

Карен Дж. Маркданте, профессор, отделение педиатрии, Медицинский колледж Висконсина, Детская больница Висконсина, Милуоки, штат Висконсин.

Роберт М. Клигман, профессор и почетный председатель отделения педиатрии, Медицинский колледж Висконсина, Детская больница Висконсина, Милуоки, штат Висконсин.

Замечания

Теория и практика педиатрии непрерывно развиваются. По мере того как исследования и накопленный опыт расширяют наши представления, появляется необходимость в новых методах диагностики и лечения.

Врачи и исследователи должны всегда полагаться на собственный опыт и знания при оценке любой информации, методов и экспериментов, описанных далее. При использовании этой информации они должны руководствоваться собственной безопасностью и безопасностью других людей, включая тех, за кого они несут профессиональную ответственность.

При всем уважении к производителям описанных фармацевтических продуктов, читателю следует проверить последнюю информацию, касающуюся использования этих продуктов, в том числе состав, дозировку, способы и длительность применения, а также противопоказания. Ответственность за постановку диагноза, назначение лечения и выбор препаратов для каждого конкретного пациента лежит на лечащем враче.

В соответствии с действующим законодательством, ни издатель, ни авторы не несут ответственности за возможный ущерб здоровью, причиненный в результате использования какой-либо информации, содержащейся в этой книге.

*Эта книга посвящается нашим пациентам, которые вдохновляют нас на поиск нового,
и нашим учителям и коллегам, истинным профессионалам, чей пытливый ум
и преданность делу способствуют прогрессу медицинской науки и практики.*

ПРЕДИСЛОВИЕ

Говорят, что знания удваиваются каждые два года, а мощность компьютеров — каждые восемнадцать месяцев. Эти динамические изменения позволяют нам использовать новые технологии, настолько быстро, насколько оперативно мы их осваиваем. Взаимодействие медицины и технологии помогает с каждым годом обеспечивать все более эффективное и безопасное лечение, по мере того как наши коллеги-ученые все глубже раскрывают патофизиологию и механизмы болезней. Наша цель как издателей и авторов этой книги состоит в том, чтобы не только предоставить классические фундаментальные знания, которые мы используем каждый день, но в краткой и доступной манере проинформировать о последних достижениях медицины тех, кто стремится к успешной карьере в этой области.

Мы еще раз обновили информацию, дополнив её теми достижениями, которые были сделаны со времени последнего издания. Мы полагаем, что это позволит изучить распространенные и классические детские болезни в традиционном, логичном формате и поможет вам получить новые знания, которые вы сможете использовать в своей работе. В число авторов вошли руководители студенческой клинической практики и ординатуры, так что и студенты, и практикующие врачи смогут получить необходимые знания и навыки, которые понадобятся им в практической работе и для подготовки к экзаменам.

Мы гордимся тем, что являемся частью команды, прокладывающей тысячам будущих врачей путь в педиатрию.

*Карен Дж. Маркданте
Роберт М. Клигман*

ПРИЗНАТЕЛЬНОСТЬ

Авторы выражают глубокую благодарность Джеймсу Мерриту, Дженнифер Шрейнер, Аманде Минчер и их команде за помощь и внимание к деталям. Мы также благодарим нашу коллегу Кэролин Редман, чье активное участие способствовало появлению этого нового издания. И наконец, мы благодарим наших супругов за их терпение и поддержку на протяжении всей работы.

АВТОРЫ

Лиза М. Аллен

Профессор педиатрической и подростковой гинекологии, Отделение акушерства и гинекологии, Университет Торонто; Руководитель отделения педиатрической гинекологии Госпиталя для больных детей; Руководитель отделения гинекологии Больницы Маунт Синай; Организатор сайта отделения акушерства и гинекологии Больницы Женского колледжа, Торонто, Онтарио, Канада
[Подростковая медицина](#)

Уоррен П. Бишон

Профессор педиатрии Медицинский колледж Карвера, Университет Айовы; Детская больница Университета Айовы; Айова-Сити, Айова
[Пищеварительная система](#)

Ким Блейк

Профессор медицины Отделение общей педиатрии Медицинский центр IWK; Отдел медицинского образования Университет Далхаузи, Галифакс, Канада
[Подростковая медицина](#)

Аманда Брандоу

Ассоциированный профессор педиатрии Отделение гематологии и онкологии Медицинский колледж Висконсина Милуоки, Висконсин
[Гематология](#)

Грей М. Бучанан

Ассоциированный профессор семейной медицины Медицинский университет Южной Каролины, Чарльстон, Южная Каролина; Директор Программы постдипломного образования по семейной медицине; Гринвилл, Южная Каролина
[Психические расстройства](#)

Эйприл О. Бучанан

Ассоциированный профессор педиатрии Заместитель декана по учебной работе Медицинская школа Гринвилла Университета Южной Каролины; Детская больница Гринвилла Гринвилл, Южная Каролина
[Питание детей и нарушения питания](#)

Джеймс У. Вербски

Ассоциированный профессор педиатрии и микробиологии/ иммунологии Медицинский директор Лаборатории клинических иммунологических исследований Медицинский директор клинических и трансляционных исследований Медицинский колледж Висконсина Детская больница Висконсина Милуоки, Висконсин
[Иммунология](#)

Сурабхи Б. Вора

Ассистент-профессор педиатрии (инфекционные болезни) Медицинская школа Вашингтонского университета; Детская больница Сиэтла Сиэтл, Вашингтон
[Инфекционные болезни](#)

Ахмене Гхамм

Детский реаниматолог Медицинский колледж Висконсина Детская больница Висконсина Милуоки, Висконсин
[Профессия педиатра](#)

Кларенс У. Гоуэн

Профессор, председатель фонда Медицинской школы Западной Вирджинии Отделение педиатрии Медицинская школа Западной Вирджинии Старший вице-президент по учебной работе; Детская Больница королевских дочерей Норфолк, Вирджиния
[Фетальная и неонатальная медицина](#)

Ларри А. Гринбаум

Профессор педиатрии Директор отделения педиатрической нефрологии Медицинская школа Университета Эмори; Управление детского здравоохранения Атланты Атланта, Джорджия
[Жидкости и электролиты](#)

Элисон Х. Даунз

Ассистент-профессор клинической педиатрии Медицинская школа Перельмана Университета Пенсильвании Отделение проблем развития и поведения Детская больница Филадельфии Филадельфия, Пенсильвания
[Психосоциальные проблемы](#)

Дэвид Диммок

Медицинский директор Детский институт геномной медицины Рэди Сан-Диего, Калифорния
[Метаболические нарушения](#)

Алана М. Карп

Врач-стажер, детская нефрология Медицинская школа Университета Эмори Атланта, Джорджия
[Жидкости и электролиты](#)

Мэри Ким

Отделение дерматологии, Медицинский колледж Висконсина Милуоки, Висконсин
[Дерматология](#)

Мэтью П. Кронман

Ассоциированный профессор педиатрии (инфекционные заболевания) Медицинская школа Университета штата Вашингтон; Сопредседатель Программы профилактики инфекций Детская больница Сиэтла Сиэтл, Вашингтон
[Инфекционные болезни](#)

