

SCACIONATE OF THE SETTEMENT OF THE SETTE eguampur a neonamosorar

#2 [41] 11 / 2017 / StatusPraesens



Сезон ОРВИ — 2ф17: обзор нормативных документов и рекомендации ведущих инфекционистов • Жировые глобулы сокровища грудного молока • Пульсоксиметрия — до обидного мало используемый инструмент скрининга ВПС • Грудное вскармливание: хит-парад научных открытий • Онкопомощь новорождённым в РФ: о достижениях докладывают новаторы • Плод в утробе здоровой матери нестерилен. Как это влияет на педиатрические стратегии? • Вскармливание недоношенных на амбулаторном этапе: консенсус близок





Дорогие коллеги!

Рада приветствовать вас на страницах нового журнала для педиатров — издания, призванного не только регулярно рассказывать о последних тенденциях в диагностике и лечении детей, но и поддерживать профессиональный диалог врачей разных специальностей.

Необходимость междисциплинарного взаимодействия очевидна: здоровье самых маленьких пациентов нередко зависит от того, как протекала беременность их матерей, а заболевания, появляющиеся после годовалого возраста, часто связаны с особенностями и внутриутробного, и неонатального периода. Да и многие проблемы взрослых родом из детства! Педиатр — врач «широкого спектра действия», круг проблем, с которыми он сталкивается, значительно больше, чем у любого узкого специалиста, — естественно, не может быть одинаковой и глубина погружения в ту или иную тему. Однако это не должно приводить к неправильным или поздно поставленным диагнозам и неадекватным назначениям. Ребёнку всё равно, доктор какого профиля его лечит! Наша задача — быть высококлассными специалистами, компетентными и эрудированными, настороженными и ответственными, внимательными и понимающими.

В преддверии программы «Десятилетие детства», утверждённой президентом РФ, очень важно сконцентрировать силы и ресурсы государства для обеспечения здоровья, образования и успешного развития каждого ребёнка, живущего в нашей стране. Сегодня российская педиатрическая служба добилась больших успехов — доступность высоких технологий привела к тому, что значительно сократилась младенческая смертность, в ряде регионов (например, в Московской области) снизился процент инвалидизации детей раннего возраста. Однако и стоящие перед нами задачи чрезвычайно сложны и масштабны. Назову только две из них. Первая — нужно сделать так, чтобы к 18-летнему возрасту каждый ребёнок был максимально здоров, физически и интеллектуально развит. Вторая — необходимо резко снизить число ятрогений. И то и другое — возможно. И то и другое требует немалых усилий.

Устаревшие представления о том, что правильно и неправильно, шаблонные подходы к ведению больных должны остаться в прошлом — хотя это проще сказать, чем сделать. Кадровый дефицит, огромная нагрузка и постоянная нехватка времени вовсе не способствуют повышению качества педиатрической помощи. И всё же мы любим нашу работу, и люди доверяют нам самое дорогое — здоровье своих детей. Позвольте пожелать вам именно этого — любви и доверия!

Главный внештатный специалист по неонатологии, спавный внештатный специалист по педиатрии Минздрава Московской области, спавный врач Московского областного консультативно-диагностического центра для детей, проф. Нисо Джумаевна Одинаева

SCHOOL PROBLES

neguampur a neonamonorur

#2<mark>[41]</mark>

научно-практический журнал для педиатров, неонатологов и специалистов педиатрической службы

Официальное печатное издание Общероссийской информационнообразовательной инициативы «Неонатология и педиатрия раннего возраста»





Президент журнала: проф. Дмитрий Олегович Иванов **Главный редактор:** проф. Ирина Геннадьевна Солдатова

Директор журнала: канд. мед. нацк (ветлана Александровна Маклецова

Креативный директор: Виталий Кристал (vit@lig.ru)

Арт-директор: Лина Разгулина

Редакционный директор: Александр Васильевич Иванов

Заместители редакционного директора: Хильда Юрьевна Симоновская,

Ольга Александровна Быкова

Ответственный секретарь: Татьяна Анатольевна Добрецова

Заместитель ответственного секретаря: Мария Викторовна Кириченко

Ответственный редактор номера: Хильда Юрьевна (имоновская

Научные эксперты: канд. мед. наук Анастасия Сергеевна Петрова, канд. мед. наук Светлана

Ивановна Барденникова, канд. мед. наук Игорь Александрович Алеев

Медицинские и литературные редакторы: Хильда (имоновская, Ольга Быкова,

Юлия Бриль, Татьяна Рябинкина, Мила Мартынова, Татьяна Рыжова, Дарья Андреева,

Ксения Юркинас, Олег Лищук, Олеся Бутузова Препресс-директор: Наталья Лёвкина Выпускающий редактор: Марина Зайкова Вёрстка: Юлия (куточкина, Галина Калинина

Инфографика: Вадим Ильин, Роман Кузнецов, Юлия Крестьянинова, Лидия Веллес,

Александра Купцова

Корректоры: Єлена (оседова, Анастасия Валентей, (ветлана Яковлева, Лена Кулачикова Руководитель отдела взаимодействия с индустрией: Юлия (ерёгина (ys@praesens.ru) Отдел продвижения издательских проектов: Ирина Громова (ig@praesens.ru)

Учредитель журнала 000 «Статус презенс» (105082, Москва, Спартаковский пер., д. 2, стр. 1). Торговая марка и торговое имя StatusPraesens являются исключительной собственностью 000 «Статус презенс» / Издатель журнала. Журнал печатается и распространяется 000 «Медиабюро Статус презенс» (105082, Москва, Спартаковский пер., д. 2, стр. 1, подъезд 9, этаж 3) / Журнал зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций (свидетельство о регистрации средства массовой информации ПИ №ФС 77-34770 г.2 здекабря 2008 г.) / Тираж 5000 экз. Цена свободная / Подписано в печать — 28 декабря 2017 г. / Аррес и телефон редакции: 105082, Москва, Спартаковский пер., д. 2, стр. 1, бизнес-центр «Платформа», подъезд 9, этаж 3. Теп.: 8 (Ч9) 346 3902. Почтовый адрес: 105005, Москва, а/я 107. Интернет-представительство: praesens.ru. 6-mail: status@praesens.ru. Отпечатано в АО «ПК «Пушкинская площадь». Адрес: 109548, Москва, ул. Шоссейная, д. Чд / Присланные рукописи и другие материалы не рецензируются и не возвращаются. Редакция оставляет за собой право не вступать в дискусскии. Мнение авторов может не совпадать с позицией редакции. Перепечатка материалов и иллюстраций из журнала возможна с писменного разрешения учредителя. При цитировании ссылка на журнал «StatusPraesens. Педиатрия и неонатолия» обязательна. Ответственность за соорежание рекламы и публикаций «На правах рекламы» несит рекламоратели. Обложка: Лина Разгулина. В журнале использованы фотоматериалы фотофатков: 5 butlerstock, 5 tock, фотобанк Лори, Depositohotos.com.

- © 000 «Статус презенс»
- © 000 «Медиабюро (татус презенс»
- © Оригинальная идея проекта: Радзинский В.Е., Маклецова С.А., Кристал В.Г., 2007

Status Paesens

педиатрия и неонатоногия

СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

5	ОБРАЩЕНИЕ
J	ПРЕЗИДЕНТА ЖУРНАЛА

- 8 слово главного редакторя
- НОВОСТИ

р<mark>т медполит Дать шанс одарённым и хрупким</mark>

Интервью с проф. кафедры госпитальной педиатрии Башкирского государственного медицинского университета Эльзой Набиахметовной Ахмадеевой

(имоновская Х.Ю.

CONTRA-VERSION

Бактериальное приданое новорождённого

(мена парадигмы: нестерильность плода как норма

Рымашевский А.Н., Набока Ю.Л., Продеус А.П., Свирава Э.Г.

Эстафета calch-up growth

Особенности вскармливания недоношенных детей после выписки: как обеспечить догоняющий рост и не растерять результаты, оостигнитые в стационале

По материалам выступлений проф. **Н.Д. Одинаевой**, доц. **Л.Н. Софроновой**, канд. мед. наук **Н.Н. Таран**, доц. **Г.А. Асмоловой**, доц. **Л.А. Фёдоровой** на IV Общероссийской конференции «Контраверсии неонатальной медицины и педиатрии раннего возраста» (сентябрь 2ф17 года)

(имоновская Х.Ю., Андреева Д.Г.

В России до сих пор не существует клинических рекомендаций, регламентирующих вопросы вскармливания недоношенных с очень низкой и экстремально низкой массой тела после выписки из перинатального центра. Сложности на III этапе выхаживания часто связано с разрывом преемственности оказания медицинской помощи.

Ц) ПЕХТ-ПРОСВЕТ

Жировое господство

Роль липидной фракции грудного молока и молочных смесей в питании и здоровье детей

Одинаева Н.Д.

SCACUS PROESERS

neguampur a neonamonorar

СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

49	ЧТО И ТРЄБОВАЛОСЬ ДОКАЗАТЬ	Грудное вскармливание: хит-парад научных открытий Грудное молоко — залог здоровья и успешности потомства: подтверждено с позиций доказательной медицины Руднева О.Д., Хамошина М.Б., Архипова М.П.
59	РАБОТА НАД ОШИБКАМИ	В целости и сохранности Метод внутригоспитальной транспортировки недоношенных новорождённых Виноградова И.В.
66		ЗНАТЬ — ЗНАЧИТ НЕ ООЯТЬСЯ Вакцинопрофилактика детей особых групп: нормативная база, алгоритмы, практика Скрипченко Н.В., Харит С.М.
73	VIA SCIENTIARUM	Время лукавых масок Острые респираторные вирусные инфекции у детей: минимизация ошибок путём точного следования отечественным стандартам и протоколам Мескина E.P.
83	ТЕХНОБУДУЩЕЄ	Вовремя выявить — вовремя вылечить Почему всем врачам стоит помнить о пульсоксиметрии Солдатова И.Г., Тараян В.М., Дроздова А.И., Ефремов Е.С., Шкарина Н.В. Многие врачи считают этот метод инструментом для операционных, реанимаций и отделений интенсивной терапии. Однако область его применения гораздо шире, и самое масштабное внедрение происходит сейчас в неонатологии.
93	ОПЕРАЦИОННАЯ	(ИСТЕМНО И ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНО Модель ведения онкопациентов младенческого возраста Шароев Т.А., Симоновская Х.Ю.
100	ЛИТЕРАТУРА И ИСТОЧНИКИ	

скрытые резервы

Обращение президента журнала «StatusPraesens. Педиатрия и неонатология», докт. мед. наук, проф. Дмитрия Олеговича Иванова



Президент журнала «StatusPraesens. Педиатрия и неонатология», президент Общероссийской информационно-образовательной инициативы «Неонатология и педиатрия раннего возраста» проф. Дмитрий Олегович Иванов

Глубокоуважаемые коллеги!

