

Современные родители

ВСЕ, ЧТО ДОЛЖНЫ ЗНАТЬ
ПАПА И МАМА О ЗДОРОВЬЕ РЕБЕНКА
ОТ РОЖДЕНИЯ ДО 10 ЛЕТ

- С ЭТИМ МОЖЕТ СТОЛКНУТЬСЯ КАЖДЫЙ:
ИНФЕКЦИОННЫЕ И НЕИНФЕКЦИОННЫЕ
ЗАБОЛЕВАНИЯ У ДЕТЕЙ
- ВЫБОР ДЕТСКОГО ВРАЧА: КОРОТКО
И ПО ДЕЛУ О ВАЖНЕЙШЕМ
РЕШЕНИИ В ВАШЕЙ ЖИЗНИ



БОЛЕЕ 180 000
ПОДПИСЧИКОВ В СОЦСЕТЯХ

- БЫТОВОЙ
ТРАВМАТИЗМ:
СОЗДАЕМ
БЕЗОПАСНОЕ
ПРОСТРАНСТВО
ДЛЯ МАЛЫША



Сергей Бутрий

**Современные родители: все, что
должны знать папа и мама о здоровье
ребенка от рождения до 10 лет**

Вступление



Здравствуйте! Меня зовут Сергей Бутрий, мне 35 лет, и я детский врач. Два года назад я создал блог в интернете и начал писать там информационные посты для пациентов и коллег на самые разные темы. В первую очередь блог был нужен мне самому, чтобы сохранять полезные ссылки (и легко потом находить через опцию «Поиск»), записывать то, что десятки раз в неделю повторяю на приеме, и при необходимости давать ссылку на подходящий пост или распечатывать памятку для пациентов. Но очень быстро и неожиданно для меня блог набрал популярность: сейчас в нем уже более 150 000 подписчиков.

Через год существования блога издательство «Эксмо» предложило мне выпустить книгу на основании лучших постов. Она вышла в мае

2018 года и называлась «Здоровье ребенка, современный подход. Как научиться справляться с болезнями и собственной паникой». Книга выдержала несколько тиражей и продолжает пользоваться спросом в магазинах. С тех пор прошел год, я написал много новых постов, и мы с «Эксмо» решили выпустить второе издание, своеобразный годовой отчет. Сейчас вы держите его в руках.

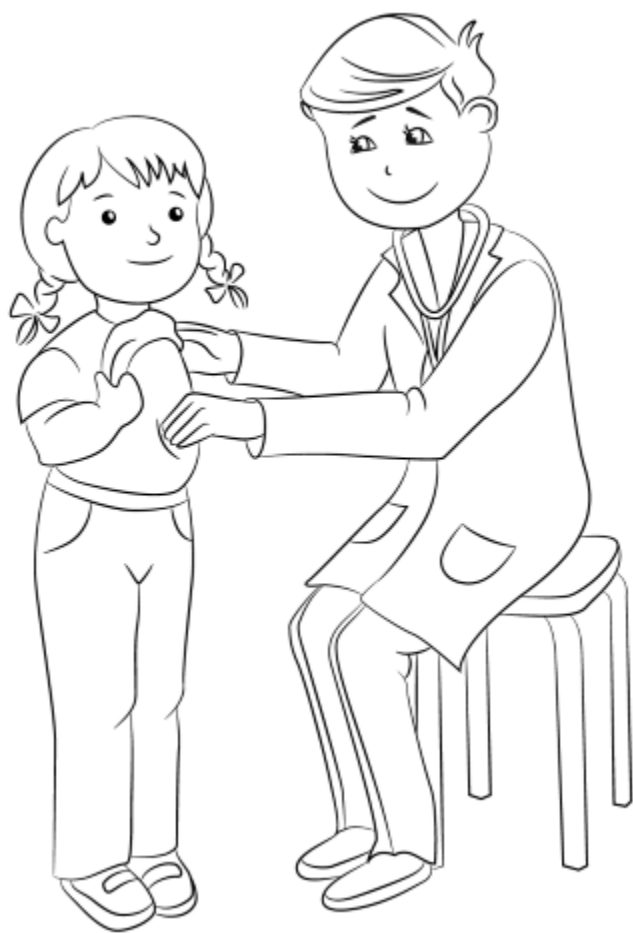
За эти два года ко мне крепко прилипли звания «блогер» и «просветитель» – так меня зовут журналисты, подписчики и коллеги, но я предпочитаю считать себя просто врачом, страдающим графоманией. В интернете я не только пишу заметки о профилактике и лечении детских болезней, я также пытаюсь показать, как работает врач, как он мыслит, как устроена современная медицина, как она связана с наукой, какова роль интуиции в ней, уместен ли риск и т. д. Мне хочется, чтобы люди увидели это изнутри, глазами рядового педиатра амбулаторного звена. На мой взгляд, это важно для формирования доверия к врачам вообще, а доверие, в свою очередь, критически необходимо обеим сторонам – и докторам, и пациентам. Мои книги – это продолжение блога: цели, стиль и темы те же самые. Кто читает блог давно, могут использовать их как «хранилище главных постов», а для тех, кто начал читать недавно и много пропустил, печатные издания послужат «кратким содержанием предыдущих серий».

Эта книга разделена на пять разделов и несколько десятков глав. В порядок расположения разделов я старался заложить определенную логику и смысл, но в целом вы мало потеряете, если будете читать главы вразнобой: начнете с тех, которые интересны вам в данный момент, а если понравится и останется время, прочтете остальные.

Буду рад, если мой скромный труд будет вам полезен.

Раздел первый

Неинфекционные заболевания у детей



Глава о крапивнице

Основные сведения

Есть много причин для крапивницы, большинство из которых являются идиопатическими (то есть причину определить невозможно) или вирус-ассоциированными (то есть спровоцированы недавней или текущей вирусной инфекцией).

Если крапивница сопровождается отеком языка или горла, затрудненным дыханием или понижением артериального давления, следует подозревать анафилаксию. В таком случае пациенту требуются срочное введение адреналина и медицинское обследование в условиях стационара.

Острую крапивницу без анафилаксии можно эффективно лечить неседативным антигистаминным средством.



Проявления

Зудящие приподнятые кожные высыпания, окруженные эритематозным основанием, обычно описывают как «волдыри». Они возникают из-за кратковременной экстравазации (выхода из сосудистого русла в окружающие ткани) плазмы крови в нижние слои кожи.

Крапивница – весьма распространенное заболевание, 25 % людей переносят его хотя бы раз в жизни.

Если плазма крови выходит из сосудистого русла в большом объеме (что встречается гораздо реже), то это состояние называется уже ангиоотекотом, или отеком Квинке. При этом лицо (веки, губы, язык), руки и ноги, а иногда и другие области (туловище, гениталии, слизистые оболочки) сильно отекают, иногда увеличиваясь в размерах в несколько раз.

Крапивница делится на острую (<6 недель) и хроническую (>6 недель).

Анамнез

Врач расспросит вас о событиях, произошедших за несколько часов или дней до появления сыпи, и о ее характеристиках: как часто появляется и как долго держится один элемент, общее количество элементов, их форма, размеры, место и распределение поражений.

В большинстве случаев конкретную причину выявить не удастся (идиопатическая крапивница).

Следует подозревать аллергию на еду, если обострения крапивницы возникали не один раз, длились недолго и всегда:

- ✗ начинались не позднее двух часов после приема пищи;
- ✗ одновременно с поражением кожи возникали симптомы в других органах: боль в животе, рвота, затрудненное дыхание или головокружение.

Другие причины крапивницы:

- ✗ инфекции, включая вирусные, бактериальные и паразитарные;
- ✗ лекарства, включая антибиотики;
- ✗ контактная аллергия на растения, животных или латекс;
- ✗ пища (редкая причина);
- ✗ укусы насекомых;
- ✗ физические триггеры (давление, холод, физические упражнения и – очень редко – вода);
- ✗ крапивница перед началом менструаций (аутоиммунный прогестероновый дерматит);
- ✗ аутоиммунные заболевания.

Важными признаками крапивницы, отличающим ее от других заболеваний с похожими высыпаниями, являются полиморфный вид элементов сыпи и кратковременность отдельных элементов сыпи (крапивница может течь недели и месяцы, но при этом отдельно взятый ее элемент не держится на одном и том же месте более нескольких часов или максимум суток; если вы нашли высыпание, которое держалось более 1–2 суток, это не крапивница).

Физикальное обследование

Прежде всего врач будет искать признаки анафилаксии.

Если их нет, детально опишет сыпь в амбулаторной карте: покрасневшее поражение, приподнимающееся над уровнем кожи, локализованное или по всему телу.

Сыпь при крапивнице обычно имеет четкий край, но склонна к слиянию. Может быть сильный зуд с расчесами. Размер уртикарных высыпаний разнится от крошечных плоских папул до крупных выступающих бляшек. Может быть плоский центр с приподнятым эритематозным краем.

Если вы столкнулись со случаем рецидивирующего ангиотека, не отвечающего на стероиды, подумайте о дефиците ингибитора С1-эстеразы (см. главу про наследственный ангиотек, НАО). Однако не забывайте, что НАО – чрезвычайно редкая болезнь, а крапивница с отеком Квинке встречается достаточно часто, и сперва всегда следует предполагать более вероятное.

Дифференциальный диагноз крапивницы

1. *Мультиформная эритема* (МЭ).

Как отличить? МЭ:

- ✗ обычно не зудит;
- ✗ не мигрирует, отдельные поражения сохраняются в течение нескольких дней;
- ✗ хотя бы некоторые элементы сыпи имеют вид кокард (папула в центре приподнята) или мишеней – кольцо с центром в виде папулы, волдыря, пурпуры или язвы;
- ✗ часто имеется сопутствующее поражение слизистых оболочек.

Более редкие дифференциальные диагнозы:

2. **Уртикарный васкулит.** От крапивницы отличается болезненными поражениями, не меняющими локализацию более двух суток подряд, часто имеются небольшие синячки, которые потом

склонны к «цветению». Изредка с уртикарного васкулита может стартовать васкулит Шёенлейна – Геноха.

3. **Мастоцитоз.**

4. **Аурикулотемпоральный синдром** (эритема лица в зоне тройничного нерва).

5. **Ювенильный ревматоидный артрит.**

6. **Сывороточная болезнь.**

7. **Pityriasis rosea** (ранние поражения).

Лабораторные исследования и дополнительные тесты

Обычно не требуются при острой крапивнице.

Лечение

Следует устранить очевидную причину крапивницы, если таковая имеется.

Избегайте отягчающих уртикарную сыпь факторов, таких как очень горячая или острая пища. Следует также избегать приема аспирина и других нестероидных противовоспалительных средств, поскольку они часто усугубляют симптомы.

Остальное лечение только симптоматическое.

Антигистаминные препараты для облегчения зуда – на весь период сыпи/зуда. Неседативный (не вызывающий сонливости) антигистаминный препарат является предпочтительным.

Стероидные кремы неэффективны. В тяжелых случаях, если нет ответа на повышенные дозы неседативных антигистаминных препаратов, можно рассмотреть возможность однократного приема преднизолона.

Может потребоваться консилиум (совместный осмотр многими врачами) с дерматологом, ревматологом, аллергологом и/или гематологом, если:

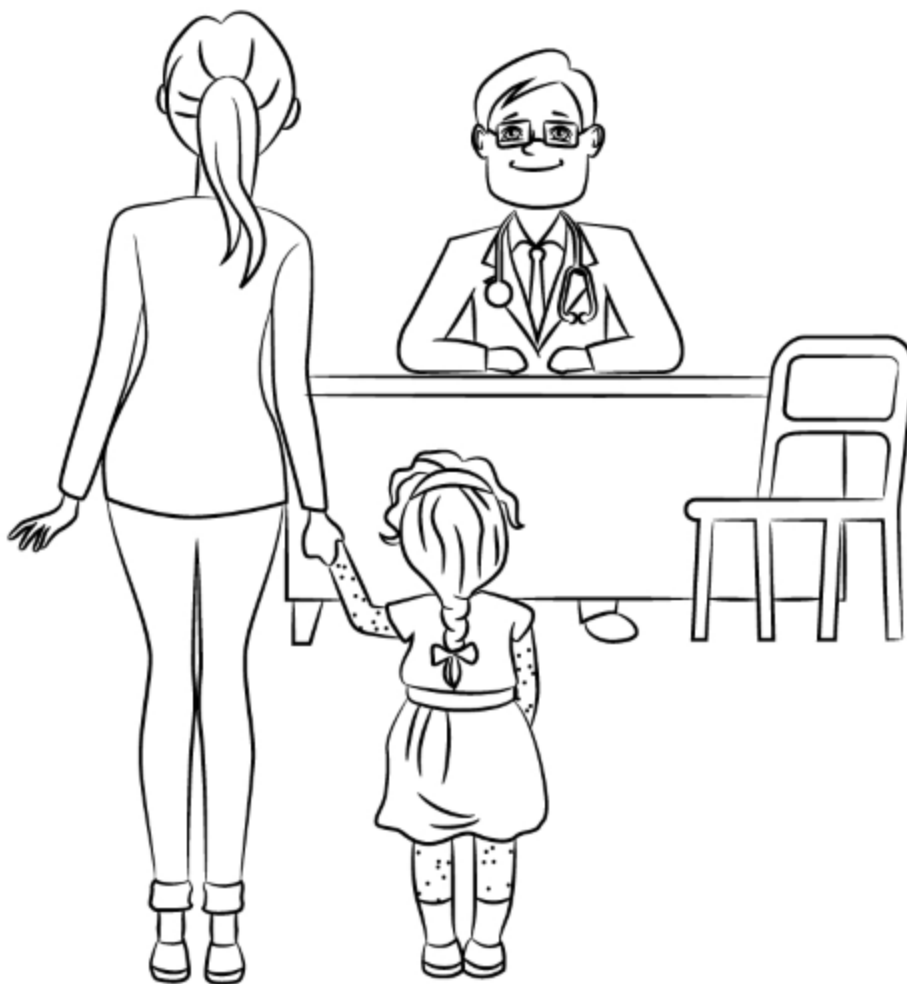
Х вы заметили связанные с крапивницей синяки или системные симптомы (необходимо исключить «вторичную крапивницу», то есть уртикарную сыпь как проявление другого болезненного процесса);

- X вы обнаружили признаки анафилаксии;
- X вы заметили ангиоотек;
- X возраст пациента менее 6 месяцев;
- X крапивница стала хронической (течет более 6 недель).

Большинство пациентов не нуждаются в госпитализации при крапивнице.

Когда болит живот и больно глотать: глава про наследственный ангиоотек (НАО, дефицит С1-ингибитора эстеразы)

Есть особый драйв в постановке редких диагнозов, вряд ли его смогут понять не врачи (еще меньше шансов, что его поймут родители детей с этими самыми редкими диагнозами), и все же это факт. Работа педиатра состоит из рутины: ОРВИ, гастроэнтериты, прививки, атопический дерматит, детская розеола, запоры, ИМИ, ипохондрия бай прокси и т. д. – на нее уходит 90 % времени приема, если не 99 %. Занимаешься всем этим и думаешь: «Интересно, а если я столкнусь с чем-то по-настоящему сложным или редким, я справлюсь? Или мой глаз уже окончательно замылился?» Чтобы «поддерживать форму», часто читаешь о редком и сложном, но никогда не знаешь заранее, сможешь ли разобраться с настоящим диагнозом.



Поскольку уделяешь много времени редким диагнозам, они начинают мерещиться везде.

Нестандартные болезни бывают редко, но определяются они еще реже.

В каждом младенце-мальчике с тяжелым атопическим дерматитом начинает мерещиться синдром Вискотта-Олдрича, в каждом упорном запоре – болезнь Гиршпрунга, в каждом рецидивирующем парапроктите – болезнь Крона и т. д. Я не знаю рецепта, как удержать баланс и не свалиться в гипер- или гиподиагностику. Но стараться определенно нужно.

...Недавно поставил диагноз наследственного ангиоотека с нуля. Заподозрил, верифицировал, передал специалистам, чем был очень горд. НАО – весьма редкое и потенциально опасное заболевание. Заинтересовался случаем, перечитал много литературы, обсуждал случай с коллегами, чтобы разобраться. Суммирую полученные знания в этот небольшой пост.

Что такое НАО?

НАО – это заболевание, которое вызывает повторные эпизоды ангиоотека в верхних дыхательных путях, желудочно-кишечном тракте или в подкожных тканях.

Приступы ангиоотека могут быть вызваны инфекцией, стрессом, менструацией, хирургическим вмешательством, стоматологическими процедурами, локальной травмой и некоторыми лекарственными средствами (включая эстрогенсодержащие контрацептивы и ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента), а также могут не иметь очевидного триггера.

НАО является редким генетическим заболеванием, наследуемым по аутосомно-доминантному типу, при котором уровень ингибитора C1-эстеразы снижается (НАО I типа) или ингибитор C1 плохо функционирует (НАО II типа). НАО диагностируется путем обнаружения низкого уровня или функции ингибитора эстеразы C1. Уровень C4 компонента комплемента также низок во время эпизодов обострения ангиоотека.

Годами случаи могут повторяться два раза в месяц или даже чаще (хотя не всегда они тяжелые и яркие, большинство из них – это малозаметный локальный отек) и внешне напоминать аллергические отеки Квинке, особенно если у пациента есть еще и аллергия.

Клиническая картина

Клинические проявления болезни включают в себя:

- ✗ ангиоотек в любом месте тела без зуда и крапивницы;
- ✗ боли в животе (возможны также тошнота и/или рвота) из-за отека кишечника;
- ✗ отек гортани.

Эпизоды ангиотека обычно развиваются в течение нескольких часов и без лечения длятся 1–5 дней.

Легкие эпизоды ангиотека проявляются:

- ✗ периферическими отеками;
- ✗ легкой/умеренной болью в животе.

Тяжелые эпизоды ангиотека проявляются:

- ✗ стридором и затруднением дыхания из-за отека гортани;
- ✗ другими признаками поражения дыхательных путей, например осиплостью, постоянным кашлем, нарушением глотания или отеком языка;
- ✗ сильной болью в животе или рвотой.

Лечение

Легкие или средней тяжести приступы ангиотека лечат обычно без госпитализации.

Следует исключать другие причины боли в животе. Ультразвуковое исследование брюшной полости может помочь в диагностике, показывая отек кишечной стенки или асцит, связанные с НЛО.

Трехдневный курс транексамовой кислоты сокращает продолжительность симптомов. Тяжелые эпизоды ангиотека могут быть смертельными. Лечение включает в себя:

- ✗ обязательную госпитализацию в стационар;

X при наличии обструкции верхних дыхательных путей – интубацию;

X внутривенный концентрат ингибитора С1-эстеразы и/или антагониста рецепторов брадикинина.

Профилактика (вторичная)

При планировании хирургического вмешательства или любой травматичной процедуры в области рта и глотки (например, удаление зуба) у пациента с НАО требуются специфические меры предосторожности. Нередко приходится превентивно (заранее) применять те же лекарственные препараты, которые используются для лечения приступа.

Из-за риска развития молниеносного смертельного отека гортани манипуляции во рту и глотке при НАО должны выполняться только под общей анестезией с эндотрахеальной интубацией.

Анти гистами ные препараты и кортикостероиды

Из-за низкой частоты встречаемости НАО и клинического сходства симптомов с отеком Квинке до установленного диагноза врачи всегда пытаются вводить при приступах антигистаминные препараты и кортикостероиды. Однако применение этих лекарств при НАО абсолютно неэффективно. Иногда может казаться, что некоторая эффективность все же имеет место, но это не более чем совпадение с самопроизвольным разрешением приступа.

Адреналин (эпинефрин)

Роль адреналина в при приступах НАО слабо изучена. Есть отдельные сообщения об эффективности использования ингаляционного или внутримышечного адреналина для лечения отека верхних дыхательных путей, однако ингибитор С1-эстеразы является предпочтительным методом лечения ангиоотека дыхательных путей, вызванного НАО.

Я прочел(ла) эту главу, и мне кажется, у моего ребенка НАО. Что мне делать?

Обратиться к педиатру и высказать ему свои опасения. Помните, что НАО – весьма редкое заболевание, и ваш врач может впервые о нем слышать. Это не значит, что он плохой врач. Главное, чтобы он не стеснялся читать медицинскую литературу. Если вы поставите вопрос ребром («Есть или нет НАО у моего ребенка с частыми ангиоотеками?»), он откроет качественные источники медицинской информации, например российские Федеральные клинические рекомендации по НАО, ознакомится с ними и, если сочтет симптомы подозрительными, назначит анализ на содержание эстеразного ингибитора С1-комплемента (общего и функционального) и на компонент системы комплемента С4.

Мы сдали эти анализы, и они не в норме Что делать?

Обычно **алгоритм** такой: в случае подтверждения НАО необходимо, чтобы пациент попал в поле зрения главного иммунолога той области, в которой прописан/проживает. Далее либо непосредственно через его консультацию, либо через медицинское учреждение, которое быстро внесет ребенка в регистр, главный внештатный специалист составляет заявку на предоставление ребенку бесплатных лекарств. Дети с НАО обеспечиваются «Фиразиром» (для экстренной помощи на дому, так как форма удобная: шприц-ручки для подкожного введения), но препарат зарегистрирован с 18 лет, поэтому назначается off-label со всеми сопроводительными документами, а еще на них закупается препарат «Беринерт», который вводится внутривенно, зарегистрирован у детей и применяется как для снятия отека, так и для профилактики его возникновения, например в случае хирургического/стоматологического вмешательства. На эти препараты заявка составляется главным внештатным специалистом.

Есть и **второй вариант**: обратиться напрямую к профильным специалистам по этой проблеме (науглечь их места и графики приема

в Москве нетрудно) и с ними обсудить всю дальнейшую тактику, в том числе бюрократическую.

Зачем новорожденным вводить витамин К

В нашей стране это редкое заболевание, а в странах с развитой медициной оно суперредкое, поскольку там принято поголовное введение всем новорожденным внутримышечного препарата витамина К, а в России это проводится только в продвинутых роддомах.



Недавно ко мне обратилась семья с ребенком. Он достиг возраста одного года, и сейчас полностью здоров, но это большое везение, так как он перенес геморрагическую болезнь, а смертность от нее превышает 20 %, инвалидизация достигает 50 %. Заболевание стартовало очень типично (типично для позднего старта; обычно стартуем еще в роддоме): до полутора месяцев этот ребенок был

здоров, в полтора пошли сдавать анализ крови, укололи палец, пришли домой и обнаружили, что кровотечение до сих пор не остановилось и налилась крупная гематома (синяк) во всю кисть. Срочно обратились в приемное отделение стационара – по дороге у ребенка и десны закровоточили. Врачи недооценили тяжесть ситуации, решили, что это какая-то бытовая травма и чуть было не развернули семью обратно домой, но те настояли на госпитализации, и только в отделении гематологии разобрались с диагнозом и начали лечение, когда стала очевидна огромная опасность ситуации. Но все обошлось: кровотечений в мозг или другие опасные места не случилось, ребенок получил необходимые препараты, выздоровел, не прививался до года и, наконец, пришел ко мне для старта вакцинации. Мать написала жалобу главному врачу, он извинился, отчитался, что провел внутреннюю конференцию для дополнительного обучения всех своих докторов по проблеме геморрагической болезни новорожденных, чтобы повысить настороженность педиатров с тем, чтобы таких ошибок в его больнице больше не повторялось (это честный, достойный ответ и правильное решение).

Давайте вспомним здесь, что это за болезнь и как ее избежать.

С 1961 года (на минуточку!) **Американская академия педиатрии** рекомендует корректировать низкий уровень витамина К у всех (!) родившихся однократным введением препарата витамина К. Ведь его низкий уровень может привести к опасному кровотечению у новорожденных и младенцев.

Витамин К, введенный сразу после родов, обеспечивает защиту от кровотечений, которые могут возникнуть из-за низкого уровня этого важного вещества.

Ниже приведены некоторые часто задаваемые вопросы и ответы на них. Если вы не нашли то, что интересует вас, обратитесь с ним к вашему педиатру.

Вопрос: *Что такое витамин К? Как он связан с детскими кровотечениями?*

Ответ: Витамин К – это важное вещество, которое используется организмом для образования тромбов и остановки кровотечений. Дети рождаются с очень небольшими его запасами. Без достаточного количества витамина К они не могут вырабатывать специальные «факторы свертывания крови», которые являются звеньями длинной цепочки процессов, приводящих к остановке кровотечения. Поэтому у некоторых младенцев может возникать геморрагическая болезнь новорожденных, или, как правильнее ее называть, «Кровотечение из-за низкого уровня витамина К» (vitamin K deficiency bleeding, VKDB). Это заболевание может развиваться в любое время у детей до шести месяцев. Введение витамина К при рождении является лучшим способом профилактики его низкого уровня у ребенка, а также кровотечений, вызванных дефицитом витамина К.

Вопрос: *Почему ВСЕМ детям необходим укол витамина К? Могу ли я просто подождать и посмотреть, нужен ли он моему ребенку?*

Ответ: Нет, такое ожидание нецелесообразно, нет никаких предвестников дефицита витамина К, кровотечение начинается внезапно, и когда вы его заметите, может быть уже слишком поздно. Кровотечение может развиваться в кишечнике или головном мозге, то есть там, где его трудно быстро распознать. Это приводит к задержке медицинской помощи и необратимым последствиям, в том числе опасным для жизни. Все дети рождаются с очень низким уровнем витамина К, потому что он плохо проникает через плаценту. Грудное молоко содержит лишь небольшое количество этого витамина. Поэтому ВСЕ новорожденные нуждаются в его дополнительном введении. Это лучший способ профилактики VKDB, отказ от такой инъекции повышает риск геморрагической болезни новорожденного в 81 раз.

Вопрос: *Разве риск кровотечения из-за низкого уровня витамина К не проходит в первые недели жизни?*

Ответ: Нет, VKDB может случиться со здоровыми прежде детьми в возрасте до шести месяцев. Риск не ограничен первыми семью-восьмью днями жизни, и VKDB случается не только с детьми, пережившими трудные роды.

Вопрос: *Разве геморрагическая болезнь новорожденных не является чрезвычайной редкостью?*

Ответ: VKDB редко встречается в развитых странах, но только потому, что большинство новорожденных получают инъекцию витамина К. За последние два десятилетия во многих странах Европы были запущены программы по введению этого витамина при рождении, и впоследствии во всех этих странах отмечалось уменьшение числа случаев VKDB до очень низкого уровня. В тех регионах мира, где укол витамина К новорожденным не проводится, VKDB встречается значительно чаще.

В начале 1980-х годов в Англии некоторые больницы отказались от практики поголовного введения витамина К детям и стали вводить его только тем новорожденным, которые, как считалось, имели повышенный риск кровотечения (были в группе риска по VKDB). В этих больницах было отмечено увеличение случаев VKDB. Все эти факты недвусмысленно указывают на необходимость введения витамина К всем новорожденным.

Вопрос: *Что происходит при геморрагической болезни новорожденного?*

Ответ: Дети без достаточного количества витамина К не могут сформировать тромбы и остановить начавшееся кровотечение, оно может развиваться у них в любом месте тела после минимальной травмы или вовсе беспричинно, может случиться в головном мозге или других важных органах, быть быстрым и массивным. Это происходит редко, но, когда происходит, имеет разрушительные последствия. Каждый пятый ребенок с VKDB умирает. При поздней форме VKDB (после шести недель жизни) кровоизлияние в мозг (геморрагический инсульт) имеет каждый второй заболевший, что может привести к необратимому повреждению головного мозга и глубокой

инвалидности. Другие частые локализации кровотечений: желудок, кишечник и др. Многие дети нуждаются в переливании крови, а некоторые – в срочной хирургической операции.

Вопрос: *Я слышал(а), что укол витамина К может вызывать рак. Это правда?*

Ответ: Нет. В начале 1990-х годов небольшое исследование в Англии обнаружило «ассоциацию» между уколом витамина К и раком у детей. «Ассоциация» означает, что две вещи происходят одновременно у одного и того же человека, но это не значит, что одно является причиной другого. Выяснить, может ли витамин К вызывать рак у детей, было очень важно, так как каждый ребенок должен получить этот препарат. Ученые много раз потом пытались выявить причинно-следственную связь между приемом витамина К и онкологическими заболеваниями у детей, но эта «ассоциация» никогда больше не обнаруживалась ни в одном другом исследовании.

Вопрос: *Могут ли другие ингредиенты препарата вызывать проблемы у моего ребенка? Действительно ли мы знаем, что витамин К безопасен?*

Ответ: Да, витамин К безопасен. Витамин К является основным ингредиентом в препарате. Одним из компонентов препарата является бензиловый спирт, консервант, и это может смущать некоторых родителей. Бензиловый спирт является распространенным компонентом многих лекарств, содержится в них в следовых количествах и достаточно безопасен.

Вопрос: *Доза препарата в инъекции кажется высокой. Это не слишком много для моего ребенка?*

Ответ: Нет, вводимая доза витамина К не слишком велика для детей. Доза витамина К в инъекции высока по сравнению с суточной потребностью в этом веществе. Но помните, что дети почти не имеют других источников данного витамина сразу после родов и не будут иметь его достаточного запаса вплоть до шести месяцев. Это связано с

тем, что витамин К не проникает через плаценту, а грудное молоко содержит очень малые его количества.

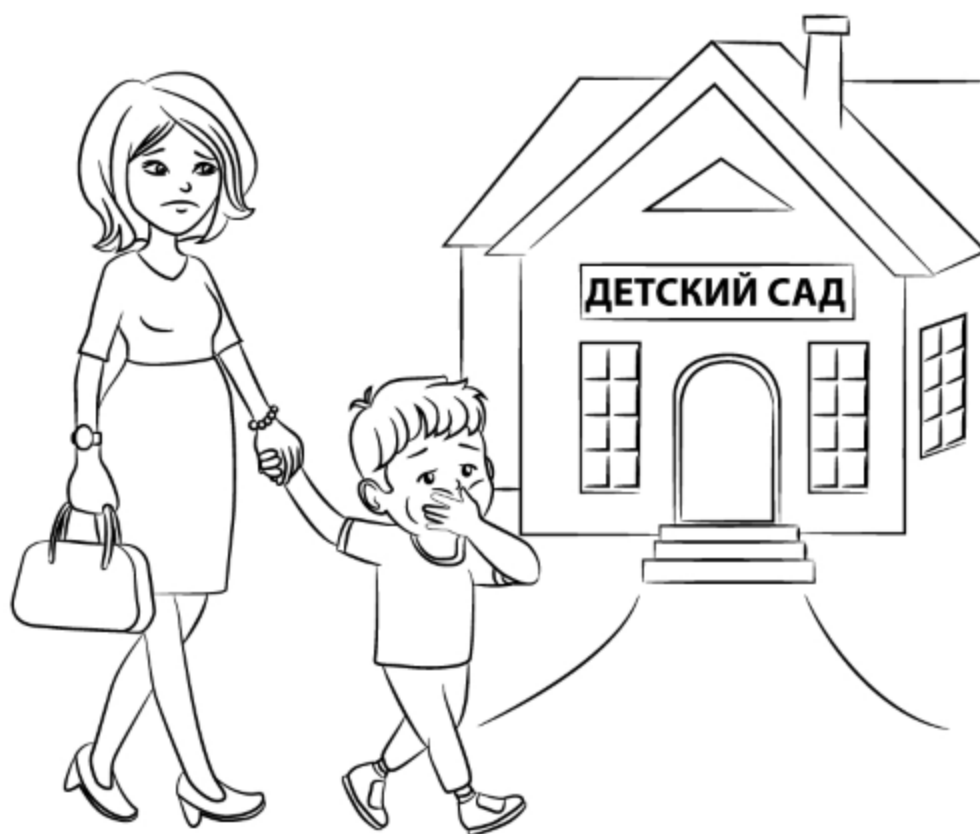
Вопрос: *Могу ли я увеличить содержание витамина К в своем грудном молоке, употребляя различные продукты или принимая поливитамины или добавки с витамином К?*

Ответ: Матери должны сбалансированно и полноценно питаться и принимать поливитамины при необходимости. Однако хотя употребление в пищу продуктов с высоким содержанием витамина К или добавок с ним может незначительно увеличить его уровень в грудном молоке, никакая из этих мер не повысит содержание витамина К в грудном молоке настолько, чтобы это стало достаточным для обеспечения всей потребности ребенка в нем.

...Уточняйте перед родами, вводится ли витамин К в вашем роддоме рутинно, и, если нет, при беседе с врачом настаивайте на его введении вашему ребенку.

Рвота без причины что это?

Синдром циклической рвоты – это заболевание, характеризующееся эпизодами тяжелых приступов рвоты, которые не имеют никакой очевидной причины. Эти эпизоды могут длиться в течение нескольких часов или даже дней и чередуются с относительно бессимптомными периодами. Каждый эпизод похож на предыдущие: как правило, он начинается в одно и то же время суток, продолжается то же самое время и сопровождается теми же симптомами и уровнем интенсивности.



Синдром циклической рвоты может быть связан с мигренью.

Его приступы могут быть весьма тяжелыми и не позволять пациенту встать с постели в течение нескольких дней.

Этот синдром трудно диагностировать, поскольку рвота является симптомом многих заболеваний. СЦР – это **диагноз исключения**: врач должен быть уверен, что никаких других причин рвоты у этого пациента нет. Лечение СЦР обычно включает в себя симптоматические препараты, облегчающие течение приступов, и изменение образа жизни, предотвращающее их повторное появление. Чаще всего используются лекарственные препараты из группы противорвотных и противомигренозных лекарств.

Еще недавно врачи полагали, что синдром циклической рвоты (СЦР) поражает только детей, однако сейчас доказано, что он наблюдается во всех возрастных группах. Исследования показывают, что СЦР встречается почти у 2 % детей школьного возраста, у взрослых пациентов – реже.

Как это проявляется?

Симптомы синдрома циклической рвоты включают в себя:

- ✗ приступы тяжелой рвоты, которая повторяется несколько раз в час и длится от нескольких часов до одной недели;
- ✗ три или более таких приступов, возникавших без видимой причины за прошедший год.

Во время приступа СЦР пациент также может испытывать:

- ✗ боль в животе;
- ✗ диарею;
- ✗ лихорадку;
- ✗ головокружение;
- ✗ светобоязнь.

В межприступный период, как правило, у пациентов нет никаких симптомов неблагополучия. Однако некоторые из них испытывают тошноту (от легкой до умеренной степени выраженности) или боли в

конечностях между эпизодами СЦР.

Повторная многократная рвота может привести к тяжелому обезвоживанию организма, которое способно даже угрожать жизни.

Симптомы обезвоживания включают в себя:

- ✗ жажду;
- ✗ редкие мочеиспускания;
- ✗ бледность;
- ✗ выраженную слабость и разбитость;
- ✗ сухость слизистых и кожи.

Откуда это берется?

Причины возникновения синдрома циклической рвоты неизвестны. В исследованиях удалось лишь выявить факторы, способные провоцировать новое обострение СЦР. К ним относятся:

- ✗ простуда, аллергия или заболевания придаточных пазух носа;
- ✗ эмоциональный стресс или сильное волнение (особенно у детей);
- ✗ тревога или приступы паники (особенно у взрослых);
- ✗ некоторые продукты питания (чаще всего – шоколад и сыр);
- ✗ прием чрезмерно большого количества пищи или еда перед сном;
- ✗ жаркая погода;
- ✗ физическое переутомление;
- ✗ менструация;
- ✗ морская болезнь или укачивание в транспорте.

Как это лечить?

Выявление главных триггеров приступов СЦР у конкретного пациента является одной из главных задач терапии, поскольку снижение их воздействия способно резко снизить или даже прекратить рецидивы СЦР.

Характер и степень связи между мигренью и синдромом циклической рвоты до сих пор неясны. Однако у многих детей с СЦР в семейном анамнезе имеются случаи мигрени или СЦР. У многих детей с возрастом приступы СЦР сменяются приступами мигрени. Но у взрослых эта связь обычно слабая.

Хроническое употребление марихуаны (конопли) является важным фактором, провоцирующим синдром циклической рвоты.

Чем это грозит в худшем случае?

Синдром циклической рвоты может вызывать следующие осложнения:

Х Обезвоживание. Многократная рвота приводит к массивным потерям воды и солей в организме. В тяжелых случаях дегидратация может потребовать госпитализации в отделение интенсивной терапии.

Х Поражение пищевода (эзофагит). Желудочная кислота, которая содержится в рвотных массах, способна повреждать трубку, соединяющую рот и желудок (пищевод). Иногда повреждения пищевода настолько сильны, что он начинает кровоточить.

Х Кариес. Кислота в рвотных массах может разъедать зубную эмаль, приводя к кариесу и хроническому дурному запаху изо рта.

Как подготовиться к приему у врача?

Х Записывайте свои симптомы в блокнот, особенно даты, длительность и кратность рвоты; типичные причины начала приступа, частоту возникновения прецедентов и любые признаки, которые вы считаете характерными для своей болезни.

Х Записывайте ключевую медицинскую информацию, в том числе те диагнозы, которые выставлялись вашему ребенку ранее.

Х Записывайте ключевую личную информацию, включая изменение своих диетических привычек, даты тяжелых стрессов и волнений, как положительных, так и отрицательных (если речь о вашем ребенке – его стрессы и волнения).

✕ Принесите врачу полный список всех лекарств, а также витаминов, пищевых добавок и т. д., которые в ближайшее время принимали вы или ваш ребенок.

✕ Запишите заранее вопросы, которые вы бы хотели задать своему врачу.

Потребуется какие-то дополнительные исследования?

Как уже было сказано выше, СЦР бывает довольно трудно подтвердить. Не существует надежных анализов или диагностических тестов, подтверждающих такой диагноз, и верифицировать СЦР можно лишь единственным способом: исключить все другие причины рвоты, а их очень много. Соответственно, объем дополнительных методов обследования будет во многом зависеть от особенностей ваших симптомов и анамнеза.

Врач начнет с подробных вопросов о вашем анамнезе (или анамнезе вашего ребенка) и проведения стартовых методов обследования.

После этого, исходя из полученной информации, врач может рекомендовать:

- ✗ Визуализирующие желудочно-кишечный тракт исследования: фиброэндоскопия, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография и т. д. С помощью этих исследований врач исключит органическую патологию органов пищеварения, и не только.

- ✗ Лабораторные анализы крови, чтобы проверить функцию щитовидной железы, а также исключить другие метаболические заболевания.

- ✗ МРТ головы, чтобы исключить наличие опухоли головного мозга и других расстройств центральной нервной системы.

- ✗ Другие анализы и тесты при наличии обоснованных подозрений на заболевание, которое может быть причиной ваших эпизодов рвоты.

Как это лечить?

Не существует никакого непосредственного лечения синдрома циклической рвоты, поэтому терапия фокусируется на подавлении симптомов обострений и профилактики рецидивов.

Врач может назначить вам или вашему ребенку:

- ✗ противорвотные препараты;

- ✗ седативные препараты;

- ✗ антацидные (снижающие кислотность желудочного сока) средства;
- ✗ антидепрессанты и др.

Иногда выраженный эффект при приступе СЦР может быть достигнут приемом тех же средств, которыми принято лечить мигрень. Особенно показаны противомигренозные препараты людям с частыми рецидивами СЦР.

¶ Поведенческая терапия

По данным исследований, примерно у половины людей с СЦР имеются также симптомы депрессии или патологической тревожности. Однако степень и характер взаимосвязи СЦР и депрессии на данный момент остаются неясными. Основываясь на таких симптомах, врач может назначить вам или вашему ребенку поведенческую терапию.

¶ Изменения образа жизни и домашние средства лечения

Ряд изменений образа жизни может способствовать облегчению течения синдрома циклической рвоты. Прежде всего людям с СЦР необходимо нормализовать сон: он должен быть спокойным, комфортным и достаточным. Это полезно не только как профилактическая мера, во время начавшегося приступа больной также должен оставаться в темной тихой комнате и как можно больше спать.

Когда период повторных рвот закончился, очень важно пить воду и жидкости, восполняющие потери электролитов (пероральные регидратационные препараты). Если самочувствие совершенно нормальное и обычная пища не вызывает тошноты или рвоты, особого питания не требуется. В противном случае следует в первые дни соблюдать щадящую диету, постепенно и осторожно расширяя рацион.

Если приступы рвоты провоцируются стрессом или волнением, то во время бессимптомного интервала постарайтесь научиться избегать эмоциональных нагрузок и сохранять спокойствие. Также бывает полезным перейти на шестиразовое питание малыми порциями вместо трехразового крупными.

Как предотвращать приступы?

Многие люди, страдающие СЦР, прекрасно знают, что вызывает у них приступ. Без всяких подсказок со стороны врача они стараются избегать этих триггеров.

Если эпизоды возникают чаще, чем раз в месяц, или требуют регулярной госпитализации, то ваш врач может рекомендовать профилактический прием некоторых лекарственных препаратов. Изменение образа жизни также может вам помочь, в частности:

- ✗ достаточный сон;
- ✗ избегание волнительных и стрессовых событий;
- ✗ избегание приема некоторых продуктов питания (например, сыра и шоколада);
- ✗ уменьшение объема пищи за один прием за счет увеличения частоты приемов пищи.

У большинства детей СЦР заметно облегчается или полностью проходит за 3–7 лет болезни.

О скрежете зубами и глистах: развенчиваем миф

Скрежет зубами (бруксизм) часто наблюдается у детей-дошкольников. В большинстве случаев с возрастом самопроизвольно проходит, но иногда приводит к повреждению зубной эмали и патологии височно-нижнечелюстного сустава.

Одной из причин скрежета зубами может являться стресс, поэтому детям с подобным симптомом рекомендуется консультация психолога.

При сильном трении зубов может потребоваться ношение специальной защитной капы, которую изготавливает стоматолог. Это все, что вам следует знать об этом неприятном, но почти всегда безопасном и самопроходящем явлении.



СВЯЗЬ БРУКСИЗМА С ГЕЛЬМИНТНОЙ ИНВАЗИЕЙ (глистами) – ЭТО МИФ! Ни одно исследование не подтвердило наличие такой закономерности. Категорически не рекомендуется при появлении скрежета зубами у ребенка давать противогельминтные препараты: они весьма токсичны и должны использоваться строго по показаниям.

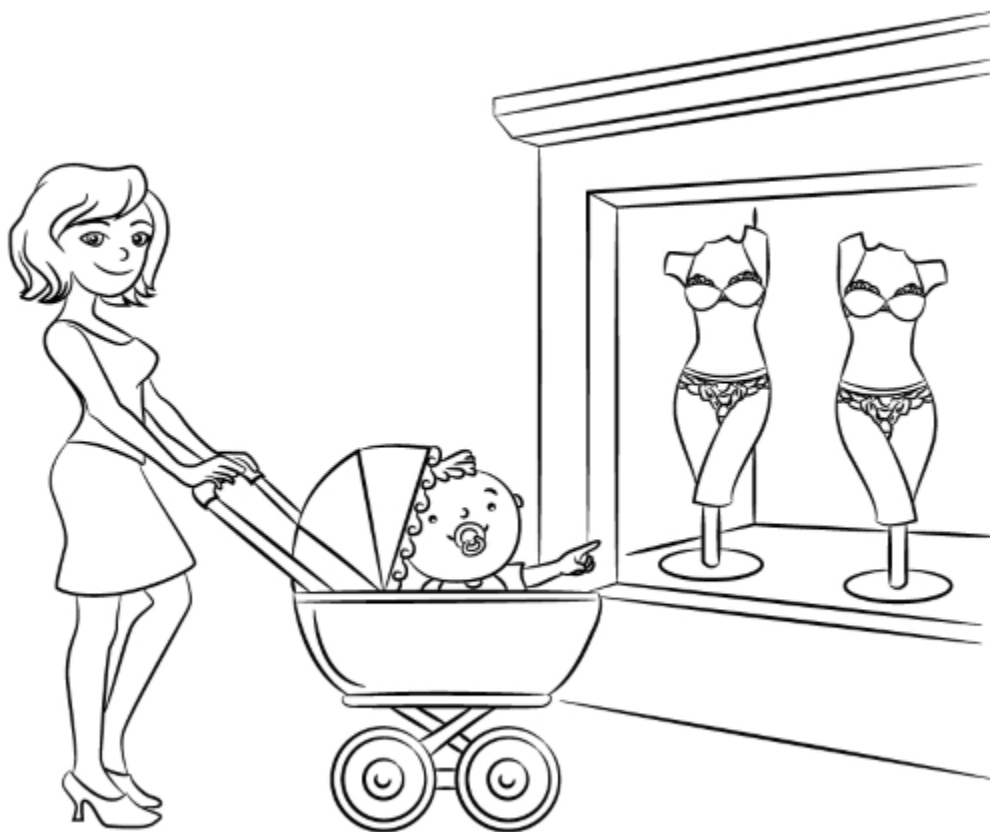
Если у ребенка набухла грудь

Многие родители девочек сталкиваются с этим безобидным состоянием. Нередко они пугаются и начинают ходить по врачам и сдавать болезненные и дорогостоящие анализы, нередко даже педиатры не знают, что с этим делать, и родители успевают вдоволь набояться, пока не попадут к эндокринологу, где их наконец успокоят.

Давайте сперва разберемся с мудреной медицинской терминологией.

Х Половое созревание – это стадии роста и развития организма, в течение которых появляются и формируются вторичные половые признаки.

Х Преждевременное половое созревание – это появление признаков полового созревания в аномально раннем возрасте (обычно до восьми лет у девочек и до девяти лет у мальчиков).



Х Телархе – это начало процесса увеличения грудных желез у девочки,

Х Пубархе – это начало появления волос на лобке.

Х Адренархе – это начало изменений в организме ребенка, связанных со стартом секреции андрогенов корой надпочечников («взрослый» запах пота, оволосение тела, подростковые угри и т. д.).

х Менархе – это первая в жизни девочки менструация.

А теперь о самой болезни.

Что это?

Преждевременное изолированное телархе – это незначительное увеличение грудных желез у ребенка женского пола, начавшееся до восьми лет.

Грудь растет, становится мягкой и округлой, при пальпации ощущается ее тестоватая консистенция, она совершенно не беспокоит девочку. Чаще всего увеличение груди является единственной аномалией (потому телархе и называется «изолированным»).

Почему это возникает?

Причины развития этого состояния непонятны, чаще всего причину не удастся установить, да это и не требуется.

Требуется только исключить:

а) **Истинное преждевременное половое развитие** (не изолированное телархе, а телархе, сопровождающееся еще и пубархе, адренархе, скачком роста и т. д.). Если есть признаки преждевременного полового развития, консультация детского эндокринолога обязательна.

б) **Поедание ребенком маминых противозачаточных таблеток** (иногда причина телархе только в том, что мама оставляет таблетки на виду, а девочка их ковыряет и ест; после исключения этого фактора телархе быстро пройдет).

Это пройдет само? Как скоро?

Обычно телархе появляется после шести месяцев жизни, но ребенок может и родиться с увеличенной грудью. К 3–5 годам оно всегда проходит, а затем в правильное время (в возрасте 8-12 лет) стартует снова. Уже «по-настоящему».

Возможны ли осложнения?

Обычно нет. Это состояние проходит самостоятельно без всякого лечения, хотя выздоровление может занять несколько лет.

Очень редко телархе бывает неизолированным, то есть сочетается с другими признаками преждевременного полового развития (увеличение клитора, рост лобковых волос и др.). В таком случае ребенку может потребоваться лечение у детского эндокринолога.

Нужно ли выполнить ребенку медицинские анализы или тесты?

Только если их назначит врач. При отсутствии других признаков преждевременного полового развития (ППР) анализы обычно не требуются.

Если же врач заподозрит ППР, он может назначить анализы на уровни половых гормонов (при ППР они повышены), рентгенограмму костей кисти (по ней можно определить так называемый костный возраст, который при ППР выше паспортного возраста) или ультразвуковое исследование матки и яичников.

Врач может назначить ребенку плановые осмотры для оценки состояния в динамике.

Может ли изолированное телархе быть у мальчиков?

Нет. Увеличение молочных желез в норме может быть у мальчиков только в первые недели после родов в рамках физиологического состояния, называемого «половой криз». Любое увеличение молочных желез у мальчиков старше пяти месяцев жизни требует консультации детского эндокринолога.

Только не путайте «телархе» у мальчиков с увеличением грудных желез, связанное с избытком веса и ожирением. При телархе вы будете чувствовать на ощупь неоднородную железистую ткань, а при ожирении – только жировую ткань, которая более плотная и более однородная. Если вы не уверены, что вы ощущаете, при ближайшем визите акцентируйте на этом внимание вашего педиатра, попросите его развеять ваши сомнения.

Когда следует заволноваться и обратиться к врачу повторно, даже если раньше он успокоил меня и сказал, что лечения не требуется?

а) Грудь девочки упорно продолжает увеличиваться месяц за месяцем.

б) Телархе уже прошло, но вдруг снова появилось «второй волной» до надлежащего возраста.

в) Вы заметили (у ребенка младше восьми лет) любые другие внешние признаки преждевременного полового созревания, такие как волосы на лобке и/или в подмышках.

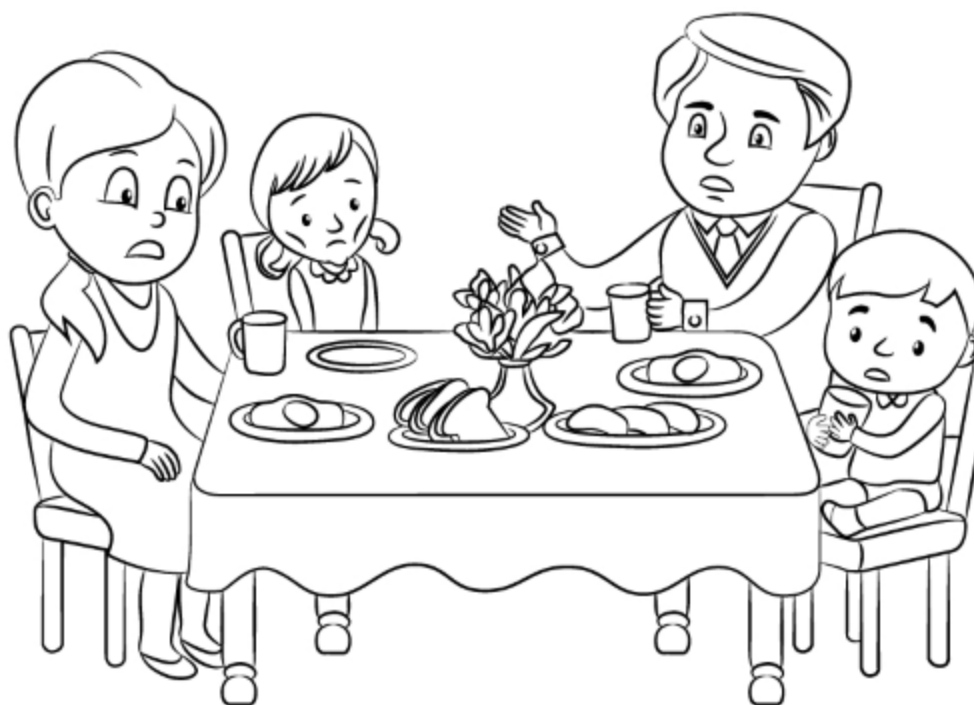
г) Вы заметили выраженный скачок роста ребенка (желательно отметить рост на графиках физического развития и убедиться, что вам не показалось).

Вот и все. Не волнуйтесь по мелочам.

Почему ребенок срыгивает пищу: глава о руминации

Руминация – интересное и необычное патологическое состояние. Казалось бы, из-за своей неэстетичности и кричащей ненормальности она должна вызывать сильную озабоченность у пациентов (кто постарше) и их родственников и побуждать активно искать пути решения. Но, как это ни парадоксально, в кабинете врача этот синдром выявляется обычно только при активных расспросах; пациенты и сопровождающие лица молчат как партизаны. Иногда даже на прямые вопросы о руминации говорят «нет», и только потом начинают понемногу «колоться». Причины тут две:

1) руминация обычно начинается исподволь, понемногу, и, когда доходит даже до ярких и тяжелых проявлений, все окружающие успевают привыкнуть к этой «особенности» ребенка, и их градус настороженности снижается;



2) всем обычно очень стыдно об этом рассказывать даже врачу. Поэтому настоятельно советую коллегам расспрашивать активно про этот синдром в основном при симптомах заболеваний ЖКТ, болях в животе, хронических кашлях, галитозе (дурном запахе изо рта) и т. д.