Клаудиа С. Кроуэлл

Ассистент-профессор педиатрии (инфекционные заболевания)
Медицинская школа Университета штата Вашингтон
Директор Программы по инфекционным заболеваниям QARI
Детская больница Сиэтла
Сиэтл, Вашингтон
Инфекционные болезни

Пол А. Леви

Ассистент-профессор педиатрии и патологии
Медицинский колледж Альберта Эйнштейна
Детская больница в Монтефиоре
Бронкс, Нью-Йорк
Человеческая генетика и дисморфология

Дэвид А. Левин

Профессор педиатрии
Руководитель отделения доврачебного образования
Медицинская школа Морхауса
Атланта, Джорджия
Рост и развитие

К. Джейн Ли

Ассоциированный профессор педиатрии
Отделение детей с особыми потребностями
Медицинский колледж Висконсина Милуоки, Висконсин
Острые состояния и травмы

Томас У. МакЛин

Профессор педиатрии
Баптистский медицинский центр
Уэйк-Форест
Уинстон-Салем, Северная Каролина
Онкология

Роберт У. Марион

Профессор педиатрии
Профессор акушерства, гинекологии и женского здоровья
Медицинский колледж Альберта Эйнштейна
Почетный председатель Отделения генетической медицины и медицины развития
Отделение педиатрии
Медицинский центр Монтефиоре
Бронкс, Нью-Йорк
Человеческая генетика и дисморфология

Мария Л. Маркес

Профессор педиатрии
Университетская больница MedStar
Университета Джорджтауна;
Заместитель декана по профессиональному развитию
Медицинская школа Университета Джорджтауна;
Медицинский директор
Центр Св. Марии в Форт Тоттен
Вашингтон, округ Колумбия
Питание детей и нарушения питания

Карен Дж. Маркданте,

Профессор
Отделение педиатрии
Медицинский колледж Висконсина
Детская больница Висконсина
Милуоки, Висконсин.
Профессия педиатра

Сьюзен Дж. Маршалл

Профессор и вице-президент по организации образования
Отделение педиатрии
Медицинская школа Вашингтонского университета;
Директор медицинского образования
Детская больница Сиэтла
Сиэтл, Вашингтон
Дыхательная система

Джон Д. Махан

Профессор педиатрии
Медицинский колледж Университета штата Огайо;
Директор Клиники метаболических заболеваний костей
Медицинский директор Программы трансплантации
Общенациональная детская больница
Коламбус, Огайо
Нефрология и урология

Тида Онг

Ассистент-профессор педиатрии
Медицинская школа Вашингтонского университета;
Со-директор Центра кистозного фиброза
Детская больница Сиэтла
Сиэтл, Вашингтон
Дыхательная система

Хирен П. Пател

Клинический ассоциированный профессор педиатрии
Медицинский колледж Университета штата Огайо;
Руководитель отделения нефрологии
Медицинский директор Программы трансплантации почки
Общенациональная детская больница
Коламбус, Огайо
Нефрология и урология

Тара Л. Петерсен

Ассистент-профессор педиатрии
Отделение педиатрической неотложной помощи
Медицинский колледж Висконсина Милуоки, Висконсин
Острые состояния и травмы

Кэролайн Р. Пол

Ассистент-профессор педиатрии
Школа медицины и общественного здоровья Университета Висконсина Мэдисон, Висконсин
Поведенческие расстройства

Томас Б. Рассел

Ассистент-профессор педиатрии
Баптистский медицинский центр
Уэйк-Форест
Уинстон-Салем, Северная Каролина
Онкология

Паола Палма Систо

Ассоциированный профессор педиатрии
Отделение педиатрии
Отделение эндокринологии
Медицинский колледж Висконсина Милуоки, Висконсин
Эндокринология

Дж. Пол Скотт

Профессор педиатрии
Медицинский колледж Висконсина
Медицинский директор Центра серповидноклеточной болезни Висконсина
Детский исследовательский институт
Детской больницы Висконсина
Милуоки, Висконсин
Гематология

Аманда Стригл

Ассистент-профессор педиатрии
Медицинская школа Вашингтонского университета;
Медицинский директор отделения дыхательной патологии
Детская больница Сиэтла
Сиэтл, Вашингтон
Дыхательная система

Дж. Ченнинг Тассон

Ассоциированный профессор ортопедической хирургии
Медицинский колледж Висконсина
Клинический вице-президент по хирургическим вмешательствам и анестезии
Заведующий отделением педиатрической ортопедии
Детская больница Висконсина Милуоки, Висконсин
Ортопедия

Кристен К. Фолькман

Ассистент-профессор педиатрии (аллергия и иммунология) и медицины Медицинский колледж Висконсина Милуоки, Висконсин

Аллергия

Рене А. Шеллхаас

Ассоциированный профессор педиатрии Медицинская школа Мичиганского университета Энн-Арбор, Мичиган

Неврология

Джослен Хуанг Шиллер

Ассоциированный профессор педиатрии Медицинская школа Мичиганского университета Энн-Арбор, Мичиган

Неврология

Дэниел С. Шнейдер

Ассоциированный профессор педиатрии Отделение педиатрической кардиологии Медицинская школа Университета Вирджинии Шарлоттесвилл, Вирджиния

Сердечно-сосудистая система

Колин М. Уоллес

Ассистент-профессор педиатрии Отделение госпитальной медицины Директор педиатрической ординатуры Директор Программы гуманитарных наук в медицине Медицинская школа Вашингтонского университета Сент-Луис, Миссури

Поведенческие расстройства

Кевин Д. Уолтер

Ассоциированный профессор ортопедической хирургии и педиатрии Медицинский колледж Висконсина; Директор Программы по спортивной медицине

Детская больница Висконсина Милуоки, Висконсин

Ортопедия

Кристин Фортин

Ассистент-профессор клинической педиатрии Медицинская школа Перельмана Университета Пенсильвании Центр защиты детей и детского здоровья Детская больница Филадельфии Филадельфия, Пенсильвания

Психосоциальные проблемы

Хилари М. Хафтел

Профессор педиатрии (инфекционные болезни; внутренние болезни и науки о здоровье);

Сопредседатель и директор по педиатрическому образованию Руководитель направления «Педиатрическая ревматология» Медицинская школа Мичиганского университета Энн-Арбор, Мичиган

Ревматические заболевания детского возраста

Мэри-Кэтлин Хенеган

Врач-ординатор Отделение педиатрической эндокринологии Детская больница медицинского холдинга Advocate Health Парк-Ридж, Иллинойс

Эндокринология

Асриани М. Чиу

Профессор педиатрии и медицины (аллергия и иммунология) Директор Клиники астмы и аллергии Медицинский колледж Висконсина Милуоки, Висконсин

Аллергия

Ивонн Э. Чиу

Ассоциированный профессор дерматологии и педиатрии Медицинский колледж Висконсина Милуоки, Висконсин

Дерматология

Дон Р. Эбеч

Клинический профессор педиатрии Медицинский колледж Карвера, Университет Айовы; Отделение гастроэнтерологии Детская больница Университета Айовы Айова-Сити, Айова

Пищеварительная система

ПРЕДИСЛОВИЕ К РУССКОМУ ИЗДАНИЮ

Сергей Бутрий,
практикующий врач-педиатр,
автор блога о доказательной педиатрии,
автор книг «Здоровье ребенка»
и «Современные родители»

Прошли те времена, когда педиатрия делилась на «школы», когда подходы к лечению одного и того же заболевания у детей кардинально различались между городами и странами, основываясь только на мнении авторитетов, и нередко прямо противоречили друг другу. Проведение многоцентровых научных исследований, международные педиатрические конференции, постоянный обмен опытом с зарубежными коллегами — все это вывело российскую педиатрию на уровень международной медицинской отрасли, подходы в ней становятся унифицированными теперь не только по отдельным заболеваниям (например, бронхиальная астма и GINA), но и по всем остальным нозологиям.

