

© Коллектив авторов, 2015

*Н.В. Полунина, Л.И. Ильенко, Г.А. Самсыгина,
Г.Н. Буслаева, Е.П. Кузнецихин*

ОРГАНИЗАЦИЯ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА В РНИМУ им. Н.И. ПИРОГОВА – ОСНОВА ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В РОССИИ (к 85-летию со дня основания факультета)

ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ, Москва, РФ

*Polunina N.V., Iliencko L.I., Samsygina G.A.,
Buslaeva G.N., Kuznechihin E.P.*

ORGANIZATION OF PEDIATRIC FACULTY IN PIROGOV RUSSIAN NATIONAL RESEARCH MEDICAL UNIVERSITY (the 85th anniversary of faculty foundation)

Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia

Подрастающее поколение относится к особой группе населения, поскольку основы здоровья закладываются в детском возрасте, а здоровье взрослых людей определяется в основном наследственностью, образом жизни и состоянием здоровья, которые они имели в детстве.

Существенная роль в поддержании здоровья принадлежит медицинским кадрам. Благодаря работам Гиппократов сформировались античные представления о педиатрии, хотя, несомненно, познания людей о природе ребенка и поддержании его здоровья имеют более древнюю историю [1]. Развили педиатрические представления античного мира Орибасий, Павел Эгинский, а в средние века – Абу Али ибн Сина (980–1037). В своем «Каноне врачебной науки» Авиценна посвятил особые разделы воспитанию больного и здорового ребенка, охватывающие почти все вопросы охраны здоровья детей, что оказало огромное влияние на развитие педиатрии в Европе, а его можно назвать одним из основоположников педиатрии [2]. Многочисленные ссылки на Авиценну содержатся в первых печатных книгах по педиатрии – Павла Багеллярда «Книжка о болезнях детей» (Италия, 1472) и Варфоломея Метлингера «Регламент малых детей. Как следует ухаживать за детьми – здоровыми и больными от их рождения до семилетнего возраста» (Германия, 1475). В эпоху Возрождения в Англии выходит популярный «лечебник» детских болезней Томаса Фэра «Книга о детях», во Франции – первый трактат по педиатрии на французском языке Симона де Валламбера «Пять книг о том, как вскармливать и воспитывать детей со дня их рождения». В XVII–XVIII вв. в Европе и России открываются многочисленные медицинские школы,

где огромное внимание уделяется педиатрии как самостоятельной и важной медицинской науке, открывающей возможности по предупреждению болезней в детском возрасте, множатся книги по педиатрии: Ф. Вюрц «Книга о детях» (Швейцария), Ф. Глиссон «Учение о рахите» (Англия), Т. Сиденгам «О детских болезнях» (Англия), Дж. Локк «Мысли о воспитании» (Англия), М. Розенштейн «Руководство к познанию и врачеванию младенческих болезней» (Швеция).

Подобный высокий интерес к лечению детей и особенностям сохранения их здоровья был обусловлен расцветом науки, важными открытиями в различных областях медицины, возникшему пониманию у медиков взаимосвязи между состоянием плода, младенца, ребенка и состоянием здоровья взрослого человека. Развитие естественных наук и теоретической медицины, а также экспериментальные исследования в области математики, физики, химии и биологии определили новую научную картину мира и послужили базой для научной медицины.

В течение XVII–XVIII вв. наука и медицина развивались с исключительной скоростью. Вильям Харви (1578–1657) точно описал кровообращение в организме, добавив собственное открытие, что кровь «прокачивалась» по организму сердцем. Ричард Лоуер (1631–1691) и Роберт Хук (1635–1703) показали в экспериментах, что во время прохождения по телу кровь приобретает новые свойства, меняя свой цвет на ярко красный (кислород будет открыт позже). Р. Лоуер выполнил первые переливания крови между животными и между людьми. Р. Хук и голландский биолог Антони ван Левенгук (1632–1723) с помощью нового приспособления – микроскопа – обнаружили

и описали красные кровяные тельца, бактерии и простейшие организмы. В Италии физиолог Марчелло Мальпиги (1628–1694) при помощи микроскопа изучил структуру печени, кожи, легких, селезенки, эндокринных желез и мозга; внес большой вклад в развитие эмбриологии. Другой итальянец – анатом Джованни Морганьи (1682–1771) считается основателем такой дисциплины, как патологическая анатомия. Французский физиолог Мари-Франсуа Биша (1771–1802) обнаружил, что заболевания поражают отдельные ткани, а не целые органы. После открытия кислорода французским химиком Антуаном Лавуазье (1743–1794) стала полностью понятна физиология дыхания.