Что такое синдром руминации?

Термином «руминация» называют очень специфическую форму срыгивания пищи, возникающую после еды.

Человек, словно жвачное животное, отрывает часть съеденной пищи себе в рот и начинает ее пережевывать, а затем либо проглатывает обратно, либо сплевывает.

Это движение может быть как полностью неосознанным, так и осознанным частично. Это такая же навязчивая дурная привычка, как

грызть ногти или кусать слизистую щек. Как и остальные аналогичные движения, оно происходит только во время бодрствования, усиливается при стрессе. В большинстве случаев человек может остановить на время это движение волевым усилием, но стоит ему отвлечься, как он снова начинает руминировать. Руминация может быть редкой (повторяться раз в несколько дней), а может очень частой (десятки и сотни раз за день).

Руминацию не следует путать с регургитацией и рвотой. При регургитации пища может выливаться из желудка в рот из-за наклона тела (например, при завязывании шнурков), срыгивания у младенцев (даже иногда с обратным проглатыванием). Это несколько не руминация; а рвота — это произвольное действие, сопровождающееся тошнотой. Никакой тошноты при руминации нет.

У кого развивается синдром руминации?

Изначально этот синдром был описан у детей с тяжелыми дефектами физического и психического развития, но в настоящее время общепризнано, что руминация встречается у мужчин и женщин всех возрастов.

Что вызывает синдром руминации?

Причина руминации неизвестна. Поскольку это функциональное расстройство желудочно-кишечного тракта, оно не связано с каким-то анатомическим дефектом, инфекцией или воспалением.

У некоторых детей руминация начинается в периоды значительного стресса, у других тяжелые расстройства пищевого поведения, такие как нервная булимия, переходят в синдром руминации. Однако в большинстве случаев она не имеет никакой очевидной причины. Изредка люди (особенно подростки) используют руминацию как способ похудеть и поддерживают ее осознанно.

Как диагностируется руминация?

Диагноз «синдром руминации» основан на характерных симптомах и отсутствии признаков какого-либо другого заболевания, которое может так проявляться. Существуют диагностические критерии (Рим IV) для выявления синдрома руминации как у младенцев, так и у детей и подростков.

Есть ли специальные обследования, которые можно выполнить для подтверждения синдрома руминации?

Нет, синдром руминации – клинический диагноз, для его постановки врачу достаточно осмотра и сбора анамнеза. Однако дополнительные обследования могут понадобиться для исключения других заболеваний, маскирующихся под руминацию, или осложнений руминации.

Иногда врач может назначить гастродуоденальную манометрию, рентгенографию пищевода, желудка и тощей кишки с предварительным проглатыванием бариевой смеси, фиброгастроскопию, изотопный тест на оценку опорожнения желудка, биохимию крови на электролиты и другие анализы.

Что беспокоит самих детей с руминацией?

Главным симптомом руминации является срыгивание недавно проглоченной пищи. Помимо этого детей могут беспокоить тошнота, изжога, боли и дискомфорт в животе, диарея и/или запор, дурной запах изо рта и связанные со всем этим психологические проблемы. Пациентам с такими симптомами могут потребоваться дополнительные медицинские обследования до того, как синдром руминации будет уверенно диагностирован.

Каковы осложнения и последствия синдрома руминации?

Осложнения руминации обычно являются нетяжелыми:

- ✗ потеря веса;
- ✗ недостаток витаминов и минералов;
- ✗ проблемы с зубами, включая кариес и эрозию эмали, вызванные кислотой желудка;
- ✗ дурной запах изо рта (галитоз);
- ✗ диспепсию;
- ✗ психологические проблемы, такие как низкая самооценка и трудности с романтическими отношениями.

Реже руминация приводит к серьезным осложнениям.

✗ Аспирации (попаданию рвотных масс в дыхательные пути), которая, в свою очередь, может вызвать рецидивирующий бронхит или пневмонию, рефлексорный ларингоспазм, бронхоспазм и/или бронхиальную астму.

✗ Предраковым изменениям пищевода эпителия (пищевод Барретта), которые могут возникать при хронической многолетней

руминации.

При надлежащем лечении многие из осложнений, связанных с синдромом руминации, являются полностью обратимыми.

Какие другие болезни могут имитировать синдром руминации? что врач пытается исключить, назначая дополнительные обследования руминирующему ребенку?

Существует много разных причин стойкой регургитации содержимого желудка и рвоты, например:

- ✗ аномальное опорожнение желудка (гастропарез);
- ✗ гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ);
- ✗ закупорка кишечника (механическая непроходимость);
- ✗ аномальная подвижность кишечника без непроходимости (кишечная псевдообструкция);
- ✗ расстройства питания, такие как анорексия и нервная булимия;
- ✗ побочные эффекты некоторых лекарственных препаратов.

Однако типичная картина и время появления симптомов позволяют дифференцировать руминацию от других состояний.

Если врачи не знают, что вызывает руминацию, может, известно хотя бы, что ее запускает?

Медицинские истории пациентов с синдромом руминации показывают, что симптомы часто начинаются с какого-то «запускающего» события. Это может быть вирусная инфекция, болезнь желудочно-кишечного тракта или даже просто стресс, возникающий в жизни пациента. После того как эта инфекция, заболевание или стресс исчезает, у пациента остается привычка руминировать, и он не может или не хочет от нее избавиться.

Как это лечится?

Лечение этого состояния прежде всего заключается в поведенческой терапии. Существуют методики «отвыкания» от руминации с использованием специальных методов дыхания (диафрагмальное дыхание), которые пациент противопоставляет желанию/привычке срыгивать пищу. Руминация постепенно утихает, поскольку «лечебные движения» невозможно выполнять одновременно с ней.

Никакие лекарственные препараты не помогают уменьшить руминацию. В самых тяжелых случаях показана хирургическая операция – фундопластика, после которой пациенту становится гораздо труднее вызвать руминацию.

Лечения могут потребовать осложнения руминации: астма, кариес, депрессия и другие.

В целом рекомендуется как можно более раннее вмешательство с поведенческой терапией, чтобы уменьшить неблагоприятные последствия, связанные как с самим синдромом, так и с агрессивными диагностическими методиками, которым врачам приходится подвергать пациента.

Насколько успешным обычно является лечение синдрома руминации?

Результат у детей и подростков с синдромом руминации, которые проходят поведенческую терапию, обычно очень хороший. Подавляющее большинство пациентов достигают значительного улучшения своих симптомов, и многие сообщают о полном разрешении симптомов после лечения.

Какие проблемы с питанием должны насторожить родителей?

Тяжесть регургитации у детей с синдромом руминации весьма изменчива.

У некоторых детей регургитация происходит почти при каждом приеме пищи и сопровождается значительной потерей веса. Однако многие дети и подростки с синдромом руминации могут поддерживать и даже набирать вес, несмотря на частые срыгивания пищи.

Если вы заметили у своего ребенка синдром руминации, постарайтесь не откладывать визит к педиатру и/или гастроэнтерологу и не пускать ситуацию на самотек. Руминация может пройти и сама, но при адекватном наблюдении и терапии осложнения руминации встречаются гораздо реже, и выздоровление наступает быстрее.

В редких случаях дети с тяжелыми симптомами и связанной с этим потерей веса нуждаются в дополнительной питательной поддержке через желудочный зонд или внутривенными препаратами. После коррекции истощения и лечения осложнений этих пациентов переводят на поведенческую терапию.

В целом рекомендуется, чтобы дети и подростки с синдромом руминации питались сбалансированно и полноценно, никаких диетических ограничений не требуется. После начала поведенческой терапии желательна консультация диетолога для анализа и коррекции дефектов рациона и негативных пищевых привычек ребенка и семьи.

Глава об остром аппендиците

Уважаемые родители! Если у ребенка болит живот, это может быть хирургическая патология; на сленге медиков это называется **«острый живот»**, и чаще всего речь идет об аппендиците (хотя может оказаться и инвагинацией кишечника, разрывом кисты яичника и др.).

Боль в животе – частый симптом у детей, и в большинстве случаев она не опасна.

Это могут быть функциональные боли, боли от запора, острый гастроэнтерит и еще около сотни относительно безопасных причин.

Но хочешь мира – готовься к войне, поэтому следует знать «красные флаги» боли, которая может указывать на острый живот.



Прежде всего **опасная боль** – это та, которая:

- ✗ не проходит несколько часов подряд, даже нарастает;
- ✗ мешает ребенку заснуть или будит ото сна;
- ✗ требует вынужденного положения от ребенка (ходит, чуть согнувшись вперед, мелкими шагами; лежит на боку, приводя ноги к животу), ограничивает его движения;
- ✗ усиливается при подпрыгивании «как зайчик» или в машине на кочках;
- ✗ усиливается при нежном поглаживании по животу, при попытке погрузить руку вглубь живота (этот симптом важен в любой точке живота, но особенно важен в зоне «справа внизу»); иногда рука проверяющего даже не может погрузиться в живот из-за интенсивного мышечного сопротивления, которое ребенок не может расслабить: «доскообразный живот» (грозный симптом);

X не связана с дефекацией (не усиливается перед и не ослабевает после дефекации и/или очистительной клизмы);

X сопровождается рвотой, лихорадкой, недомоганием, нарушением самочувствия.

Если ваш ребенок жалуется на боль в животе, не придавайте сперва большого значения, погладьте-поцелуйте, пообещайте, что скоро все пройдет и будьте начеку (не выпрашивайте симптомы активно – спровоцируете ипохондрию и преувеличение).

Боли в животе – это та ситуация, когда лучше «перебдеть, чем недобдеть».

Но если он даже после того, как его успокоили и отвлекли, снова жалуется, и есть хоть один из «красных флагов», вам следует показать его врачу в ближайшие сутки. Тем быстрее, чем сильнее боль. Вызвать скорую помощь в такой ситуации будет нелишним.

От чего бывает «заворот кишок»

Инвагинация кишечника (в народе ее называют «заворот кишок») является наиболее распространенной причиной острого живота (острой боли в животе, требующей срочного хирургического вмешательства) у детей в возрасте до двух лет.

Суть инвагинации в том, что кишка вставляется сама в себя, словно подзорная труба или телескопическая удочка при складывании.



Такое складывание «по типу телескопа» блокирует прохождение жидкости и пищевого комка через этот участок кишки, приводит к отеку стенки кишечника, к кровоточивости сквозь пораженную слизистую в просвет кишечника и даже к полной потере кровоснабжения инвагинированного участка кишечника. При отсутствии своевременной помощи инвагинация может привести к некрозу (безвозвратному омертвлению) участка кишки.

Инвагинация случается с частотой от одного до четырех случаев на 1000 детей и имеет наибольшую распространенность в возрасте от пяти до девяти месяцев, хотя может случиться и в более раннем или старшем возрасте. У мальчиков инвагинация развивается в три раза чаще, чем у девочек.

Симптомы инвагинации

Основным симптомом инвагинации кишечника является острая интенсивная боль в животе, которая обычно начинается внезапно. Ребенок долго, громко и безутешно плачет, успокоить его обычными способами не удается.

Запомните «красный флаг»: если ребенок первых двух лет жизни плачет полтора-два часа подряд и нет никакой возможности его успокоить (еда, питье, укачивание, отвлечение, катание по двору в машине кругами, белый шум, введение газоотводной трубочки в анус и прочие действия, которые раньше надежно и быстро успокаивали малыша, сейчас не имеют никакого успеха), это повод вызвать скорую помощь или самостоятельно обратиться в приемное отделение детского хирургического стационара.

Помимо основного симптома (боли) могут быть дополнительные:

- X** резкое вздутие живота;
- X** к рвота (особенно рвота с желчью, то есть в рвотных массах видна желтовато-зеленая примесь);

✗ стул красного цвета, в русскоязычной литературе называется «стул по типу малинового желе», в англоязычной – «желе из красной смородины», это очень меткие выражения. (Осторожно, это поздний признак, если вы его увидели – торопитесь, дело совсем плохо);

✗ плач до истеричных всхлипываний.

По мере продолжения болезни ребенок может постепенно терять силы, слабеть. У него может подняться высокая температура и даже развиваться шок, то есть жизнеугрожающее медицинское осложнение, при котором давление крови резко падает настолько, что внутренние органы начинают страдать от дефицита крови и кислорода.

Не хочу провоцировать паранойю, но должен сказать, что далеко не все случаи инвагинации протекают очевидно и ярко, иногда диагноз представляет собой загадку даже для опытного врача. Здесь снова уместно полагаться на родительскую интуицию. Если с ребенком что-то происходит, что-то явно не так: чрезмерно сонлив, удивительно вздут живот, странно плачет или стул пропитан кровью, свяжитесь с вашим врачом или диспетчером скорой помощи.

...Два слова о крови в стуле вообще и о «малиновом желе» в частности. Стул с большим количеством крови – грозный симптом. В противоположность этому единичные прожилки крови в стуле, особенно если их появление не связано с болью и беспокойством малыша, – это обычно никакая не экстренная ситуация; это трещина ануса (от толстого плотного стула при запорах), неинфекционный гемоколит (например, при аллергии на белок коровьего молока), инфекционный гемоколит (дизентерия, амебиаз и т. д.) и другие относительно безопасные причины.

Большинство случаев крови в стуле не являются экстренными, но если вы заметили их впервые, лучше связаться с вашим педиатром в течение ближайших часов и уточнить тактику ваших действий.

Причины инвагинации

В большинстве случаев причину развития инвагинации не удается установить. Это может быть осложнением инфекции (ротавирусного гастроэнтерита, например), грубой погрешностью в диете (копченая колбаса или соленый огурец ребенку до года), но чаще всего повода нет, все случается спонтанно. Если инвагинация возникла в очень нетипичном возрасте (ранее трех месяцев жизни или старше пяти лет), врач будет исключать большую болезнь, которая может приводить к инвагинации как к вторичному осложнению, например увеличение лимфатических узлов брыжейки, опухоль кишечника или аномалия кровеносных сосудов кишечника.

Диагностика и лечение инвагинации

Врачи обычно начинают обследовать на инвагинацию, если у ребенка типичного возраста (с четырех месяцев до двух лет) возникает острый долгий приступ боли в животе или его повторные тяжелые эпизоды (то отпустит, то снова схватит), рвота, подозрительная сонливость, выделение стула с кровью и слизью.

Во время визита врач спросит об общем здоровье ребенка, семейных заболеваниях, любых лекарствах и вакцинах, которые принимает или недавно получил ребенок. Затем осмотрит ребенка, уделив особое внимание животу. Иногда доктор сможет нащупать ту часть кишечника, которая «завернулась».

Если доктор подозревает инвагинацию, он срочно направит ребенка к детскому хирургу. Хирург может назначить УЗИ брюшной полости или рентгенографию живота: на этих исследованиях можно увидеть скопление газов в кишечнике или даже саму инвагинацию. Если ребенок поступит к хирургу в тяжелом состоянии, он может сразу взять его на операцию без всяких дообследований, чтобы как можно скорее расправить инвагинат.

Два вида клизм (клизма воздухом и клизма с барием) являются при инвагинации одновременно и диагностическими, и

лечебными процедурами.

Клизма с воздухом – это когда ребенку через клизменную трубку кишечник наполняют воздухом, это позволяет четко рассмотреть кишечник на рентгеновских снимках. Если есть инвагинация, воздух доходит до нее, не может через нее пройти и тем самым делает инвагинацию видимой врачу. В то же время давление воздуха само по себе может расправить инвагинацию и вылечить ребенка. Не пытайтесь делать это дома самостоятельно! Чрезмерное давление воздуха может порвать стенку кишки, эта процедура должна выполняться только хирургом, под контролем рентгенологических исследований.

Оба типа клизм вполне безопасны в руках профессионалов и хорошо переносятся детьми. Однако важно помнить, что инвагинация дает рецидив (повторный приступ) в одном из десяти случаев. Обычно это происходит в течение 72 часов после успешной процедуры расправления.

Клизма с бариевой смесью проводится тем же образом и с теми же целями, что и воздушная.

Если в кишечнике образовалась перфорация (дырка), клизма не сработала (расправить не удалось) или ребенок слишком тяжело болен, чтобы пробовать клизму, – ребенку понадобится экстренная операция. Чаще это бывает при возникновении инвагинации у детей старше двух лет.

В ходе операции хирурги попытаются расправить инвагинацию, но, если повреждения кишечника будут слишком тяжелыми, им, возможно, придется удалить пораженную часть кишечника.

После операции ребенок будет оставлен в больнице, будет получать внутривенное питание, пока не сможет есть сам и нормальная функция кишечника не вернется. Врачам следует внимательно наблюдать за ребенком, чтобы убедиться, что инвагинация не возвращается. Некоторым детям также могут понадобиться антибиотики для предотвращения инфекции.

Когда обращаться к врачу?

Инвагинация является экстренной медицинской проблемой. Если у вашего ребенка появились симптомы инвагинации, такие как боли в животе, рвота, пугающая сонливость или кал, похожий на желе из красной смородины, срочно вызывайте скорую помощь или самостоятельно немедленно отвезите ребенка в приемник детского хирургического отделения (смотря что быстрее).

Большинство младенцев, которых доставили в хирургический стационар в течение первых суток после начала инвагинации, врачи вылечивают без операции, и у них не развивается никаких осложнений. Однако при несвоевременном лечении инвагинация может привести к очень серьезным осложнениям, и чем позже начата терапия, тем хуже прогноз. Поэтому крайне важно не откладывать обращение за медицинской помощью – каждая минута на счету.

Промедление в лечении инвагинации значительно увеличивает риск необратимого повреждения тканей, разрыва кишечника, развития перитонита и даже гибели ребенка.

Глава о синдроме беспокойных ног

Ваш ребенок часто жалуется на боли в ногах в вечернее и ночное время, особенно при засыпании? При этом он показывает не на сустав, а скорее на голень и стопу? Во время жалоб вы не видите никакой припухлости суставов, горячей кожи над ними, нет хромоты и ограничения подвижности ребенка? Скорее всего, это синдром беспокойных ног: неприятное, но безопасное заболевание. Им страдают как дети, так и взрослые, они – даже чаще и тяжелее.

Синдром беспокойных ног (СБН) – это заболевание, при котором из-за хронического дискомфорта в ногах возникает нестерпимое желание двигать ими.

Обычно это происходит в вечернее время или ночью, когда вы сидите или лежите. Движение ногами на время облегчает неприятные ощущения, но они быстро возвращаются и заставляют повторять движение снова.



Это хроническое, но не опасное заболевание. Простые меры самопомощи и изменение образа жизни могут значительно облегчить симптомы болезни. В некоторых случаях могут быть назначены лекарственные препараты, которые весьма эффективно облегчают СБН.

Синдром беспокойных ног, называемый также болезнью Виллиса – Экбома (Willis-Ekbom disease), может начинаться в любом возрасте. В тяжелых случаях он значительно нарушает ночной сон, что приводит к дневной сонливости и снижает качество жизни.

Симптомы

Навязчивое желание двигать ногами, мешающее засыпанию, – это главный симптом СБН, который и лег в основу названия болезни.

Особенностями этого заболевания являются:

✗ Неприятные ощущения в ногах начинаются обычно, когда человек находится в состоянии покоя. Обострение СБН провоцируется, как правило, длительным лежанием или сидением, например в автомобиле, самолете или кинотеатре.

✗ Облегчение наступает от движения. Симптомы СБН уменьшаются при движениях, таких как сгибание-разгибание стопы, покачивание ногами или ходьба.

✗ Симптомы нарастают в вечернее время и достигают своего пика ночью.

✗ Ночные судороги ног. СБН может быть связан с другим, более частым заболеванием, называемым синдромом периодического движения конечностей во сне (periodic limb movement of sleep). Оно проявляется подергиванием ног и судорогами, которые могут длиться всю ночь во время сна.

Обычно пациенты описывают СБН как ненормальные, неприятные ощущения в ногах или стопах, обычно на обеих сторонах тела. Реже подобные симптомы могут появляться на руках.

Пациенты утверждают, что эти ощущения возникают внутри конечности, а не на коже, и описывают их как:

- ✗ ползание;
- ✗ потягивание;
- ✗ пульсацию;
- ✗ боль;
- ✗ зуд.

Иногда пациенту трудно подобрать слова, чтобы описать, что он чувствует. Он редко описывает свое состояние, как мышечные судороги или онемение. Все это непременно указывает на навязчивое желание подвигать ногами, чтобы на время ослабить неприятные ощущения.

Тяжесть симптомов изменяется со временем. Симптомы то перестают беспокоить пациента, то нарастают с новой силой.

Причины

Обычно у СБН нет никакой очевидной причины. Ученые подозревают, что это заболевание может быть связано с дисбалансом допамина в головном мозге, которое вызывает дискоординацию управления движениями мышц.

В некоторых случаях отмечена наследственная предрасположенность к СБН. Ученые даже выявили участки на хромосомах, где могут присутствовать гены, ответственные за развитие СБН.

Факторы риска

СБН может развиваться в любом возрасте, в том числе в детстве. Но чем старше возраст, тем выше риск заболевания. СБН чаще встречается у женщин, чем у мужчин.

СБН, как правило, не является вторичной проблемой, то есть не связан с каким-либо хроническим или острым заболеванием, а возникает сам по себе. Тем не менее СБН иногда сопровождает другие заболевания, такие как:

✗ Периферическая полинейропатия. Это повреждение нервов в руках и ногах, возникающее из-за некоторых хронических заболеваний, таких как диабет или алкоголизм.

✗ Дефицит железа. Даже без развития анемии дефицит железа может вызвать или усугубить СБН.

✗ Почечная недостаточность. Если у ребенка есть почечная недостаточность, у него также может быть дефицит железа вплоть до тяжелой анемии. Когда почки не функционируют должным образом, запасы железа в крови могут истощаться. Это влечет за собой ряд изменений в химических реакциях организма и может спровоцировать или усугубить СБН.

Осложнения

Хотя СБН не приводит к другим серьезным заболеваниям, его симптомы могут быть весьма выраженными, нарушать сон и заметно снижать качество жизни.

Тяжелый СБН может даже провоцировать депрессию. Бессонница может приводить к чрезмерной дневной сонливости и снижать работоспособность.

Диагностика

Диагноз СБН основан на следующих критериях, установленных Международной исследовательской группой по синдрому беспокойных ног и прописанных в Международной классификации нарушений сна:

✗ Наличие сильного, часто непреодолимого, желания двигать ногами, обычно сопровождаемого неприятными ощущениями, которые пациенты подросткового возраста и взрослые обычно называют ползанием мурашек, мышечными спазмами, покалыванием или пощипыванием; а дети дошкольного и раннего школьного возраста – болью (из-за малого словарного запаса).

✗ Симптомы появляются или ухудшаются во время отдыха, в положении сидя или лежа.

✗ Физическая активность или массаж на время облегчают симптомы.

✗ Симптомы достигают пика своей тяжести ночью.

✗ Симптомы не могут быть объяснены никаким другим заболеванием или поведенческим расстройством (СБН – диагноз исключения).

Ваш врач может провести физикальный осмотр и неврологическое обследование. Ему могут потребоваться анализы крови, чтобы выявить дефицит железа (СБН часто связан с железodefицитом), а также чтобы исключить другие возможные причины этих симптомов.

Кроме того, врач может направить к специалисту в области нарушений сна.

Лечение

Иногда лечение базового заболевания, такого как дефицит железа, значительно облегчает проявления синдрома беспокойных ног. Коррекция дефицита железа может включать прием препаратов железа. Тем не менее не следует принимать препараты железа без рекомендации врача.

Если вы страдаете СБН, не связанным с основным заболеванием, то лечение будет фокусироваться на изменении образа жизни и (если этого окажется недостаточно) приеме лекарственных препаратов.

§§ Медикаментозная терапия

Во избежание попыток самолечения я не буду упоминать здесь лекарственные препараты против СБН. Если в них возникнет необходимость, пусть их назначит ваш доктор.

Упомяну только, что некоторые лекарства способны ухудшать симптомы СБН. К ним относятся: антидепрессанты, некоторые антипсихотические препараты, некоторые препараты против тошноты и укачивания, некоторые средства против простуды и против аллергии. Ваш врач может порекомендовать вам избегать этих лекарств. Однако если их прием необходим, обсудите с врачом возможность компенсировать их приемом препаратов против СБН.

§§ Изменения образа жизни и домашние средства

В большинстве случаев простые изменения образа жизни могут помочь вам облегчить симптомы СБН:

✕ Горячая ванна и массаж. Полежите в горячей ванне перед сном, массируя проблемные мышцы ног. Это расслабит их и снизит неприятные симптомы.

✕ Попробуйте прикладывать к ногам попеременно *грелки и охлаждающие пакеты*. Контраст тепла и холода может облегчить симптомы.

✕ Попробуйте *методы релаксации*, такие как медитация или йога. Стресс может усугублять СБН. Научитесь расслабляться, особенно перед сном.

✕ Нормализация сна. Хроническая усталость усиливает проявления СБН. Важно соблюдать правильную гигиену сна. В идеале следует создать бесшумную и удобную среду в спальне; ложиться спать и вставать в одно и то же время ежедневно, получать

достаточное количество сна. У многих людей с СБН отмечается прямая зависимость: чем позже они ложатся спать, тем более выражено беспокойство в ногах. И, напротив, здоровый долгий сон заметно облегчает симптомы.

Х Физические упражнения. Занимайтесь ежедневными физическими упражнениями с умеренной нагрузкой, это облегчит беспокойные симптомы в ногах. Однако не переусердствуйте: чрезмерные физические нагрузки, напротив, усиливают СБН.

Х Избегайте кофеина. Иногда один только отказ от кофеина может прекратить симптомы СБН. Старайтесь избегать содержащие кофеин продукты, включая шоколад и напитки с кофеином, такие как кофе, чай, кола и др. Откажитесь от них полностью на несколько недель и понаблюдайте, поможет ли это в вашем случае.

Х Если вам хочется двигать ногами, двигайте ими; объясните это и вашему ребенку. Пытаясь подавлять эту потребность, вы только резко усилите симптомы.

Х Ведите дневник сна. Следите за лекарствами и обстоятельствами, которые облегчают симптомы СБН или усиливают их. Делитесь этой информацией с вашим врачом.

Х Начинайте утро ребенка с зарядки и легкого массажа.

Х Обращайтесь за психологической помощью. Консультация психолога или посещение групп поддержки очень полезны в подростковом и взрослом возрасте. Кроме того, ваш опыт может помочь другим людям с СБН.

Глава о воронкообразном искривлении грудной клетки

Воронкообразное искривление грудной клетки (Pectus excavatum) – это патологическое состояние, при котором грудина человека глубоко вдавлена в грудную клетку.

Воронкообразная деформация грудной клетки выглядит как глубокая ямка в центре груди и нередко сочетается со сколиозом и грубой деформацией ребер.

Старые врачи называли эту деформацию термином «грудь сапожника», потому что мальчишки того времени, с малолетства работавшие сапожниками, иногда искусственно вызывали у себя это вдавление, длительно и часто прижимая пятку перевернутого сапога к своей груди во время работы (так удобнее забивать гвоздики в подметки).

Несмотря на то что она бывает заметна вскоре после рождения, глубина воронки и тяжесть деформации в раннем детском возрасте обычно невелики; однако в ряде случаев дефект заметно усиливается во время подросткового скачка роста.



Заболевание чаще встречается у мальчиков, чем у девочек. В тяжелых случаях *pectus excavatum* может сдавливать сердце и легкие и со временем оказывать негативное влияние на их функцию. Малые степени воронкообразной деформации не опасны и могут вызывать лишь застенчивость и тревогу у ребенка из-за своей внешности.

Воронкообразное искривление грудной клетки в легких формах не лечится, в тяжелых – подлежит обязательной хирургической коррекции.

Симптомы

У большинства детей с *pectus excavatum* до подросткового возраста есть лишь минимальное углубление в середине грудной клетки. Однако у некоторых из них в подростковом возрасте глубина дефекта резко возрастает и продолжает нарастать в зрелом возрасте.

В тяжелых случаях деформация грудины может сдавливать легкие и сердце. Это приводит к следующим симптомам:

- ✗ снижению устойчивости к физической нагрузке;
- ✗ учащенному сердцебиению;
- ✗ рецидивирующим инфекциям дыхательных путей;
- ✗ одышке или кашлю;
- ✗ боли в груди;
- ✗ шумам в сердце;
- ✗ хронической усталости.

Причины

Хотя точная причина воронкообразной деформации неизвестна, считается, что заболевание связано с дефектом некоторых генов, поскольку существует явная семейная предрасположенность.

Осложнения

Если глубина вдавления грудины значительная и мешает легким полностью расправляться при вдохе, это может провоцировать респираторные заболевания.

Вогнутые внутрь кости сдавливают сердце, отталкивая его назад и влево, и мешают ему эффективно перекачивать кровь.

Дети, имеющие воронкообразную деформацию, нередко имеют и искривление осанки (обычно по типу сутулости) с расширением ребер и лопаток. Это приводит к выраженной застенчивости, низкой самооценке, отказу ребенка от плавания в бассейне и других занятий, требующих раздевания.

Диагностика

Диагноз Pectus excavatum, как правило, можно верифицировать обычным осмотром грудной клетки.

Помимо этого, ваш врач может предложить различные дополнительные исследования, чтобы выявить сопутствующие проблемы с сердцем и легкими, например:

✕ Рентгенограмма грудной клетки. С помощью рентгеновского снимка врач может оценить степень смещения сердца и некоторые проблемы с легкими.

✕ Компьютерная томография (КТ). КТ может быть использована для определения степени тяжести воронкообразной деформации, а также определения степени сдавления сердца и легких.

✕ Электрокардиограмма (ЭКГ) может показать нормальный ли сердечный ритм, нет ли нарушений в проводящей системе сердца, вызванных его сдавлением.

✕ Эхокардиография (ЭхоКГ) – это ультразвуковое исследование сердца. Она может показать качество работы сердца и клапанов, обнаружить структурные дефекты в сердце и неправильный ток крови.

✕ Функциональные легочные тесты (измерение функции внешнего дыхания). Эти тесты измеряют количество воздуха, которое способны вместить ваши легкие, а также скорость и другие характеристики выдоха.

✕ Тесты на физическую выносливость. Выполняются, как правило, на беговой дорожке. Отображают качество работы сердца и легких во время физической нагрузки.

Лечение

Воронкообразная деформация лечится только хирургически, но операция обычно показана лишь тем людям, которые имеют средней тяжести или тяжелую деформацию. Людям с легкой деформацией показана терапия физическими упражнениями. Некоторые упражнения могут улучшить осанку, чуть уменьшить глубину вдавления или хотя бы облегчить работу хирургу и сделать более оптимальными результаты предстоящей операции.

Типы хирургических операций

Если у ребенка среднетяжелая или тяжелая воронкообразная деформация, врач может предложить операцию. Два наиболее распространенных типа операций, применяемых для коррекции воронкообразной деформации, отличаются по размеру разрезов:

Х Большой центральный доступ. В центре груди делается крупный разрез так, чтобы хирург мог открыть непосредственно грудину. Деформированные хрящи, крепящие ребра к нижней части грудины, удаляются и грудина фиксируется в более физиологичном положении с помощью специального хирургического оборудования, например металлической сетки или специальных распорок. Через определенное время (через 6-12 месяцев), когда все заживет и грудная клетка станет приемлемой формы, проводится вторая операция, и все искусственные конструкции удаляются.

Х Доступ через малые боковые разрезы. Менее инвазивной является операция, при которой делается два разреза с обеих сторон грудной клетки, по бокам. В эти разрезы вводится торакоскопический инструмент (маленькие хирургические инструменты на длинных стержнях и маленькая узкая оптоволоконная видеокамера). С помощью этих инструментов изогнутая металлическая пластина заводится под грудину и поднимает ее в нормальное положение. В некоторых случаях используется более одной пластины. Их удаляют спустя несколько лет в ходе второй операции.

Наилучшие результаты достигаются при проведении коррекционной операции в подростковом возрасте сразу после скачка бурного роста в период полового созревания (около 14 лет); в более юном возрасте процент рецидивов болезни заметно выше, а в более старшем операция переносится тяжелее. Но она может быть показана и взрослым людям.

Второй вид операции теоретически является менее травматичным, но на сегодняшний день данные исследований говорят о приблизительно равной степени эффективности и равной частоте осложнений от обоих методов.

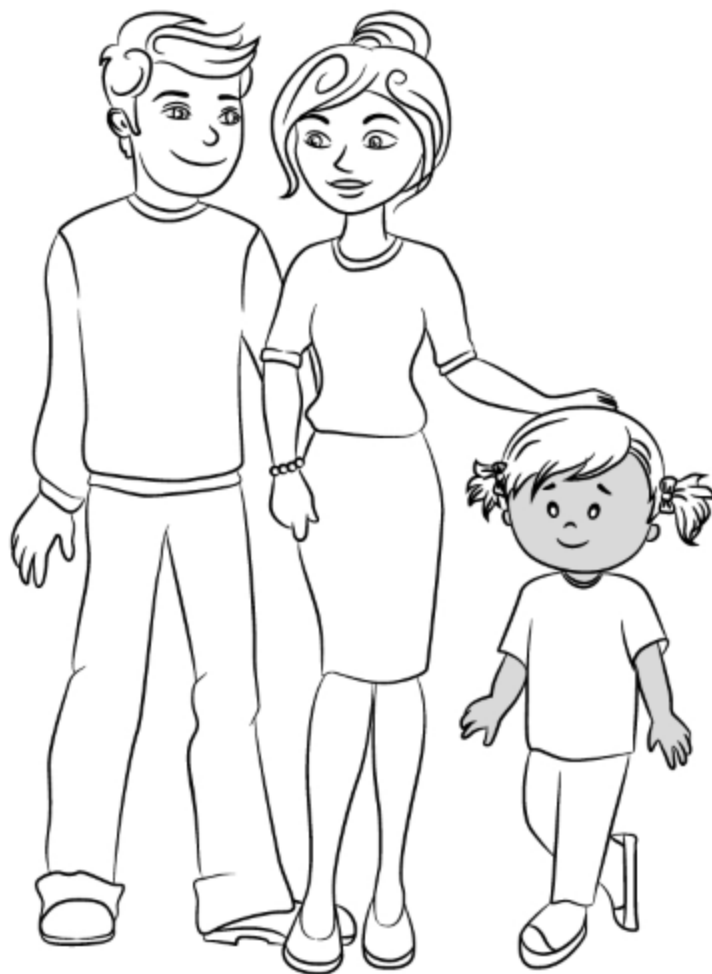
Иногда подростки, которые перенесли хирургическую коррекцию воронкообразной деформации, и их родители недовольны полученным внешним видом грудной клетки (идеального косметического эффекта не наступает). Однако это позволяет сердцу и легким вернуться в свое нормальное положение и работать в оптимальном режиме, а это — главная цель и главный критерий эффективности хирургического вмешательства.

Поддержка пациента

Если подросток имеет воронкообразную деформацию и это мешает его социализации в среде сверстников, ему может понадобиться консультация психотерапевта или участие в группах поддержки людей с подобными проблемами. Спросите своего врача, есть ли такие в вашем городе, если нет, поищите интернет-форумы, посвященные этой проблеме. Общение с людьми, перенесшими операцию или страдающими той же проблемой, может поддержать и успокоить вас и вашего ребенка.

Когда желтый цвет кожи – безопасное явление

Что-то зачастили у меня на приеме дети с синдромом Жильбера, причем с симптомами и жалобами, снижающими качество жизни. Правда, чуть менее чем все эти симптомы/жалобы в основном психосоматика, вызванная тем, что врачи не могут внятно объяснить, что это за синдром, чем он грозит для жизни и здоровья ребенка (спойлер – ничем), как его теперь лечить (спойлер – никак), и ответить на остальные вопросы родителей. Более того, российские врачи склонны госпитализировать такого ребенка один-два раза в год в стационар для торжественного ритуального введения «капельниц, снижающих билирубин», что, во-первых, бессмысленно, а во-вторых, тоже не способствует спокойной обстановке в семье. То есть родители напуганы, часто сдают кровь ребенка на анализы, видят высокий билирубин и волнуются. Ребенок заражается от них тревогой и ипохондрией, у него нарастают бесконечные жалобы. Давайте попробуем разобраться, есть ли основания для этой тревоги.



Что это за болезнь?

Синдром Жильбера (иногда произносят как Жильберта, Гильбера и даже Гильберта), также известный как конституциональная печеночная дисфункция или семейная негемолитическая желтуха, является наследственным доброкачественным заболеванием печени и проявляется хроническим увеличением содержания в крови неконъюгированного (непрямого) билирубина.

У части людей с синдромом Жильбера наблюдается периодическое или постоянное пожелтение кожи и склер, но у большинства больных нет никаких симптомов, и синдром Жильбера является случайной находкой при сдаче биохимического анализа крови по другому поводу. Он не опасен для жизни и здоровья и не вызывает длительных

проблем, поэтому его не стоит лечить. Собственно, верифицировать этот диагноз нужно только для того, чтобы не пропустить за повышенными цифрами билирубина более серьезные болезни: гепатиты, гемолиз, механическую желтуху, синдром Криглера – Найяра, синдром Дабина – Джонсона, синдром Ротора и т. д.

Что такое билирубин?

Билирубин – это вещество, которое в норме присутствует в крови в небольших количествах. Это продукт частичного распада гемоглобина после гибели старых эритроцитов; печень преобразует билирубин из непрямого в прямой для дальнейшей переработки или выведения из организма. При нарушениях этого процесса (слишком много эритроцитов разрушается – слишком много билирубина поступает в кровь, или нарушен переход непрямого билирубина в прямой, или нарушено выведение желчи – прямого билирубина из печени и т. д.) уровень билирубина (общего, или только непрямого, или только прямого) в крови поднимается выше нормальных значений, что является сигналом для врача к поиску причин.

Увеличение билирубина в 3–4 раза выше нормы приводит к окрашиванию кожи в желтый цвет (желтухе), поскольку его излишки начинают откладываться в подкожную клетчатку.

Почему возникает синдром Жильбера?

Это *генетическое заболевание*, то есть причина болезни – в поломке определенного гена. Соответственно, синдром Жильбера часто передается по наследству. Если поломанный ген получен только от одного родителя, уровни увеличения билирубина невелики; если же и в материнской, и в отцовской хромосоме присутствовал дефектный ген, уровни подъема билирубина у такого пациента довольно значительны.

Как проявляется синдром Жильбера?

Большинство людей с синдромом Жильбера испытывают эпизодические и кратковременные эпизоды желтухи (пожелтения кожи и склер глаз) из-за накопления избытков билирубина в крови.

Примерно каждый третий человек с синдромом Жильбера никогда не испытывает никаких симптомов. Таким образом, вы можете не догадываться об этом заболевании до тех пор, пока по какой-то причине не сдадите анализ крови на общий и прямой билирубин.

Поскольку синдром Жильбера обычно приводит лишь к незначительному увеличению уровня билирубина (в 4–5 раз выше его верхней границы), желтуха бывает едва заметной. Чаще всего она видна на склерах глаз.

Некоторые люди также сообщают о других симптомах во время эпизодов желтухи, в частности:

- ✗ боли в животе;
- ✗ чувстве усталости;
- ✗ потере аппетита;
- ✗ недомогании, разбитости;
- ✗ головокружении;
- ✗ обострении синдрома раздраженного кишечника (спазмы кишечника, вздутие живота, диареи с неудержимыми позывами на дефекацию или запор);
- ✗ проблемах с концентрацией внимания (затуманенное сознание);
- ✗ значительном ухудшении самочувствия.

Однако эти проблемы не обязательно непосредственно связаны с увеличением уровня билирубина и могут указывать на сопутствующие болезни или иметь психосоматическую природу.

Когда нужно обратиться к врачу?

Обратитесь к своему врачу, если вы впервые заметили у ребенка желтуху.

Она при синдроме Жильбера обычно легкая, но ***даже небольшая желтуха может указывать на серьезные заболевания, такие как цирроз печени или гепатитС.***

Если же ребенку уже поставили диагноз синдрома Жильбера, вам обычно не нужно обращаться за медицинской помощью во время каждого эпизода желтухи, а только если вы заметили дополнительные или необычные симптомы или «красные флаги», которым вас обучил врач.

Неужели синдром Жильбера совсем ничем не опасен даже при многолетнем повышении билирубина? Мне трудно в это поверить

Помимо риска передать дефектный ген своим детям, современной медицине неизвестны какие-либо риски для здоровья, связанные с синдромом Жильбера.

Он не связан с серьезными заболеваниями печени, не увеличивает риск печеночной недостаточности или риск преждевременной смерти. Поэтому его смело можно считать доброкачественным заболеванием.

Вы сказали, что синдром Жильбера может течь волнообразно. Что провоцирует ухудшение?

Да, пациенты отмечают, что есть некоторые триггеры, способные вызвать эпизод желтухи.

Вот некоторые из них:

- ✗ обезвоживание (например, из-за гастроэнтерита);
- ✗ голодание;
- ✗ инфекционные заболевания;
- ✗ стресс;
- ✗ физическая нагрузка;
- ✗ недостаточный сон;
- ✗ хирургические вмешательства;
- ✗ определенная фаза менструального цикла у женщин.

По возможности избегая известных вам триггеров, вы можете уменьшить вероятность возникновения эпизодов желтухи.

Это редкая болезнь?

Нет, довольно частая. Считается, что около 5 % людей имеют этот дефектный ген. Однако далеко не у всех носителей развиваются очевидные симптомы или выявляются отклонения в анализах, поэтому

точную частоту заболевания трудно подсчитать.

Проявления синдрома Жильбера чаще встречаются у мужчин, чем у женщин.

Обычно синдром диагностируется во время позднего подросткового возраста или около двадцати лет, но может выявляться почти в любом возрасте.

Как подтвердить диагноз синдрома Жильбера?

Косвенно его можно заподозрить по стойкому умеренному повышению билирубина в крови, преимущественно за счет непрямой фракции; при этом другие печеночные показатели будут в норме (см. алгоритм в картинках к посту). В типичных случаях врачу будет достаточно только этих данных, чтобы верифицировать синдром.

В сомнительных случаях для подтверждения диагноза «синдром Жильбера» может потребоваться генетический анализ.

Синдром Жильбера может пройти с возрастом?

Нет, это пожизненное расстройство. Однако оно не требует лечения, потому что не представляет угрозы здоровью и не вызывает осложнений или повышенного риска других заболеваний печени.

При синдроме Жильбера эпизоды желтухи и любые связанные с ними симптомы обычно краткосрочны, они быстро и самопроизвольно проходят.

Если у вашего ребенка выявлен синдром Жильбера, это не требует изменений диеты, количества физических упражнений и других перемен в образе жизни.

Список нежелательных препаратов при синдроме Жильбера включает в себя, например, некоторые виды лекарств от ВИЧ, некоторые виды лекарств для снижения уровня холестерина и

некоторые препараты для химиотерапии. Это не означает, что они абсолютно противопоказаны, но это говорит о том, что врач будет тщательнее взвешивать соотношение польза/риск и тщательнее следить за побочными эффектами у вашего ребенка по сравнению с другими пациентами, у которых нет синдрома Жильбера.

Тем не менее будет неплохо, если он сможет воздержаться от триггеров, запускающих приступ желтухи, таких как обезвоживание и стресс.

Кроме того, ряд лекарственных средств может провоцировать приступ желтухи или даже чаще демонстрировать свои побочные эффекты, если их принимает человек с синдромом Жильбера, поэтому вам следует напоминать о наличии его у ребенка любому врачу, к которому вы обращаетесь за помощью.

Почему «красные глаза» на фото – это хорошо!

Симптомы лейкокории

В российских рекомендациях нигде не встречал указаний для педиатров проверять красный зрачковый рефлекс при рутинном осмотре ребенка, этому не учат в медицинских институтах на занятиях по пропедевтике, разве что на курсе глазных болезней упоминают. Соответственно, мало кто из наших педиатров это делает.



В то же время, например, американские детские врачи считают эту процедуру рутинной и выполняют всем детям, на это есть прямые рекомендации Американской академии педиатрии. При чтении

англоязычных статей, просмотре видеороликов по технике педиатрического осмотра ребенка почти везде встречается указание о скрининге на лейкокоррию (белое отражение в зрачке вместо красного). Почему это важно? Давайте разберемся.

Красный рефлекс – это отражение яркого пучка света от сосудистой оболочки глаза, которое вызывает тот самый эффект красных глаз на фотографиях со вспышкой.

Красные зрачки (когда объект съемки смотрит в камеру) – это норма, черного цвета зрачки (когда смотрит не в камеру) – тоже норма. А вот один зрачок красный, а второй белый – это не норма, особенно если это не случайность, а четко видно на разных снимках.

Есть ряд заболеваний глаз, которые мешают нормальному прохождению света и дают лейкокоррию (так называемый белый зрачок, хотя пытались получить красный). Некоторые из них относительно безопасны (как катаракта), другие могут угрожать полной слепотой (как глазной токсокароз), а есть и те, которые могут даже угрожать жизни ребенка (как ретинобластома). Эти болезни бывают довольно редко (мне, например, пока ни разу не удалось выявить лейкокоррию при рутинном осмотре без указаний в анамнезе) и все же бывают. Вот почему эта простая манипуляция, которая занимает всего несколько секунд у врача, так важна.

Разумеется, есть ряд оговорок, например при косоглазии (даже легком) зрачки могут быть красными с разных ракурсов (а в одном ракурсе будет ложная лейко-кория в одном из глаз на фото) или наоборот лейкокория может быть на обоих глазах одновременно, поэтому правило «разные зрачки – не норма» не всегда работает. Но уж когда четко один красный, другой белый, следует это заметить и отреагировать сразу.

Вот этот красный рефлекс детский доктор и выявляет при осмотре. Он светит в глаз офтальмоскопом (я чаще отоскопом свечу и в рот, и в

уши, просто он всегда под рукой; но отоскоп дает слабый свет, и если красный зрачок не получается высмотреть, лучше затемнить кабинет и взять в руки офтальмоскоп) и пытается увидеть красный рефлекс; если вдруг не увидит, скорее всего, это потребует направления ребенка к окулисту.

Если вы педиатр, пожалуйста, заведите себе привычку смотреть всем детям красный рефлекс глаз (особенно важно в первые месяцы жизни), делайте это автоматически, как отоскопию или осмотр зева.

Если вы родитель, имейте настороженность на «разноцветные глаза на фотографиях» и, если замечаете такое, сообщите об этом вашему врачу и покажите подозрительные фотографии. Есть даже программы для смартфонов, которые делают это автоматически и напоминают родителям.

Обморозил щечки: когда лечение не требуется

Есть такие болезни, о которых надо знать только одно: их НЕ НАДО лечить, они пройдут сами. И я ни за что не стал бы о них писать (есть более важные и интересные темы), если бы не видел, как часто коллеги не могут поставить верный диагноз и пугают родителей там, где должны успокаивать, и как часто нарушается принцип *«Лечение не должно быть тяжелее болезни»*.



Вот к таким болезням и относится холодовой панникулит. Он обычно возникает у пухлых малышей от одного до четырех лет чаще всего в подкожной жировой клетчатке щек после прогулки на морозе, и в народе называется «обморозил щечки». Но его запросто можно

вызвать и в любом другом месте, где есть скопление подкожного жира, у ребенка любого возраста или у женщин с ожирением (у мужчин бывает редко), например чрезмерно долгим прикладыванием пузыря со льдом.

Суть болезни «холодовой панникулит» – в плотном слабоблезненном инфильтрате в глубине жировой клетчатки, а также в гиперемии (покраснении) и/или синяке (посинении) кожи строго над этим инфильтратом.

В большинстве случаев проходит сам за пару недель, реже – за несколько месяцев. Все это время его можно героически «лечить» чем угодно, и когда он сам пройдет, смело и торжественно приписывать выздоровление применявшемуся лекарству/методу (сарказм).

Вообще, панникулиты – это разнородная группа заболеваний с очень разными причинами, но одинаковыми проявлениями в виде узлов асептического воспаления в подкожной клетчатке. Наиболее известным и распространенным панникулитом является узловатая эритема (см. соответствующую главу в этой книге). Любой панникулит может потребовать дообследования и исключения опасных причин и сочетанных заболеваний; любой, кроме холодового, так как короткий сбор анамнеза позволяет быстро и недвусмысленно определить причину этого панникулита.

...Недавно приходил маленький ребенок, который заболел чуть более недели назад. В глубине «второго подбородка» у него образовалось локальное крупное (более 3–4 см в длину) уплотнение, а над ним – яркая, стойкая, насыщенно-бордового цвета гиперемия. На этом месте кожа не прикрывалась одеждой во время прогулок. Мама связала это с погрешностью в диете малыша и аллергией. Вызванная скорая (!), не собрав толком анамнез, назвала это отеком Квинке и вкатила преднизолон в попу (!!), а наблюдавший ребенка эту неделю (!!!) участковый педиатр подтвердил диагноз (маме такая ошибка

простительна, сотрудникам скорой, в целом, тоже: у них не было возможности оценить динамику, но для педиатра это грубая и глупая ошибка), назначил гипоаллергенную диету, адвантан местно, антигистаминные внутрь и запугал мать последствиями и рецидивами отека Квинке. Уплотнение и гиперемия держались без динамики пять дней, ничем не беспокоили малыша, но сильно пугали маму, а от проводимого лечения не было никакого эффекта. Затем началась медленная положительная динамика, и к моменту моего осмотра (восьмой день болезни) гиперемия прошла, инфильтрат оставался менее 1 см в диаметре.

Теперь не только мама, но и вы знаете, что все проведенное «лечение» было неверным и напрасным, ребенок скоро поправится, и единственный совет, который должна была услышать мама: прикрывать впредь этот участок тела теплой тканью.

Пузырьки на ладонях и ступнях: как лечат дисгидротическую экзему

Я часто ставлю этот диагноз. От одного до пяти таких детей в месяц ко мне приходят. Причем после дерматологов, что самое неприятное; заболевание довольно устойчиво к терапии, в том числе стероидными мазями, и, не получив ни облегчения, ни вразумительных объяснений на вопрос «что это?» от дерматолога, пациенты ищут врача дальше.



Сегодня опять такие приходили, дисгидротическая экзема (ДЭ) + эксфолиативный кератоз (ЭК) (эти две кожные болезни – лучшие

друзья; по моим ощущениям, не менее чем в трети случаев они возникают у пациента одновременно). Полез искать печатные образовательные материалы родителям на руки про ЭК, быстро нашел (распечатал свой старый пост из блога), а вот про ДЭ не нашел на русском ничего, даже в трех моих кожных атласах нет ни слова, пришлось распечатывать англоязычную статью, благо мама знает язык. Короче, необходимость в главе о ДЭ назрела.

Что такое дисгидротическая экзема?

Dyshidrotic eczema, или vesicular hand dermatitis (пузырьковый дерматит рук/ног) – это особый вид дерматита, проявляющийся образованием везикул (мелких пузырьков) или пузырей/булл (крупных пузырьков) под толстым эпидермисом кистей или стоп.

Кто этим болеет?

ДЭ поражает чаще всего молодых взрослых, чаще женщин, чем мужчин. Однако болезнь может проявляться почти в любом возрасте. Многие пациенты сообщают о наличии у себя врожденной особенности: повышенной потливости ладоней и стоп. В половине случаев у заболевших или у их ближайших родственников есть атопический дерматит.

Что вызывает ДЭ

Дисгидротическая экзема имеет множество причин, для ее возникновения необходима их комбинация. Чаще других провоцирующим фактором является повышенное потоотделение, поэтому вспышки часто возникают во время жаркой погоды, при избыточном контакте конечностей с влагой или после эмоционального стресса. К другим триггерам относятся:

- ✗ генетическая предрасположенность;
- ✗ контакт с раздражителями (моющие средства, грязная вода, растворители для красок и т. д.) и трение;
- ✗ контактная аллергия на никель и другие аллергены;
- ✗ кожные грибковые инфекции;

X побочные реакции на лекарственные препараты, чаще всего на терапию иммуноглобулинами.

Каковы симптомы ДЭ?

Дисгидротическая экзема проявляет себя образованием **глубоких пузырьков с плотной крышкой на ладонях и подошвах**. Они вызывают сильный зуд и/или ощущение жжения. Со временем они вскрываются, мокнут, подсыхают с или без образования корочек, а затем на этом месте кожа становится красной, сухой и может покрываться болезненными трещинами.