Янализируя промежуточные итоги 2ф17 года, можно увидеть, что уровень младенческой смертности в нашей стране постепенно снижается: по данным Росстата, с января по октябрь 2ф17 года этот показатель оказался меньше, чем за аналогичный период прошлого года (5,3 vs 5,9‰). Однако позитивный тренд отмечен лишь в 57 субъектах РФ, в то время как в 23 регионах произошло ухудшение ситуации, а в пяти ничего не изменилось. Попробуем вместе понять, что нам необходимо сделать в самое ближайшее время.

В о-первых, опираясь на данные перинатального аудита, предстоит разобраться, почему частота гибели детей в возрасте до года уменьшается не повсеместно. В каждом регионе, где положительных изменений не происходит, нужно найти слабые звенья в организационной и лечебной работе, укрепление которых позволит значительно улучшить ситуацию в целом.

Во-вторых, во всех субъектах РФ имеет смысл сосредоточить усилия на решении наиболее часто возникающих проблем. Конечно, по статистике, самая распространённая причина смерти — чрезвычайно разнородная группа «отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде». А вот на втором месте — врожовные аномалии. Многие реально работающие инструменты, позволяющие максимально рано выявить пороки развития — а значит, заранее продумать дальнейшую тактику, — уже существуют. Напомню о том, что сегодня буквально на наших глазах появляется новая дисциплина — фетальная хирургия, в ряде случаев в корне меняющая прогноз для пациентов.

Третье направление потенциального улучшения ситуации — максимально бережное ведение недоношенных, влияние которых на статистику летальных исходов существенно: их перинатальная смертность выше, чем у доношенных, в № раз! Вопреки распространённому мнению грамотное выхаживание младенцев, родившихся раньше срока, позволяет достичь весьма неплохих результатов: согласно катамнестическим данным, около 75% таких детей растут практически здоровыми. Однако на этом трудном пути врача нередко подстерегают типичные ошибки.

Одна из них — невыполнение индивидуальных расчётов парентерального питания и инфузии. На фоне несовершенства сосудодвигательных механизмов

[Почему частота гибели детей в возрасте до года уменьшается не повсеместно? В каждом регионе нужно найти слабые звенья в организационной и лечебной работе, укрепление которых позволит значительно улучшить ситуацию в целом.] у недоношенных перегрузка даже небольшим избытком жидкости серьёзно повышает риск отёка мозга и вклинения ствола мозга в большое затылочное отверстие (килограммовому ребёнку для этого достаточно 20—30 «неучтённых» миллилитров). В том числе поэтому все лекарственные и нутритивные препараты следует по возможности назначать внутрь.

Часто оказывается неоптимальной стратегия респираторной поддержки. Потенциально опасна как вентиляция лёгких чистым кислородом (повышение

то в России — 7,3%! Известно, что межгоспитальная транспортировка ассоциирована с тяжёлыми внутрижелудочковыми кровоизлияниями; перевод недоношенного между стационарами, даже расположенными в пределах шаговой доступности, способен критически нарушить охранительный режим.

Количество транспортировок в стране из года в год стабильно, а значит, и осложнения, возникающие на этом фоне, должны происходить регулярно. Однако за все годы работы мне единственный раз довелось увидеть в меди-

Комплекс мероприятий по выхажи-Ванию недоношенного предусматривает одновременное поддержание в физиологических границах множества параме-**ТООВ** — уровня гидратации, показателей гемодинамики, кислотно-основного баланса и т.д. В то же время работа неонатолога предполагает не только спасение жизни, но и (НИЖЕНИЕ ОИСКА ИНВАЛИОИзации. В этой связи максимальное развёртывание мониторинга и «перестраховочный» объём обследований также нельзя назвать оптимальной стратегией, ведь каждая дополнительная манипуляция для недоношенного болезненна и стрессогенна. К сожалению, в настоящее время не менее 25% УЗИ головного мозга проводят без показаний, а примерно 10% обследуемых в нём не нуждаются вовсе.

Число детей (ограниченными возможностями здоровья нарастает параллельно с сокращением перинатальной и младенческой смертности — это стало особенно заметно после того, как мы достигли успехов в реанимации рождённых с ОНМТ и ЭНМТ. Именно поэтому особый вес приобретает максимально полная и ранняя абилитация этих пациентов.

При скоординированной межведомственной работе, своевременной реализации колоссального потенциала организма новорождённого к восстановлению реально добиться весьма впечатляющих результатов.



[Наша работа состоит в том, чтобы, спасая конкретного новорождённого, сохранить потенциал всего человечества. Ведь именно разнообразие индивидуумов — основа прогрессивного развития общества.]

риска отёка лёгких и ретинопатии), так и противоположная крайность — стремление к умеренной гипоксии. Доказано, что при $\mathrm{S_pO_2}$ в пределах 88-89% (мертность новорождённых достоверно возрастает, а целевым значением следует признать сатурацию крови кислородом около 91-95%.

Совершенно особая тема — высокий индекс неонатальных перемещений (количество переводов между ЛПУ на 100 родившихся живыми). Например, если в Нидерландах он составляет 1%,

цинской карте запись о том, что в результате межгоспитального трансфера была нарушена температурная цепоч-ка. Следовательно, опираясь только на данные первичной документации, нельзя оценить резерв сокращения рисков неврологических проблем. Тем не менее это направление работы несомненно перспективно: акушерам-гинекологам нужно наладить маршрутизацию беременных, а нам — организовать выезды профильных специалистов в стационар, куда госпитализирован ребёнок.



Профессия неонатолога и педиатра лежит вне времени и политики. Нам не дано заранее предвидеть, как сложится жизнь каждого ребёнка — он может стать кем угодно. В глобальном смысле наша работа состоит в том, чтобы, спасая конкретного новорождённого, сохранить потенциал всего человечества. Ведь именно разнообразие индивиду-**ЧМОВ** обеспечивает основу прогрессивного развития общества. А раз эволюция невозможна без изменчивости, то и нам с вами, коллеги, не нужно бояться работы над заблуждениями и ошибками, особенно если результатом станет лучший исход выхаживания наших пациентов.

работа над ошибками — спор с собой прошлым

(лово главного редактора, проф. Ирины Геннадьевны (олдатовой



Главный редактор проф. **Ирина (олдатова**

Вряд ли кто-то будет спорить с тем, что профессия педиатра — одна из самых суманных, а тот, кто решает посвятить ей свою жизнь, изначально нацелен на помощь и сострадание. Однако, как писал великий французский мыслитель Франсуа де Ларошфуко, «недостаточно обладать выдающимися качествами, надо ещё уметь ими пользоваться». От правильности врачебных решений часто зависит жизнь и здоровье пациента — а иногда и то, как будут жить другие члены его семьи, — и здесь одних добрых намерений мало. Нужны постоянное обновление знаний и изучение опыта коллег, анализ результатов собственной работы и допущенных ошибок. Но, если говорить начистоту, многие ли специалисты занимаются этим регулярно, изо дня в день?

В последнее время, проводя разборы клинических случаев, мы всё чаще говорим о неоправданно агрессивной тактике ведения больных, причём не только по причине недостаточной квалификации, но и из-за желания некоторых «продвинутых» докторов немедленно применить на практике всё, о чём они только что прочитали в научных статьях, иногда не обращая внимания на, как правило, очень осторожные выводы авторов. Не верите? Относительно недавно, в 2015 году, были опубликованы данные о снижении смертности пациентов с кардиоваскулярными заболеваниями в дни крупных врачебных конференций в США, и авторы исследования связали это в том числе с уменьшением интенсивности медицинских вмешательств*. Именно поэтому мы решили напомнить об одной из главных заповедей врача, известной со времён Гиппократа, — «Не навреди!» — и выбрали темой этого номера гуманизацию педиатрической помощи.



Максимально возможное следование естественному сценарию — главный тренд современной акушерско-неонатологической помощи. Сегодня мы знаем, что роды per vias naturales предпочтительнее оперативных: успешность ранней адаптации младенца достоверно зависит от факта прохождения через родовые пути, а те, кто появился на свет в результате кесарева сечения, чаще оказываются в отделениях реанимации и интенсивной терапии. Известно и то, что медицинскому персоналу всегда следует избегать ненужных касаний новорождённого и проведения излишних процедур, оберегать его от шума и яркого света.

^{*} Jena A.B., Prasad V., Goldman D.P., Romley J. Mortality and treatment patterns among patients hospitalized with acute cardiovascular conditions during dates of national cardiology meetings // JAMA Intern. Med. 2015. Vol. 175. №2. P. 237—244. [PMID: 25531231]

Ещё большая аккуратность нужна при работе с пациентами с очень низкой и экстремально низкой массой тела, причём не только на І и ІІ этапах выхаживания, но и в дальнейшем. Тем не менее ятрогенные повреждения находят более чем у 40% детей с ОНМТ — тампонаду сердца и тромбозы, перфорации сосудов, пищевода и желудка, холестаз на фоне полного парентерального питания, пневмоторакс. Травмы, причинённые в ходе терапии, становятся основной причиной смерти у 14—20% глубоконедоношенных...

О наиболее актуальных проблемах оказания педиатрической помощи и о возможных путях их решения рассказывает один из лучших специалистов нашей страны, лауреат национальной премии «Призвание», проф. Эльза Набиахметовна Ахмадеева.