Успехи были достигнуты и в области диагностики. Англичанин Томас Виллис (1621–1675) проанализировал мочу и обратил внимание на наличие сахара в моче диабетиков. Профессор из Голландии Герман Бургав (1668–1738) начал использовать в клинической практике термометр для отслеживания изменений температуры тела. Австрийский медик Леопольд Ауенбруггер (1722–1809) указал на важность простукивания грудной клетки для обнаружения жидкости в легких. Француз Рене-Теофил-Мари-Гиацинт Лаеннек (1781–1826) упростил эту процедуру, изобретя стетоскоп – первое устройство для улучшения слуха. Современный инструмент с резиновыми трубками и двумя наушниками был изобретен позже американцем Джоджем Камманом в 1852 г. Вильгельм Рентген в 1895 г. открыл излучение, названное в его честь, которое стали использовать для рентгенографии внутренних органов.

Значительный прогресс был достигнут и в лечении некоторых заболеваний. Так, английский физиолог Томас Сиденхам (1624–1689) стал использовать для лечения малярии кору хинного дерева. Хирург английского военно-морского флота Джеймс Линд (1716–1794) доказал, что цитрусовые излечивают цингу, которой страдали моряки во время длительного плавания. Английский ботаник и медик Вильям Визеринг (1741–1799) выявил эффективность получаемого из наперстянки дигиталиса при лечении болезней сердца. Британский сельский врач Эдвард Дженнер (1749–1823) создал вакцину от оспы.

Тем не менее, достижения в науке и технологии почти не влияли в то время на рутинную клиническую практику. Основными лечебными процедурами продолжали оставаться экскавация, кровопускание и очистка кишечника...

В конце XVIII–начале XIX вв. многие государства стали публиковать статистические отчеты о показателях заболеваемости, в т.ч. детской и мате-

ринской смертности, которые уже тогда давали наглядное представление о развитии медицины, служили критерием оценки состояния здравоохранения в той или иной стране. Высокие показатели материнской и младенческой смертности в XVIII–XIX вв., которые отмечались почти во всех странах Европы, были обусловлены прежде всего широким распространением инфекционных болезней, наличием эпидемий и пандемий, что усугублялось затяжными военными действиями, недостаточным количеством врачей и медицинских сестер.

Указанные обстоятельства содействовали открытию медицинских школ, где, наряду с обычным курсом обучения, преподавались разделы по оказанию медицинской помощи женщинам и детям. Особое внимание уделялось вопросам вскармливания, биохимическим и микробиологическим аспектам возникновения и течения болезней у детей, профилактическим мероприятиям, хотя до эпохи иммунологии и вакцинопрофилактики было еще далеко.

В начале прошлого столетия в России показатели смертности среди женщин и детей были чрезвычайно высокими. Так, показатель материнской смертности составлял 420 случаев смерти женщин в период беременности, родов и 42 дней после родов, в расчете на 100 тыс детей, родившихся живыми в течение года. При этом темпы снижения материнской смертности в России были незначительны [3].

Показатели младенческой смертности в первые десятилетия XX века в России в 3–4 раза превышали таковые в ряде стран Европы и США и были одними из самых высоких в мире (табл. 1) [4, 5].

Наличие в нашей стране в начале прошлого столетия неблагоприятных показателей заболеваемости и смертности детей, особенно первых лет жизни, требовало принятия безотлагательных мер по исправлению сложившейся ситуации, что способствовало появлению в России государственной системы педиатрического образования, подготовки врача-педиатра. Н.А. Семашко, один из первых наркомов здравоохранения, еще в 1918 г. говорил: «стратегической задачей здравоохранения должно стать создание государственной системы охраны материнства и детства, так как оздоровление населения должно начинаться с оздоровления матери и ребенка. Необходимо учитывать, что государственное попечение о детях должно начинаться с заботы о здоровье женщины в период беременности, родов и непосредственно после них, а затем проявляться охраной здоровья детей различных возрастных групп» [6].

