детский специалист онколог.

Лауреатами в номинации «Дарящие знания и умения» стали пять госпитальных педагогов проекта «УчимЗнаем» из различных регионов России: Ксения Шуст и Мария Широга из Москвы, Дарья

Витютнева из Кузбасса, Елена Булышева из Республики Коми, Валентина Потатуйева из Ростова-на-Дону. Проект «УчимЗнаем», стартовавший в 2014 году при поддержке Минпросвещения России, охватывает 67 госпитальных школ от Владивостока до Калининграда, предоставляя образование детям, находящимся на длительном лечении. ■■■

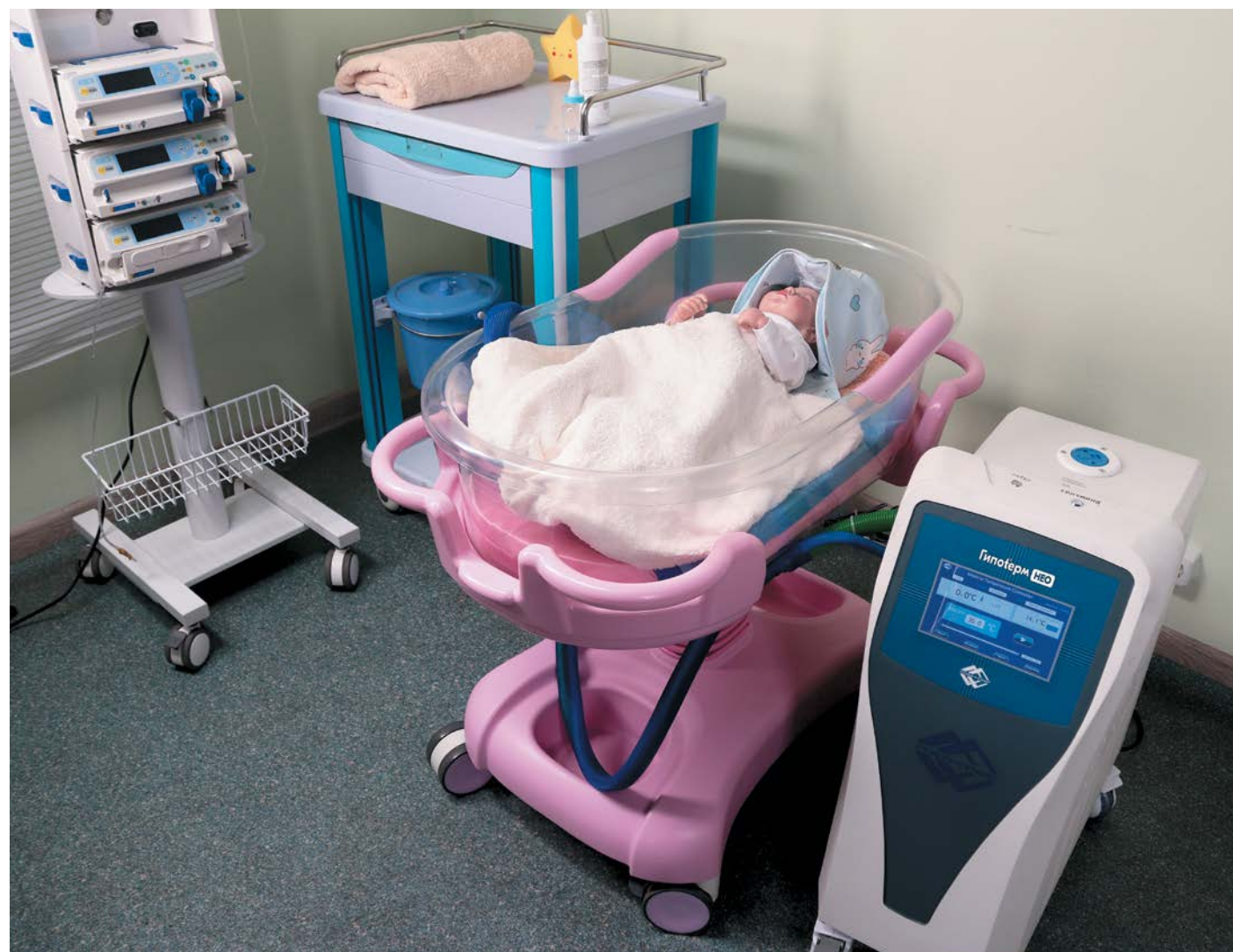


ПОДГОТОВКА КАДРОВ

Онлайн-образование: что дальше?

В конце февраля 2025 года Госдума приняла поправку, ограничивающую дистанционное обучение для врачей и фармацевтов. Теперь полностью удалённый формат запрещён для программ с практическими элементами, а итоговая аттестация будет проходить только очно. Тем не менее, допускаются гибридные модели, где теория преподаётся дистанционно, но практика остаётся обязательной. При этом онлайн-курсы должны соответствовать

государственным стандартам. Как отмечают авторы нового законопроекта, эти меры направлены на поддержание высокого качества подготовки сотрудников здравоохранения. Однако существуют опасения, что ужесточение правил приведёт к росту затрат на обучение и снизит гибкость планирования для работающих специалистов. Все учебные заведения должны адаптироваться к изменениям до 1 сентября 2025 года. ■■■



Российские разработчики представили аппарат для выхаживания новорождённых

13 февраля 2025 года в Балашихе прошла Секция по неонатологии Московского общества детских врачей – научно-практический семинар, освещающий актуальные вопросы направления. В рамках мероприятия ком-

пания-производитель «Торговый Дом МедМос» представила новую версию терморегулирующего аппарата «ГИПОТЕРМ-Нео», который создавался под руководством академика Володина Н.Н. и в тесном сотрудничестве

с врачами-неонатологами. В работе над аппаратом приняли участие ведущие специалисты ФГБУ НМИЦ имени В.И. Кулакова, ГБУЗ МО МОПЦ г. Балашиха и Перинатального центра ГБУЗ ГКБ №67 им. Л.А. Ворохобова.

«Совместными усилиями нам удалось создать аппарат, максимально соответствующий потребностям детского здравоохранения. Новая модель прошла успешную клиническую апробацию в ведущих медучреждениях Москвы и Московской области. Надеемся, что наш «ГИПОТЕРМ-Нео» станет для неонатологов верным помощником, который позволит сохранить здоровье и жизни самых маленьких пациентов», – комментирует Игорь Викторович Сирин, руководитель производственного направления и R&D-центра МедМос.

Одна из ключевых областей применения аппарата – проведение терапевтической гипотермии (охлаждения) новорождённым, перенёсшим асфиксию в родах. Процедура обеспечивает нейропротективный эффект, увеличивает выживаемость и снижает риск инвалидизации.

Профессиональное сообщество высоко оценило модернизированный «ГИПОТЕРМ-Нео». За вклад в развитие терапевтической гипотермии новорождённых компания получила почётную грамоту от Ассоциации специалистов перинатальной медицины (АСПМ+). На церемонии награждения Николай Николаевич Володин рассказал участникам мероприятия об этапах совместной работы над аппаратом, результатах апробации новой модели, а также важной роли импортозамещения и импортонезависимости в детском здравоохранении.

Гипотерм: путь к пациентам

Путь аппаратов «Гипотерм» к пациентам начался более 5 лет назад. Несмотря на объективные сложности, связанные с последствиями пандемии коронавируса, в том числе для цепочек кооперации, компания впервые представила свою разработку профессиональному медицинскому сообществу – Ассоциации специалистов перинатальной медицины – уже в 2022 году. По итогам



апробации, проведённой в медицинских центрах Москвы и Московской области, было решено доработать изделие. В течение восьми месяцев специалисты МедМос проводили модернизацию модели. В изделие внесли ряд существенных изменений. Так, в аппарат был интегрирован PID-регулятор для автоматизированной гипотермии, предусмотрена возможность

автоматического перехода от согревания к охлаждению, усовершенствована конфигурация терморегулирующего матрасика.

В аппарате предусмотрено автоматическое изменение температуры циркулирующей жидкости с целью поддержания ректальной температуры 33,50 в течение 72 часов.



Принцип работы устройства основан на циркуляции в замкнутом контуре термонесущей жидкости. Управление температурой происходит неинвазивно, за счёт использования внешних крио-аппликаторов: мягких шлемов и одеял. Шлем предназначен для краниocereбральной гипотермии, а одеяло – для регулирования температуры всего тела пациента. В аппарате предусмотрены два выхода для одновременного подключения двух контуров, что помогает решать комплекс задач. Безопасный неинвазивный способ терморегуляции не требует сложных навыков от медперсонала. Базовые знания для работы с оборудованием можно получить, посетив обучающее занятие, которое проводят эксперты компании в медицинских учреждениях при установке оборудования.

Окно возможностей

Целенаправленное регулирование температуры тела пациента (ЦРТ) с помощью аппаратов является эффективным, безопасным и хорошо изученным методом. Тем не менее его широкое применение в российских клиниках долгое время было под вопросом из-за отсутствия доступных технических решений для проведения процедуры. Дорогостоящее иностранное оборудование использовалось только крупными столичными клиниками и частными медицинскими центрами. Эта ситуация сформировала в профессиональной

медицинской среде запрос на отечественные разработки в области терапевтической терморегуляции.

Ещё на этапе проектирования производителю удалось оптимизировать стоимость эксплуатации аппарата и сделать его доступным практически для любого медицинского учреждения страны. Так, было принято решение отказаться от одноразовых аксессуаров в пользу много-разовых элементов. Терморегулирующие аксессуары аппарата могут подвергаться чистке и дезинфекции и использоваться многократно. Кроме того, при составлении рецептуры термонесущей жидкости разработчики отказались от дорогостоящих и труднодоступных компонентов в пользу водного раствора медицинского спирта или дистиллированной воды, которые есть в любом медицинском учреждении. С учётом собственного производства, налаженной логистики и сервисного сопровождения «Гипотерм» представляет собой качественную и доступную систему контроля температуры в условиях медицинских стационаров.

Импортонезависимость в такой социально-значимой области, как неонатология и перинатальная медицина, обеспечит стабильную работу медучреждений и защитит право на здоровье самых маленьких пациентов. Сегодня тесное сотрудничество профильных организаций, практикующих врачей и производи-



«На российском рынке медицинского оборудования за долгие годы сложилась импортоориентированная модель, и сегмент терморегулирующих устройств не исключение, – поясняет генеральный директор «Торгового Дома МедМос» Сергей Николаевич Забозлаев. – До недавнего времени эта ниша была занята в основном иностранными брендами. Однако из-за высокой цены они были недоступны большинству клиник. С 2022 года добавились сложности с поставками импортных аппаратов и расходных материалов к ним, а также и сервисным обслуживанием импортного оборудования. Это выявило запрос на отечественные разработки и поставило перед нами амбициозную задачу: создать собственное техническое решение, не уступающее по качеству зарубежным аналогам, и при этом обеспечить демократичную цену на оборудование, поспособствовав таким образом активному развитию метода ЦРТ в клиниках России».

телей медоборудования становится необходимым условием для успешного внедрения новых отечественных технологий. Как отмечают представители компании, «ГИПОТЕРМ-Нео» позволит решить вопросы оснащения клиник в условиях санкций и сделает

высокотехнологичную процедуру доступной. «ГИПОТЕРМ-Нео» уже прошёл регистрацию в Росздравнадзоре, и с 2025 года компания готова принимать заказы. Аппараты производятся на новой промышленной площадке МедМос в ОЭЗ «Дубна». ■■■

Выпущено новое учебное пособие по вопросам асфиксии новорождённых

В 2024 году вышло в свет новое учебное пособие для практикующих врачей «Актуальные вопросы диагностики и лечения асфиксии новорождённых». Оно посвящено ведению новорождённых с асфиксией и связанных с ней состояний, таких как гипоксически-ишемическая энцефалопатия (ГИЭ). В издании представлены актуальные знания и методики, направленные на снижение риска инвалидности и смертности

среди младенцев, рождающихся с асфиксией.