Пожалуй, никого из неонатологов не нужно убеждать в том, что транспортировка новорожоённого из учреждения в учреждение чревата серьёзными по-

следствиями. Связь перенесённой при этом гипотермии с задержкой роста, инфекциями и внутрижелудочковыми кровоизлияниями доказана, и после выписки ребёнка из роддома эти проблемы ложатся на плечи периатров. Поэтому так важна правильная маршритизация беременных (самым совершенным кювезом по-прежнему остаётся матка) — доля преждевременных родов, проходящих в медицинских организациях III уровня, должна составлять не менее 90%.

А всё ли мы делаем правильно при переводе ребёнка из одного отделения в другое? Когда можно перенести младенца на руках, когда нужен транспортный инкубатор, а когда — комбинированный комплекс с инкубатором, трансформируемым в открытую реанимационную систему? Анализу эффективности предупреждения гипотермии недоношенных при различных вариантах внутригоспитальных перемещений посвящена статья «В целости и сохранности» — в ней свой опыт и рекомендации представили коллеги из Чебоксарского перинатального центра.



Зимний сезон диктует темы: в период эпидемии респираторных инфекций врачам приходится работать много. а думать — быстро. Однако высокая нагрузка и недостаток времени не могут быть оправданием для неадекватной терапии. Об особенностях оифференциальной диагностики и лечения ОРВИ, гриппа, острого бронхита, острого бронхиолита и стенозирующего ларинготрахеита — лекция главного внештатного специалиста по инфекционным болезням у детей Минэдрава Московской области, докт. мед. наук Елены Руслановны Мескиной. Особый упор сделан на правильной оценке степени дыхательной недостаточности, интерпретации клинических проявлений и лабораторных одиных, а также на типичных ошибках: необоснованном назначении антибиотиков и неверно рассчитанных дозах препаратов. Важное дополнение — новые критерии оценки Качества медицинской помощи, утверждённые приказом Минздрава России весной 2017 года.



[Детская онкология — крайне сложная область знаний. Выполнение операций, особенно у новорожовных, затрудняют анатомо-физиологические особенности организма пациента, специфика опухолей и частое их сочетание с пороками развития.]

[Правильная маршрутизация беременных крайне важна — самым совершенным кювезом остаётся мат-ка. Доля преждевременных родов в медицинских организациях III уровня должна быть не менее 90%.]

Не менее актуальна и тема статьи засл. деятеля науки РФ, зав. кафедрой инфекционных заболеваний у детей факультета послевузовского и дополнительного профессионального образования СПбГПМУ проф. Натальи Викторовны Скрипченко. Речь идёт об имминизации особо иязвимых пашиентов — недоношенных, с хроническими заболеваниями, часто и длительно болеющих, с атопическими состояниями. Эффективная работа (возражениями родителей возможна только тогда, когда врачи сами убеждены, что прививать ребёнка можно и нужно — предварительно разобравшись, насколько обоснован медотвод.



Грудное вскармливание — наилучший вариант питания ребёнка первого года жизни, однако многие молодые матери ОТКазываются от лактации слишком рано. Педиатру нужны веские аргименты, чтобы убедить женщину её продлить — и в этом помогут факты, изложенные в статье канд. мед. наук Ольги Дмитриевны Рудневой и проф. Марины Борисовны Хамошиной. Физическое здоровье в ближайшем и отдалённом будущем, интеллектуальное развитие и даже продолжительность жизни — научные данные однозначно свидетельствуют в пользу материнского молока! Ни одна искусственная смесь не может его полностью заменить.

Однако что делать, если ребёнок всё же не может получать грудное вскармливание по объективным причинам? В России представлено множество молочных смесей различных производителей — на что обращать внимание в первую очередь? Об особенностях жирнокислотного состава грудного молока, о том, почему в составе детского питания есть растительные масла (пальмовое, рапсовое, кокосовое, кукурузное, соевое, арахисовое или подсолнечное), а также о феноменальных свойствах мембран жировых глобул рассказыва-

ет главный внештатный специалист по неонатологии и педиатрии Минэдрава Московской области, проф. Нисо Джумаевна Одинаева.

Отдельная сложная тема — рацион и режим вскармливания глубоконедоношенных детей после стабилизации их состояния и выписки из стационара. Где тонко, там и рвётся: особые потребности этой группы пациентов участковому педиатру знакомы мало, и успехи, достигнутые в первые недели жизни на I и II этапах выхаживания, часто нивелируются в результате неправильно организованного питания.

Как обеспечить догоняющий рост, сколько белка и энергии нужно конкретному ребёнку, для чего требуется фортификация грудного молока (или специализированная смесь после выписки), когда и как вводить прикорм — читайте в обзоре выступлений на IV Общероссийской конференции «Контраверсии неонатальной медицины и педиатрии раннего возраста», во время которой состоялись вторые общественные слушания проекта соответствующих клинических рекомендаций.

Какие инструменты есть у педиатра для ранней диагностики врождённых пороков сероца, кроме стетоскопа с тонометром и эхокардиографии, требующей оборудования экспертного класса и высокой квалификации врача УЗД? Несколько лет назад эксперты Американской кардиологической ассоциации (American heart associa-tion, AHA) и Американской академии педиатров (American academy of pediatrics, AAP) рекомендовали использовать для этого Пульсоксиметрию довольно простое (и недорогое!) исследование, с помощью которого можно неинвазивно измерить степень насыщения крови кислородом. Были разработаны специальные протоколы (крининга, сводящие число ошибок к минимуму (специфичность метода составляет 99,9%, а чувствительность — 76,5%).

Эффективность пульсоксиметрии в качестве инструмента первичного обследования новорождённых на предмет врождённых пороков сердца оценили и российские врачи — на клинической базе МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского. Об этом опыте и о важных нюансах работы читайте в статье «Вовремя выявить — вовремя вылечить».



Детская онкология — чрезвычайно сложная область знаний, в которой сегодня достигнут серьёзный прогресс. Вместе с тем в экзаменационных билетах для выпускников педиатрических факультетов редко можно найти вопрос на эту тему, — вероятно, по этой причине онконастороженность врачей первичного звена очень низка. В тех же случаях, когда опухоль очевидна, пациента сразу считают малоперспективным, и часто необоснованно.

Выполнение операций — особенно когда речь идёт о новорождённых — затрудняют анатомо-физиологические особенности организма пациента, (пецифика опухолей, характерных для этой возрастной группы, и частое сочетание их с пороками развития. Кроме того, само по себе хирургическое вмешательство — только часть решения проблемы. Нужна чётко выстроенная система реабилитации и дальнейшего наблюдения, а также оказания паллиативной помощи.

Сотрудники Научно-практического центра специализированной медицинской помощи детям им. В.Ф. Войно-Ясенецкого, в котором помогают больным с солидными новообразованиями вплоть до 18-летнего возраста, смогли разработать соответствующую стратегию — об этом материал проф. Тимура Ахмедовича Шароева.



Уверена, что открытость новым знаниям, готовность провести ревизию собственных представлений и даже изменить привычные подходы к ведению больных для их блага присущи каждому из читателей нашего журнала. Читайте, делитесь своими мыслями, предлагайте! И берегите своих пациентов!

грудное вскармливание: хит-парад научных открытий

Грудное молоко — залог здоровья и успешности потомства: подтверждено с позиций доказательной медицины







Авторы: Ольга Дмитриевна **Руднев**а, канд. мед. наук, ассистент кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины ФПК МР Медицинского института РУДН; Марина Борисовна **Хамошина**, докт. мед. наук, проф., проф. той же кафедры; Мария Павловна **Архипова**, канд. мед. наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института РУДН (Москва)

Копирайтинг: Хильда (имоновская, Татьяна Рыжова

Для всех новорождённых млекопитающих нормально оставаться возле матери (или прямо на ней) сразу после родов — разлучение и нарушение тактильного контакта угрожают жизни детёныша, вызывают у него стрессовые реакции. Физическое взаимодействие чрезвычайно важно для становления связей между женщиной и ребёнком — общеизвестно, что стороннее вмешательство в этот период может подавить реализацию родительских инстинктов, спровоцировать отказ матери от своего потомства и крайне негативно сказаться на состоянии здоровья последнего.

Внедрение современных перинатальных технологий в нашей стране, ренессанс пропаганды грудного вскармливания (ГВ) обусловлены не только убеждённостью в том, что «природное = единственно верное». Накоплены убедительные научные доказательства того, что питание молоком матери имеет множество чрезвычайно ценных преимуществ.

щё относительно недавно в отечественных родовспомогательных учреждениях была глубоко укоренена практика разлучения матери и ребёнка: полагали, что женщине после родов следует «отдохнуть». Такая рекомендация была связана с тем, что молока у родильницы в первые часы и дни всё равно нет, а молозиво для младенца считали в лучшем случае бесполезным (а то и вредным).

Сложно сказать, почему на протяжении десятилетий отечественная медицина игнорировала тонкие механизмы, предусмотренные природой для нашего вида и обеспечившие ему эволюционные преимущества. К счастью, в на-

стоящее время необходимость широкого внедрения в практику современных перинатальных технологий, в том числе раннего контакта «кожа к коже» и прикладывания ребёнка к груди матери сразу после рождения, сомнений уже не вызывает.

Как бы то ни было в прошлом, хочется верить, что в перспективе привлечение внимания общества к вопросу принципиальной важности эксклюзивного ГВ, его профилактической значимости позволит укрепить позиции натурального вскармливания как единственно нормального, наиболее безопасного варианта питания детей первого года жизни.



[Использование адаптированной смеси в питании недоношенного новорождённого на 77% увеличивает риск некротизирующего энтероколита, а вероятность стеноза привратника желудка повышает в 4,6 раза.]

Что мешает реализации ГВ?

Конечно, современная действительность порой вынуждает женщин прекращать кормление грудью в силу различных обстоятельств. Существует и такая проблема, как отсутствие доступа к актуальным рекомендациям по сохранению ГВ в той или иной жизненной ситуации. Кроме того, агрессивный маркетинг искусственных адаптированных смесей целенаправленно занижает важность натурального вскармливания. Многочисленные рекламные ролики не отрицают значимости и преимуществ ГВ, однако производители стараются не акцентировать на этом внимание, закономерно посвящая основную часть сюжета презентации своего поодукта.