Каковы осложнения ДЭ?

Основным осложнением ДЭ является вторичная бактериальная инфекция кожи, вызванная золотистым стафилококком и/или пиогенными стрептококками; она проявляется резким усилением боли, отека и образованием гнойничковых элементов на тех местах, где ранее были пузырьки ДЭ. Это выглядит и лечится почти так же, как импетиго.

Если такие поражения возникают на дистальной (самой дальней) фаланге пальца, рядом с ногтем, это может привести к паронихии и его дистрофическим изменениям.

Как ставится диагноз

Чаще всего врачу достаточно осмотра сыпи и сбора анамнеза.

В сомнительных случаях он дополнительно может выполнить:

- X** соскоб на грибковую инфекцию;
- X** посев содержимого пузырьков или отделяемого раны;
- X** биопсию кожи.

Как лечат дисгидротическую экзему?

Прежде всего следует ограничить воздействие триггеров, которые могли вызвать или усугубить течение ДЭ: длительный контакт с водой, моющими средствами, растворителями. Следует избегать их как можно тщательнее и пользоваться защитными перчатками (при

отсутствии аллергии на латекс). Если подозревается аллергия на никель, исключите любое соприкосновение кожи с ним (бижутерия, пряжки, застёжки на джинсах и т. д.).

Дисгидротическая экзема часто бывает чрезвычайно устойчивой к лечению и проходит скорее самопроизвольно, чем под воздействием терапии. Топические (местные) препараты малоэффективны из-за толстого рогового слоя кожи ладоней и подошв.

Общий уход за кожей.

Х На мокнущие элементы сыпи можно накладывать **влажные повязки** со слабым раствором перманганата калия или уксусной кислоты.

Х Прикладывание льда облегчает зуд.

Х Успокаивающее действие могут оказывать **смягчающие лосьоны и кремы** (эмоленты). Однако эмоленты на обострение наносить не следует ни при атопическом дерматите, ни при ДЭ. Эмоленты – средства для профилактики обострения (в том числе начинающегося) и для лечения после пика. Но во время обострения они вызывают жжение, дискомфорт и могут даже несколько ухудшать течение болезни. Во время пике сбиваем симптомы гормонами и др., а уже после того, как началось улучшение, подключаем эмоленты.

Х Мощные **антиперспиранты** могут снизить потоотделение и облегчить симптомы ДЭ; их следует наносить на ладони и подошвы, в том числе на ночное время (осторожно, иногда они сами могут быть причиной ДЭ).

Х При выполнении влажной или грязной работы – надевать **защитные перчатки**.

Х Следует выбирать хорошо **облегающую обувь**, надевать две пары носков для поглощения пота и уменьшения трения.

Лекарственные препараты.

Х Самые мощные **топические кортикостероиды** могут быть назначены врачом во время пика воспаления; для усиления эффекта такие кремы иногда наносят под окклюзионные повязки.

✗ Короткие курсы **системных** (принимаемых через рот или в инъекциях) **кортикостероидов**, обычно преднизолона, могут назначаться для быстрого прерывания обострения.

✗ Для лечения вторичной бактериальной инфекции назначают пероральные **антистафилококковые антибиотики** (местная терапия почти всегда малоэффективна в отличие от классического импетиго).

✗ Местные и пероральные **противогрибковые средства** назначаются при подтвержденной дерматофитной инфекции.

✗ у пациентов с гипергидрозом врач может попробовать **антихолинергические препараты**: Probanthine (не зарегистрирован в РФ) или Oxybutynin («Дриптан» и др.).

✗ В самых тяжелых случаях врач может назначить **иммуноподавляющие препараты**: «Метотрексат», «Микофенолата мофетил», «Азатиоприн» или «Циклоспорин».

Немедикаментозная терапия:

✗ поверхностная лучевая терапия;

✗ инъекции ботулинического токсина (для блокирования потоотделения);

✗ фототерапия и фотохимиотерапия (ПУВА).

Каков прогноз ДЭ?

Почти всегда дисгидротическая экзема постепенно стихает и спонтанно разрешается. Выздоровление обычно занимает от нескольких недель до нескольких месяцев. Заболевание может повторяться в жаркую погоду или в периоды стресса. У некоторых пациентов может протекать круглогодично, непрерывно и крайне трудно поддаваться даже самой агрессивной терапии; к счастью, таких пациентов меньшинство.

Глава о детских запорах

Самые сложные собеседники для педиатра – это не матери в истерике и отрицании и даже не отцы с обвинениями и агрессией, нет. Самые сложные – это бабушки в глухой оппозиции, смотрящие на молодого врача с высокомерной улыбкой, говорящей: «Ну давай, бухти мне тут...» Это настоящие бойцы, их не убедить гайдами или аристотелевской логикой, к ним нужен особый подход.

Ох уж мне эти паралогичные диалоги с некоторыми бабушками!

– Я не согласна с вашим диагнозом.

– Почему?

– Потому что причина не в этом.

– А в чем? Что еще, по-вашему, могло бы объяснить все эти симптомы?

– Не знаю, вы здесь врач!

...Приходит недавно бабушка с трехлетним малышом; жалобы на периодические боли в животе и панический страх горшка, дефекация строго стоя, с ритуалами (спрятавшись за штору, и/или держась за руку взрослого, и т. д.).



Все, дальше можно ничего не спрашивать, диагноз очевиден – это запор. Ребенок периодически испытывает боль при испражнении (от плотного и чрезмерно толстого калового комка), поэтому боится дефекации, а уж горшок и вовсе ассоциируется у него с дыбой. При любой возможности он предпочтет удержать стул в себе, отказаться от туалета. А уж если сдерживаться неумоготу, опорожнит кишечник ровно столько, чтоб сильно хотеться перестало, и снова продолжит сдерживаться.

...Дорогие мои, запор – это не только задержки стула и кал «орехами». Это состояние протекает у всех по-разному. Некоторые дети годами какают «кирпичами» раз в две недели, а кто-то ходит каждый день, но всегда не полностью, не до конца. И то, и другое – запор. И если взрослый человек еще сможет

объяснить врачу, что у него есть чувство неполного опорожнения кишечника, то ребенок ввиду малого словарного запаса и жизненного опыта точно не сумеет, это надо активно выявлять. Поэтому и придуманы всякие там римские критерии для клинического подтверждения диагноза «функциональный запор».

Но даже когда диагноз ясен с порога, положено собрать анамнез до конца у каждого пациента, и осмотр провести целиком. ОК, делаю. Стул вроде даже мягкий иногда, но всегда с «каловой пробкой» (первая порция очень плотная), регулярный вроде, но раз в неделю все же бывают какие-то задержки. При пальпации живота чувствуется, что каловыми массами толстая кишка забита почти до селезеночного угла.

Если ваш ребенок начал какать со сложными ритуалами: только стоя или держа вас за руку, лежа, забившись в самый дальний угол под диван, или сидя в наполненной теплой ванне (у меня десятки таких, а еще больше тех, кто постеснялся мне рассказать), или только во сне (такие дети даже просят уложить их спать в необычное время, если чувствуют позывы к дефекации) – все, дальше ждать некуда, «само как-нибудь» уже не наладится!

Начинаю объяснять, что это запор, что ребенку больно какать, отсюда все эти ритуалы и отказы. Нет, каменная стена несогласия от бабушки. «Причина не в этом.

Если бы было больно какать, он бы мне сказал. Слабительное вызывает привыкание, мы его давать не будем».

Долгий разговор, описание подобных случаев у меня в практике с выздоровлением на Макроголе, активное слушание и проч. Вопрос в конце: «А слабительное-то ваше, оно хоть натуральное?» Вряд ли убедил, но хотя бы задумалась над этим вариантом.

Запоры – очень частая проблема, которая иногда развивается нетипично, исподволь, с эпизодами спонтанных улучшений и внезапных ухудшений.

Это приводит к тому, что диагноз совершенно неочевиден родителям, и я не раз видел семьи, где родители заявляли:

«Доктор, у нашего ребенка есть такая особенность – он какает раз в 10–14 дней, плотно. Ой, не делайте большие глаза, все вот так удивляются, но я вам говорю, это для нее – норма, она так уже десять лет подряд какает, и все было хорошо.»

Но тут, знаете, какая проблема началась, у нее, простите, жидкий кал начал по ногам течь часто, в самых неподходящих местах, и она не может его удержать никак. Как это вылечить?»

Вы поняли, что произошло? Плотный и огромный каловый комок настолько распирает прямую кишку изнутри, что анус уже перестал полностью смыкаться, и свежие порции, обтекая каловый камень, вытекают на трусики с большой перистальтической волной, вызывая каломазание – типичнейший поздний симптом запора.

Не доводите проблему запоров до такой степени, не откладываете визит к педиатру или гастроэнтерологу, не уходите в это опасное отрицание, как в примере с бабушкой выше.

Почти наверняка у подростка, который «всегда ходит раз в 10–14 дней» тоже начиналось все с «безобидной» боязни горшка и ритуалов, ведь если бы «кирпичи» с кровью начались сразу, родители прибежали бы к педиатру немедленно, а исподволь начинающиеся запоры неочевидны, поэтому коварны.

Перечитайте мой старый пост о запорах в блоге (или главу о запорах в первой книге), держите ситуацию под контролем и своевременно обращайтесь за помощью к врачу.

Р. S. Коллеги-педиатры, очень прошу, хватит уже лечить запоры креонами, желчегонными и пробиотиками. Почитайте уже

международные рекомендации по лечению запоров или хотя бы мои скромные посты.

Р. Р. S. Я все чаще слышу от родителей и коллег словосочетание «психологический запор». Этим термином называют те самые детские ритуалы, которые ребенок повторяет, чтобы снизить страх перед дефекацией, а также сам упорный страх дефекации и сопротивление ей. Я считаю, что этот термин вносит путаницу, ничем не помогает родителям и не имеет права на существование. Я слышал также о таком явлении, как «запоровые психологи», то есть те, которые специализируются на лечении детей с запорами. Не могу сказать, что это совершенно нелепый подход, полагаю, иногда психолог может быть полезен. Но вот что я точно знаю, так это то, что он **ВТОРИЧЕН**, сперва нужны педиатр, нормализация рациона и слабительные. Перво-наперво нужно **УБРАТЬ БОЛЬ ПРИ ДЕФЕКАЦИИ** и только потом бороться со страхами с помощью психолога, который не может быть заменой врачу в этой ситуации.

Родовая травма плечевого нервного сплетения у новорожденного

Что это?

Травмы плечевого нервного сплетения (brachial plexus injury, далее ТПНС), также называемые неонатальным параличом плечевого сплетения (neonatal brachial plexus palsy), поражают в среднем одного-двоих из каждой 1000 новорожденных детей и являются одной из самых частых родовых травм.

Плечевое сплетение – это группа нервных стволов, которые проходят от позвоночника – под ключицей – через подмышечную впадину – по внутренней стороне плеча – и дальше в руку.



В чем причина таких травм?

Одной из наиболее распространенных причин развития ТПНС у младенцев является чрезмерное растяжение и/или сдавление плечевого сплетения во время родов. В большинстве случаев речь идет о стрессовых и сложных родах, особенно тех, в которых используется наложение акушерских щипцов или вакуумного инструмента.

То есть виноваты акушеры? Так я и знал(а)! Мы же просили кесарево!

Это очень инфантильная и несправедливая позиция. Акушеры не от хорошей жизни иногда выбирают агрессивные методики экстренного родоразрешения, а по очень серьезным или даже жизненным

показаниям (выбор может стоять между жизнью плода/матери и щипцами); кесарево сечение – это тоже не молнию на сумке расстегнуть, это ответственная операция со своими рисками.

Опасайтесь примитивных суждений и категоричных выводов, они почти всегда несправедливы.

Помимо травматичных методик родоразрешения, факторами риска травм плечевого сплетения являются:

- ✗ роды в ягодичном предлежании;
- ✗ большой вес и длина ребенка (макросомия плода);
- ✗ вклинение и застревание плеч младенца в тазовой области матери более одной минуты (дистоция плечиков);
- ✗ диабет у матери;
- ✗ недоразвитие мышц шеи;
- ✗ ожирение у матери.

В некоторых случаях чрезмерно интенсивные схватки могут стать причиной травм плечевого сплетения. Если роды затягиваются и ребенок застрял в родовом канале, схватки матери могут вызвать чрезмерное давление на его голову и плечи, что также может вести к синякам, разрывам и переломам.

Травма плечевого сплетения может возникнуть, если врач применит чрезмерное давление или вытягивание ребенка во время самопроизвольных родов. Например, когда головка ребенка уже вышла, но плечи вклинились в тазовую область матери. В таком случае возникает угроза асфиксии ребенка или развития другого опасного медицинского осложнения, и врачу приходится выводить плечико, прикладывая чрезмерное усилие. Это может привести к разрыву или растяжению плечевого сплетения, перелому ключицы и другим травмам, однако у врача в такой ситуации нет другого выбора кроме как «из двух зол – меньшее».

Какие виды травм плечевого сплетения бывают?

Есть несколько типов травм плечевого сплетения, одни из них более распространены и менее опасны, другие встречаются реже, но часто оставляют стойкие неврологические дефекты.

¶ Нейрапраксия

Нейрапраксия – наиболее распространенный и наименее тяжелый тип травмы плечевого сплетения, он характеризуется незначительными сдавлениями или разрывами в нервах.

Повреждения при нейрапраксии затрагивают только оболочку нерва, а сами проводящие пути не поражаются. Тем не менее нейрапраксия может причинять боль и дискомфорт, пока не разрешится.

Симптомы нейрапраксии могут включать:

- X** мышечную слабость в зоне поражения;
- X** жжение, покалывание и/или онемение в пораженной области;
- X** повышенную чувствительность (гиперестезию) в пораженной области;
- X** ложные ощущения (парестезии).

Поскольку это самая легкая травма плечевого сплетения, она обычно самопроизвольно разрешается в течение нескольких месяцев.

¶ Паралич Дюшена – Эрба

Паралич Дюшена – Эрба (ПДЭ) является классическим проявлением травмы плечевого сплетения. Он возникает при поражении верхних стволов нервов.

Проявления ПДЭ:

- X** полный или частичный паралич в пораженной руке, возникающий сразу после рождения;

✗ потеря чувствительной и/или двигательной функции в пораженной руке;

✗ пораженная рука младенца приведена к туловищу в полусогнутом положении либо атонично лежит вдоль тела.

Тяжесть и продолжительность клинических проявлений зависят от глубины травмы. Часто ПДЭ проходит сам в течение одного-трех месяцев, но восстановление иногда бывает неполным или вовсе не наступает. Хорошим прогностическим признаком является положительная динамика в первые две недели жизни.

¶ Паралич Клумпке

Паралич Клумпке возникает при травме нижних стволов плечевого сплетения и проявляется примерно теми же симптомами, что и паралич Дюшена-Эрба, но поражает другие группы мышц и имеет свои клинические особенности.

Паралич Клумпке встречается на два-три порядка реже, чем паралич Дюшена-Эрба, и почти обязательным условием его возникновения являются роды в ягодичном предлежании.

Обычно паралич Клумпке проходит сам в течение одного-трех месяцев, но восстановление иногда бывает неполным или вовсе не наступает. Хорошим прогностическим признаком является положительная динамика в первые две недели жизни.

Если для паралича Дюшена – Эрба характерно положение руки как у «официанта, просящего чаевые», то при параличе Клумпке кисть сведена в форме «когтистой лапки». Оба признака являются частыми, но не обязательными.

¶ Неврома

Неврома возникает, когда после травмы плечевого сплетения в окружающих его тканях развивается рубцовая ткань, вызывая чрезмерное давление на поврежденный нерв. Это затрудняет

прохождение нервных импульсов к мышцам и обратно.

Неврома может пройти бесследно сама по себе, если рубцовая ткань скудная и негрубая. Однако если рубец крупный, может потребоваться операция для удаления рубцовой ткани и освобождения нервных стволов.

Как врач определяет диагноз ТПНС?

Помимо обычного наблюдения за лежащим младенцем, при котором видно отсутствие спонтанных движений в пораженной руке и/или спастическое вынужденное положение кисти, врач проверит **рефлекс Моро**:

Если младенца напугать (хлопком в ладоши или ударом по пеленальному столику), он обычно симметрично раскидывает руки в стороны, а затем обнимает сам себя.

При ТПНС он будет это делать только здоровой рукой, вторая не среагирует или будет грубая асимметрия и скудность движений в больной руке по сравнению со здоровой.

У врача есть целый набор подобных клинических приемов, чтобы определить степень подвижности пораженной руки. Кроме того, педиатр проведет физикальный осмотр, может назначить дополнительные тесты, например рентгенографическое исследование, исключающее перелом ключицы. Сравнит размеры рук, чтобы убедиться, что травма произошла именно в родах, а не во время беременности (во втором случае пораженная рука отстает в размерах от здоровой). Все это влияет на выбор терапии и прогноз.

Раз ТПНС обычно связаны с тяжелыми родами, вероятно, паралич руки часто сочетается с другими травмами?

Да, именно так. Как опытный грибник, найдя один гриб, не сразу уходит с этого места, а сперва проверяет ближайшие окрестности, так опытный неонатолог или педиатр, найдя паралич руки, прицельно проверяет симптомы самых частых **сочетанных травм**:

- ✗ перелома ключицы и плеча;
- ✗ кривошеи;
- ✗ кефалогематомы;
- ✗ паралича лицевого нерва;
- ✗ паралича диафрагмы.

Как это лечится?

Как сказано выше, вид и объем терапии будет зависеть от типа и тяжести травмы.

Большинство детей излечиваются и полностью восстанавливают подвижность руки без всякого лечения или с помощью физических упражнений.

В некоторых случаях требуется хирургическое вмешательство для освобождения нервов из невromы. Иногда при полном разрушении нерва и строго в раннем возрасте может быть полезной микрохирургическая операция по трансплантации нерва: когда нерв от здоровой и менее значимой мышцы выделяют и пересаживают на место разрушенного нерва в плечевом сплетении. Этот метод терапии не способен сделать руку здоровой, однако во многих случаях такое хирургическое вмешательство позволяет увеличить объем движений и хотя бы частично использовать руку в дальнейшей жизни.

Операция обычно откладывается до трех месяцев жизни, так как высока вероятность того, что паралич пройдет сам, хотя бы частично.

Большинство младенцев, перенесших травмы плечевого сплетения, восстанавливаются в течение первых трех месяцев. Во многих случаях врач может порекомендовать терапию физическими упражнениями и ежедневный массаж поврежденной области.

Как проводится физическая терапия?

Цель **физиотерапии** – помочь младенцам развить мышцы и нервы в пораженной области и в конечном итоге максимально восстановить функциональность поврежденной руки. Массаж, сгибание/разгибание до предела диапазона движений суставов, растяжка и силовые упражнения – все это типичные физиотерапевтические действия. Особенно они важны и эффективны после проведенной хирургической операции.

Физиотерапию целесообразно начинать после второй-третьей недели жизни, чтобы дать возможность зажить первичным травмам в плече; в первые недели плечо болит, и упражнения могут доставлять слишком много страданий младенцу.

Медикаментозная терапия назначается редко и имеет целью лишь облегчить боль и помочь ослабить мышцы, которые давят на нервы.

Каковы прогнозы?

Большинство младенцев полностью излечиваются от травм плечевого сплетения, восстанавливают движения в руке в полном объеме.

Если функция руки не восстановилась в течение 3–6 месяцев, прогнозы менее оптимистичны: у таких детей парезы или параличи могут оставаться пожизненно.

Чем тяжелее травма, тем меньше шансов на полное выздоровление. По данным исследований, шансы на абсолютное восстановление функций руки после тяжелых поражений составляют не более 50 %. Для более легких травм плечевого сплетения, которые, однако, требуют хирургического вмешательства, успешные исходы составляют до 90 %.

Важно отметить, что каждая ситуация уникальна. Врачи объяснят родителям прогнозы и объем лечения в зависимости от конкретных травм и особенностей у данного ребенка.

Как живут дети, у которых паралич не прошел, несмотря на лечение?

У некоторых детей пораженная рука имеет заметно меньшие размеры, чем здоровая. Это происходит потому, что ***нервы – это не только «электропровода», они еще и влияют на рост тканей.*** Хотя пораженная конечность будет продолжать расти по мере взросления ребенка, темпы ее развития будут ниже, чем у здоровой, и разница в размерах станет более заметной со временем.

Дети очень легко адаптируются. Поддерживайте и ободряйте их, сфокусируйте их на тех занятиях, которые у них получаются лучше. Это поможет вашему ребенку развить здоровое чувство собственного достоинства и компенсировать любые ограничения в предстоящей жизни.

Глава об узловатой эритеме

Что это?

Узловатая эритема (самая частая разновидность панникулита) – это заболевание, при котором под кожей образуются красные, округлые, слегка болезненные узлы; чаще всего они локализованы на голенях.

У большинства людей нет никакой конкретной причины или триггера для старта узловатой эритемы, но у некоторых заболевших он может быть выявлен (обычно это стрептококковая инфекция или саркоидоз). Почти всегда узлы бесследно проходят самостоятельно в течение 6–8 недель без всякого лечения. Тем не менее важно попробовать найти возможный триггер, поскольку первопричина может потребовать терапии.



Что вызывает узловатую эритему (УЭ)?

Более чем у половины людей, у которых развивается узловатая эритема, не удастся выявить какую-либо причину воспаления. Врачи называют такую форму УЭ идиопатической (то есть беспричинной, с неизвестной причиной). Однако у некоторых заболевших доктору удастся выявить, почему возникла УЭ. В таких случаях считается, что узловатая эритема вызвана чрезмерной реакцией иммунной системы (гиперчувствительностью) на этот триггер. Обычно им являются различные инфекции и другие состояния. Таким образом, иногда узловатая эритема может быть первым признаком серьезного основного заболевания, которое необходимо идентифицировать и лечить.

Некоторые из наиболее распространенных триггеров для **узловой эритемы**:

Х Стрептококковая инфекция (БГСА). Вызывает ангину, скарлатину, рожистое воспаление и др. Это самый распространенный триггер для узловой эритемы у детей.

Х Саркоидоз. Это состояние, при котором воспаление приводит к образованию крошечных шишечек в различных органах вашего тела, чаще всего в лимфатических узлах и легких. Они называются гранулемами.

Саркоидоз – еще один распространенный триггер для узловой эритемы у взрослых.

Х Туберкулез. Это бактериальная инфекция, которая обычно поражает легкие.

Х Другие инфекции. Такие инфекции, как хламидиоз, микоплазмоз, иерсиниоз, сальмонеллез, кампилобактериоз и др., также способны провоцировать УЭ.

Х Некоторые лекарственные препараты, чаще всего **антибиотики и оральные контрацептивы**.

Х Воспалительные заболевания кишечника.

Х Беременность.

Х Некоторые виды рака, включая лимфому и лейкоз, также могут быть триггерами УЭ.

Насколько это распространенная болезнь?

Узловая эритема встречается редко. Она поражает в год не более двух-трех человек из 10 000. Чаще всего от нее страдают женщины от 20 до 30 лет, но она может проявиться в любом возрасте. Мальчики и девочки поражаются УЭ одинаково часто.

Каковы симптомы узловой эритемы?

§§ Гриппоподобные симптомы

Перед тем как появятся округлые подкожные узлы, человек может чувствовать себя нездоровым в течение нескольких недель. Могут беспокоить высокая температура, кашель, потеря веса, боль в суставах и т. д. Суставы могут распухнуть, чаще всего это касается лодыжек, коленного сустава и запястья, но может страдать любой сустав. Боли в ногах и суставах могут длиться несколько недель или даже месяцев после появления узелков.

§§ Болезненные узелки

Узелки при УЭ имеют размер до 1 см, эритема вокруг них обычно 2–6 см в поперечнике. Контуры (края) узелков и эритемы не очень четко определяются. Чаще всего они возникают на голених, реже – на руках, бедрах и туловище, но могут появляться совершенно в любом месте тела. Каждый узел держится около двух недель, но в течение шести недель могут появляться все новые и новые случаи.

Когда узелок появляется, он обычно красный, горячий и твердый на ощупь. Затем он становится мягким, податливым. Когда он начинает исчезать, напоминает синяк: сперва становится синим, затем желтоватым и проходит бесследно.

Количество узелков редко превышает 50 штук.

Как диагностируется узловатая эритема?

Обычно врачу достаточно увидеть узелки, пощупать их и собрать анамнез. Однако в некоторых случаях может потребоваться биопсия.

Каково лечение узловатой эритемы?

Чаще всего лечение заключается в обезболивании и выжидательной тактике. Иногда врач может порекомендовать эластичные бинты на ноги и/или специальные чулки, изредка бывают полезны таблетки с кортикостероидами. Если триггер известен – его исключение или лечения также необходимо.

Каков прогноз узловой эритемы?

Большинство пациентов с УЭ выздоравливают в течение шести недель, все элементы разрешаются, не оставляя после себя рубцов или других следов. Однако у некоторых людей с идиопатической узловой эритемой узелки могут держаться до шести месяцев и более. Как правило, прогноз УЭ хороший, но в редких случаях может возникать постоянная (хроническая) или повторяющаяся (рецидивирующая) узловатая эритема.

Узелковая эритема может быть первым признаком основного заболевания, такого как воспалительное заболевание кишечника или саркоидоз: эти болезни сами по себе нуждаются в лечении и имеют разные прогнозы, которые невозможно охватить этой статьей.

Важно не пропустить: ранние признаки сахарного диабета I типа



Многие из вас слышали про сахарный диабет первого типа (СД I) – заболевание, при котором происходит «поломка» поджелудочной железы, перестает вырабатываться собственный инсулин, поэтому всю жизнь нужно считать хлебные единицы и колоть себе подкожно искусственный инсулин. Слышали многие, но не все знают, как он начинается.

Сахарный диабет первого типа может возникать внезапно, на фоне полного здоровья!

А происходит это очень коварно и подло в любом возрасте на фоне полного здоровья, внезапно. Вдруг поджелудочная железа перестает вырабатывать инсулин, и в крови начинают копиться избытки глюкозы (сахара) и кетоновых тел (ацетона).

От момента отказа поджелудочной железы до развития опасного для жизни кетоацидоза у родителей есть всего лишь 2–4 недели, в этот срок нужно спохватиться, заподозрить неладное и бегом бежать к врачу.

Не успеете – попадете в тот немаленький процент семей, в которых детям диагноз сахарного диабета ставят, только когда развилась кетоацидотическая кома, и это очень плохо. Плохо потому, что *если вовремя не начать введение инсулина, то существует серьезный риск осложнений и даже смерти ребенка.*

Поскольку кетоацидоз сопровождается рвотой и болью в животе, его очень легко спутать с вирусным гастроэнтеритом («отравлением», кишечной инфекцией и т. д.) или с острым животом (аппендицитом, инвагинацией кишечника и т. д.), особенно, если ни скорая помощь, ни приемное отделение не догадаются взять кровь на сахар. То есть мало того, что сахарный диабет сложно заподозрить до начала кетоацидоза, так даже в кетоацидозе он очень умело маскируется под другие болезни!

Проблема позднего выявления кетоацидоза и развития осложнений или даже смертей детей от СД I остро стоит во всех странах. С ней пытаются бороться просвещением населения (да и врачей, чего уж греха таить), одни методики признаются более эффективными, другие – менее.

В Италии, в городе Парма, врачи провели интересный эксперимент: они распространяли памятки среди родителей и врачей, в которых делали акцент на один ключевой симптом: внезапно вернувшийся ночной энурез (недержание мочи). Тест памяток был примерно таким: «Ваш ребенок пьет и мочится больше обычного? У него снова мокрая постель? Он похудел? Стал менее активным? Убедитесь, что уровень сахара в норме! Обратитесь к врачу сегодня! У детей тоже может быть диабет!» Эти простые инструкции и меры привели к колоссальному успеху – почти полному устранению случаев несвоевременного выявления инсулинзависимого сахарного диабета (подробнее см. ссылки к этому посту в моем блоге).

Например, в Великобритании просветительские кампании призывают людей быть в курсе четырех «красных флагов» – крайне подозрительных на дебют диабета симптомов, каждый из которых начинается с буквы T.

X *Toilet (туалет)*: частое мочеиспускание, резкое увеличение частоты и объема мочи в подгузниках у младенцев; недержание мочи у ребенка, который уже давно научился не мочить кровать по ночам.

X *Thirsty (жажда)*: неудержимое желание пить гораздо больше жидкости, чем обычно; и даже такие объемы не утоляют эту жажду полностью.

X *Tired (усталость)*: постоянное ощущение усталости, разбитости, слабости, которое нельзя объяснить объективными причинами.

X *Thinner (потеря веса)*: заметная потеря веса без диеты и других объективных причин.

Итак, дорогие родители и коллеги. Я не хочу сегодня утомлять вас подробным описанием причин, патогенеза и терапии сахарного диабета первого типа, эту информацию при желании вы можете найти сами. Самое важное и сложное – не пропустить старт болезни, тот срок, когда своевременная медицинская помощь может предотвратить кетоацидоз.

Еще раз – четыре симптома: частые мочеиспускания, сильная жажда, выраженная слабость и необъяснимая потеря веса – это повод

срочно обратиться к педиатру. Если запомнить их трудно, сохраните в памяти хотя бы один: **ВНЕЗАПНО ВЕРНУВШЕЕСЯ НОЧНОЕ НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ**. Заметили это – проверьте сахар крови натошак, «лучше перебдеть, чем недобдеть». Будьте здоровы!

Почему шелушатся подушечки пальцев

Частая и обычно неопасная кожная болезнь, которая может пугать родителей, быть косметическим дефектом и доставлять дискомфорт ребенку, а в тяжелых случаях даже приводить к болезненным трещинам и их нагноению.



Что это?

Эксфолиативный кератолиз – это часто встречающееся, нередко хроническое, но доброкачественное заболевание кожи, проявляющееся в локальном слущивании эпителия кистей

(выступающих участков ладони и подушечек пальцев) и, реже, стоп.

Его также называют «фокальная ладонная десквамация». Выглядит это в легкой форме как беспричинное облезание кожи с подушечек пальцев ног и рук, в тяжелой – к облезанию присоединяются болезненные трещины, иногда с небольшими кровотечениями и нагноением.

Как проявляется?

Эксфолиативный кератолит чаще встречается в летние месяцы и поражает молодых людей.

Первым симптомом является образование одного или нескольких поверхностных пузырей, заполненных воздухом, на коже ладоней или пальцев. Пузыри вскрываются, оставляя широкие сетчатые, круглые или овальные, очаги чистой кожи, напоминающие рисунок географической карты (см. фото в соответствующей главе в блоге). Эти участки слущенного эпителия не выполняют должным образом барьерной функции, становятся красными, сухими и покрываются трещинками. Как правило, они не зудят.

Симптомы болезни провоцируются или усиливаются под воздействием контактных раздражителей: воды, мыла, моющих средств и растворителей, а также при контакте с резиной (дети часто надевают летом резиновые сапоги на босую ногу).

Иногда на кончиках пальцев образуются весьма глубокие болезненные кожные трещины, в этом случае кожа становится жесткой, немеет, и требуется большее количество времени для ее полного заживления.

Эксфолиативному кератолizu может предшествовать дисгидротическая экзема (см. соответствующую главу в этой книге), при которой на коже образуются мелкие, заполненные прозрачной жидкостью пузырьки с плотной крышкой.

Я смогу поставить диагноз сам(а)?

Эксфолиативный кератоллиз имеет очень типичные проявления и анамнез, но его все же можно спутать с ладонно-подошвенным псориазом (для которого характерны шелушащиеся папулы), с микозом кожи (соскобы на грибы в этом случае будут положительными), с красным волосяным лишаем (но при нем будут поражения и на других участках кожи) и еще с некоторыми кожными болезнями. Если не все симптомы укладываются в ЭК, лучше посоветоваться с врачом.

Это какого-то витамина не хватает?

Заболевание никогда не связано с дисбактериозом, недостатком витаминов, глистами, вакцинами и т. д.

Как это лечится?

При эксфолиативном кератоллизе неэффективным является лечение топическими стероидами в отличие от многих других видов дерматита.

Полезным является следующее лечение:

- ✗ избегание контакта с **раздражающими веществами** (средствами для мытья посуды, грязной водой в лужах, лекарствами и т. д.);

- ✗ избегание контакта с **резиной**;

- ✗ нанесение **увлажняющих кремов** для рук; особенно полезны те, которые содержат мочевины, молочную кислоту или силикон;

- ✗ в тяжелых случаях может быть показана **фотохимиотерапия** (по назначению дерматолога).

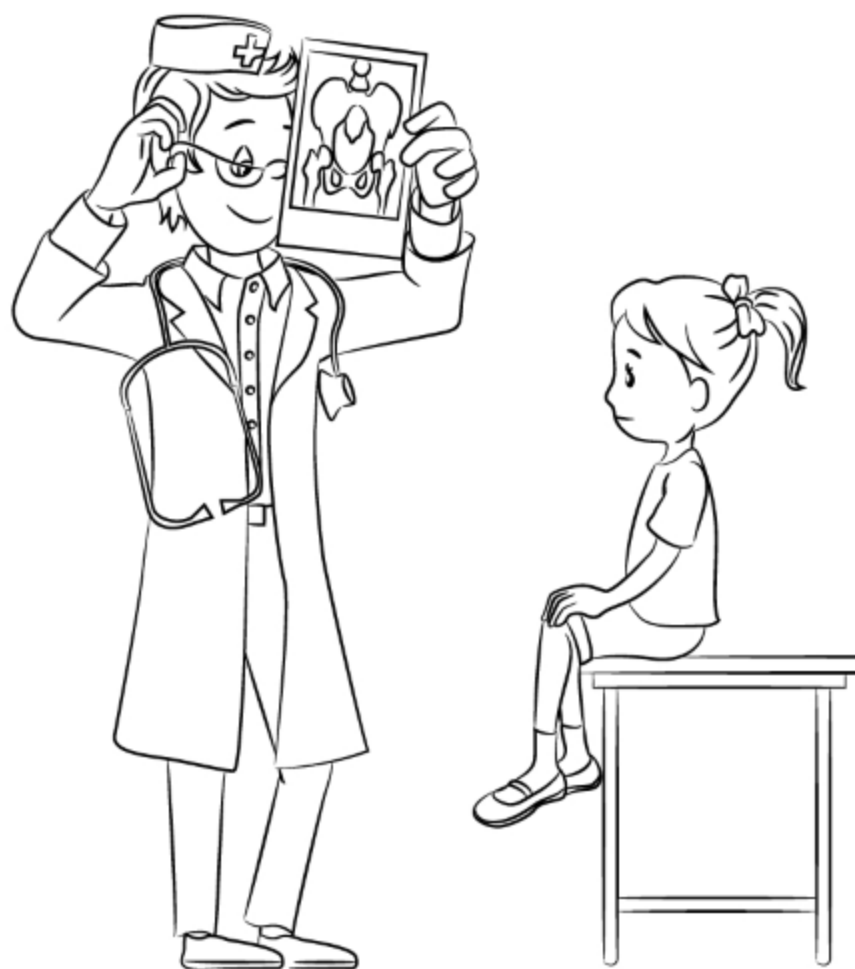
Это пройдет?

Обычно спустя несколько недель или месяцев симптомы уходят (самостоятельно или благодаря прекращению контакта с триггером) и формируется здоровый кожный покров. Однако **рецидив**

эксфолиативного кератолиза может наступить уже через несколько недель. Изредка заболевание приобретает хронический и упорный характер и длится много лет подряд. Радикального метода лечения нет, только поддерживающая и симптоматическая терапия.

Малыш хромает – что такое болезнь Пертеса

Столкнулся недавно у мальчика лет пяти, не распознал, принял за транзиторный синовит тазобедренного сустава, успокоил, сказал не лечить. Но родители решили получить мнение еще и ортопеда, и не зря: коллега исправил мою ошибку. Сейчас ребенок готовится к МРТ тазобедренных суставов, будут определяться с тактикой. В качестве епитимьи написал эту главу.



Болезнь Легга – Кальке – Пертеса – это состояние, при котором в верхней части бедренной кости в тазобедренном суставе (эта часть называется головкой бедра) нарушается кровоснабжение, что приводит к постепенному повреждению головки. Затем, даже

без всякого лечения, кость выздоравливает, и симптомы проходят, но болезнь Пертеса может стать причиной хронических проблем с тазобедренным суставом в более старшем возрасте.

Кто и как часто страдает от болезни Пертеса?

Это состояние поражает в основном детей в возрасте от четырех до двенадцати лет. Ежегодно примерно у одного из 10 000 детей в возрасте до пятнадцати лет диагностируют болезнь Пертеса. Это заболевание в четыре раза чаще встречается у мальчиков, чем у девочек.

Болезнь Пертеса обычно поражает только одно бедро, но примерно у одного из семи заболевших поражаются сразу обе бедренные кости.

Какова причина болезни Пертеса?

Болезнь Пертеса поражает головку бедренной кости. Это округлая верхняя часть бедренной кости, которая расположена внутри тазобедренного сустава (в вертлужной впадине). По какой-то причине маленькие кровеносные сосуды, которые снабжают головку бедренной кости кровью, перестают хорошо работать, и часть головки теряет кровоснабжение. Это приводит к гибели костных клеток в пораженной области, размягчению кости, мелким переломам и/или деформациям головки бедра. Тяжесть повреждений кости может варьировать от легкой до весьма тяжелой.

Точная причина проблем в кровеносных сосудах, из-за которых стартует болезнь Пертеса, неизвестна.

Через несколько месяцев кровеносные сосуды восстанавливаются, и кровоснабжение возвращается в костную ткань, после чего начинается восстановление утраченных тканей. Новая костная ткань старается

«залатать» полученные за острую фазу болезни изменения. Это происходит так же, как заживает любая трещина или перелом кости, но при болезни Пертеса этот процесс занимает значительно больше времени – от двух до трех лет.

Основной задачей при регенерации тканей головки бедренной кости является возвращение ей прежней округлой (сферической) формы. Это необходимо для идеального соответствия поверхности вертлужной впадины. Если головка бедренной кости не вернет себе идеальную окружность, то даже после восстановления кровоснабжения и всех тканей тазобедренный сустав будет неполноценным, движения в нем будут совершаться не в полном объеме, и кости, из которых состоит сустав, будут быстрее изнашиваться.

Каковы симптомы болезни Пертеса?

Симптомы у заболевшего ребенка обычно развиваются постепенно. Первый признак того, что у ребенка может быть болезнь Пертеса, – это хромота. Пораженное бедро часто, но не всегда, болезненно при ходьбе.

1) Боль.

Пораженный тазобедренный сустав может болеть, иногда боль отдает в пах. Неприятные ощущения также могут ощущаться в бедре и колене. Это происходит не потому, что колено поражено, а потому, что организм неверно определяет источник боли. И называется «отраженная боль».

2) Укорочение конечности.

Пораженная нога может стать несколько короче по сравнению со здоровой стороной.

3) Хромота.

У детей с болезнью Пертеса часто развивается хромота, которая постепенно усиливается в течение нескольких недель.

4) Тугоподвижность и снижение объема движений в тазобедренном суставе.

По мере нарастания повреждений в тазобедренном суставе снижается объем движений, а выполняемые движения даются с сопротивлением.

5) Уменьшение объема мышц.

Поскольку пораженная нога не может быть использована в полной мере, мышцы на ней становятся слабее. Это приводит к тому, что пораженное бедро выглядит тоньше по сравнению со здоровым. При двусторонней болезни Пертеса этот признак отсутствует.

Эти симптомы потом пройдут?

Во многих случаях головка бедренной кости восстанавливается полностью или почти полностью. Тазобедренный сустав возобновляет свои функции в полном объеме. Однако этот процесс может занять более двух лет от первых симптомов болезни. Даже после окончания этого срока может сохраняться некоторая тугоподвижность в суставе, а увеличенный риск артрита в нем остается на всю жизнь.

Есть какие-нибудь анализы или обследования на болезнь Пертеса?

Обычно для постановки диагноза доктору достаточно сбора анамнеза, проведения физикального осмотра и назначения рентгенограммы тазобедренного сустава. Но иногда могут потребоваться другие тесты, если диагноз неясен или нужна более детальная картина тазобедренного сустава. Возможные тесты могут включать:

- ✗ магнитно-резонансную томографию (МРТ);
- ✗ изотопное сканирование костей;
- ✗ рентгеновские снимки, проведенные с предварительным окрашиванием сосудов, питающих тазобедренный сустав (ангиография);
- ✗ некоторые анализы крови, а также взятие и исследование образца синовиальной жидкости («смазки» сустава) могут быть необходимы для исключения других диагнозов, таких как инфекционное поражение сустава.

Как лечат болезнь Пертеса?

Целью лечения является:

- ✗ облегчение естественных процессов заживления;
- ✗ обеспечение правильной позиции головки бедренной кости в вертлужной впадине во время заживления и восстановления.

Какое именно лечение будет выбрано, зависит от возраста вашего ребенка и глубины поражений кости. Терапия может включать наблюдение, постельный режим и/или использование костылей, гипсовой повязки или специальной скобы для ног; в редких случаях требуется хирургическое вмешательство. Ваш доктор постарается подобрать наименее агрессивный и при этом максимально эффективный способ лечения для вашего ребенка.

1) Наблюдение и физическая терапия.

У детей младшего возраста (менее шести лет) и малышей с легкой формой заболевания болезнь Пертеса обычно самопроизвольно разрешается без какого-либо специального лечения. Им требуются только наблюдение и простые домашние упражнения, помогающие сохранять мобильность тазобедренного сустава и хорошее взаимодействие суставных поверхностей. Ваш врач также может посоветовать поощрять ребенка заниматься плаванием, так как это дает оптимальную нагрузку на тазобедренный сустав и сохраняет его движения в полном объеме. Однако некоторые другие виды физической активности врач может запретить, например прыжки на батуте, потому что нагрузка на тазобедренный сустав при них нерациональная.

Вашему ребенку также понадобится регулярное наблюдение у ортопеда, чтобы контролировать процесс заживления головки бедренной кости. Обычно рекомендуются регулярные рентгеновские снимки сустава.

2) Лекарства.

Из лекарственных препаратов обычно требуются только обезболивающие, такие как парацетамол или ибупрофен.

3) Постельный режим и/или костыли.

Это может быть необходимо некоторым детям на короткое время, если их симптомы тяжелы.

4) Потребуется ли операция?

В некоторых случаях хирургическая операция может быть показана, особенно у детей старшего возраста или детей с особо тяжелым

течением болезни. Операция может помочь сохранить головку бедренной кости в правильном положении, пока идет ее заживление. Хирургическое вмешательство также может быть использовано для улучшения формы и функции головки бедренной кости при неоптимальном самопроизвольном заживлении.

Каковы прогнозы?

Основная опасность заключается в том, что головка бедра может не сформироваться должным образом. Это может привести к необратимым повреждениям тазобедренного сустава, что будет проявляться пожизненной скованностью тазобедренного сустава. Также есть риск хронического артрита тазобедренного сустава в довольно молодом возрасте – около 40 лет.

Чем меньше возраст, при котором стартовала болезнь Пертеса, тем выше вероятность хорошего исхода.

Дети, у которых эта болезнь развивается после 8–9 лет, имеют самый высокий риск хронических проблем с тазобедренным суставом, таких как скованность и артрит. Плохим прогностическим признаком является также тяжелое течение острой фазы болезни.

Раздел второй

Инфекционные заболевания у детей



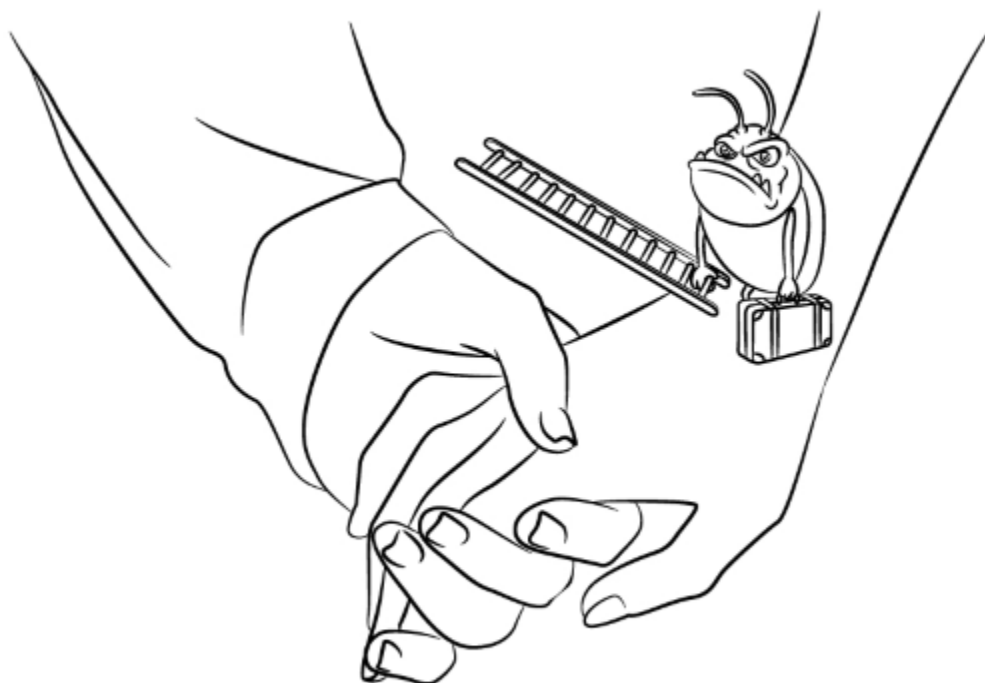
Как не заразиться чесоткой

Что это?

Чесотка является очень заразным заболеванием, проявляющимся сыпью с крайне выраженным зудом. Оно вызывается специфическим паразитом кожи – чесоточным клещом, который живет на коже человека или внутри нее.

Чесотка передается человеку от других людей путем контакта кожа к коже.

В настоящее время она легко поддается лечению специальными противочесоточными средствами. Обычно достаточно двух применений с интервалом в одну неделю для полного выздоровления.



Большинство симптомов чесотки обусловлены ответом иммунной системы на самих клещей, их слюну, яйца или фекалии. Среднее количество половозрелых особей клещей у зараженного человека составляет двенадцать штук. У детей из неблагополучных районов с запущенной чесоткой иногда насчитывается более ста штук.

Чесоточные клещи очень маленького размера. Под микроскопом легко можно рассмотреть этих паразитов: у них тельце кремового цвета, щетинки и шипы на спине, четыре пары ног. Самка клеща более крупная (примерно $0,4 \times 0,3$ мм) по сравнению с самцом ($0,2 \times 0,15$ мм). Самки бурят в коже человека «туннели» в 1–3 см длиной, в которых откладывают яйца. За жизнь самка откладывает около 40–50 яиц. Из них через 3–4 дня вылупляются личинки, которые становятся

взрослыми в течение 10–15 дней. Они часто гибнут, из каждых десяти половозрелого состояния достигает одна личинка.

Как часто встречается чесотка?

Чесотка является распространенным заболеванием, которым, например, в Великобритании заражается ежемесячно примерно один человек на каждую тысячу.

Общемировая нагрузка чесотки достигает 300 миллионов больных в год.

Она более распространена в городских районах среди женщин и детей (вероятно, вследствие более тесного контакта), в зимнее время (по той же причине – люди больше времени проводят в близком контакте).

Как можно заразиться чесоткой?

Чтобы заразиться, здоровому человеку обычно необходимо иметь тесный контакт кожа к коже с больным чесоткой – клещ не умеет ни летать, ни прыгать.

В большинстве случаев болезнь передается после длительных прикосновений руками к коже инфицированного человека. Именно поэтому первые симптомы чаще всего возникают на руках.

Тесный контакт кожа к коже во время секса – второй по распространенности способ заражения. Соприкосновение должно быть не мимолетным, а продолжительным.

Клещи живут в коже и способны выживать без человека не более 24–36 часов. Поэтому заражение через общее постельное белье станет невозможным, если оно просто лежало три дня без обработки. Однако в связи с потенциальным риском рекомендуется обработка всех тканевых поверхностей, прикасавшихся к больному, методом горячей стирки. Иногда вспышки чесотки происходят в местах скученного нахождения людей, таких как детские сады или казармы, где люди находятся в регулярном тесном контакте.

Вы вряд ли заразитесь чесоткой от инфицированного человека при случайном коротком касании, например при рукопожатии или приветственном объятии.

Каковы симптомы и признаки чесотки?

Х Клещевые ходы («туннели»).

Они могут представлять собой мелкие, темные или серебристые линии длиной от двух до десяти миллиметров (с точкой входа и выхода). Чтобы лучше их рассмотреть, врач может покрасить подозрительный участок чернилами: чесоточные ходы

впитывают краску лучше здоровой кожи и становятся заметными. Наиболее часто «туннели» встречаются между пальцами рук, на внутренней поверхности запястья. Тем не менее они могут возникнуть на любом участке кожи. Вы можете не заметить их, пока не начнет сыпь или не появится выраженный зуд.

Х Зуд. Это наиболее тяжелый симптом, начинающийся обычно с какой-то одной области (руки), но быстро распространяющийся на другие места. Он, как правило, усиливается в ночные часы и после горячей ванны. Вы можете иметь сильный зуд по всему телу, даже если заражены всего несколькими клещами.

Х Сыпь. Сыпь обычно появляется вскоре после начала зуда. Как правило, это пятнисто-папулезная красная сыпь, которая может появиться на любом участке тела. Она наиболее заметна на внутренней поверхности бедер, на животе и ягодицах, в подмышечной области и вокруг сосков у женщин. Сыпь обычно весьма характерная, и врач легко поставит по ней диагноз. Тем не менее у некоторых людей она бывает совершенно нетипичной, похожей на другие заболевания кожи, отсюда иногда случаются ошибки в диагностике и терапии.

Х Расчесы. Расчесы связаны с интенсивным зудом и представляют собой поверхностные повреждения кожи ногтями самого пациента. В некоторых случаях эти повреждения инфицируются болезнетворными бактериями, и возникает вторичная бактериальная инфекция кожи.

Примечание: зуд и сыпь при чесотке обусловлены аллергической реакцией на чесоточных клещей (или их слюну, фекалии или яйца). Первые симптомы чесотки обычно возникают

через 2–6 недель после заражения. Зуд и сыпь могут развиваться на любом участке кожи, а не только в тех местах, где непосредственно повреждает кожу чесоточный зудень. Помните, что вы могли быть заразны до появления симптомов и задолго до того, как вы узнали, что больны чесоткой.

Такие участки становятся гиперемизированными, воспаленными, горячими и болезненными.

Х Обострение ранее существовавших заболеваний кожи.

Чесотка может ухудшить симптомы других заболеваний кожи, особенно болезней, изначально сопровождавшихся зудом, например атопическая экзема, псориаз и т. д. Диагностика чесотки в таких случаях нередко бывает чрезвычайно трудной, поэтому не удивляйтесь, если врач при упорном и затяжном зудящем дерматозе назначит обработку кожи препаратом против чесотки: иногда исключить этот вариант можно только пробным лечением.

Симптомы при рецидивирующей чесотке

От заражения до появления первых симптомов чесотки обычно проходит 2–6 недель. Однако если вы уже болели чесоткой ранее, успешно излечились, но заразились вновь, симптомы могут немного отличаться. В таких случаях сыпь и зуд развиваются гораздо быстрее – в течение одного-двух дней. Это происходит, потому что организм уже sensibilized к аллергенам, выделяемым чесоточным зуднем, и очень бурно на них реагирует.

Как устанавливается диагноз чесотки?

Чесотка является обычно клиническим диагнозом, то есть **для ее подтверждения достаточно осмотра врача без всяких дополнительных тестов и анализов.** Врач видит типичную для чесотки сыпь, сразу ставит диагноз и назначает лечение. Но в некоторых сомнительных случаях врач может покрасить подозрительный участок кожи и/или назначить соскоб с кожи, чтобы найти чесоточного зудня под микроскопом для подтверждения диагноза.

А в случаях, когда зуд и типичная сыпь одновременно развиваются у нескольких людей, проживающих в одном доме, диагноз становится очевидным по осмотру одного из них.

Как это лечится?

Чесотка будет продолжаться бесконечно, если ее не лечить.

Примечание: все контактные лица должны быть обработаны противочесоточным лосьоном или спреем в тот же день, что и заболевший для исключения повторного заражения друг от друга.