Асфиксия при рождении – это неспособность новорождённого инициировать и поддерживать адекватное самостоятельное дыхание.

Пособие содержит информацию о том, как классифицировать степень тяжести асфиксии, основываясь на Международной классификации

болезней (МКБ-10), а также подробно описывает методы диагностики и оценки рисков дальнейшего развития ГИЭ. Авторы подчёркивают важность своевременного начала терапевтических мероприятий, таких как сеансы терапевтической гипотермии (ТГ), которые являются наиболее эффективным способом защиты мозга младенца от повреждений, вызванных кислородным голоданием.

«Управляемая гипотермия минимизирует риск летального исхода и значимого неврологического дефицита у новорождённого после перенесённой тяжелой асфиксии и увеличивает процент выживших новорождённых с минимальным процентом инвалидизации. Для принятия решения о необходимости проведения сеанса ТГ период диагностики риска развития патологических изменений в центральной нервной системе составляет 360 минут или 6 часов», – отмечается в учебном пособии.



” Основные ante- и интранатальные факторы риска асфиксии новорождённых в процентном отношении:

- фетоплацентарная недостаточность – 32%;
- преждевременный разрыв плодных оболочек и медицинские аборт в анамнезе – по 30%;
- первая беременность, анемия, ожирение, гипертоническая болезнь, курение, возраст матери > 35 лет – по 18%;
- истмико-цервикальная недостаточность – 16%;
- антенатальная гибель в анамнезе, угроза прерывания беременности, вагинит – по 14%;
- острые респираторные инфекции в период беременности, вспомогательные репродуктивные технологии (ЭКО), миома матки – по 12%;
- маловодие – 8%;
- многоводие – 6%.

Источник: Таранушенко Т.Е., Паршин Н.А., Ваганов А.А., Овчинникова Т.В. Факторы риска развития асфиксии при рождении. Медицинский совет. 2022;16(19):21–28.

“



Особую ценность представляет практический опыт работы Центра асфиксии новорождённых Московской области и его взаимодействие с бригадами РКЦН и лечебными учреждениями. Значительное внимание уделяется вопросам подготовки медицинских работников и организации работы многопрофильных команд, занимающихся лечением детей с асфиксией. В пособии подчёркивается важность координации действий между

учреждениями разного уровня, от роддомов до специализированных центров III уровня, где проводится комплексное лечение и реабилитация новорождённых.

Издание позволит практикующим специалистам в сжатые сроки эффективно структурировать материал, необходимый для качественного оказания медицинской помощи новорождённым с асфиксией, провести самоконтроль знаний при помощи те-

стовых вопросов и подготовиться к аккредитации. Учебное пособие будет полезно врачам-неонатологам, педиатрам, анестезиологам-реаниматологам и другим специалистам, работающим в сфере охраны материнства и детства. Оно станет ценным источником информации для студентов медицинских вузов и молодых врачей, стремящихся повысить свою квалификацию в этой значимой области медицины. ■■■

В подготовке и написании принимали участие научные сотрудники отдела неонатальной медицины и когнитивного развития ГБУЗ Московской области «НИКИ детства МЗ Московской области»: **Малютина Л. В.** (к. м. н., в. н. с., зам. гл. вр. ГБУЗ МО «Щёлковский перинатальный центр», зав. каф. неонатологии ГБУЗ МО ФУВ «МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского», доцент), **Петрова А. С.** (к. м. н., в. н. с.), **Лаврентьев С. Н.**, **Кондратьев М. В.**, **Грызунова А. С.** и зав. РКЦ новорождённых ГБУЗ МО Московский областной перинатальный центр **Поволоцкий А. В.**

Рецензировали учебное пособие **Карпова А. Л.** – заведующий неонатальным стационаром ГБУЗ «Городская клиническая больница № 67 им. Л. А. Ворохобова ДЗМ», к.м.н., доцент кафедры неонатологии ФГБОУ ДПО «РМАНПО» и **Яковлев А. В.** – заместитель главного врача по анестезиологии, реаниматологии и неонатологии, ассистент кафедры неонатологии с курсами неврологии и акушерства-гинекологии ФП и ДПО, ФГБОУ ВО «СПбГПМУ» МЗ РФ.

Цифры и факты



Данные профилактических осмотров детей

1	группа здоровья —	29,1 %
2	группа здоровья —	55,2 %
3	группа здоровья —	13,1 %
4	группа здоровья —	0,6 %
5	группа здоровья —	2,0 %

Коэффициент младенческой смертности*

* Коэффициент младенческой смертности — число умерших в возрасте до 1 года в расчёте на 1000 родившихся живыми.

** Пандемия COVID-19

*** По данным за первое полугодие 2024 года в пересчёте на год

2020	—	4,5 %
2021**	—	4,6 %
2022	—	4,4 %
2023	—	4,2 %
2024***	—	4,0 %



Портал в жизнь

«Мы стремимся к тому, чтобы ребёнок не просто выжил, но и выжил с минимальными неврологическими потерями, с сохранным здоровьем.»

Петрова А. С.

Первые 28 дней самые важные в жизни каждого человека.

Именно в это время закладываются основы для дальнейшего гармоничного развития. Заботясь о состоянии новорождённого, неонатологи определяют его судьбу на много лет вперёд. По сути, именно эти специалисты являются архитекторами здоровья всего современного общества.

О личных и профессиональных качествах врачей-неонатологов, а также их роли в системе здравоохранения мы поговорили с Анастасией Сергеевной Петровой, главным внештатным специалистом-неонатологом Московской области, заместителем главного врача по педиатрической помощи Московского областного перинатального центра в Балашихе.



Петрова А. С.

Анастасия Сергеевна, почему вы решили стать неонатологом?

С детства меня окружали люди, которые посвятили себя медицине. Моя мама педиатр, и я всегда знала, что буду врачом, поэтому вопрос выбора профессии даже не обсуждался. Я, в принципе, тоже хотела стать детским врачом, но уже к концу обучения в медицинском институте стала больше склоняться к акушерству и гинекологии. В результате при поступлении в ординатуру выбор пал на неонатологию – науку, которая занимается изучением и оказанием помощи детям первых 28 дней жизни. Она является частью педиатрии и в то же время тесно связана с акушерством.

Неонатологию считают одним из самых сложных направлений педиатрии. Вы согласны с этим?

Я бы сказала несколько иначе: это направление имеет свои специфические особен-

ности. В первую очередь, неонатология – это междисциплинарная область, в чём заключается и привлекательность, и сложность нашей профессии. Чтобы оказать качественную помощь новорождённым, нужен очень серьёзный багаж знаний. Необходимо знание реанимации, физиологии и всех других смежных специальностей, в том числе неврологии, кардиологии, генетики. То есть неонатология – это большая наука, требующая от специалиста широты профессионального кругозора.

Какими чертами характера должен обладать человек, чтобы состояться в этой профессии?

Как и для любого врача, это, в первую очередь, эмпатия, а также постоянное стремление к самообразованию и саморазвитию. Кроме того, для неонатолога очень важна способность быстро принимать решения, потому что всё-таки мы работаем в достаточно валентной специальности. Начиная

с родильного зала могут возникнуть всевозможные критические состояния и потребоваться реанимационная помощь. И от того, насколько мы профессионально подготовлены, насколько быстро сориентируемся в ситуации, зависит дальнейшее здоровье малыша.

Как при таких высоких эмоциональных нагрузках избежать выгорания, ведь невозможно привыкнуть к детским страданиям и тем более к детской смерти?

Это, действительно, очень сложно, поэтому на сегодняшний день в медицине хорошо развита система психологической помощи. Например, в нашем центре мы постоянно занимаемся вопросами профессионального выгорания: проводим профилактики, всевозможные тренинги, тимбилдинги, арт-терапии. Мы используем методики смещения фокуса внимания, разбираем кейсы взаимодействия с пациентом и с коллегами внутри коллектива. И, конечно, если речь идёт о смерти пациента, это всегда очень сложно. Такие ситуации мы обязательно анализируем с психологом, отрабатываем навыки сообщения плохих новостей, потому что, безусловно, это отнимает очень много эмоциональных сил.

Любая область педиатрии – это не только работа с пациентом, но и взаимодействие с родителями. Как вы оцениваете роль коммуникации с семьёй в лечении и реабилитации?

Ещё, по-моему, Гиппократ говорил о том, что болезнь можно победить, когда врач и пациент решают эту задачу сообща. А поскольку в нашем случае речь идёт о совсем маленьких пациентах, новорождённых, такое сотрудничество особенно важно. Мы уделяем большое внимание работе с семьёй, потому что от настроения семьи во многом зависит исход. Консультирование – отдельная, очень важная область, которой нужно обучаться. Нужно проводить тренинги, чтобы врач вла-

дел методиками эффективной коммуникации и мог правильно выстроить процесс общения. До недавнего времени эту дисциплину не преподавали в медицинских вузах. Но сегодня в системе последипломного образования представлено большое количество курсов по консультированию пациентов.

Как изменились возможности неонатальной помощи за последние десятилетия?

В последние 10-20 лет неонатология очень активно развивается. Нам стали доступны технологии, которые помогают выхаживать даже самых маленьких недоношенных детей, меньше килограмма. На сегодняшний день, благодаря современному оборудованию, технологиям, новым препаратам, нам удаётся добиться достаточно высокой выживаемости таких детей. И не менее важно, конечно, качество жизни спасённых малышей. То есть мы стремимся к тому, чтобы ребёнок не просто выжил, но ещё и выжил с минимальными неврологическими потерями, с сохранным здоровьем. В целом, если говорить о детях с врождёнными пороками развития, сегодня стала доступна внутриутробная хирургия. И после рождения таких детей есть возможность оперировать, в том числе и при помощи эндоскопических методов, что позволяет минимизировать негативные воздействия.



Анастасия Сергеевна, вы возглавляете Кафедру неонатологии ГБУЗ НИКИ детства. Какие образовательные задачи сегодня наиболее актуальны?

Мы живём в мире, где потоки всевозможной информации постоянно увеличиваются, это касается в том числе и профессиональных знаний. Сегодня время стало для всех самым ценным ресурсом, поэтому очень важно уметь ориентироваться в этом потоке, вычленять то необходимое, что позволит улучшить качество работы врача. Мы видим свою задачу в создании современного образовательного продукта, который поможет любому специалисту, где бы он ни находился, быстро получить самую релевантную информацию с точки зрения доказательной базы последних исследований. Чтобы у него была возможность в любое удобное время прослушать лекции по своему направлению, посмотреть видеоматериалы, получить чек-листы или другую полезную информацию, которую можно будет интегрировать в практику.

Расскажите, пожалуйста, о работе Центра асфиксии и его роли в системе здравоохранения Московской области.

Московский областной перинатальный центр в цифрах:

- 30 коек в неонатальной реанимации
- 15 выездных бригад
- 4 клинические базы

В нашем перинатальном центре с 2016 года функционирует Центр асфиксии. Почему именно у нас? Потому что Московский областной перинатальный центр города Балашиха является якорным учреждением родовспоможения Московской области. У нас самое большое отделение неонатальной реанимации, на 30 коек, современное оборудование, высокопрофессиональная команда врачей и среднего медицинского

персонала. В нашем распоряжении 4 клинические базы по акушерству, гинекологии, неонатологии и реанимации. У нас действует реанимационно-консультативный центр новорождённых, работает 15 выездных транспортных бригад. Благодаря этим ресурсам мы можем максимально быстро реагировать на вызов и оказывать помощь любому новорождённому ребёнку Московской области. На месте.