Низкая грамотность в вопросах ΓB обусловливает переход, причём не всег-

да обоснованный, на искусственное вскармливание (ИВ), нередко представляющее определённую опасность для здоровья как самой матери, так и ребёнка. Использование адаптированной смеси для питания недоношенного новорождённого на 77% увеличивает для него риск некротизирующего энтероколита¹, а вероятность стеноза привратника желудка у детей на ИВ выше в 4,6 раза, чем у тех, кого кормили только грудью².

Младенцы, в первые полгода жизни получавшие только грудное молоко (ГМ) с последующим постепенным расширением рациона, лучше защищены от заболеваний зубочелюстного аппарата. Повышение риска болезней желудочнокишечного и респираторного трактов, аллергических и аутоиммунных заболеваний, различных эндокринных нарушений — это далеко не полный список того, чем чреват отказ от ГВ³.

Хорошие привычки с пелёнок

Неоспоримость пользы ГВ была подтверждена большим количеством масштабных исследований, которые позволили собрать важные аргументы для борьбы за популяризацию вскармливания грудью. Пропаганда, а главное, реализация ГВ — залог успеха в формировании здоровья последующих поколений.

Один из наиболее важных положительных аспектов естественного вскармливания, непосредственно влияющего на физическое развитие ребёнка в будущем, — становление пищевого поведения. Этот факт подтверждают многочисленные работы. Например, в Национальном центре по профилактике хронических болезней и укреплению здоровья (National center for chronic disease prevention and health promotion. США, 2008 год) было установлено, что между интенсивностью ГВ (количеством грудного молока, потребляемого младенцем в сутки), вскармливанием из бутылки и риском ожирения есть прямая взаимосвязь.

Выборку составили 1896 женщин. Помимо анализа динамики изменения массы тела детей, оценивали интенсивность кормления женским молоком, а также способ питания (естественный/искусственный). Полученные результаты впечатлили исследователей: в группах с небольшой или средней интенсивностью ГВ в первые 6 мес жизни рацион состоял из ГМ менее чем на 20%, или на 20-80% соответственно, избыточную массу тела во II полугодии регистрировали вовое чаще, чем у младенцев, получавших из материнской груди свыше 80% объёма пищи. Более того, 69% пациентов, опустошавших бутылку полностью, оказались склонны к избыточной массе тела в дальнейшем⁴.

В том же центре в 2010 году были проведены наблюдения за развитием 1250 детей первых месяцев жизни. Участников распределили по трём группам: в первую вошли младенцы на эксклюзивном ГВ, во вторую — вскармливаемые грудью и заменителем материнского молока, а в третью — получавшие исключительно искусственное питание. Результаты наблюдения показали, что в дальнейшем в первой

группе только 27% участников исследования съедали всю предложенную порцию еды. Во второй группе такой аппетит отмечали у 54% детей, в третьей — у 68%. Таким образом, изменение пищевого поведения (переедание) со всеми возможными последствиями достоверно чаще возникает у новорожлённых на ИВ⁵.

В очередное исследование, проведённое в США в 2011 году, вошли 109 детей, также распределённые по трём группам. В данном случае разделение было ещё более интересным: в первую группу вошли младенцы на ГВ, во вторую — дети, которые получали материнское молоко из бутылки, третью составили пациенты на ИВ. В результате наблюдения было выявлено, что у 67% младенцев, получавших питание именно из бутылки, было нарушено формирование ощущения сытости, что предрасполагает к перееданию. Причём эти данные не зависели от характера потребляемого питания⁶.

В британском исследовании 2012 года приняли участие 298 пар «мать—дитя». Женщины, чьи младенцы были на ГВ в течение первого полугода жизни, заполняли анкетыопросники, указывая массу своих детей как при рождении, так и во время интервьюирования. Ретроспективный анализ данных позволил сделать выводы о существенном влиянии ГВ на паттерн приёма пищи. Те, кто длительно получал ГМ, лучше регулировали объём потребляемой пищи в более старшем возрасте (18—24 мес). Авторы резюмировали, что для формирования адекватного ощущения сытости в дальнейшем ребёнку необходимо эксклюзивное ГВ как минимум в течение первых 6 нед жизни⁷.

Что посеешь, то и пожнёшь

Достоинствам ГВ посвящено множество публикаций, и выводы исследователей подкреплены весомой доказательной базой. Однако большая часть работ демонстрирует лишь краткосрочные последствия «естественного рациона», оценка отдалённых результатов встречается в литературе не так часто, хотя именно она позволяет сформировать твёрдую позицию относительно натурализации питания детей раннего возраста.

Преимущества ГВ перед остальными вариантами кормления младенцев подтверждены в исследовании Бразильского федерального университета. Цель работы — проверка взаимосвязи между ГВ и показателями интеллекта, образованности и дохода на момент достижения людьми 30-летнего возраста. Результаты оказались чрезвычайно любопытными: те молодые люди, кто был на ГВ в течение 12 мес и дольше, имели более высокие показатели $\mathbb Q$ (в среднем на 3,76 балла, 95% ДИ 2,20—5,33), учились дольше (в среднем на 0,91 года), получили серьёзное и престижное образование. Вследствие всего перечисленного уровень их ежемесячного материального дохода был выше (в среднем на 341 бразильский реал).

Данные исследования свидетельствуют о том, что в 72% случаев показатель интеллекта коррелирует с благосостоянием. Бразильские специалисты наглядно продемонстрировали влияние натурального, природой заложенного механизма вскармливания потомства на физическое, психическое и социальное развитие человека⁸.

Подводные камни ненутритивного сосания

Помимо собственно питания ребёнка грудного возраста, важна физиологическая потребность в так называемом ненутритивном сосании. Это нормальный рефлекс, отражающий степень развития нервной системы младенца и присущий всем детям раннего возраста.

Становление этой функции происходит внутриутробно с 29-й недели гестации, когда плод начинает подносить ко рту и сосать свои пальцы и кулаки. Естественное угасание такой потребности происходит обычно на 2—4-м году жизни (продолжается дольше 3 лет у 20% детей).

Такой тип сосания даёт ребёнку Чувство комфорта и защищённости⁹. В качестве объектов для сосания он, в отсутствие возможности прикладываться к груди так часто, как это необходимо, может использовать свои губы, щёки, язык, пальцы, соску-пустышку, предметы одежды, игрушки. Это в свою очередь достоверно повышает риск:

- кариеса
- формирования неправильного прикуса: постериального перекрёстного (смещение нижней челюсти относительно верхней в горизонтальной плоскости) и фронтального открытого;
- чрезмерного перекрытия зубных рядов;
- отсутствия свободного пространства в нижнем зубном ряду 10 .

Пренебрежение ГВ также способствует развитию аномалий прикуса (на ИВ их диагностируют в 1,4 раза чаще, чем на ГВ). На этом преморбидном фоне синдром гиперактивности и дефицита внимания выявляют в 4,2 раза чаще.

Кроме того, зубочелюстные аномалии в сочетании с привычкой к ненутритивному сосанию обусловливают изменения звукопроизношения, сформированности звукослоговой структуры слова, артикуляционной моторики, динамической организации движений органов артикуляционного аппарата.

Ненутритивное сосание ассоциировано с Тревожными расстройствами — подобные диагнозы в 5,9 раза чаще встречаются у пациентов, по тем или иным причинам не получившим ГВ¹¹.

Малая продолжительность ГВ (менее 6 мес) повышает вероятность:

- постериального перекрёстного прикуса в 3,13 раза;
- отсутствия максиллярного синуса в 1,6 раза;
- привычки ненутритивного сосания в 4,2 раза.

При кормлении ребёнка из бутылки с соской более 18 мес риск дистальной окклюзии возрастает в 1,45 раза, а вероятность формирования 2-го класса смыкания клыков в 1,43 раза^{12,13}.

Важно понимать, что нарушения прикуса изменяют объём ротовой полости у ребёнка, провоцируя привычку ротового дыхания, что чревато пересыханием слизистой оболочки, нарушением микробного баланса и инфекционно-воспалительными заболеваниями ЛОР-органов¹⁴.

Длинные цепи нейрогенеза

Многочисленные данные свидетельствуют, что у детей, находившихся на ГВ, коэффициент интеллектуального развития выше, чем у получавших заменители ГМ. Влияние типа питания на развитие ЦНС обусловлено, по всей видимости, действием длинноцепочечных полиненасыщенных жирных кислот (дцПНЖК), содержащихся в ГМ и необходимых для развития коры головного мозга и сетчатки глаз¹⁵.

пластичность. Однако последние данные свидетельствуют, что некоторые субпопуляции, полученные из ΓM , способны как *in vitro*, так и в естественных условиях к дифференциации на типы клеток, находящиеся за пределами их дермального происхождения.

Мультипотентность стволовых клеток ГМ весьма значима: этот новый (и, что важно, не требующий инвазивных процедур для получения клеток-предшественников) источник открывает возможности их дальнейшего применения в регенеративной медицине и исследованиях молекулярных детерминант

Поможения и сетчатки глаз¹⁵.

Тованиях молекулярных детерминант дованиях молекулярных детерминант дованиях молекулярных детерминант на показатели здоровья ребёнка: длина теломеров у детей, получавших материнское молоко, до-

стоверно больше, нежели у искусственно вскормленных.

Они участвуют в формировании фосфолипидов клеточных мембран, что «программирует» проницаемость клеточной стенки для нейромедиаторов. Помимо этого дцПНЖК участвуют в синтезе биологически активных веществ, в том числе эйкозаноидов и нейротрансмиттеров, необходимых для стимуляции нейрогенеза, синаптообразования и миграции нейронов.

О том, что ПНЖК значимо влияют на развитие мозга и зрительного анализатора, свидетельствует тот факт, что добавление докозагексаеновой кислоты (производное α-линоленовой кислоты) в виде рыбьего жира в молочную смесь для искусственного вскармливания способствует повышению остроты зрения ¹⁶.

Микрохимеризм — залог здоровья?

Лишь недавно австралийские исследователи подтвердили факт наличия в грудном молоке (тволовых клеток. Их популяция обладает уникальными возможностями дифференцировки. Первоначально считалось, что «взрослые» стволовые клетки (а клетки ГМ считают именно такими) имеют ограниченную

рака. ΓM может создать этическую альтернативу эмбриональным стволовым клеткам 17 .