Уолдо Нельсон, американский педиатр, родившийся в конце XIX века, является, пожалуй, самым знаменитым педиатром на планете. На протяжении полувека он был соавтором и редактором всемирно известного учебника «Педиатрия по Нельсону», который продолжает издаваться и по сей день, недавно у него вышло 22-е издание (на английском языке). Этот учебник открыл для меня путь в педиатрию. Двенадцать лет назад, когда я поступил в ординатуру и был подавлен обилием противоречивых и взаимоисключающих рекомендаций в отечественных руководствах, обилием лекарственных препаратов с недоказанной эффективностью, я почувствовал острую необходимость в твердой почве под ногами, и переведенное на русский язык 17-е издание учебника «Педиатрия по Нельсону» стало для меня тогда такой почвой. Высокий уровень изложения материала в учебнике приятно удивлял, каждое утверждение в нем было выверено, каждая рекомендация была подтверждена ссылкой на исследования или гайдлайны, в конце каждой главы был перечень использованных ссылок — в случае сомнений все это можно было перепроверить самому. Я даже не представлял раньше, что так аргументированно, грамотно и интересно можно писать клинические учебники. С тех пор учебник Нельсона стал для меня эталоном, я понял, что имели в виду мои старшие коллеги, говоря «Нельсон — библия педиатров».

Технологии развивались очень быстро, постепенно у каждого в кармане появился смартфон с интернетом, стали доступными качественные справочники для врачей, такие как UpToDate, Medscape, материалы Американской академии педиатрии, Drugs.com, гайдлайны профильных организаций, кохрейновские обзоры и т. д., получать качественную информацию врачу стало удобнее и быстрее. Тем не менее бумажная книга была и остается важным источником знаний для врача, способом освежить подзабытое или узнать новое.

Большим минусом учебника «Педиатрия по Нельсону» является его объем, даже убористый английский текст на тонких страницах занимает два громадных тяжелых тома, а перевод 17-го издания на русский и вовсе занял пять больших томов. Такую книгу не считаешь в автобусе по дороге с работы — ее можно открывать только за рабочим столом. Такие объемы являются уместными при первом изучении педиатрии, но чрезмерно подробные главы нередко избыточны для практикующего врача, которому требуется здесь и сейчас освежить знания, быстро найти ключевую информацию. Именно под эти цели была выпущена книга «Основы педиатрии по Нельсону» являющаяся, по сути, выжимкой из большого учебника. Восьмое издание этой книги вы держите в руках.

«Основы педиатрии по Нельсону» впервые переведена на русский язык, имеет удобный формат, не страдает избыточными размером и объемом и вполне может стать настольной для русскоязычных детских врачей. Она может быть полезной как студенту-медику, так и начинающему или даже опытному педиатру. Невозможно все держать в голове, врачу ежедневно требуется подручный источник информации: вспомнить, какие анализы нужно назначить при подозрении на гемолитико-уремический синдром, что общего между винным пятном около глаза и эпилепсией, или чем отличается синдром Ретта от синдрома Туретта. Думаю, короткие и емкие главы этой книги будут удобны и интересны коллегам и принесут много пользы как врачам, так и их пациентам.

СОДЕРЖАНИЕ

РАЗДЕЛ 1

ПРОФЕССИЯ ПЕДИАТРА

Ахмене Гхам | Карен Маркданти

- 1 Население и культура 13
- 2 Профессионализм 16
- 3 Этические и правовые вопросы 17
- 4 Паллиативная помощь и проблемы конца жизни 19

РАЗДЕЛ 2

РОСТ И РАЗВИТИЕ

Дэвид А. Левин

- 5 Нормальный рост 23
- 6 Нарушения роста 25
- 7 Нормальное развитие 26
- 8 Нарушения развития 29
- 9 Оценка здорового ребенка 32
- 10 Оценка ребенка с особыми потребностями 41

РАЗДЕЛ 3

ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Кэролайн Р. Пол | Колин М. Уоллес

- 11 Плач и колики 55
- 12 Истерики 57
- 13 Синдром дефицита внимания и гиперактивности 59
- 14 Контроль выделительной функции 62
- 15 Нормальный сон и нарушения сна у детей 67

РАЗДЕЛ 4

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Грей М. Бучанан

- 16 Соматические симптоматические и ассоциированные с ними расстройства 73
- 17 Тревожные расстройства 76
- 18 Депрессивные и биполярные расстройства 79
- 19 Обсессивно-компульсивное расстройство 83
- 20 Расстройства аутистического и шизофренического спектра 85

РАЗДЕЛ 5

ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ

Кристин Фортин | Элисон Х. Даунз

- 21 «Неспособность к процветанию» 91
- 22 Жестокое обращение с детьми и невыполнение родительских обязанностей 94
- 23 Гомосексуальность и гендерная идентичность 99
- 24 Структура и функции семьи 102
- 25 Насилие 107
- 26 Развод, разлука и горе 109

РАЗДЕЛ 6

ПИТАНИЕ ДЕТЕЙ И НАРУШЕНИЯ ПИТАНИЯ

Эйприл О. Бучанан | Мария Л. Маркес

- 27 Питание здорового младенца 115
- 28 Питание здорового ребенка и подростка 119
- 29 Ожирение 121
- 30 Недостаточное питание 126
- 31 Дефицит витаминов и минералов 129

РАЗДЕЛ 7

ЖИДКОСТИ И ЭЛЕКТРОЛИТЫ

Алана М. Карп | Ларри А. Гринбаум

- 32 Поддерживающая жидкостная терапия 143
- 33 Обезвоживание и заместительная терапия 144
- 34 Парентеральное питание 148
- 35 Нарушения баланса натрия 150
- 36 Нарушения баланса калия 153
- 37 Нарушения кислотно-щелочного баланса 157

РАЗДЕЛ 8

ОСТРЫЕ СОСТОЯНИЯ И ТРАВМЫ

Тара Л. Петерсен | К. Джейн Ли

- 38 Оценка и реанимация 163
- 39 Дыхательная недостаточность 167
- 40 Шок 169
- 41 Профилактика травм 173
- 42 Тяжелые травмы 174
- 43 Утопление 177
- 44 Ожоги 178
- 45 Отравления 180
- 46 Седация и обезболивание 185