Как и во многих регионах Российской Федерации, у нас в области выстроено трёхуровневое оказание системы медицинской помощи. Мы уникальны тем, что у нас функционирует 6 перинатальных центров, институт акушерства и гинекологии, 33 родовспомогательных учреждения, и в каждом из них есть возможность оказывать помощь новорождённым детям и женщинам. На случай рождения малыша в асфиксии у нас есть чёткий алгоритм действий. В течение получаса происходит оповещение, и ближайшая бригада выезжает на место.

Безусловно, маршрутизация очень хорошо работает. В основном женщины со средним и высоким перинатальным риском рожают в учреждениях третьего уровня. То есть, если ребёнок в асфиксии рождается на третьем уровне, то это, конечно, курация нашего Центра асфиксии и реанимационно-консультативного центра. Но если такая ситуация происходит на втором уровне, мы принимаем решение о медицинской эвакуации к нам в центр и о необходимости проведения терапевтической гипотермии.

С 2016 года в Центре асфиксии Московского областного перинатального центра пролечено более 500 пациентов.

В машине скорой помощи есть всё необходимое, начиная с респираторной и гемодинамической поддержки. В некоторых машинах есть портативный аппарат для гипотермии – мы можем провести процедуру на месте или в дороге. Если нужна дополнительная диагностика, ребёнок поступает к нам в отделение. Здесь в нашем распоря-

жении ещё 5 аппаратов для терапевтической гипотермии, а также всё необходимое оборудование и подготовленные специалисты, в том числе специалист по функциональной диагностике.

На базе нашего центра работает отделение ранней реабилитации для новорождённых. И как только ребёнок выходит из критического состояния, начинается реабилитация. После этого мы готовим ребёнка к выписке. В дальнейшем он наблюдается в отделении катмнеза нашего перинатального центра. Все эти случаи мы анализируем, проводим научные исследования, в том числе совместно с федеральными центрами. За годы работы нашими специалистами накоплен уникальный опыт. В этом году мы выпустили методическое учебное пособие по оказанию помощи детям, рождённым в асфиксии, сделали онлайн-калькулятор, который помогает быстро принять решение о проведении терапевтической гипотермии. Всё это в совокупности (научные исследования, алгоритмы действий, калькуляторы, маршрутизация) направлено на улучшение исхода у детей, которые перенесли как умеренную, так и тяжёлую асфиксию.

Что бы вы хотели изменить в детском здравоохранении?

Наверное, ничего. Если говорить о неонатологии, на мой взгляд, все процессы очень хорошо отлажены, всё функционирует. Я считаю, что нас слышит наше руководство. Министерство здравоохранения Московской области и мой непосредственный руководитель Ольга Фёдоровна Серова всегда прислушиваются ко всем нашим пожеланиям. Постоянно совершенствуются рабочие процессы, открываются новые отделения, реализовываются новые проекты. На сегодняшний день также есть возможность проводить научно-исследовательские работы при поддержке Минздрава Московской области. Всё это позволяет нам активно развивать направление и улучшать качество помощи нашим пациентам.



Что бы вы пожелали будущим специалистам, которые решили связать свою жизнь с неонатологией?

Я всех всегда приглашаю в неонатологию, потому что это разносторонняя и очень интересная специальность, которая бурно у нас развивается. Сегодня у неонатологов масса возможностей для профессионального роста: научная деятельность, публикации, образовательные и просветительские проекты. Перспективы в нашем направлении, действительно, впечатляют, но многое зависит от мотивации специалиста, от эмпатии, от любви к профессии и осознания важности своей миссии. Ведь неонатолог – это первый врач в жизни каждого человека, который закладывает основы для его успешного развития и во взрослом возрасте. И если вы решили посвятить себя неонатологии, я думаю, что вас ждут большие свершения и большое будущее, потому что здоровье наших детей – это здоровье всего общества. Может ли что-то быть важнее и дороже? ■■■

Практические рекомендации по охлаждению новорождённого при асфиксии*



1 Оцените состояние новорожденного.



2 При наличии показаний к проведению сеанса терапевтической гипотермии, свяжитесь с РКЦН, Центром асфиксии новорожденных.



3 Выхаживайте новорожденного раздетым, используйте только подгузник.



4 Выхаживание новорожденного должно проводиться в открытой реанимационной системе (ОРС) с выключенным источником обогрева.



5 Можно использовать инкубатор при следующих условиях: открытые окна, выключенный обогрев, влажность.



6 Смените матрац, находившийся в кувете/ОРС с включенным обогревом.



7 Вставьте ректальный датчик температуры.
Не начинайте пассивное охлаждение без возможности мониторинга ректальной температуры.



8 Регистрируйте температуру тела каждые 15 минут.
Не используйте пакеты/грелки со льдом.



Активное охлаждение

9 Начните аппаратное охлаждение, как только оно будет доступно.

30 минут – оптимальное время достижения ректальной температуры тела при аппаратном охлаждении.



Пассивное охлаждение

10 Помните, новорождённые с асфиксией склонны к более глубокой и быстрой гипотермии, поэтому при регистрации ректальной температуры тела 34°C следует начать минимальное согревание.

11 Минимальное согревание проводится путем одевания шапочки на голову ребенка и включения источника подогрева на минимальную температуру.

12 При продолжающемся быстром охлаждении согревайте ребенка путем повышения температуры тела обогрева ступенчато, поддерживайте температуру тела в пределах 34°C.

2 часа — оптимальное время достижения ректальной температуры тела 34°C.

13 Оценка листа температуры тела — информация о скорости охлаждения ребенка.

* По материалам учебного пособия «Актуальные вопросы диагностики и лечения асфиксии новорождённых» под ред. Захаровой Н. И.

Дизайн, который лечит

Как детские больницы меняют свой облик

О благотворном влиянии цвета на процесс выздоровления известно давно. Психиатр и невролог Владимир Михайлович Бехтерев отмечал, что умело подобранная гамма цветов способна благотворнее воздействовать на нервную систему, чем иные микстуры. В последние десятилетия в медицине наблюдается эволюция в подходах к взаимодействию врачей и пациентов. Одним из наиболее заметных изменений стал отказ от традиционного белого цвета в униформе медработников и оформлении больничного интерьера. Особенно ярко новые тенденции отразились в педиатрии. Стремление врачей создать более дружелюбную и комфортную атмосферу для юных пациентов и их родителей полностью преобразило современные детские больницы.



Безупречный белый

Дизайн интерьеров больниц строится на принципах функциональности и комфорта. Традиционный белый цвет в отделке стен, потолков и полов помогает создать чистую и спокойную атмосферу. Он визуально увеличивает помещение, придавая ему лёгкость и воздушность. Универсальность и гармоничность этого цвета позволяют интегрировать его в любое пространство. Более того, доказано, что белый цвет помогает медперсоналу лучше концентрироваться на работе, настраивает на открытость и самоотдачу. И, конечно, пациенты быстрее проникаются доверием к больнице, где всё сверкает ослепительной белизной. Униформа медработников чаще всего тоже выполнена в белом цвете. Белый халат, знакомый пациентам по всему миру, стал не просто традиционной рабочей одеждой врачей, но и главным символом медицины.

По одной из версий, идея белых халатов появилась в России по инициативе Н. И. Пирогова, который первым поднял вопрос о необходимости специальной формы для хирургов. До этого российские хирурги, в том числе и сам Пирогов, оперировали в плотных фартуках поверх своей обычной одежды. Однако, когда Николай Иванович высказал мнение, что уличная одежда служит источником инфекции и потребовал от персонала оперировать в стерильных белых халатах, шокированные коллеги отправили его в психиатрическую лечебницу. Тем не менее, ближе к концу XIX века практика ношения белых халатов закрепилась в хирургии. Первыми эту форму стали носить хирурги Санкт-Петербургского госпиталя им. Бурденко, затем традиция распространилась и на другие направления медицины.

Белый халат настолько прочно вошёл в систему ценностей медицины, что представить врачебную практику без этого атрибута, казалось, невозможно. Он несёт глубокие смыслы, которые формировались на протяжении столетий: профессионализм, самоотдачу, желание помогать людям. Во многих странах белый халат – неотъемлемая часть образа работников здравоохранения: докторов, медицинских сестёр, фармацевтов. Чистый и безупречный, он как нельзя лучше соответствует высокой миссии медицины в глазах общества.

Слово «халат» заимствовано из арабского языка и в переводе означает «почётная одежда».

По легенде, белый цвет медицина унаследовала от древних зороастрийских целителей, которые во время лечения больных облачались в белое как символ душевной и телесной чистоты.



Однако у детей сложилось своё, особенное отношение к этому предмету одежды. В сознании маленьких пациентов он тесно связан с уколами, горькими микстурами и другими неприятными ощущениями. Подчас родители сами подпитывают эти страхи и, стремясь добиться послушания, пугают малышей докторами и уколами. На фоне детской восприимчивости и особого эмоционального состояния больного ребёнка это может привести к развитию синдрома дезадаптации, более известного как синдром «белого халата». В итоге при одном только приближении человека в белом ребёнок начинает тревожиться, что сильно осложняет работу врачу и может снизить эффективность лечения.



Страх и нежелание ребёнка идти на контакт – проблема, с которой сталкиваются практически все детские врачи. Ситуация усугубляется, если малыш перед приёмом побывал в процедурном кабинете. В этом случае вернуть его доверие становится ещё сложнее. О том, как разрядить обстановку и построить эффективную коммуникацию с ребёнком и родителями читайте на стр. 30.

Новая палитра

Необходимость уберечь детей от стресса запустила процесс глубокой трансформации детских больниц в разных странах мира. Это стало началом новой эпохи в медицине, где внимание к эмоциональным потребностям пациентов не менее важно, чем сама медицинская помощь. И первым символом, отражающим новый подход, стал отказ педиатров от белого халата. Врачи и медицинские сёстры стали носить блузы с весёлыми, яркими принтами и другие элементы одежды, которые создавали непринуждённую атмосферу, снижая тем самым уровень тревожности у детей.

Ещё одним важным шагом стало изменение подхода к оформлению медицинских интерьеров. Сегодня детские больницы уже не те холодные, подчёркнуто официальные учреждения – они превратились в уютные

локации благодаря нестандартным дизайнерским решениям. Например, диагностические кабинеты в онкоцентре университета Калифорнии украшены облицовкой в виде звёздного неба. Яркими космическими картинками отделаны и стены кабинета МРТ в столичном НИИ неотложной детской хирургии и травматологии на Большой Полянке. И звук работающего томографа (который, к слову, способен напугать и взрослого) уже не так тревожит юных пациентов, а сама диагностика превращается в увлекательное путешествие по внеземному пространству. Примечателен и опыт трансформации помещений московских детских поликлиник – здесь не только стремятся разнообразить цветовую палитру, но и создают новые пространства для досуга: комнаты отдыха, небольшие кофейни, игровые зоны.

80-90% всей информации дети воспринимают зрительно.

Яркими примерами могут послужить интерьеры детской городской поликлиники № 94, а также обновлённое приёмное отделение Морозовской больницы, открывшееся в августе 2024 года после реконструкции. Оригинальный способ разнообразить интерьер показала и детская поликлиника № 86 на Коровинском шоссе – несколько лет назад здесь запустили акцию по росписи помещений, в которой приняли участие депутаты и профессиональные художники.

К созданию тёплой атмосферы детских клиник подключились производители и поставщики медицинского оборудования. Сегодня разработчики стремятся внести в оформление медизделий позитивный игровой элемент, чтобы отвлечь малышей от тревожных моментов, связанных с лечением. Так, небулайзер превращается в забавного пингвина, пульсоксиметр – в котёнка, а на спинках кроваток распускаются лужайки с сочной зелёной травой и цветами.