Помимо «радужных» рассуждений относительно перспективности качественно нового источника клетокпредшественников, не сто́ит забывать о приоритете №1 — обеспечении здоровья следующего поколения. Однако вопрос о роли этих клеток в развитии детей раннего возраста до сих пор остаётся открытым — эта область пока недостаточно изучена.

Если рассматривать ГВ с позиции миграции клеточных колоний между матерью и ребёнком, то такой тип питания поддерживает состояние микрохимеризма*. Безусловно, наибольший клеточный обмен между материнским организмом и эмбрионом происходит во время беременности через плацентарную ткань. Однако и постнатально с ГМ от матери к ребёнку поступают стволовые клетки, которые, по мнению некоторых специалистов, (пособствуют развитию младенцев в раннем возрасте 18.

Точный механизм этой «постнатальной настройки» пока только предстоит выяснить, но уже известные свойства материнского молока позволяют позиционировать его не только как источник питания, но и как мультипотентную биологически активную субстанцию.

Долгожительство на клеточном уровне

Не так давно, в 2016 году, были опубликованы результаты исследования, подтверждающего влияние ГВ на продолжительность жизни. В работе, проведённой на базе Калифорнийского университета, показано, что эксклюзивное ГВ в течение минимум 4—6 нед приводит к тому, что длина теломеров у таких детей достоверно больше, нежели у искусственно вскормленных младенцев 19.

В целом факторов, влияющих на продолжительность жизни, чрезвычайно много, и только их комплексная реализация может обеспечить увеличение витального периода. Один из «маркёров» долголетия — длина теломеров хромосом различных клеток организма человека.

Ещё в 30-е годы прошлого столетия генетики обнаружили, что на концах хромосом существуют многократно повторяющиеся некодируемые гексамерные последовательности нуклеотидов, обеспечивающие целость генома и предотвращающие генетические аномалии вследствие ошибок деления, — теломеры.

В 1971 году отечественный учёный А.М. Оловников предположил, что старение клетки связано с потерей концевых последовательностей ДНК (вследствие преждевременного обрыва во время репликации), и вскоре эта гипотеза была подтверждена.

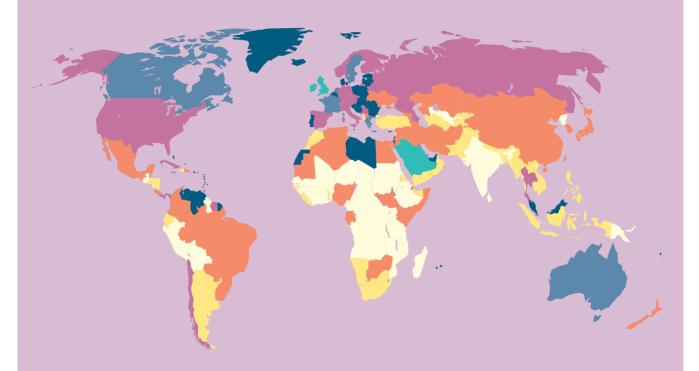
Результаты исследований показали, что при каждом клеточном делении происходит укорочение теломеров на 50—60 пар (ввиду того что теломерная последовательность не содержит генов, в результате её уменьшения не происхо-

* Микрохимеризм — состояние, при котором клетки, генетически принадлежащие другому макроорганизму, проникают через тканевые барьеры и длительно сохраняют активность, циркулируют в кровеносном русле и входят в состав органов и тканей. К примеру, клетки матери обнаруживают в тканях её взрослых сыновей и наоборот. Этот феномен считают вовлечённым в патогенез ряда заболеваний, но его же можно использовать и для облегчения симптомов некоторых состояний, например ревматоидного артрита у женщины.

ПАРАДОКСАЛЬНАЯ ГЕОГРАФИЯ: ДЕТИ БЕДНЫХ СТРАН ПИТАЮТСЯ ПРАВИЛЬНЕЕ

SP

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬЮ НЕ МЕНЕЕ 12 мес



Доля детей, находящихся на грудном вскармливании не менее 12 мес

80-100%

60-80%

40-60%

20-40%

ДО 20%

0%

НЕТ Данных















вывод:

В богатых странах женщинам доступны молочные смеси, что позволяет раньше **прекращать лактацию** по личным соображениям или вовсе **отказываться** от грудного вскармливания. Дети в бедных регионах питаются единственно доступным — и **максимально целесообразным!** — способом существенно дольше.

^{*} По материалам: Victora C.G., Bahl R., Barros A.J. et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect // Lancet. 2016 Vol. 387. № 10017. P. 475—490. [PMID: 26869575]

дит потери генетической информации). Чем дольше функционирует организм, тем больше клеточных делений насчитывает его история и тем короче будут концевые структуры хромосом. Когда длина теломеров становится предельно малой, клеточное ядро посылает сигнал, блокирующий способность клетки к дальнейшему делению, что в свою очередь приводит к апоптозу. Неспособность клетки воспроизводить себя бесконечное число раз получила название «лимит Хейфлика». Таким образом, длина теломера напрямую связана с репликационным потенциалом клетки.

Однако важно помнить, что уменьшение размеров теломера до критичных значений не останавливает клеточную пролиферацию полностью, но «противоопухолевая страховка» прекращает действовать. Формируется хромосомная нестабильность, различные дефекты плоидности, растёт риск злокачественной трансформации²⁰.

HAMLET: конечно, быть!

Преимущества ГВ для новорождённого обусловлены в первую очередь уникальным и на сегодняшний день нево(производимым составом материнского молока. Так, например, содержание белка в ГМ существенно ниже, чем в коровьем, что критически важно для обмена веществ ребёнка первого года жизни. Избыточное потребление белка сопровождает-

ся высокой концентрацией в крови некоторых аминокислот и мочевины — своего рода метаболическим стрессом, на который организм младенца отвечает увеличением уровня инсулина, что повышает риск ожирения и сахарного диабета в дальнейшем.

На протяжении многих лет производители искусственного питания пытаются корригировать содержание белкового компонента в составе смеси. Однако эти попытки либо делают её недостаточно питательной (белки коровьего молока хуже усваиваются), либо такой продукт критически беден незаменимыми аминокислотами — в первую очередь триптофаном, — что требует дополнительного введения необходимых белковых компонентов²¹.

В состав ГМ входят казеин и сывороточные белки — свыше 1,5 тыс. наименований. Из них к сегодняшнему дню исследователями наиболее изучены α -лактальбумин, лактоферрин и остеопонтин.

При расщеплении α -лактальбумина есть промежуточный этап, когда молекула α -лактальбумина в кислой среде желудка младенца частично разворачивается с присоединением к ней олеиновой кислоты (продукт расщепления триглищеридов жирных кислот грудного молока). В ходе этой необычной реакции формируется комплекс, называемый HAMLET — human α -lactalbumin made lethal to tumor cells (дословно: «человеческий α -лактальбумин, губительный для опухолевых клеток»).



[(овременные перинатальные технологии (контакт «кожа к коже», раннее прикладывание к груди, эксклюзивное или преимущественное грудное вскармливание) представляют собой наиболее действенную профилактику опухолей, MRSA-инфекции (methicillin-resistant Staphylococcus aureus) и сепсиса новорождённого.]

Это соединение обладает поистине иникальными свойствами:

- оказывает цитотоксичное действие в отношении злокачественно пеоерождённых клеток 22,23 ;
- обладает бактерицидной активностью в отношении некоторых возбудителей респираторных заболеваний, включая Streptococcus pneumoniae;
- усиливает действие антибиотиков, что позволяет бороться с метициллин-резистентными штаммами золотистого стафилококка и полимикробными ассоциациями (в т.ч. в составе биоплёнок), причём это адьювант, к которому бактерии не формируют устойчивости²⁴.

Таким образом, ренессанс традиционного акушерства и ухода за новорождённым, в настоящее время обозначаемый термином «современные перинатальные технологии» (контакт «кожа к коже», раннее прикладывание к груди, эксклюзивное или преимущественное грудное вскармливание и другие методы), представляет собой наиболее действенный и реальный способ профилактики опухолей, MRSA-инфекции (Methicillin-resistant Staphylococcus aureus) и сепсиса новооожлённого²⁵.

Позитивная ((перезагризка))

Наверное, один из самых обсуждаемых аспектов ГВ — это формирование эмоциональной (вязи между женщиной и новорождённым. Это особенно актуально для всех, кто впервые стал матерью. Поддержание тесного общения со своим ребёнком чрезвычайно положительно сказывается на формировании материнского поведения, (НИЖДЕТ ВЕРОятность послеродовой депрессии, ускоряет нормализацию массы тела в послеродовой период.

Из вышесказанного можно слелать один практический вывод — для женщины полноценной замены ГВ как процессу нет. Окончательное установ-

ление поведенческих особенностей молодой матери Напрямию зависит от частоты прикладывания ребёнка к груди, а также от длительности вскармливания в целом.

Грудное вскармливание не должно быть ограничено только потребностями питания. Привычка прикладывания к груди, связанная с необходимостью успокоить младенца, позитивно влияет на формирование психики ребёнка. Комфортное течение начального этапа жизни способно качественно повлиять в дальнейшем на развитие внутрисемейных отношений, в том числе между поколениями³².



К настоящему времени известны сотни компонентов грудного молока. А вот в составе любой даже самой высококачественной смеси их содержится не более 60. Именно поэтому любые рекламные заверения производителей молочных смесей для искусственного вскармливания о максимальном соответствии продукции составу материнского молока относительны.

Всё вышесказанное — ещё одно доказательство того, что Максимальная популяризация ГВ и информационная поддержка кормящих женщин медицинскими работниками должны быть (и, к счастью, постепенно становятся) приоритетами современной профилактической педиатрии.

Каждая беременная и родильница должна получить в женской консультации или родильном стационаре базовую информацию о преимуществах и принципах рациональной организации успешного ГВ, что предусмотрено концепцией современных перинатальных технологий.

Для дальнейшего расширения этой работы необходимо обучать медицинские кадры, готовить специалистов по ГВ. Нет накаких сомнений, что в нашей стране, так же как и за рубежом, планомерная и непрерывная работа в этом отношении непременно окажет своё положительное влияние на сохранение здоровья матерей, их детей и последующих поколений. ТР

Консультанты по ГВ — кто они?