Организация педиатрического образования 20–30-е гг. прошлого столетия положила начало фор-

Таблица 1

Показатели младенческой смертности в некоторых странах мира на начало XX века

Годы	Страны					
	Россия	Австрия	Франция	США	Англия	Швеция
1913	269,3	156,9	98,9	86,4	79,8	63,2
1925	230,4	129,6	86,2	74,9	66,2	59,8
1930	210,3	103,7	78,3	66,2	59,7	55,4

мированию стройной системы подготовки специализированных медицинских кадров, включающей обучение педиатров на до- и последипломном уровнях.

Таким образом, 85 лет назад – 1 октября 1930 г., согласно приказу Народного Комиссариата здравоохранения № 406 от 9 августа 1930 г., во 2-м Московском медицинском институте (ныне – Российский Национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова) был открыт первый в нашей стране факультет охраны материнства, младенчества и детства. Вначале он включал два отделения: охраны материнства, младенчества и детства (ОММиД) и охраны здоровья детей и подростков (ОЗДиП). В 1936 г. оба отделения слились в один факультет, который стал называться педиатрическим [7]. Он явился первым педиатрическим факультетом не только в СССР, но и в мировой практике.

Одновременно с набором на первый курс нового факультета подготовку детских врачей начинают осуществлять за счет привлечения студентов, обучающихся на лечебном факультете. Было организовано их обучение на втором (с 23 ноября 1930 г.), третьем (с 11 февраля 1931 г.) и четвертом (с 15 сентября 1931 г.) курсах. Это позволило уже 15 июля 1932 г. осуществить первый выпуск детских врачей в количестве 121 человек. Однако следующий выпуск (1934 г.) был задержан на полгода для увеличения клинической подготовки по педиатрическим дисциплинам.

Тяжелое положение нашей огромной страны в 30-х годах прошлого века, обусловленное гражданской войной, неурожаем, засухой, социальными, миграционными процессами, сохраняющимися высокими показателями материнской и детской смертности и рядом других обстоятельств, продиктовало необходимость организации при других медицинских вузах педиатрических факультетов для подготовки квалифицированных специалистов – врачей-педиатров.

В феврале 1935 г. Ленинградский НИИ охраны материнства и младенчества перепрофилируется в высшее учебное заведение для подготовки детских врачей – Ленинградский педиатрический медицинский институт, являющийся единственным в мировой практике профильным институтом по подготовке врачей-педиатров. Мы убеждены – эти два события уже вписаны красной строкой в историю и российской и мировой педиатрии. В дальнейшем аналогичные факультеты были открыты в Ростовском, Казанском, Горьковском и других медицинских институтах [5].

Несмотря на то, что многие были не согласны с вновь созданной формой подготовки детских врачей и даже появлялись предложения о его закрытии, в 1938 г. Народный Комиссариат здравоохранения увеличил прием на первый курс педиатрического факультета 2-го МГМИ до 320 человек. Была значительно расширена клиническая база факультета.

В настоящее время обучение будущих врачей-педиатров успешно осуществляется на педиатрических факультетах в 37 вузах Российской Федерации.

И, если в 1932 г. первый выпуск педиатров состоял из 121 выпускника, то к 1940 г. врачей-педиатров уже насчитывалось 19,4 тыс, акушеров-гинекологов – 10,6 тыс [7], а в настоящее время [11] общее число

педиатров составляет более 67,8 тыс, акушеров-гинекологов – 43,8 тыс (табл. 2).

Подготовка будущих педиатров на протяжении всего времени существования педиатрического факультета проводилась в соответствии с требованиями высшей школы и запросами практического здравоохранения. Большую роль в профессиональной подготовке врачей-педиатров сыграл тот факт, что, начиная с первого курса додипломного образования, организовано профилированное обучение студентов с учетом последующей их работы в детских медицинских организациях.