Лечение необходимо для:

- ✗ любого человека, заболевшего чесоткой;
- ✗ всех членов его семьи;
- ✗ всех людей, с которыми он вступал в телесный контакт (массажист, сиделка...);
- ✗ всех сексуальных партнеров.

Лечение проводится всем этим людям, даже если у них нет ни малейших симптомов, так как они могут быть уже заражены и даже заражать других, не имея еще никаких клинических проявлений болезни.

Какие препараты применяют для лечения?

Чесотка обычно легко излечима современными препаратами. Стандартная терапия чесотки – это кожные препараты, содержащие 5 % перметрина («Медифокс», «Ниттифор» и др.). Перметрин – это инсектицид, который убивает чесоточных клещей. Если перметрин не может быть использован (например, из-за аллергии на него), то применяется 0,5 % водный раствор малатиона («Пара плюс»). Высокоактивным также является сочетание препаратов esdepallethrine + piperonyl butoxide (Спрегаль). Все они просты в применении и обладают высокой эффективностью.

Препарат против чесотки наносят на кожу дважды: в первый день терапии и на седьмой день после первого нанесения.

Такая схема гарантированно убивает всех чесоточных клещей на коже человека и внутри нее.

Обратите внимание, что ежедневные горячие ванны с мылом или гелем для душа НЕ способны вылечить вас от чесотки. Использование вышеуказанных инсектицидов обязательно.

Правила использования препаратов против чесотки

Прочтите инструкцию к выбранному препарату, уточните, для каких участков кожи он разрешен. Некоторые лекарства можно наносить на все тело, включая голову и лицо, в то время как другие должны быть применены только для кожи ниже шеи.

Не забудьте обработать труднодоступные места, такие как перианальная область, спина, подошвы ступней, межпальцевые промежутки рук и ног, подногтевые ложа и гениталии.

Обратите особое внимание на те области, где чаще всего бывают клещевые «туннели»: запястья и локти, кожа в складке под женской грудью, подмышечные впадины, а также область вокруг сосков у женщин.

Взрослому человеку необходимо не менее 30 г крема или 100 мл лосьона для достаточного намазывания на все участки тела. То есть для двукратной обработки одного взрослого человека необходимо приобретать не менее 60 г крема или 200 мл лосьона.

Одежда, полотенца и постельное белье, которые соприкасались с заболевшим, должны быть постираны при температуре не ниже 50 °C сразу после первого курса лечения. Такая температура убивает чесоточных клещей. Если какую-то вещь нельзя постирать в горячей воде, заверните ее в полиэтиленовые мешки и оставьте без использования не менее 72 часов – клещи погибнут от голода. Допустимо также с целью дезинфекции (дезинсекции) проглаживать ткани горячим утюгом или помещать в горячую сушилку на 10–30 минут. Однако помните, что обработка высокой температурой предметов мебели, жилых помещений или домашних животных нецелесообразна и опасна пожаром.

Нанесите крем или лосьон на сухую нераспаренную кожу (не после горячей ванны) и оставьте столько времени, сколько рекомендовано инструкцией. Например, средства на основе перметрина не следует смывать 8-12 часов. Препараты с малатионом держите на себе 24 часа.

Дети не должны посещать школу или детский сад, пока не пройдут первый день лечения. Если во время проведения терапии вы моете руки или любую другую часть тела, после мытья необходимо повторно нанести крем или лосьон на вымытые участки кожи.

Матери, кормящие грудью, должны смывать лосьон или крем с сосков перед каждым кормлением младенца, а после кормления повторно наносить его.

При лечении ребенка раннего возраста следует надевать ему варежки на ручки, чтобы предотвратить слизывание лекарства.

Некоторым пациентам, имеющим симптомы вторичной бактериальной инфекции кожи, могут также понадобиться антибиотики.

Когда лечение неэффективно

Обратитесь к врачу повторно, если зуд сохраняется дольше 2–3 недель после лечения. Иногда первая обработка не дает результата, и ее приходится повторять. Наиболее распространенные причины неэффективности лечения против чесотки:

- ✗ крем или лосьон применялся неправильно с нарушением инструкций препарата;

- ✗ имеется тесный контакт с больным человеком (повторное инфицирование).

Примечание. Помните, что зуд может сохраняться некоторое время после правильного и эффективного лечения, это нормально и связано с медленным угасанием аллергической реакции на клещей. Желание чесаться может не покидать вас 2–3 недели, а иногда даже до полутора месяцев, это не является надежным признаком отсутствия эффективности терапии.

Более того, даже после успешного лечения иногда остаются единичные элементы красно-коричневой узелковой сыпи до 2 см в

диаметре. Располагаются остаточные явления чаще всего на половых органах и в подмышечных впадинах. Такая сыпь не говорит о том, что клещи не убиты или что пациент еще заразен. Это кожная аллергическая реакция на клеща, и она может сохраняться весьма длительное время: от трех месяцев до одного года.

Лечение зуда

Зуд может доставлять значительные неудобства. Он может быть ослаблен местно или с помощью таблеток. Временное облегчение могут дать болтушки с ментолом. Следует избегать применения стероидных кремов, особенно если диагноз чесотки не является несомненным. Антигистаминные препараты первого поколения также способны ослаблять зуд и увеличивать сонливость – эти эффекты могут улучшить ваш сон.

Норвежская чесотка

Этот тип чесотки является довольно редким и необычным.

Это наиболее тяжелая форма чесотки, возникающая из-за гиперзаражения чесоточными клещами. При такой форме на человеке обитает несколько тысяч или даже миллионов клещей, что вызывает чрезмерное шелушение кожи. Усиленная десквамация в сочетании огромным количеством клещей приводит к чрезвычайной заразности такого больного. Обильная сыпь, корки, тяжелые вторичные бактериальные инфекции кожи делают эту форму болезни очень тяжелой для пациента.

Норвежская чесотка обычно встречается у лиц с резко ослабленным иммунитетом: у пациентов с ВИЧ/СПИДом; лиц, получающих химиотерапию; у истощенных людей пожилого возраста и т. д.

Норвежская чесотка чаще, чем обычная, передается через контакт с полотенцами, постельными принадлежностями и тканью, покрывающей мягкую мебель. Клещи, распространяющиеся от больного такой формой чесотки, способны выживать вне кожи человека до недели. Даже люди, имеющие минимальный контакт с больным, такие как работники химчисток, способны заразиться и потому должны получать лечение при устранении вспышки. Присутствие норвежской чесотки в здании, в котором в тесном контакте находится много человек с ослабленным иммунитетом,

например в доме престарелых, является чрезвычайно сложной проблемой. В таких ситуациях абсолютно каждый человек, посещавший здание, – пациент, персонал или родственники пациентов – нуждается в активном лечении.

При контакте с больным норвежской чесоткой у здорового человека с неповрежденной иммунной системой развивается обычная чесотка. Чесотку у лиц с ВИЧ-инфекцией бывает очень сложно искоренить, нередко рецидивы даже после нескольких, самых тщательных, курсов лечения.

Глава о ботулизме, или Не давайте младенцам мед

Удивительная болезнь ботулизм – это профессиональный убийца, незаметный, тихий и беспощадный. Будь ботулизм человеком, про него снимали бы фильмы, а Тед Банди показался бы вам милашкой.



Вот лишь несколько интересных фактов о ботулизме.

Х В США ежегодно регистрируется около 110 случаев детского ботулизма (это самый распространенный тип), и в 85 % случаев выяснить источник не удастся, а в 15 % причиной является мед.

Х Младенческий ботулизм уникален. У детей старше года споры не могут прорасти в кишечнике, и поэтому пищевая форма заболевания всегда является результатом употребления в пищу предварительно сформированного токсина. А вот у детей до года споры ботулизма могут прорасти непосредственно в кишечнике из-за относительного дефицита у них желудочной кислоты, пониженного уровня нормальной микрофлоры и незрелой иммунной системы (в частности, недостаточного уровня иммуноглобулина А). Эта среда способствует производству токсинов, и поэтому ботулизм у младенцев может возникнуть в результате употребления спор, присутствующих в неприготовленных продуктах, таких как мед.

Х Сила ботулотоксина невероятна, она в **15 000–100 000** раз выше, чем у боевого отравляющего газа зарин, поэтому всегда сохраняется угроза биотерроризма.

Х В начале XX века смертность от ботулизма превышала 70 %, сейчас в развитых странах при своевременной и адекватной медицинской помощи она составляет около 15 %.

Х Наиболее частыми симптомами пищевого и раневого ботулизма являются:

- ◆ дисфагия (нарушение глотания, в том числе слюны) – 96 %;
- ◆ сухость во рту – 93 %;
- ◆ диплопия (двоение в глазах) – 91 %;
- ◆ дизартрия (нарушение речи) – 84 %;
- ◆ плохое владение конечностями – 73 %;
- ◆ острый запор – 73 %;
- ◆ помутнение зрения – 65 %;
- ◆ тошнота – 64 %;
- ◆ одышка – 60 %;
- ◆ рвота – 59 %;
- ◆ спазмы в животе – 42 %;
- ◆ диарея – 19 %.

Х Совершенно очевидно, что часть этих симптомов невозможно проверить у младенцев. Поэтому для них **перечень симптомов немного другой:**

- ◆ внезапно возникшее неэффективное сосание – 96 %;
- ◆ плохое удержание головы и движения головой – 96 %;
- ◆ гипотония скелетных мышц – 93 %;

- ◆ слабый плач – 84 %;
- ◆ острый запор – 83 %;
- ◆ летаргия – 71 %;
- ◆ слабость лицевых мышц – 69 %;
- ◆ раздражительность – 61 %;
- ◆ гипорефлексия – 52 %;
- ◆ утрата двигательных навыков – 50 %;
- ◆ затруднение дыхания – 43 %.

✕ В целом для постановки диагноза необходимо наличие бульбарного синдрома + типичные сведения в анамнезе.

✕ Главное, с чем следует дифференцировать ботулизм, это:

- ◆ синдром Гийена – Барре (особенно вариант Миллера – Фишера);
- ◆ инсульт;
- ◆ отравление аминогликозидами;
- ◆ отравление атропином;
- ◆ отравление угарным газом;
- ◆ менингит/энцефалит.

✕ Лечение заключается только во введении ботулинического анатоксина и замещении временно утраченных функций (ИВЛ – искусственной вентиляции легких).

✕ При младенческой форме желательно применение противоботулинического иммуноглобулина. Не знаю, есть ли он в России, в справочнике ГРЛС не нашел.

✕ Если не иметь прицельную настороженность на эту редкую, но смертельную болезнь, поставить диагноз до развития критических и необратимых нарушений почти невозможно.

Самое важное о ложном крупе

Ложный круп (то же самое, что острый ларингит) – это разновидность ОРВИ (острой респираторной вирусной инфекции), а значит, к нему применима обычная стратегия при ОРВИ (см. соответствующую главу в первой книге или посты в блоге), но добавляются некоторые типичные только для ларингита симптомы (осиплость, странный грубый характер кашля, затяжной вдох, ночные приступы одышки) и специфические советы, характерные для такой ФОРМЫ ТЕЧЕНИЯ ОРВИ, как ларингит.



Ложный круп выглядит страшно, особенно когда вы сталкиваетесь с ним впервые, но очень и очень редко по-настоящему опасен (ребенок

не задохнется, только напугается), а в большинстве случаев приступ и вовсе проходит сам, даже без лечения (этим объясняется «эффект» от бесконечных народных методов: горчица в носки, растирания барсучьим/ медвежьим жиром, горячие ингаляции над картошкой и т. д.).

Круп – это не аллергия (не надо путать с отеком Квинке), круп возникает не оттого, что «конфет и мандаринов переел» (хотя переедать действительно не стоит), не оттого, что ноги промочил или снег жевал (нет, дети не простужаются – они заражаются), всему виной просто вирус, тот же самый, который у брата/сестры вызвал просто кашель, а у папы с мамой – просто боль в горле и насморк. И, конечно же, как любая ОРВИ, ложный круп НЕ ЛЕЧИТСЯ АНТИБИОТИКАМИ! (за редким исключением, когда вместе с крупом у ребенка, например, средний отит). И уколы антигистаминных (супрастин, тавегил и прочее) и спазмолитиков (но-шпа, дротаверин и т. д.) не помогают при крупе!

Я своих пациентов обучаю простому **трехшаговому алгоритму лечения ночного приступа крупа**: если ночью ребенок проснулся, разбудил вас, мечется по кровати, кашляет словно собачьим лаем и вдыхает с трудом и громким звуком,

1) **успокойте его, не паникуйте сами** (паника только усилит одышку), включите мультфильм (отвлеките чем-то приятным), откройте форточки (дайте доступ кислорода и прохлады), как вариант – закройте в ванной, пустите горячую воду через душ, чтобы зеркала запотели, и подышите густым теплым паром. Если одышка начинает отпускать, ребенок успокаивается, и его снова клонит в сон, укладывайте спать и сами ложитесь тоже, приступ миновал. Если нет, то:

2) **выполните ингаляцию с «Пульмикортом»** (не с «Беродуалом»! Он не лечит круп; не с адреналином! Он помогает, но его можно применять только врачу, побочные эффекты могут быть очень серьезными); ингалировать «Пульмикорт» безопасно и эффективно, даже если вы немного напутаете с дозами и разведением.

Возьмите 4 мл «Пульмикорта», то есть два «шестигранника» (не очень важно, который по 0,25 мг / 1 мл или по 0,5 мг / 1 мл) и подождите 10–15 минут, пока подействует (во время ожидания действуйте, как в п. 1). Если не отпускает или даже нарастает, то:

3) **дайте ребенку одну ампулу «Дексаметазона» в рот** (набрать шприц иглой, впрыснуть без иглы) или лучше внутримышечно (заранее обсудите со своим педиатром правила внутримышечных введений) в наружную поверхность бедра. Если паника не совсем отключила ваш мозг и вы еще способны к вычислениям, ребенку нужно 0,6 мг/кг «Дексаметазона» (или 2 мг/кг преднизолона) однократно, проглотить или уколоть в мышцу. Это очень действенное средство, через 20–40 минут круп должен пройти полностью или заметно ослабнуть. Если этого не произошло, сдавайтесь в стационар: это или тяжелый круп, или эпиглоттит. В любом случае дома вы уже не справитесь.

Летние болячки: поговорим об энтеровирусных экзантемах

Эта глава была и в первой книге, здесь я ее обновил и дополнил.



Что это?

Это распространенные у детей инфекционные заболевания, они регистрируются круглогодично, но с середины июля до первых заморозков особенно часто. Причем если в наших широтах это просто частая болезнь, то в южных широтах – чрезвычайно частая, ее

(после вирусного гастроэнтерита) можно считать бичом курортных отелей; из отпуска с такой сыпью прилетают целые семьи. Вызывают ее энтеровирусы, которые делятся на Коксаки, ЕСНО и некоторые другие.

Каковы симптомы болезни?

Энтеровирусные экзантемы (сыпи на коже) и энантемы (сыпи на слизистых) протекают обычно по двум классическим вариантам:

✗ либо болезнь «рука – нога – рот» (от английского hand, foot and mouth disease, HFMD, она же энтеровирусная пузырчатка, она же турецкая ветрянка),

✗ либо герпангина (herpangina; правильнее называть Коксаки-фарингит, поскольку к вирусу герпеса это заболевание отношения не имеет, но исторически прилипло это название).

При герпангине типичная афтозная сыпь развивается только на небных дужках, реже – в ротовой полости. При болезни «рука – нога – рот» сыпь возникает как на небных дужках, так и на языке, внутренней поверхности щек, вокруг рта, на ладонях и подошвах. Сыпь на коже может напоминать ветрянку (красные пятна/папулы, переходящие в водянистые пузырьки). Сыпь во рту может напоминать герпесный стоматит (важно их различать, потому что герпесный стоматит лечится «Ацикловиром», а энтеровирусный нет).

Заболевшего ребенка беспокоят острая боль в горле, недомогание и жар. Лихорадка до 39 °С держится в первые 1–4 дня, затем сама нормализуется. Боль при глотании сохраняется от одного до шести дней, иногда настолько сильная, что ребенок не глотает даже слюну, она течет по подбородку или сплевывается. Кожные элементы сыпи легко нагнаиваются (особенно те, что около рта) и переходят в классическое импетиго.

Иногда встречаются генерализованные (то есть по всей коже, а не только на руках, ногах и во рту) формы сыпи (их особенно легко спутать с ветряной оспой), атипичные локализованные формы (например, бостонская экзантема); кроме того, встречаются и серозные менингиты, вызванные энтеровирусами, с сыпью или без нее.

Как это лечится?

Специфического лечения нет.

Это самопроходящая болезнь, поэтому, что ни назначай, она пройдет в обычные для нее сроки: за 3–7 (реже выздоровление затягивается до 14) дней.

Иногда педиатры по незнанию или ради перестраховки назначают антибиотики, противовирусные, сорбенты, антигистаминные и т. д., но все это не имеет никакого эффекта, кроме побочного, и не рекомендуется современными клиническими руководствами.

Но как же помочь ребенку?

Только: 1) облегчать самочувствие, снимать боль, 2) следить за обезвоживанием, предотвращать его, 3) следить за осложнениями, вовремя обращаться с ними к врачу.

По пунктам:

1) **Обезболить.** Нурофен (ибупрофен) или эффералган (парацетамол) в первые дни болезни лучше давать курсом, каждые 6 часов, вне зависимости от температуры. Это снимет недомогание и притупит боль при глотании. И в целом облегчит ребенку самочувствие.

2) **Поить, поить и еще раз поить.** Обезвоживание при этих болезнях развивается из-за того, что: а) ребенок сильно потеет при лихорадке, б) ребенок мало пьет, боится глотать из-за боли в горле. Поэтому ребенка так важно обезболивать (см п. 1) и следить, чтобы в сутки он выпивал около 1,5 литра жидкости.

Нужно отдельно отметить, что дети с энтеровирусными энантемами гораздо легче переносят **ХОЛОДНЫЕ НАПИТКИ**. То есть компот из холодильника, молочный коктейль из холодильника и подтаявшее **МОРОЖЕНОЕ**.

Еще раз, рискуя навлечь на себя тысячи бабушкиных проклятий, повторюсь: **НАДО ДАВАТЬ БОЛЬНОМУ РЕБЕНКУ МОРОЖЕНОЕ** при герпангине и болезни «рука – нога – рот». Во-первых, потому, что это сладко, вкусно и редкий ребенок откажется от такого лечения (то есть получит хоть какие-то калории, он ведь несколько дней совсем не ест); а во-вторых, потому что от холода немеют рот и горло и притупляется боль. Холодные жидкости и пища никоим образом не ухудшат течение болезни.

Во всех клинических руководствах красной строкой идет рекомендация Drink cold beverages (пейте охлажденные напитки).

3) **Следить за осложнениями.** Самыми частыми осложнениями этих заболеваний являются обезвоживание и вторичная бактериальная инфекция:

а) **обезвоживание** (плач без слез, чрезвычайно редкие и скудные мочеиспускания, чрезмерная сонливость и др.) лечится отпаиванием как при гастроэнтерите, а в крайних случаях – постановкой капельницы для внутривенного вливания растворов. В поликлинике вряд ли этим будут заниматься: для капельницы вам либо придется госпитализироваться в инфекционный стационар, либо обратиться в частный медицинский центр;

б) **вторичная бактериальная инфекция** (на месте пузырьков появляются гной, мокнутие, покраснение, отек, боль при касании, желтые корочки и т. д.) лечится антибактериальными мазями («Бактробан», «Бондерм», «Супироцин», «Левомеколь» и т. д.) и/или антибиотиками внутрь;

в) довольно редким осложнением, а правильнее сказать – вариантом течения, энтеровирусной инфекции (я еще не сталкивался ни разу), но все же регулярно упоминаемым в литературе, является **серозный менингит**. Проявляется невыносимыми головными болями, вялостью, свето- и звукобоязнью, усилением головной боли при попытке наклонить голову вперед и др. При подозрении на менингит необходима **НЕМЕДЛЕННАЯ** госпитализация в инфекционное отделение.

Чего делать не нужно?

Не нужно орошать рот антисептиками, мазать холисалом-метилурацилом-солкосерилом, полоскать/спринцевать с деринатом-марганцовкой-ромашкой-перекисью и т. д. Не лезьте ребенку в рот совсем! Если от этих препаратов и есть какая-то минимальная польза, то она полностью обесценивается той болью и стрессом, которые вы причиняете ребенку, когда связываете его и лезете ему пальцем/турундой/спринцовкой в болезненный рот. Не стоит также чистить зубы щеткой во время болезни.

Если мы не можем помочь ребенку, давайте хотя бы не будем добавлять ему страданий.

С чем можно спутать эти болезни?

Главное – не спутать их с герпесной инфекцией. Простой герпес первого и второго типа тоже может давать пузырьковую сыпь на коже и афты на слизистых, поэтому эти две болезни очень похожи в первые дни. При сборе анамнеза врач обязательно должен спросить вас, не было ли недавно у кого-то в семье или близком окружении ребенка обострения герпесной инфекции. Наличие прямого контакта с больным губным герпесом (но источником может быть и больной с генитальным герпесом), – это прямое показание к противовирусной терапии; начинать ее следует как можно раньше (не позднее 3–5 дней с начала болезни): «Ацикловиром» до или «Валтрексом», начиная с двенадцати лет.

Какова профилактика?

Если в семье заболел один ребенок, то все другие члены семьи под угрозой, особенно дети до десяти лет (взрослые обычно болеют реже и легче, даже если грубо грешат с гигиеной).

Вирус передается в основном контактным путем. Поэтому заболевший ребенок должен иметь свои ложки-игрушки (мамы, не доедайте за больным ребенком творожок и другую еду, особенно его ложкой!), и всем членам семьи рекомендуется почаще обрабатывать руки спиртовыми антисептиками («Стерилиум», «Деттол» и т. д.).

Если вы приехали в отель и заметили, что вокруг много нездоровых детей с сыпью на руках и вокруг рта (это довольно очевидные симптомы):

Х избегайте детских бассейнов, купайтесь с ребенком в море, через большую воду заразиться сложнее; часто обрабатывайте руки ребенка антисептиками после контакта с дверными ручками, после прогулки на детской площадке, если ваш ребенок обменивался игрушками с другими детьми. Без паранойи, пожалуйста;

Х обрабатывайте руки пару раз в час и следите, чтобы ребенок не брал необработанные руки в рот. И этого вполне достаточно! (В помощь родителям – многие антисептики, например гель «Деттол» специально делают горьким: если ребенок забудется и облизнет обработанные ручки, ему это не понравится.)

А если все же заболит?

Тогда смотрите пункты 1, 2, 3.

В целом, энтеровирусы – это неприятно, но почти всегда не опасно.

Не паникуйте, обезболивайте, поите прохладными жидкостями, вовремя обращайтесь к врачу при возникновении осложнений, и все будет хорошо.

Как долго ребенок заразен после болезни?

В последнем, двадцатом, издании учебника Nelson Textbook of Pediatrics написано: *«Зараженные дети, как имеющие, так и не имеющие симптомы болезни, часто выделяют энтеровирусы из дыхательных путей в течение 1–3 недель, а также с калом в течение 7-11 недель»*. При таких сроках вирусывыделения эффективность карантинных мероприятий стремится к нулю.

Видимо, поэтому британские рекомендации позволяют вернуть ребенка в детский коллектив, как только ему самому станет легче (не дожидаясь даже исчезновения сыпи). Но лично мне больше нравятся американские рекомендации: *«Дождитесь, пока ребенок поправится и сойдет вся сыпь, и тогда возвращайте»*, потому что выделение вируса во время сыпи максимально интенсивное.

Этим хотя бы болеют один раз в жизни?

Нет, к сожалению, заболевание формирует нестойкий иммунитет и только к тому виду вируса, который перенес ребенок. Поскольку Коксаки и ЕСНО вирусов насчитывается несколько сотен, болеть можно неоднократно, даже в течение одного сезона.

Что еще надо знать про энтеровирусную инфекцию?

Некоторые ее формы, особенно «рука – нога – рот», часто оставляют после себя **онихомадезис**, то есть временную дистрофию ногтя. Спустя пару недель после болезни ногти начинают расслаиваться, деформироваться, отслоившийся верхний слой крошится и неприятно цепляется за одежду.

Это не опасно и бесследно пройдет само за несколько месяцев, но выглядит неэстетично и пугающе, особенно если врач об этом заранее не предупредит.

Глава об остром гастроэнтерите, или «У моего ребенка рвота и понос. Что делать?»

Эта глава тоже была в первой книге, она тоже обновлена и дополнена.

Кажется, первое, о чем я написал у себя в блоге (тогда еще блогом и не пахло, был одинокий пост на стене в ВК), – это о гастроэнтерите. Я стал давать ссылку на него родителям пациентов, потому что вопросы об этой болезни в моих мессенджерах не прекращались ни на неделю. В первую мою книгу пост тоже вошел. Прошло почти три года, а я до сих пор даю ссылку на него, хотя пост мне давно уже не нравится. Эта глава – переписанный вариант о гастроэнтерите.



Инфекционный гастроэнтерит (ИГ), он же пищевое отравление, он же кишечная инфекция неясной этиологии (КИНЭ), – это заболевание, которое характеризуется внезапным возникновением диареи и/или рвоты. Большинство случаев ИГ связано с вирусной инфекцией, но некоторые из них вызваны бактериальными или протозойными инфекциями. Обычно болезнь разрешается без лечения в течение нескольких дней, но в тяжелых случаях диарея может быстро вызывать обезвоживание, что способно резко ухудшить состояние ребенка и даже угрожать его жизни.

Это частая болезнь?

Да, очень частая. Многие дети болеют ею чаще одного раза в год. Некоторые случаи не доходят до врача, поскольку протекают легко, и родители справляются с ними сами в домашних условиях.

Откуда это берется?

Гастроэнтерит вызывают болезнетворные вирусы, бактерии и некоторые простейшие.

По данным английского исследования, за 2009 год у детей с гастроэнтеритом, обратившихся за медицинской помощью, чаще всего обнаруживался ротавирус (56 %), реже – кампилобактеры (28 %), сальмонеллы (11 %), норовирусы (3 %), шигеллы (1 %) и патогенная кишечная палочка *Escherichia coli* O157 (1 %).

Каковы факторы риска?

1) Главный фактор риска: **плохие навыки гигиены** и низкие социально-санитарные условия, например плохая вода в развивающихся странах.

2) **Подавленная иммунная система** (ВИЧ-инфекция, химиотерапия, прием системных стероидов и т. д.).

3) **Инфекция** может содержаться **в плохо приготовленной** (недостаточно обработанной высокой температурой) **и в долго**

хранившейся при комнатной температуре пище (нередко даже в еде, стоявшей в холодильнике продолжительное время), а также на сырых продуктах.

Недостаточный повторный нагрев продуктов питания не только не убивает бактерии, но может ускорить размножение микробов и увеличить бактериальную нагрузку.

Даже если разогрев убивает бактерии, некоторые энтеротоксины, такие как стафилококковый экзотоксин, не разрушаются.

Каковы симптомы болезни?

Гастроэнтерит следует подозревать, если у ребенка началось внезапное изменение консистенции стула в сторону полужидкого кала или даже водянистой диареи и/или при внезапном начале рвоты. Обычно это сопровождается общим недомоганием, подъемом температуры, легкими или умеренными болями в животе, тошнотой, слабостью и ознобом.

Неблагоприятным симптомом при гастроэнтерите является развитие кровавой диареи: она обычно вызвана кампилобактером – «злой» разновидностью кишечной палочки (E. coli O157) или дизентерией.

Гастроэнтерит может быстро приводить к серьезному обезвоживанию, которое резко ухудшает состояние ребенка и иногда может даже угрожать его жизни.

Как распознать обезвоживание?

Чем чаще и обильнее рвота и диарея, тем быстрее развивается обезвоживание у ребенка. При этом ребенок начнет редко мочиться и мало, моча приобретает насыщенный цвет.

Симптомы тяжелого и опасного обезвоживания:

Х ребенок очень плохо себя чувствует, он очень слаб, и его состояние продолжает ухудшаться;

Х у него изменяется поведение (чрезмерное возбуждение или наоборот – летаргическая отстраненность, отсутствие адекватных ответов на действия родителя);

Х резко запавшие глаза; х слишком быстрое сердцебиение; х слишком частое дыхание;

Х сниженный тургор кожи (если взять кожу и подкожную клетчатку в складку, то она не сразу расправляется после того, как ее отпустить);

Х слабый пульс на руках и ногах;

Х длительное время заполнения капилляров (если нажать на ноготь и отпустить, он несколько секунд будет оставаться белым, обескровленным).

С чем важно не спутать гастроэнтерит? При каких болезнях еще бывают похожие симптомы?

Диарея, повторные рвоты и боли в животе бывают и при других заболеваниях, например:

Х инфекции мочевых путей;

Х среднем отите;

Х менингите;

Х пневмонии;

Х остром аппендиците и других причинах «острого живота»;

Х инвагинации кишечника;

Х перитоните из-за перфорации кишечника неодимовыми магнитами (например игрушка «Неокуб»);

X дебюте сахарного диабета, кетоацидозе.

Ну и так далее. Гастроэнтерит – химера, за его маской может скрываться много других болезней, поэтому осмотр врача в первые сутки необходим*

Как это лечится?

Гастроэнтерит – это типичный пример самопроходящей болезни (этим объясняется немыслимое многообразие безграмотных и даже шарлатанских методов лечения гастроэнтерита). Ребенку требуются только отпаивание и уход.

В редких случаях ребенку необходимо назначение антибиотика (при дизентерии, например), внутривенных капельных вливаний (при выраженном обезвоживании), пробиотиков и препаратов цинка (при диарее более 1–2 недель) и т. д.

При гастроэнтерите пробиотики назначают только при диарее, длящейся более 1–2 недель.

Иногда в первый день болезни при рвоте более 10–20 раз состояние ребенка можно облегчить однократным введением противорвотного препарата: предпочтительно ондансетрона («Латран» и др.), менее оптимально, но допустимо – метоклопрамида («Церукал» и др.), но эта мера не влияет на прогноз болезни, лишь облегчает самые тяжелые первые часы. Повторный прием противорвотных лекарств сопряжен со значительным риском побочных эффектов (например, судорог) и обычно не рекомендуется.

Большинство случаев ИГ может быть вылечено в амбулаторных условиях, то есть дома. Однако для этого крайне желательно иметь прямую связь со своим педиатром (телефон, WhatsApp и т. д.), чтобы в случае появления подозрительных симптомов всегда можно было скорректировать тактику (как минимум, чтобы не упустить момент, когда уже нельзя дальше проводить терапию в домашних условиях и пора сдаваться в стационар).

В большинстве случаев **требуется только исключить другие, более опасные причины рвоты и диареи у ребенка**, активно отпаивать его (для компенсации потерь жидкости, солей и предотвращения обезвоживания), подбадривать и ждать.

Пик проявлений (многократная рвота, «холостые» позывы на рвоту, многократная диарея, схваткообразные боли в животе) проходит за первые 12–36 часов, затем ребенок оживает, становится более активным, и в течение 1-10 дней постепенно налаживается стул. Диарея более двух недель считается пролонгированной (аномально длительной) и требует особого медицинского подхода.

Итак, еще раз: основа основ лечения гастроэнтерита – отпаивание ребенка.

Как именно нужно отпаивать?

Основные правила:

1) Если ребенок на грудном вскармливании, **продолжайте кормить грудью!** Прикладывайте к груди чаще, чем обычно.

Если ребенок получает молочную смесь, продолжайте кормить и ею, переход на безмолочные смеси может вызвать частичный отказ ребенка от кормления и усугубить обезвоживание.

2) **Поощряйте прием жидкости ребенком.** Избегайте питья больших объемов залпом, растяжение желудка усиливает рвоту. Давайте ему по 1–3 столовые ложки жидкости каждые 5-10 минут, важно выпить свободной жидкости не менее, чем ребенок потерял с поносом и рвотой (в сутки желательно постепенно выпить 100 мл жидкости на каждый килограмм массы тела до болезни; сюда входит вся жидкость: и солевые растворы, и грудное молоко, и смеси, и компоты, и простая вода).

3) **Откажитесь от употребления концентрированных фруктовых соков** и газированных напитков, особенно у детей с повышенным риском обезвоживания они могут усиливать понос и рвоту.

4) Оптимальной жидкостью для отпаивания при гастроэнтерите являются **растворы для оральной регидратации (РОР).**

Смысл РОР в том, что он возмещает потери не только воды, но и солей и частично обеспечивает потребность в калориях. Если мы будем давать слишком «пустой» РОР (например, обычную воду), то соли мы не восполним, а если дадим слишком насыщенный РОР (например, огуречный рассол), то спровоцируем усиление диареи, ведь соль осмотически активна.

5) Соблюдайте **оптимальную скорость отпаивания**: дайте 50 мл/кг веса в течение первых четырех часов от начала лечения, а затем переходите на более постепенное введение жидкости.

6) Если ребенок категорически отказывается пить РОР и при этом не имеет признаков опасного обезвоживания, **рассмотрите возможность отпаивания любимыми, даже неоптимальными жидкостями**, включая компоты, разведенные соки, слабый чай (осторожно: напитки, содержащие кофеин, обладают мочегонным эффектом и усиливают обезвоживание). Такое отпаивание, по данным последних исследований, может быть приемлемым компромиссом в некоторых случаях.

7) Если отпаивать ребенка категорически не получается (из-за бесконечных рвотных позывов или упорного отказа ребенка от любого питья), ребенку показано **внутривенное вливание солевых растворов** (капельница). В российских реалиях это можно сделать либо через частную медицину (вызов врача на дом или постановка капельницы в частной клинике), либо по ОМС строго в инфекционном стационаре.https://vk.com/kinder_landia

Оптимально использовать для детей РОР с низкой осмолярностью (240–250 мОсм/л). Этим требованиям соответствуют аптечные марки, например: «Регидрон Био» (обычный «Регидрон» чрезмерно соленый для детей), «Гидровит», «Хумана Электролит» и т. д. Если нет возможности купить аптечный препарат, РОР вполне можно приготовить самим: одна чайная ложка соли без горки + шесть чайных ложек сахара без горки + литр кипяченой воды. Для детей младше 5 лет следует разводить в два раза менее концентрированный РОР: половина чайной ложки соли без горки + три чайные ложки сахара без горки + литр кипяченой воды. Однако Всемирная организация здравоохранения весьма негативно относится к

приготовлению РОР в домашних условиях, так как родители слишком часто путают пропорции и ухудшают ситуацию неоптимальным РОР. Поэтому (и не только поэтому) следует отдавать предпочтение аптечным формам.

Антибиотикотерапия не должна использоваться у всех подряд детей с гастроэнтеритом, но **должна быть начата при:**

- ✗ подозрении на сепсис;
- ✗ при внекишечном распространении бактериальной инфекции;
- ✗ при сальмонеллезе у детей младше 6 месяцев жизни, а также при сальмонеллезе у людей с иммунодефицитами;
- ✗ при *Clostridium difficile*-ассоциированном псевдомембранозном энтероколите, лямблиозе, дизентерии, амебиазе или холере.

А можно дать ребенку препарат, останавливающий понос?

Противодиарейные препараты («Имодиум», «Лоперамид») не следует использовать при гастроэнтерите! Это увеличивает риск осложнений болезни и не ускоряет выздоровление.

А пробиотики? А цинк?

Последний Кокрейновский обзор показал, что терапевтические эффекты пробиотиков были в лучшем случае умеренными. *Lactobacillus GG* («Нормобакт») и *Saccharomyces boulardii* («Энтерол») были эффективны при лечении острой водянистой диареи, особенно вызванной ротавирусом. Однако это преимущество уменьшило продолжительность диареи всего на один день. Результат был зависимым от тяжести течения болезни и от дозы пробиотика.

В другом Кокрейновском обзоре было установлено, что препараты цинка могут оказывать терапевтическое воздействие при гастроэнтерите у детей в возрасте 6 месяцев и более, только если эти дети проживают в районах, где распространенность дефицита цинка или распространенность недоедания высока.

Имеющиеся научные данные не подтверждают пользу применения добавок цинка у детей в возрасте до полугода.

Если в доме болеет ребенок, как не заразиться и не заболеть членам семьи и другим людям?

Х Мытье рук с мылом (предпочтительно жидким) в теплой проточной воде с последующим их тщательным высушиванием являются наиболее важной мерой в предотвращении распространения гастроэнтерита.

Х Руки следует мыть после посещения туалета или смены подгузников (родителями/опекунами), перед приготовлением пищи, сервировкой стола и едой.

Х Полотенца зараженных детей не должны использоваться здоровыми членами семьи.

Х Детям не следует посещать школу или другой детский коллектив во время периода рвоты и диареи, а также по крайней мере 48 часов после последнего эпизода диареи или рвоты.

Х Дети не должны посещать общественный бассейн в течение двух недель после последнего эпизода диареи.

Каков прогноз болезни?

Обычно выздоровление наступает довольно быстро. Диарея длится в среднем от 5–7 дней до двух недель. Рвота – от 1–2 дней до трех суток.

Летальный исход и тяжелые осложнения гастроэнтерита значительно снижаются у детей, получивших вакцинацию против ротавирусной инфекции.

Прогностически неблагоприятным фактором при гастроэнтерите является младенческий возраст и иммунодефициты. Такие дети должны быть госпитализированы в стационар для круглосуточного наблюдения и активного лечения.

Число смертей от ротавируса у детей, по данным Великобритании, не превышает трех-четырех в год, хотя в менее развитых странах это число значительно больше. То есть при правильной своевременной медицинской помощи риск погибнуть от гастроэнтерита стремится к нулю.

Какова профилактика гастроэнтерита?

1) **Хорошие навыки гигиены** у ребенка и всех членов семьи крайне важны для профилактики новых случаев заражения.

2) **Грудное вскармливание** достоверно снижает риск заражения и тяжесть течения гастроэнтерита.

3) В настоящее время существует эффективная **ротавирусная**

К сожалению, она не входит в нацкалендарь и вводится только платно в частных центрах. Министр здравоохранения РФ обещала, что в ближайшие годы эта вакцина войдет в календарь обязательных прививок и станет бесплатной для всех младенцев, – будем надеяться.

Ротавирусная вакцина имеет очень узкое окно введения: первая доза должна быть введена не ранее шестой и не позднее двенадцатой (в крайнем случае, пятнадцатой) недели жизни, третья – не позднее восьми месяцев. Минимальный интервал между дозами – четыре недели. Более позднее введение, предположительно, увеличивает риск инвагинации кишечника у детей и потому не рекомендуется в развитых странах (есть рекомендации ВОЗ для развивающихся стран о возможности введения вакцины против ротавируса до двух лет из-за того, что риск смерти от ротавирусного гастроэнтерита там превышает риск инвагинаций от вакцины, но для нашей страны они не подходят).

Гнойный прыщик в районе ануса: нужен ли хирург

Довольно частая болезнь у детей первого года жизни, каждый врач с ней столкнется хотя бы однажды. Лечат ее хирурги, но это не снимает с педиатра необходимости знать основы терапевтических и хирургических подходов и потому, что нам, детским докторам, нужно вовремя поставить диагноз и направить, и потому, что к нам родители приходят за вторым мнением относительно тактики лечения, особенно если с этой семьей у вас давно налажены доверительные отношения.

В интернете много «народных» и иных нетрадиционных методов лечения парапроктита; многие родители, столкнувшиеся с этой болезнью у малыша, пишут истории о личном опыте, и в них нередко можно прочесть как *«я лечила мазью Вишневского и примочками с солью – все прошло само»*, так и *«я обращалась к хирургам, они лечили целый год, делали разрезы около ануса по несколько раз в месяц, насилиу справились, криворукие-дипломы-напокупали»*. После прочтения таких историй может сложиться неверное представление о преимуществах альтернативной медицины над традиционными хирургическими методами, однако это не более чем когнитивное искажение.



Да, **легкий парапроктит часто проходит сам** (тогда и хирург вмешиваться не станет), но далеко не все парапроктиты легкие. То, как быстро пройдет болезнь, зависит не столько от мастерства врача или выбранного метода, сколько от особенностей анатомии абсцесса, иммунитета ребенка и характеристик возбудителя. Перед педиатром часто встает задача объяснить это родителям и убедить не отказываться от хирургической помощи в случае ее необходимости, чтобы не спровоцировать тяжелые гнойно-септические осложнения.

Парапроктитом это заболевание называют только в нашей стране, в англоязычной литературе его зовут аноректальным абсцессом.

Эта глава – выдержка для родителей из статьи в «Медскейпе» – только самые важные тезисы, которые помогут составить представление о болезни, ее лечении и прогнозе.

Х Аноректальный (перианальный или периректальный) **абсцесс** – это распространенное заболевание у детей, которое чаще всего бывает у мальчиков первого года жизни, но может встречаться у детей любого возраста и пола. Точные цифры заболеваемости и распространенности пока не установлены.

Х Парапроктит – это заболевание, характеризующееся скоплением гноя, который сформировался под кожей в мягких тканях около ануса. Абсцесс часто проявляется в виде приподнятого красного горячего инфильтрата, расположенного подкожно, недалеко от ануса. Прикосновение/нажатие на этот инфильтрат может быть болезненным. Некоторые абсцессы самопроизвольно вскрываются, из них выходит гной, после чего они заживают без всякого лечения; другие требуют хирургического вмешательства.

Х Некоторые **перианальные абсцессы** заживают не полностью (с хирургическим вмешательством или без него), оставляя после себя крошечное отверстие в месте дренирования (оно называется перианальный свищ или перианальная фистула); в некоторых случаях для иссечения этой фистулы может потребоваться дополнительная операция.

Х До сих пор **оптимальная тактика лечения парапроктитов не определена** и является предметом споров. Применение одних только антибиотиков (отказ от хирургического дренирования) в качестве единственного метода лечения с целью снижения вероятности возможного образования свищей является довольно спорным, но имеет своих приверженцев среди врачей и ученых. Отказ и от хирургических вмешательств, и от антибиотиков у бессимптомных и внешне здоровых детей также остается неоднозначным, но и этот метод встречается в современной литературе. Однако лидирующим и самым распространенным подходом к лечению парапроктита на данный момент является хирургическое дренирование абсцесса.

Х При адекватном лечении прогноз аноректального абсцесса у детей является превосходным (родителям можно обещать полное выздоровление) во всех случаях, кроме тех, что связаны с болезнью Крона.

Х Аноректальные абсцессы часто появляются уже в первые месяцы жизни ребенка. Перианальный абсцесс выглядит как красная

опухшая болезненная область, расположенная сразу за пределами ануса; на самой вершине этого инфильтрата часто бывает прыщ с гнойной головкой. Ребенок с парапроктитом может выглядеть больным, раздражительным, частично отказываться от еды, его может лихорадить и т. д., а иногда – не наблюдается никаких симптомов, кроме локальных, и малыш кажется совершенно здоровым. Врачу порой бывает трудно отличить обычную плаксивость у младенца с бессимптомным парапроктитом от беспокойства из-за системных проявлений болезни. Однако это важно делать, так как это влияет на лечебную тактику. Задачу можно решить, например назначив общий анализ крови и другие маркеры ее воспаления.

Лечение

✗ У бессимптомных и в целом здоровых детей в возрасте до года, у которых имеется небольшой перианальный абсцесс, целесообразно попытаться достичь его полного разрешения, **применяя только антибиотикотерапию и избегая оперативного вмешательства** или общей анестезии. Такой подход может снизить вероятность образования свищей (хотя строгих доказательств этому пока нет).

✗ У детей в возрасте до года при наличии крупного, красного, выпуклого перианального абсцесса, который, судя по анамнезу, осмотру и лабораторным анализам, сильно их беспокоит, показано более агрессивное лечение: **пункции, разрезы, дренирование и антибиотикотерапия перорально** или (в тяжелых случаях) внутривенно.

✗ Если у ребенка все же сформировалась фистула после хирургического или спонтанного дренирования абсцесса, **целесообразно выждать период наблюдения, не вмешиваясь с хирургическими манипуляциями**. Разумеется, только при условии, что ребенок растет, развивается и чувствует себя нормально; этот период обычно составляет около 18 месяцев.

Если за такой срок фистула не закрылась самостоятельно, следует рассмотреть возможность хирургического иссечения фистулы.

✗ Эта рекомендация не относится к детям, у которых **образование фистулы ассоциировано с болезнью Крона**. Тактику их лечения индивидуально определяет детский хирург совместно с гастроэнтерологом.

✗ **Нужно ли использовать антибиотик при каждом случае терапии аноректальных абсцессов** – остается спорным вопросом. Традиционные подходы требуют лишь дренирования абсцесса у в остальном здоровых пациентов. Однако исследование, проведенное в 1998 году Christison-Lagay и др., показало, что использование антибиотиков для терапии перианального абсцесса уменьшало вероятность образования фистулы.

✗ Нередко пациентам при парапроктите **требуются слабительные препараты** («Форлак», «Нормазе» и т. д.).

X Вне зависимости от выбранной стратегии терапии (выжидательная тактика, монотерапия антибиотиком, дренаж с/без антибиотикотерапией или иссечение фистулы) **парапроктит требует длительного** (многие месяцы) **и частого** (нередко еженедельного) **наблюдения у врача.**

Несмотря на все трудности, которые это заболевание доставляет семье и ребенку в первый год жизни, оно обычно не угрожает его жизни и почти всегда полностью излечимо.

Выполняйте рекомендации врачей, не отказывайтесь от предлагаемой терапии без веских на то оснований, и все будет хорошо.

«Медовые корочки» на коже: глава об импетиго

Эта тема особенно актуальна летом, в период жары, влажной одежды и частых купаний.



Что это?

Импетиго – очень распространенная кожная инфекция, чаще всего поражающая детей дошкольного и раннего школьного возраста. Она проявляется образованием на коже пузырей или эрозий с последующим появлением «медовых корочек». Чаще всего бывает на

лице вокруг ноздрей, на руках, ногах и в области подгузников.

В России до сих пор популярны старые названия этой болезни: стрептодермия, стафилодермия, стафилококковая опрелость, пиодермия и т. д.

Что вызывает импетиго?

Основная причина – бактериальная инфекция, в большинстве случаев – золотистый стафилококк и/или пиогенные стрептококки.

Импетиго бывает:

- 1) первичным, когда при контакте с больным инфекция поражает абсолютно здоровые участки кожи, и
- 2) вторичным, когда изначально есть повреждение кожи от другой причины: ссадина, опрелость, ожог борщевиком, атопический дерматит, заноза, порез, укус насекомого, царапина кошки и т. д. – то, что врачи называют «входными воротами инфекции». Вторичное импетиго встречается гораздо чаще и менее заразно, чем первичное.

Развитию импетиго способствуют теплая влажная среда, сниженные навыки личной гигиены, тесный телесный контакт, пользование общим полотенцем.

Каковы симптомы импетиго?

Импетиго может поражать любую часть кожи, но наиболее часто оно встречается вокруг носа и рта, на кистях и предплечьях, а у маленьких детей – в области подгузников.

Различают три типа импетиго: небуллезное (корки), буллезное (крупные пузыри) и эктима (язвы).

Наиболее распространенным типом является **небуллезное**, или корковое, импетиго. Оно начинается с небольших пузырьков, которые быстро лопаются, превращаются в маленькие влажные красные пятна, сочащиеся жидкостью. Она начинает ссыхаться по краям и приобретать золотистый оттенок, и постепенно желтовато-коричневая

или коричневая корочка покрывает всю область поражения кожи, что напоминает затвердевший мед или запекшийся коричневый сахар.

Буллезная форма импетиго приводит к образованию крупных пузырей от одного до нескольких сантиметров в диаметре (называемых буллы), содержащих сперва прозрачную, но быстро мутнеющую жидкость. Они держатся несколько суток, если их не протыкать.

Эктимная форма импетиго (*Ecthyma impetigo*) представляет собой крупные язвы на коже с приподнятыми краями и покрытым гноем дном; эктимные элементы могут содержать признаки других форм импетиго («медовые корочки», пузыри или обрывки покрышки буллы), но главное отличие эктимы в том, что она поражает глубокие слои кожи.

Импетиго заразно?

Да, весьма. Даже возникнув как вторичное (на месте травмы), импетиго способно передаваться другим людям в виде первичной формы и поражать совершенно здоровую кожу. Заражение происходит при контакте кожи с кожей или через общие влажные предметы личной гигиены, реже – через сухие вещи (дверные ручки, игрушки, одежду и т. д.).

Как уже было сказано, чаще всего импетиго вызывают две группы микробов:

Х золотистый стафилококк (*Staphylococcus aureus*), самой грозной разновидностью которого является метициллин-резистентный золотистый стафилококк (MRSA), и

Х пиогенный стрептококк (*Streptococcus pyogenes*), наиболее опасной разновидностью которого является бета-гемолитический стрептококк группы А (БГСА), способный вызывать скарлатину, ангину, рожистое воспаление, некротизирующий фасциит и т. д., а в отдаленной перспективе приводить к ревматизму (антибиотикотерапия снижает этот риск) и постстрептококковому гломерулонефриту (нет эффективных способов вторичной профилактики).

Импетиго вызывает зуд, поэтому дети могут распространять инфекцию не только среди других людей, но и на не пораженные участки собственной кожи, когда чешут и царапают сперва больные, а затем здоровые участки.

Как ставится диагноз импетиго?

В большинстве случаев врач может диагностировать импетиго по одному лишь внешнему виду сыпи. Иногда доктору нужно взять пробу жидкости из пузырьков для тестирования или мазок из мокнущих элементов.

Как лечится импетиго?

При легких формах (когда глубина и площадь поражения кожи невелики) бывает достаточно наносить мазь с антибиотиком несколько раз в день в течение пяти или более суток. Наиболее эффективны при импетиго мази с мупироцином («Бактробан», «Бондерм», «Супироцин» и т. д.).

При более тяжелых формах импетиго (если мазь не имеет эффекта, при распространенных поражениях и особенно при буллезной форме) детей лечат приемом антибиотика внутрь.

После начала антибиотикотерапии выздоровление должно начаться в течение первых двух дней, а полное очищение кожи произойти за 5-10 дней; если такой быстрой динамики на фоне лечения нет, непременно сообщите об этом вашему врачу.

Важно убедиться, что ребенок принимает лекарство строго в соответствии с предписаниями педиатра. В противном случае может развиваться более глубокая и более серьезная инфекция кожи.

Пока инфекция заживает, вам следует избегать мытья ребенка в ванне, горячей сауне, а также использования грубых мочалок. Ежедневно мойте ребенка в душе, используя жидкое мыло с антисептиком («Сейфгард», «Деттол» и т. д.) и мягкую губку; не стремитесь сдирать золотистые корочки при мытье – это опасно. Не забывайте, что у больного ребенка должно быть индивидуальное полотенце, которое следует часто стирать на максимально горячем режиме.

Иногда врач может назначить асептическую повязку на пораженную зону, которая будет препятствовать расчесыванию и распространению инфекции на другие участки кожи. С этой же целью вам следует коротко остригать ребенку ногти и делать их края гладкими с помощью пилочки.

Можно ли предотвратить импетиго?

Хорошие навыки гигиены и ухода за кожей могут предотвратить импетиго. Дети должны регулярно и тщательно мыть руки, принимать ванну и душ.

Уделяйте особое внимание повреждениям кожи (порезы, царапины, укусы и т. д.). Соблюдайте особую чистоту в этих местах, прикрывайте их чистыми, пропускающими воздух повязками.

Чтобы предотвратить распространение импетиго среди членов семьи, убедитесь, что каждый человек использует собственную одежду, бритву, мыло и полотенце.

Отделите постельное белье, полотенца и одежду больного импетиго и стирайте их отдельно в максимально горячей воде. Держите поверхности вашей кухни и дома чистыми.

Эта сыпь выглядит ужасно! От нее останутся рубцы?

Скорее всего, нет. Импетиго очень поверхностная инфекция и обычно проходит бесследно. Однако при поражении более глубоких слоев (при эктимае, при невыполнении рекомендаций врача) образование рубцов возможно.

