StatusPraesens

neguampur u neonamouorur

#3/4 [70/72] 12 / 2020 / StatusPraesens



Отягощённый перинатальный анамнез: что на амбулаторном участке



Наладить сон ребёнка? Миссия выполнима! • Эмоциональная жизнь плода и новорождённого в цифре • Микрокапсулы — умное решение для умных врачей • Профессиональное выгорание врача: как сбить пламя? • Гипогалактия у матери — практикум по спасению ГВ • (OVID-19 и дети: пугающее и обнадёживающее • Группы риска — шпаргалка для педиатра • Этюд о кефалогематоме (консервативно и убедительно) • Клинслучай: врождённый гиперинсулинизм





Дорогие коллеги!

Уверена, вы согласитесь с тем, что педиатрия — одна из **самых трудных** медицинских специальностей, представители которой несут ответственность не только за восстановление здоровья маленьких пациентов, но и за его долгосрочное сохранение. Выдающийся отечественный педиатр Игорь Михайлович Воронцов в 2фФЧ году написал в письме-обращении к президенту страны: «Все ключи к здоровью популяции, этноса лежат в детстве, в том, насколько мы сможем сформировать инструменты и механизмы всесторонней защиты детей, а ещё лучше — "культивирования детства"».

Наш учитель и наставник, проф. Николай Павлович Шабалов, в своей актовой речи, посвящённой 95-летнему юбилею (ПбГПМУ, напомнил вечные принципы основного ухода за новорождёнными, сформулированные Пьером Будиным: обеспечить дыхание, питание, гигиену и любовь! Важна не только любовь родителей, но и окружающего мира, в том числе и наша, врачей, любовь и самоотдача. И вновь хочу процитировать И.М. Воронцова: «Выполнение долга добра и врачевания для педиатра должно быть освящено светом и разумом большой науки, трудом по её постижению, опытом её приложения к больному. Надо, чтобы право на такие выражения веры, как "На всё воля Божья", "Бог дал — Бог взял", для врача всегда оставались такими словами, которые он скажет после слов "Видит Бог, я действительно сделал всё, что смог"».

Путь к вершинам профессии труден: молодым врачам не хватает опыта, знаний, зачастую приходится ориентироваться на весьма разнородные, порой несовершенные нормативные документы. Радует, что в отечественной медицинской школе сохранилась система наставничества, что начинающие доктора имеют доступ к хорошей профессиональной литературе и к участию в научно-образовательных мероприятиях. Учитесь, читайте, слушайте, не бойтесь задавать вопросы старшим коллегам, сохраните и пронесите через всю свою профессиональную жизнь ту врачебную страстность, которая была присуща нашим великим учителям! Я представителям старшего поколения не стоит забывать о профессиональном подвижничестве и поддерживать молодых, помогая им «растить крылья». Только в таком тесном взаимодействии мы сможем достичь успеха, ведь цель у нас общая — сохранение здоровья детей, будущего нашей страны.

Искренне желаю всем здоровья, профессиональной удачи и достижения новых высот!

Доц. кафедры неонатологии с курсами неврологии и акушерства-гинекологии ФП и ДПО (ПбГПМУ, канд. мед. наук **Лариса Арзумановна Фёдорова**

Statust – neguampar a

#3/4 [70/72] 12 / 2020 / StatusPraesens

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

Официальное печатное издание Общероссийской информационно-образовательной инициативы «Педиатрия и неонатология: развитие клинических практик»





Президент журнала: проф. Дмитрий Олегович Иванов

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

Креативный директор: Виталий Кристал (vit@liy.ru) Директор по развитию: Александр Васильевич Иванов

Редакционный директор: канд. мед. наук Ольга Анатольевна Раевская Заместитель редакционного директора: Хильда Юрьевна (имоновская

Аппарат ответственного секретаря редакции: Надежда Михайловна Васильева,

Мария Викторовна Кириченко, Ольга Викторовна Єремеева Ответственный редактор номера: Хильда Юрьевна Симоновская Научный эксперт: канд. мед. наук (ветлана Ивановна Барденикова