Кирилл Сергеевич Иванов, коммерческий директор «Торгового Дома МедМос», эксперт R&D-центра МедМос

«В больницах, где обстановка выглядит дружелюбно и привлекательно, дети начинают ассоциировать медицинские учреждения не только с болезнью, но и с заботой и вниманием. Это, в свою очередь, способствует формированию более положительного отношения к лечебным процедурам. Мы считаем, что новый подход к оформлению интерьера больниц должен отражаться и в дизайне медицинского оборудования, в первую очередь – больничных кроватей. Ведь это не просто спальное место, а именно та локация, где ребёнок проводит основное время при стационарном лечении. Поэтому дизайн такого медицинского изделия должен прорабатываться особенно тщательно. Наши специалисты изучили международный опыт в данной области, собрали солидную научную базу. На основе этой информации мы спроектировали несколько моделей детских кроватей и запустили их в производство. Спинки новых кроватей оформлены цветными панелями с изображениями героев мультфильмов. Это решение поможет сделать пребывание в больнице менее пугающим и более увлекательным для маленьких пациентов. Кроме того, уютная атмосфера, создаваемая такими элементами дизайна, важна не только для детей, но и для родителей, а также медицинского персонала».



Что говорит наука?

Создание интерьера современной детской больницы — задача, требующая комплексного подхода и внимательного отношения. Здесь важно найти баланс между несколькими составляющими: эстетической, эмоциональной, организационной и терапевтической. Помещение детской больницы должно выполнять несколько ключевых задач: создавать уют и комфорт всем присутствующим,

обеспечивать надлежащие условия для выполнения медицинских задач, а также служить дополнительным лечебным средством, которое мягко воздействует на эмоциональное состояние больного. К примеру, исследования подтвердили эффективность и безопасность цветотерапии как направления физиотерапии при лечении стрессовых состояний, головных болей, нарушений



сна, синдрома хронической усталости и реабилитации часто болеющих детей с заболеваниями органов дыхания, нервной, сердечно-сосудистой систем. Также было показано, что цветовой контекст оказывает непосредственное воздействие на работоспособность, аппетит, эмоции, внима-

ние, остроту слуха, артериальное давление и многое другое. Чтобы учесть все особенности детского восприятия и создать интерьер, который будет эффективно выполнять все свои задачи, необходима скоординированная работа дизайнеров, медиков, педагогов и психологов. ■■■



Анна Вадимовна Солодкова, научный сотрудник лаборатории «Исследование когнитивных и коммуникативных процессов у подростков и юношей при решении игровых и учебных задач в цифровых средах», МГППУ; педагог-психолог ГБОУ «Школа №1286» г. Москвы



«Цвета вызывают глубокий эмоциональный отклик, влияя на состояние человека. У детей правое полушарие, отвечающее за эмоциональность, образное мышление и цветовое восприятие, развивается раньше левого. Непосредственно-чувственное, эмоциональное реагирование на происходящее свойственно ребёнку больше, чем логические умозаключения, на которые он будет способен в более старшем возрасте. Поэтому и эмоциональный отклик от восприятия цвета будет выше. Однако некоторые цвета могут оказывать негативное влияние при слишком длительном или интенсивном воздействии. Например, красный и оранжевый утомляют нервную систему, а спокойное влияние синего цвета может переходить в угнетающее. Важно соблюдать умеренность в палитре: интерьер не должен быть скучным, однообразным, но и переизбытка ярких красок тоже быть не должно».



Понять, чтобы помочь

Роль коммуникации
в процессе лечения

Коммуникация между врачом и пациентом становится ключевым элементом терапевтического процесса. От грамотно выстроенного диалога зависит доверие, соблюдение рекомендаций и, в конечном итоге, успешность лечения. Как умение общаться влияет на процесс выздоровления, и какие приёмы помогут наладить контакт? Секретами профессионального мастерства с редакцией «МедМос Медиа» поделился Максим Александрович Карпенко, детский пульмонолог, к.м.н, автор книги «ДОСТУЧАТЬСЯ ДО ПАЦИЕНТА: 87 приёмов эффективной коммуникации».

Диагноз не приговор

Самая частая проблема на приёме – трудности в принятии пациентом диагноза. К примеру, у ребёнка все критерии бронхиальной астмы, приступы уже не всегда удается купировать дома – госпитализировался в реанимацию. На приёме мама сообщает, что три врача подтвердили астму, но она с этим категорически не согласна. Видимо, она хочет услышать от меня, что астмы нет. И тут дилемма. Я понимаю, что это астма, но если я сейчас скажу правду, то она пойдёт искать других пульмонологов и, возможно, найдёт того, кто скажет «нет, это не астма». А ребёнок и дальше будет болеть. Как быть? Для начала я выявляю источник страхов. Как правило, это связано со стереотипными представлениями об астме и картинками из фильмов, когда человек задыхается и тянет ко рту баллончик, который спасает лишь на короткое время. Моя задача – развеять этот страх. Я говорю,

что такие ситуации были очень давно, когда не было эффективных препаратов и астму не лечили, а лишь купировали приступ. Сейчас всё иначе. В подтверждение своих слов привожу примеры известных спортсменов с астмой, которые получают золото на Олимпийских играх. Диагноз пока не озвучиваю, беру паузу. Предлагаю полечиться, понаблюдать, встретиться через месяц и уже тогда обсудить астму это или нет (пробная базисная терапия). Через месяц приходят довольные, счастливые родители. У них уже небулайзер покрывал пылью, потому что они его не использовали. Ребёнок ходит в школу, не болеет, занимается спортом. И всё это за один месяц! И тут я говорю, смотрите, мы лечились от астмы, и вам помогло. Видите, это не страшно, это эффективно. И мама тогда уже соглашается: «Да, это не страшно. Мы видим, что это астма. Давайте лечиться».

В борьбе со скепсисом

«Нам ничего не помогает, мы вообще сомневаемся, стоит ли это всё делать». Отрицание эффекта лечения – ещё одна распространённая проблема, с которой необходимо работать, так как очень важно её не бросать ради выздоровления ребенка. Бывает так, что родители не видят эффекта и теряют веру в терапию. К примеру, ребёнок с бронхолегочной дисплазией находится на кислородотерапии дома. Малыш родился недоношенным, у него диагностировали лёгочную гипертензию, да ещё и длительная домашняя кислородотерапия. Конечно, мама очень расстроена и взволнована. В такой ситуации очень важно подчеркнуть положительный эффект от терапии, помочь родителям увидеть результат. Можно, например, напомнить, что



ещё недавно ребёнку нужно было повышать концентрацию кислорода, а сейчас нет такой необходимости. Мама соглашается, замечает, что и сатурация выше, и небулайзер реже приходится использовать. И так наводящими вопросами я акцентирую внимание на положительных моментах терапии, которые, может быть, не всегда видны на общем фоне. Да, ребёнок всё ещё нуждается в терапии, но мы показываем, что она работает, эффект есть и нужно набраться терпения и продолжить лечение.

Когда врач слишком молод

Молодой врач сидит на приёме, к нему пришли пациенты. Он проводит осмотр и озвучивает диагноз – астма. Реакция пациента: да он

ничего не знает, молодой ещё, вот и разбрасывается диагнозами. То, что пациент думает именно так, можно понять во время разгово-

ра, потому что родители сразу очень остро реагируют. «Какая астма? Да не может быть! А с чего вы взяли? Нет, мы вам не верим». Здесь можно привлечь более опытного коллегу и представить пациенту второе мнение. Молодому врачу можно так и сказать: «Да, у меня опыт пока всего два года, а вот у нашего заведующего отделением двадцать лет. Давайте мы его позовём и спросим». Можно направить на консультацию к своему руководителю или старшему коллеге. Это простой и эффективный приём, который помогает убедить пациентов, если они сомневаются в компетенциях врача. Дополнительный эффект для врача со стороны пациента будет признание его высокой профессиональной компетенции, так как его заключение будет совпадать с мнением опытного эксперта в этом вопросе.

В гостях у доброго волшебника

Как завоевать доверие маленького ребёнка? Тема, которой в моей книге посвящена отдельная глава, потому что от этого может зависеть и настрой родителей, и успех ле-



«Когда я работал участковым педиатром, каждый день сталкивался со следующей проблемой: мне очевиден диагноз, я назначаю лечение, но пациент по ряду причин не выполняет рекомендации и главная цель моего врачевания не достигнута. Пациент меня не слышит! У него свои убеждения, он нашел ответы в интернете и ему верит больше, чем мнению врача. Это всё влияет на итог нашей консультации и, как следствие, на лечение. Тогда я задался целью выявить все возможные коммуникативные проблемы и найти для каждой из них эффективные решения».

Карпенко М. А.



чения. Можно завлечь ребёнка игрой, обратить внимание на элементы одежды, обсудить героев мультфильма. Внешний вид кабинета тоже очень важен для построения коммуникации. Чем больше элементы интерьера будут привлекать ребёнка, тем проще врачу работать. Я не мог в поликлинике изменить оформление кабинета, но у меня была дежурная игрушка на столе, которая мне очень помогала. Можно также сделать принт на халате или на шапочке, и ребёнок сразу обращает на это внимание, и тут можно уже с ним завязать разговор: «А вот смотри, у меня здесь пингвин. Смотрел мультфильм про пингвина?» Ребёнок начинает с увлечением отвечать на вопросы врача. Таким образом, появляется доверительный интервал, и врач может во время разговора провести все нужные обследования. А если доверия не будет, ребёнок может капризничать и



Карпенко М. А.

не идти на контакт. Бывает так, что открывается дверь, а ребёнок упёрся руками и ногами и кричит «не пойду, там уколы». Здесь надо переключить внимание и создать ощущение безопасности. Можно провести по кабинету и показать, что никаких иголок и шприцов тут нет. Можно даже сказать: «Я не умею делать уколы, их в другом кабинете делают». Если

Взрослый разговор

Подросток использовал вейп и возникло повреждение лёгких. Врачи ему как человеку взрослому сказали прямо, что повторное использование вейпа может закончиться смертью. Но через пару месяцев он опять поступил в больницу с лёгочным кровотечением. Это состояние возникло либо из-за курения обычных сигарет, либо из-за пассивного курения. При госпитализации он сказал: «Ну, я же вейп не курил, мне запрещали, вроде бы, только вейп, а обычные – нет. Но я не курил!». Курил или нет – останется на совести подростка. В такой ситуации коммуникация должна быть не столько с родителем, сколько с пациентом, потому что он уже взрослый и сам отвечает за свои действия. Чтобы убедить его в серьёзности последствий, мы выбрали приём сравнения с наихудшим

Жёсткий аргумент

«Курил, курю и курить буду», – заявляет на приёме папа ребёнка-астматика в ответ на мои попытки объяснить, что сигаретный дым очень вреден, ребёнок от него задыхается. Всё это в конце концов может закончиться реанимацией, но папа уверен, что мои опасения – полная ерунда. Он не собирается менять свои привычки, он даже из дома не будет выходить на перекур. Как мне поступить? Я вижу, что папа защищается, думая, что я его обвиняю. Тогда я смещаю акцент и говорю: «Вы ведь планируете ещё детей? Потому что этот ребёнок с бронхиальной астмой в один прекрасный день может задохнуться, если курить рядом с ним... И скорая может не успеть оказать ему помощь. Вы

ребёнок боится аускультации – я даю ему фонендоскоп в руки и говорю: «Вот, держи это моя игрушка. Попробуй, приложи к себе. Видишь, это не больно». Он проверяет, смотрит – да, действительно, не больно. И так, геймифицируя процесс осмотра, я беру фонендоскоп, и мы вместе начинаем слушать лёгкие.



прогнозом – показали ему в окошко патологоанатомическое отделение и сказали, что можно однажды оказаться там, если и дальше курить, или даже стоять рядом с теми, кто курит. Это реальный прогноз и только от тебя зависит, случится это или нет. И ребёнок всё-таки нас услышал! Уже три с половиной года прошло с тех пор, он прекрасно себя чувствует, жалоб нет. Он не курит и держится подальше от тех, кто курит.