Во многих странах мира не так давно появилась новая профессия — «специалист (консультант) по грудному вскармливанию». Для получения этого статуса необходимо углублённое изучение всех аспектов ГВ; в зависимости от наличия или отсутствия исходного медицинского образования длительность учёбы составляет 40-90 ч²⁶⁻²⁸.

Согласно результатам исследований, привлечение консультанта повышает частоту инициации ГВ в 1,35 раза. Продолжительность эксклюзивного кормления грудью через 1 мес после родов на фоне поддержки специалиста В 1,71 раза выше, чем при стандартных принципах работы с кормящими.

В США экономическая эффективность работы консультантов по ГВ оценена по достоинству: в 2006 году на каждую 1000 родов приходилось в среднем два консультанта по лактации, а в 2016 году — уже $9-10^{29}$.

К сожалению, качество подготовки по вопросам ГВ российских медработников не всегда соответствует международным стандартам, да и сама специальность до сих пор в нашей стране официально не зарегистрирована. Отечественная организация, заслуживающая большого доверия, — Ассоциация консультантов по естественному вскармливанию (АКЕВ), созданная в 2004 году. Уровень знаний вступивших в её ряды серьёзно превышает степень осведомлённости «рядовых» медиков, хотя собственно наличие профильного образования — не обязательное условие для обучения³⁰. Печально и отчасти тревожно, что международную сертификацию сегодня имеют лишь 14 россий- $(KUX KOH(UЛЬТАНТОВ^{31}.$

Информированность кормящих матерей о возможности получения консультации подобных специалистов, равно как и обращаемость за такой помощью, в России невысока. Изменение ситуации — одно из важнейших направлений работы по популяризации ГВ.

Библиографию см. на с. 100-102.



знать — значит не бояться

Вакцинопрофилактика детей особых групп: нормативная база, алгоритмы, практика





Авторы: Наталья Викторовна (крипченко, засл. деятель нацки РФ, докт. мед. нацк, проф., зав. кафедрой инфекционных заболеваний у детей факультета послевузовского и дополнительного профессионального образования Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета Минздрава России, зам. директора по научной работе Детского научно-клинического центра инфекционных болезней ФМБА; Сусанна Михайловна Харит, докт. мед. наук, проф., руководитель отдела профилактики инфекционных заболеваний Детского научно-клинического центра инфекционных болезней ФМБА, проф. кафедры инфекционных заболеваний у детей факультета послевузовского и дополнительного профессионального образования Санкт-Петербиргского государственного педиатрического медицинского университета (Санкт-Петербург)

Вопросы вакцинации уже на протяжении двух сотен лет вызывают дискуссии — и речь идёт не только о работе с возражениями родителей пациентов. К сожалению, даже среди медицинских работников, в том числе (что особенно грустно) среди педиатров и неонатологов есть специалисты, настроенные против иммунизации, особенно детей «особых групп». Несмотря на результаты многочисленных исследований по безопасности и эффективности вакцин, такие врачи предпочитают тактику перестраховки и пишут «медотвод» по малейшему поводу.

Результаты «щедрости» медиков и агрессивной пропаганды «антипрививочников» не заставили себя ждать. Недостаточный популяционный охват профилактическими мероприятиями и ослабление «коллективного иммунитета» уже приводят к росту вакциноуправляемых инфекций, например кори в 2ф17 году. Конечно, просветительская работа с пациентами необходима, однако первоочередная задача — добиться того, чтобы сами врачи хорошо ориентировались в современных показаниях и противопоказаниях к вакцинопрофилактике.

о словам члена Европейского бюро ВОЗ по расширенной программе иммунизации В.К. Таточенко, «наличие противопоказаний, особенно относительных, не означает полного отказа от вакцинации». Однако многие педиатры придерживаются прямо

противоположной тактики, исходя из принципа «как бы чего не вышло». На самом же деле ситуация требует от врача грамотного и вдумчивого подхода: осознавая ценность иммунизации, нужно правильно выбрать вакцину и время выполнения прививки.

Вместо тысячи отговорок

Основа для вакцинации подавляющего большинства детей — Национальный календарь профилактических прививок 1; по рекомендациям ВОЗ даже недоношенных и маловесных следует иммунизировать в соответствии с паспортным возрастом. В то же время, учитывая опасения медиков и родителей, в нашей стране весьма распространена практика формирования индивидуальных графиков вакцинации, предусматривающая подбор препарата, сроков проведения и медикаментоэного сопровождения прививок.

Умение различить истинные и ложные противопоказания, возможность одновременного введения вакцин и наличие многокомпонентных препаратов значительно облегчают проведение иммунизации в срок или с минимальными нарушениями графика. Для формирования позитивного отношения к иммунопрофилактике чрезвычайно важен непрерывный мониторинг необычных реакций на прививки, включающий их регистрацию и расследование.

Корь, краснуха, эпидемический паротит

Согласно Приказу Минздрава России от 21.03.2014 №125н (Национальный календарь)1, первая иммунизация против кори, краснухи и эпидемического паротита должна быть проведена в возрасте 12 мес (если она не состоялась, её необходимо выполнить как можно раньше), а вторая — в б лет. В инструкциях по применению соответствующих тривакцин, зарегистрированных в РФ, указано, что минимальный интервал между введениями препарата составляет 6 мес (в Национальном календаре указано, что между первой и второй прививками против кори должно проходить не менее 3 Mec).

Вакцинация и ревакцинация против кори также показана:

детям от 1 года до 18 лет включительно и взрослым до 35 лет включительно — не болевшим, не привитым, привитым однократно, не имеющим сведений о прививках против кори;

взрослым от 36 до 55 лет включительно, входящим в группы риска (работникам медицинских, образовательных и некоторых других организаций) — не болевшим, не привитым, привитым однократно, не имеющим сведений о прививках против кори.

Вакцинацию и ревакцинацию против краснухи проводят детям 1—18 лет и женщинам 18—25 лет включительно— не болевшим, не привитым, привитым однократно или не имеющим сведений о вакцинации против этого заболевания.

Полиомиелит: живая или инактивированная?

Первые две иммунизации против полиомиелита проводят инактивированной вакциной (ИПВ), а третью и последию**шие** — живой для перорального применения (ОПВ). В то же время в Национальном календаре есть сноска, что для детей из групп риска* (с иммунодефицитными состояниями; с анатомическими дефектами, приводящими к резко повышенной опасности заболевания гемофильной инфекцией; с аномалиями развития кишечника: с онкологическими заболеваниями; длительно получающих иммуносупрессивную терапию; рождённых от матерей с ВИЧ-инфекцией; с ВИЧ-инфекцией; недоношенных и маловесных; находящихся в домах ребёнка) во всех случаях используется ИПВ. Кроме того, для таких пациентов можно применить комбинированные препараты для иммунопрофилактики инфекционных болезней (не противопоказанные в соответствующем возрасте). Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.2951-11 «Профилактика полиомиелита»² полностью соответствуют вышесказанному: имеющим противопоказания к применению пероральной вакцины иммунизацию осуществляют инактивированной — в сроки, установленные Национальным календарём (в 3; 4,5; 6; 18; 20 мес; 14 лет). Эти же СП подчёркивают, что непривитые против полиомиелита дети любого возраста должны получить первые две прививки ИПВ, а затем продолжить иммунизацию ОПВ.

* Перечень расширен в 2ф17 году.

Существуют небольшие различия в схемах иммунизации в связи с типом вакцины. Если в 3; 4,5; 6 и 18 мес применяли ИПВ, то вторую ревакцинацию ею проводят в 20 мес или через 5 лет после первой (в зависимости от препарата), а третью — в 14 лет. С ОПВ проще: вторая ревакцинация в 20 мес, третья — в 14 лет. Аналогичная информация приведена в методических рекомендациях МР 3.3.1.2131-06 «Иммунизация детей инактивированной полиомиелитной вакциной» 3. Ревакцинации ИПВ каждые 5 лет не требуется.

Согласно информационному письму от 01.04.2011 №01-21/213 «Об использовании инактивированной полиомиелитной вакцины в рамках Национального календаря прививок», вакцинация и ревакцинация ИПВ может осуществляться детям 6 мес и старше с любым состоянием зоровья по желанию родителей на возмездной основе (или бесплатно, если это предусмотрено соответствующими территориальными программами ОМС)4.

Гемофильная инфекция типа В

К 2017 году только три страны мира не имели вакцинации против гемофильной инфекции типа В в календаре прививок — Россия, Китай и Таиланд. И хотя иммунизация против неё показана всем детям, в рамках Национального календаря её проводят только пациентам из соцпп риска:

- с иммунодефицитными состояниями или анатомическими дефектами, резко повышающими опасность заболевания гемофильной инфекцией;
- с онкогематологическими болезнями и/или при длительной иммуносупрессивной терапии;
- 💽 с аномалиями развития кишечника;
- ВИЧ-инфицированным или рождённым ВИЧ-инфицированными матерями;
- недоношенным и маловесным;
- находящимся в домах ребёнка.

Вакцинацию проводят в 3, 4, 5 и 6 мес, а ревакцинацию — через 12 мес после третьей инъекции. Альтернативными схемами могут быть использование в возрасте 3—6 мес трёх доз препарата (с интервалом 1—1,5 мес) или

[Факт недоношенности нельзя считать веской причиной для медотвода. В то же время вакцинацию следует проводить на фоне стабильного состояния при адекватной прибавке массы тела и роста.]

в 6—12 мес двух доз (через 1—1,5 мес); правила ревакцинации в обоих случаях не меняются. Если же возраст пациента составляет от 12 мес до 5 лет, то достаточно одной дозы препарата (ревакцинация не нужна). Для иммунизации групп риска обычно применяют комбинированные вакцины, но возможно использование и монопрепарата.

Коклюш, дифтерия, столбняк

В Национальном календаре прививок регламентировано использование вакцины АКДС, но детям из «особых групп» показаны комбинированные препараты на основе бесклеточного коклюшного компонента. Уменьшение количества вводимых вспомогательных веществ при использовании комбинированных иммунопрепаратов снижает вероятность побочных эффектов.