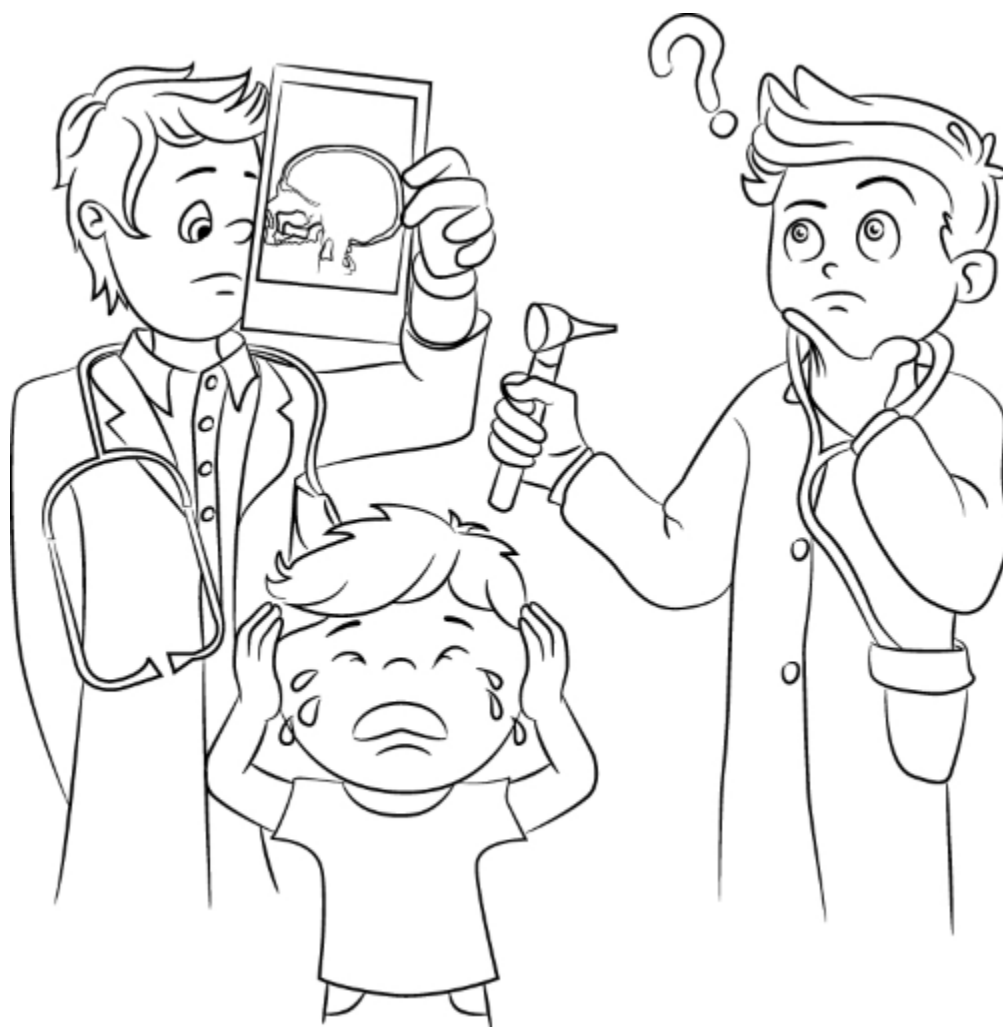
Когда мне следует обратиться к врачу?

Если у любого из ваших детей есть признаки импетиго, особенно если они возникли после контакта с другим зараженным человеком, обратитесь к врачу.

Если ваш ребенок уже лечится от импетиго, следите за элементами сыпи и обратитесь к педиатру повторно, если кожа не начинает заживать после трех дней лечения или на фоне терапии развивается лихорадка. Если область вокруг сыпи становится красной, горячей и/или болезненной на ощупь, немедленно позвоните врачу.

Глава про Шурика, или Как не нужно лечить отиты у детей

Эту историю рассказал нам Шурик. По словам Шурика, она действительно произошла в одном из городов России, в одной из детских поликлиник. Он не сказал, в каком именно, чтобы... не быть несправедливым к другим городам и поликлиникам, где могла произойти точно такая же история.



«Приходит недавно ко мне молодая женщина с годовалым малышом для консультации по болезни. Рассказывает историю: две недели назад у ребенка началась ОРВИ: кашель влажный, сопли обильные,

недомогание, умеренное повышение температуры, капризы – рядовая история то есть. Она обратилась к педиатру, которая с первого дня соплей назначила антибиотик «Супракс», объяснив это тем, что пару месяцев назад у ребенка была «почти пневмония» (один рентгенолог увидел пневмонию, второй на том же снимке не увидел), а значит, ребенок «еще не окреп, и надо подстраховаться».

Вот пошел он неделю «Супраксом», сопли и кашель пошли на убыль, и вдруг малыш начал резко плакать ночью, безутешно, мама никак не могла его успокоить. Одновременно снова поднялась температура до 38 °С, дали жаропонижающее, через полчаса отпустило, ребенок спокойно уснул и дальше несколько дней был почти здоров. Мать обратилась к педиатру снова, доктор послушал стетоскопом, посветил в горло, сказал, что можно бы зайти к лору посмотреть в уши, но там очередь, сами понимаете. Мать к лору не пошла. Но через три дня ночью снова был приступ сильного крика и плача, снова 38 °С, и снова непонятно, что болит. Педиатр «развела руками и ничего толком не сказала». Тогда мама решила получить второе мнение и через два дня пришла ко мне.

При сборе анамнеза выяснилось, что ребенку введено только две дозы вакцины против гепатита В, два «Пентаксима» и V БЦЖм, других прививок не делали, «потому что часто болели». На мой вопрос, почему не введена вакцина «Превенар 13», мама сказала, что она не знает о такой вакцине, что ребенка за этот год смотрели несколько врачей и в поликлинике, и в частном центре, и никто даже не заводил разговор о возможности вакцинации против пневмококковой инфекции.

При осмотре у ребенка все в порядке, кроме ушей. С помощью отоскопа определил: с одной стороны средний отит с мутным белым выпотом краевой гиперемией барабанной перепонки и резким ее выбуханием, с другой стороны весь слуховой канал завален белыми творожистыми массами, после частичной очистки (крючком Воячека и винтовым зондом с ваткой) за массами виднеется грубо измененная барабанная перепонка с перфорацией (дыркой) в ненатянутой части».

...Я часто вижу детей, при обследовании и лечении которых педиатры допускают грубые ошибки. Но этот случай – просто хрестоматийный пример, адовый винегрет; концентрация ошибок на

единицу объема пространственно-временного континуума просто зашкаливает. Давайте попробуем провести работу над ошибками.

1) **Антибиотик не назначается при ОРВИ в первый день болезни почти никогда;** можно на пальцах одной руки перечислить причины, которые являются исключением из этого правила. Он и на третий, и на пятый день почти всегда не нужен, а уж в первый-то...

2) **«Супракс» не является препаратом первой линии при респираторных инфекциях,** даже если антибиотик вообще нужен. Цефалоспорины третьего поколения – это вторая или третья линия антибиотикотерапии, то есть если уже пробовали другие, и они не подошли, или если на другие серьезная аллергия.

3) **Пневмония на рентгенограмме не бывает «то ли есть, то ли нет».**

Рентгенограмма легких выполняется для уточнения клинического диагноза; если неясно, но есть обоснованные подозрения, через несколько дней ее повторяют. Если рентгенолог не видит воспаления легких и не назначает повтор снимка, значит, его и нет, это притягивание диагноза за уши. Но даже если несколько месяцев назад была настоящая пневмония, это не снижает иммунитет и никоим образом не оправдывает старт антибиотика с первого дня ОРВИ.

4) **Педиатр не владеет отоскопом – это очень плохо.** Уши остались неосмотренными и в первый визит (это половина беды), и во второй (это грубая ошибка). Не сумев осмотреть сам, доктор также не сумел и замотивировать маму дойти до того, кто сумеет это сделать.

Эта ошибка становится еще очевиднее после того, как появились два очень похожих на отит симптома:

✗ резкое ночное беспокойство;

✗ вторая (а затем и третья) волна лихорадки под конец ОРВИ.

Даже опытный родитель способен по таким симптомам заподозрить отит, тем более должен был заподозрить врач.

5) **Педиатр упускает развитие осложнения (отита) и не назначает антибиотик тогда, когда он действительно нужен.** Ладно, не провел отоскопию, но вторая волна лихорадки – это «красный флаг» при

ОРВИ, повод сдать хотя бы общий анализ крови, посмотреть степень и характер воспаления. Оцените иронию: когда антибиотик не был нужен, его назначили, а когда понадобился – нет.

6) Педиатр вел ребенка с рождения, но не сделал прививку от пневмококка, даже не обмолвился о ней (если верить маме). Вакцинировал бы, и этих двух отитов могло не быть.

Лечить не умеет, проводить профилактику не хочет – ну просто педиатр года!

7) Антибиотики не предотвращают осложнения от ОРВИ! Зимой у меня было двое детей, которым матери давали антибиотик с первого дня лихорадки «чтобы не было осложнений» и у которых на пятый день приема все же стартовали пневмонии. Теперь в мою коллекцию примеров добавился этот отит.

Сама по себе привычка перестраховываться (осторожничать/затягивать с вакцинацией, назначать списки из десяти препаратов на обычную ОРВИ, рано и агрессивно назначать антибиотики и т. д.) – один из самых простых и очевидных признаков слабого врача. По моему скромному мнению, есть четкая корреляция: чем больше врач боится при легких симптомах, тем выше риск, что он не справится, когда столкнется с настоящей проблемой.

...Здесь должна быть какая-то мораль, практический совет: что делать родителям, если ни государственный, ни частный медицинский сектор не гарантируют порой даже базового минимума адекватности. В голову приходит только одно: пациентам – повышать медицинскую грамотность (переходить в категорию «адекватные пациенты»), врачам – непрерывно учиться, развиваться и работать над собой (переходить в категорию «адекватные врачи»), но и тем, и другим – искать друг друга.

Об этом замечательно сказал один уважаемый коллега в своем интервью:

«Когда я заканчивал институт, думал, что чем больше таблеток, тем лучше. Но сейчас я понимаю: чтобы не назначить лекарство, нужно знать значительно больше, чем чтобы его назначить».

Вот такая куча ошибок на пустом месте. И это ведь вовсе не сложный случай: ни рефрактерный мигрирующий полиартрит с отрицательным АСЛО, ни лихорадка неясного генеза, ни упорное отсутствие прибавок веса у младенца, ни чесотка у больного атопическим дерматитом, ни бессимптомная гематурия, ни синдром Мюнхгаузена по доверенности, ни аутовоспалительное заболевание, ни частая руминация у больного астмой, ни мышечная дистрофия с поздним стартом, ни болезнь накопления, и т. д., и т. п. Это банальный средний отит с перфорацией, развившийся после ОРВИ, простейшая задача, вытянув которую на экзамене студент педфака едва скрывает довольную улыбку от преподавателя. Как тут можно было столько раз ошибиться?

Раздел третий

О бытовом травматизме



Глава вводная

Бытовой травматизм – постоянный спутник педиатра. Существует стойкое убеждение, что дети получают домашние травмы только в неблагополучных семьях, а семьи благополучные якобы не в группе риска, но это совсем не так. В начале 2019 года я дал подробное интервью о бытовом травматизме сайту Литтлван; по согласованию с руководством сайта публикую его и в этой книге.

Вопрос: *Есть два противоположных мнения. Первое: ребенка, который только начал ходить, не надо страховать, потому что он должен научиться падать. Второе: страховать надо, потому что с возрастом координация улучшится, и он в любом случае научится падать, но без риска получить травму. Так что же лучше: бегать за ребенком и ловить, надеть шлем или просто отстать от человека?*

Ответ: Наверное, истина посередине. Бытовой травматизм – частая, но вполне предотвратимая причина детских страданий, и заниматься его профилактикой непременно нужно. Для этого следует регулярно пересматривать «карту опасностей» в доме и защищать ребенка от опасных травм: падения из окна, с лестницы кубарем или со стремянки. Крайне желательно закрыть острые углы на мебели специальной защитой, запереть ящики, блокировать прихлопы у дверей и прочее. Но от всех травм мы ребенка не убереем, да и не нужно, думаю. Падения, ушибы и прищемленные пальцы учат ребенка осторожности и осмотрительности, в этом есть педагогическая цель. Главное – избежать увечий, иначе эта педагогика будет иметь слишком высокую цену.



Вопрос: *Еще один родительский страх – двухэтажные кровати. Это действительно опасно? До какого возраста?*

Ответ: Безусловно, это более опасно, чем обычные кровати, в любом возрасте ребенка. Тем не менее полного запрета на их использование эксперты по детской безопасности не вводят. Просто просят соблюдать базовые правила: всегда устанавливать двухъярусную кровать только в угол (чтобы с двух сторон она была прижата к стенам), не позволять детям прыгать и играть в активные игры на втором этаже кровати, всегда освещать ночником лестницу на второй ярус, не укладывать детей младше шести лет на второй этаж и др. Я бы добавил как обязательное условие прикручивать кровать к стене, чтобы ни при каких обстоятельствах она не могла упасть набок – это опасно и для ребенка на верхнем ярусе, и для того, кто играет на

полу рядом с кроватью.

Вопрос: *Откуда чаще всего падают дети? С каких неожиданных поверхностей?*

Ответ: Дети падают с абсолютно любых поверхностей. Младенцы наиболее опасно падают с пеленальных столиков и из колясок в транспорте. Поэтому никогда не оставляйте младенца одного на пеленальнике, даже если он еще не переворачивается и не ползает! И всегда берите его на руки в общественном транспорте, никогда не перевозите его внутри коляски. Не стоит недооценивать и «альпинистские» способности детей. У меня был двухлетка, который поставил одну табуретку к столу, вторую – на стол, и так достал лекарства из шкафчика, до которого взрослые дотягиваются, лишь встав на носочки. Разумеется, с таких высот дети могут очень травматично упасть.

Вопрос: *Часто встречаю рекомендации педиатров США: любую круглую плотную еду (виноград, орехи и т. д.) детям до пяти лет давать только разрезанной вдоль. Ни разу не слышала об этом от отечественных врачей. Это не такой большой риск или у них есть другая причина не давать подобных советов?*

Ответ: В России мало кто серьезно занимается просвещением родителей. Это главная причина, по которой российские педиатры не дают таких советов. Поэтому часто слышать здесь о чем-то, что касалось бы медицины и при этом не относилось бы к рекламе, в принципе, сложно.

Аспирация (вдыхание) инородных тел вообще и кусочков твердой пищи в частности – очень серьезная проблема, потенциально угрожающая жизни ребенка, поэтому иметь на этот счет настороженность и стараться предотвратить опасность очень важно.

Разрезать ягоды винограда вдоль – очень полезная привычка, как и выбирать шариковые ручки только с колпачками, имеющими спасательное отверстие. Будет совсем хорошо, если каждый родитель ознакомится с базовыми принципами первой помощи при аспирации инородного тела, в частности с приемом Хеймлиха (видео можно найти на «Ютьюбе», описание – см. дальше, в соответствующей главе этой книги).

Также важно помнить, что дети могут вдохнуть откушенный кусок воздушного шарика (особенно опасны длинные шарики, из которых скручивают фигурки зверей) или любого целлофанового пакета, поэтому **нельзя позволять им играть сдутыми шариками или их лопнувшими остатками, а также пакетами**, даже под присмотром взрослых. Вдыхание тонкой резины или полиэтилена может привести к смертельному удушью, а прием Хеймлиха малоэффективен для мягких инородных тел.

Вопрос: *Вопрос от начинающих вводить прикорм: с какого возраста давать кусочки не опасно? Я сталкивалась с мнением консультантов по прикорму о том, что если не ввести их в возрасте с восьми до десяти месяцев, то потом «окно» закрывается, и ребенок лет до трех будет регулярно сильно давиться. Правда или миф?*

Ответ: Трудно сказать, что здесь первично, а что вторично. Ребенок, которого не научили принимать кусочки в оптимальном возрасте (7-12 месяцев), потом не может их есть или часть детей просто не могут научиться есть кусочки вовремя из-за повышенного рвотного рефлекса.

Так или иначе, я предлагаю мять вилкой вареные овощи и давать ребенку возможность жевать деснами уже с 7–8 месяцев.

Но и большой трагедии в том, что всю еду ребенку, который давится кусочками, пюрируют до 2–3 лет, тоже не вижу. Просто пользоваться блендером так долго неудобно. Рано или поздно ребенок научится есть полноценную пищу, если, конечно, у него нет серьезных неврологических или психиатрических заболеваний. Выявлять их – задача педиатра.

Наибольший риск аспирации у детей до пяти лет (и потому они запрещены до этого возраста) несут следующие продукты: сосиски, сардельки, плохо жующееся мясо, леденцы, орехи, сырая морковь, виноград, твердые яблоки, попкорн, ореховое масло с мелкими кусочками орехов, жевательная резинка.

Вопрос: Среди источников опасности дома для детей обычно фигурируют: розетки и электроприборы, газ и огонь, окна и балкон, мелкие предметы (опасность попадания в дыхательные пути), бытовая химия и лекарства в открытом доступе (ожоги и отравления), большие емкости с водой (малыши без присмотра могут утонуть даже в ведре). По вашему опыту, часто ли встречаются такие случаи и почему: от беспечности или нехватки информации?

Ответ: Я не очень люблю тему «Кто виноват?» Гораздо полезнее рассуждать на тему «Что делать?» Мало кто сознательно желает своим детям зла, но многие беспечны и недальновидны, многие отмахиваются от советов по безопасному быту, считая их паранойей. Где находится здоровый баланс между безопасностью и гиперопекой – вопрос очень сложный. Но базовые правила безопасности соблюдать необходимо.

Качественной информации по профилактике бытового травматизма детей сейчас все больше, проблема скорее в мотивации. Когда ребенок первый раз стащит на себя за скатерть чашку с кипятком, родители быстро поймут, как важно избавиться от скатертей, поставить ограждения на газовую плиту, спрятать шнуры от электрочайников и т. д. Но это непродуктивно и ненормально – задумываться о таком только после трагедии. Поэтому лучшее решение – открыть большую статью по «карте опасностей» в доме и выполнить все советы из нее по списку от начала до конца: поставить блокираторы на окна, убрать с пола провода, прикрутить всю неустойчивую мебель, спрятать лекарства и бытовую химию под замок и т. п. Полезно пройти весь дом на карачках и посмотреть с высоты ребенка на все интересное и опасное: так у вас появится больше шансов предвидеть беду.

Вопрос: Я какие есть неочевидные опасности, о которых надо знать?

Ответ: Это слишком широкий вопрос, таких опасностей очень много, и для одних родителей неочевидны одни, а для других – совсем другие. Кроме того, есть беспечные родственники. Скажем, родители спрятали всю бытовую химию под замок, но дедушка налил растворитель для краски в аппетитную бутылку из-под «Колы» и поставил на пол в гараже. Это просто мина замедленного действия, рано или поздно ребенок попадет в гараж, взрослые чуть отвлекутся, и мина рванет (ребенок напьется растворителя).

Или существует такая неочевидная опасность, как заборы из листового железа. Детям очень интересно заглядывать за забор, но за листовой не так просто заглянуть: нужно что-то подставить, схватиться за край и заглянуть сверху; если в этот момент ноги соскользнут, ребенок повиснет всем весом на этом «острие ножа» и разрежет себе пальцы рук. Поэтому огороженные листовым забором площадки для детей кажутся безопасными, но это не всегда так.

Также к неочевидным опасностям относится проглатывание плоских батареек и неодимовых магнитов. Батарейки быстро вызывают химический ожог пищевода с самыми серьезными последствиями: из быстрых – медиастинит, из медленных – стриктуры пищевода. Неодимовые магниты еще коварнее. Они попадают в разные петли кишечника, затем примагничиваются друг к другу, вызывают прободение (дырки) в обоих этих петлях кишечника с последующим развитием перитонита (гнойного воспаления брюшины).

Вопрос: *Не травмы, но тоже важная тема: как часто у детей без очевидной аллергии случается анафилактический шок от нового продукта, лекарства, укуса насекомого? Стоит ли как-то подстраховываться? Знаю, что родители, которые уже сталкивались с жесткой аллергической реакцией, покупают одноразовые шприц-ручки с адреналином для таких случаев.*

Ответ: Крайне редко. Я не рекомендую иметь дома шприц-ручки с адреналином никому, кроме людей, уже переживших анафилаксию ранее. Такие ручки стоят дорого и имеют очень выраженные побочные эффекты. Высока вероятность, что родитель запаникует по мелочи и вколет эпинефрин по ерундовому поводу, когда это совсем не требовалось. Поэтому вреда от такой запасливости может быть

больше, чем пользы. Если в семье есть тяжелые аллергики, а у вас – страх, что ребенок унаследовал это, лучше иметь дома пару ампул «Дексаметазона» и при тяжелой аллергии (крапивнице, отеке Квинке или анафилаксии) звонить в скорую. Если они одобряют, ввести «Дексаметазон» еще до приезда врачей под телефонным контролем диспетчера или врача скорой помощи. Это достаточно безопасно и весьма эффективно в большинстве случаев. Первое в жизни введение адреналина следует все же оставить на усмотрение врача.

Вопрос: *А что всегда должно быть в детской домашней аптечке для помощи в экстренных ситуациях? Что непременно нужно носить в сумке родителям, выбравшимся из дома с детьми, кроме телефона, по которому можно вызвать скорую?*

Ответ: Здоровый минимализм – наше все. Сейчас при наличии круглосуточных аптек в шаговой доступности дома нужно иметь минимум: жаропонижающее, бинты, лейкопластыри, оральные регидратационные средства (типа «Гидровит» или «Регидрон Био»). Остальное – только если ваш ребенок склонен к какому-то заболеванию, и врач рекомендовал держать дома препарат. Например, пережившим ранее вирусные стенозы (ложные крупы) я рекомендую иметь дома небулайзер, «Пульмикорт» и уколы «Дексаметазона». Страдающим тяжелыми одышками от бронхообструкции – спейсер, «Сальбутамол» и те же уколы «Дексаметазона». Склонным к крапивницам – «Эриус».

В путешествии главное – иметь хорошую страховку. Иначе случись что, можно и квартиру продать в счет лечения. Я составлял как-то минимальный перечень лекарств, который можно брать с собой (его легко найти в моем блоге по запросу «аптечка»), но всегда стоит обсудить этот вопрос со своим лечащим врачом перед отъездом. Также не забывайте, что за месяц до поездки в некоторые страны следует получить ряд дополнительных вакцин (гепатит А, брюшной тиф, желтая лихорадка и др.), перечень этих прививок можно посмотреть на интерактивной карте сайта privivka.ru или уточнить у вашего врача.

Вопрос: *Некоторые родители составляют инструкцию безопасности для бабушек и нянь. Что из того, что не было упомянуто выше, стоит туда включить?*

Ответ: На мой взгляд, краткая инструкция только расслабляет. Если ее выполняют, то создается ложное ощущение, что «все сделано, чего еще надо-то», но чаще для непосвященного человека такой список похож на паранойю и просто игнорируется. Лучше полноценно вовлекать старших родственников и няню в профилактику бытового травматизма: посмотреть совместно с ними на «Ютьюбе» передачи по теме или дать прочесть хорошие статьи, обсудить тяжелые случаи травм детей ваших друзей и знакомых. Благо в таких историях никогда нет недостатка.

Вопрос: *Давайте немного поговорим о животных в доме. Какие риски для детей здесь самые распространенные, с какими случаями лично вы сталкивались?*

Ответ: Наверное, самые распространенные и опасные риски – это нападения животных, спровоцированные детьми. Собаки кусают ребенка за лицо, кошки выцарапывают им глаза и т. д. Причем питомец обычно не трогает детей хозяина. Он понимает, что это потомство хозяина и совершенно не в его интересах причинять ему вред, это заложено в инстинктах, как мне кажется. Но расслабляться не стоит: самому ангельскому терпению самого безобидного животного может прийти конец. Ребенка следует обучать правилам общения со зверями, а самых опасных комбинаций (например, глупый игривый котенок + активно ползающий младенец) следует избегать. Питомцев следует ежегодно вакцинировать; помните, что они могут заразить человека бешенством и столбняком!

Повсеместный страх родителей о глистах при наличии животного в доме редко оправдан. У кошек и собак очень мало общих глистов с человеком, и если мыть руки после смены кошачьего туалета, риск заразиться минимален. А вот такие риски, как болезнь кошачьих царапин (см. главу в первой книге), часто игнорируются или забываются.

В целом домашние питомцы в семье – это хорошо.

Они учат гуманности, приносят уют, учат понимать повадки бездомных животных, несут на себе небольшую полезную (!) долю грязи и аллергенов, так как избыточная стерильность тоже вредна для детей.

Есть некоторые научные данные о возможном снижении риска аллергии у детей, выросших в доме с животными (особенно собаками). И если соблюдать основные меры безопасности, риск ребенка пострадать от животных достаточно мал.

Вопрос: Производители мебели часто рекомендуют прикручивать шкафы и тумбочки к стенам, но в реальности этим рекомендациям следуют единицы. По-вашему, всю мебель надо прикручивать или это уже паранойя?

Ответ: Абсолютно необходимо прикручивать к стене любую мебель, которую хотя бы теоретически можно опрокинуть. У меня персональная паранойя на этот счет, так как один из моих пациентов, которого я вел с роддома до полутора лет, опрокинул на себя комод с тяжелым телевизором и погиб от полученных травм. Именно комоды являются эталонным способом получения травм от падения мебели: ребенок выдвигает нижний ящик, наступает на него и рычагом опрокидывает всю конструкцию на себя.

То, что единицы следуют этому указанию, вовсе не повод игнорировать его и вам. Люди часто бывают ленивы, недальновидны и склонны недооценивать риски, а нередко еще и верят в теории заговора. Это касается любой профилактики, но достигает пика в вопросах профилактического введения лекарств (например, есть люди, отказывающиеся от введения витамина К новорожденным) и особенно прививок (от идей антипрививочников сегодня не может укрыться ни один родитель). Слишком часто приходится слышать, особенно от отцов, подобные фразы: «Мы как-то выросли без всех этих новых вакцин, прикручивания мебели, детских автокресел, и дети наши вырастут». Это является типичным примером когнитивного искажения, которое так и называется «ошибка выжившего». Не попадайтесь на эти скользкие аргументы, занимайтесь самообразованием и берегите ваших детей. Мы не можем защитить их

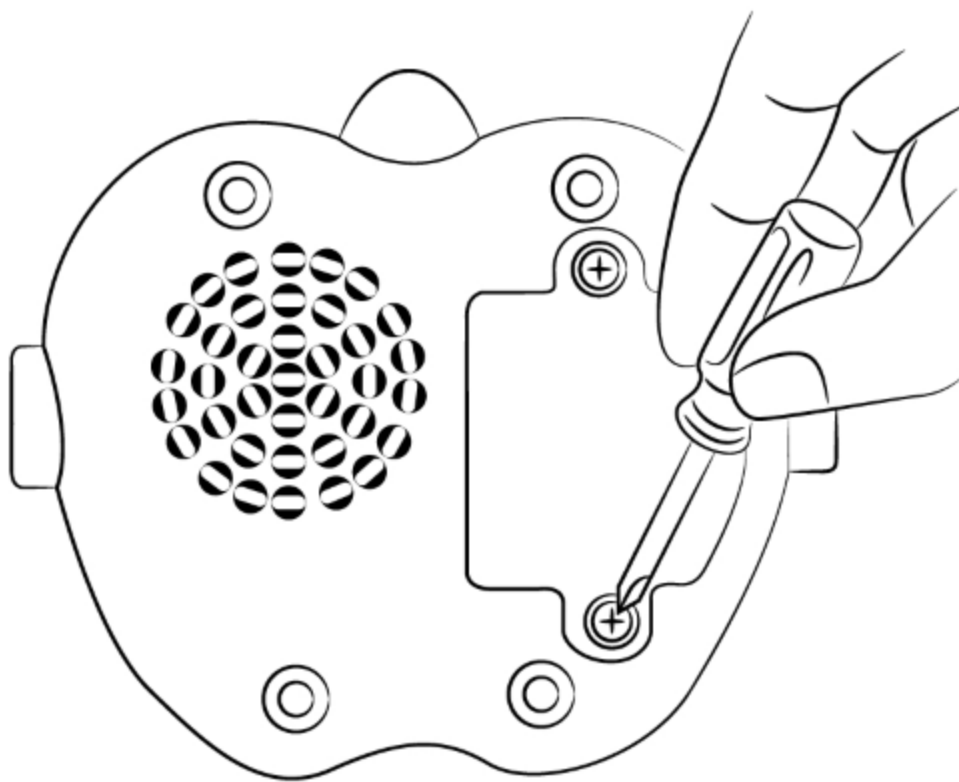
от всего зла в мире, но если можем спасти хоть от чего-то, не воспользоваться этим шансом будет преступлением.

Три лайфхака против бытового травматизма у детей

Первый

Опять тревожное сообщение от моих пациентов: младенец выпил разведенной кислоты, лежит в стационаре, по симптомам и ФГДС легко отделался – только эрозии в желудке.

Как это возможно? Очень просто, схема совершенно типовая, встречался с ней раз десять минимум.



Шаг 1. Наливаем в чайник средство против накипи (оно с кислотой), оставляем для замачивания.

Шаг 2. Забываем слить средство и вымыть чайник.

Шаг 3. Подогреваем содержимое чайника, разводим на нем смесь, кормим младенца.

Забывать, что в чайнике бытовая химия, проще, чем кажется, а уж если чайник чистит один человек, а смесь готовит другой – вообще без шансов.

Итак, лайфхак: если вы замочили чайник чистящим средством, не ставьте его на его привычное место! Поставьте туда, где его быть не должно, а еще лучше заверните во что-то и подпишите. И прячьте всю бытовую химию под замок!

Второй

Когда ребенок на приеме говорит: «О, у меня дома тоже есть такой магнитный конструктор», я всегда спрашиваю: «А вы укрепили каждую деталь скотчем?»

Пластмассовые детали легко вскрываются (например, если кинуть их ребром в стену с размаху – это вполне по силам ребенку), из них выпадают маленькие магниты, которые потом легко проглотить. И хорошо, если ребенок проглотит один магнит, он выйдет с калом, как любое другое инородное тело. А вот когда он проглотит два магнита, да в разное время, они примагнитят друг к другу разные части кишечника и вызовут перитонит.

Поэтому второй лайфхак: укрепляйте каждую деталь магнитного конструктора скотчем так, чтобы вскрыть ее без ножа было невозможно.

Ну и лайфхак 2А: определить, проглотил ли ребенок магнит из расколотой детали быстро и просто, можно с помощью обычного компаса (его стрелка легко покажет магнит с расстояния 20–40 см, в том числе в теле ребенка).

Третий

Если в вашем доме есть игрушка на плоских батарейках-таблетках, убедитесь, что они спрятаны в игрушке не под обычной защелкой, а именно под винтом (и без отвертки их не достать)! Это минимизирует риск вскрывания игрушки и проглатывания плоских батареек (что не менее опасно, чем проглатывание магнитов, см. главу ниже).

Удаляем инородные тела из самых разных мест

Первая помощь при инородном теле в ухе

Попадание инородного тела в ухо может вызвать боль и потерю слуха. Взрослый человек обычно знает о том, где у него инородное тело, но маленький ребенок может этого не знать или не уметь объяснить.



Если в слуховой проход попал инородный предмет, следуйте этим инструкциям.

✗ Ничего не вводите в слуховой канал! Не пытайтесь удалить инородное тело с помощью ватной палочки, спички, скрепки или любым другим инструментом. Все это может привести к проталкиванию инородного тела вглубь уха и повреждению его хрупких структур.

✗ Если объект частично торчит из уха и, скорее всего, может быть легко удален, попросите другого человека осторожно извлечь его, например пинцетом.

✗ Попробуйте использовать гравитацию. Наклоните голову пораженным ухом вниз и потрясите, пытаясь вытолкнуть объект.

✗ Если в ухо попало насекомое, и оно пытается двигаться, сначала наклоните голову пораженным ухом вверх, возможно, оно выползет само. Если нет, залейте туда минеральное или растительное масло. Оно должно быть теплым, но не горячим. После этого потяните за кончик уха немного назад и вверх, чтобы распрямить слуховой канал, масло затечет вглубь. Насекомое задохнется и всплывет в «масляной ванне». Не используйте масло для удаления других объектов, оно подходит только для извлечения насекомого. Не применяйте этот метод у детей при наличии в ухе трубки (тимпаностомы) или если у вас есть подозрение на травму барабанной перепонки, при которой появляются боль, кровотечение или выделения из уха.

✗ Попробуйте промыть ухо из шприца. Используйте обычный шприц без иглы и теплую воду для промывания. Не используйте этот метод, если вы подозреваете травму перепонки или знаете о наличии тимпаностомы в этом ухе.

✗ Если эти методы не помогают, а после удаления в ухе остается боль, снижение слуха или ощущение инородного тела – обратитесь к врачу.

Первая помощь при инородном теле в глазу

Если в глаз попала крупная соринка, вам следует предпринять следующее.

✗ Вымойте руки.

Х Промойте глаз чистой водой или стерильным физиологическим раствором. Используйте небольшой стакан или рюмку, наполните ее водой до краев, приложите к лицу, погрузив в него глаз, и поморгайте.

Х Зайдите в душевую кабину и направьте слабый поток воды из душа себе на лоб, стараясь при этом держать глаз открытым.

Х Чтобы помочь другому человеку: вымойте руки, усадите его в хорошо освещенном месте.

Аккуратно изучите глаз, чтобы найти инородный объект. Для этого оттяните нижнее веко вниз и попросите пострадавшего посмотреть вверх. Затем приподнимите верхнее веко и попросите пострадавшего посмотреть вниз.

Х Если объект плавает по поверхности глаза со слезой, попытайтесь очень нежно промыть глаз пипеткой или легким напором воды.

Х Не пытайтесь удалить объект, воткнувшийся в глазное яблоко.

Х Не трите глаза!

Х Не пытайтесь удалить крупный предмет, мешающий полному смыканию век.

Вызовите скорую медицинскую помощь или обратитесь самостоятельно в ближайшее глазное отделение, если:

Х вы не можете удалить объект; **х** объект воткнулся в глазное яблоко;

Х человек с инородным телом имеет нарушение или искажение зрения;

Х боль, покраснение или ощущение инородного тела в глазу сохраняются после удаления объекта.

Первая помощь при инородном теле в носу

Если посторонний предмет застрял в носу:

X не вводите в ноздрю ватный тампон или любой другой инструмент;

X не пытайтесь вдохнуть объект или с силой высморкать его. Вместо этого дышите через рот до момента извлечения объекта;

X попробуйте зажать здоровую ноздрю и очень тихо выдуть из больной ноздри инородное тело;

X попросите кого-нибудь аккуратно удалить объект пинцетом, если он виден. Опасайтесь протолкнуть его дальше. Если объект не виден или его легко протолкнуть глубже, не пытайтесь его удалять;

X позвоните в скорую помощь или самотеком обратитесь в ближайшее лор-отделение, если самостоятельно не смогли исправить ситуацию.

Первая помощь при инородном теле в коже

В большинстве случаев вы легко и безопасно сможете удалить небольшое инородное тело кожи, например занозу или осколок стекла. Для этого:

X вымойте руки и пораженную область кожи с мылом и водой;

X используйте пинцет, обработанный спиртом, для удаления объекта. Увеличительное стекло может помочь вам лучше рассмотреть его;

X если весь объект находится под поверхностью кожи, возьмите стерильную иглу от шприца или швейную иглу (вторую нужно предварительно обработать спиртом). Осторожно приподнимите или разорвите верхние слои кожи над объектом. Подцепите его кончиком иглы и извлеките с помощью пинцета;

X нежно сожмите ранку, чтобы выдавить несколько капель крови вместе с микробами, попавшими внутрь;

X вымойте эту область кожи снова и высушите. Нанесите мазь с антибиотиком;

X если вам не удалось извлечь инородное тело или оно слишком глубоко проникло, обратитесь в ближайшее хирургическое отделение.

Экстренная помощь ребенку при аспирации (вдыхании) инородного тела

Что общего между ягодой винограда и колпачком от шариковой ручки? И то и другое способно убить вашего ребенка за пять минут у вас на руках.

...Попался в ленте «Фейсбука» интересный пост. В нем обычная мама описывает, как она сегодня чуть не потеряла своего малыша.



Ребенок ел виноград и подавился ягодой, которая встала в гортани, полностью заблокировав возможность дыхания. В таких

обстоятельствах никакая скорая не успеет приехать: через минуту ребенок теряет сознание, через 4–6 минут начинаются необратимые поражения структур мозга, через 7-10 наступает биологическая смерть.

Семья сделала все правильно: они стали выполнять прием Хеймлиха и пытались достать виноградину из глотки пальцами.

Не с первого раза, но взрослым удалось с помощью этого приема подвинуть виноградину кнаружи так, чтобы она стала видна в глубине рта, после чего извлекли ее, зацепив ногтем.

До приезда профессиональных спасателей вы должны поддерживать хотя бы минимальную проходимость дыхательных путей, и в вашем арсенале должен быть только прием Хеймлиха + попытки достать инородное тело пальцем + искусственное дыхание рот в рот (как последняя мера, терапия отчаяния).

Ребенка госпитализировали для наблюдения в реанимационном отделении и лечения травм дыхательных путей, нанесенных виноградиной и ногтем, и он вскоре был выписан полностью здоровым.

Мама очень эмоционально призывает всех родителей не давать детям целые ягоды винограда – только нарезанные по длинной оси. Это весьма мудрый совет, к нему стоит прислушаться.

От себя добавлю, что **знание приема Хеймлиха обязательно для ЛЮБОГО человека**. Забудьте о киношных эффектных приемчиках типа «разрезать шею и вставить ручку». Коникотомия и трахеостомия – исключительно врачебные хирургические манипуляции; если попытаетесь выполнить их сами, все, чего вы добьетесь, – зарежете пострадавшего насмерть.

Важно № 1: помните, что лучшее – враг хорошего. Если человек дышит хоть немного, не суйте в рот пальцы, не делайте искусственное дыхание, пробуйте только прием Хеймлиха. Если все же решились попробовать удалить пальцем, заводите палец осторожно, по краю горла. Бойтесь своими действиями окончательно вклинить инородное тело в глотку или гортани.

Важно № 2: не суйте палец в рот, пока пострадавший не потеряет сознание, – он откусит вам его в панике.

Из тех же соображений покупайте своим детям шариковые ручки **ТОЛЬКО** со спасательным отверстием (дырочка на верхушке колпачка). Это даст им шанс в случае беды дожить до хирурга.

Если аспирация все же произошла, ребенок вдохнул что-то, сильно закашлялся, посинел, его вырвало, и он никак не может раздышаться,

ПОШАГОВЫЙ АЛГОРИТМ:

1) **Частичная обструкция** (ребенок вдохнул инородное тело, но может дышать и в сознании; кашляет, паникует, мечется, глаза слезятся, постоянно подкатывает рвота).

Подойдите к ребенку и поощряйте кашель. Скорее всего, он сможет его откашлять. Если нет, вызывайте скорую и госпитализируйтесь в стационар. Ребенку потребуется операция бронхоскопии, чтобы извлечь инородное тело. Не кладите ребенка, держите его сидя или стоя (при изменении положения тела инородный предмет может сместиться и полностью перекрыть дыхательные пути).

2) **Полная обструкция** (ребенок не может ни вдохнуть, ни выдохнуть). Позовите кого-либо на помощь и начинайте действовать по плану.

3) **Захватите челюсть ребенка**, встаньте на колени позади стоящего ребенка.

4) Наклоните его вперед, нанесите пять средней силы ударов по спине, между лопатками, затем пять толчков в живот, используя прием Хеймлиха. Повторите циклы «пять ударов – пять нажатий» несколько раз.

Прием Хеймлиха: встать на колени позади ребенка, обхватить ребенка, положить одну руку на живот, сжатой в кулак, вторую руку положить на свой кулак, толкающими движениями с помощью оставшегося в легких воздуха постараться вытолкнуть инородное тело обратно в рот ребенка; давить надо с такой силой, чтобы кулак продавливал туловище примерно наполовину.

5) Если у вас не получилось, **звоните в скорую помощь** (а лучше попросите кого-то позвонить, а сами продолжайте оказывать помощь ребенку). Откройте рот, посветите фонариком – если инородное тело виднеется в глотке, попробуйте извлечь его. Если все попытки оказались безуспешны и ребенок задыхается, появилась прямая угроза смерти, начните искусственное дыхание.

Логика действий такова: вы две-три минуты пробовали вытолкнуть инородное тело из дыхательных путей наружу, у вас не получилось, ребенок потерял сознание, мозг начал страдать от кислородного голодания. До прибытия скорой еще минимум десять минут. Вам надо продержат до них ребенка живым. И вы делаете маневр отчаяния – искусственное дыхание, чтобы протолкнуть инородное тело хотя бы внутрь, раздышать ребенка и дать ему шанс дожить до бронхоскопии.

6) **Откройте ему рот**, запрокиньте голову чуть назад, выдвиньте нижнюю челюсть вперед и удерживайте ее так, зажмите нос.

7) **Сделайте пять вдохов рот в рот.**

8) **Сделайте тридцать нажатий на грудную клетку для непрямого массажа сердца.** Потом два вдоха рот в рот и снова тридцать нажатий; повторите этот цикл трижды. Будьте внимательны: при непрямом массаже, как и при приеме Хеймлиха, инородное тело может выпасть в рот, тогда немедленно извлеките его пальцем, пока ребенок снова не подавился им.

9) **Остановитесь, быстро оцените состояние ребенка.** Если самостоятельное дыхание отсутствует, продолжайте цикл «два вдоха – тридцать нажатий», пока не приедет скорая помощь.

И пожалуйста, еще раз: если вы не хирург – никаких киношных «разрезать шею – вставить трубку». Не умея выполнять коникотомию, вы просто зарежете ребенка, он истечет/захлебнется кровью до прибытия скорой.

Строго придерживайтесь алгоритма. И пусть вам никогда в жизни не пригодятся эти знания.

Локоть няньки: что делать, если случился подвывих локтевого сустава

Подвывих локтевого сустава является одной из самых распространенных травм суставов у детей в возрасте от шести месяцев до пяти лет.

Травму обычно наносят родители, воспитатели или старшие братья/сестры. Она возникает, когда ребенка слишком сильно и/или резко тянут за вытянутую руку.



В предплечье человека (часть руки между кистью и локтем) есть две параллельные кости: лучевая и локтевая. В плече (часть руки между локтем и подмышкой) кость одна: плечевая. Локтевой сустав обеспечивает правильное соединение этих трех костей. Чтобы удерживать эти три кости вместе, между ними существуют связки. Связки ребенка по эластичности напоминают резинки для волос, они довольно рыхлые и могут легко соскользнуть по кости. С возрастом связки укрепляются, и риск подвывиха локтевого сустава проходит.

Симптомы

Травма имеет очень характерную историю: она возникает в тот момент, когда ребенка по какой-либо причине резко и сильно тянули за руку. В момент травмы вы можете услышать или почувствовать «щелчок» сустава. Ребенок может коротко вскрикнуть или сказать о резкой боли, но она обычно проходит довольно быстро. Основным длительным симптомом является утрата способности сгибать руку в локте. Дети с такой травмой часто держат пострадавшую руку почти полностью разогнутой, на коленях или прижав к животу и отказываются использовать ее.

Подвывих локтевого сустава – это устоявшееся бытовое название, а на строгом медицинском языке эта травма называется смещением кольцевой связки (annular ligament displacement). Эта связка представляет собой эластичную ленту, которая удерживает две кости предплечья (лучевую и локтевую кости) вместе в локтевом суставе. При внезапном сильном вытягивании руки кольцевая связка соскальзывает с лучевой кости и попадает в ловушку между костью и суставом. Важно понимать, что ни связка, ни кость не получают при этом серьезных повреждений; они просто смещаются в ненадлежащее положение.

Лечение

Ребенка следует показать доктору в ближайшие часы после случившегося. Традиционно врачу достаточно просто вылечить ребенка от этой травмы: **специальным маневром он возвращает**

связку на ее законное место, это вызывает кратковременную боль у ребенка, но настолько незначительную, что обезболивания перед вправлением подвывиха не требуется.

Манипуляция обычно занимает всего несколько секунд, однако не всегда удастся вправить связку с первой попытки, и тогда доктору придется повторить ее несколько раз, прежде чем ребенок снова сможет использовать руку. Как правило, после вправления назначают парацетамол на ближайшие дни для облегчения дискомфорта в суставе.

Поскольку при подвывихе кости не ломаются, рентгенограммы обычно не нужны, но если у врача будут сомнения в отсутствии перелома (слишком сильная боль, отек, слишком нехарактерное описание обстоятельств травмы), он назначит сделать рентгеновский снимок перед тем, как вправлять сустав. **После терапии ребенок начинает в полном объеме пользоваться рукой буквально через пару минут.**

Профилактика

Х Старайтесь не тянуть ребенка за руку с силой и внезапно.

Х Избегайте травматичных игр: не стоит размахивать или раскручивать ребенка, держа за запястья.

Х Если ребенок тянет вас в одном направлении, не тяните его обратно к себе резким движением (например, в гневе).

Х Всегда поднимайте ребенка только держа за подмышки, а не за запястья (и не за плечи, к слову сказать, но это речь уже о другой травме: травме плечевых суставов).

У некоторых детей суставы очень нежные, и «локоть няньки» может быть вызван даже совсем небольшим потягиванием. Если эта травма повторяется несколько раз, врач может научить вас вправлению подвывиха сустава самостоятельно, чтобы вы могли быстро оказать помощь, пока ребенок не перерастет склонность к подвывихам.

«Красные флаги» (опасные и нетипичные симптомы)

Подвывих локтя обычно не вызывает интенсивных или продолжительных неприятных ощущений. В момент травмы ребенок испытывает кратковременную боль, но к моменту посещения кабинета врача болеть в покое уже не должно. Ребенок щадит руку, испытывает резкий дискомфорт при попытке двигать ею, но **при отсутствии активности** особых неудобств или страданий нет.

Сильная боль, отек, деформация конечности или любая травма кожи могут быть признаком перелома кости и требуют проведения рентгеновского снимка.

Кроме того, неоднократные попытки вправления, не приводящие к желаемому результату, тоже дурной знак – в таком случае требуется проведение рентгенограмм сустава и, возможно, наложение на него шины.

О периоральном дерматите, или Не злоупотребляйте топическими стероидами

Однажды в моем кабинете за день было сразу два ребенка с периоральным дерматитом, при том, что обычно это нечастая болезнь. Вечером того же дня я написал эту главу.



У первого ребенка дерматит был вызван частым использованием эмолента на лицо (это редкая причина), у другого – применением гормонального крема вокруг рта несколько месяцев подряд, и вот второй случай – очень типичный.

...Современное название этой болезни periorificial dermatitis можно перевести на русский как «вокруготверстиевый дерматит», но звучит это очень коряво, поэтому давайте просто заимствуем из английского этот термин – «периорифициальный».

В своей первой книге я писал о стероидофобии, то есть о том, почему не нужно бояться топических (действующих в месте нанесения) «гормональных» препаратов при правильном их использовании, также эту информацию можно найти с помощью поиска в моем блоге.

А теперь настало время написать пост о том, чем эти препараты могут навредить, если применять их неправильно.

Периорифициальный дерматит – заболевание кожи лица, характеризующееся группами зудящих, нежных, мелких, красных папул. Из названия болезни следует, что эти папулы располагаются вокруг глаз, ноздрей, рта и иногда – гениталий.

Частным случаем периорифициального дерматита является периоральный дерматит, при котором поражения кожи ограничены нижней половиной лица и особенно тяжелы вокруг рта. Иногда можно встретить термин «периокулярный дерматит», если сыпь располагается в основном на веках и вокруг глаз.

Обычно периорифициальный дерматит поражает женщин в возрасте от 15 до 45 лет. Реже – мужчин.

Но может встречаться и у детей любого возраста.

Как правило, пусковым моментом для периорифициального дерматита является нерациональное использование стероидов на кожу и слизистые оболочки.

Точная причина этого дерматита не установлена. Но известно, что при нем происходят:

- ✗ дисфункция эпидермального барьера;
- ✗ активация врожденной иммунной системы;
- ✗ изменения кожной микрофлоры;

Х рост фолликулярных фузиформных бактерий.

В отличие от себорейного дерматита, который также может поражать сходные участки лица, грибы малассезии не участвуют в этом дерматите.

Периоральный дерматит может быть вызван:

Х топическими стероидами, наносимыми на кожу лица умышленно (при лечении другой сыпи на лице) или непреднамеренно (например, если мазать «Адвантаном» ногу, а потом, не помыв руки от остатков крема, трогать лицо);

Х назальными стероидами, стероидными ингаляторами и оральными стероидами (случайное попадание на кожу, например при использовании дозированного аэрозольного ингалятора «Фликсотид» через спейсер с лицевой маской);

Х косметическими кремами, средствами для макияжа и солнцезащитными средствами;

Х фторированной зубной пастой;

Х плохой гигиеной кожи лица;

Х изменениями гормонального фона и/или приемом оральных контрацептивов.

Проявления периорального дерматита следующие:

Х односторонние или двусторонние высыпания на подбородке, щеках, верхней губе и веках, преимущественно вокруг рта, ноздрей и глаз;

Х сыпь состоит из эритематозных папул (красных бугорков) или папулопустул (бугорков с головкой гноя) от 1 до 2 мм в диаметре;

Х сухость и шелушение кожи на этих участках;

Х покраснение и раздражение кожи.

Диагноз периорального дерматита обычно не представляет сложности для опытного врача и основывается на типичной картине сыпи и типичном анамнезе (в первую очередь, указаниях

на нерациональное использование топических стероидов). Каких-либо подтверждающих анализов не существует, кроме биопсии кожи, но она требуется редко.

Помимо описанных выше форм периорифициального дерматита, существует еще одна его форма – стероид-индуцированная розацеа, она поражает в основном щеки и лоб.

Периоральный дерматит поддается полному излечению, однако первые недели терапии бывают очень мучительными, потому что при отмене стероидов на лицо сыпь резко обостряется, а положительная динамика сыпи начинает появляться лишь спустя 2–3 недели после начала лечения.

Лечение

Х Прекратите использование всех кремов для лица, включая топические стероиды, косметику и солнцезащитные средства (это называется «нулевая терапия»). Лечение периорального дерматита отчасти напоминает борьбу с наркотической зависимостью: сперва при отмене возникает ломка – резкое обострение симптомов – и только потом приходит облегчение и выздоровление.

Х В случае когда резкая отмена приводит к очень сильному обострению сыпи, обсудите со своим врачом более медленный отказ от топических стероидов и других средств для лица, вызвавших зависимость у вас или ребенка. Временной мерой может также быть замена сильного стероидного крема на более легкий аналог и применение его все реже и реже, вплоть до полного отказа. Однако предпочтительным вариантом остается резкая отмена.

Х Для ежедневной гигиены на время терапии используйте умывание лица теплой чистой водой. Когда дерматит пройдет, можете использовать обычное или жидкое мыло.

Х Отдавайте предпочтение жидким или гелевым солнцезащитным кремам.

Х Иногда доктор может назначить местное лечение, например **мазь с эритромицином**, это ускоряет процесс выздоровления. Но без консультации с дерматологом лучше ничего не применять, так как большинство кремов лишь затягивают выздоровление.

Х В самых тяжелых случаях врач может назначить курс пероральных антибиотиков длительностью 6-12 недель.

Х Пероральная низкодозовая терапия изотретиноином может использоваться, если антибиотики неэффективны или противопоказаны.

Гормональные препараты – это очень эффективный и вполне безопасный способ лечения многих кожных болезней, не стоит бояться их применять. Просто нужно делать это строго по рекомендации врача, и тогда риск развития побочных эф-

Профилактика периорального дерматита

✗ Периорифициальный дерматит обычно можно предотвратить путем избегания слишком длинных курсов (более недели-двух) топических стероидов на лицо.

✗ Когда для лечения воспалительной лицевой сыпи (например, при atopическом дерматите) необходимы топические стероиды на лицо, их следует наносить строго на пораженный участок не чаще, чем один раз в день, и использовать стероиды наименьшей силы. Отменять их следует как можно раньше.

✗ Если врачу приходится назначать гормональную мазь на лицо, он всегда учитывает как пользу от нее, так и потенциальные риски, такие как развитие периорального дерматита. Доктор будет давать четкие инструкции по его применению. Теперь вы знаете, почему вам не следует без крайней необходимости увеличивать длительность курса лечения, менять назначенный стероид на более сильный и наносить мазь на большую площадь кожи или в большем количестве, чем то, которое вам назначено.