Медицинские и литературные редакторы: Хильда Симоновская, Ольга Быкова, Сергей Лёгкий, Дарья Яцышина, Мила Мартынова, Виктория Москвичёва, Юлия Бриль

Препресс-директор: Нелли Демкова

Руководитель группы дизайна: Латип Латипов

Выпускающие редакторы: Єлена Давыдова, Надежда Маркова

Вёрстка: Юлия (куточкина, Галина Калинина

Инфографика: Лина Тавдумадзе, Ирина Климова, Лидия Веллес, Антон Нефёдов,

Олег Зубрилин, Єлена Шибаева

Корректоры: Єлена Соседова, Эльнара Фридовская

Руководитель отдела взаимодействия с индустрией: Юлия Серёгина (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» (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 реистрации средства массовый информации ПИ №ФС 77-34773 от 23 декабря 2008 г.) / Тираж 50ф0 экз. Цена свободная / Подписано в печать — 30 декабря 2020 г. / Адрес и телефон редакции: 105082, Москва, (партаковский пер., д. 2, стр. 1, бизнес-центр «Платформа», подъезд 9, этаж 3. Тел.: +7 (499) 346 30ф2. Почтовый адрес: 1050ф5, Москва, а/я 107. Интернет-представительство: ргаезельдо. Е-mail: status@praesens.nu. Отпечатано в соответствии с предоставленными материалами в 000 «ИПК Парето-Принт», 170546, Тверская область, промышленная зона Боровлёво-1, комплекс №3А, www.pareto-print-ru. Заказ №Ф849/2) / Присланные рукописи и другие материалы не рецензируются и не возвращаются. Редакция оставляет за собой право не вступать в дискуссии. Мнение авторов может не совпадать с позицией редакции. Перепечатка материалов и иллюстраций из журнала возможна с письменного разрешения цчредителя. При цитировании сколужания «StatusPraesens. Педиатрия и неонатология» обязательна. Ответственность за совержание рекламы и публикаций «На правах рекламы» несут рекламоратель. Обложка: Ототовачк пом

- © 000 «Статис презенс»
- © 000 «Медиабюро Статус презенс»
- © Оригинальная идея проекта: Радзинский В.Е., Маклецова С.А., Кристал В.Г., 2фф7

raesens

neonamodorus

Редакционный совет

Иванов Дмитрий Олегович

президент журнала, засл. врач РФ, докт. мед. наук, проф., главный внештатный специалист неонатолог Минздрава РФ, ректор (ПбГПМУ, зав. кафедрой неонатологии с курсами неврологии и акушерства-гинекологии ФП и ДПО того же университета, член Координационного совета при Правительстве РФ по проведению в РФ Десятилетия детства, президент Общероссийской информационно-образовательной инициативы «Педиатрия и неонатология: развитие клинических практик» (Санкт-Петербург)

Альбицкий Валерий Юрьевич (Москва) Батышева Татьяна Тимофеевна (Москва) Башкина Ольга Алексаноровна (Астрахань) Белоусова Тамара Владимировна (Новосибирск) Бокова Татьяна Алексеевна (Московская область) Ваганов Николай Николаевич (Москва) Виноградова Ирина Валерьевна (Московская область) Выхрестюк Андрей Владимирович (Владивосток) Гайнетдинов Тимур Мансурович (Ульяновск) Горев Валерий Викторович (Москва) Гизева Валентина Ивановна (Санкт-Петербург) Дегтярёва Єлена Александровна (Москва) Долгих Єлена Владимировна (Єкатеринбург) Желенина Людмила Александровна (Санкт-Петербург) Зайцева Ольга Витальевна (Москва) Захарова Ирина Николаевна (Москва) Захарова Нина Ивановна (Москва) Землянская Нателла Владимировна (Ростов-на-Дону) Карпова Анна Львовна (Калига) Каширская Єлена Игоревна (Астрахань)