Бесклеточные коклюшные вакцины также рекомендованы детям, имеющим противопоказания к АКДС или анамнестическое указание на серьёзные нежелательные реакции при введении этой вакцины ранее. В этом случае иммунопрофилактику осуществляют в рамках региональных программ либо за счёт средств родителей.

При наличии в анамнезе судорог (афебрильных или фебрильных) использование АКДС прекращают, продолжая иммунизацию бесклеточными коклюшными вакцинами⁵.

Вакцинация «особых» групп пациентов

Всё новые иммунологические данные, подтверждающие безопасность и эффективность вакцинации, позволяют постепенно сократить перечень противопоказаний к иммунопрофилактике, в том

числе для детей с ОТКЛОНЕНИЯМИ В СОСТОЯнии зооровья. Те же причины способствовали изменению смысла термина «группа риска»: речь уже не идёт о повышенной частоте нежелательных явлений на фоне вакцинации обсуждаемой группы пациентов. В наши дни к группе риска относят детей, наиболее угрожаемых по ТЯЖЁЛОМЦ течению инфекционных заболеваний и особенно нуждающихся в их предупреждении. С этой целью врачу следует обеспечить терапию основного заболевания до состояния, не препятствующего формированию адекватного иммунного ответа, поавильно выбоать время и меторики вакцинации, при необходимости назначить дополнительные лекарственные средства $(H\Pi BC, антигистаминные и т.д.)^6.$

Клинический опыт позволяет выделить основные категории детей, чаще всего неправомерно получающих отвод от прививок 6 .

Недоношенные. Факт недоношенности нельзя считать веской причиной для медотвода. В то же время вакцинацию следует проводить на фоне стабильного состояния при адекватной прибавке массы тела и роста.

Международный подход при иммунизации таких детей — прививки по паспортному возрасту, начиная со второго этапа выхаживания (желательно — в условиях стационара: в некоторых исследованиях зафиксирован поствакцинальный рост частоты кардиореспираторных осложнений у детей, рождённых ранее 28 нед гестации). Иммунный ответ на вакцинацию после полного комплекса прививок у этих детей вполне соответствует таковому у доношенных⁷. Собственный опыт свидетельствует о некотором повышении риска интеркуррентных инфекций в течение месяца после прививки у глубоконедоношенных детей.

Дети с нейтропенией. Общее правило — любые неживые вакцины вводят при наличии 500 и более нейтрофилов в 1 мл коови.

Дети с острыми заболеваниями (в том числе с любыми инфекционными). Медот-

вод временный, прививку можно проводить через 2—4 нед после выздоровления или выведения хронического заболевания в ремиссию независимо от продолжения поддерживающего лечения. Безусловно, для принятия решения о допуске к вакцинации или о пролонгировании медотвода необходим индивидуальный подход.

Дети с острыми заболеваниями. При ОРВИ, кишечных инфекциях и других острых заболеваниях (или при обострении хронических болезней) вакцинацию следует отложить до выздоровления. В то же время прививку можно сделать сразу после нормализации температуры тела, не дожидаясь полного купирования катаральных симптомов, кашля и т.д.

Дети с отягощённым анамнезом. Пациентов, перенёсших тяжёлые заболевания (сепсис, пневмонию и др.), после полного выздоровления можно вакцинировать в обычном порядке. Наиболее безопасно введение неживых вакцин, разрешённых к применению в том числе при иммунодефицитных состояниях.

Пациенты, получающие иммуносупрессивные препараты, могут быть привиты инактивированными вакцинами без нарушения схемы лечения; живые вакцины применяют за месяц до начала терапии либо после её окончания. Дети этой группы особенно нуждаются в иммунопрофилактике гриппа и пневмококковой инфекции. Более того, назначение некоторых средств, например экулизумаба, возможно лишь после вакцинации против менингококка⁸.

Дети с заболеваниями лёгких. Пациентов с муковисцидозом и хроническими воспалительными заболеваниями органов дыхательной системы вакцинируют по обычной схеме в период ремиссии. Особое значение в этой группе имеет иммунизация против кори, гриппа, гемофильной (тип В) и пневмококковой инфекций, организуемая в том числе на фоне длительной терапии (даже антибактериальной).

Дети с неврологической симптоматикой. Пациентов этой группы прививают максимально по общему графику, по возможности отдавая предпочтение бесклеточным коклюшным вакцинам. Значимые преимущества имеют комбинированные вакцины^{5,6,8}:

 кратно уменьшается объём вводимых препаратов (и количество вспомогательных веществ);

(елективная вакцинация против ветряной оспы — хорошо. Но недостаточно!

О том, почему альтернативы массовой вакцинации нет, рассказывает доц. кафедры педиатрии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова, канд. мед. наук Татьяна Ивановна Рычкова.

В 2006 году в структуре инфекционных заболеваний как причины экономических потерь ветряная оспа занимала второе место (уступая лишь острым кишечным инфекциям неясной этиологии), а в 2016 году — уже четвёртое (после ОРВИ, туберкулёза и острых кишечных инфекций)⁹.

В Национальном календаре указано, что вакцинацию против ветряной оспы проводят «ПО ЭПИДЕМИЧЕСКИМ ПОКАЗАНИЯМ» — при их наличии прививают детей старше 12 мес и взрослых из групп риска (ранее не привитых и не болевших этой инфекцией). К сожалению, стратегия Селективной иммунизации обеспечивает защиту лишь наиболее уязвимых пациентов, у которых наиболее вероятно осложнённое течение болезни. Экстренная постэкспозиционная профилактика — хороший инструмент контроля «вспышек», однако она не влияет на формирование «коллективного иммунитета», общую заболеваемость и снижение экономического бремени ветряной оспы.

Более перспективной представляется <u>универсальная</u> массовая вакцинация (УМВ) всех детей старше года по двухдозовой схеме¹⁰, имеющей следующие преимущества:

- предупреждение непрогнозируемых осложнений инфекции¹¹:
- избавление от возможных долгосрочных последствий (опоясывающий герпес, рубцы на коже и др.);
- экономическая целесообразность в масштабе государства^{12,13};
- формирование коллективного (популяционного) иммунитета¹⁴.

Многие национальные системы здравоохранения осуществляют рутинную массовую иммунизацию детей живой вакциной против ветряной оспы^{15,16}. По инициативе Минздрава России введение аналогичных мер (с внесением соответствующих изменений в Национальный календарь) планируется с 2019 года.

В 2016 году в субъектах РФ против ветряной оспы были вакцинированы 78 833 человека, что, разумеется, не может оказать значимого влияния на эпидемический процесс в масштабах страны. А вот в Москве, где прививают не менее 46% иммунизированных, было получено достоверное снижение заболеваемости⁹. Однако при отсутствии УМВ следует ожидать цикличных вспышек ветряной оспы и повышения заболеваемости в ближайшие 2 года.

В настоящее время вакцинация **В03М0ЖНа** для всех детей старше года, но особо она показана пациентам из группы высокого риска тяжёлого течения заболевания:

- с острым лейкозом;
- на фоне иммунодепрессивной терапии (в том числе глюкокортикоидами);

- планирующим операцию с использованием гетерогенного трансплантата:
- с тяжёлыми хроническими заболеваниями (метаболическими и эндокринными расстройствами, хроническими заболеваниями лёгких, сердца и сосудов, муковисцидозом и нервно-мышечными нарушениями);
- здоровым, тесно контактирующим с заболевшими или пациентами высокого риска, не болевшим ветряной оспой и не привитым ранее.

Иммунизацию таких лиц проводят только при отсутствии симптомов, указывающих на недостаточность клеточного иммунитета (с уровнем лимфоцитов не менее 1200/мл). Вакцинацию перед трансплантацией органа выполняют минимум за 4 нед до начала терапии иммунодепрессантами.

В рамках плановой профилактики живую аттенуированную вакцину против ветряной оспы вводят двукратно по 1 дозе (0,5 мл) с минимальным интервалом между инъекциями 6 нед.

Экстренную (постэкспозиционную) профилактику у лиц, не болевших ветряной оспой и не привитых ранее, тесно контактировавших с больным, проводят однократно одной дозой препарата (0,5 мл) в течение первых 96 ч (предпочтительно — 72 ч) после контакта.

Противопоказания к введению живой аттенуированной вакцины против ветряной оспы:

- гиперчувствительность к какому-либо компоненту препарата (в том числе к неомицину);
- симптомы гиперчувствительности при предыдущем введении этой вакцины;
- первичный или приобретённый иммунодефицит (количество лимфоцитов менее 1200/мл либо другие признаки иммунодефицита).

Острые заболевания (обострение хронических) представляют собой временные противопоказания к вакцинации; при нетяжёлых ОРВИ и острых кишечных инфекциях иммунизацию можно проводить сразу после нормализации температуры.

Здоровым пациентам допустимо вводить живую аттенуированную вакцину против ветряной оспы одновременно с другими вакцинами (в разные части тела; желателен 30-дневный перерыв между применением живых вакцин против кори и ветряной оспы). Например, одномоментная иммунизация живой аттенуированной вакциной против кори и бесклеточной коклюшно-дифтерийно-столбнячной вакциной 232 детей в возрасте 16—28 мес обеспечила формирование выраженного специфичного Т- и В-клеточного ответа: через 6 нед сероположительны были все привитые 17.

Важно, что пациентам из групп высокого риска иммунизацию против ветряной оспы не следует проводить одновременно с введением других живых вакцин (исключение — можно вводить комбинированный иммунопрепарат против кори, краснухи и паротита).

Таблица). Перечень медицинских противопоказаний к проведению профилактических прививок (согласно Методическим указаниям МУ 3.3.1.1ф95-ф2)⁶

Препарат	Противопоказания
Все вакцины	Сильная реакция или поствакцинальное осложнение на предыдущее введение
Живые вакцины (в том числе ОПВ)	Иммунодефицитное состояние; иммуносупрессия; злокачественные новообразования; беременность
бЦЖ	Вес ребёнка при рождении менее 2000 г; келоидный рубец (в т.ч. после предыдущей дозы)
АКДС	Прогрессирующие заболевания нервной системы; афебрильные судороги в анамнезе
Живая коревая, живая паротитная (ЖПВ), краснушная, комбинированные ди- и тривакцины	Тяжёлые формы аллергических реакций на аминогликозиды; анафилактические реакции на яичный белок (кроме краснушной вакцины)
Против вирусного гепатита В	Аллергическая реакция на пекарские дрожжи
АДС, АДС-М, АД-М	Постоянных противопоказаний не имеют (кроме сильной реакции или поствакцинального осложнения на предыдущее введение)

- снижается риск температурной реакции (например, за счёт бесклеточного коклюшного компонента);
- минимизируется число посещений медицинских учреждений и риск заражения ОРВИ.