РАЗДЕЛ 9

ЧЕЛОВЕЧЕСКАЯ ГЕНЕТИКА И ДИСМОРФОЛОГИЯ

Роберт У. Марион | Пол А. Леви

- 47 Паттерны наследственности 189
- 48 Генетическая оценка 197
- 49 Хромосомные нарушения 200
- 50 Подход к ребенку с дисморфизмами 205

РАЗДЕЛ 10

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ

Дэвид Диммок

- 51 Метаболическая оценка 213
- 52 Нарушения метаболизма углеводов 222
- 53 Аминокислотные нарушения 224
- 54 Нарушения, связанные с органическими кислотами 227
- 55 Нарушения метаболизма жирных кислот 229
- 56 Лизосомные и пероксисомные болезни 230
- 57 Митохондриальные болезни 235

РАЗДЕЛ 11**ФЕТАЛЬНАЯ И НЕОНАТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА***Кларенс У. Гоуен-мл.*

- 58 Оценка матери, плода и новорожденного 239
- 59 Заболевания матери, влияющие на новорожденного 259
- 60 Патологические состояния плода 262
- 61 Респираторные заболевания новорожденных 264
- 62 Анемия и гипербилирубинемия 271
- 63 Некротизирующий энтероколит 280
- 64 Гипоксически-ишемическая энцефалопатия, внутричерепное кровоизлияние, судороги 281
- 65 Сепсис и менингит 284
- 66 Врожденные инфекции 285

РАЗДЕЛ 12**ПОДРОСТКОВАЯ МЕДИЦИНА***Ким Блейк | Лиза М. Аллен*

- 67 Оценка состояния здоровья и подростковых проблем 293
- 68 Медицинское наблюдение здорового подростка 298
- 69 Подростковая гинекология 300
- 70 Нарушения пищевого поведения 308
- 71 Наркомания 309

РАЗДЕЛ 13**ИММУНОЛОГИЯ***Джеймс У. Вербски*

- 72 Иммунологическая оценка 313
- 73 Нарушения функции лимфоцитов 318
- 74 Нарушения функции нейтрофилов 325
- 75 Система комплемента 329
- 76 Трансплантация гемопоэтических стволовых клеток 332

РАЗДЕЛ 14**АЛЛЕРГИЯ***Кристен К. Фолькман | Асриани М. Чиу*

- 77 Аллергологическая оценка 335
- 78 Астма 337
- 79 Аллергический ринит 347
- 80 Атопический дерматит 350
- 81 Крапивница, ангиоотек и анафилаксия 353
- 82 Сывороточная болезнь 358
- 83 Инсектная аллергия 358
- 84 Нежелательные реакции на пищевые продукты 360
- 85 Нежелательные реакции на лекарственные препараты 364

РАЗДЕЛ 15**РЕВМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА***Хилари М. Хафтел*

- 86 Ревматологическая оценка 369
- 87 Пурпура Геноха — Шенлейна 372
- 88 Болезнь Кавасаки 373
- 89 Ювенильный идиопатический артрит 375
- 90 Системная красная волчанка 379

- 91 Ювенильный дерматомиозит 382
- 92 Мышечно-скелетные болевые синдромы 384

РАЗДЕЛ 16**ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ***Мэтью Кронман | Клаудиа С. Кроуэлл | Сурабхи Б. Вора*

- 93 Инфекционная оценка 389
- 94 Иммунизация и профилактика 392
- 95 Противοинфекционная терапия 399
- 96 Лихорадка без очага инфекции 400
- 97 Инфекции, характеризующиеся лихорадкой и сыпью 405
- 98 Кожные инфекции 412
- 99 Лимфаденопатия 416
- 100 Менингит 419
- 101 Энцефалит 423
- 102 Инфекции верхних дыхательных путей 425
- 103 Фарингит 426
- 104 Синусит 429
- 105 Средний отит 430
- 106 Наружный отит 432
- 107 Круп (ларинготрахеобронхит) 434
- 108 Коклюш 435
- 109 Бронхиолит 437
- 110 Пневмония 438
- 111 Инфекционный эндокардит 444
- 112 Острый гастроэнтерит 446
- 113 Вирусный гепатит 450
- 114 Инфекции мочевого тракта 453
- 115 Вульвовагинит 455
- 116 Инфекции, передаваемые половым путем 457
- 117 Остеомиелит 463
- 118 Инфекционный артрит 466
- 119 Глазные инфекции 469
- 120 Инфекции у лиц с нарушениями иммунитета 472
- 121 Инфекции, связанные с медицинскими устройствами 476
- 122 Зоонозы и трансмиссивные болезни 478
- 123 Паразитарные заболевания 486
- 124 Туберкулез 492
- 125 Вирус иммунодефицита человека и синдром приобретенного иммунодефицита 498

РАЗДЕЛ 17**ПИЩЕВАРИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА***Уоррен П. Бишоп | Дон Р. Эбеч*

- 126 Оценка состояния пищеварительной системы 507
- 127 Ротовая полость 519
- 128 Пищевод и желудок 521
- 129 Кишечный тракт 529
- 130 Заболевания печени 537
- 131 Болезни поджелудочной железы 545
- 132 Перитонит 547

РАЗДЕЛ 18**ДЫХАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА***Аманда Стригл | Тида Онг | Сьюзен Дж. Маршалл*

- 133 Оценка состояния дыхательной системы 551
- 134 Контроль дыхания 558

- 135 Обструкция верхних дыхательных путей 561
- 136 Заболевания нижних дыхательных путей, паренхимы и сосудов легких 565
- 137 Кистозный фиброз (муковисцидоз) 573
- 138 Грудная стенка и плевра 576

РАЗДЕЛ 19

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА

Дэниэл С. Шнайдер

- 139 Оценка состояния сердечно-сосудистой системы 581
- 140 Обморок 587
- 141 Боль в груди 588
- 142 Дизритмии 589
- 143 Бледные (ацианотичные) врожденные пороки сердца 591
- 144 Цианотические врожденные пороки сердца 596
- 145 Сердечная недостаточность 601
- 146 Ревматическая лихорадка 603
- 147 Кардиомиопатии 604
- 148 Перикардит 605

РАЗДЕЛ 20

ГЕМАТОЛОГИЯ

Аманда Брандоу | Дж. Пол Скотт

- 149 Гематологическая оценка 609
- 150 Анемия 612
- 151 Нарушения гемостаза 627
- 152 Терапия компонентами крови 638

РАЗДЕЛ 21

ОНКОЛОГИЯ

Томас Б. Рассел | Томас У. МакЛин

- 153 Онкологическая оценка 641
- 154 Принципы лечения рака 645
- 155 Лейкозы 648
- 156 Лимфома 651
- 157 Опухоли центральной нервной системы 653
- 158 Нейробластома 655
- 159 Опухоль Вилмса 657
- 160 Саркомы 658