✗ Когда стероид попадает на кожу случайно (при ингаляциях «Пульмикорта» через маску, например), следует омыwać лицо проточной водой сразу после завершения ингаляции.

Глава-просьба: родители, снимайте симптомы болезни ребенка на смартфон!

Дорогие родители, у вас же у каждого в кармане сейчас есть фото/видеокамера высокого разрешения. Вы же так часто снимаете своего ребенка в счастливые моменты. Ну пожалуйста, не забывайте, что снимать можно и моменты несчастливые!



Вы приходите в кабинет к врачу, и рассказываете:

– *Вчера была сыпь, вот тут-то, вот такая-то, но уже прошла* – а врач гадает, это крапивница? Что-то другое?

– Неделю назад были мышечные подергивания, длились столько-то, повторялись тогда-то – и врач думает, это эпилепсия? Что-то другое?

– Три дня назад походка стала странной, ходил «на вставленных ногах», весь день не мог встать из положения на корточках в положение стоя без помощи мамы, но суставы не опухали – врач пытается понять: это миозит?

Синовит? Крепатура? Мышечная дистрофия? Или что-то другое?

– В последнее время когда ест, странно наклоняет голову набок – синдром Сандифера? Или просто балуется?

– Пару дней назад ударился и закатился (не дышал) на целую минуту, посинел, закатил глаза, обмяк и сполз на пол – это дебют эпилепсии, кардиогенное синкопе или банальный аффективно-респираторный приступ?

– Вчера были красные точки в кале – это кровь или что-то красное съел?

– Когда лежит одна в кроватке, дергает ножками ритмично – это инфантильные спазмы (разновидность тяжелой детской эпилепсии), приступы боли в животе или безобидная младенческая мастурбация?

– Месяц назад были белые прожилки в стуле, больше не повторялись – это глисты или пищевые волокна?

– Странно храпел во сне, вел себя неадекватно ситуации, закатывал глаза, были тики, дистанционные хрипы, отек лица от укуса осы, сыпь на коже при прикосновении к жидкому белку яйца, странный звук на вдохе вечером и т. д., и т. п. – все это лучше один раз увидеть (на видео/фото), чем сто раз услышать (от мамы, которая по памяти передает то, что видела паникерша-бабушка).

Да, на эмоциях бывает сложно вспомнить и начать съемку, но хотя бы когда ситуация не экстренная, когда она многократно повторяется или длится несколько часов, когда около ребенка есть несколько взрослых в момент проблемы, снимите то, что происходит хотя бы 30–40 секунд, на видео или сделайте парочку фото – это невероятно облегчит работу врачу.

Фотографируйте то, что фотографируется, снимайте на видео все, что снимается, записывайте на аудио все, что слышится. Сыпь может пропасть или измениться, пока вы ждете даты приема врача. Судороги,

тики, странные движения почти невозможно увидеть в кабинете врача. Ночной кашель, странный храп или дистанционные хрипы/ стридор тоже почти наверняка врач не сможет увидеть воочию.

Ваших описаний почти всегда недостаточно, и вы в большинстве случаев сильно искажаете их, подгоняя под собственные представления (осознанно или неосознанно). Даже когда вы показываете на себе «точно такое же» движение или нашли в «Гугле» фотку и на ней – «вот примерно такую» сыпь, это не всегда помогает, а может даже запутать врача.

Помогите вашему доктору, оцифруйте все, что видите, и продемонстрируйте ему при ближайшем визите или вышлите по электронной почте.

Это будет очень полезно ему и вам, соответственно.

Р. S. Уважаемые коллеги, не забывайте об этике и юридической стороне работы с мультимедиафайлами. Никакие фото и видеоматериалы не могут быть опубликованы в открытом доступе без согласия (хотя бы устного) родителей или законных представителей пациента. Непременно нужно замазывать глаза, затирать фамилии/адреса на документах и обезличивать фото всеми возможными способами. То, что вы выкладываете в чаты и закрытые группы, тоже не всегда остается там. Помните о врачебной тайне, доверие пациентов утратить очень легко, да и под судебное преследование попасть нетрудно.

Р. Р. S. Однажды мать выслала мне в «Вайбер» фото сыни ребенка, чтобы спросить, что это. Сыпь была чрезвычайно типичной, я с легкостью поставил диагноз и попросил использовать эти фото в блоге. Мама разрешила. Я затер лицо полностью (сыпь была на теле), написал пост и опубликовал его. Через час мать звонит мне, извиняется и говорит: «Доктор, пожалуйста, удалите, моя знакомая подписана на ваш блог, узнала на фото интерьер нашей квартиры и поняла, что на фото мой

ребенок». Разумеется, я удалил, заменил картинками из «Гугла». Мир очень-очень тесен, поэтому аккуратны до паранойи при публикации фото (самого пациента или его документов) и видео.

Батарейка и мед: чем опасны детские игрушки

Что делать, если ребенок проглотил плоскую батарейку в форме таблетки? Ее нужно КАК МОЖНО СКОРЕЕ УДАЛИТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ, пока она не прожгла пищевод насквозь! Проглоченная батарейка немногим менее опасна, чем выпитый уксус!



...Это была очередная напоминалка для родителей, чтобы на подкорке отложилось. Теперь еще один лайфхак. Американские ученые опубликовали очень интересное и оптимистичное исследование. Они пробовали в экспериментах разные жидкости, продукты питания и лекарства, чтобы попытаться снизить скорость и

глубину поражения стенок пищевода от плоских батареек. И оказалось, что лучше всего с этой задачей справляется самый обыкновенный жидкий мед! Авторы рекомендуют прием двух ложек меда каждые десять минут вплоть до самого удаления батарейки. Это должно замедлить агрессивное воздействие химической реакции и улучшить исход.

ВНИМАНИЕ!

Следует помнить четыре больших ограничения этого метода:

1) Маленьким детям удобнее и гуманнее проводить эндоскопию пищевода под наркозом, а он дается на голодный желудок для профилактики рвоты и аспирации рвотных масс во время проведения операции. Анестезиологи не скажут нам спасибо, если мы накормим такого ребенка.

2) **Мед запрещен для детей до года из-за риска ботулизма.**

3) Мед – аллергичный продукт, аллергическая реакция может добавить проблем.

4) Если уже есть клиническое подозрение на перфорацию пищевода, любая еда и питье категорически запрещены (вот только меда в средостении хирургам не хватало).

Поэтому, как мне кажется, мед следует использовать после проглатывания батарейки только в случае, если:

1) Ребенок и так недавно плотно ел, терять уже нечего; или везем его из глубокого захолустья к эндоскопистам более 3–5 часов, и риск перфорации пищевода высок, тогда можно пренебречь наркозными рисками, есть проблема посерьезнее.

2) Возраст ребенка больше года.

3) Раньше ребенок уже ел мед, и все было хорошо.

4) Нет чрезвычайной задержки обращения за медпомощью и/или клинического подозрения на перфорацию пищевода.

Итак, еще раз: **если ваш ребенок проглотил плоскую батарейку**, то в большинстве случаев от вас требуется только:

✗ не давать еды и питья,
✗ и бегом к хирургам, вызывайте скорую или везите сами, смотря что быстрее.

Но в некоторых случаях, когда до вмешательства эндоскопистов пройдет не менее нескольких часов, прием внутрь текучего (не затвердевшего) меда может быть полезен.

vk.com/kinder_landia

Никогда не используйте эти лекарства и БАДы

Осторожно, опасные лекарства! Yiganerjing Cream

Обращение к любителям покупать «натуральные» лекарства по интернету без назначения врача, к почитателям альтернативной медицины и к критикам медицины официальной, которая «гормонами и антибиотиками только срывает естественный иммунитет».



Пару дней назад мама моего пациента в Иванове, которая сама страдает взрослой формой атопического дерматита, помимо прочего,

задала мне вопрос: а не слышал ли я про некую китайскую мазь Yiganerjing Herbal Cream. Мол, ей не могут помочь с дерматитом врачи, все их лечение неэффективно, но она считалась хороших отзывов про эту мазь, попробовала ее и получила чудесный результат – сыпь ушла сразу и почти полностью. Мазь стоит копейки в отличие от хороших эмолентов и хороших стероидных кремов, которые предлагают врачи и официальные аптеки.

В топе «Гугла» вперемежку с агрессивной рекламой этой мази мне выпало кричащее предупреждение британской MHRA (The Medicines and Healthcare products Regulatory Agency), а также множества дерматологических и просветительских сайтов, ссылавшихся на MHRA, которые в один голос заявляют: НЕ ИСПОЛЬЗУЙТЕ ЭТУ МАЗЬ, ЭТО ОПАСНО!

Мама достала мазь из сумочки, я почитал состав, он на английском, там только мазевая основа и травы; предположив, что это какой-то внезапно подошедший пациентке эмомент, я разрешил использовать его дальше, пообещав подробнее узнать об этом препарате к их следующему визиту.

...Такие истории уже случались множество раз и будут случаться еще. Например, год назад американское агентство FDA (Food and Drug Administration) обнаружило в гомеопатических таблетках, применяемых для облегчения прорезывания зубов у младенцев, огромные дозы белладонны, несравнимо превышающие те, что были заявлены в инструкции к препарату. Такие дозы могут вызывать отравление и ряд побочных эффектов, что гораздо неприятнее, чем дискомфорт от прорезывания зубов. Препарат тут же был запрещен.

Когда нашлось время почитать, я ввел название в «Гугл» и тут же пожалел, что не сделал этого при пациентке, сразу в кабинете.

Оказалось, эксперты MHRA заинтересовались чрезмерной эффективностью этой мази, нехарактерной для обычных трав, изучили ее химический состав и выяснили, что в ней содержится очень агрессивный стероид – клобетазола пропионат, способный провоцировать атрофию кожи, периоральный дерматит и даже

системные побочные эффекты, характерные для стероидных препаратов. Кроме того, в мази нашли два противогрибковых компонента, способных вызывать у людей сердечную недостаточность. Обо всех этих трех компонентах инструкция к препарату «тактично» умалчивает.

Мы (врачи) ничего не имеем против стероидных и противогрибковых препаратов как таковых, мы сами их назначаем в некоторых ситуациях, знаем и следим за их побочными эффектами.

Но для этого мы должны четко знать, какое именно вещество и в какой концентрации содержится в препарате.

Производитель, который объявляет свой препарат «натуральной фитотерапией» и при этом тайком подмешивает в него агрессивные ингредиенты, должен быть лишен всякого доверия немедленно, а в идеале – и привлечен к юридической ответственности.

Я настоятельно рекомендую своим пациентам и подписчикам не использовать эту мазь ни при каких условиях.

Но мы с вами живем в России, здесь нет ни FDA, ни MHRA, ни каких-либо других организаций, которые мониторили бы безопасность рынка медикаментов ДО реальных случаев отравления и вреда. Когда шарлатанские лекарства запрещают в цивилизованных странах, их производителям приходится искать другие рынки сбыта, например нашу страну. Поэтому нам нужно быть вдвойне осторожными при выборе лекарственных препаратов, чем гражданам Европы и США.

Не покупайте никаких лекарств, не посоветовавшись со своим врачом!

Раздел четвертый О прививках



Глава о движении против вакцинации

Прошла пора, когда мы могли говорить о прививках, не упоминая об антипрививочниках. Сразу после появления первых вакцин появились люди, сомневающиеся в эффективности и безопасности прививок. Спустя много десятков лет вакцины стали несравненно безопаснее, человечество – образованнее, тем не менее в век интернета движение антивакцинаторов приобрело небывалый масштаб и посеяло сомнения в необходимости вакцинации в умах большей части родителей. Всемирная организация здравоохранения назвала отказ от прививок одной из самых значимых глобальных угроз человечеству.



Ни один другой лекарственный препарат не вызывает такого сильного и скоординированного сопротивления. Потому что **вакцины – это не просто лекарства, это лекарства, которые применяют до болезни**. Все медицинские средства имеют побочные эффекты, люди обычно согласны с ними мириться, когда болезнь уже пришла и очевидна, но, если болезни еще нет, они очень придирчиво относятся к препаратам, особенно вводимым внутрь.

Аргументы «антиваксов» не требуют глубоких знаний в естественных науках и статистике, они рассчитаны на интуитивные страхи, на когнитивные искажения (особенно популярны предвзятость подтверждения и недооценка бездействия) и все на то же тотальное недоверие официальной медицине. То есть антипрививочные настроения растут сами, как сорняки, а «запрививочные» нужно возделывать с трудом, как к

Чтобы согласиться на прививку, у родителей должно быть либо четкое понимание, что это, как работает и зачем нужно, либо крепкое доверие врачу, либо и то и другое. В реальности у них часто не бывает ничего из этого. Понять, как работает вакцина, каковы реальные риски осложнений, сравнимы ли они с последствиями дикой инфекции, довольно непросто. Для этого нужны хорошие просветительские ресурсы (которых в русскоязычном интернете почти нет) и хорошее базовое образование у родителей (не считите за снобизм, но это тоже встречается нечасто). Доверять врачу в нынешних условиях пациентам сложно (частично в этом виноваты сами врачи, частично – ужасная отечественная организация системы здравоохранения). Вот и выходит, что принять решение о прививке родителям довольно сложно.

С другой стороны, отказаться – более чем просто. Антипрививочных сайтов море, на них натыкаешься, даже если не хочешь того. Например, я много гуглю о вакцинах, и «Яндекс Директ» периодически подсовывает мне рекламу типа «Заставляют делать прививки ребенку? Звони, опытный юрист поможет!»

Кроме того, отношения между миром медицинских работников и миром пациентов в современной России все сильнее походят на непримиримое противостояние (пациенты часто обвиняют врачей в непрофессионализме и халатности, а врачи нередко винят пациентов в

потребительском отношении и кверулянтстве). Поэтому к другому родителю по определению испытывают большее доверие, чем к доктору, так как он «свой», он с этой стороны баррикад, а врач «чужой».

Когда «свой» отговаривает от вакцин, а «чужой» предлагает их вводить, шансы у них явно неравны.

Все это, на мой взгляд, является основными предпосылками к распространению антипрививочных настроений у населения. Ну и, разумеется, все это является невероятно благодатной почвой для всякого рода шарлатанов: гомеопатов, натуропатов, звукотерапевтов и т. д., которые изо всех сил открещаются от официальной медицины (стараясь примазаться к категории «свой»), сеют недоверие к ней; и трудно представить более удобную мишень в официальной медицине для критики и недоверия, чем профилактическая вакцинация.

Не лучше обстоят дела в среде медицинских работников: многие врачи тоже высказываются против прививок. Главных причин две: общий низкий уровень образования и профессионализма врачей в России и нарастающее юридическое давление на врачей.

Сложилась нездоровая ситуация, когда врачам безопаснее дать медотвод, чем рекомендовать прививку.

Простой пример: родители сдали анализы ребенка перед вакцинацией: в анализе крови слегка снижено содержание нейтрофилов и гемоглобина, в анализе мочи чуть повышено содержание солей и лейкоцитов, все остальное в норме. Родители получают мнение двух педиатров, один говорит им, что это мелкие отклонения, они не влияют на эффективность и безопасность вакцинации, надо прививаться, второй говорит, что это потенциально опасные отклонения, они могут указывать на начало серьезных заболеваний, нужен медотвод на полгода, лечение такими-то

профилактическими препаратами, контроль анализов каждый месяц. С точки зрения современной медицины первый доктор прав, второй порет чушь. Но с точки зрения родителей (а решение о прививках, напомню, за ними), первый врач делает свою работу поверхностно и формально, ему лишь бы побольше привить и «поставить галочку в отчете», а второй – заботливый душка с индивидуальным подходом к ребенку, он не торопится, а делает все внимательно и осторожно. Вы уловили этот перекося?

В сложившихся российских реалиях хороший и профессиональный прививающий доктор априори проигрывает тому, который склонен к необоснованным медотводам от прививок, так как аргументы второго интуитивно и эмоционально ближе родителям.

А теперь добавьте к этому еще и юридическое давление на врача, и вы поймете весь трагизм ситуации. Поясню: если доктор не введет вакцину и с ребенком случится что-то плохое (например, стартует эпилепсия), то родители подумают: «Черт, как нам не повезло!» – и поедут искать хорошего эпилептолога. К педиатру, который не ввел прививку, у них не будет никаких претензий, даже если эта эпилепсия развилась после коклюша, от которого она могла бы защитить. А вот если врач привьет ребенка, а после этого разовьется эпилепсия, родители с большой вероятностью усмотрят между событиями причинно-следственную связь (которой, кстати, нет: наука четко доказала, что прививки не вызывают эпилепсию). Они подадут на педиатра в суд, эксперты увидят, что он вводил прививку ребенку, у которого были отклонения в анализах, возьмут да и подтвердят подозрения родителей (да, это нелепо и непрофессионально, но о низком качестве современной судебно-медицинской экспертизы пишут очень многие известные медюристы, это тоже наши реалии), и врачу вынесут обвинительный приговор: мол, он и вакцинация виноваты в эпилепсии.

То есть выходит, что давать ложные медотводы от прививок педиатрам проще сразу по двум причинам: так они выгоднее выглядят

в глазах пациентов и так они страхуются от юридического преследования при возникновении истинных негативных реакций на вакцинацию, а также в случае заболеваний, которые выглядят как ее осложнения. Формируется порочная практика у врачей частичного или полного отказа от прививок, и чем меньше у них знаний и смелости, тем чаще они высказывают скепсис к прививкам; а «личные убеждения» добавляются уже потом.

...Ну а некоторые доктора просто искренне верят в идеи антипрививочного движения, они тоже люди и также могут заблуждаться.

Как бороться с антивакцинаторством

Разговоры с людьми, отрицающими пользу прививок, всегда очень утомительные и опустошающие. Они требуют от врача большого запаса времени, знаний, интеллекта, выдержки, терпения и такта. Они больше, чем любые другие обсуждения, заряжены негативом и напряжением, и после них подчас ощущаешь себя как выжатый лимон.



Врачу, посмеявшему начать разговор о пользе прививок с отрицателями, приходится выдерживать натиск обвинений, негативных примеров, подозрений, мифов, которые родители копили годами. При этом доктору нельзя показать свое раздражение, нельзя сорваться в ответные обвинения и обесценивание, нельзя даже просто

прервать разговор с видом «Ой, все!», иначе это немедленно будет истолковано отрицателями как проигрыш врача и подтверждение их худших догадок. Нужно мужественно и бесстрастно выслушивать пациента, спокойно, аргументированно и с достоинством парировать каждую из нападок, не теряя самообладания ни на секунду, тщательнейшим образом подбирая выражения, потому что любое неосторожное слово, жест или гримаса во время такого противостояния могут разрушить все, что удалось создать ранее.

Врач вынужден выслушивать упреки в личной финансовой выгоде докторов и медчиновников, персональные обвинения во лжи, в сговоре врачей и ученых с «фарммафией», в тысячный раз выслушивать штампованные нелепые мифы о ртути, вызывающей аутизм и рак, о том, каким болезненным растет нынешнее поколение детей из-за прививок.

Об откровениях «врачей», которые «устали мириться с ложью о прививках и решились рассказать всем страшную правду». О «реальных случаях», когда умерли все дети в соседнем подъезде «от какой-то там точно не помнят прививки», но власти замалчивают эту информацию. О том, как тайное мировое правительство и масоны контролируют население Земли, чипируют людей с помощью прививок, заражают инфекциями, бесплодием, снижением интеллекта и т. д., и т. п. О том, что полиомиелитом болеют далеко не все заразившиеся, у большинства людей к нему врожденная невосприимчивость, а значит, не надо никого и прививать (клянусь, это все реальные примеры из моего кабинета). О том, что корь и краснуха, перенесенные в детстве, укрепляют иммунитет и предотвращают рак и аутоиммунные расстройства. О том, как бездарные врачи подрывают несформированный иммунитет вакцинами, вводя их детям в таком хрупком возрасте, и потом дети болеют аллергиями-эпилепсиями-диабетами-онкологией-непослушанием-бездуховностью-гомосексуализмом_____ (нужное подчеркнуть, в свободной строке вписать свой вариант). О том, что коклюш «не такая уж страшная болезнь», о том, что «столбняком ребенку негде

заразиться» и уж тем более ему «негде заразиться» гепатитом В. О том, что прививок «слишком много», что их «вводят бездумно», что «не учитываются индивидуальные особенности ребенка, потому что никто не проводит исследования иммунитета перед каждой прививкой, «а надо бы», и все в таком духе.

Врачу приходится почти каждый день выслушивать, что вакцинация – это кристаллизованное мировое зло, от которого детей нужно уберечь, «хотя бы до школы».

Всю эту ахинею, повторяю, ему нужно воспринимать с серьезным лицом, с сочувствием, пониманием и принятием права пациента на такие мысли и эмоции, и ни в коем случае нельзя разозлиться и закатить глаза, или прыснуть со смеху, или даже просто обесценить какой-либо из доводов, не дослушав: это разрушит едва наметившееся доверие, и родители либо закроются и замолчат окончательно, либо перейдут в спор ради спора. В обоих случаях шансы переубедить их будут полностью потеряны.

Обычно я довольно спокойно отношусь к пациентам, отрицающим пользу прививок: они искренне хотят добра своим детям, просто они неверно информированы, долго варились в антипрививочной среде и обросли предрассудками, когнитивными искажениями и недоверием к официальной медицине; их можно понять. Я совершенно нетерпим только к идейным борцам и проповедникам антипрививочного движения: эти люди – социальные паразиты без всяких оговорок. Я не святой, я тоже иногда срываюсь, закатываю глаза, высмеиваю совсем уж откровенную нелепицу и делаю другие вещи, которыми потом не горжусь, из-за которых теряю контакт с семьей. А иногда я просто не нахожу в себе сил начать разговор о прививках, предвидя все эти трудности наперед, и трусливо молчу, меняя тему разговора, внутри оправдывая себя ядовитыми шутками про естественный отбор у дураков. Но в большинстве случаев мне все же удается следовать базовым принципам грамотного общения с отрицателями, и после каждой такой беседы навыки постепенно совершенствуются.

И все же это просто родители, они заслуживают уважения, понимания и принятия. Они не виноваты, что запутались в тех потоках дезинформации, которые выливает на них русскоязычный «Гугл»/«Яндекс» при запросе «прививки», и, не разобравшись, поставили суждения шарлатанов и дилетантов выше мнения профессионалов здравоохранения. Гораздо больше меня вымораживает другое: что до меня эти родители были у многих врачей, и даже те из докторов, кто был за вакцины, не смогли хоть сколько-нибудь внятно объяснить им суть заблуждений антипрививочников, даже не попытались развенчать базовые мифы и переубедить. Ну чего же мы тогда ждем от пациентов, если сами врачи «плавают» в этой теме и не желают разбираться и впрягаться в борьбу за истину и науку? В медицине сплошь засилье серости, посредственности и «лишь бы меня не трогали, только бы смену досидеть». Как при таком раскладе заслужить уважение и доверие родителей в вопросе здоровья их детей (на минуточку!), тем более в таком сложном для восприятия вопросе, как профилактическая медицина?

Дорогие коллеги-педиатры, я вас очень прошу: читайте о прививках, образовывайтесь, не ленитесь ввязываться в дискуссии (доброжелательные и уважительные) с сомневающимися или отрицающими родителями. Отсидеться в сторонке не выйдет: кто не за вакцинацию, тот против нее, третьего не дано. Идет информационная война. Антипрививочные лидеры очень харизматичны, активны, начитанны и всегда готовы к спорам. Если мы будем постоянно уклоняться от дискуссий, они победят. Более того, если мы будем просто похожи на них, они возьмут верх. Мы должны быть умнее и честнее их.

Неважно, кто перед вами, грузчик, едва закончивший когда-то пять классов средней школы, или академик, знающий семь языков, им обоим нужны грамотные и понятные объяснения о безопасности и эффективности вакцинации, потому что вопрос касается самого дорогого – их детей и внуков. Кажется, что у вас больше шансов убедить в необходимости прививок людей начитанных, крутых профессионалов в своем деле, интеллектуалов, но это не всегда так. Еще Лев Толстой писал: «Большинство не только считающихся умными людьми, но действительно очень умных людей, способных

понять самые трудные рассуждения научные, математические, философские, очень редко могут понять хотя бы самую простую и очевидную истину, но такую, вследствие которой приходится допустить, что составленное ими иногда с большими усилиями суждение о предмете, суждение, которым они гордятся, которому они поучали других, на основании которого они устроили всю свою жизнь, – что это суждение может быть ложно». Это невероятно меткое наблюдение, оно объясняет, почему людям бывает так сложно принять пользу вакцинации после многолетнего отрицания, даже после того, как врач отразил все нападки на вакцины и контраргументов у них не осталось; я называю это ментальной инерцией, ее очень трудно остановить и направить в обратную сторону.

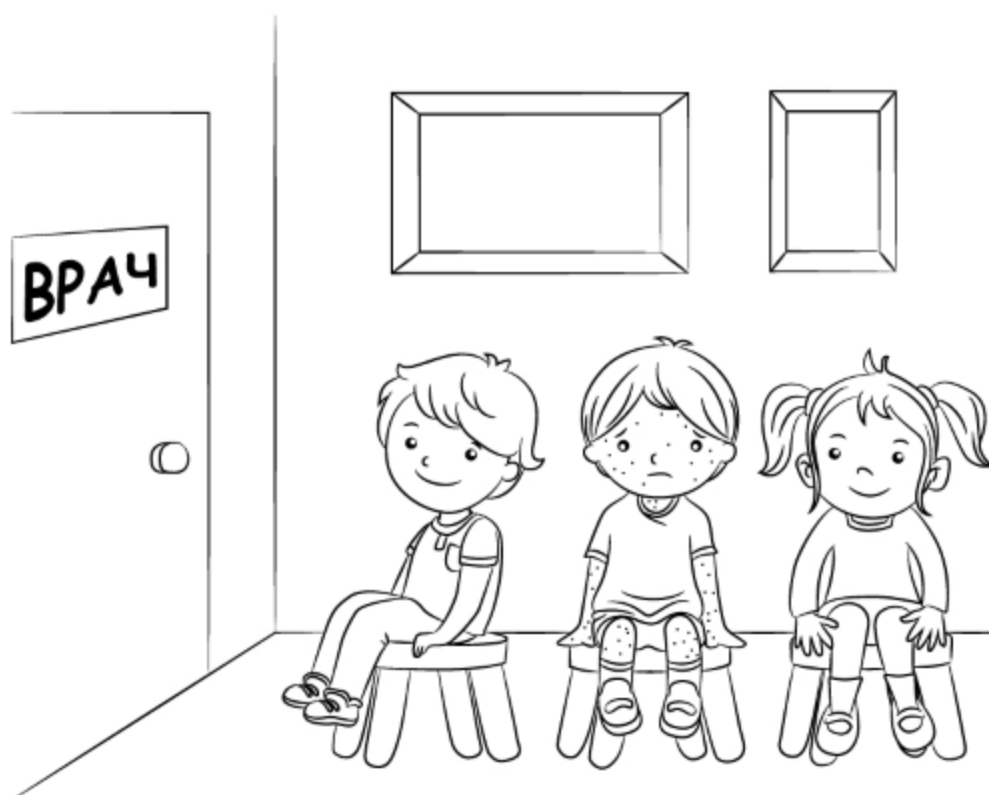
Разумеется, все эти капризы и отказы – до первой большой эпидемии; полыхнет полиомиелит, как в пятидесятых, начнут родители возить детей с вялыми параличами в инвалидных креслах по улицам – и очередь за прививками выстроится за три квартала до поликлиники. Погибнет в семье или у близких друзей ребенок от коревого энцефалита, вот только тогда (и то не в 100 % случаев) придет озарение, что остальных детей нужно срочно привить, и люди наконец осознают, почему врачи так настаивали на вакцинации. Но это неприемлемая для нас цена. Работа педиатров заключается в предотвращении болезней, а вовсе не в злорадстве после ее возникновения: ***«Ну что, получили? Ну и кто был прав, поняли теперь?»***

Так вот, дорогие коллеги, воевать с мракобесием, в том числе бороться с антипрививочными настроениями, – это долг нашей профессии. Простите мне мой пафосный тон, но пока мы не начнем повторять и дополнять друг друга на своих консультациях, действовать грамотно и сообща, ничего не изменится. А пока от тотального торжества абсурда вокруг и от бездействия коллег порой просто накрывает уныние и опускаются руки.

Пост в моем блоге, на основе которого написана эта глава, содержит громадное количество ссылок в пользу вакцинации на русском и английском языках. Если вам захотелось их найти, введите в поиске по блогу «Большой пост о борьбе с антивакци-наторством» и изучите все материалы по ссылкам.

«Доктор, если прививки почти всегда безопасны, почему в интернете столько плохих отзывов о них, и ни одного хорошего?»

Мне кажется, ответ на этот вопрос очень прост, и я многократно писал об этом в блоге, в интервью и в книгах. Но на приеме продолжают его задавать, в том числе те, кто «мы ваши давние подписчики». Хорошо, давайте еще раз.



1) Ответьте честно, **какова вероятность, что вы оставите добрый отзыв с благодарностью о кафе, где вам очень понравилось?** Напишите им на сайт, расскажете друзьям в соцсетях, поставите пять

звезд в «Гугл-картах»? Ответили? А какова вероятность, что вы отрицательно прокомментируете ситуацию, когда в кафе что-то было вам неприятно (официант был груб, таракан в салате)? Она заметно выше, не так ли?

Тезис номер один: негатив заряжает на действие значительно сильнее, чем позитив.

Вывод: случаи вреда от прививок попадают в интернет чаще, чем случаи пользы (будь то настоящий или кажущийся вред).

2) Идем дальше. Представьте, что вы пришли за ребенком в детский сад, а у него перевязана ладошка – он порезался на прогулке. Вы сделаете гневное замечание воспитателю? Ну разумеется, что за вопрос. А расскажете об этом вопиющем случае родственникам и друзьям? Думаю, непременно. А если ваш ребенок, находясь дома с вами, упал с пеленального столика или потянул за скатерть и опрокинул на себя крутой кипяток, тогда расскажете? Ой ли.

Тезис номер два: мы прощаем себе ошибки охотнее, чем другим.

Вывод: родители, чей ребенок пострадал от отсутствия прививок, не станут писать об этом в интернет. Они боятся и избегают осуждения в свой адрес; а вот те, чей малыш стал жертвой прививки (опять же, будь то настоящий или кажущийся вред), сообщат непременно – люди скоры на осуждение врачей.

3) **В большинстве случаев у вас нет никакой возможности понять, сработала ли вакцина.** Если вы попали в ужасное ДТП и остались живы, ремни и подушки безопасности сработали, это

очевидно. А когда вы привились и не заболели – ничего особенного не произошло, все было хорошо и осталось хорошо.

Много ли детей не перенесли отитов, получив вакцину против пневмококковой инфекции, дадут понять только исследования; у конкретно взятой семьи нет возможности узнать, сколько случаев болезни и осложнений предотвратил педиатр, введя их ребенку все вакцины. И мы допускаем классическую когнитивную ошибку, думая, что мир справедлив, что хорошее случается в нем по умолчанию, а в плохом всегда кто-то виноват, что оно якобы не может происходить просто так.

У меня были родители, которые рассказывали, что в группе детского сада, который посещает их ребенок, была вспышка коклюша, многие заболели, а их малыш – нет. И даже они говорили «нам повезло», «наш ребенок мало общался с заболевшими, потому не заразился» и неохотно связывали здоровье малыша со своевременной и полной вакцинацией. Спорим, если бы он пострадал, они не подумали бы, что им «не повезло» или что он «много общался с заболевшими», а наехали бы на меня, что моя вакцина не сработала.

Тезис номер три: люди плохо ориентируются в основах эпидемиологии и иммунопрофилактики и обычно необъективны в суждениях.

Вывод: даже если родители захотят написать хорошее о прививках, им часто не о чем писать, – ничего же не произошло. Можно сказать: «Я сделал своему ребенку все прививки, и он ничем не заразился», но только ленивый антипрививочник не бросится убеждать этого родителя, что вакцины тут ни при чем.

Ну и сам по себе хайп притягивает внимание людей. Добавьте к этому повсеместное распространение страхов перед вакцинацией (а значит, когнитивное искажение: «Я так и знал, что от этих прививок один вред») – и получите такую картину:

Х с одной стороны, **люди не понимают, как работают вакцины**, не имеют возможности узнать, сколько пользы от вакцин получил

конкретно их ребенок, и заранее настороженно относятся к вакцинации;

Х ас другой – **видят и придираются к нежелательным реакциям** (даже к самым безобидным), склонны винить врача и прививку во всех бедах, случившихся после вакцинации (даже в тех, которые не могут иметь к ней ни малейшего отношения), и гораздо охотнее рассказывают об ошибках педиатра (настоящих или мнимых), чем о своих.

Только за одну неделю (предшествующую написанию этой главы) ко мне обратились:

а) Мама с младенцем, у которой старший ребенок погиб от ветряночного менингоэнцефалита, теперь привить младшего от ветрянки мама хочет как можно раньше.

б) Семья (двое взрослых и трое детей), вернувшаяся из отпуска, где они все перенесли тяжелые гастроэнтериты, все, кроме младшего, которого прививали у меня год назад «РотаТеком», он весь отпуск оставался здоров.

в) Семья с шестью абсолютно непривитыми детьми, где младшему четыре месяца, старший «странно кашляет уже месяц до красного лица и головной боли», в последние дни начали кашлять еще двое младших «особенно сильно ночью, до рвотных позывов», а «лечение местного врача, разумеется, не помогает».

Спойлер: это коклюш – заболевание, которое смертельно опасно для самого младшего ребенка в этой семье, и от которого могла бы надежно защитить вакцина АКДС.

Вероятность того, что хоть кто-то из этих людей напишет свою историю в интернет, исчезающе мала. Люди не хотят рассказывать о своих бедах, если в них некого винить. Педиатры видят такое регулярно, но связаны врачебной тайной и в целом тоже неохотно этим делятся. Ну и откуда тогда возьмутся истории пользы от вакцин или вреда от их отсутствия в Мировой паутине?

Ну и главное: чуть менее, чем все опубликованные случаи вреда от прививок – суть преувеличение (пишут «отнялись ноги на неделю», а

ребенок просто осторожно ходил пару дней из-за болезненности в бедре в месте инъекции), отсутствие причинно-следственной связи (пишут, что «в год ввели вакцину, а в девять лет дебютировал сахарный диабет» – тут не может быть никакой связи) или просто ложь («куча детей умерло от АКДС в нашей поликлинике за последние полгода, но врачи это скрывают», да как такое можно скрыть, помилуйте?!)

Вывод: «Не читайте перед обедом советских газет» (М. Булгаков, «Собачье сердце»). Лучше найдите хорошего врача и доверяйте ему.

Последствия несвоевременной и неполноценной вакцинации

Недавно на прием приходила мать с ребенком полутора лет, прививки введены только те, которые делают в роддоме (БЦЖм и ВГВ). Обычная история, каких у меня сотни: сперва была желтушка, педиатр не рекомендовал вакцинировать, затем «медотвод по неврологии», потом родители «все как-то не решались начать», да и доктора не особо настаивали. Эта история ничем бы не отличалась от сотен других, привились бы позже, перед детским садом, например, но именно этой семье судьба не простила промедление с вакцинацией, и в семь месяцев жизни ребенок заболел пневмококковым менингитом (тем самым, против которого он уже мог бы быть надежно защищен тремя-четырьмя дозами «Превенар 13» или «Синфлорикс»).



Потом было реанимационное отделение, люмбальные пункции, антибиотики, иммуноглобулины внутривенно, поддерживающая терапия. Потом были вопросы *«Где мы могли этим заразиться?»* и *«Почему это случилось именно с нами?»* Затем реабилитация, расширенные обследования, оценка причиненного болезнью ущерба... Обошлись малой кровью: ребенок выжил, у него даже не пришлось отнимать конечностей из-за септических некрозов. На память о болезни на всю жизнь осталась только глухота на одно ухо, она уже не пройдет. Теперь ребенок восстановился от тяжелой болезни, и мать привела его ко мне начинать вакцинацию.

Уважаемые коллеги-педиатры, вовремя вводите детям вакцины, не давайте ложных медотводов, разговаривайте, убеждайте! Это

мы с вами виноваты в низком охвате, родители не знают, чем чревато промедление с вакцинацией, а мы знаем!

Дорогие родители, не бойтесь прививок, бойтесь того, от чего они защищают, того, что случается с непривитыми! Не будьте инфантильны и пассивны, изучайте графики введения вакцин сами и требуйте от своего педиатра строгого соблюдения этих графиков; это нужно прежде всего вам и вашему ребенку.

Р. С. Дорогие мои, я правда не люблю пугать последствиями и делаю это довольно редко, я знаю гораздо больше, чем пишу в блоге и книгах. Но совсем не писать об этом, всегда занудно взывать только к благоразумию и науке – не могу, меня разорвет. Потому что почти каждый день «меня из пламенного горна бросаю в ледяной холод» (Романс Теодоро, к/ф «Собака на сене»). Сперва приходит семья, которая только недавно прошла ад детского коклюша, выходят, а следом за ними в кабинет заходят те, кто «от коклюша точно прививать не дам, я слышала, АКДС плохо переносится». После – мама, которая потеряла малыша от ветряночного энцефалита, за ней – родители хохочут мне в лицо, когда слышат рекомендацию привить от ветрянки, ведь «ветрянка – легкая болезнь». За оглохшим от пневмококка входит семья и категорично заявляет: «Мы с нашим педиатром решили ввести „Превенар“ попозже, после двух лет». А следом – ребенок, перенесший тяжелую корь... Следующие упираются: «Наш невролог не рекомендует вводить живые вакцины в первые три года жизни». И т. д., и т. п.

При всей моей терпимости к родительским опасениям и капризам иногда я начинаю терять самообладание и кипеть. Мне хочется выйти из кабинета, догнать у гардероба тех, кто пережил затяжную изнурительную болезнь, реанимационное отделение, осложнения или даже похороны ребенка, и попросить: «Ну скажите хоть вы им, каково это! Меня они не слушают».

Но врачебная тайна и профессиональная этика не позволяют. Играть надо по правилам, даже когда проигрываешь.

Поэтому блог для меня как клапан на скороварке. Когда давление пара внутри достигает опасных величин, он выпускает излишки.

Р. Р. S. Есть у меня интересное наблюдение: все родственники, друзья и знакомые семьи, у которой случилась беда с ребенком по причине отсутствия прививок, быстренько прививают своих детей от всего, от чего только есть вакцины. Ничто так не мотивирует, как осложнение у непривитого в ближнем окружении. Вакцинируйте своих детей вовремя и в полном объеме, иначе они станут мотиваторами для всех окружающих.

Глава о том, как правильно, своевременно и полноценно вакцинировать ребенка

На неделе, предшествовавшей написанию этой главы, соцсети всколыхнула очередная волна паники по поводу нового случая гибели ребенка от менингококковой инфекции. Родители массово бросились вакцинировать детей «Менактрой», ко мне приводили даже детей с совершенно пустым сертификатом прививок для вакцинации «Менактрой». На предложение прививать и от других инфекций, ввести сегодня с «Менактрой» хотя бы «Инфанрикс Гекса» вторым уколом – отказ; «Менактра» важнее, остальное потом. Но почему важнее? Производят впечатление только детские смерти? Простите, но это не поведение взрослых здравомыслящих людей – это инфантилизм в чистом виде.



Вы разве не знали до прошлой недели, что инфекционные заболевания калечат и убивают детей? Что именно поэтому против них, болезней, и разрабатывают вакцины? Что грамотные педиатры вам постоянно предлагают прививаться именно для того, чтобы ваши дети не стали следующими? Безусловно, шокирующие трагедии очень мотивируют, но настраивайтесь сразу на полноценную защиту, иначе что это за «ямочный ремонт» такой: у соседки выпал ребенок из окна – установлю дома замки на окна, у коллеги искалечился в ДТП из-за отсутствия автокресла – куплю своему автокресло... С таким подходом рано или поздно этими несчастными соседями и горькими примерами станете вы.

Прошел Всемирный день борьбы с менингитом – это ли был не повод привить ребенка «Менактрой»? Не цепляет? Нужны именно детские смерти? Ну так пожалуйста, откройте мой блог, я только за

последний год писал в нем о:

- ✗ смерти ребенка от эпиглоттита;
- ✗ смерти от пневмококкового менингита;
- ✗ смерти от кори;
- ✗ смерти от коклюша;
- ✗ смерти от столбняка (столбняка! Двадцать первый век на дворе!).

И так далее, думаю, для одной главы чернухи достаточно, этого хватит, чтобы проиллюстрировать мою мысль.

Все эти смерти можно было предотвратить своевременной и полноценной вакцинацией. Я уже писал год назад пост о том, как привить ребенка полностью, а не только «лишь бы в садик взяли», но ситуация немного изменилась, потребовались правки графика. Кроме того, он не содержал торговых названий вакцин и поэтому был не совсем удобен. Пора его освежить, пока очередная смерть ребенка не забылась и вы снова не раздумали вакцинировать своих детей.

Расширенный график вакцинации

Зачем нужен расширенный график вакцинации, если есть российский национальный календарь прививок; почему бы просто не выполнить нацкалендарь?

Дело в том, что российский нацкалендарь вовсе не оптимален, он недотягивает даже до уровня «базовая защита». В нынешнем виде он напоминает финансовый прожиточный минимум, который тоже определен государством, но все знают, что в реальности на него не прожить. Чтобы довести календарь прививок до уровня «базовая защита», я бы добавил в него всем детям вакцины против гемофильной палочки типа b и вакцины против менингококка групп A, C, Y, W-135. А чтобы поднять до уровня «адекватная нынешней эпидемиологической ситуации защита», я бы добавил еще прививки против ротавирусной инфекции, ветряной оспы, гепатита A, папилломавирусной инфекции, в эндемичных регионах – против клещевого энцефалита, против менингококка группы B, но сейчас ее даже не планируется регистрировать в РФ, так что пока это возможно только через вакцинный туризм.

Итак, чтобы оптимально защитить малыша от управляемых инфекций в нынешних российских условиях, я бы рекомендовал такую схему:

1. Не менее чем за три месяца до первой (или той, на которой спохватились) беременности женщине ввести вакцины против кори и краснухи (М-М-Р II, «Приорикс» или др.).

2. Беременной вакцинироваться против гриппа («Инфлювак» или «Ваксигрип») и коклюша («Адасель»), однократно.

3. В роддоме ввести ребенку первую дозу против гепатита B и туберкулеза (БЦЖм).

4. В первый месяц ввести вторую дозу (V2) против гепатита B.

5. Во второй месяц ввести V1 «Превенар 13» (против пневмококковой инфекции) + V1 «РотаТек» (против ротавирусной инфекции).

6. В три месяца ввести V1 «Пентаксим» (АаКДС + ИПВ + ХИБ) + V2 «РотаТек».

7. В 4,5 месяца ввести V2 «Пентаксим» (АаКДС + ИПВ + ХИБ) + V3 «РотаТек» + V2 «Превенар 13».

8. В шесть месяцев ввести V3 «Инфанрикс Гекса» (АаКДС + ИПВ + ВГВ + ХИБ) + V3 «Превенар 13» (по российскому календарю, третья вакцинирующая доза от пневмококка не нужна, но это только из экономии; в развитых странах вводится трехкратно).

9. В девять месяцев ввести V1 «Менактра».

10. В двенадцать месяцев провести пробу Манту, через три дня оценить ее и ввести V2 «Менактра» + V «Приорикс Тетра» (ну или по отдельности, вакцины против кори, краснухи и паротита, например М-М-Р II + вакцина против ветряной оспы «Варилрикс»).

11. В год и три месяца ввести R «Превенар 13» + V2 «Варилрикс» + V1 против гепатита А («Аваксим 80» или «Хаврикс 720»).

12. В год и шесть месяцев ввести R «Пентаксим» (АаКДС + ИПВ + ХИБ).

13. В год и девять месяцев ввести R2 «БиВак Полно» (живая полиовакцина) + V2 «Аваксим 80» или «Хаврикс 720».

14. Все. До шести лет только ежегодные пробы Манту и прививки против гриппа осенью (оптимально в сентябре – октябре с шести месяцев жизни; в первую осень двукратно, затем каждый год однократно).

Дополнительно подумать о вакцинации против клещевого энцефалита: «Клещ-Э-Вак» или ФСМЕ «Иммун Джуниор»; вводится две дозы с минимальным интервалом в месяц перед первым сезоном, одна перед вторым сезоном и далее раз в три года по одной.

15. В шесть лет ввести ревакцинацию против кори, краснухи и паротита (ММР II).

16. В 6,5 года ввести R2 «Адасель» (коклюш во взрослой дозе, дифтерия и столбняк) или R2 АДС-м (только против дифтерии и столбняка) + R1 «Менактра».

17. В девять лет – вакцина против папилломавирусной инфекции V1 «Гардасил» или «Церварикс» (девочкам особенно важно, но и мальчикам тоже стоит).

18. В девять лет и шесть месяцев – V2 «Гардасил» или «Церварикс».

19. В 14 лет R3 АДС-м + R3 «БиВак Полно» + R2 «Менактра».

20. До 18 лет не забываем про ежегодные пробы Манту (или диаскинтесты) и прививки против гриппа каждую осень.

Примечание 1

Вероятность того, что вам удастся строго следовать этому графику, довольно невелика. И потому, что в России сейчас перебои с поставками не только импортных, но даже и российских/нацкалендарных вакцин, и из-за того, что ребенок может болеть, и на время болезни прививки придется откладывать, и вследствие того, что непредвиденные бытовые препятствия тоже никто не отменял. Но стремиться к этому графику нужно.

Примечание 2

При желании (при недостатке денег или отсутствии возможности прививаться в частных центрах) львиную долю этих вакцин можно получить и в поликлинике. Например, «Превенар 13» там точно такой же, как и в частном центре. Но импортных вакцин там, скорее всего, нет, и, скажем, чтобы ввести замену вакцине «Инфанрикс Гекса», педиатр должен будет уколоть ребенку три вакцины: «Бубо-кок» (АКДС + ВГВ), «Полимилекс» (ИПВ) + вакцина против гемофильной инфекции типа В (например, «Хиберикс»). Прибавьте к этому постоянные перебои с вакцинами в поликлиниках, бесконечные необоснованные медотводы, а также панический страх многих педиатров вводить более двух вакцин за один визит, и вы поймете, как труден квест «привей ребенка от всего, что нужно, в поликлинике вовремя». Также нужно помнить, что в поликлинике обычно вводят цельноклеточную АКДС, а в частных центрах – бесклеточную. Тем не менее российские вакцины вовсе не исчадие ада, они менее удобны, чем импортные, посложнее переносятся, не от всех болезней имеются, но прививаться российскими – это гораздо лучше, чем не прививаться ничем.

Ну и, разумеется, в поликлинике (по крайней мере, за МКАДом) вы почти наверняка не сможете получить вакцины сверх нацкалендаря (против ротавируса, гемофильной инфекции типа В, менингококка, гепатита А, клещевого энцефалита, папилломавирусной инфекции, ветряной оспы и др.), ведь это место, где выдают тот самый прожиточный минимум, и если хочется большего, без иммунизационного центра не обойтись.

Примечание 3

Многие родители, которым я озвучиваю этот список вакцин, опасаются: «Не слишком ли их много»? Нет, мои хорошие, это болезней слишком много, а не прививок против них. Если вы не привьете ребенка от менингококка, а потом он погибнет от менингококкового менингита, вас, помимо невыносимой боли утраты, раздавит громадным чувством вины. Если не вакцинируете от ротавируса, а потом на отдыхе за границей он заболит гастроэнтеритом, отпуск будет испорчен. Если не привьете от ветрянки, заболит, останутся рубцы на лице, будете искать способы их удалить и т. д. Защитить от всего невозможно, но не спасать от того, что в наших силах предотвратить, – очень глупо. Делай что должен, и будь что будет.

Примечание 4

Регулярно в личку приходят вопросы типа *«Мы с мужем были антипрививочниками, теперь стали читать ваш блог и решили начать вакцинировать; ребенку сейчас пять лет, какова схема?»* Ответить на такой вопрос постом в блоге или главой в книге невозможно, слишком много переменных в этом уравнении. Этот раздел педиатрии называется «догоняющая иммунизация» (англ, catch-up immunization), в календаре прививок развитых стран она вынесена в отдельный раздел, в России же единого документа на эту тему нет; это приводит к путанице даже среди врачей, не говоря уже о пациентах. Поэтому для составления догоняющего графика вакцинации вам лучше обратиться к грамотному педиатру или иммунологу. Если все же хотите разобраться сами, посмотрите у меня в блоге пост под названием «Видеопрезентация о „догоняющей“ вакцинации детей».

Зачем нужен прививочный сертификат



Удивительно, но не все родители знают, что это и зачем. Поясню.

Прививочный сертификат – это персональная книжечка размером с паспорт, в которую медработники записывают все введенные прививки с датами, сериями и торговыми названиями.

Куда же записываются введенные пациенту препараты, содержащие иммуноглобулины, так как последние влияют на сроки дальнейшей иммунизации живыми вакцинами. Там же фиксируются тяжелые нежелательные реакции на вакцины, аллергии и осложнения,

связанные с иммунизацией. По очевидным причинам.

Прививочный сертификат – это документ родителей, а затем самого пациента (в этом весь его смысл; в поликлинике есть своя документация на введенные ребенку вакцины, в детском саду/школе/вузе – своя), его не надо никому отдавать. Его надо хранить дома в папке с документами и иметь с собой при любом посещении врача.

Прививочный сертификат выдается в поликлинике, но там он обычно сделан из самой дешевой бумаги (быстро истреплется) и для половины современных вакцин не имеет разделов. Приличный вариант обычно можно получить в частных медцентрах или купить в магазинах канцтоваров. Покрепче, посимпатичнее, посовременнее.

Сертификат может пригодиться доктору при планировании дальнейших прививок. При некоторых болезнях ребенка иногда требуется срочно уточнить его прививочный анамнез. Этот документ может понадобиться на отдыхе, при острой вспышке управляемой инфекции (например, больной корью обнаружен в отеле, где вы остановились, медики объявляют карантин, осматривают/инструктируют контактных). Сертификат очень нужен в травмпункте, чтобы срочно определиться с тактикой введения травмированному ребенку противостолбнячного анатоксина и иммуноглобулина (см. главу о профилактике столбняка). В любом медицинском учреждении, где вы делаете прививку, попросите медработника сделать пометку в вашем сертификате. Таким образом, у вас на руках всегда будет актуальная информация о вакцинах, введенных вашему ребенку. Если вы планируете поездку за рубеж, попросите своего педиатра подписать международные общепринятые названия вакцин рядом с российскими (гепатит В – НерВ, АКДС – DTP или DTaP, пневмококк – PCV13 или PPSV23, менингококк – MenACWY, МепА или МепА+С и т. д.; эти англоязычные аббревиатуры понятны любому врачу в любой стране, говорящему на любом языке), чтобы иностранным докторам не

пришлось угадывать каракули русских коллег.

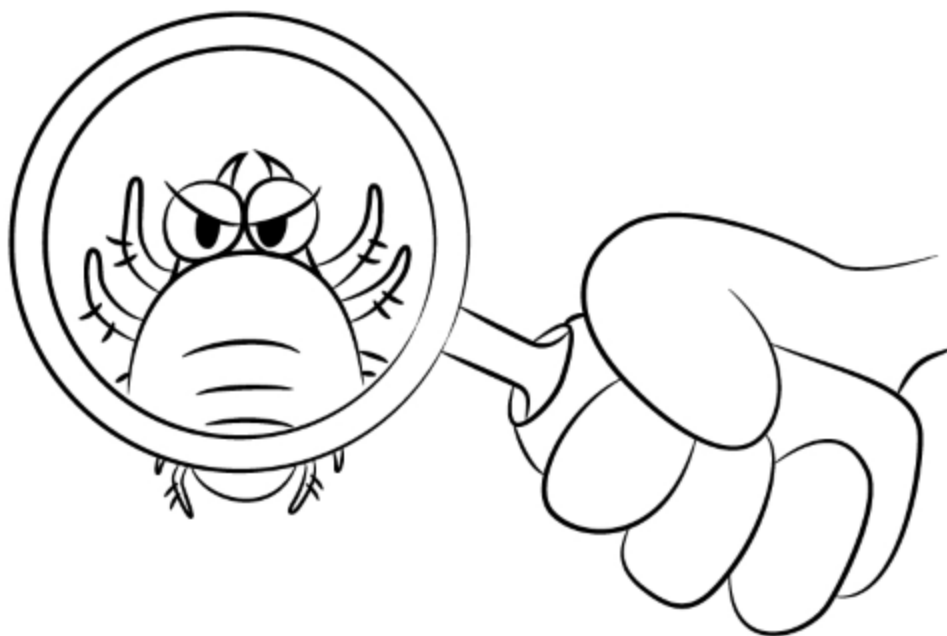
Поскольку сертификат может понадобиться внезапно (в том же травмпункте), будет совсем здорово, если вы продублируете его сами для себя в электронную форму, тогда он всегда будет доступен вам на смартфоне.