Вакцинацию детей с непрогрессирующей неврологической симптоматикой, не страдающих афебрильными судорогами, можно проводить согласно Национальному календарю (в том числе с применением АКДС), если пациент получает лечение, назначенное неврологом. В случаях, когда используемые препараты увеличивают судорожную готовность, вакцинацию осущетвляют между курсами терапии.

Дети с аллергическими заболеваниями и реакциями. Иммунизация может вызывать временное усиление аллергических реакций у 7—10% детей, что не представляет угрозы для жизни
и здоровья ребёнка (в отличие от многих вакциноуправляемых
заболеваний) и не считается абсолютным противопоказанием к дальнейшей иммунизации. Прививки следует проводить
в период полной или частичной ремиссии (при необходимости — под медикаментозной защитой). Наиболее щадящей стратегией следует признать сочетанное введение всех
необходимых вакцин¹⁸. У некоторых пациентов проведение
вакцинации даже облегчает течение аллергических реакций:
активизация выработки IgG к бактериальным антигенам снижает содержание IgE.

В вопросе выбора вакцин следует руководствоваться Приказом Минздрава $P\Phi$ 125 1 и инструкциями к применяемым препаратам. Pекомендуется одномоментное введение (кроме средств для иммунопрофилактики туберкулёза — БЦЖ и БЦЖ-М) в разные участки тела отдельными шприцами.

Внимание, противопоказано!

Острые заболевания (обострение хронических болезней) следует расценивать лишь как временные противопоказания к выполнению иммунизации. Плановые прививки проводят через 2—4 нед после выздоровления либо выхода в ремиссию.

Продолжение иммунизации по выбранной схеме противопоказано детям, у которых после введения данной вакцины наблюдались $\mathsf{тяжелыe}$ побочные реакции (температура $40\,^\circ\mathrm{C}$ и выше, местный отёк и гиперемия диаметром $8\,$ см и более), а также развились осложнения 6 :

- судороги;
- аллергические реакции немедленного типа (анафилактический шок, отёк Квинке, крапивница);
- продолжительный (более 3 ч) пронзительный крик;
- коллаптоидные состояния (гипотензивно-гиподинамические реакции).

Предполагая наличие у ребёнка поствакцинального осложнения, следует помнить латинскую поговорку post hoc non est propter hoc («после — не значит вследствие»). Необходима дифференциальная диагностика со следующими состояниями: ОРВЙ;

- другими инфекциями (энтеровирусной, герпесвирусной 1, 2, 6 и 7-го типов, пневмонией и др.);
- менингитом (особенно после ОПВ; прогноз благоприятный);
- фебрильными судорогами;
- спазмофилией при рахите;
- эпилепсией;
- \rightarrow лейкодистрофией (манифестация в 2-4 мес);
- травматическим повреждением седалищного нерва.

Медицинские противопоказания к применению конкретных вакцин приведены в таблице 1.

Клинические примеры Ребёнок с комбинированным ВПС

Исходные данные: пациент П., 1 мес 3 нед, на перинатальном консилиуме диагностирован комбинированный ВПС. После рождения проведён I этап коррекции, послеоперационный период — без особенностей. В 1,5 мес на осмотре у кардиолога

сформулирован диагноз «ВПС, состояние после хирургической коррекции, НК 1—0». Получает назначенную терапию. Запланирован II этап коррекции после 3 мес. Иммунизация в роддоме не проводилась.

Вакцинация: после консультации в отделении вакцинопрофилактики ребёнок иммунизирован (V_1) против вирусного гепатита B, ротавирусной инфекции. Рекомендован визит в 2 мес 3 нед для V_2 против вирусного гепатита B, V_2 против ротавирусной инфекции и V_1 против пневмококковой инфекции.

Часто болеющий ребёнок

Исходные данные: пациент А., 2 года 1 мес, вакцинирован в родильном доме против туберкулёза, далее не прививался. Часто болеет ОРВИ, осложняющимися отитами.

Находится на стационарном лечении с диагнозом: реконвалесцент ОРВИ, острый бронхит, острый гнойный отит слева. На момент осмотра: антибактериальная терапия завершена, остаточные катаральные явления, при отоскопии — признаки разрешающегося гнойного отита слева.

Вакцинация: после консультации в отделении вакцинопрофилактики ребёнок иммунизирован против пневмококковой и гемофильной (тип В) инфекции, коклюша, дифтерии, столбняка, полиомиелита (ИПВ), вирусного гепатита В (комбинированной вакциной). Через 1,5 мес осуществлено повторное введение комбинированной вакцины, а также сочетанная иммунизация тривакциной против кори, паротита и краснухи.

Ребёнок, перенёсший тяжёлое заболевание в неонатальном периоде

Исходные данные: пациент О., 2 мес 1 нед, при рождении — резус-изосенсибилизация. Двукратно получал иммуноглобулин человека нормальный 500 мг/кг. Выписан из отделения патологии новорождённых в возрасте 2 нед. Диспансерный осмотр в 1 и 2 мес — практически здоров. Иммунизация в роддоме и по месту жительства не проводилась.

Вакцинация: после консультирования в отделении вакцинопрофилактики выполнена реакция Манту, иммунизация против туберкулёза (БЦЖ-М). Через 1 мес проведены прививки против вирусного гепатита В, пневмококковой инфекции.

Использование вакцин против кори, паротита, краснухи требует соблюдения интервала между введениями сыворотки, плазмы и иммуноглобулинов, впрочем, перечисленные вакцины обсуждаемый пациент будет получать после года. Что касается БЦЖ-М, то применение препаратов крови не влияет на принятие

решения, поскольку иммунитет к этой живой вакцине носит преимущественно клеточный, а не гуморальный характер.

Ребёнок с неврологической симптоматикой

Исходные данные: пациент И., 1 год 3 мес, в анамнезе недоношенность 28 нед, ДЦП, правосторонний гемипарез, постокклюзионная гидроцефалия, вентрикуло-перитонеальный шунт, симптоматическая эпилепсия (клинико-медикаментозная ремиссия 6 мес), бронхолёгочная дисплазия. Ранее не прививался.

Вакцинация: в отделении вакцинопрофилактики иммунизирован против пневмококковой инфекции, коклюша (бесклеточной вакциной), дифтерии, столбняка, полиомиелита (ИПВ), гемофильной инфекции (комбинированной вакциной), вирусного гепатита В. Даны рекомендации продолжить прививки по схеме Национального календаря с использованием комбинированных вакцин.



Современный подход к вакцинопрофилактике можно сформулировать следующим образом: в первую очередь должен быть защищён тот, кто больше пострадает от инфекции, — нет сомнения, что именно к такой «особой» группе относятся дети с отклонениями в состоянии здоровья.

Грамотная иммунопрофилактика правильно подобранные вакцины, введённые в подходящие сроки с учётом особенностей здоровья ребёнка, — тот самый случай, для которого подходит формулировка «предполагаемая польза превышает потенциальный риск». Можно смело утверждать, что рационально организованные прививки не только вполне безопасны, но и защищают от серьёзных инфекционных заболеваний, чреватых тяжёлыми осложнениями. Таким образом, необоснованный медотвод от вакцинации, по сути, не защищает ребёнка от угроз, а, наоборот, оставляет его в группе высокого риска неблагоприятных исходов в случае заражения.

Таблица 2. Интервалы для введения живых вакцин (за исключением полиомиелитной) после инфузий препаратов крови

Препараты крови	Общая доза	Интервал
Иммуноглобулин против:		
• гепатита А, гепатита В, столбняка, кори	1 доза	3 мес
• кори	2 дозы (3 мл)	5 мес
• бешенства	12,5 ЕД/кг	6 мес
Отмытые эритроциты	10 мл/кг	0
Эритроцитарная масса	10 мл/кг	3—5 мес
Цельная кровь	10 мл/кг	6 мес
Плазма, тромбоцитарная масса	10 мл/кг	7 мес
	300—400 мг/кг	8 мес
Иммуноглобулин для внутривенного	750 мг/кг	9 мес
введения	1000 мг/кг	10 мес
	Более 1500 мг/кг	11 мес

Библиографию см. на с. 100-102.

СКРИНИНГ ВЫСШЕГО УРОВНЯ ПУЛЬСОКСИМЕТРИЯ ДЛЯ НЕОНАТАЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ВПС: АМЕРИКАНСКИЙ VS БРИТАНСКИЙ ПРОТОКОЛ* АМЕРИКАНСКИЙ ПРОТОКОЛ Измерение первое. Пульсоксиметрия на правой руке и любой ноге после первых 24 ч жизни **S_pO₂ 89%** или ниже $\mathbf{S_pO_2}$ от 90 до 94% и на руке, и на ноге или разница между конечностями более 4%. на руке или ноге. Не повторять исследование, сразу **направить**

Измерение второе. Пульсоксиметрия на правой руке и любой ноге спустя 1 ч после первого измерения

S_O, 89% сразу **направить** на консультацию специалиста

на консультацию специалиста

S₂O₂ от 90 до 94% Повторить исследование через 1 ч

Повторить исследование через 1 ч

S.O₂ 95% и выше Не повторять исследование, **вести** как обычного новорождённого

S_pO₂ 95% и выше на руке или ноге и разница между конечностями не более **3%**. Не повторять исследование, **вести**

как обычного новорождённого

Измерение третье. Пульсоксиметрия на правой руке и любой ноге спустя 1 ч после второго измерения

сразу направить на консультацию специалиста

S_.O_. от 90 до 94% и на руке, He повторять исследование, **направить** на консультацию специалиста

 $S_{2}O_{2}$ 95% и выше на руке конечностями не бол<u>ее **3%**.</u> Не повторять исследование, вести как обычного новорождённого