РАЗДЕЛ 22

НЕФРОЛОГИЯ И УРОЛОГИЯ

Хирен П. Патил | Джон Д. Махан

- 161 Нефрологическая и урологическая оценка 663
- 162 Нефротический синдром и протеинурия 666
- 163 Гломерулонефрит и гематурия 668
- 164 Гемолитический уремический синдром 670
- 165 Острая и хроническая почечная недостаточность 671
- 166 Артериальная гипертензия 674
- 167 Везикоуретеральный рефлюкс 675
- 168 Врожденные аномалии развития мочевого тракта 676
- 169 Другие аномалии мочеполовой системы 678

РАЗДЕЛ 23

ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

Паола Пальма Систо | Мэри Кэтлин Хенеган

- 170 Эндокринологическая оценка 683
- 171 Сахарный диабет 685
- 172 Гипогликемия 693
- 173 Низкорослость 697
- 174 Нарушения полового созревания 703
- 175 Болезни щитовидной железы 711
- 176 Костные и минеральные нарушения, связанные с дисфункцией паращитовидных желез 717
- 177 Нарушения полового развития 719
- 178 Дисфункция надпочечников 722

РАЗДЕЛ 24

НЕВРОЛОГИЯ

Джослин Хуанг Шиллер | Рене Шеллхаас

- 179 Неврологическая оценка 729
- 180 Головная боль и мигрень 734
- 181 Судороги 736
- 182 Слабость и гипотония 742
- 183 Атаксия и аномальные движения 751
- 184 Измененный ментальный статус 754
- 185 Нейродегенеративные заболевания 763
- 186 Нейрокожные заболевания 766
- 187 Врожденные мальформации центральной нервной системы 768

РАЗДЕЛ 25

ДЕРМАТОЛОГИЯ

Мэри Ким | Ивонн Э. Чу

- 188 Дерматологическая оценка 775
- 189 Акне 777
- 190 Атопический дерматит 778
- 191 Контактный дерматит 782
- 192 Себорейный дерматит 783
- 193 Пигментные повреждения 785
- 194 Сосудистые аномалии 787
- 195 Мультиформная эритема, синдром Стивенса — Джонсона и токсический эпидермальный некролиз 789
- 196 Кожные инфекции 791

РАЗДЕЛ 26

ОРТОПЕДИЯ

Кевин Д. Уолтер | Дж. Ченинг Тассон

- 197 Ортопедическая оценка 795
- 198 Переломы 798
- 199 Тазобедренный сустав 800
- 200 Нижняя конечность и колено 805
- 201 Стопа 810
- 202 Позвоночник 813
- 203 Верхняя конечность 820
- 204 Доброкачественные опухоли костей и кистозные повреждения 823

ПРОФЕССИЯ ПЕДИАТРА

Ахмене Гхавам | Карен Маркданте

ГЛАВА 1

Население и культура

ЗАБОТА О ДЕТЯХ В ОБЩЕСТВЕ

Работники здравоохранения должны осознавать, насколько заболеваемость детей связана с социальными, экономическими и экологическими факторами, влияющими на оказание педиатрической помощи. Новые методы и технологии позволили значительно снизить показатели заболеваемости и смертности, повысить качество жизни детей и их семей, однако высокая стоимость лечения усугубляет существующие различия между социальными слоями в получении медицинской помощи. Задачей педиатров является обеспечение равного для всех детей доступа к качественному медицинскому обслуживанию с учетом психосоциальных, культурных и этических факторов.

СУЩЕСТВУЮЩИЕ ПРОБЛЕМЫ

Стоящие перед педиатрическим сообществом задачи включают обеспечение доступной медицинской помощи; устранение неравенства в сфере здравоохранения; поддержание социального, когнитивного и эмоционального здоровья детей в семье и в социуме; влияние на окружающие факторы, в частности борьба с бедностью. Негативное воздействие окружающей среды в раннем возрасте в сочетании с генетической предрасположенностью может привести к развитию серьезных заболеваний в дальнейшем. У педиатров есть уникальная возможность не только лечить острые и хронические заболевания у детей, но и, решая вышеупомянутые задачи, обеспечивать и поддерживать здоровье и благополучие будущих поколений.

Многие научные достижения способствуют повышению роли педиатров. Новые генетические технологии позволяют диагностировать болезни на молекулярном уровне, подбирать препараты и методы лечения с учетом индивидуальных особенностей пациента, а также прогнозировать течение болезни. Пренатальная диагностика и скрининг новорожденных позволяют поставить точный диагноз и назначить терапию даже в тех случаях, когда болезнь неизлечима. Функциональная магнитно-резонансная томография (фМРТ) дает возможность лучше понять природу психиатрических и неврологических проблем, таких как дислексия и синдром дефицита внимания и гиперактивности.

Проблемы сохраняются, поскольку в последние десятилетия растет распространенность хронических забо-

леваний, которые становятся самой частой причиной госпитализации детей (исключая травмы и госпитализацию новорожденных). Начиная со средней школы, основной причиной госпитализации, не связанной с новорожденностью, являются психические заболевания. Педиатры все больше сталкиваются с токсическим воздействием факторов окружающей среды, а также с ростом физического, эмоционального и сексуального насилия над детьми. Мировая нестабильность и терроризм, например теракт 11 сентября во Всемирном торговом центре Нью-Йорка, привели к созданию атмосферы тревоги и страха во многих семьях.

Для решения этих проблем педиатры сейчас работают в составе медицинских бригад вместе с психиатрами, психологами, медсестрами и социальными работниками. Эта **пациентоцентрическая модель** оказания медицинской помощи (также называемая «медицинский дом» — medical home model) предназначена для обеспечения непрерывной и скоординированной работы специалистов и направлена на достижение оптимальных результатов. Другие модели, такие как оказание медицинской помощи на базе школ и сеть местных медицинских учреждений, могут улучшить доступ к медицинскому обслуживанию, однако не всегда обеспечивают непрерывность и координацию действий медработников при оказании педиатрической помощи.

Появляющиеся в детстве предвестники взрослых проблем, таких как алкоголизм, депрессия, ожирение, гипертония, гиперлипидемия, вызывают все большее беспокойство. Младенцы, родившиеся с низкой массой тела из-за плохого питания матерей, имеют в дальнейшем повышенный риск развития таких заболеваний, как сахарный диабет, сердечно-сосудистые заболевания, гипертония, метаболический синдром и ожирение. Улучшение ухода за новорожденными приводит к увеличению выживаемости недоношенных детей, детей с низкой и очень низкой массой тела при рождении, а это, в свою очередь, повышает число детей с хроническими заболеваниями и задержкой развития, приводя к последствиям, которые могут длиться всю оставшуюся жизнь.

СОСТОЯНИЕ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В США

Сложные медицинские, экономические и психосоциальные проблемы, требующие решения, в значительной степени определяют благополучие и здоровье детей. Национальные отчеты Центров по контролю и профилактике заболеваний (Centers for Disease Control and Prevention — CDC) (<http://www.cdc.gov/nchs/data/hsus/hsus15.pdf>) предо-

ставляют информацию по многим из этих вопросов, включая следующие.