готовы к этому?» И вопросительно смотрю на папу. В этот момент у него происходит перезагрузка, он начинает понимать, что всё действительно очень серьёзно. После минуты молчания он смотрит на меня и спрашивает: «Доктор, это действительно так опасно?» То есть до этого момента он пропускал мои слова мимо ушей, не придавал им зна-

чения. И только такие категоричные и резкие формулировки, как «смерть», «реанимация», «задохнётся», помогли достучаться до пациента. Папа перешел на никотиновый аэрозоль и старается бросить курить, потому что на кону жизнь его ребенка!

Эмоции в узде

Пациент открывает дверь с ноги, орёт на врача, требует срочно решить его проблему. Такие ситуации, к сожалению, в нашей практике встречаются если не каждый день, то через день. И даже если пациента удалось успокоить, и он ушёл довольный (даже сказал врачу спасибо!), отрицательные эмоции у врача никуда не делись. От такого общения врач ещё долго может испытывать раздражение, а в кабинет уже заходит следующий пациент. И если возникнет какой-то триггер в общении, доктор может сорваться и сам спровоцировать конфликтную ситуацию. Как успокоиться и продолжить работу, если вывели из себя? Нужно попробовать перевести

Игра в долгую

Я для себя решил, что врачу, чтобы не выгорать профессионально, нужно развиваться в нескольких направлениях для переключения. Я стараюсь развиваться в трёх направлениях: врачебная деятельность, научные исследования и работа со студентами. Ещё очень помогает спорт. Утром студенты – вечером пациенты, утром пациенты – вечером научные исследования. Не успеваю устать от одного вида деятельности. А если каждый день будет как «день сурка», через 1–2 года работа уже перестанет радовать и начнут раздражать в ней даже мелочи. Одним словом, профилактика профессионального выгорания – работа в долгую. Это отдельная проблема, на которую тоже нужно обращать внимание молодых специалистов. Свою книгу я писал как раз для молодых врачей, для ординаторов, потому что сам когда-то был таким и сталкивался со всеми этими проблемами.



всё в шутку или просто выйти из кабинета, переключиться на физическую активность. Я так часто делал, когда был участковым педиатром. Выходил в коридор, включал диктофон на телефоне и говорил всё, что я думаю об этой ситуации. Это помогало успокоиться. А после приёма я иногда включал запись и слушал. И даже самому порой смешно становилось, насколько я смог выйти из себя. Да, родители могут вести себя вызывающе, но моя задача помочь ребёнку. А если дать волю эмоциям – пациент уйдёт, и ребёнок не получит лечения. Тут важно переключиться, успокоиться, а дальше уже вести конструктивный разговор.



Каждый врач по своей натуре ещё и психолог. Профессиональная деятельность заставит каждого рано или поздно стать психологом и точно определять моменты, когда можно пошутить, когда промолчать, а когда высказать всё напрямую. Но на это молодому специалисту нужно время – несколько лет. Как правило, это время наполнено стрессом, агрессией, жалобами на врача. И самое главное – от этого могут страдать пациенты, потому что в отсутствии взаимопонимания сложно обеспечить адекватное лечение. И чтобы облегчить начинающим врачам этот путь, я написал свою книгу. ■■■

Сегодня – игра, завтра – профессия

- Я прекрасно вижу, что мои рекомендации вы не выполняете!
- Доктор, я съел все таблетки, которые вы прописали. И красные, и жёлтые...
- А зелёные?
- А зелёные вредные, от них зеленеют. Я в интернете прочитал.



Ксения Шуклина и Фёдор Ермолаев

Здоровье глазами детей: мир без фильтров

Дорогие читатели! Приглашаем вас заглянуть в удивительную вселенную, где каждый вопрос о здоровье воспринимается с искренностью и непосредственностью. Мы попросили самых юных участников здравоохранения поразмышлять о том, что такое здоровье, как его сохранить и почему это так важно. Маленькие исследователи поделились с редакцией «МедМос Медиа» своим мнением по самым разным вопросам: от правильного питания до физической активности и психоэмоционального состояния. Обладая особым взглядом на мир, дети часто открывают нам новые горизонты для понимания важности заботы о себе и близких людях. Погрузитесь в мир, где здоровье — это не только набор правил, но и яркие эмоции, удивительные открытия и настоящие приключения!



Здоровье – это жизнь человека. Чтобы не болеть, надо побольше заниматься спортом. Утром делать зарядку, пить горячий чай с мёдом. Кушать таблетки, брызгать горло, если оно болит, пить зелёную лягушку. (Примеч. редакции: «зелёная лягушка» – микстура от кашля на травах)

Ксения Шуклина, 6 лет

Здоровье – это когда ты себя хорошо чувствуешь. Здоровый человек большой, сильный и красивый.

Чтобы быть здоровым, надо хорошо кушать, делать зарядку. А ещё надо пить, чтобы покакать, и купаться, чтобы микробов победить.

Амелия Томилова, 3 года



Когда человек может ходить, играть, и у него все в порядке – это здоровье! У него ничего не болит, он не кашляет, не чихает, у него нет насморка и хриплости, он не делает ингаляцию и соплеотсос. Чтобы быть здоровым нужно есть полезные витамины и правильную пищу.

София Горбачева, 4 года



Здоровье – это состояние, когда не надо пить лекарства. Чтобы быть здоровым, нужно чтобы мама не болела – мама лечит ребёнка. А ещё надо побольше мультиков смотреть.

Алексей Хрипунков, 4 года

Здоровье – это сила духа. Здоровый человек выглядит весёлым, красивым, сильным и энергичным. Кожа у него светлее, чем у больного. Чтобы быть здоровым, надо побольше есть фруктов и овощей, а конфет поменьше.

Елена Хрипункова, 6 лет



Человек, который болеет, он заразный, ему нельзя приближаться к здоровым людям, надо носить маску. Если бы я рисовала нездорового человека, он был бы красным, потому что микробы красные и зелёные. А здоровый человек бежевого цвета, обычного, просто человек. Чтобы не болеть нужно хорошо кушать, тепло одеваться, чтобы выйти на улицу, надевать шапочку, а то без шапочки «апчхи, кхе-кхе». И спать очень хорошо, и представлять себе милые мягкие сны.

Главное – красочные микстуры и таблетки, чтобы их интересно было есть.

Моника Мендес, 4 года



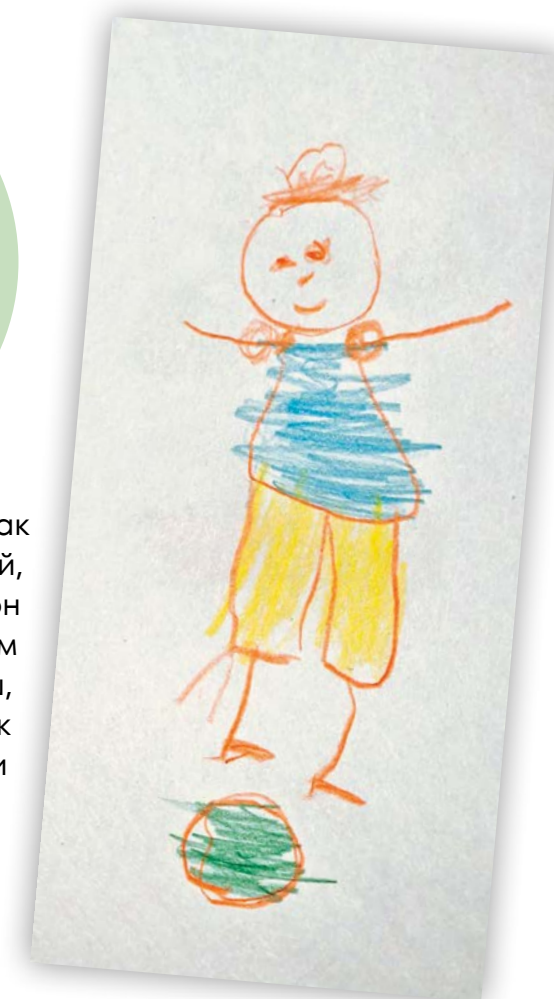
Здоровье – это когда у тебя всё в порядке в организме. Для этого нужно вести активный образ жизни, спортом заниматься, закаляться, есть правильную пищу (фрукты, овощи) и быть всегда счастливым.

Дарья Корнюшина, 7 лет



Здоровый человек ходит нормально, как все люди, а не с поломанной ногой, ему хорошо, у него нет бинта, он не кашляет. Чтобы быть здоровым нужно всегда принимать душ, чтобы блохи не завелись, как у собачки, и чистить зубы. Если заболел нужно пить лекарства. Таблетки даёт доктор, но, если нет врачей, можно самому выбрать таблетки.

Платон Трехлебов, 5 лет





У здорового человека очень много энергии, а больной меее-едленный, как черепаха, потому что сил нет. Болезненный человек ещё поносом какает, а ещё у него рвота. Я бы нарисовала здорового человека жёлтым цветом, а болезненного человека зелёным цветом.

Леонтия Бойкова, 6 лет

Что у доктора в аптечке? Таблетки, лекарства, уколы, особенные пластыри и всякие вещички, которыми слушать.

Когда у скорой помощи красные колеса, она быстрее приезжает к пациентам. Красные колеса меняют все.

Доктор, когда уходит от больного, говорит:

«До свидания! Чао! Не болейте!»

Василиса Ипполитова, 7 лет

Вероника Ипполитова, 5 лет



- **Т**ы знаешь секреты, чтобы оставаться здоровым?
- Да.
- Расскажешь?
- А зачем?

Амина Марданова, 3 года



В подготовке материалов рубрики приняли активное участие мамы, папы, бабушки и дедушки, за что им сердечное спасибо!

На пороге взрослой жизни

Чем обусловлен выбор профессии врача? Почему многие выпускники школ отдают предпочтение медицине, несмотря на все её сложности? И как детские увлечения определяют жизненный путь? Свои истории о выборе профессии рассказывают московские студенты и школьники. Кто-то из них сейчас активно готовится к поступлению в медицинских вуз, а кто-то уже в этом году пополнит ряды молодых специалистов. Для всех наших респондентов медицина стала не только профессиональным выбором, но и способом выразить любовь к людям в самых разных её формах: от простого человеческого тепла до сложных решений, требующих мудрости и глубоких знаний.

Довольно немногие решаются более подробно изучать такие сложные предметы, как химия и биология, и в 10-м классе пойти в естественно-научный профиль. Но даже ученики этого профиля не всегда мечтают связать свою жизнь с медициной. Я же очень хочу быть врачом и вот почему.



Вторая причина – я хочу помогать людям. Согласно, все профессии нужны и по-своему помогают человечеству, но врач всё равно остаётся одним из незаменимых направлений помощи со времён античности, если не раньше. Сейчас в медицине очень

много специальностей, и я уже определилась, какая из них меня интересует больше всего. Я бы хотела стать гематологом, так как, изучая строение крови, лимфы и кровяных клеток, можно обнаружить разные болезни, объяснить причины их возникновения и создать лекарства от них.

Я знаю, какую цель выбрала, и понимаю всю сложность её исполнения. Но я верю, что никогда не надо отказываться от своих целей, даже если сначала они кажутся невозможными!

Софья Рогожкина, ученица 10 класса ГБОУ «Школа 1286»

**ТОП
3**

Популярные профессиональные направления у школьников

КУЛЬТУРА И ИСКУССТВО — **37%**
МЕДИЦИНА И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ — **27%**
ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ — **10%**

71% школьников при выборе профессии ориентируются в первую очередь на свои увлечения и интересы

По данным образовательной компании MAXIMUM Education

Я с детства мечтаю стать врачом. Моё желание пойти в медицинскую сферу началось с заботы о старшей сестре. Когда мне было 6 лет, сестра часто ранилась, а я любила мазать мазью и бинтовать ей ранки. А еще моя мама работает медицинской сестрой, она мне рассказывала много интересных историй с работы. Там же она и познакомилась с моим отцом, который в это время проходил лечение в стационаре.