Вы можете заняться сертификатом для ребенка в любое время, хоть сразу после роддома, хоть перед совершеннолетием. Для этого попросите вашего участкового или частного педиатра оформить или заполнить вам его во время одного из визитов.

vk.com/psy_abc полная библиотека

Важная глава о вакцине против клещевого энцефалита

Клещевой энцефалит – опасная инфекция, которая чаще всего передается человеку через укусы иксодовых клещей. Для профилактики этой инфекции создана вакцина, но она не входит в календарь обязательных прививок, а вводится по так называемым эпидемическим показаниям.



Вакцинация особенно необходима жителям эндемичных регионов, но может быть проведена всем людям, которые могут подвергнуться

укусу клеща, поскольку заболеть клещевым энцефалитом можно и в неэндемичном регионе.

Схема вакцинации состоит из трех доз:

X первая вводится с сентября по февраль;

X вторая – минимум через месяц после первой, в марте, самый крайний срок – в апреле (непосредственно перед сезоном), чтобы от момента введения второй дозы до первых проталин прошло минимум две недели;

X первые две дозы защищают человека на 8-12 месяцев, затем в марте следующего года вводится **третья доза**, она защищает еще на три года,

X и потом **раз в три года** по одной дозе.

Для тех, кто упустил плановые сроки вакцинации, существует экстренная схема: **две дозы с интервалом две недели**. Ее применяем с апреля и все лето, когда сроки поджимают.

Импортных вакцин против клещевого энцефалита в России нет уже три года, применяем российский «Клещ-Э-Вак» или любую другую российскую вакцину. Вакцинация разрешена с одного года.

После зимы клещи просыпаются от спячки и активно ищут себе первых за этот год хозяев: мышей, птиц, ежей и других лесных зверей, иногда людей. Дальше в течение лета идет процесс **«присосался – повисел пару недель – напился – отвалился – переварил, отложил яйца – проголодался – пополз искать нового хозяина»**, и одновременно голодных клещей уже не так много; но сразу после схода снега они голодны все одновременно и активно ищут первого хозяина для начала цикла. На майские праздники люди традиционно выбираются на природу, аккуратно к весеннему пику активности только что проснувшихся клещей, а потом тысячами едут в травмпункты на удаление/обследование клещей. К этому сроку нужно иметь вакцинный иммунитет.

Эти насекомые переносят не только клещевой энцефалит, но и Лайм-боррелиоз и некоторые другие болезни. От других клещевых заболеваний вакцин нет. Но есть и хорошие новости: для передачи

болезни Лайма и других бактериальных «клещевых» инфекций клещ должен сосать человека непрерывно 36 часов подряд, то есть если вы привьете ребенка (или взрослого) вакциной от клещевого энцефалита, а потом каждый вечер после посещения леса/поля будете тщательно его осматривать и удалять присосавшихся клещей, риск заражения какой бы то ни было клещевой инфекцией крайне мал. Для детей старше восьми лет и взрослых, покусанных боррелиозным клещом, в мире иногда применяют доксициклин, в России детям профилактически применяют амоксициллин, но мне не удалось нагуглить документ, который это регламентирует. Напротив, последние клинические рекомендации содержат только фразу «Специфическая профилактика болезни Лайма отсутствует».

Когда нужна экстренная, а когда – плановая профилактика гепатита А

Гепатит А – инфекция, о которой мы мало говорим, мало слышим. Отчасти потому, что это относительно легкое заболевание (легче остальных гепатитов во всяком случае), отчасти потому, что его не так много. И все же он рядом с нами, вспышки регистрируются регулярно, обычно они небольшие, врачам удается быстро их локализовать.



Традиционно заболевание проходит самостоятельно на симптоматическом лечении без больших последствий, но бывают тяжелые и даже смертельные формы. Может течь длительно (недели и

месяцы), вызывая повышение температуры, недомогание, потерю аппетита, диарею, рвоту, дискомфорт в животе и другие неприятные симптомы.

Одна доза вакцины против гепатита А защищает на два года (по некоторым данным, и от трех до пяти лет), две дозы – на 20 лет, после чего можно ввести бустер (напоминающую дозу) и продлить защиту. На мой взгляд, это вполне «выгодная сделка», поэтому я рекомендую своим пациентам введение вакцины в профилактическом режиме (не в виде экстренной постконтактной профилактики, а планово, заранее).

Против заболевания существует эффективная вакцина. Плохая новость: в российский национальный календарь она не входит, и мало кто ее получает, кроме посетителей частных медцентров (которым, как известно «лишь бы привить побольше и денег срубить», ага, именно поэтому). Хорошая новость: прививка настолько эффективно и быстро приводит к выработке иммунитета, что ее можно применять даже для экстренной вакцинации после контакта с больным. То есть если вы знаете (ключевое слово «если»), что вы или ваш ребенок попали в контакт с больным гепатитом А, то в течение пяти дней (по российскому СанПиНу), а точнее, в течение двух недель (по рекомендациям ВОЗ и CDC) после контакта, но чем раньше, тем лучше, можно быстренько ввести вакцину и не заболеть, даже если успел заразиться.

Ребенка укусила собака. Что делать?

Вашего ребенка (или вас) укусила собака, или кошка, или еж, или кто-то еще. Как поступить в этой ситуации? Простой ответ: нужно сразу обратиться в травмпункт. Там вас всему должны научить и выполнить все необходимое для профилактики. Если хотите разобраться подробнее, читайте дальше.



Я бы разделил все, что вам угрожает после укуса животным, на три большие группы проблем: бешенство, столбняк и прочее.

Бешенство

Это главное, чего следует опасаться.

Потому что у нас в России (по крайней мере, в Центральном федеральном округе) ситуация крайне неблагоприятная.

В Ивановской области ежемесячно находят трупы животных, умерших от бешенства, и рано или поздно это может закончиться смертью человека.

Подробное описание тактики постконтактной профилактики регламентируется в РФ следующими санитарными правилами: СП 3.1.7.2627-10. «Профилактика бешенства среди людей. Санитарно-эпидемиологические правила», см. главу VIII.

Бешенство не передается через воздух (как грипп) или через грязные руки (как ротавирус), оно передается только при контакте со слюной (укус, ослюнение животным ссадин человека) или кровью больного животного через поврежденные слизистые оболочки или поврежденную кожу. Если такой контакт произошел, вам прежде всего следует выяснить, прививалось ли животное от бешенства.

Это обычно возможно только при укусе домашним питомцем, у хозяев есть специальные паспорта животных, где фиксируются среди прочего даты прививок; его нужно потребовать у владельца и посмотреть своими глазами, а не верить на слово. Если животное прививалось от бешенства менее чем год назад, все в порядке, профилактика укушенному человеку не нужна. Когда ветеринарного паспорта нет или, тем более, животное бродячее, его следует рассматривать как зараженное и действовать соответственно. Особенно быстро – если животное не было спровоцировано на агрессию, и/или если укусы множественные, и/или укусы в голову.

Животное может осмотреть ветеринар, но такое обследование имеет немалый риск ошибки (ложноотрицательного результата), поэтому в санитарных правилах есть даже вот такой пункт: «8.4. При наличии у животного подозрительных на бешенство клинических проявлений продолжается курс антирабического лечения, несмотря на отрицательный результат лабораторной диагностики».

Поэтому я бы даже не обследовал, просто начал бы вакцинацию и (при необходимости) специфический иммуноглобулин. Схема экстренной вакцинации от бешенства состоит из шести доз, которые вводятся на 0-й, 3-й, 7-й, 14-й, 30-й и 90-й дни. Вакцина вводится внутримышечно в плечо (не в ягодицу – это снижает ее эффективность), предыдущая версия вводилась подкожно в область живота в количестве 40 инъекций, но ее уже не используют, и разговоры про «сорок уколов в живот» стали мифами.

Если животное на момент укуса было больно бешенством, то оно непременно погибнет за десять дней. Соответственно, если животное живо и здорово на десятый день, то трех доз будет достаточно, курс можно смело прервать после трех доз. Если у вас нет возможности отследить судьбу животного или если оно погибло (неважно по какой причине), следует продолжить полный курс прививок до конца.

Первую из шести доз вакцины вам введут в травмпункте, за остальными обратитесь к хирургу в поликлинику по месту жительства (если по полису ОМС) или в частный медцентр (если платно).

Пожалуйста, не пренебрегайте постконтактной профилактикой бешенства, ставки очень высоки: если животное было заражено и заразило ребенка, спасения от бешенства нет, это абсолютно смертельное заболевание.

Столбняк

Если речь о ребенке и вы не отказывались от прививок, то бояться столбняка не надо. По нацкалендарю РФ, дети получают прививку от столбняка в составе вакцины АКДС (АДС, «Пентаксим», «Инфанрикс Гекса» и т. д.) в 3, 4,5, 6 и 18 месяцев, затем в составе АДСм или «Адасель» в 7 и 14 лет. Взрослые должны получать вакцину раз в 10 лет.

Экстренные меры профилактики столбняка регламентируются в РФ санитарными правилами: СП 3.1.2.3113-13 Профилактика столбняка.

Если же речь о не полностью привитом ребенке или взрослом, возникает много нюансов. В моем посте, по которому написана эта глава, есть картинка-схема, по ней можно сориентироваться, когда прививка и иммуноглобулин не нужны, когда нужна только прививка, а когда потребуются и иммуноглобулин, и двойная доза прививки.

В случае отсутствия прививок или их неполноценной схемы укушенному (равно как и обожженному, наколовшему ногу ржавым гвоздем и т. д.) человеку положено введение специфического иммуноглобулина и/или столбнячного анатоксина в составе моновакцины АС, или вакцин АДС, АДСм или «Адасель».

Пожалуйста, не пренебрегайте постконтактной профилактикой столбняка, это не шутки. Столбняк регулярно регистрируется в РФ, в том числе случаи гибели детей от него.

Прочее

Сюда относятся:

а) **вторичная бактериальная инфекция кожи и мягких тканей** в виде инфицированных ссадин, флегмоны, абсцесса, некротизирующего фасциита, рожи, гангрены, остеомиелита и т. д.;

б) **ряд системных инфекционных заболеваний**, способных передаваться при укусе животного.

Для их профилактики обычно не требуется введения вакцин/сывороток, а достаточно провести ПХО раны (первичную хирургическую обработку). Этим и занимаются в травмпункте, ради этого туда и следует обращаться.

В некоторых случаях доктор назначит местные препараты (мази, перевязки) и/или системные антибиотики.

Этим ограничивается профилактика «прочего», а лечение, если до него дойдет, имеет гораздо большую эффективность и лучший прогноз, чем терапия уже начавшегося бешенства или столбняка.

Прививайтесь от столбняка вовремя, прививайте домашних питомцев от бешенства вовремя и вовремя обращайтесь в травмпункт в случае укусов, даже незначительных. Тогда все будет хорошо.

Глава о мантре «Коклюш – легкая болезнь»



Никогда не планирую темы постов в блоге заранее, жизнь постоянно подбрасывает их сама. Вот, например, когда в моем кабинете частота фразы **«Зачем прививаться от коклюша, ведь коклюш – это легкая болезнь»** превышает предельно допустимую концентрацию на единицу времени, у меня возникает непреодолимое желание показать пару видеороликов с типичным коклюшным приступом. Иногда показываю прямо на приеме. Что примечательно: из тех, кто говорит эту фразу, почти никто не может смотреть такое видео более десяти секунд, требует выключить, – проверено электроникой.

Пациенты с коклюшем у педиатра на приеме бывают регулярно, наверное, чаще, чем со всеми другими управляемыми инфекциями. Болеют семьями, зачастую догадываясь, что это коклюш, уже в период стихания симптомов по чрезвычайной длительности болезни.

В начале коклюш неотличим от ОРВИ, подозрения у врача обычно начинают закрадываться к концу второй-третьей недели, поскольку ОРВИ должна бы уже отпустить, а между тем кашель только закончил «разминаться» и начинает бить в полную силу. Доказать диагноз коклюша довольно сложно. **Есть «золотой стандарт» диагностики:**

1) **посев из носоглотки**, но он имеет ряд сложных технических правил (которые никто обычно не соблюдает), готовится от четырех до десяти дней, должен быть взят в первые три недели от начала болезни и часто бывает ложноотрицательным даже при соблюдении всех правил сбора материала и железобетонных клинике и эпиданамнезе коклюша. То есть он весьма неудобен.

Еще содержимое мазка можно:

2) **отдать для исследования методом полимеразной цепной реакции (ПЦР)**, но метод имеет низкую специфичность и чувствительность (часто бывает ложноположительным и ложноотрицательным; оценивается только вместе с клиникой).

Еще есть:

3) **ИФА не IgG и IgA**, но часто с одного анализа бывает непонятно, как оценивать полученный результат, особенно у недавно привитых, приходится брать: 3а) анализ повторно через пару недель, чтобы оценить динамику (метод парных сывороток). Таким образом, если и удастся подтвердить, то глубоко постфактум, когда уже вмешательство ничего не изменит, и опять же чувствительность и специфичность ИФА очень скромны.

Российские педиатры этот диагноз не жалуют и почти никогда не ставят: много мороки с Центром гигиены и эпидемиологии (ЦГиЭ, бывшая СЭС), карантинами, верификацией, проверками от начальства и экспертов Фонда обязательного медицинского страхования и т. д. Проще поставить «затяжной трахеобронхит вирусно-бактериальной этиологии», и не подкопаешься.

Вот и все методы, не разгуляешься. Поэтому коклюш все еще остается по большому счету чисто клиническим диагнозом.

Справочник «Емедисин» рекомендует ставить коклюш всем детям, кашель у которых длится по крайней мере 14 дней, и при этом имеется хотя бы один характерный симптом коклюша:

- с пазматический пароксизмальный кашель;
- рвота после кашлевого приступа,
- или
- судорожный вдох между кашлевыми сериями, называемый «реприза».

Получается, что ставить диагноз коклюш педиатру не только трудно, но и себе дороже, вот все и замалчивают. Но недодиагностика коклюша очень вредна: и потому, что контактными людям можно было успеть провести антибиотикопрофилактику, которая достоверно снижает тяжесть и длительность болезни; и потому, что раз диагноз никому не ставят, большинство просто о нем ничего не слышит и не понимает, ради чего их уговаривают на вакцину АКДС, если коклюша около них нет.

На момент написания этого поста про коклюш у меня болели друзья, всей семьей. Легко болели, без осложнений (без коклюшных пневмоний, без апноэ, без истощения от упорной кашлевой рвоты), но вполне прочувствовали, как неприятна эта болезнь. Приходили ко мне в гости (к тому моменту были незаразны), папе стоит засмеяться, как его начинает бить типичный приступ натужного кашля с характерным покраснением лица.

А за пару недель до этого был младенец, который заболел коклюшем в первый месяц жизни (!). Семья обошла многих врачей, пока наконец смогли поставить верный диагноз. Ребенок попал в реанимационное

отделение, затем в инфекционное, и родители там увидели, как много, оказывается, детей с коклюшем. И ведь никто про это родителям не рассказывает – НИКТО, а про «страшные побочки» от АКДС – просто некуда деваться, чтоб не услышать.

Мама того малыша, кстати, произнесла еще одну популярную мантру: «мы никуда не ходим, где мы могли бы (обычно ее произносят в будущем времени – «можем») заразиться». Вот смогли.

Итак, с одной стороны, родители боятся нежелательных явлений на введение АКДС (которые почти всегда ограничиваются только температурой до 38 °С один-три дня и болью/припухлостью в ножке). А с другой стороны, думают, что коклюша нет в наше время (в чем есть прямая вина и самих врачей, к сожалению), а когда и есть, где мы можем заразиться, а если и заразимся – это просто долгий кашель, ну покашляет, что такого?..

Поэтому найдите в себе силы и посмотрите видеоролики с коклюшным кашлем (у меня в блоге или «Ютьюбе», введя в поиск запрос *pertussis cough child*) и вакцинируйте своих детей АКДС или АаКДС (равно как и всеми остальными рекомендованными вакцинами) вовремя и в полном объеме.

О совпадениях, или Ребенку сделали прививку» и он сразу заболел

Ой как часто родители связывают прививку с любыми бедами малыша! Инактивированные вакцины могут вызывать температуру в первые дни после прививки, живые – спустя 1–3 недели после, и, видимо, этот факт сбивает родителей с толку и заставляет думать, что это вина вакцины, а потом уже на что-то другое.



Но дети в целом «ненадежные» существа: собрались в отпуск – ребенок заболел за два дня до вылета, готовились полгода к турниру по карате, накануне слег и т. д. То есть они часто заболевают в «самый

неподходящий момент», почему бы им просто не сделать это после прививки? Без всякой связи с ней, просто подхватить вирус.

Расскажу два особо наглядных случая «от прививки заболел», оба про детскую розеолу (читайте о ней в блоге или в моей первой книге). У меня есть и другие: про отит, про понос и даже про перелом, которые родители умудрялись связать с реакцией на вакцину, но они не так показательны, как эти два.

Первый. Я тогда только начинал работать в частной клинике, постоянных пациентов не имел, был совсем неопытным, запись моя была заполнена лишь на треть, и иногда я от клиники брал домашние вызовы. Приезжаю на один такой, ребенку десять месяцев, лихорадка, больше ничего. Вчера в нашей клинике (у другого педиатра) получили «Пентаксим». Через три часа от «Пентаксима» у малыша поднялась температура сорок, сбивается плохо, поднимается снова через три часа.

Я осмотрел, ничего не нашел, ребенок нетяжелый, не считая лихорадки. Начал рассказывать про то, что это или ОРВИ стартует без катара, или розеола, что нужно только поить и сдерживать лихорадку. Тут на меня обрушивается шквал: «Мы так и думали, что вы будете своих выгораживать! Это все от вашей прививки! Больше никогда не будем прививаться». Я насколько смог попытался убедить и успокоить, рассказал, что такое розеола, что это может быть она, чего ждать, и уехал.

Через два дня снова вызов туда же. Ничего не меняется, лихорадит, температура сорок до шести пиков в сутки, снижается плохо, других жалоб нет, слабость усилилась, но в целом вне лихорадки – бодрый. На месте прививки никаких изменений. Я опять им: «Думаю, это розеола, ждем сыпь». Опять шквал недоверия, критики и эмоций на грани истерики. Опять: «Ну признайтесь, это от «Пентаксима», назначьте уже антибиотики!» И т. д. Под давлением родителей назначил анализы крови и мочи, велел вечером мне их выслать в «Вайбер»: прислали идеальные. Успокаивал их еще и в «Вайбере» под язвительные реплики и постоянное недоверие.

На следующий день температура не повышалась более 37,4 °С, к вечеру обсыпало розеолой. Я оказался прав, родители убедились, что

вакцина была ни при чем, и дальше прививались «Пентаксимом» уже у меня без реакций.

Второй. Двойняшки, четыре месяца, кажется. На этот раз у меня хороший кредит доверия у родителей, они слышали обо мне только хорошее, читают мой блог, общаться на порядок легче.

Обеим ввожу по первой дозе «Пентаксима», на следующий день у одной лихорадка за 39 °С. Осматриваю: локально на месте укола – ничего, при общем осмотре – ничего, вне лихорадки – бодрая. Мама очень боится, на грани паники. Как могу успокаиваю, говорю, что наверняка розеола, что максимум, чем виновата прививка, заразились в клинике; из лечения только питье и жаропонижающее. Второй ребенок здоров.

Два или три дня больших тревог, рвущих сердце сообщений в «Вайбер», мама места себе не находит, я успокаиваю с переменным успехом. Наконец температура снижается, появляется розеолезная сыпь. Мы все счастливы. Второй ребенок так и не заболел.

Проходит шесть недель, этих двойняшек приносят ко мне для второй дозы «Пентаксима». Ввожу обеим по дозе, и что вы думаете? У второй девочки лихорадка без катара сразу после прививки. Все указывает на розеолу. И в «Вайбере» моем начинается день сурка, все как в прошлый раз, все как с первым ребенком. После нескольких дней высокой температуры тоже выступила розеолезная сыпь. Нет, ну какова вероятность, а?! Сам бы не видел, не поверил бы.

Через шесть недель они приходят за третьим «Пентаксимом»... Да, мы с родителями тоже шутили на тему «Ну что, сразу записываю вас на завтрашний прием?» Но все обошлось, никаких реакций или совпавших болезней не было.

Дети прививаются и наблюдаются у меня дальше, доверие семьи, кажется, стало только крепче после этих испытаний, и все хорошо.

Найдите своего врача и положитесь на него, даже когда у вас есть конфликт интересов. И не ведитесь на досужие сплетни антивакцинаторов, они готовы все что угодно, случившееся после прививки, назвать осложнением, даже автомобильную катастрофу.

Да, вакцины не всегда гладко переносятся, но даже три дня лихорадки и боли в ноге – достаточная цена за то, чтобы не болеть

коклюшем, поверьте мне. Я ввожу от десяти до семидесяти прививок еженедельно уже семь лет подряд и видел пока не более пяти настоящих осложнений (не путать с нежелательными явлениями на вакцинацию), и самое серьезное из них – абсцесс плеча, который пришлось вскрыть хирургам и который потом прошел без последствий. Случались бы осложнения от вакцинации так часто, как это рассказывают «антиваксы», я бы давно сидел за решеткой за загубленное здоровье детей (особенно с нашим, прости, господи, правосудием).

Чем опасны коревые вечеринки

Иногда кажется, что глупость «антиваксов» непобедима. Выкладывал в блоге видеоролик, в котором показана мать, отказавшаяся от прививок: ее ребенок заболел корью, получил осложнение в виде энцефалита, но даже после этого она не очень-то впечатлилась и не торопится предавать свои антипрививочные принципы. Хотя, казалось бы, что может быть убедительнее? Зато если что-то плохое случится после вакцинации (зачастую даже без теоретической возможности причинно-следственной связи), то все, пиши пропало: пострадавшая семья не только откажется от всех последующих прививок, но и через интернет отговорит еще десятки и сотни семей вводить вакцины детям. Складывается упорное ощущение игры в одни ворота.



Утром по дороге на работу читал ленту, попался очередной антипрививочный активист, настойчиво призывающий всех водить детей на **коревые вечеринки** (то есть заражать своих детей корью намеренно). Чтобы вы осознали всю подлость и социальную опасность происходящего: этот человек живет в Одессе, в эпицентре эпидемии кори, от которой рядом с ним продолжают умирать дети.

В который раз удивляюсь, как же легко стать звездой в мире антипрививочников. Пиши против вакцинации что-то мало-мальски складное, передергивай факты, играй на распространенных когнитивных искажениях, манипулируй родительскими страхами, приводи побольше пространных аналогий, пускай в ход примитивную ложь, и аудитория твоя. А уж если внизу приложишь список использованной литературы, то и вовсе станешь «авторитетным

экспертом по вакцинации», будь ты на деле хоть сантехником.

Я взял самые одиозные идеи одного из постов автора и провел работу над ошибками.

Он сравнивает безопасность и эффективность вакцинации с теми же показателями у болезни (!) после целенаправленного заражения ребенка (!!!).

1. Цитата: *«После «вечеринки» ребенок с большой вероятностью заболеет, будет температурить несколько дней, появится сыпь. Однако и после прививки у ребенка на пару дней может подняться температура, да и сыпь вполне возможна».*

Это стандартное передергивание в стиле *«И в чашке чая можно насмерть захлебнуться, поэтому давайте забудем о правилах безопасности на воде».* Риски здесь несопоставимы.

От дикой инфекции умирает КАЖДЫЙ ТЫСЯЧНЫЙ РЕБЕНОК (иногда летальность достигает 30 %!), а риск летальных осложнений от вакцинации менее одного случая на миллион привитых.

Неужели эти показатели можно хотя бы теоретически сопоставлять?! Неужели не очевидно, что человек, который позволяет себе надругаться над фактами в стиле «Вероятность встретить динозавра на улице 50/50 – или встречу, или нет», – это дилетант и шарлатан?

На этом можно было бы и закончить разбор, поскольку если автор допускает такие грязные приемы в посте, то он не заслуживает доверия и дальнейшего внимания. Но его пост лайкают и репостят, то

есть его ложь и подтасовки очевидны не всем. Поэтому доведем разбор до конца.

2. Цитата: ***«Но при этом прививку надо делать два раза, а корью болеют один раз в жизни».***

А когда учатся опасным трюкам, тысячи раз проводят безопасные тренировки, пока наконец не решатся на полный трюк без страховки. Это разве аргумент против занятий спортом? Надо сразу ставить начинающего лыжника-прыгуна на большой олимпийский трамплин, зато один раз – и все?

3. Цитата: ***«После кори возможны осложнения. Но они возможны и после прививки».***

Блестяще! Опять пренебрежение разницей несопоставимых рисков? Давайте я продолжу аналогию про летающего лыжника: «После прыжка с большого трамплина у неподготовленного лыжника возможны травмы. Но они возможны и у подготовленного».

4. Цитата: ***«Никто не водит на «вечеринки» нездоровых детей. Кроме того, есть возраст, при котором вероятность осложнений кори минимальная – от трех до восьми лет».***

Никто не предлагает ставить травмированного новичка на трамплин, только здорового. Кроме того, если прыгать в безветренную погоду, вероятность приземления на голову минимальная.

5. Цитата: ***«Прививка, как мы теперь знаем, не защищает от болезни, но позволяет перенести ее в легкой форме. Корь у***

привитых сейчас – обычное дело. Привитые взрослые болеют все чаще».

Регулярные тренировки с постепенным увеличением нагрузки и степени риска не защищают от травм, они всего лишь делают увечья легкими. Падения у тренированных лыжников сейчас – обычное дело. Ветераны лыжного спорта калечатся все чаще.

6. Цитата: «Перенесенная в детстве болезнь дает сильный пожизненный иммунитет. Случаи повторного заражения корью – редчайшие».

Да, здесь аналогия с лыжником заканчивается; даже те, кто получал ранее травмы от падений, не застрахованы от новых травм. Но если бы это было возможно и если бы новичок, который при первом прыжке не разбился насмерть, получал бы пожизненный иммунитет от падений, вы бы поставили своего ребенка на этот трамплин? Рискнули бы обречь его на множественные травмы или вполне вероятную смерть ради такой «выгодной» лотереи?

7. Цитата: «Наиболее опасный возраст для кори – первые месяцы жизни. Если мать переболела, она передаст своему ребенку антитела и защитит в эти первые месяцы. Если мать была привита по календарю (в год и в шесть лет) и не переболела, не передаст и не защитит. Увы, сейчас это обычная ситуация».

К сожалению, это самый правдоподобный из всех наездов автора на вакцинацию. Прививка от кори объективно дает меньшее количество антител, чем дикая инфекция, и довольно слабо защищает младенца, особенно когда заболела мать – человек, с которым младенец постоянно в контакте, а значит, он получает от нее огромную дозу вирусов. Этот факт известен врачам и учитывается нами.

И все же это только полуправда, а вовсе не истина. Четкое соблюдение всеми людьми программ иммунизации привело бы к тому, что матери совсем не заболели бы, даже учитывая недостаточный эффект вакцинации, благодаря коллективному иммунитету.

Вся стратегия обвинения вакцин этого антипрививочника (как и большинства других) строится на том факте, что они не дают ста процентов защиты и ста процентов безопасности. А раз так, то они не нужны вовсе.

Это кристаллизованный инфантилизм, а не позиция взрослого здравомыслящего человека. Простите, но профиль безопасности «коревых вечеринок» настолько низок, что это как минимум – жестокое обращение с ребенком, а как максимум – покушение на убийство! Как вообще можно сравнивать вакцинацию и заражение дикой корью?!

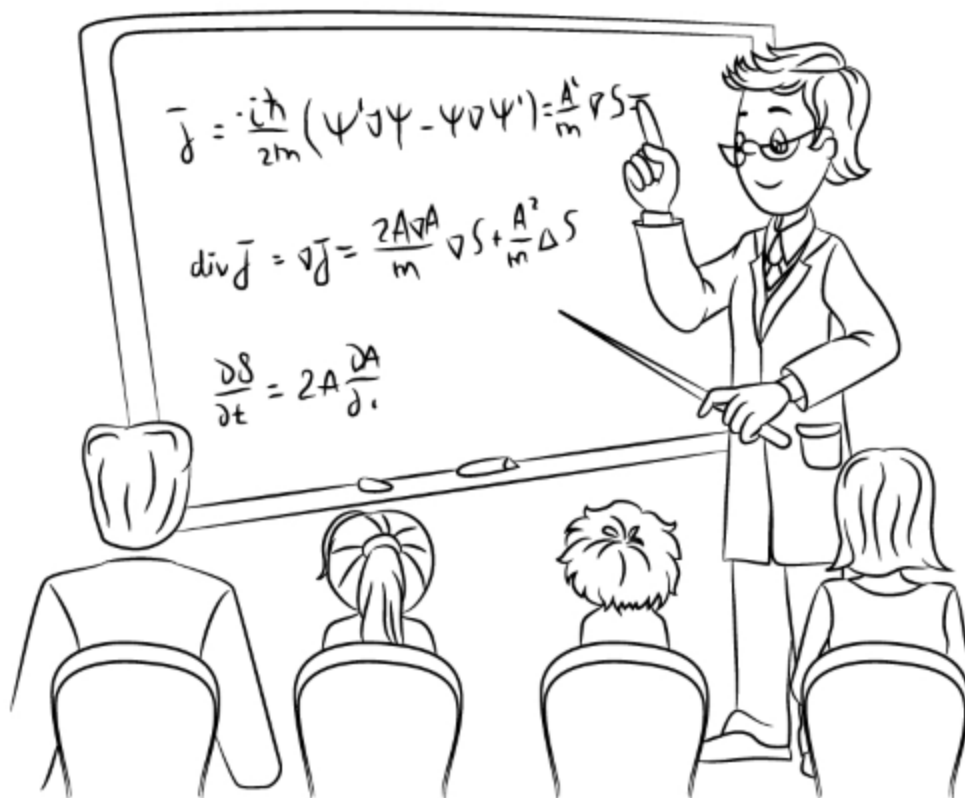
Да, вакцины не идеальны, но это лучшее, что у нас есть для профилактики заболевания корью и ее осложнений. Возможно, в будущем мы разработаем более эффективные препараты, которые полностью исключат возможность даже легких форм кори у привитых и будут защищать младенцев через трансплацентарные антитела, но пока **этого** не произошло, **это** совсем не повод тащить ребенка на коревую вечеринку.

Вот такой разбор получился. Несмотря на обилие грубых фактических, статистических и логических ошибок в текстах этого автора, он продолжает пороть чушь и вносить смуту в умы неискушенных в антипрививочных уловках родителей.

Уважаемые родители, еще раз: не ведитесь на рассказы дилетантов! Вакцинируйте своих детей своевременно и в полном объеме.

Глава о принуждении родителей к вакцинации

На волне обсуждений о вспышках кори в российских роддомах и других местах многие снова заговорили о том, что пора уже сделать прививки обязательными для всех, пора ввести жесткие санкции против родителей, которые отказываются от вакцин своим детям. Эти люди ссылаются на опыт Австралии, где отказникам перестали выплачивать гарантированную государством денежную дотацию; на опыт Италии, где детей без прививок запретили допускать к обучению в детские сады и школы; на опыт США, где непривитых детей педиатр принимает один час в сутки, в конце смены (чтобы они не пересекались с вакцинированными детьми) и т. д. Мне все чаще задают **вопрос: «А как вы относитесь к принудительной вакцинации детей и к наказаниям/ограничениям для непрививающих родителей?»**



Отвечаю: я против этого и отношусь крайне негативно. Родителей нельзя принуждать к вакцинации силой. Не в этой стране и не сейчас.

Во-первых, потому что **отказ родителей от вакцинации – далеко не главная причина столь низкого уровня охвата прививками.** Основное – это ложные медотводы, а это уже вина системы здравоохранения, а не родителей; об этом я писал бесконечно много (см. первую книгу и блог).

Во-вторых, потому что **прежде чем кивать российским родителям на опыт развитых стран, следует создать для них условия, хотя бы примерно соответствующие таковым.** А именно:

- ✗ качественную и доступную медицину (специалистов первичного звена, в уровне образования которых не приходилось бы сомневаться родителям);

- ✗ бесперебойные поставки качественных вакцин в медучреждения;

✗ честную и прозрачную медстатистику (инфекционных заболеваний, поствакцинальных осложнений, процента привитых среди заболевших управляемыми инфекциями и т. д.);

✗ заслуживающую доверия, справедливую и непредвзятую судебную систему;

✗ гарантированные денежные дотации, которые реально обидно было бы потерять родителям (раз уж мы тут Австралию вспомнили, ага).

То есть сперва надо родителям что-то хорошее ДАТЬ, а потом уже думать о том, чтобы отнимать, если они этого не будут ценить.

А в-третьих, потому что **корни антипрививочных настроений лежат слишком глубоко, их ни за что не выкорчевать одним лишь грубым давлением.** Важно осознать, что люди, которые отказываются от вакцинации, искренне верят в то, что прививки приносят их детям больше вреда, чем пользы. Поставьте себя на место таких родителей. Вы убеждены: что-то приносит вред вашему ребенку, но общество и государство давят на вас, угрожают вам штрафами, социальными ограничениями или даже лишением родительских прав и тюрьмой за то, что вы отказываетесь вредить своим детям. Не надо соглашаться с «антиваксами», не надо понимать всю их философию и взгляд на жизнь/медицину/вакцины, надо просто представить, что кто-то угрожает вам серьезными проблемами за ваши убеждения, кто-то ставит вас перед выбором: навредить своему ребенку или подвергнуться преследованиям. Это чистой воды гонение на веру, а оно всегда рождает мучеников и раскольников, уходящих в леса, лишь бы не предать свои убеждения, лишь бы уберечь свою семью.

Существующее российское законодательство позволяет это лишь отчасти, например в СанСиНе по кори прописано такое ограничение: «5.4. При выявлении очага инфекции в дошкольных организациях и общеобразовательных учреждениях, а также в организациях с круглосуточным пребыванием взрослых с момента выявления первого больного до 21-го дня с момента выявления последнего заболевшего в коллектив не принимаются

лица, не болевшие корью, краснухой или эпидемическим паротитом и не привитые против этих инфекций».

В медицине есть такие лечебные стратегии, которые дают сиюминутный неплохой эффект, но в долгосрочной перспективе только ухудшают заболевание. Например, клизмы при запорах быстро и качественно опорожняют кишечник, но для их проведения часто приходится применять насилие к ребенку, то есть снова закреплять негатив ко всему, что связано с его анусом, а это в долгосрочной перспективе только усилит привычку ребенка сопротивляться дефекации, сдерживать позывы и препятствовать нормальному опорожнению кишечника. Это не означает, что клизмы – абсолютное зло, они иногда необходимы как крайняя мера, когда уже каловый завал, когда боли в животе, три килограмма каловых камней залежалось. Клизма – это разовая помощь, она допустима, только пока вред от болезни совсем уж большой, когда надо снять самый пик запора. Но мы не вылечим запоры одними лишь клизмами, и поэтому как только кишечник опорожнили, следует перейти на слабительные, принимаемые внутрь, и уже впоследствии много месяцев подряд поддерживать мягкий стул, постепенно отучая ребенка от связки «какать – это больно» и приучая к регулярной эффективной дефекации без тени страха.

Так вот, любые жесткие меры против антипрививочников по аналогии действительно помогут повысить охват вакцинацией на первое время, но этот эффект будет очень недолгим, подорвет остатки доверия российских граждан к своей медицине и в дальнейшем может привести к колоссальной эскалации антипрививочных настроений и снижению охвата вакцинацией (в медицине это называется парадоксальной реакцией на лечение). Даже изначально лояльные к прививкам семьи или семьи из группы сомневающихся вовлекутся в эту борьбу за свободу родителей на отказ от медицинских вмешательств и значит – в борьбу против прививок. А самые категоричные будут просто прятать детей от врачей даже тогда, когда болезнь угрожает жизни их детей, лишь бы не отдать их докторам, лишь бы те не ввели им прививки. И в итоге вреда будет гораздо больше.

Я допускаю, что в особых случаях, чтобы локализовать вспышку, возможны жесткие решения против «антиваксов», но они непременно должны быть кратковременными, преследующими очевидную цель подавить именно эту вспышку, и отменяться сразу, как только будет достигнут результат.

Допускаю, что сейчас можно выпустить общероссийский временный документ, который ограничит посещение детьми детского сада, школы и спортивных секций при отсутствии прививок против кори не на время карантина в конкретном учреждении, а по всей стране до момента прекращения нынешней вспышки кори. Но к более серьезным, к долгосрочным и болевым мерам, мы пока не готовы. История пестрит примерами, когда «добро» пытались насаждать силой: суды инквизиции, крестовые походы, смертные казни преступников, принудительное психиатрическое лечение, наказание «врагов народа», несогласных с линией коммунистической партии, и т. д. Кажется, не нужно напоминать о том, к чему это приводило, и почему теперь мы от этого отказались, да?

Таким образом, я считал и считаю, что с антивакцинаторством можно эффективно бороться только просвещением.

Раздел пятый

О врачебной философии



Три вида диагнозов

От непонимания того, как именно врач ставит диагноз, у пациентов рождается много проблем: недоверие, неудовлетворенность консультацией, нереалистичные ожидания от специалиста или терапии, отказ от лечения, разочарование в медицине, обращение к шарлатанам и т. д. Поэтому попробую объяснить хотя бы частично эту ключевую часть своей работы.

Я бы выделил три основных типа диагнозов.



1. лабораторно-инструментальный диагноз

Это самый эффективный, понятный и ожидаемый ход развития событий. Пациент приходит с проблемой/жалобами, врач внимательно выслушивает, задает наводящие вопросы, осматривает, и у него складывается диагностическая гипотеза (обоснованное предположение). Затем врач назначает обследование или целый комплекс, чтобы удостовериться в своей версии и одновременно опровергнуть другие диагнозы, которые могут приводить к подобным жалобам. И когда анализы или тесты подтверждают его версию, диагноз считается верифицированным, все аплодируют стоя, и вот это все.

Примером такого диагноза может быть воспаление легких. В жалобах: кашель, лихорадка, слабость, одышка. При аускультации: локальные хрипы и/или ослабление дыхания; очаг затемнения на рентгенограмме. Вот вам готов диагноз острой внебольничной пневмонии. Я немного утрирую, конечно, но, надеюсь, пульмонологи, фтизиатры и онкологи меня простят.

Почти для каждого из этой группы диагнозов существует такое явление, как «золотой стандарт» диагностики. Например, «золотым стандартом» диагностики стрептококковой ангины является посев из зева на стрептококк. И это даже при том, что клинически диагноз может быть вполне очевиден и даже подтвержден стрептотестом, но все же минимизирует риск ошибки в диагнозе именно подтверждение через «золотой стандарт».

Коклюш тоже бывает вполне очевиден по совершенно типичному кашлю. И косвенно его можно подтвердить с помощью ИФА крови и/или ПЦР мазка из носоглотки. Но все же о полностью доказанном диагнозе можно говорить только после получения «золотого стандарта» – бактериологического посева на бордетеллу.

Постановку лабораторно-инструментального диагноза можно сравнить с победой в боксе через нокаут: ни у кого не возникает сомнений, кто победил. Но в боксе так побеждают не всегда, и если после финального гонга оба соперника остались на ногах, судьям приходится считать очки. И непосвященному человеку трудно разобрать, как они их там считают.

Есть случаи, когда для подтверждения какой-либо болезни существует «золотой стандарт», но его нет возможности выполнить или он пришел отрицательным. А клиника, анамнез и все остальное

четко указывают именно на этот диагноз. Как быть? Есть случаи, когда для болезни нет и не может быть никакого объективного «золотого стандарта» диагностики. В обоих случаях диагноз автоматически переходит во вторую группу.

2. клинический диагноз

Это более сложный и менее понятный пациенту вариант. Здесь есть некий набор симптомов, который нужно найти, чтобы поставить диагноз. Классическим примером являются критерии Джонса для диагностики ревматической лихорадки, или критерии Ханифина и Райки для диагностики атопического дерматита, или критерии болезни Кавасаки.

Примером верификации диагноза через лечение может служить пробная терапия гастроэзофагеального рефлюкса ингибиторами протонной помпы, пробная терапия астмы стероидами и др.

Когда критериев не хватает, врач пытается добыть их пассивно (выжидательная тактика) или активно: провокацией ухудшения (например, провокационные пробы при аллергических болезнях) или провокацией улучшения (например, пробным лечением).

Но есть диагнозы, которые нужно ставить по критериям, а минимальный набор критериев никак не набирается. Ни провокация ухудшения, ни провокация улучшения не помогают. А еще есть диагнозы, которые имеют столько сходств с другими диагнозами, что никаким перечнем критериев их невозможно надежно отличить. Как тогда их верифицировать? Правильно: исключить все остальные диагнозы, и тогда останется только один вариант. Это и есть третья группа:

3. диагноз исключения

Это самый сложный способ диагностики. Здесь вероятность ошибки максимальная. Надежная верификация – большая удача, а в большинстве случаев приходится сомневаться до последнего, даже когда уже назначил лечение, даже когда лечишь пациента несколько

лет, при каждом визите снова нужно думать о других диагнозах, переоценивать их критерии, потому что всегда остается риск, что в прошлый раз ты недоисключил какие-то варианты и неверно поставил этот – диагноз исключения.

Например, синдром циклической рвоты. У него есть свои симптомы, но они во многом совпадают с диафрагмальной грыжей, с хроническим гастродуоденитом, с ГЭРБ, с воспалительными заболеваниями кишечника, с рецидивирующим панкреатитом, с опухолью мозга и т. д. И вот ихто и нужно исключить до того, как окончательно убедимся в диагнозе СЦР. А эти болезни сами по себе не очень просто верифицируются, хотя бы потому, что относятся обычно ко второй, а не к первой группе. Не говоря уже о стоимости и инвазивности обследований.

Ну и эталонным диагнозом исключения и одним из самых трудных в педиатрии вообще является синдром Мюнхгаузена по доверенности (это когда из-за психического расстройства у ближайшего родственника у ребенка возникают симптомы болезни, которой нет; это бывает и потому что ребенок подстраивается под желания родственника и выдает симптом, например кашель. Или потому, что нездоровый родственник каким-то способом провоцирует симптомы у ребенка, например тайком дает ему ядовитый препарат). Симптом Мюнхгаузена можно подозревать сколько угодно, но доказать, а тем более помочь ребенку получается крайне редко. И попробуй ошибись! Ошибешься в одну сторону, родители сгноят тебя судебным преследованием, ошибешься в другую – малыш пострадает еще сильнее.

Вот такой винегрет получается. В сложных случаях в голове врача идет тот еще мозговой штурм. На наше (врачебное) счастье, на свете есть качественные справочники, которые содержат не только статьи по конкретным болезням (с обязательной рубрикой «диффдиагноз», то есть «на что это может быть похоже, с чем важно не спутать»), но и обзорные синдромальные статьи типа «Подход к ребенку с бессимптомной микрогематурией». Это бесценное подспорье врачу в сложных диагностических загадках.

Дополнительные методы обследования, или Два слова о бритве Оккама

Физикальный осмотр врача и сбор анамнеза называются **ОСНОВНЫМИ** методами диагностики. Да, в XXI веке тоже.



Анализы, тесты, высокотехнологичные визуализирующие методики и прочее называются **ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМИ** методами диагностики. Это аксиома, запомним ее и пойдем дальше.

Когда врач назначил ребенку анализы или обследования, цель которых вам непонятна, спросите его, что ему/вам даст этот анализ/тест?

Если очень, точнее, даже **ОЧЕНЬ** примитивно классифицировать все дополнительные методы обследования, то их можно разделить на:

- а) представляющие клинический интерес,
- б) представляющие академический интерес.

Пример для группы а). У ребенка при осмотре выявлена лакунарная ангина, по шкале МакАйзека 4 балла. Врач назначает стрептотест. Этот анализ имеет чисто клинический интерес, то есть от его результата напрямую зависит лечебная тактика. Положительный стрептотест – назначаем антибиотик, отрицательный – не назначаем (есть исключения, но для простоты опустим их).

Пример для группы б). У ребенка при осмотре выявлен гастроэнтерит без крови в кале. Врач назначает анализы кала на норовирусы, ротавирусы и астровирусы. Однако каким бы ни был результат, все три положительные, все три отрицательные или, например, положительный только один анализ, тактика при вирусном гастроэнтерите не изменится: обильное питье солевых растворов, легкая диета и время.

Даже один и тот же анализ может в разных ситуациях иметь разное значение. При наличии лихорадки без насморка и кашля, изменений в общем анализе мочи и подозрений на пиелонефрит посев мочи на стерильность до начала антибиотикотерапии критически важен, а без клинических проявлений (у внешне здорового ребенка) тот же самый анализ, будь он сколько угодно положительным, не повлияет ни на что. В худшем случае выявит бессимптомную бактериурию, которая у детей не требует никакого лечения.

Значит ли это, что врач, назначающий анализы из чисто академического интереса, просто разводит вас на деньги? Иногда да. Иногда нет: возможно, он делает научную работу, и эти анализы

нужны ему для какого-то учета. Или они не нужны прямо сейчас, но если болезнь начнет повторяться, то понадобятся. Или ему просто интересно. Или вам самим интересно. Или страховая компания требует. Или доктор не очень в теме этой болезни и пытается делать хорошую мину при плохой игре. И еще много причин, большинство из которых могут являться уважительными, но вот прямо сейчас необходимыми точно не являются.

И тут дьявол в деталях:

1. За чей счет этот банкет? Если интересно врачу, а платит/терпит неудобства семья, то это обычно неуместно, и уж точно требуется поговорить об этом с пациентами открыто, перед тем, как назначать.

2. Оправданны ли страдания ребенка? Если анализ/тест не имеет практического значения прямо сейчас, но причиняет ребенку боль (забор крови из вены), страх (фиброгастроскопия), некоторый вред (МСКТ под наркозом) или значительные неудобства (плановая госпитализация в стационар), то нужно крепко подумать: а стоит ли игра свеч?

Прочел давно у кого-то из корифеев: «Если ты хочешь назначить анализ, подумай, что ты сделаешь, если он придет положительным? Что ты сделаешь, если он придет отрицательным? Если в обоих случаях твои действия будут одинаковы, не назначай анализ». Это, конечно, очень упрощенный взгляд, есть много частных. Но направление верное.

Почти все, что мы делаем в медицине, приносит вред пациенту. Суть в том, чтобы он был оправдан, то есть меньше, чем вред от невмешательства. Разрезать ребенку живот – это плохо? Ну конечно! Но если при аппендиците не делать этого и не удалить воспаленный червеобразный отросток, – будет только хуже. Принимать антибиотик опасно? Да. Но пиелонефрит, который не лечили антибиотиком, с большой вероятностью спровоцирует нефросклероз и даже хроническую почечную недостаточность. Назначать диету вредно? Безусловно! Это накладывает значительные трудности на семью, формирует атмосферу неполноценности вокруг ребенка, ведет к

дефициту некоторых витаминов и микроэлементов, и основания для такой терапии должны быть железобетонными.

Отсюда правило: ни лечение, ни диагностика не должны быть тяжелее самой болезни. Ну или, если хотите, «не навреди».

Поэтому возвращаемся к тому, с чего начали: старайтесь понимать, ради чего назначен тот или иной анализ. Не стесняйтесь задавать вопросы лечащему врачу, это укрепит ваше доверие к нему, понимание тактики и комплаенс (приверженность лечению). И это убережет ребенка от ненужных манипуляций, которые нарушают принцип бритвы Оккама. Ну и, разумеется, не проводите анализы, не посоветовавшись с педиатром, – это чуть реже чем всегда лишено всякого смысла и пользы.

«Не чини, пока не сломалось», или О побочных реакциях на ненужные лекарства



Со второго курса медакадемии и до окончания ординатуры я почти непрерывно работал медбратом по ночам и выходным, то в одном отделении, то в другом. Набирался опыта, приобщался к профессии, да и деньги какие-никакие. Расскажу пару поучительных историй той поры.

1) Интернет тогда только пошел в массы, и народ начал активно гуглить лечение. Молодая женщина зашла на сайт о терапии глистов,

прошла там онлайн-анкету «Узнайте, есть ли у вас глисты прямо сейчас», и оказалось (внезапно, ага), что они у нее есть. На беду (по чистой случайности, надо полагать), этот сайт продавал какую-то биологически активную добавку из трав, которую нужно было запаривать кипятком и пить, и тогда все глисты непременно уйдут; женщина ее купила.

Порошок пришел по почте, она «пролечила» им себя, но истратила не все.

Теперь, когда родители просят у меня «можно подавать что-нибудь от глистов, а то у нас кошка и собака в доме, а он что-то попу вчера чесывал», я всегда вспоминаю того малыша со слезающей кожей и строго говорю: сперва диагноз, потом лечение.

Тогда она решила оздоровить заодно бабушку и полуторагодовалого ребенка, не выбрасывать же добро, «лучше в нас, чем в таз». Пожилая женщина, как и мама, перенесла прием препарата нормально, а вот малыш выдал тяжеленный побочный эффект на это лекарство – синдром Стивенса – Джонсона, очень тяжелую форму кожной токсической реакции, при которой возникают пузыри на коже и слизистой оболочке полости рта, горла, глаз, половых органов. Кожа слезала, как при ожогах, оставляя за собой струпы, серозные или кровавые. Ребенок побывал в реанимации, затем его долго выхаживали в отделении, уехал домой со шрамами по всему телу. А мог бы и погибнуть, ССД – болезнь нештучная.

2) Не знаю, как сейчас, а в то время (десять лет назад) в больнице, где я работал, было принято давать детям раствор димедрола внутрь, три раза в день. Буквально всем подряд, кто лежит в отделении. Его готовила местная аптека в больших банках по 200 мл. Не понимал и не понимаю до сих пор, что им пытались лечить, но такая уж была традиция. Довольно регулярно на этот димедрол видел нетипичный ответ: возбуждение (обычно антигистаминные препараты первого поколения оказывают успокоительное и снотворное действие). Так я узнал о существовании парадоксальных реакций, когда побочный эффект препарата прямо противоположен ожидаемому результату.

Третий случай – очень яркий тому пример.

3) Поступил как-то в отделение ребенок (лет двух или четырех, не помню уже), ему надо было сделать капельницу, он плакал и боялся. Тогда дежурный врач велел «подколоть ему «Реланиум», чтобы так не орал» (это обычно оказывает выраженный успокоительный эффект). То есть у ребенка не было судорог и других прямых показаний к «Реланиуму», доктор назначил его до кучи; тогда он еще не был строго учетным и лежал без всяких там сейфов/журналов.

На препарат пошла парадоксальная реакция – резкое возбуждение, кажется, с галлюцинациями даже. Ребенок дико истерил больше часа, я никогда не видел, чтобы дети так бились, в него словно вселился бес. Он залез под кровать, орал и кусал до крови даже родителей, царапал и бил себя, держался так, что пальцы белели, не расцепишь... Все в панике, родители вопят: «Что вы сделали с ребенком?!» – какая уж там капельница. Мы его вытащить не можем из его убежища, не причинив ему вред. Долго мы пытались что-то предпринять, то уходили (давали успокоить без белых халатов), то приходили. Все без толку, конца-края припадку не видно. Тогда дежурный врач ничего не смог придумать лучше, чем уколоть «Аминазин» внутримышечно. После этого малыш успокоился и заснул.

Поэтому я всегда говорю: мы не знаем, как отреагирует ребенок на лекарство, и без крайней нужды его лучше не применять. Когда выбора нет и без препарата не обойтись, получить от него тяжелое осложнение не так обидно, чем когда выбор есть и препарат назначили без прямых показаний. Разумный минимализм – наше все.

Я бы очень не хотел провоцировать паранойю и сеять страх у родителей перед всеми лекарствами. Когда к применению препарата есть четкие показания, даже если он дается в профилактических целях (препарат железа у ребенка, угрожаемого по анемии; или вакцинация), то такой риск будет оправдан.