Корсунский Анатолий Александрович (Москва) Лобзин Юрий Владимирович (Санкт-Петербург) Мазанкова Люомила Николаевна (Москва) Малютина Людмила Вячеславовна (Московская область) Мескина Єлена Руслановна (Москва) Мухаметшин Рустам Фаридович (Екатеринбург) Петренко Юрий Валентинович (Санкт-Петербург) Петрова Анастасия Сергеевна (Московская область) Петряйкина Єлена Єфимовна (Москва) Проваторова Мария Алексеевна (Московская область) Продеус Андрей Петрович (Москва) Сафина Асия Ильдусовна (Казань) (идоренко Євгений Иванович (Москва) Таран Наталия Николаевна (Москва) Фисенко Андрей Петрович (Москва) Фёдорова Лариса Арзумановна (Санкт-Петербург) Шабалов Николай Павлович (Санкт-Петербург) Шумилов Пётр Валентинович (Москва)

Яковлев Алексей Владимирович (Санкт-Петербург)

StatusPraesens

педиатрия и неонатомогия

СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА					
7	ОБРАЩЕНИЕ ПРЕЗИДЕНТА ЖУРНАЛА	Здоровьесбережение с нуля Новый организационный этап в рамках Десятилетия детства. Что уточнено, что предстоит сделать?			
10	НОВОСТИ				
13	МЕДПОЛИТ	Четыре с половиной Почему именно такая величина показателя материнской смертности стала целевой в национальном проекте «Здравоохранение»? Иванов Д.О.			
16		Только личное, никакого бизнеса Как организовать грудное вскармливание в условиях амбулаторного педиатрического участка Радзинский В.Е., Руднева О.Д.			
23	РАБОТА НАД ОШИБКАМИ	Душевный пожар Эмоциональное выгорание в практике врача: как (бить «пламя»? Никушина М.М.			
32		Больно ли это? Оценка мимики лица для выявления страдания плода и новорождённого: ближайшая перспектива Ипполитова Л.И., Коротаева Н.В.			
39	BACK-UP	История одной супницы Трудный путь Астраханского медицинского института в годы Великой Отечественной войны. Памяти уникальных, грамотных и сильных духом медицинских специалистов Каширская Є.И., Озорнина У.А.			
45	ЧТО И ТРЄБОВАЛОСЬ ДОКАЗАТЬ	Фертильность под прицелом Влияние SARS-CoV-2 на репродуктивную систему: что мы знаем, что — предполагаем? Соловьёва А.В., Лёгкий С.В.			
48		Отправленные в локдаун Эмоциональный фон и соматические нарушения у детей на фоне ограничений, связанных с пандемией (OVID-19 Ипполитова М.Ф., Кононова Т.А., Страдымов Ф.И., Бриль Ю.А.			

StatusPraesens

педиатрия и неонатоногия

СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

55	демедикализация	ЧТО С ЧЕМ ЕСТЬ? Нутритивные аспекты, влияющие на эффективность обмена железа: недооценённые факторы тонких взаимодействий Орлова С.В., Никитина Е.А., Пронина О.Е., Прокопенко Е.В., Водолазкая А.Н.
62		СОН КАК РАЗВИВАЮЩАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ Засыпание и фазы сна у детей раннего возраста: от чего зависят, подлежат ли коррекции? Захарова И.Н., Бережная И.В.
71	БЫСТРОДЕЙСТВИЕ	Месяц простоять, год продержаться Риски в жизни детей первого года — тактика участкового педиатра Галактионова М.Ю., Фёдорова Л.А., Яковлева Л.В., Ипполитова Л.И., Сафина А.И., Мазур Л.И., Балашова Є.А., Зайцева О.В., Алексеева И.А.
83	ТЕХНОБУДУЩЕЕ	Молекулярная «кухня» нутрицевтики Технология микрокапсулирования для создания уникальных продуктов питания: настоящее и будущее Орлова С.В., Никитина Е.А., Ле Доан-Тхань-Лам, Горяинов С.В.
91	Casuistica	Помеченные плацентой Инфантильная гемангиома: виды, диагностика, маршрутизация. Тактика ведения на примере клинического случая Сомсиков Г.А.
94		Несладкая жизнь Персистирующая гипогликемия: диагностический поиск и возможности терапии Симакова М.А., Соловьёва Е.А., Лёгкий С.В.
ነφι	ОПЕРАЦИОННЯЯ	Безобидное состояние или «бомба замедленного действия»? Особенности ведения новорождённых с кефалогематомами: индивидуализированный подход и минимальная инвазивность Иова А.С.
106	ЛИТЄРАТУРА И ИСТОЧНИКИ	