- **Страховое покрытие.** Программа Medicaid и Государственная программа страхования детского здоровья в 2013 году обеспечили доступ к медицинскому обслуживанию 45 миллионам детей. За последнее десятилетие число незастрахованных детей снижалось медленно, и в 2014 году около 5,5% американских детей не имели медицинской страховки. Несмотря на программы государственного страхования, число детей, не прошедших плановую вакцинацию, за последние 5 лет не изменилось.
- **Пренатальный и перинатальный уход.** От 10 до 25% женщин не получают медицинского наблюдения в первом триместре беременности. Кроме того, значительная часть будущих матерей продолжает курить, употреблять наркотики и алкоголь во время беременности.
- **Недоношенность.** Число преждевременных родов (до 37 недель) достигло пика в 2006 году, и с тех пор постоянно снижается (9,6% в 2014 году). Однако число младенцев, родившихся с низкой (менее 2500 г; 8% новорожденных) и очень низкой массой тела (менее 1500 г; 1,4% новорожденных), с 2006 года практически не изменилось.
- **Родители-подростки.** Число подростковых родов стабильно снижалось, начиная с 1990 года, и достигло наименьшего уровня (24,2 на 1000) для 15–19-летних девушек в 2014 году.
- **Подростковые аборт.** В 2010 году доля подростковых беременностей, закончившихся аборт, составила 30%. Эта цифра постоянно снижается со времени своего пика в 1988 году и сейчас является самой низкой за весь период с момента легализации абортов в 1973 году.
- **Младенческая смертность.** Во всем мире младенческая смертность снизилась с 63 случаев на 1000 живорожденных младенцев в 1990 году до 32 случаев на 1000 живорожденных в 2015-м. В США младенческая смертность в 2013 году снизилась до рекордного показателя — 5,96 смерти на 1000 родившихся живыми младенцев, однако при этом сохраняется неравенство среди этнических групп. Показатели младенческой смертности (число смертей на 1000 живорождений) составляет 4,96 для белых нелатиноамериканского происхождения, 5,27 — для латиноамериканцев

и 11,61 для афроамериканцев; при этом наивысшая младенческая смертность отмечается на юге страны.

- **Грудное вскармливание.** 79% матерей начинают кормить детей грудью после рождения. Показатели грудного вскармливания варьируют в зависимости от этнической принадлежности (самые высокие среди белых американок и латиноамериканок) и уровня образования (более высокие — среди женщин с высшим образованием). Только 49% женщин продолжают кормить детей грудью до 6 месяцев и 27% — до 12 месяцев.
- **Причины детской смертности в США.** Основными причинами смерти детей и подростков (возраст от 1 до 24 лет) в 2014 году были: несчастные случаи (непреднамеренные травмы), суициды, убийства, злокачественные опухоли и врожденные патологии (таблица 1.1). Наблюдается небольшое снижение смертности от всех причин.
- **Госпитализации детей и подростков.** В 2014 году 7,2% детей имели по крайней мере одну госпитализацию. Основной причиной госпитализации детей в возрасте от 1 до 9 лет были заболевания органов дыхания; психические заболевания были самой частой причиной госпитализации подростков.
- **Подростковый алкоголизм и наркомания.** Наркомания среди подростков остается серьезной проблемой, хотя в последние годы наметилась тенденция к ее снижению. По оценкам, от 36 до 50% учеников старших классов употребляют алкоголь. Употребление наркотиков подростками постепенно снижается (в 2015 году 23,6% учеников 12-го класса сообщили о том, что употребляют запрещенные вещества). Сокращается и число курящих подростков (13% в 2002 году; 5,5% в 2015-м). Однако в 2014 году подростки чаще сообщали об использовании электронных систем доставки никотина (ЭСДН), чем других табачных продуктов. ЭСДН, также называемые электронными сигаретами, представляют существенный риск для здоровья как самих пользователей, так и окружающих людей.
- **Дети-сироты.** В 2013 году в США насчитывалось свыше 400 тысяч детей, оставшихся без попечения родителей. Дети, воспитывающиеся в детских домах, часто имеют серьезные проблемы развития, поведенческие и эмоциональные проблемы, требующие специализированной медицинской и психиатрической помощи. Хотя около 20% детей ежегодно покидают детские дома в связи с усыновлением, 25–50% детей, воспитывающихся в детских домах, впоследствии оказываются бездомными и/или безработными и не заканчивают среднюю школу.

ТАБЛИЦА 1.1 Причины смерти по возрастным группам в США, 2014

ВОЗРАСТНАЯ ГРУППА	ПРИЧИНА СМЕРТИ (В ПОРЯДКЕ ЧАСТОТЫ)
1–4 года	Непреднамеренные травмы (несчастные случаи) Врожденные аномалии Убийства Злокачественные опухоли Заболевания сердца
5–14 лет	Непреднамеренные травмы (несчастные случаи) Злокачественные опухоли Самоубийства Врожденные аномалии Убийства Заболевания сердца
15–24 года	Непреднамеренные травмы (несчастные случаи) Самоубийства Убийства Злокачественные опухоли Заболевания сердца

ДРУГИЕ ПРОБЛЕМЫ, КАСАЮЩИЕСЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ В США

- **Ожирение.** Ожирение является второй из ведущих причин смерти в США (по оценкам, 300 000 ежегодно). За последние 30 лет число детей с избыточным весом более чем удвоилось, а число подростков с аналогичной проблемой возросло в четыре раза. Доля детей и подростков с избыточным весом в возрасте 6–19 лет в 2012 году составила 39%.
- **Сидячий образ жизни.** Сегодня только каждый третий подросток физически активен каждый день. С развитием современных технологий дети все больше времени про-

водят у экрана телевизора или компьютера; некоторые посвящают этому более 7,5 часа в день.

- **Несчастные случаи и дорожно-транспортные происшествия.** В 2014 году 602 ребенка младше 12 лет погибли в ДТП и более 121 350 получили травмы. Предварительные данные говорят о том, что в 2015 году это число возрастет. В качестве причин называют разговоры по мобильным телефонам во время движения и увеличение разрешенной скорости. Специальные детские сиденья и ремни безопасности могут вдвое снизить риск смерти и серьезных травм у детей. В среднем в США более 12 000 детей в возрасте от 0 до 19 лет ежегодно погибают в результате несчастных случаев. Помимо ДТП, это утопления, асфиксия, ожоги, побои и отравления.
- **Плохое обращение с детьми.** В 2014 году было отмечено 702 000 случаев плохого обращения с детьми, что привело к 1580 смертям. Большинство детей (75%) были брошены родителями, 17% стали жертвами физического насилия и 8,3% — жертвами сексуального насилия.
- **Неблагоприятные воздействия в детстве, ведущие к проблемам во взрослом возрасте.** Растущее понимание взаимосвязи между биологическими и экологическими факторами и генетическим потенциалом организма позволяет оценить влияние токсического стресса на здоровье и благополучие. Скрининг на наличие, а также управление факторами, влияющими на развитие ребенка, дают оптимальную возможность обеспечить его здоровое будущее. Эпигенетика показывает, что внешние стрессовые факторы влияют на генную экспрессию, что может в дальнейшем отразиться на развитии, здоровье и поведении индивида.
- **Военные действия и дети.** Политическая нестабильность и вооруженные конфликты затрагивают миллионы взрослых и их детей. Около 1,3 миллиона действующих и находящихся в запасе военнослужащих мужчин и женщин являются родителями более 1 миллиона детей. По оценкам, примерно 30% военнослужащих, вернувшихся из зоны боевых действий, имеют различные психические проблемы (алкоголизм, депрессия, посттравматическое стрессовое расстройство) или перенесли травмы головы. Эти заболевания родителей, а также психологические последствия войны влияют на их детей. Плохое обращение с детьми чаще встречается в тех американских семьях, где родители участвовали или участвуют в боевых действиях.

НЕРАВНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПОЛУЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Различия в показателях здоровья — это те различия, которые остаются после того, как будут учтены потребности и приоритеты пациентов, а также доступность медицинской помощи. Социальные условия, неравенство, дискриминация, социальный стресс, языковой барьер и бедность являются предпосылками и причинами различий в показателях здоровья. Например, неравенство в показателях младенческой смертности связано с недостаточным доступом к пренатальной помощи, недостатком или отсутствием медицинской помощи женщинам в таких вопросах, как профилактика заболеваний, планирование семьи, правильное питание и т. д.

- Детская смертность обратно пропорциональна уровню образования матерей.
- Дети из бедных семей имеют меньше шансов получить необходимые прививки до 4-летнего возраста или помощь стоматолога.
- Дети, застрахованные в системе Medicaid или государственной страховой системе, реже имеют отличное состояние здоровья, чем дети, имеющие частную медицинскую страховку.
- Показатели госпитализации выше среди жителей бедных районов.
- В бедных семьях и семьях этнических меньшинств родители реже водят детей к врачу или вызывают врача на дом; зато такие дети чаще попадают в отделения неотложной помощи.

ИЗМЕНЕНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ: СОЦИАЛЬНЫЕ/ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

- **Изменение заболеваемости** отражает отношения между факторами окружающей среды, социальными и эмоциональными факторами, состоянием здоровья детей и исходами заболеваний. В основе этого процесса лежит влияние на здоровье и болезнь сложного комплекса биопсихосоциальных факторов, таких как проблемы в школе, плохая обучаемость, проблемы с концентрацией, расстройства настроения, эмоциональная неустойчивость, подростковые убийства и самоубийства, наличие в домах огнестрельного оружия, школьное насилие, влияние насилия на телеэкранах на детскую психику, ожирение, сексуальная активность, употребление подростками наркотиков и других запрещенных веществ.
- **По оценкам**, каждый пятый подросток в возрасте от 13 до 18 лет страдает от какого-либо психического расстройства. Половина психических заболеваний, проявляющихся в течение жизни, начинаются до 14-летнего возраста. Средний период между появлением первых симптомов и началом лечения составляет 8–10 лет. Самоубийства подростков и молодых людей в возрасте от 10 до 24 лет являются второй причиной смертности в этой возрастной категории, поэтому ранняя диагностика психических проблем чрезвычайно важна. Дети из бедных и неблагополучных семей вдвое чаще имеют психосоциальные проблемы, чем дети, воспитывающиеся в семьях с высокими доходами. Следует отметить, что в стране отсутствует адекватная система детской психиатрической помощи.

Большое влияние на детское здоровье, помимо бедности, оказывают такие факторы, как бездомность, неполные семьи, развод родителей, занятость обоих родителей на работе и недостаточная забота о детях. В связи с этим задачи, стоящие перед педиатрией, включают не только повышение качества медицинской помощи, но и достижение социальной справедливости, равный доступ к медицинским услугам для всех, совершенствование системы здравоохранения в целом. Особые проблемы подростков включают сексуальные отношения, сексуальную ориентацию, беременность, наркоманию, насилие, депрессию и самоубийства.

КУЛЬТУРА

Растущее этническое разнообразие населения США требует, чтобы медицинские работники попытались взглянуть на здоровье, болезнь и лечение пациентов с точки зрения особенностей их культурной среды. Для того чтобы облегчить диалог с родителями, касающийся болезней и причин болезней их детей, необходимо задавать открытые вопросы, например: «Что больше всего беспокоит вас в болезни вашего ребенка?», или «Что, по-вашему, явилось причиной болезни вашего ребенка?». Стоит обратить внимание на то, как пациенты и их семьи взаимодействуют с врачами, а также на то, как они рассматривают болезнь с точки зрения своих культурных и религиозных представлений: это позволит выстроить план лечения с учетом национальных и культурных ценностей и верований пациента и его семьи. Нередко конфликты возникают из-за того, что религиозные или культурные традиции диктуют излишне строгое обращение с детьми или позволяют не заботиться о них. В этих обстоятельствах на помощь врачам приходит закон: обо всех случаях плохого обращения с детьми или пренебрежения родительскими обязанностями они должны сообщать в соответствующие социальные органы (см. главу 22).

Дополнительная и альтернативная медицина (ДАМ) составляет часть культурных традиций многих народов. Терапевтические возможности ДАМ включают биохимические, биомеханические и биоэнергетические воздействия, определенный образ жизни и гомеопатию. По оценкам, от 20 до 40% здоровых детей и более 60% детей с хроническими заболеваниями используют ДАМ. Только 30–60% этих детей и их родителей сообщают врачам о том, что используют методы нетрадиционной медицины. Сведения о том, что пациенты используют ДАМ, могут помочь педиатрам минимизировать случайные нежелательные взаимодействия при назначении лечения.

ГЛАВА 2

Профессионализм

ПОНЯТИЕ ПРОФЕССИОНАЛИЗМА

В обществе каждая профессия имеет экономическое, политическое и социальное обеспечение. Профессии требуют специальных знаний, сохраняя монополию в определенной области и оставаясь относительно автономными. Любая профессия существует, пока выполняет свои общественные функции.

Сегодня медицинская профессия подчиняется четким социальным правилам и несет ответственность перед обществом. Правительственные и другие органы на городском, региональном и федеральном уровне предоставляют медицинским организациям и их членам ограниченную автономию посредством регулирования и лицензирования их деятельности и стандартизации предоставляемых услуг (Medicare, Medicaid, Управление по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств [FDA]). Министерство здравоохранения и социальных служб США регулирует поведение врачей при проведении клинических исследований с целью защиты людей. Национальный банк

данных о практикующих врачах (National Practitioner Data Bank), созданный в 1986 году, содержит информацию о врачах и других медицинских работниках, которые получили взыскания от лицензионных управлений штатов, профессиональных сообществ или лечебных учреждений, или были замечены в нарушении правил медицинской практики. Лечебные учреждения обязаны проверять информацию в этой базе данных каждые два года как часть процедуры переаттестации врачей. Для медицинских вузов также существуют специальные аккредитационные организации, такие как Координационный комитет по медицинскому образованию (Liaison Committee on Medical Education) и Аккредитационный совет по постдипломному медицинскому образованию (Accreditation Council for Graduate Medical Education).