В будущем я бы хотела стать пульмонологом, так как проблемы с лёгкими очень распространены в больших городах из-за плохого качества воздуха, возбудителей разных болезней и других причин. При этом поражение лёгких может стать причиной летального



Алиса Долгова, ученица 10 класса, ГБОУ «Школа 1286»

Я решила стать педиатрической медсестрой. Почему? Этот вопрос, наверное, задаёт себе каждый, кто решил связать свою жизнь с медициной. Я выбрала эту профессию, потому что мне нравится помогать детям, облегчать их страдания и поддерживать в трудные моменты. Мне кажется, что дети нуждаются в особой заботе и внимании, и я готова дарить им это.

Кроме того, мой выбор обусловлен стремлением к саморазвитию и обучению, возможностью карьерного роста и социальной значимостью направления. Моя цель — стать высококвалифицированным и ответственным специалистом, который будет оказывать качественную медицинскую помощь. Для успешной работы в этой области необходимы коммуникабельность, эмпатия, ответственность, организованность,

я хочу стать врачом. Я считаю, что эта работа поможет мне достичь цели, и я смогу не только помогать людям, но и продлевать им жизнь. Особенно это важно по отношению к детям, так как молодой организм очень уязвим, но он ещё столько не успел увидеть.

Есть ещё одна причина, по которой я выбираю медицину — перспективность. В этой сфере можно очень успешно развиваться, всегда будет куда стремиться и чему учиться.



умение быстро принимать решения и действовать в экстренных ситуациях.

Среди преимуществ профессии детской медсестры хочу отметить востребованность, возможность работать в различных медицинских учреждениях,

достойную оплату труда и социальные гарантии. Однако следует учесть и трудности, такие как высокая ответственность, стрессовые ситуации, необходимость постоянного обучения и взаимодействия с пациентами и их родителями.

Моё решение стать педиатрической медсестрой было осознанным и обдуманным. Эта профессия позволяет мне реализовать свою мечту о помощи детям, а также развивать профессиональные навыки и качества. Я уверена, что смогу внести свой вклад в здравоохранение и улучшить качество жизни маленьких пациентов.

Виктория Трофимова, студентка 4 курса Медицинского колледжа (МК РАМН)

исхода, поэтому я считаю, что пульмонолог — крайне важная профессия в наши дни.

Одна из моих главных целей в жизни — помогать людям, так как я очень люблю людей. Именно поэтому с самого раннего детства

Медицина в детских ролевых играх

Почему это важно?

- 1. Формирование здорового образа жизни.** Знакомясь с работой врачей через игру, дети раньше осознают важность правильного питания, физической активности и гигиены, что закладывает основу для здорового поведения.
- 2. Снижение тревожности.** Регулярные визиты к врачу могут вызывать стресс у маленьких детей. Проработка таких ситуаций в контексте ролевой игры может уменьшить страх и тревогу перед посещением клиники.
- 3. Развитие эмпатии и сочувствия.** Наблюдая, через какие трудности проходят больные и как медики помогают им справляться с болезнями, ребёнок учится проявлять сострадание и заботу к окружающим.
- 4. Уважение к труду медицинских работников.** Дети начинают понимать, сколько сил, терпения и навыков требуют медицинские профессии. Это формирует уважение к врачам, помогает осознать важность их труда для общества.
- 5. Профессиональная ориентация.** Ранний интерес к медицине может послужить стимулом для выбора карьеры в этой области.

Николай Иванович Пирогов в детстве играл в доктора: накидывал на плечи белое полотенце, брал в руки трубку и лечил домашних. Детское увлечение подтолкнуло его к мысли заняться медициной по-настоящему.

Ведущие мотивы выбора профессии врача у студентов:

- 52,7 %** — желание помогать людям
- 43,5 %** — престижность профессии
- 38,9 %** — мечта детства



Доктор Смех

Больничные клоуны в детском здравоохранении

Длинные больничные коридоры, строгие лица врачей и тревожные взгляды родителей. Но вдруг тишину разрезает звонкий смех — и вот он, герой дня, весёлый клоун. В руках у него волшебная палочка, а в глазах — искорки надежды. Он входит в палату, где ребёнок, уставший от уколов и процедур, грустит в одиночестве, и палата наполняется радостью и светом. Этот необычный подход называется больничной клоунадой, и его суть заключается в том, чтобы подарить радость и облегчение детям, находящимся на длительном лечении. Исследования показывают, что пациенты, которых навещают больничные клоуны, быстрее восстанавливаются после операций и легче переносят болезненные процедуры. Кроме того, улыбка и смех укрепляют иммунную систему, способствуя более эффективной борьбе организма с болезнью. Но самое главное — они дарят ребёнку ощущение защищённости и поддержки, помогая справиться со страхом, тревогой и одиночеством.



Территория добра

Идея использовать клоунаду в медицинских целях возникла в середине XX века. Одним из первых, кто начал активно развивать эту практику, был американский актёр Майкл Кристенсен, который в 1986 году основал организацию «Big Apple Circus Clown Care Unit». С тех пор движение больничных клоунов распространилось по всему миру, включая Россию. Внедрение больничной клоунады в медицинские учреждения нашей страны началось в конце 1990-х годов, а одним из ключевых моментов развития направления стало создание в 2008 году проекта «Доктор Клоун». Так, забавные посетители в ярких костюмах впервые появились на территории московских больниц: Российской Детской Клинической больницы (РДКБ), НИИ онкологии им. Блохина, Морозовской детской клинической больницы и других. Сегодня подобные проекты действуют во многих городах России: «Смехотерапия» (Санкт-Петербург), «Улыбёнок» (Новосибирск), «Весёлый доктор» (Казань), «Лекари смеха» (Самара),



”

Дмитрий Балабенко, участник команды больничных клоунов «Носики».

«Начали мы заниматься больничной клоунадой в 2020. Отучились у мастеров из Москвы и сразу пошли в больницу – выбрали детскую онкогематологию, потому что там детям сложнее всего, они очень долго могут находиться в отделении и очень сложная у них там борьба за жизнь. Группа наша называется «Носики». А с этого года мы решили развиваться дальше – обучаться самим, обучать новых клоунов и работать с большим количеством больниц. Так и сделали. Сейчас у нас есть Грант губернатора Югры, мы распространяем наш опыт на Магеевку».

“

«Носики» (Донецк), «Солнечный лучик» (Владивосток).

Каждый визит больничного клоуна — это яркое событие для маленьких пациентов и, конечно, возможность немного отдохнуть для родителей и медперсонала. Вовлекая детей в игру, артисты используют разные приёмы коммуникации: мимику и жесты, музыкальные акценты, смешные реплики. Однако больничная клоунада — это не просто развлечение. Лёгким и непринуждённым занятием она кажется лишь со стороны. За каждым мини-спектаклем стоит большая творческая, организационная и эмоциональная работа всего коллектива. Это особый вид искусства, который требует не только таланта, мастерства и знания детской психологии, но также большой и искренней любви к окружающим. Тот, кто выбирает для себя путь больничного клоуна, приходит сюда по зову сердца. Творческие коллективы объединяют людей разных возрастов и профессий, которые готовы дарить радость и надежду тем, кто нуждается в этом больше всего — детям, проходящим через тяжёлые испытания болезнью.



Почему вы занимаетесь больничной клоунадой?

Отвечают участники творческого коллектива «Носики»

- ✓ Я это делаю для собственного развития. И уже, если честно, привязался к некоторым детям. Хочется их радовать.
- ✓ Я начинала как ответственную миссию – для того, чтобы приносить пользу детям, оказавшимся в такой непростой ситуации. А сейчас получаю удовольствие, когда они смеются – это и мне приносит огромную радость:))
- ✓ Я взаимодействую из-за любви к людям. Эти «дети» в моих глазах не «дети», а люди. У каждого своя интересная вселенная, которая работает по неким правилам Игры, и я гость, который пришёл исследовать вместе с ним его вселенную.
- ✓ Я хочу разделить с ребятами в больнице их сложный путь, их эмоции, быть рядом с ними в их борьбе за жизнь, при возможности – посмеяться с ними или поплакать, вернуть немного детства и непосредственности в больничные стены.

Друг, с которым нестрашно

Несмотря на то, что польза больничной клоунады давно доказана, сделать её официальной частью детского здравоохранения оказалось непросто. Причин масса. Здесь и финансовые вопросы, и сложности с обучением специалистов – учителей для подготовки больничных клоунов можно пересчитать по пальцам. Тем не менее, с каждым годом все больше детских больниц обращаются к этой лечебно-психологической практике, а в некоторых медучреждениях визита артистов с нетерпением ждут не только дети, но и сами сотрудники. Более того, частные российские клиники сегодня имеют успешный опыт работы с больничными клоунами на постоянной основе. Примерами могут послужить сеть клиник и медицинских центров «Медси», а также сеть детских стоматологий Дентал Фэнтези в Москве, где персонажи в ярких костюмах стали неотъемлемой частью терапевтической стратегии.

Больничная клоунада становится важным элементом ухода за детьми в медицинских учреждениях. Она помогает снизить уровень стресса и тревоги у маленьких пациентов, отвлекает их от болезненных процедур и создаёт добрую, позитивную атмосферу, ускоряющую процесс выздоровления. Несмотря на отсутствие прямой законодательной базы в России, направление активно развивается благодаря усилиям неравнодушных энтузиастов, волонтеров и благотворительных фондов. Постепенно меняется



”

Ольга Тарасова, исполнительный директор клиники Дентал Фэнтези на Проспекте Мира:

«В штате наших клиник аниматоры появились в 2012 году. Тогда, более 10 лет назад, принимая аниматора в штат, мы не думали об имиджевой составляющей. Наша основная задача всегда была (и остается по сей день) – лечить детей без страха! А это возможно только при грамотной адаптации – не только в кабинете врача, а на всех этапах пребывания маленького пациента в клинике. Новое помещение, много незнакомых людей, есть время, когда дети ждут приёма, именно это и повлекло за собой появление аниматора. Мы сразу отметили, что дети с удовольствием стали приходить в клинику, потому что у них появился постоянный друг, который с ними играет, делает поделки, рисует. Самое важное в работе таких специалистов – это любовь к детям и умение работать с разными возрастными группами одновременно, уметь их увлечь и организовать их деятельность на непродолжительное время. В комнате ожидания дети редко проводят более 15 минут, но они так важны для маленьких пациентов, чтобы привыкнуть к обстановке, расслабиться и начать доверять».

“

и ситуация с подготовкой специалистов: для больничных клоунов проводятся семинары и мастер-классы, активно распространяется информация о преимуществах арт-терапии и игротерапии в педиатрических клиниках. Примером таких шагов стало открытие первой Школы медицинских клоунов в Москве в 2022 году, где обучение проводится бесплатно. А уже в 2023 году в столице появилась некоммерческая организация «Здесь с тобой», которая ставит перед собой цель развивать медицинскую клоунаду в России и поспособствовать переходу направления от волонтерства к профессии. ■■■

Фото предоставлены командой больничных клоунов «Носики»

Будни больничных клоунов

«Помогают нашим детям, родителям и порой даже медицинскому персоналу хотя бы на какие-то мгновение отвлечься от рутины медицинской, от бесконечных анализов и порой неприятных манипуляций. И немножечко поднять себе настроение, что, безусловно, является очень важным процессом в лечении и выздоровлении».