здоровьесбережение с нуля

Новый организационный этап в рамках Десятилетия детства. Что уточнено, что предстоит сделать?



Президент Общероссийской информационно-образовательной инициативы «Педиатрия и неонатология: развитие клинических практик», член Координационного совета при Правительстве России по проведению в РФ Десятилетия детства, проф. Дмитрий Олегович Иванов

Хорошая новость — 23 января 2Ф21 года Правительство РФ распоряжением №122-р утвердило план мероприятий в рамках Десятилетия детства на период до 2Ф27 года. Как именно этот новый этап скажется на деятельности российских педиатров? Уже сейчас можно с уверенностью сказать, что перемены в значительной степени коснутся именно работы амбулаторного звена, как его профилактической части (в первую очередь школьной медицины), так и лечебной (поликлиник, консультативно-диагностических центров и т.д.). Судите сами.

Работа в рамках нового плана мероприятий предстоит очень масштабная: он предусматривает восемь обширных направлений, в структуре которых выделено 129 основных задач. Например, в ряду первоочередных целей названо здоровьесбережение с детства, для чего будут проведены в жизнь фундаментальные научные программы по направлению «педиатрия». В частности, состоится актуализация нормативов, по которым предстоит оценивать условия воспитания и обучения, отдыха и оздоровления детей, качество подготовки специалистов-реабилитологов, оснащение медицинских организаций и т.д.

Необходимое внимание будет уделено также решению очевидных проблем детского здравоохранения: расширению календаря детских прививок, развёртыванию мероприятий по профилактике йододефицита и борьбе с потреблением алкоголя и никотиносодержащей продукции среди подростков. Непременно продолжится совершенствование медпомощи детям с онкологическими заболеваниями, особенно в регионах страны.

Другой масштабный блок мероприятий будет посвящён улучшению качества жизни детей с инвалидностью или ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ). Безусловно, первоочередной задачей по-прежнему будет эффективная профилактика широкого спектра инвалидизирующих заболеваний, однако не меньше внимания будет уделено максимально ранней диагностике и безотлагательности начала оказания коррекционной помощи, в частности развитию системы комплексной абилитации и реабилитации, внедрению технологий развивающего ухода за детьми с тяжёлыми множественными нарушениями развития.

[К 2Ф27 году должны завершить обучение специалисты, подготовленные по новым программам бакалавриата и магистратуры «Специальное (дефектологическое) образование».]

Стремление к лучшим статистическим показателям ни в коем случае не должно приводить к чрезмерному усложнению (и на этом фоне — запаздыванию) выявления ОВЗ либо присвоения инвалидности. Новые меры задуманы и направлены на консолидацию уже имеющихся ресурсов для того, чтобы эти пациенты были эффективно социализированы и включены в активную повседневную жизнь. В этом отношении цели сформулированы так: к 2027 году все обучающиеся с ОВЗ должны быть обеспечены условиями для получения качественного остип-

о том, что подобный документ необходимо создать для минимизации ошибок, обычно совершаемых недостаточно опытными врачами, возникла спонтанно в ходе «Сочинских контраверсий — 2020». В статье на стр. 70—77 рабочая группа проекта суммировала проблему в её актуальном виде и спланировала первые вмешательства, способствующие её решению. Приняты во внимание и наработки международных профессиональных сообществ: на стр. 78—81 представлена инфографика, обобщающая рекомендации экспертов ВОЗ и UNICEF.