В целом за прошедшие 85 лет додипломное педиатрическое образование в нашей стране постоянно совершенствовалось и претерпело изменения, как в сроках подготовки, в количестве изучаемых дисциплин и дисциплин специальности, так и в количестве часов, предусмотренных на освоение дисциплин специальности [7]. Сроки подготовки врача-педиатра увеличились с 4 лет при открытии факультета до 6 лет, начиная с 1946 г. и по настоящее время. Число изучаемых дисциплин также возросло с 30 при организации факультета до 45 при переходе на 6-летнее обучение, а в настоящее время насчитывается 70 различных дисциплин. За истекшие годы произошло изменение и в количестве учебных часов, предусмотренных на изучение отдельных дисциплин, существенно увеличилось число часов, выделенных на освоение педиатрических дисциплин – с 340 до 2040 аудиторных часов (табл. 3).

В нашей стране становление педиатрии как самостоятельной научной и учебной дисциплины происходило в рамках близкородственных медицинских специальностей – терапии и акушерства. Так, вопросы диагностики и лечения детских болезней, методы выхаживания детей, особенности вскармливания младенцев и питания детей старше года читались известными терапевтами – профессорами С.Г. Забелиным и Г.И. Сокольским, а также акушерами – профессорами Н.М. Максимович-Амбодик, С.Ф. Хотовицким, Н.А. Тобольским. Датой рождения первой кафедры педиатрии в России считается 1865 г., когда профессор медико-хирургической академии В.М. Флоринский прочитал курс детских болезней.

Развитие педиатрической науки потребовало расширения преподавания в соответствии с запросами практической медицины. Это касалось прежде всего вопросов диагностики, лечения, реабилитации и профилактики целого ряда заболеваний у детей различного возраста не только в стационаре, но и в амбулаторных условиях. Привлечение врачей-специалистов педиатрического профиля к проведению диспансерного наблюдения здоровых детей способствовало детализации преподавания и появлению самостоятельных дисциплин, введения в учебные программы отдельных вопросов, расширяющих знания студентов в области диагностики, лечения, реабилитации и профилактики.

Следует отметить, что при организации педиатрического факультета в число дисциплин педиатрического профиля входили лишь 4 кафедры: пропедевтика детских болезней, педиатрия раннего и старшего

Динамика численности врачей с 1913 г. по 2013 г.^{1,2,3,4}

Годы наблюдения	Число врачей		Число врачей-педиатров		Число акушеров-гинекологов	
	всего, тыс	на 10 тыс населения	всего, тыс	на 10 тыс детей	всего, тыс	на 10 тыс женщин
1913	28,1
1940	82,2	7,4	19,4	...	10,6	...
1950	148,9	14,5	32,1	...	16,6	...
1960	233,2	19,3	58,9	...	28,7	...
1970	347,4	26,6	44,5	13,2	23,1	3,2
1980	531,5	38,3	63,9	21,2	33,7	4,5
1990	667,3	45,0	83,0	24,5	41,2	5,2
1995	680,2	44,4	68,6	22,2	36,8	4,7
2000	682,4	46,8	64,1	25,3	38,9	5,1
2005	690,3	48,8	68,6	32,4	42,9	5,6
2010	715,8	50,1	68,9	31,6	43,7	5,7
2012	703,2	49,1	68,5	25,5	43,9	5,7
2013	702,6	48,9	67,8	24,8	43,8	5,7

¹Народное хозяйство СССР в 1970 г. статистический ежегодник. М.: Статистика, 1971: 691.

²Ресурсы и деятельность учреждений здравоохранения. М.: ЦНИИОИЗ, 2011: 5–6, 12.

³Здравоохранение России. 2013: Стат. сб./Росстат. 3-46.М., 2013: 380 с.

⁴Российский статистический ежегодник. 2014: Стат. сб./Росстат. Р76. М., 2014: 693 с.