Дмитрий Венёв,
врач-гематолог НМИЦ ДГОИ
им. Дмитрия Рогачева (Цитата по ТВЦ)

«Я инженер-строитель. И у остальных ребят профессии самые разные: аналитик продаж, физик, переводчик, психолог, социальный работник, бухгалтер, тренер восточных единоборств... Это удивительно, что такие разные по профессии люди объединились, чтобы реализовать в себе детскую клоунскую спонтанную часть. В начале наших визитов в больницу у врачей была доля скепсиса. Но это быстро прошло и сейчас мы с медперсоналом – союзники, работающие для здоровья ребенка. Родители детей нам рады и благодарят за возможность для ребенка переключиться и поиграть. Были дважды случаи, когда родители просили не заходить в палату, так как ребенок боится клоунов. И оба раза закончились тем, что со временем ребенок принял клоунов и начал с нами играть».

Дмитрий Балабенко,
команда больничных клоунов «Носики»

У истоков смехотерапии

Патч Адамс. Американский врач, общественный деятель, больничный клоун и писатель. Считается одним из создателей движения больничной клоунады.

Майкл Кристенсен. Первый в мире профессиональный больничный клоун. В 1986 году он и его коллеги основали «Ассоциацию докторов-клоунов».

Максим Матвеев. Актёр театра и кино, музыкант, мастер спорта по спортивной борьбе, один из первых организаторов движения больничной клоунады в России.

Владимир Ольшанский. Актёр-клоун, режиссёр и педагог, один из инициаторов профессиональной больничной клоунады. Разработал авторскую методику обучения больничных клоунов.

Константин Седов. Один из первых больничных клоунов в России, руководитель АНО «Больничные клоуны».

Анна Анисенко. Актриса, педагог, многодетная мама. Один из первых больничных клоунов в Беларуси.



В зеркале истории

Этапы развития детского здравоохранения в России

Век за веком здоровье детей оставалось в центре внимания общества, и Россия не стала исключением. История развития детского здравоохранения в нашей стране — это не просто хроника медицинских достижений и реформ, но и отражение изменений в общественном сознании, культурных и социальных трансформаций. От первых попыток организовать профессиональную медицинскую помощь для малышей в царской России до современных здоровьесберегающих программ пройден тернистый путь длиной в несколько столетий. Что стало стимулом для развития этого направления? Как исторические события влияли на развитие системы охраны детства? С какими вызовами сталкивались детские врачи разных эпох? Ответы на эти вопросы помогут специалистам лучше понять нынешнюю систему детского здравоохранения и осознать необходимость её дальнейших изменений.



Из глубины веков

Отвары целебных трав, обереги и заговоры – история народов России насыщена разнообразными способами врачевания, которые помогали сохранить ребёнку здоровье и жизнь до появления официальной медицины. Древние славяне болезнь «выметали» веником или «сливали» водой, совершая ритуальное омовение. Народы Урала и Сибири, веря в магическую силу камней, применяли в лечебных целях местные минералы. На Севере существовали шаманские практики: для исцеления использовали заклинания, танцы и специальные инструменты, чтобы изгнать злых духов, считавшихся причиной болезней. Однако наряду с такими необычными методами, существовали вполне рациональные подходы, многие из которых актуальны и сегодня. Например, страхи наших предков перед «порчей» и «сглазом» имели свои

положительные стороны – они сводили к минимуму близкие контакты посторонних с маленькими детьми, что снижало риск передачи инфекций. А введение в нос ребёнка застывшего оспенного гноя можно рассматривать как раннюю форму вакцинации. Траволечение, широко распространённое практически во всех культурах, сегодня стало неотъемлемой частью медицины. Что касается физиотерапии, без которой сложно представить современную реабилитацию, то её основу составляют природные физические факторы, которые применялись в оздоровительных целях ещё на заре первых цивилизаций. На протяжении нескольких столетий все эти методы лечения играли важную роль в выживании и адаптации целых народов, сохраняя и укрепляя детское здоровье в условиях отсутствия квалифицированной медицинской помощи.

Рождение системы

XVIII век является ключевым периодом в истории российской медицины. В это время активно развиваются медицинские науки, создаются медицинские образовательные учреждения, формируются основы системы здравоохранения и первые принципы охраны детства. В 1706 году новгородский митрополит Иов на собственные средства основал «Дом для не-

законнорожденных и всяких подкидышных младенцев». Инициативу митрополита подхватило государство – 4 ноября 1715 года Пётр I издал Указ, обязывающий устраивать «гошпитали для зазорных младенцев, которые не от законных жен рождены, дабы вящего греха не делали, сиречь убийства, по примеру Новгородского Архиепископа». Заботу об устройстве детей-

сирот продолжила в период своего правления Екатерина II, и к концу столетия в России функционировала целая сеть детских заведений. В 1764 году по инициативе государственного деятеля И.И. Бецкого был создан Императорский Московский воспитательный дом, сыгравший основополагающую роль в становлении детского здравоохранения в России. По мнению историков медицины, с этого заведения началось формирование государственной системы охраны детства. Именно здесь были заложены основы педиатрической практики, в том числе неонатальной, здесь начали свою профессиональную деятельность первые детские врачи.

Воспитательные дома стали фундаментом для дальнейшего развития детского здра-



воохранения. Здесь детей обеспечивали врачебным уходом, здоровым питанием, обучали гигиеническим навыкам и физической культуре. При учреждениях функционировали лечебницы и родильные дома. Со временем в них появились оспенные и специализированные педиатрические отделения. Кстати, лечебница Московского воспитательного дома продолжает свою деятельность

и в наши дни – сегодня это Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей.

Опыт воспитательных домов показал, что специализированные учреждения оказывают более качественную медицинскую помощь детям. В результате к середине XIX века в профессиональном сообществе складывается понимание, что детский



В становление педиатрии в России существенный вклад внесли:

Амбодик-Максимович Н. М. – описал отдельные болезни новорожденных и рекомендации по уходу за ребенком после рождения.

Забелин С. Г. – в своих трудах изложил правила и значение грудного вскармливания для развития здорового ребенка.

Хотовицкий С. Ф. – автор руководства по детским болезням «Педиятрика», выделивший педиатрию в отдельную отрасль медицины.

Филатов Н.Ф. – обобщил наиболее характерные признаки детских инфекционных болезней: скарлатины, кори, железистой лихорадки

Гундобин Н. П. – изучал анатомо-физиологические особенности детского организма.

Грум К. И. – популяризатор медицинских знаний по педиатрии

организм по своему устройству и функционированию существенно отличается от взрослого и нуждается в особом подходе. Эта мысль нашла отражение в известном высказывании профессора С.Ф.Хотовицкого, автора фундаментальной работы «Педиатрика»:

«Ребёнок – это не уменьшенная копия взрослого, ребёнок есть существо, которое растёт и развивается только по присущим ему законам».

В этот период педиатрия выделяется в самостоятельную специальность. Открываются

первые детские больницы (в Санкт-Петербурге в 1834 году и в Москве в 1842 году), в медицинских образовательных учреждениях появляются первые кафедры детских болезней. История развития детского здравоохранения в России выходит на новый уровень.

Революция в детском здравоохранении

После Октябрьской революции забота о матерях и детях впервые в истории стало одной из приоритетных государственных задач. Уже в 1918 году был учреждён Отдел охраны материнства и детства, который начал свою деятельность с создания домов матери и ребёнка, детских консультаций и яслей. Для сохранения жизни детей в 20-х годах проводились оздоровительные мероприятия, создавались патронажные службы, велась борьба с инфекционными заболеваниями. Нельзя не от-

метить работу Советского Красного Креста при ликвидации последствий голода в 1922–1923 годах, когда организация оказывала врачебно-питательную помощь детям и способствовала созданию сельских аптек амбулаторий.

Борьба с детской беспризорностью, которую советское правительство начало в 1919 году, показала, что система защиты детства не может ограничиваться только заботой о физическом благополучии. Мало обеспечить

детей жильём, питанием и лечением, необходимо также создать условия для их профессионального и личностного развития, помочь найти своё место во взрослой жизни. Для детей, оставшихся без попечения родителей, создаются специальные детские дома, школы-интернаты, активно распространяются такие меры, как патронат, усыновление, опека и попечительство. Особый акцент делается на образование, творческое развитие и профориентацию. В этот период рука об руку с медиками трудились педагоги, психологи, социальные работники, представители профсоюзов. Только так можно было создать здоровое и образованное поколение, способное внести вклад в строительство молодого государства.

За годы Советской власти в стране была сформирована комплексная система государственной охраны здоровья женщин и детей, организованы новые виды лечебно-профилактических учреждений (женские консультации и детские поликлини-

ки, молочные кухни, детские ясли и сады, пионерские лагеря и лесные школы, санатории и многое другое).

Новые вызовы

После распада СССР в 1991 году новые российские власти взяли на себя ответственность за обеспечение здоровья детей. Однако последовавший за этим экономический кризис спровоцировал новые проблемы, главным препятствием для решения которых стал дефицит финансирования. Основными причинами ухудшения здоровья детей в этот период были значительное падение уровня жизни, увеличение стоимости лечения, сокращение количества детских оздоровительных лагерей, а также сложная социокультурная обстановка первого постсоветского десятилетия.

К сожалению, меры, принятые государством в эти годы, не смогли остановить ухудшение состояния здоровья детей. К примеру, средний коэффициент младенческой смертности в 90-е гг. XX века составлял 19,9, что привело к демографическим кризисам и создало угрозу национальной безопасности страны.

В конце 1990-х – начале 2000-х годов ситуацию удалось взять под контроль и детское здравоохранение стало постепенно восстанавливаться после пережитых потрясений. В это время были сделаны важные шаги для со-

Обязательное диспансерное наблюдение, вакцинация в установленные сроки и широкомасштабные оздо-

ровительные мероприятия привели к значительному снижению заболеваемости и смертности среди детей.

Результаты цифровизации здравоохранения:

- Улучшение доступа к медицинской информации
- Оптимизация процессов вакцинации за счёт электронного учёта
- Телемедицина
- Повышение качества диагностики
- Программы мониторинга здоровья
- Интеграция данных и междисциплинарный подход
- Улучшение эпидемиологического мониторинга

вершенствования системы: увеличение финансирования, модернизация медицинского оборудования и улучшение доступа к медицинской помощи. В 2000-х годах началась реализация первых федеральных целевых программ и приоритетных проектов в области охраны детства. С января 2006 года в рамках национального проекта «Здоровье» стартовала программа «Родовой сертификат», которая обеспечила женщинам качественную медицинскую помощь в период беременности, родов и диспансерного наблюдения за ребёнком в первый год жизни.

В 2018 году впервые в истории современной России был принят федеральный проект

«Развитие детского здравоохранения». Указом президента 2018-2027 годы в России объявлены Десятилетием детства. План мероприятий на этот период, включает такие области, как культурное и физическое развитие детей, доступный детский туризм, безопасное информационное пространство, повышение благосостояния семей с детьми и многое другое. Важнейшими стали решения по модернизации 3,8 тыс. детских поликлиник и дооснащению оборудования 95% поликлиник до конца 2020 года.

Новые горизонты для охраны детства открыла цифровизация здравоохранения, одно из главных достижений

Федеральный закон от 24 июля 1998 года № 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» стал ключевым моментом в разработке государственных мер по охране здоровья детей. Этот закон рассматривался как стратегическое направление развития нормативного правового регулирования вопросов защиты прав подрастающего поколения.





которой – улучшение доступа к медицинской помощи и информации за счёт мобильных приложений и телемедицины. Это особенно актуально для жителей отдалённых районов, где доступ к качественной медицинской помощи ограничен. Цифровизация также способствовала широкому внедрению профилактических практик и формированию осознанного отношения к здоровью. Мобильные приложения и носимые устройства, позволяющие вести регулярный мониторинг здоровья ребёнка, фиксируя в том числе особенности питания, физического и интеллектуального развития, делают детей и их семьи активными участниками оздоровительного процесса.