[В деликатном вопросе рекомендуемой продолжительности грудного вскармливания после выхода рекомендаций ВОЗ каждому педиатру есть что обдумать, а возможно, и пересмотреть для себя.]

ного общего образования (в том числе в формате инклюзии). Разумеется, только медицинскими вмешательствами этого не достичь, в решение задачи вовлечены также (Межные министерства. Планируется совершенствовать нормативное и методическое обеспечение образования для несовершеннолетних с ОВЗ и детей-инвалидов, предстоят изменения и в сфере подготовки педагогических кадров: к означенному сроку нужно реализовать основные профессиональные образовательные программы бакалавриата и магистратуры по направлению подготовки «Специальное (дефектологическое)образование», чтобы было кому приступить к работе по новым правилам.



Тема этого номера журнала сформулирована необычно — «Отягощённый перинатальный анамнез. Что на амбулаторном участке?». Этот вопрос адресован всем нам и пока не имеет окончательного ответа, поскольку первое общественное обсуждение проекта методических рекомендаций, посвящённых алгоритму ведения детей из группы риска после их выписки «на участок», инициативной группе лишь предстоит провести. Напомню: идея

Приглашаю читателей журнала ознакомиться с уже собранным материалом и подготовить (вои предложения: тематические дискуссии и общественные слушания уже запланированы в рамках научных программ всех крупных мероприятий, планируемых Status Praesens в 2021 году. Первые шаги уже сделаны во время VII Общероссийской конференции «Перинатальная медицина: от прегравидарной подготовки к здоровому материнству и детству».



Интересно, что сразу несколько статей этого номера посвящены различным аспектам эмоциональной и психологиче-(кой сферы. Авторы из консультативно-диагностического центра для детей «Ювента» (Санкт-Петербург) во главе с доц. Мариной Фёдоровной Ипполитовой суммировали данные опросов подростков, вынужденно перешедших на идалённое обичение в связи с пандемией COVID-19, и выяснили немало интересного — фактически выделили ещё одну группу риска в педиатрической популяции (стр. 48-53). На кафедре госпитальной и поликлинической педиатрии ВГМУ им Н.Н. Бурденко (Воронеж) проведена интересная работа по изучению и типированию ВЫражений лица у новорождённых, что

позволяет довольно точно определять. чувствует ли маленький пациент боль и дискомфорт, нуждается ли в обезболивании. Более того, наработка применена и пои 3D-ультразвуковой визуализации лица плода, что может дать ещё одну практическую возможность оценивать состояние внутриутробного пациента. Подробности — в статье проф. Людмилы Ивановны Ипполитовой (стр. 32-37). В рубрике «Работа над ошибками» поедставлен важный практикум по анализу причин и предупреждению профессионального выгорания, подготовленный клиническим психологом. специализирующимся на помощи медработникам, Маргаритой Михайловной Никцшиной, одним из руководителей благотворительного фонда «Свет в руках» (стр. $22\rightarrow 31$).



Как и всегда, интересными новостями делятся коллеги (Межных медицинских специальностей. Международная исследовательская группа во главе с проф. Светланой Владимировной Орловой подготовила обзорную статью, рассказывающую об одном из самых перспективных направлений в современной нутрициологии — микрокапсулировании пищевых и лекарственных субстанций (стр. 82-89). Судя по всему, этот подход позволит сделать ещё один шаг к индивидуализированной, но при хингилсью импьоэтотэмо йонпутор моте патологических состояний, в том числе различных дефицитов, аллергий, ферментных нарушений и т.д.

Вообще с нутрициологами у педиатров и неонатологов очень много общих тем. Среди таковых — возможности влияния на эффективность обмена железа *in vivo*, подходы к профилактике и коррекции ферродефицитных состояний. О нюансах тонких пищевых взаимодействий, усиливающих либо угнетающих усвоение микроэлемента из разных видов пищи, — на стр. 54—61.