Таблица 3

Динамика изменений в образовательных программах подготовки студентов-педиатров

Характеристики	Аудиторные часы			Зачетные единицы трудоемкости ЗЕТ (по ФГОС)
	1930 г.	ГОС	ФГОС	
Сроки подготовки врачей-педиатров	4	6	6	
Число изучаемых дисциплин:				
обязательных	30	62	56	
педиатрических	4	6	7	
других профильных		10	9	
Число аудиторных часов на изучение:				
обязательных дисциплин	5 280	7 920	8 640	360
педиатрических дисциплин	340	1 745	1 536	64
других профильных дисциплин		902	912	38

возраста, детская хирургия. В настоящее время, в соответствии с Федеральным Государственным образовательным стандартом (ФГОС-2010), в дисциплины педиатрического направления (помимо перечисленных выше) включены: поликлиническая и неотложная педиатрия, неврология, оториноларингология, офтальмология, дерматовенерология, фтизиатрия, медицинская генетика, гинекология, эндокринология, медицинская реабилитация. В программах всех перечисленных дисциплин преподавание проводится с акцентом на подготовку врачей-педиатров широкого профиля.

Особенность подготовки студентов-педиатров состоит в изучении ими, начиная с 1-го курса, разде-

лов развития и функционирования организма ребенка по возрастным группам, что обусловлено наличием анатомо-физиологических, морфофункциональных и психологических особенностей, соответствующих возрастному-половым группам детей. Установлено, что скорость развития отдельных органов и систем у детей различных возрастных групп происходит неравномерно, что может приводить к появлению функциональных отклонений в органах и появления соответствующих жалоб.

В большинстве случаев для каждой возрастной группы от 0 до 18 лет характерно возникновение определенной патологии, что способствует осуществлению ранней диагностики патологии, своевремен-

ному началу лечения и реабилитации, что приводит к достижению оптимального эффекта в максимально короткие сроки. Специальные исследования показали, что факторы риска неблагоприятных показателей здоровья детей и подростков, в большинстве случаев, взаимосвязаны с возрастом и полом ребенка, поэтому профилактическая работа должна осуществляться с учетом возрастного-половых особенностей ребенка.

С первых лет организации педиатрического образования проводится постоянная работа, направленная на профилированное преподавание с обязательным акцентом на особенности течения того иного процесса у детей. Это относится как к теоретическим предметам, так и к медико-биологическим и общим клиническим дисциплинам. Особенность подготовки студентов-педиатров состоит в изучении возрастных анатомо-физиологических особенностей детей и подростков; характерных особенностей развития патологических процессов в растущем организме ребенка; причин и механизмов возникновения заболеваний у детей с учетом состояния здоровья матери и особенностей внутриутробного развития ребенка; возможностей ранней диагностики и своевременного лечения заболеваний у детей и подростков; методов профилактики среди детей различных возрастно-половых групп детей и реабилитации наследственных, врожденных и приобретенных заболеваний у детей.

При обучении студентов-педиатров, помимо обязательной программы (ФГОС-2010), используется преподавание вариативной части, состоящей из обязательных для данного вуза дисциплин и широко используемых элективных курсов (или курсов по выбору), что дает возможность дополнить единое для всех образование индивидуальной подготовкой с учетом региональных особенностей и пожеланий будущего врача. Внедрение вариативной части в педагогический процесс позволяет не только индивидуализировать обучение студента-педиатра, но расширить изучение наиболее важных и значимых проблем медицины и детского здравоохранения в соответствии с потребностями во врачах-специалистах педиатрического профиля и личными интересами учащихся. В различных медицинских вузах насчитывается от 20–30 до 60–70 элективных курсов по клиническим, медико-профилактическим дисциплинам, медико-биологическим, гуманитарным и социально-экономическим направлениям, сформированным в соответствии с ФГОС-2010.

Полноценное обучение студентов медицине невозможно без проведения практических занятий у постели больного. В связи с этим кафедры педиатрического факультета активно сотрудничают с лечебно-профилактическими учреждениями практического здравоохранения, что позволяет, с одной стороны, обучать студентов клиническому мышлению, а, с другой стороны, показать будущему врачу все стороны и грани практической работы врача-педиатра, то, с чем ему придется столкнуться после окончания вуза. Сотрудничество кафедральных коллективов с практическим здравоохранением сопровождается систематическим обсуждением и внедрением в практику научных достижений кафедр, единством подходов к диагностике, лечению и реабилитации больных, осуществлению профилактических мероприятий.