Доверие людей к врачам основано на альтруизме, заложенном еще в клятве Гиппократова, которая до сих пор является важным ритуалом в медицинских вузах. Этот главный принцип медицинской профессии реализуется в ежедневной работе и составляет основу взаимоотношений врача и больного. Профессионализм включает уважительное отношение к культурным, религиозным/духовным ценностям пациента и сочетание этических и моральных принципов врачебной профессии с моральными принципами пациента. К сожалению, неправомерные действия некоторых практикующих врачей, исследователей и чиновников здравоохранения привели к тому, что в обществе возникла потребность наказывать тех, кто дискредитирует медицинскую профессию.

ПРОФЕССИОНАЛИЗМ В ПЕДИАТРИИ

Американский совет по педиатрии (American Board of Pediatrics) принял стандарты профессиональной деятельности в 2000 году, а Американская академия педиатрии (American Academy of Pediatrics) в 2007 году обновила свое политическое заявление и сформулировала следующие профессиональные принципы врача-педиатра.

- **Честность и принципиальность**, т. е. постоянное соблюдение высочайших стандартов поведения и уважение личного и профессионального кодекса чести; недопущение ситуаций, которые могут привести к конфликту интересов или личному обогащению за счет пациента.
- **Надежность и ответственность** включают ответственность перед своими пациентами, их семьями, обществом и коллегами за надлежащее соблюдение всех интересов пациента. Кроме того, педиатр должен быть готов признавать свои ошибки и отвечать за них.
- **Уважение к другим** требует от педиатра внимательного отношения ко всем пациентам, уважения их личности и достоинства; учета эмоционального состояния пациентов и влияния на их здоровье личных, семейных и культурных условий; соблюдения прав пациентов в отношении выбора лечения; гарантий конфиденциальности.
- **Сочувствие/эмпатия** требует гуманного отношения к пациентам, внимательного реагирования на проблемы самих больных и членов их семей, обеспечения обезболивания, устранения дискомфорта и беспокойства во время проведения медицинских процедур.
- **Самосовершенствование** предполагает стремление всегда оказывать максимально качественную медицин-

скую помощь благодаря постоянному повышению своей профессиональной квалификации. Педиатр должен учиться на ошибках и стремиться к совершенствованию своего мастерства через самооценку и принятие критики от других.

- **Самоанализ/самоограничение** включает признание необходимости в руководстве со стороны более опытных коллег в новых или сложных ситуациях; понимание того, как ваше поведение отражается на окружающих; признание и соблюдение профессиональных ограничений.
- **Коммуникация/сотрудничество** являются ключевыми в обеспечении оптимальной медицинской помощи пациенту. Педиатры должны эффективно сотрудничать и контактировать с пациентами и их семьями, а также с другими специалистами, участвующими в процессе лечения.
- **Альтруизм/первоочередное соблюдение интересов пациента** — это преданность делу, отсутствие эгоистических мотивов и стремление работать на благо других. Альтруизм является ключевым элементом медицинской профессии. Собственные интересы или интересы третьей стороны не должны препятствовать осуществлению педиатром своих профессиональных обязанностей в интересах пациентов и членов их семей.

ГЛАВА 3

Этические и правовые вопросы

ЭТИКА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Этика в здравоохранении и принятие врачебных решений основаны на системе ценностей. Иногда принятие врачебного решения — это вопрос выбора наименьшего зла из нескольких неблагоприятных альтернатив. И хотя любое общение врача и пациента включает этический компонент, в обычной медицинской практике серьезные этические вопросы приходится решать нечасто.

Правовая система определяет минимальные стандарты поведения врача и всего общества через законодательство и свод регулирующих документов. Закон закрепляет принцип **конфиденциальности** в отношении подростков, способных принимать решения по поводу своих медицинских проблем. Используя понятие **ограниченной конфиденциальности**, подростки, их родители и врач-педиатр могут согласиться на совместное открытое обсуждение серьезных проблем, касающихся здоровья, таких как суицидальные идеи или беременность. Это соответствует долговременной цели формирования самостоятельности и ответственности подростков и в то же время способствует установлению нормального контакта с родителями.

Этические проблемы, касающиеся выбора и возможностей лечения, нередко возникают из-за различий в системе ценностей между пациентами, их семьями и врачами. Решение этих проблем включает несколько важных этических принципов. Принцип **автономности**, который базируется на **уважении к личности** другого человека, предполагает,

что дееспособный взрослый пациент может сам решить, какой вид лечения будет для него оптимальным, после того как он был должным образом проинформирован о своем заболевании, о рисках и преимуществах того или иного диагностического или терапевтического вмешательства. **Патернализм** идет вразрез с принципом автономности и предполагает, что врач должен сам решать, что лучше для его пациента, основываясь на имеющейся у него информации. В определенных обстоятельствах (например, при угрозе жизни пациента или когда психическое расстройство представляет опасность для самого больного или окружающих) патернализм может быть предпочтительнее автономности.

Другие этические принципы можно сформулировать как **«делай добро»** и **«не навреди»**. Последний предполагает, что врач не должен делать ничего, что может нанести вред пациенту, или по крайней мере минимизировать потенциальный вред. Еще один принцип — это принцип **справедливости**, т. е. равного распределения благ, услуг, льгот и обязанностей между людьми и обществом в целом.

ЭТИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ, СВЯЗАННЫЕ С МЛАДЕНЦАМИ, ДЕТЬМИ И ПОДРОСТКАМИ

Младенцы и маленькие дети не способны принимать самостоятельные решения. В этих условиях решения за них принимают родители и врачи. Подростки (до 18 лет), если они дееспособны, могут сами принимать решения в отношении своего здоровья. Дети 8–9 лет уже знают, как работает их организм, и понимают значение некоторых медицинских процедур; к возрасту 14–15 лет подростки могут считаться автономными, если они признаны зрелыми или не имеющими родительской опеки, а также при некоторых заболеваниях. В этом случае они могут участвовать в процессе принятия решения после того, как врач предоставит им информацию, которую они способны понять.

Принцип совместного принятия медицинского решения уместен, однако сам процесс может быть ограничен из-за проблем конфиденциальности. Озабоченность родителей по поводу побочных эффектов прививок может вызвать конфликт между необходимостью защитить здоровье пациента и здоровье общества.

ЭТИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ

Все дееспособные совершеннолетние пациенты (совершеннолетие пациентов определяется законодательством штата; обычно это возраст 18 лет и старше) вправе принимать решения, касающиеся их здоровья. Чтобы иметь право принимать решения, пациент должен соответствовать следующим требованиям.

- Понимать характер медицинских вмешательств и процедур, их пользу и риски, а также быть способным выразить свое решение.
- Осознавать и взвешивать риски и пользу, исходя из понимания последствий своего решения для собственного здоровья и благополучия.
- Принимать решение с учетом своих личных приоритетов, учитывая возможные конфликты или разногласия, которые могут при этом возникнуть.