Формирование ответственного отношения к потенциалу деторождения у подростков и молодых взрослых также стало целью одной из программ в плане мероприятий, принятых уже упоминавшимся распоряжением №122-р.

Акушер-гинеколог, проф. Алина Викторовна (оловьёва конкретизирует, что именно к настоящему моменту известно о возможности влияния SARS-CoV-2 на репродуктивную функцию.

Уже накоплен печальный опыт, свидетельствующий о том, что риск выкидышей и преждевременных родов у женшин, перенёсших болезнь в ранние сроки гестации, заметно повышен, однако пока можно только галать. ЧТО ИМЕННО сказывается так неблагоприятно — собственно инфекционный процесс, сопутствующие ему гемостазиологические нарушения или необоснованно агрессивная терапия off-label с элементами полипрагмазии. Однако в статье на стр. 44-47 речь идёт о другом аспекте: сказывается ли COVID-19 на репродуктивных перспективах у пациентов МУЖСКОГО ПОЛА, как детского возраста, так и совершеннолетних? Выводы пока неполные, но вполне обнадёживающие.



Ещё одна тема, соприкасающаяся с акушерской практикой и чрезвычайно значимая в педиатрии, — проблема относительной гипогалактии. Согласно масштабным популяционным исследованиям, распространённость ситуации, когда молока нет совсем, невелика (2-3%), во всех остальных случаях за возможность продолжения грудного вскармливания необходимо побороться.

комендации по желательной продолжительности революционно: «2 года и более»...

Авторами исчерпывающей статьи (TD, 16-21) o Tom, какими именно методами можно усилить лактацию и избежать появления в рационе ребёнка докорма, стали член-корр. РАН, проф. Виктор Евсеевич Радзинский и канд. мед. наук Ольга Дмитриевна Ридне-Ва, руководитель службы поддержки гоудного вскармливания роддома при ГКБ №29 (Москва). К слову, на кафедре акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института РУДН, возглавляемой Виктором Евсеевичем, культивируют ценнейшее правило «не бойся признать, если был не прав». Доказательная медицина заставляет нас. как сформулировал Л. Кэрролл, «бежать изо всех сил, чтобы хотя бы остаться на месте», а не отстать. Узнавая каждый день новое о своей специальности. иной раз приходится согласиться, что заблуждался, просчитался, недоучёл. Полагаю, в деликатном вопросе рекомендуемой продолжительности грудного вскармливания каждому педиатру есть что обдумать, а возможно, и пере-(мотреть для себя. Да, прикорм должен быть введён правильно и вовремя, но сведения о том, что «после года в молоке для ребёнка ничего полезного нет», следует признать **ЦСТаревшими** и не соответствующими новым научным данным.

[(ложно сказать, что хуже для пациентов, тяжело перенёсших (OVID-19, — собственно инфекция, сопутствующие гемостазиологические нарушения или агрессивность полипрагмазии off-label.]

На первый взгляд всё просто и биологически обусловлено: чем чаще ребёнок оказывается у груди, чем активнее сосёт, тем больше вырабатывается молока. Однако тренды неумолимы: если в возрасте 3—6 мес 83,6% современных российских младенцев имеют доступ к груди матери, то из 6—12-месячных детей лишь 40,3% получают хоть сколько-нибудь молока. И всё это на фоне того, что ещё в 2018 году эксперты ВОЗ сформулировали ре-



Важный материал, посвящённый организации режима сна ребёнка, представляет проф. Ирина Николаевна Захарова: мало просто убедиться, что нарушения режима и фрагментированность ночного отдыха у младенца не обусловлены болезнью. Продолжительный дефицит сна у родителей — значимый фактор риска для здоровья и безопасности новорождённого, в связи с чем эту про-

блему нужно решать, а не ждать, когда семья её «перерастёт».

Отправить маму искать в интернете консультанта по детскому сну — лёгкое, но далеко не единственное (и не всегда удачное) решение, о других подходах можно прочесть в масштабном обзоре темы на стр. 62–68.