Современная подготовка педиатров базируется на широком внедрении в учебный процесс симуляционных методов обучения студентов, включает чтение лекций в мультимедийном варианте, с использованием телекоммуникационных технологий, издание учебников и пособий в электронном виде, создание специальных Web-сайтов для обучающихся (студентов и врачей).

Современная схема педиатрического образования в Российской Федерации включает не только додипломное 6-летнее обучение на педиатрических факультетах медицинских вузов, но и последипломную подготовку по специальности, которая, в свою очередь, состоит из первичной специализации в течение одного года (в интернатуре, сохраняется до 2017 г.) или в течение 2 лет (в ординатуре), либо это может быть вариант углубленной профессиональной переподготовки (для окончивших лечебный факультет) – в течение 144 или более 500 ч.

Завершается педиатрическое образование получением диплома врача-педиатра (без права самостоятельной работы до 2017 г.) на додипломном уровне и сертификат специалиста на последипломном уровне по 23 специальностям – при первичной специализации и 46 специальностям – при углубленной профессиональной переподготовке.

Специализация врачей-педиатров по узким специальностям (хирургия, фтизиатрия, офтальмология, оториноларингология, ревматология и др.) проводится на последипломном уровне и осуществляется с использованием самостоятельных образовательных стандартов (программ) по каждой специальности для обучения в интернатуре (до 2017 г.), в ординатуре, при повышении квалификации врачей или их переподготовке. При этом существенную роль в повышении профессиональных знаний играет участие врачей в научно-практических конференциях различного уровня, в подготовке публикаций, обучении на рабочем месте и др.

Трудно переоценить роль специализированных врачебных кадров в сохранении и укреплении здоровья женщин, детей и подростков. Самоотверженная работа акушеров-гинекологов и педиатров позволила существенно сократить показатели материнской и младенческой смертности в нашей стране (табл. 4).

Если в начале века уровень материнской смертности и младенческой смертности в 3–4 раза превышал таковой в ряде стран Европы и США, то после реализации педиатрического образования различия в показателях существенно сократились.

Приведенные данные убедительно подчеркивают, что государственный подход в создании и реализации системы охраны материнства и детства, включающий комплекс социально-правовых и медико-организационных мер, в т.ч. подготовку специализированных медицинских кадров, обеспечил существенные сдвиги в улучшении здоровья женщин и детей.

Однако предстоит сложная и трудная работа по совершенствованию законодательной базы, увеличению адресного финансирования лечебно-профилактических учреждений и подготовке медицинских кадров для системы охраны материнства и детства, внедрению современных лечебно-профилактических и образовательных технологий в профильные учреждения.

Осуществление этих мер сможет обеспечить спе-

**Динамика показателей младенческой смертности
в некоторых странах мира***

Страны	1950	1970	1990	1995	2000	2005	2010	2014
Россия	80,7	22,8	17,4	17,4	14,6	11,0	7,5	7,4
Австрия	66,1	25,9	10,2	5,4	5,6	4,2	3,9	3,6
Англия	29,9	18,2	9,1	6,2	5,8	5,1	4,3	4,2
Франция	52,1	15,3	8,3	4,9	4,8	3,8	3,6	3,5
Швеция	21,3	11,2	5,9	4,1	3,4	2,4	2,5	2,4
США	29,2	21,4	10,1	7,5	6,9	6,8	6,1	6,1

*Здравоохранение в России. 2013: Стат. сб./Росстат. 3-46.М., 2013: 380 с.

циалистами – врачами-педиатрами высокой квалификации лечебно-профилактические учреждения, оказывающие медицинскую помощь женщинам и детям, что позволит выполнить государственные програм-

мы по снижению младенческой и детской смертности, сокращению заболеваемости детей и подростков, уменьшению детской и подростковой инвалидности.

Литература

1. Лисицын Ю.П. История медицины: Учебник. М.: Издательский дом «Гэотар-Медиа», 2004.