Создание эффективной, работающей системы охраны детства в России стало возможным благодаря осознанию здоровья подрастающего поколения как одной из главных ценностей. На каждом историческом этапе перед педиатрией вставали задачи, от решения которых зависело не только благополучие отдельно взятой семьи, но и дальнейшее развитие государства и общества. Очередная страница истории детского здравоохранения, которая сегодня открывается благодаря последним научным и технологическим достижениям, выводит систему медицинской помощи на качественно новый уровень, но вместе с тем готовит новые вопросы и вызовы, на которые специалистам предстоит дать ответ.



Детское здравоохранение в России: новое время

1920-е годы

Массовая иммунизация и профилактика инфекционных заболеваний среди детей

1930-е годы

Развитие системы детских санаториев и пионерских лагерей

1960-е годы

Расширение сети детских больниц и поликлиник, внедрение массовых профилактических мероприятий

1970-е годы

Внедрение программ раннего выявления и профилактики врожденных патологий у новорожденных

1980-е годы

Улучшение диагностики и лечения онкологических заболеваний у детей

1990-е годы

Переход к рыночной экономике и реформы здравоохранения, начальные этапы внедрения страховой медицины

2017 год

Утверждение федерального проекта «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям»

2018 год

Начало реализации национального проекта «Демография», включающего меры поддержки материнства и детства

2019 год

Пандемия COVID-19 и усиление мер по защите здоровья детей

2025 год

Старт национального проекта «Семья», завершение ряда крупных проектов по строительству новых детских поликлиник и больниц

К здоровью через кишечник

Кишечный микробиом – это сложная экосистема, состоящая из триллионов микроорганизмов. Его важность для здоровья человека невозможно переоценить. Поддержание микробного разнообразия и баланса через правильное питание, физическую активность и здоровый образ жизни может существенно снизить риск развития многих заболеваний. Данная статья зарубежных исследователей представляет собой обзор ключевых факторов, влияющих на состав кишечной микробиоты младенца. Она позволяет систематизировать существующие знания и может послужить основой для разработки эффективных стратегий профилактики и лечения различных заболеваний, связанных с дисбалансом микробного пейзажа. Это особенно актуально в свете растущего интереса к роли микробиома в здоровье и развитии детей.

Оригинал статьи



Сохранение микробиоты на ранних этапах жизни для сокращения различий в состоянии здоровья между поколениями

Социально-экономические различия приводят к значительному неравенству в здоровье. Низкий социально-экономический (СЭ) статус увеличивает риск инфекционных заболеваний, таких как хронические респираторные, кардио-метаболические и психические расстройства, а также болезни полости рта. Дети из семей с низким СЭ статусом чаще подвержены ожирению, сердечно-сосудистым рискам и поведенческим проблемам.

Механизмы, через которые СЭ неравенство влияет на здоровье, особенно между поколениями, остаются неясными.

Кишечная микробиота играет ключевую роль в связи между внешней средой и здоровьем. Она формируется сразу после рождения и подвержена влиянию внешних факторов, что может сказаться на иммунитете, метаболизме и поведении. Младенческий период

критически важен для долгосрочного здоровья, так как ранние изменения в микробиоте могут иметь серьезные последствия. Факторы низкого СЭ статуса, такие как частые кесаревы сечения, проблемы с грудным вскармливанием, ограниченный доступ к свежим продуктам, повышенное использование антибиотиков и экологические факторы, негативно влияют на микробные сообщества кишечника младенцев.

Развитие микробиома младенца

Формирование микробиоты кишечника начинается при рождении под влиянием способа родов, материнской микробиоты, метаболитов и иммунной системы матери. Сначала кишечник

заселяют аэробы и факультативные анаэробы, такие как *Staphylococcus* и *Proteobacteria*, создавая условия (кислород) для анаэробов вроде *Bifidobacterium*, *Bacteroides* и *Clostridia*. Микро-

биота созревает в течение первых 1–3 лет жизни, и её нарушения в этот период могут привести к аллергии, ожирению и поведенческим проблемам.

Социальное неравенство и микробиом

Среди возможных механизмов влияния социального неравенства на микробиом младенца рассматриваются не только эффекты раннего воздействия, но и особенности передачи между поколениями.

Способ родоразрешения влияет на состав микробиоты кишечника новорожденных. Исследования показывают, что женщины с низким

Факторы влияния социального неравенства на микробиом младенца:

- способ родоразрешения,
- вид вскармливания,
- применение антибиотиков,
- недоедание,
- окружающая среда.

доходом чаще рожают с помощью кесарева сечения. Младенцы, появившиеся на свет таким образом, имеют меньше материнских бактерий и меньшее разнообразие микробиоты по сравнению с теми, кто родился вагинально. Однако влияние кесарева сечения на здоровье детей остается спорным. Некоторые исследования связывают его с повышенным риском ожирения, астмы

и иммунных нарушений, в то время как другие не находят такой связи. Это указывает на то, что негативные последствия кесарева сечения могут быть компенсированы другими факторами в раннем возрасте.

Грудное вскармливание играет важную роль в формировании микробиоты кишечника младенца благодаря таким компонентам материнского молока, как секреторный IgA, молочная микробиота и олигосахариды. Грудное вскармливание может помочь компенсировать проблемы, вызванные кесаревым сечением и антибиотиками. Однако семьи с низким доходом часто сталкиваются с трудностями в начале и продолжении грудного вскармливания. Переход на искусственное вскармливание может привести к преждевременному созреванию микробиоты, снижению количества *Bifidobacterium* и увеличению патогенных микроорганизмов, что связано с риском ожирения у детей. Поэтому важно поддерживать матерей и семьи в сохранении грудного вскармливания.

Антибиотики значительно снизили смертность, но их использование, особенно широкоспектральных, может негативно сказаться на нормофлоре. Это приводит к уменьшению микробного разнообразия, росту антибиотикорезистентности и потере полезных бактерий, таких как *Bifidobacterium* и *Clostridia*.

Раннее применение этих препаратов связано с повышенным риском воспалительных заболеваний кишечника, астмы и ожирения. Интересно, что семьи с низким социально-экономическим статусом, как в богатых, так и в развивающихся странах, чаще подвергаются воздействию антибиотиков в раннем возрасте. Поэтому важные инициативы по рациональному использованию антибиотиков могут помочь не только

снизить устойчивость к ним, но и поддержать здоровую микробиоту у младенцев.

Недоедание связано с уменьшением облигатных анаэробных видов и увеличением условно патогенных микробов в кишечном микробиоме младенца. Недавние рандомизированные клинические испытания установили, что продукты, ориентированные на микробиоту, а не только потребление



калорий, успешно поддерживают восстановление роста у недоедающих детей.

Окружающая среда (качество воздуха, состав семьи, наличие домашних живот-

ных) оказывает устойчивое воздействие как на сообщество микробиоты, так и на здоровье младенца. Так, например, дети, которые жили на фермах или вблизи них в перинатальный период,

имеют в дальнейшем более низкий риск развития астмы. Поэтому расширение доступа общественности к зеленым зонам может способствовать формированию здоровой микробиоты.

Сокращение неравенства в здоровье через микробиоту

Уделяя внимание здоровому развитию микробиоты у младенцев, можно снизить неравенство в здоровье будущих поколений. Из всех суще-

ствующих методов поддержки развития микробиоты младенцев наиболее широко в медицинскую практику могут быть интегрированы по-

ощрение рационального использования антибиотиков, поддержка грудного вскармливания, восстановление недостающей микробиоты.

Рациональное использование антибиотиков

Все большее число программ по управлению антибиотиками успешно внедряется по всему миру. Их эффективность подтверждается сокращением использования антибиотиков, улучшением клинических и микробиологических результатов, а также экономическими выгодами.

Кроме того, это служит защитой жизненно важных видов микроорганизмов в детской микробиоте, что снижает случаи детских неинфекционных заболеваний. В частности, снижение назначений антибиотиков в Британской Колумбии и Канаде коррелирует с более низкими показателями детской астмы. При этом было показано, что детская микробиота является вероятным посредником этой связи.



Поддержка грудного вскармливания

Семьи с неблагоприятным СЭ статусом отличаются более низкими показателями начала и продолжительности грудного вскармливания. Это может быть связано с такими барьерами, как отсутствие информации по ГВ, недостаток опыта ГВ у предыдущих поколений, а также

ограничения в сфере занятости и финансов.

Некоторые из них можно решить на индивидуальном или общественном уровне. Об этом свидетельствуют рандомизированные контролируемые исследования, которые успешно повысили мотива-

цию и успешность ГВ. Также, учитывая ситуации, когда ГВ не столько вызывает сложности, сколько невозможно, становится очевидной необходимость таких мер, как финансовая поддержка, доступ к донорскому ГМ, исследования формул искусственных молочных смесей.

Восстановление микробиоты

Учёные исследуют использование живых биотерапевтических продуктов (ЖБП) для восполнения недостающих микроорганизмов у младенцев. Примером является *B. infantis*, численность которого снизилась в Северной Америке. Анализ кала может помочь выявить младенцев, нуждающихся в препаратах с этим микроорганизмом, что способствует снижению дисбактериоза и формиро-

ванию здоровой иммунной системы.

Хотя долгосрочные исследования по колонизации и пользе для здоровья отсутствуют, интерес вызывает включение в ЖБП таких видов, как *Bifidobacterium* и *Lactobacillus*, которые могут колонизировать микробиоту новорожденных при использовании матерями во время беременности или лактации.

Эксперты также подчеркивают важность улучшения городской среды для сохранения биоразнообразия и здоровья населения. Контакт с природой увеличивает микробное разнообразие у детей и способствует формированию здоровой иммунной реакции. Повышение доступности здравоохранения и образования также играют ключевую роль в поддержании здоровья и благополучия.

Заключение

Социально-экономическое неравенство связано с ухудшением здоровья, включая повышенный риск хронических и психических заболеваний, особенно у детей из малообеспеченных семей. Поддержка здоровой микробиоты на ранних стадиях жизни может помочь, так как она влияет на иммунитет и общее состояние здоровья ребенка.

Необходимы интегрированные биомедицинские и политические меры, направленные на поддержку грудного

вскармливания, ограничение антибиотиков, доступ к качественным продуктам и создание благоприятной экологической среды. Эти шаги помогут улучшить здоровье детей и сократить разрыв между социальными группами.

Также требуются дальнейшие исследования для понимания разнообразия и функций микробиоты в зависимости от социально-экономического статуса в разных регионах, этнических группах и возрастных периодах. ■■■



Благодарность

Редакция журнала «МедМос Медиа» сердечно благодарит экспертов за вклад в подготовку материалов номера:

Публикуем список экспертов издания (в алфавитном порядке):

ЗАБОЗЛАЕВ Сергей Николаевич – генеральный директор ООО «Торговый Дом МедМос», Москва, Россия

ИВАНОВ Кирилл Сергеевич – коммерческий директор ООО «Торговый Дом МедМос», Москва, Россия

КАРПЕНКО Максим Александрович – к.м.н., детский пульмонолог, педиатр, ассистент кафедры педиатрии РУДН, Москва, Россия

ПЕТРОВА Анастасия Сергеевна – к.м.н., главный внештатный специалист-неонатолог Московской области, заместитель главного врача по педиатрической помощи Московского областного перинатального центра, Балашиха, Россия

СИРИН Игорь Викторович – директор производства «МедМос-Медицинские Технологии», Дубна, Россия

СОЛОДКОВА Анна Вадимовна – научный сотрудник лаборатории «Исследование когнитивных и коммуникативных процессов у подростков и юношей при решении игровых и учебных задач в цифровых средах», МГППУ; педагог-психолог ГБОУ «Школа №1286», Москва, Россия

ТАРАСОВА Ольга Александровна – исполнительный директор стоматологической клиники Дентал Фэнтези на Проспекте Мира, Москва, Россия

**Отдельная благодарность
ученикам, выпускникам и педагогам ГБОУ «Школа 1286» (Москва)
и команде больничных клоунов «Носики» (Донецк)**