Я всегда привожу пример с пожаром. Ни одному разумному человеку не придет в голову выпрыгнуть из окна третьего этажа просто так. Но если дом горит, и единственная возможность спастись – прыжок, то это будет разумным поступком. Даже сломать ноги лучше, чем задохнуться и сгореть. Одно и то же действие (прыжок из окна)

может быть как большой глупостью, так и спасением. Почувствуйте эту разницу.

Глава о том, легко ли вести медицинский блог

На прием в кабинет заходят ребенок, мама и папа.

Мама (улыбаясь):

– Мы пришли к вам сегодня по трем причинам. Во-первых, потому...

Папа (скептически):

– ...что у вас есть блог.

Мне часто говорят это в глаза, полагаю, что еще чаще говорят за спиной. Мол, в тебе нет ничего особенного, ты просто распиарился. Про «ничего особенного» я спорить не собираюсь, это вполне справедливо (только не сочтите за кокетство, умоляю, я в самом прямом смысле). Я знаю много крепких профессионалов-врачей, которые гораздо умнее меня, но не ведут блогов. Многие родители из-за блога доверяют мне чрезмерно сильно, например перепроверяют у меня назначения тех врачей, которых я для себя считаю авторитетами и образцами. Этот нездоровый ажиотаж, начавшийся с выходом первой книги (слишком частые интервью, автографы, «можно с вами сфотографироваться» и т. д.), я действительно не считаю заслуженным и надеюсь, что эта волна скоро схлынет.



Но те, кто осуждает меня за «распиаренность», как-то забывают, что блог – это не только добрая слава и заведомый кредит доверия у многих пациентов-подписчиц(ков), есть и обратная сторона медали.

Персональная известность в медицинской среде – это еще и:

1) **Строгий контроль публично сказанного со стороны коллег.** Стоит хоть немного соврать/ошибиться, как я получаю шквал критики от врачей в комменты, личку, в репостах. Приходится разбираться, это я действительно заблуждаюсь (тогда надо читать-переучиваться-меняться) или это неконструктивная критика (и тогда можно стоять на своем дальше). Это дисциплинирует, расширяет кругозор, прокачивает стрессоустойчивость, заставляет крайне тщательно выбирать слова и вообще соответствовать, а это морально тяжело.

2) **Стабильный источник хейтеров.** Если громко объявлять о своей позиции (какая бы она ни была), то непременно начинаешь бесить людей с противоположной точкой зрения (а они есть всегда, тем более в такой неоднозначной научной области, как медицина). Они начинают тебе досаждают разными способами, иногда это бывает болезненно.

3) **Более чем пристальное внимание всех** (коллег, пациентов, начальства, проверяющих) **к твоей врачебной работе.** Ты уже не сольешься с общей массой врачей, теперь ты «тот самый Бутрий», а уж если ты накосячил, то это для многих очень интересная и даже приятная новость, которая разносится по округе с невероятной скоростью, по пути обрастая жареными выдуманностями подробностями.

За. **Коллеги стационаров, получая пациентов от меня, не скупятся на критику и не выбирают при этом выражений** (лояльные пациенты иногда пересказывают мне, что им про меня говорили врачи приемника и отделения). Но дети, видите ли, не всегда выздоравливают гладко. Иногда заболевания осложняются, и иногда ребенка даже приходится госпитализировать в стационар для лечения. Поскольку педиатры там часто видят тяжелые и осложненные случаи, у них неизбежно развивается профдеформация и синдром Бога: они искренне верят в то, что они на порядок умнее докторов первичного звена, раз «разгребают их ошибки». Эти коллеги всегда любили ругать амбулаторных врачей вне зависимости от того, справедлив их вердикт или нет.

Ну а дальше вы уже поняли: любая моя ошибка – это не просто промах амбулаторного педиатра, это неудача «того самого Бутрия». Например, зимой 2018-го мне несколько семей передали, что в стационаре врачи говорили им: «Бутрий ужасно лечит, запускает до осложнений, после него поступает куча детей с пневмониями, которых мы потом с трудом спасаем».

Коллеги не видят от меня детей, которых я вылечил амбулаторно: ни сложных, ни тяжелых, но стабильных. Они видят только особые случаи, которые я не рискнул дальше вести сам амбулаторно, потому что требовалось круглосуточное наблюдение медперсонала (даже

постоянное консультирование через мой «Вайбер» было слишком рискованно), и у них развивается классическое когнитивное искажение, называемое «предвзятость подтверждения» (мол, «я так и знал, что он только в интернете умничать умеет»).

4) Негативные пациенты, которые приходят ко мне с кислой миной и мотивом «Ну давай, удиви меня». Не хочу в это углубляться, пациенты профессиональной этикой не связаны и никакие правила такими своими визитами не нарушают, но мне просто жаль тратить их и свое время, ведь с порога件нятно, что разговор обречен быть непродуктивным, комплаенса тут можно не ждать никакого; для чего человек вообще пришел и занял ячейку в моей сетке приема, решительно непонятно.

И еще много могу рассказать о том, как блог и известность добавляют врачу проблем и негатива в виртуальной и реальной жизни. Но я не «ради пожаловаться» решил написать эту главу, а чтобы немного защитить свое честное имя.

Докторам-хейтерам настоятельно рекомендую завести свой блог и хотя бы попробовать, каково это – публично писать простым языком о работе врача и болезнях. Неважно, какую цель вы перед собой поставите: распиариться, просвещать пациентов или просто самовыражаться. Думаю, это быстро сделает их менее категоричными в суждениях.

Когда я начинал писать о медицине три года назад на своей стене в ВК для сотни своих френдов, я даже представить не мог, как далеко это зайдет (только в ВК сейчас у меня 100 000 подписчиков – жуть!). Я ни разу никому не платил за рекламу моего блога, игнорировал предложения в стиле «Кукушка хвалит петуха за то, что хвалит он кукушку» и не размещал платную рекламу в блоге (хотя предложения сыплются в личку регулярно). Я отказываюсь от предложений приехать в другие города и за плату почитать там лекции для родителей или врачей (не вижу себя полноценным просветителем, некогда и еще много причин; хотя вроде бы именно такие предложения должны быть целью самопиара). Я не имею никакой материальной

выгоды от ведения блога. Я много работаю (пять-шесть дней в неделю по 9-12 часов в день) и в свободное время пишу о том, о чем мне интересно. На страничках в соцсетях, один, без оплачиваемых или добровольных помощников; мне даже личный сайт некогда/лень создавать, хотя материала на него уже набралось с лихвой. Что в моем блоге и моем образе жизни можно назвать словом «распиарился» – ума не приложу!

Об этических дилеммах, или Все события вымышлены

Работая врачом, невозможно не сталкиваться регулярно с этическими дилеммами. В первые годы работы они совсем уж примитивны и наивны, потому что молодой врач еще слишком неуверен в себе, слишком хочет нравиться своему пациенту и угодить старшему коллеге, точнее ВСЕМ своим пациентам и коллегам.



Примером примитивной этической дилеммы может служить возможность скрыть свою ошибку: например, в лотке было несколько набранных шприцев с лекарствами и одному пациенту введен шприц,

предназначенный другому пациенту. Если не объявить это, то никто и не узнает, доверие пациента к врачу не будет подорвано, но что делать с отсутствием эффекта или побочными эффектами: врать дальше, накручивая ложь как снежный ком? Если объявить об ошибке, то почти наверняка подорвешь доверие напрочь, и будь ты потом хоть тысячу раз собран и внимателен, эффективность терапии, комплаенс и конечный результат будут заметно ниже ожидаемых из-за подозрительности пациента и эффекта ноцебо.

Примером наивной дилеммы может служить просьба «хорошего» пациента и/или коллеги выписать фиктивный лист нетрудоспособности. Потому что «очень надо», бабушка умерла или горящие путевки в Турцию пропадают, ну что тебе трудно, что ли? Если этот пост читают молодые начинающие врачи, умоляю, НЕ ВЕДИТЕСЬ на такое, никогда не скрывайте свои ошибки, объявляйте их сразу, как заметили (дальше будет только хуже: чем позднее всплывет, тем тяжелее последствия), и уж особенно не выписывайте липовые больничные. Отказывать «хорошим людям» неприятно, но это меньшее из зол. Согласитесь, потом отказываться будет гораздо труднее; соврете раз – дальше придется говорить неправду, чтобы прикрыть прежнее вранье, ложь начнет накручиваться как снежный ком и давить на вас, а за подделку финансового документа проще всего попасть под прокурора, уголовное преследование и лишение права заниматься врачебной деятельностью. Вообще, умение категорично говорить «нет» – базовая опция для доктора, без нее просто не выжить.

Но потому эти проблемы и примитивны, что их легко распознать и нетрудно разрешить малой кровью. Чем дольше работаешь, чем за более сложные случаи берешься, тем сложнее и многоходовее становятся задачи, тем выше в них ставки.

И вот уже к тебе на платный прием приходит семья с новорожденным, которая явно еле сводит концы с концами и с большим трудом копит на «Пентаксим». Говорить ли им про «РотаТек»? Что лучше для родителей: сидеть полгода впроголодь, но ввести младенцу три дорогостоящих «РотаТека» или страдать от синдрома плохого родителя, потому что не можешь дать своему ребенку все самое лучшее? Как правильнее для врача: информировать всех одинаково с покерфейсом и «пусть сами как хотят» или подстраиваться под изначальные предпочтения семьи, не пытаясь их

изменить (а потом в случае осложнений, возникших из-за отсутствия прививки, получать от них упреки: «Что ж вы нас не убедили»)? А если добавить сюда еще и конфликт интересов (финансовую выгоду клиники и педиатра от введения «РотаТека», «Пентаксима» и др.) – неслабый такой клубок получается.

Или мое любимое: приходит семья, у ребенка скарлатина, стрептотест положительный. Что делать, вроде понятно: я должен поставить диагноз, назначить антибиотик на десять дней, карантин на группу детсада на семь дней и далее все по СанПиНу. А помимо прочего в этом СанПиНе сказано, что заболевшего надо на 21 день выводить из организованного детского коллектива, и вот в этом-то и кроется подвох, потому что по всем международным нормам ребенок со скарлатиной считается абсолютно незаразным спустя полтора дня с начала антибиотикотерапии, и запирает его дома на 21 день – это явный архаизм и нелепица. Но нарушение СанПиНа – это смертный грех для врача, за такое проверки кожу живьем сдерут. И когда вы осчастливите маму трехнедельным запретом на посещение сада/школы, она непременно задаст резонный вопрос: «А вы дадите мне больничный на эти три недели?» Технически по карантину доктор может дать лист нетрудоспособности по уходу только до семи лет и только дошкольнику, но на практике это трудно осуществить даже при подходящем возрасте и условиях (через 15 дней на врачебной комиссии ведь надо обосновать продление листа нетрудоспособности), поэтому есть негласное правило отказывать таким семьям. Но даже если вы сдюжите и сможете выдать больничный на весь этот срок, это тоже не панацея – родителям могут угрожать увольнением с работы за «слишком частые больничные».

И вот тут появляется идея (неважно у вас или у родителей): а что если поставить в диагнозе не «скарлатина», а «ОРВИ, аллергическая сыпь»? И тогда и волки сыты, и овцы целы, всем хорошо. Родители адекватные, важность правильного лечения скарлатины понимают, нелепость СанПиНовского запрета тоже, они прилежно выполняют рекомендацию не прекращать амоксициллин до десятого дня включительно. Ребенок сможет вернуться в сад уже через пару дней и продолжать принимать антибиотик до и после посещения дошкольного учреждения, прямо как в странах с развитой медициной, здорово же? «В чем тут вообще дилемма?» – спросите вы. В том, что

карантин в группе/классе не будет объявлен, и другие дети (со стертыми формами, например) рискуют, заболев, не получить правильный диагноз, не получить десятидневный курс антибиотика и пострадать от последствий стрептококковой инфекции (а это, например, ревматическая лихорадка и приобретенный порок сердца, на минуточку). В том, что вы намеренно портите и без того отвратительного качества российскую инфекционную медстатистику. В том, что родители часто не умеют удерживать язык за зубами, проболтаются, обман вскроется; или его рассекретит эпидрасследование, и вы пострадаете за подделку медицинских документов. Наконец, в том, что вы идете против своей совести, ставя неправильный диагноз, хотя уверены в правильном.

И таких средней степени сложности проблем я элементарно накидаю с десятков: отправить семью за «Превенаром» (а возможно, и за «Пентаксимом», если повезет) из частного центра в поликлинику (чтобы родители смогли сэкономить), зная, что с большой вероятностью там найдут повод отказать/разделить/затянуть вакцинацию, например из-за «слишком много прививок в один день», или ввести все нужные вакцины самому (чтобы ребенок был привит правильно, своевременно и в полном объеме), но это будет выглядеть как желание продать побольше вакцин? Подать служебную записку в службу опеки на семью, которая уже второй (или пятый?) раз допускает в отношении ребенка бытовой травматизм (сперва упал с пеленальника, потом отравился папиным «Ксиленом», а теперь вот кипятком сильно ошпарили), или ограничиться строгой беседой? А может, и вовсе рукой махнуть (добавьте к этому примеру агрессивного неадекватного отца, который уже угрожал вам расправой пару приемов назад, и выбор тактики заиграет новыми красками)? Можно ли использовать запугивание и рассказывать, что бывает с непривитыми детьми в случае заражения, чтобы переубедить антипрививочников, или нужно лишь терпеливо сеять разумное-доброе-вечное, надеясь, что со временем они откажутся от своих нелепых убеждений, а до тех пор коклюш, корь и столбняк будут обходить ребенка стороной?

А есть и крайне сложные задачи, которые способны поставить в тупик самых опытных профессионалов, например:

✗ Давать ли ложную надежду при крайне плохом прогнозе болезни?

✗ Сообщать ли об экспериментальном, но супердорогостоящем зарубежном методе лечения?

✗ Как поступить при подозрении (без четких доказательств) на сексуальное насилие в семье или синдром Мюнхгаузена в условиях, как бы это помягче сформулировать, несовершенного российского законодательства в сфере ювенальной юстиции и слабой юридической защиты врача от пациента?

✗ Как поступить, если при обследовании (или даже сборе анамнеза) женщины врачу становится очевиден факт измены ее мужа и риск заражения женщины инфекцией, передающейся половым путем?

✗ Как быть, если родители в ссоре, один родитель случайно навредил ребенку, лечит ребенка у вас и хочет скрыть факт бытовой травмы от второго родителя (у них ведь равные права на информацию о его здоровье, но совсем не равное участие в жизни ребенка)?

✗ Что делать, если твой близкий друг и коллега грубо ошибся с пациентом, ты это заметил, ему это сообщил, а он не хочет этого признавать и продолжает вредить пациенту, настаивая на выбранной тактике?

✗ Что делать, если у женщины регулярные следы побоев (синяки на лице под челкой, следы от грубых мужских рук на запястьях, привычка шарахаться, когда кто-то рядом просто поднял руку), все указывает на мужа, но она отказывается признавать проблему, заявлять в полицию и что-либо предпринимать (ребенка ведь он пока не трогает, да и финансово от него зависят они оба)?

И все эти случаи встречались у простого амбулаторного педиатра. С какими дилеммами сталкиваются врачи реанимационных отделений и хосписов, мне даже думать страшно!

Если вы читаете это и у вас есть быстрые и категоричные ответы на все эти вопросы, вы явно смотрели слишком много медицинских сериалов и не знаете, какие последствия для семьи, врача и окружающих могут принести неверные решения и какие плоды принесут решения верные. Чем больше работаешь, вникаешь во все это, тем больше факторов принимаешь во внимание, тем менее однозначно рассуждаешь.

Раньше я очень любил поговорку «Не знаешь, как поступить, – поступай по инструкции», но что делать, когда инструкция кардинально противоречит современному научному знанию и здравому смыслу (как СанПиН при скарлатине)? Что делать, когда совесть велит поступить иначе, чем разум?

Старшие коллеги, читая это, могут справедливо заметить, что я еще слишком молод, чтобы рассуждать о высоких материях. Возможно. Но я отвечу цитатой: «Как на тропу войны – так не мал! А как на фильму...» (х/ф «Человек с бульвара Капуцинов»), может, я и молод рассуждать, но принимать решения-то от меня требуется уже сейчас.

Вы, дорогой читатель, кем бы вы ни работали: если вам не приходится каждый день принимать сложные решения, решать моральные дилеммы, одинаково неудобные для всех компромиссы, держать удары со всех сторон (клиентов, начальства, проверок и коллег) и всегда быть готовым дать ответ за каждый сделанный ранее выбор, не смейте судить врача!

Р. С. Разумеется, все события вымышлены и все совпадения случайны. В суде буду все отрицать и настаивать, что эта глава была написана под пытками.

Свод правил начинающего педиатра

Читал я тут вопросы, которые мне задавали люди на сайте Лабиринта, в рамках конкурса (надо было выбрать пять лучших), и не смог пройти мимо вот такого необычного вопроса (в «пять лучших» он не попал).



* * *

«Уважаемый доктор! Пишет Вам не родитель, не бабушка или дедушка, а студент-выпускник медицинского. Если кратко, то Вы – наш учитель и кумир. Вы, наверное, не знаете, но иногда на вопрос: „Ты по чему готовился?“ – ответом служит: „У Сергея Бутрия статья на эту тему есть \ Сергей Александрович, вопрос не праздный. Не могли бы Вы кратко и тезисно сформулировать памятку под названием «Свод правил начинающего врача». Или «Свод правил зеленого врача» (страшно как звучит). У Вас про это много сказано: и статьи, и упор на доказательную медицину. Но вот что-то тезисное, в одном месте собранное, да с напутствием нам, зеленым, было бы для нас невероятно полезным и нужным. Спасибо большое, успехов Вам и здоровья Вашим пациентам!»

Очень польщен таким отзывом, что греха таить. Но хочу напомнить: не сотворите себе кумира, дорогие коллеги. Мне приятно такое признание, но чем больше восторгов, тем меньше критического переосмысления, а это в нашей работе чревато.

После восьми лет врачебной практики я не ощущаю себя состоявшимся врачом, я все еще студент, ну, может, на пару курсов постарше вас. Не могу отделаться от ощущения, что вот сейчас начну писать советы, но придет настоящий врач и посмеется над нашей с вами наивностью. Я нахожусь на дне «ямы отчаяния» на кривой Даннинга – Крюгера и уже начинаю сомневаться, что она когда-то закончится и будет подъем. Вот от такого человека вы собрались слушать советы; поэтому не относитесь к ним слишком серьезно, пожалуйста.

Итак, советы

1) Приготовьтесь и настройтесь: первые два-три года работы придется ОЧЕНЬ интенсивно учиться и работать. Примерно так же, как на первых курсах института. Это время критически важное, вы снова работаете на зачетку, и, если все сложится, зачетка потом станет работать на вас, но это не сразу. Главное в эти несколько лет – никого не убить (в каждой шутке есть только доля шутки).

Учите наизусть симптомы эпиглоттита, менингококкового и пневмококкового сепсиса, бактериального менингита, «острого живота», тяжелой пневмонии, кори, тяжелой бронхообструкции, гемолитико-уремического синдрома, онкогематологических заболеваний, детской онкологии (опухоль Вильмса, ретинобластома), лекарственных и бытовых отравлений, аспирации и проглатывания инородных тел (особенно бойтесь плоских батареек и магнитных шариков Неокуба), дебюта сахарного диабета, сольтеряющего криза при адреногенитальном синдроме, наследственного ангиоотека и т. д. – всего, что может быстро убить ребенка. Смерть пациента, особенно осознание того, что ты ошибся или затянул с диагнозом/помощью, могут сломать вас как профессионала и как личность.

2) Не брезгуйте российскими кяинруководствами, стандартами, методическими указаниями, СанПиНами, приказами и т. д. Как бы вы ни относились к этим документам, именно по ним вам придется держать ответ перед любыми проверками: от заведующей поликлиникой до прокурорской проверки в рамках уголовного дела. Их надо уметь быстро находить, а в идеале и знать. Для их поиска я пользуюсь сайтом «Консультант Плюс»: нахожу по ключевым словам самый свежий действующий документ, копирую его реквизиты в «Гугл», а уж дальше ищу фуллтекст на сайтах, где доступ к полным текстам дается без Консультантовых понтов.

3) Подружитесь с международными справочными медсайтами – это ваш единственный способ стать хорошим врачом. Medscape, Pubmed, AAFP – ваши лучшие друзья. А если у вас вдруг есть свободные 30 000 рублей, то купите годовую подписку на UpToDate.

Из учебников полюбите «Педиатрию» Нельсона – это библия педиатров всей планеты. В Сети есть переведенное на русский семнадцатое издание (оно быстро устаревает, но до сих пор гораздо современнее и адекватнее многих российских учебников), есть

Нельсон двадцатый на английском у «пиратов» или платно. Не надо читать их от корки до корки, можно вечером и ночью о том, с чем к вам обращались днем.

4) Подпишитесь в соцсетях на сообщества педиатров, дерматологов, инфекционистов и т. д., желательно «доказательных», если это возможно. Читайте описания клинических случаев других врачей, выкладывайте свои сложные случаи, обсуждайте, спорьте, отдавайте предпочтение тому варианту, который коллеги смогли грамотно аргументировать ссылками на международные гайды.

В целом окружите себя качественной медицинской инфой: подписки в социальных сетях, рассылки, группы и чаты с единомышленниками и т. д. Часть инфы будет впитываться в вас без всяких усилий (помните шутки про «если вместо подушки использовать учебник, то информация будет попадать в мозг ночью по законам осмоса»; так вот это почти правда).

5) Учите английский (хотя бы через приложение «Дуолингво»). Хотя современные автопереводчики позволяют читать даже бумажные книги без знания языка, знать язык очень круто и полезно. Но я сам до сих пор все читаю через переводчики, так что примером быть не могу.

6) Найдите хороший форум врачебных консультаций, попробуйте читать ответы других консультантов, брать с них пример. Например, я всю ординатуру просидел на форуме дискуссионного клуба русского медицинского сервера (РМС) и когда вышел на участок, уже имел теоретический опыт по многим вопросам.

Разделы часто задаваемых вопросов на РМС можете выучить наизусть. Пользуйтесь поиском по форуму, нет почти ни единой

проблемы, по которой пациенты не задавали бы там вопросов и по которой консультанты («доказательные» врачи) не давали бы ответов на форуме РМС. Первое время это все можно использовать как шпаргалки.

Я вырос на форуме ДК РМС и трепетно его люблю. Там я консультировал, учился, находил, на кого равняться и за кем тянуться, заводил друзей и связи. Жаль, что сейчас форум не так активен, как раньше, но его архивы бесценны.

7) Приобретите несколько базовых книг, они должны стать настольными. Трудно дать универсальный совет, но у меня настольными и ежедневно открываемыми являются:

✗ BNF for children последнего выпуска, в нем смотрю дозы при пациенте, если хоть немного сомневаюсь в своей памяти;

✗ справочник «Детская дерматология», Манчини и др., второе русское издание;

✗ справочник «Иммунопрофилактика», 2018, В.К. Таточенко и др.

На первое время пригодится какой-нибудь наглядный атлас по пропедевтике типа «Визуальная педиатрия» под редакцией Доскина, Лещенко, Дериновой. Чтобы было где быстро подсмотреть основные психомоторные навыки ребенка на нужный возраст (первые пару лет вопрос «Доктор, а что он должен уметь в этом возрасте?» регулярно ставил меня в тупик; наизусть я ответить не мог, но открывал книги и говорил: «А давайте сверимся со справочниками, чтобы ничего не упустить»). Узнать, как выглядят нечастые, но очевидные по внешнему виду болезни, сверять правильность своей техники физикального осмотра и т. д.

Остальными пользуюсь чуть реже, но на обеих работах у меня стоят: «Педиатрическая дерматология» Коэна, «Детская дерматология» Хегера, «Педиатрия» по Нельсону, двадцатое издание. Основной источник знаний – интернет-ресурсы, но книги все же имеют свои преимущества.

8) **Купите себе личное оборудование**, ни с кем им не делитесь, это как средства личной гигиены:

- ✗ стетоскоп (у меня самый простенький);
- ✗ отоскоп (у меня Piccolight FO);
- ✗ горловой фонарик (я свечу в горло отоскопом без воронки, но вдруг вам удобнее фонарик);
- ✗ налобный фонарик (когда для работы нужны обе руки).

Это минимум.

Максимум нет. Помимо этого, у меня есть:

- ✗ крючки Воячека, винтовой зонд с ватой и тонкие пинцеты (для удаления серных пробок и инородных тел уха);
- ✗ личный пульсоксиметр;
- ✗ небулайзер (для демонстрации и обучения пациентов);
- ✗ пикфлуометр и спейсер (для того же);
- ✗ тонометр с набором детских манжет;
- ✗ мочевые тест-полоски «Уриполиан XN11» или «Декафан Лейко» и запас одноразовых баночек под мочу;
- ✗ личный стрептотест;
- ✗ проверенный (многократными сравнениями с ртутным) инфракрасный термометр;
- ✗ глюкометр с запасом тест-полосок и т. д., наверняка что-то забыл.

9) **Помалкивайте при старших коллегах о своей любви к «доказательности»**, это многих раздражает, наживете врагов раньше времени. Они многому хорошему могут вас научить, не обесценивайте их помощь, даже если они считают американские и европейские гайдлайны богомерзкой ересью, а полное собрание сочинений Ленина – адекватным источником медицинской информации. Учитесь дипломатичности и ото всех берите лучшее.

10) **Заведите себе экстренную аптечку**, пусть она всегда на домашних вызовах будет с вами, вообще не вынимайте ее из сумки. Я таскаю с собой везде пластиковую баночку, а в ней несколько

ампул «Дексаметазона» (аллергии, стенозы, острые бронхообструкции и др.), «Латрана» (рвоты), и флакон с «Цефтриаксоном» (менингококк) + вода для инъекций + шприцы + спиртовые салфетки. Больше можно, меньше нельзя.

11) **Соблюдайте этику с коллегами.** Держите себя ровно с врачами. Уважайте и цените медсестер, их поддержка, помощь и опыт дорогого стоят. Но помните, что врач – подкаблучник своей медсестры – жалкое зрелище.

12) **Берегите себя от выгорания.** Это проще сказать, чем сделать, но хотя бы не развивайте этот процесс целенаправленно. Многие с первых дней стараются придать себе высокомерный и желчный вид, чтобы больше походить на «бывалых». Это как подросток, который учится курить для понтов: взрослее не станет, только себе навредит.

12а. **Не читайте группы с черным юмором, типа «Злой медик».** Избегайте деления людей на два лагеря: тупых пациентов и крутых врачей. Это очень искажает восприятие реальности и разрушает нормальное общение с пациентами.

13) **Поддерживайте родителей своих пациентов,** берегите их от чувства вины. Не пользуйтесь запугиванием и давлением никогда, кроме случаев, когда действия/бездействие родителей ведет к прямой угрозе жизни ребенка; эффект запугивания очень кратковременный, и к нему быстро развивается привыкание и происходит обесценивание.

13а. **Когда столкнетесь с бытовым травматизмом, очень прошу: засуньте в (зачеркнуто) поглубже свое осуждение и менторский тон.** Вы спасатели и помощники, а не судьи и надзиратели. Родителям в такие моменты невыносимо тяжело, они вполне осознают степень своей вины, даже если вам так не кажется. Не добавляйте им

страданий, осуждать и поучать в такой момент – это подлость, найдите в себе силы не злорадствовать, не добивать, а ободрить и поддержать их.

Чуть менее, чем все опытные врачи, особенно хирурги и реаниматологи, заражены этой болезнью: осуждением родителей, допустивших травму. «Представляешь, этот дурачок оставил ребенка одного в комнате с открытым окном, тот и выпал», «Видал эту, которая в коридоре ревет, это она жидкость «Крот» закрыть и убрать забыла, ребенок в реанимации, пищевод спасет только пересадка, не факт, что вообще выживет».

Это так сладко – осуждать родителя за случившуюся трагедию и думать, что ты лучше него. Я работал с хирургами (медбратом в студенчестве) и тоже так делал, подражая старшим. Пока моя собственная дочь в шесть лет по моему недосмотру не повисла обеими ручонками на остром крае забора из листового железа, и я не примерил положение «родителя, который это допустил» на себе. Ее пожизненно негнувшийся в дистальном суставе безымянный палец левой руки – моя крепкая прививка от осуждения родителей. «Кто из вас без греха, пусть первый бросит камень».

13б. Старайтесь не раздражаться на родителей за то, что они не выполняют ваши рекомендации, перепроверяют вас. Это все равно бессмысленно и неэффективно. Они действуют в интересах ребенка. Лентяев и тупиц среди родителей не так много, как вам сперва покажется. Просто они пока не доверяют вам. Учитесь грамотному общению и наращивайте свой профессионализм, и таких случаев будет все меньше; но никогда их количество не станет нулевым.

14) Первые лет десять вы будете регулярно получать замечания о вашем юном возрасте. Выучите какую-нибудь забавную недовольную дежурную фразу, чтобы легко парировать, не раздражаться и быстро возвращать разговор в конструктивное русло типа: «Ну,

молодость – это порок, который быстро проходит... Итак, что у вас случилось?» Не врите о своем стаже, наличии у вас детей (если их нет) и вообще ни о чем: ложь всегда потом раскрывается и больно бьет бумерангом.

15) Если это возможно, **не живите на своем рабочем участке или в маленьком поселке, в котором ведете прием, не гуляйте на одной площадке со своими пациентами, не пускайте их к себе в дом, не добавляйте в друзья в социальных сетях.** Предельно жестко разделите рабочее и частное. Правильно расставленные личные границы – спасение от выгорания и от многочисленных непониманий и скандалов. Первое время у вас будет огромное желание понравиться своим пациентам, заслужить их доверие, это нормально, но достигать этого следует только профессионализмом, а никак не панибратством.

16) **Дайте пациентам хотя бы один канал прямой связи с вами.** Самое простое – имейл. Оговорите, что будете отвечать в течение одних-двух суток. Это сэкономит время обоим, увеличит доверие, комплаенс, послужит громоотводом в случае скандалов (напишет вам, выговорится, и дальше дело не пойдет).

Заведите себе «Гугл-календарь», вносите в него все, что планируете сделать. Работа педиатра – это прежде всего колоссальная многозадачность, непременно будете забывать что-то без ежедневника.

17) **Улыбайтесь всегда, когда это уместно, это очень важно и просто.** Улыбайтесь детям, будьте опережающе приветливы с ними, играйте, шутите, делайте комплименты, снимайте страх у ребенка перед вами по максимуму. Если останутся силы, дарите улыбку и родителям.

Во время проведения физикального осмотра проговаривайте все, что вы собираетесь делать и что уже сделали. Например, перед аускультацией скажите: **«Сейчас мы послушаем, как стучит твое сердечко»**, – это успокоит ребенка. После аускультации: «Все отлично, легкие и сердце звучат хорошо, хрипов нет». Не нужно держать пошаговый доклад, достаточно просто бубнить себе под нос – это успокоит родителей.

18) **Ставьте диагноз на каждой своей справке.** Избегайте этой мерзкой привычки многих педиатров писать только назначения. Форма должна содержать Ф. И. О. с датой рождения, дату осмотра, диагноз, назначения и фамилию врача. Это дисциплинирует вас, показывает уважение к коллегам, дает ясность родителям.

19) **Заставляйте себя говорить родителям:** «Я не знаю», когда вы не знаете. Ох как это трудно, особенно поначалу. Но совершенно необходимо.

К педиатру идут с самыми различными вопросами. И когда мы не знаем ответ, возникает большой соблазн додумать его на ходу, опираясь на знания анатомии, физиологии, врачебный опыт и просто свой здравый смысл. Но при додумываниях легко прийти к неверным выводам. Очень многие врачи, боясь ответить «Я не знаю», отвечают глупости и нелепицу, а потом постепенно сами начинают верить в нее – так рождаются мифы. Это непрофессионально и глупо.

19а. **Гуглите прямо при пациентах: дозировки лекарств, алгоритмы обследования и т. д.** Лучше лишний раз перепроверить, чем ошибиться; лучше выглядеть глупо, чем быть глупым.

Имейте под рукой (в компьютере, смартфоне или в канцелярской папке с файлами) приказы, памятки, шпаргалки и прочие материалы,

которые часто вам требуются, чтобы можно было открыть нужный документ за пару секунд.

19б. Заведите себе за правило в сложном случае брать тайм-аут на пару дней и читать по ночам. Пригласите семью на повторный осмотр через день-два, за это время подготовьтесь и скорректируйте тактику и назначения. Если у вас нет двух дней, дайте семье визитку со своим имейлом, пусть напишут вам вечером, уточните все в электронном письме.

Выделяйте семьи с тяжелыми или нетипичными случаями из общего потока, давайте им льготы: приглашайте в отдельное время (чтобы посмотреть и опросить еще раз без спешки), давайте свои контакты или звоните им сами (чтобы отслеживать динамику), и т. д. Нетипичные случаи – это ваш лучший учитель.

19 в. Если вы допустили ошибку, и ее можно скрыть, но утаивание хоть немного может навредить ребенку, соберите всю волю в кулак и признайтесь родителям и/или коллегам в ошибке. Это невероятно сложно, и большинство людей на это не способны, но вы – не большинство.

19 г. Если нашли ошибку другого врача, смягчайте и защищайте его перед семьей по максимуму. «Он мог не видеть на тот момент полной картины», «Так тоже можно, но я считаю правильнее поступить вот так» и т. д. Но, если вопрос встает ребром и прикрыть коллегу можно, только навредив пациенту, – интересы пациента всегда важнее.

20) Тренируйте навыки поиска медицинской информации в любую свободную минуту. Никогда не наступит время, когда вы будете знать все и перестанете нуждаться в «Гугле». Как хирурги тренируют до автоматизма узлы и разрезы, так педиатры должны уметь в три клика открыть нужный гайд, исследование или статью в

фармсправочнике. Чтобы проверить себя, убедить пациента, доказать коллеге и т. д.

21) Мойте руки каждый раз, входя в квартиру! «Здравствуйте, я ваш участковый врач, меня зовут Сергей Александрович. Можно я здесь повешу куртку? Где у вас моют руки?» Родители невероятно злятся, когда вы лезете к ребенку с невымытыми руками, и правильно делают.

Носите с собой бутылек «Стериллиума» или любого антисептика, протирайте руки, стетоскоп и отоскоп после высокозаразных детей (скарлатина, гастроэнтерит, Коксаки и прочее), чтобы не заразить следующего пациента.

22) Постарайтесь осознать, насколько важно соблюдение врачебной тайны, даже среди друзей/знакомых (особенно среди друзей/знакомых!), до того, как вляпаетесь в огромный скандал.

Никаких «Моя подружка Надя приходила к вам с сыпью у малыша. Что у них?» Никаких «Ну как там наши соседи, их вчера госпитализировали, не знаете?» Никаких «Давайте я анализы Галькиного пацана тоже захвачу, все равно к ней зайду сейчас».

Следите за тем, что и где обсуждаете с другом-коллегой-женой, лично или по телефону... Незнакомцы в магазине или автобусе могут быть совсем даже не незнакомцами.

Выучите фразу: «Простите, я не могу обсуждать это с вами», и на все их «Ой да ладно, что вы тут корчите из себя» или «Да у нас нет секретов друг от друга» не попадайтесь, отвечайте: «Обсудите это с ними лично».

У меня была бабушка, которая скрывала болезнь внука от обоих родителей, потому что в болезни была ее вина (я не сразу понял, что мама и папа не знают). Если бы они захотели подать на меня в суд, то выиграли бы. Принимать решения о лечении/ обследовании ребенка

могут только родители и законные представители, все остальные – только по нотариально заверенной доверенности.

23) Страхуйте детей в кабинете. Не оставляйте одних на пеленальном столике, держите руки наготове, когда лежит/сидит на весах и т. д.

На одном из своих первых визитов на дом мать поставила кухонный столик посреди комнаты, застелила его толстым ватным одеялом и положила новорожденного, чтобы я его осмотрел. Стоило мне отвернуться, как тяжелая голова (она лежала на краю стола со стороны матери) перевесила, и ребенок соскользнул. Я не успел среагировать, но мать (она стояла со стороны головы) сориентировалась и поймала.

Не держите в кабинете ничего, что может навредить малышу, например игрушки с мелкими деталями или плоскими батарейками внутри. Еще не хватало, чтобы ребенок получил травмы прямо во время вашего осмотра. Вы должны учить матерей безопасному обращению с малышом, подавать пример.

24) Никакой романтики, флирта, секса или даже полунамека на них на работе! Неважно, холосты вы или имеете постоянного партнера/супруга, работа в медицине – это не место для поиска супругов и сексуальных партнеров. Табу, харам, целибат. Самый простейший способ устроить себе громадные проблемы на работе, сломать репутацию, карьеру и все, что вообще ломается, дать пищу для слухов на двадцать лет вперед – это переспать с пациентом (родителем или подростком «почти что взрослым»).

С вами регулярно будут флиртовать, вам самим часто будет кто-то сильно нравиться, вы не робот, это нормально.

Но ходу этому давать нельзя.

Хронические болезни, частые приватные встречи и сильная эмоциональная вовлеченность в проблемы пациента готовят чрезвычайно опасную почву для всякого рода влюбленностей и избыточных привязанностей. Такова проблема всех помогающих профессий, не только врачей.

Это очень скользкая дорожка, пресекайте даже полунамеки на флирт. Если чувствуете, что держать безопасную дистанцию не удастся, отдаляйтесь немедленно. Включайте категоричность и металл в голосе, грубите, вербализируйте («Если вы продолжите в том же духе, мне придется передать вас другому врачу, одного с вами пола»). Девушкам, возможно, с этим будет сложнее, у нас в культуре принято «добиваться неприступных», мне с этим проще.

24а. Не забывайте, что у нас в стране идет эпидемия педофилофобии.

Если дело хоть немного пахнет приватностью (осмотр половых органов у подростка, глазного дна или лампой Вуда в отдельной темной комнате, пальпация молочных желез и т. д.), процедуру проводите только в присутствии родителя и медсестры. Если ведете прием без медсестры, выйдите за ней специально, пригласите на две минуты и осмотрите при ней. Если останетесь один на один с подростком, он сможет запросто обвинить вас в домогательствах (по глупости, не разобравшись или прямо желая вам навредить), и не отмоетесь потом, хоть город/фамилию меняй.

Погуглите в Сети – куча таких историй, журналисты греются на них еще мерзотнее, чем на осложнениях от прививок.

Р. С. Когда работал медбратом, у меня была пара крайне развязных пятнадцатилетних девушек из неблагополучных семей, которые вдвоем лежали в отдельной палате, я делал им инъекции в ягодицы, а после они начали угрожать мне обвинениями в педофилии, обещали, что подтвердят слова друг друга, что я их «лапал», прижимался к ним, и что меня посадят. Дальше дешевых угроз дело не пошло, но меня тогда сильно это раздавило, я не представлял, что такое вообще бывает, «они же дети», как мне

быть?

Только вообразите заголовки газет, если бы они эту историю начали раскручивать.

Будьте чисты на работе, как далай-лама.

25) Любите педиатрию – это самая интересная и захватывающая профессия в мире. Любите детей, ведь это так просто и так важно. Уважайте родителей со всеми их слабостями и недостатками, они честно хотят добра своим детям, просто не всегда поступают логично и верно.

«Уважайте чистое, ясное, непорочное святое детство!»

(Януш Корчак)

Р. С. Спасибо, что дочитали. Все, слезаю с трибуны, пойду, попробую сам выполнить хоть половину из того, о чем поучал.

Что делать, если у ребенка паника и истерика в кабинете врача

В первые месяцы жизни ребенок не особо разбирает своих/чужих, но с 5–7 месяцев (иногда уже с четырех) начинает четко различать посторонних и бояться их. Врач для ребенка – не просто чужой, он настойчивый чужой. Обычный взрослый, взяв ребенка на руки или посюсюкав с ним, если заметит, что малыш напугался и плачет, тут же возвращает его папе или маме, где тот сразу успокаивается; но доктор продолжает осмотр, несмотря на крик (когда иначе нельзя).



Мы, педиатры, не звери, мы стараемся снижать стресс до минимума, когда это возможно: носим яркие костюмчики, много улыбаемся, держим в кабинете пищалки-по-гремушки-фонарики для развлечения, обследуем малышей на руках родителя (если это возможно), стараемся выполнять неприятные процедуры быстро и безболезненно, со многими детьми это помогает, хотя бы отчасти уменьшает стресс и громкость/продолжительность плача.

Но есть особая группа детей, они не только боятся чужих, у них дикая неконтролируемая истерика при виде врача. Они не просто плачут – они орут и бьются в панической атаке. Нет, это не болезнь (обычно), это лишь временная особенность темперамента. Такие эмоции в кабинете врача начинаются с 7–9 месяцев и всегда проходят после 2,5–3 лет (если вдруг не заканчиваются – это повод насторожиться на предмет аутизма и других психиатрических проблем).

Совершенно неважно, делал ли врач (конкретно этот или врачи вообще) когда-либо больно, пугал ли его, ребенок может бояться его панически по умолчанию. А уж после стационара, где ему вводили по три-семь внутримышечных инъекций в сутки, забирали на сорок минут одного (без матери) в процедурку и там делали капельницу, жестко при этом фиксируя, – уровень страха к белым халатам неизбежно возрастает даже у изначально лояльных детей (поэтому надо госпитализировать только по строгим показаниям и делать наши стационары как можно более гуманными).

Такие дети, назовем их паникеры, кричат так сильно, что на лице от натуживания могут лопаться капилляры и возникает пурпура (группы мелких синячков по два миллиметра каждый), она появляется сразу после выхода от врача, не пропадает от давления стеклом, через два-три дня начинает «цвести» (менять цвет на оттенки синего/желтого, постепенно бледнея) и проходит за четыре-семь дней. Это не тромбоцитопеническая пурпура, не васкулит и не менингококк – это просто ребенок «накричался».

Дети-паникеры могут кричать уже при подходе к двери кабинета врача, или при входе в (поли)клинику, или даже когда машина поворачивает на улицу, на которой расположена клиника. Как правило, если ребенок так буйно реагирует на доктора, он имеет и другие трудности, связанные с бурными эмоциями или чрезмерной

придирчивостью: плохо ест, беспокойно спит, ненавидит одеваться на улицу, закатывает регулярные истерики по малозначительным поводам; то есть в полной мере подходит под определение Курчинки «ребенок с характером» (см. ее одноименную книгу).

Ну и, само собой, почти все дети-паникеры склонны к закатываниям, а точнее, к аффективно-респираторным приступам (как в кабинете врача, так и вне его), про них – см. подробнее в блоге. Как бы страшно ни выглядел АРП, он не опасен, длится 15–90 секунд и заканчивается громким плачем, или полубмором, или даже засыпанием ребенка. Все, что нужно родителям, – сохранять спокойствие и следить, чтобы ребенок не покалечился от падения или других травмирующих факторов.

Так что же делать, если ваш ребенок – паникер?

Действия родственников:

✗ купить игрушечный набор доктора, играть дома во врача, заранее проговаривать и проигрывать с ребенком те действия, которые делает врач (осмотр уха отоскопом, выслушивание легких, поглаживание животика);

✗ НИКОГДА НЕ ПУГАТЬ уколами, злыми врачами и «дядя вот сейчас тебя заберет» (!);

✗ брать с собой помощников, заходить без малыша, приглашать ребенка и компанию в кабинет только после стартового разговора с врачом;

✗ давать потихоньку в начале приема врачу новую игрушку, чтобы он в конце подарил ее ребенку как бы от себя;

✗ слушаться доктора: если, например, он посадил малыша на весы, боится его и велит вам отойти, отойдите (если вы будете слишком близко, ребенок станет кидаться к вам в объятия, и измерение веса затянется);

✗ быть спокойными и доброжелательными в кабинете врача (дети чувствуют настрой родителей).

Действия медработников:

✗ быть приветливыми, улыбаться, шутить с ребенком, делать ему комплименты (но не пересластить – напористость тоже пугает детей);

✗ если это позволяет устав клиники, избегать белых халатов, лучше носить пестрые хиркостюмы или вовсе бытовую одежду;

✗ давать детям привыкнуть к себе, сперва начинать разговор, отойдя подальше, потом приближаться;

✗ разговаривать мягко, избегать восклицаний и повышения голоса;

✗ держать стетоскоп на теплой батарее, мыть/греть холодные руки в горячей воде перед осмотром;

✗ откладывать болезненные и неприятные манипуляции на вторую часть приема (дать ребенку шанс привыкнуть к врачу и начать ему доверять), проводить их как можно быстрее и нежнее, сразу после боли/дискомфорта успокаивать, жалеть, хвалить и (в идеале) подарить что-то: наклейку, брелочек, игрушку, которую родители незаметно подсунули в начале приема;

✗ использовать приемы из гайдов по снижению боли при вакцинации.

Иногда (и довольно часто) никакие меры не эффективны ни с чьей стороны. И когда врач после вводной беседы подходит для осмотра, ребенок все равно начинает истошно кричать, хвататься за блузку мамы и вырываться из рук доктора.

Действия всех при осмотре кричащего малыша

✗ Если предотвратить крик заранее не получилось, теперь уже поздно. Надо сосредоточиться, не обращать внимания на вопли (или нежно монотонно причитать, разговаривать вполголоса с малышом, не пытаясь его переорать) и надежно фиксировать ребенка. Чем скорее доктор проведет осмотр/манипуляции, тем лучше; и только когда все уже закончено – жалеть и успокаивать малыша.

✗ Нет ничего хуже, чем пытаться успокоить ребенка в середине осмотра. Доктор провел отоскопию: «Нет, дайте мы походим, успокоимся». Доктор посадил на весы, вернул матери: «Еще походим, погодите». Не надо так. Это никогда не работает, только затягивает время стрессовых процедур и крика.

✗ Совсем уж плохо кричать на доктора, на мужа, на малыша, самим родителям «включать истерику», грубо отталкивать руки врача, держать ребенка слабо и ненадежно, давая ему возможность отбиваться (это затягивает время и увеличивает риск травмы при осмотре, нагнетает нездоровую атмосферу и взаимные претензии медиков и семьи друг к другу).

Еще раз повторю: даже если ребенок с семи месяцев орал при входе в мой кабинет до осиплости, а с года его затаскивали ко мне в кабинет «за ногу», отрывая его цепкие пальцы от косяков и мебели, если он пытался меня укусить, плевался, орал до рвоты, даже в этом случае с двух с половиной – максимум трех лет при условии, что мы с вами не делали больших коммуникативных ошибок, он уже заходит самостоятельно, садится ко мне на колени, присваивает мою ручку и начинает рисовать в моих бумагах. Да, при виде открытого шприца он все еще может заходиться в истерике, но в остальное время с ним уже можно договариваться и взаимодействовать вполне эффективно.

Детская истерика неприятна, некрасива, поднимает волну негативных эмоций в родителях и прежде всего пугает их.

Но она иногда неизбежна и почти никогда не вредна ребенку. Поэтому лучшее, что мы все (медики и родственники) можем

сделать, – это улыбнуться, поддержать друг друга, посочувствовать малышу и поскорее закончить неприятные процедуры.

Я вам больше скажу: такие дети, если они ходят сразу к нескольким врачам, у всех истошно орут, но один из врачей обращается с ними ласково (несмотря на крики малыша), а второй беседует строго или грубо (раздражаясь от этих криков). Такие дети запоминают ласкового врача и любят его (хотя во время осмотра сквозь вопли об этом ни за что не догадаешься). У меня есть много детей-паникеров, которые дома играют медицинским набором «Я доктор Сережа», заранее планируют поход ко мне и спокойно говорят: «Завтра пойду к доктору Сереже», огорчаются, если им сказали, что пойдут к доктору, но «к другому, не к Сереже», однако на приеме у Сережи снова дико орут. Дети даже сквозь эту истерику видят и ценят теплое отношение медработника.

Пара педиатрических баек на посошок

В кабинете три человека: я, мама и младенец шести месяцев. Осмотр закончили, начали собираться, нет детских штанов. Полчаса назад были, теперь нет. Перетрясли сумку и автолюльку, я отодвинул всю мебель в кабинете, ползал по полу на карачках, минут пять потратили. Смех-смехом, а штанов все нет, не в одном же подгузнике домой идти. Наконец нашли: мама держала ребенка на одной руке прижатым к себе, малыш перекинул штаны маме за спину, убрал свою руку туда же и держал их своим кулачком все это время. Мама находилась всегда ко мне лицом, самой ей тоже было не видно – идеальная маскировка. Посмеялись, попрощались.



Вспомнил историю веселее этой, пара лет уже прошла. Обеденный перерыв в клинике, пообедал, иду к своему кабинету. На диванчике сидит мама с младенцем на руках, около нее – тюк с комбинезоном и автолюлька. Никого больше рядом нет. Я здороваюсь, спрашиваю, ко мне ли, приглашаю в кабинет, говорю: «Давайте я вам помогу». Женщина берет ребенка и комбез, я беру автолюльку.

Заходим в кабинет, она кладет комбез на кушетку, я ставлю автокресло рядом. Разговариваем 40 минут, прощаемся, провожаю. Собирается уйти без люльки, я говорю: «Не забудьте», – и тут она: «Так это не моя».

Меня как током ударило. Выхожу в коридор, ищу глазами, там сидит дама с постным лицом и младенцем на руках (расстроенная хозяйка автолюльки), рядом стоит и сочувствует краже другой врач, носятся с круглыми глазами сотрудники, айтишник просматривает видеозаписи с камер наблюдения, старший администратор звонит в полицию – «ад и Пакистан», одним словом.

Множественно извинился, извинения приняли, но очень глупо получилось; сейчас забавно, а тогда жутко неудобно было.

Заключение



Вот такая книга получилась: обо всем понемногу. Такая же, как мой блог и как вся моя жизнь.

Сравнивая ее с работами других авторов, не могу отделаться от комплекса самозванца: я не посвящал целый год жизни одному лишь созданию рукописи, не шлифовал ее днями и ночами, я просто бессистемно писал в свой блог то, что меня интересовало как врача, то, что хотелось сказать пациентам и коллегам, а потом взял, выбрал лучшее из написанного, скомпоновал, поправил текст с интернетного на приближенный к книжному и отдал в редакцию. И все же я надеюсь, что мой труд не будет напрасным, что книга получилась простой, интересной, полезной и честной.

Я не стремился к энциклопедическому охвату и стилю, моей целью было скорее показать и научить общей методологии медицины на частных примерах, погрузить читателя в мой мир, в мир глазами детского врача.

Если эта книга поможет вам меньше бояться за своего ребенка, лучше понимать действия вашего педиатра и с большим доверием относиться к его работе, я буду счастлив.

КОГДА ВЫ ДАРИТЕ КНИГУ, ВЫ ДАРИТЕ ЦЕЛЫЙ МИР

ХОТИТЕ ЗНАТЬ БОЛЬШЕ?

Заходите на сайт:

<https://eksmo.ru/b2b/>

Звоните по телефону:

+7 495 411-68-59, доб. 2261



ВАШ ЛОГОТИП
НА ОБЛОЖКЕ

ВАШ ЛОГОТИП НА КОРЕШКЕ

ОБРАЩЕНИЕ
К КЛИЕНТАМ
НА ОБЛОЖКЕ

Современные родители

ВСЕ, ЧТО ДОЛЖНЫ ЗНАТЬ
ПАПА И МАМА О ЗДОРОВЬЕ РЕБЕНКА
ОТ РОЖДЕНИЯ ДО 10 ЛЕТ

- С ЭТИМ МОЖЕТ СТОЛКНУТЬСЯ КАЖДЫЙ:
ИНФЕКЦИОННЫЕ И НЕИНФЕКЦИОННЫЕ
ЗАБОЛЕВАНИЯ У ДЕТЕЙ

- ВЫБОР ДЕТСКОГО ВРАЧА: КОРОТКО
И ПО ДЕЛУ О ВАЖНЕЙШЕМ
РЕШЕНИИ В ВАШЕЙ ЖИЗНИ



БОЛЕЕ 180 000
ПОДПИСЧИКОВ В СОЦСЕТЯХ

- БЫТОВОЙ
ТРАВМАТИЗМ:
СОЗДАЕМ
БЕЗОПАСНОЕ
ПРОСТРАНСТВО
ДЛЯ МАЛЫША