2. Фролова Е.А. Ученый, философ, врач. Новая философская энциклопедия: в 4 тт. Ин-т философии РАН. Научно-ред. совет: В.С. Стёпин, А.А. Гусейнов, Г.Ю. Семигин. М.: Мысль, 2010.

3. Ярыгин В.Н., Полунина Н.В., Нестеренко Е.И. Система охраны материнства и детства – вчера, сегодня завтра. Вестник Российского Государственного Медицинского Университета. 2005; 4 (43): 26–33.

4. Ваткис Г.А., Лекарев Л.Г. Социальная гигиена и организация здравоохранения: Учебник. М.: Медицина, 1969: 441.

5. Амиров Н.Х., Альбицкий В.Ю., Ключкин И.В. Педиатрическому факультету – 70 лет. Казанский медицинский журнал. 2003; 3: 67–69.

6. Речь Н.А. Семашко «О социальном значении здравоохранения в пролетарском государстве» — аудиозапись, 1918.

7. Полунина Н.В., Розанова И.Е. У истоков педиатрического образования: от медицинского факультета МВЖК до педиатрического факультета РГМУ. Российский медицинский журнал. 2006; 5: 6–9.

8. Народное хозяйство СССР в 1970 г. статистический ежегодник. М.: Статистика, 1971: 691.

9. Ресурсы и деятельность учреждений здравоохранения. М.: ЦНИИОИЗ, 2011: 5–6, 12.

10. Здравоохранение России. 2013: Стат. сб. Росстат. 3-46.М., 2013: 380 с.

11. Российский статистический ежегодник. 2014: Стат. сб. Росстат. Р76. М., 2014: 693 с.

РЕФЕРАТЫ

КОМОРБИДНОСТЬ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1-го ТИПА И ЮВЕНИЛЬНОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА

Задача исследования – анализ распространенности ювенильного идиопатического артрита (ЮИА) и проявлений диабета у педиатрических пациентов с сахарным диабетом 1-го типа (СД1). Выполнен анализ выборки пациентов с СД1 из базы данных клинических наблюдений за период с 1995 до сентября 2013 гг. (n=54 911, возраст <16 лет, 47% девочек). Проведено сравнение между пациентами с ЮИА и без последующим параметрам: рост, вес, индекс массы тела, уровень гликированного гемоглобина A1c (HbA1c); доза инсулина; наличие или отсутствие артериальной гипертензии и дислипидемии; уровень гипогликемии и наличие или отсутствие кетоацидоза. По таким факторам, как возраст, пол, срок развития болезни и миграционный фон, данные были проанализированы посредством иерархических многомерных моделей регрессии. Наличие ЮИА при СД1 было выявлено у 106 из 54 911 пациентов; из них 66% девочек. У детей с ЮИА симптомы СД проявлялись раньше (7,2 года против 8,3 года, p=0,04). Дети с ЮИА были меньше ростом (стандартное отклонение –0,22 против 0,09, p=0,004). Соответственно вес пациентов с ЮИА был

меньше –0,02 против 0,22 (p=0,01). Индекс массы тела не отличался. HbA1c был незначительно ниже у детей с ЮИА (63 ммоль/моль [8%] против 67 ммоль/моль [8,3%], p=0,06). Потребность в инсулине у детей с ЮИА была выше (1,03 против 0,93 единицы инсулина/вес/день, p=0,003). Частота гипертензии и дислипидемии была сопоставима в обеих группах. Наличие ЮИА у пациентов с СД1 встречалось значительно чаще (0,19%), чем у основной массы населения (0,05%). ЮИА отрицательно сказывается на росте. Как ни странно, у детей с ЮИА уровень HbA1c был несколько ниже, возможно, из-за более интенсивного лечения или скрытого гемолиза, вызванного воспалительными процессами.

Gerhard Hermann, Angelika Thon, Kirsten Monkemoller, Eggert Lilienthal, Christof Klinkert, Martin Holder, Thomas Hortenhuber, Petra Vogel-Gerlicher, Holger Haberland, Martin Schebek, Reinhard W. Holl. Comorbidity of Type 1 Diabetes and Juvenile Idiopathic Arthritis. The Journal of Pediatrics. 2015; 166 (4): 930–935.