Логично, что в сдвоенном номере журнала представлен не один клинический случай, как обычно, а сразу два, причём очень разные. Первый (стр. 94-99) посвящён теме воожоённого гиперинсилинизма, подходам к коррекции эндокринных сдвигов, улучшению качества жизни и правовым нюансам назначения препарата, не зарегистрированного в нашей стране. Второй описывает (и ярко иллюстрирует) алгоритм ранней помощи детям с инфантильной гемангио-МОЙ: тактика сильно зависит от характеристик конкретной мальформации (стр. 90-93), и при определённых условиях вмешательство не нужно вовсе. Будем надеяться, что эти материалы, представленные коллегами из РМАНПО и из ДГКБ св. Владимира, будут полезны, позволят учесть чужие ошибки и сориентироваться, если такой ребёнок окажется на приёме или в отделении именно у вас.

Ещё одна клиническая ситуация, когда динамическое наблюдение способно обеспечить значительно лучшие исходы, чем поспешное хирургическое вмешательство, описана в статье проф. Александра Сергеевича Иовы, посвящённой тактике при неосложнённых кефалогематомах у новорождённых (стр. 100-105). Да, иной раз это состояние требует уделить больше времени разъяснительной работе с родителями пациента, чем обычно, но оно того стоит: в критериях доказательной медицины убедительно показано, что подобная стратегия минимизирует риски осложнений, а форма головы младенца непременно нормализуется (даже если произошла кальцинация содержимого кефалогематомы).

Желаю вам интересного и полезного чтения.

Библиографию см. на с. 106-110.



только личное, никакого бизнеса

Как организовать грудное вскармливание в условиях амбулаторного педиатрического участка





Авторы: Виктор Євсеевич Радзинский, засл. деятель науки РФ, член-корр. РАН, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института РУДН; Ольга Дмитриевна Руднева, канд. мед. наук, ассистент той же кафедры, преподаватель Инициативы ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребёнку» (Москва)

Копирайтинг: Ольга Быкова

Грудное вскармливание на 24% снижает риск инвазивного рака яичников и уменьшает вероятность послеродового диабета у матерей², предупреждает формирование расстройств пищевого поведения, накопление избыточной массы тела и ожирение у детей (даже при генетической предрасположенности!)³. По мнению экспертов ВОЗ, более 82ф тыс. детских жизней ежегодно удалось бы спасти, если бы все младенцы в возрасте Ф—23 мес находились на оптимальном грудном вскармливании⁴.

Исследователи не устают искать подтверждения тому, что грудное молоко способствует увеличению интеллектуальных способностей детей, качества их взрослой жизни и даже уровня доходов впоследствии⁵. В настоящее время всё более пристальное внимание учёных приковано к способности грудного молока становиться мощным барьером на пути вирусных и бактериальных инфекций, в том числе (OVID-19, и антибиотикоустойчивых патогенов⁶⁻⁸. Перечисленное — лишь малая часть очевидных плюсов грудного вскармливания, подтверждённых исследователями за последнее десятилетие. Однако врачам амбулаторного звена зачастую открывается картина реальной жизни, где всё иначе — от навязанных мифов об испорченной фигуре кормящей матери до фразы «нет молока». А ведь истинную гипогалактию диагностируют только у 3% пациенток⁹, и даже в этом случае можно и нужно сохранить (а возможно, постепенно и приумножить) частичное грудное вскармливание.

дин из самых дискутиоуемых сегодня вопросов — продолжительность вскармливания. Междунаоолные и отечественные эксперты дают вполне чёткие рекомендации. В частности, специалисты Американской академии педиатрии (American academy of pediatrics) говорят о том, что грудное вскармливание должно длиться «столько. (КОЛЬКО ПОЖЕЛАЮТ МАТЬ И ОЕБЁНОК, НО не менее 12 мес^{10} , совместное коммюнике ВОЗ и ЮНИСЕФ постулирует, что «почти все матери МОГЦТ ПРОООЛЖАТЬ грудное вскармливание 90 2 лет и 90льше» 11. Вступающий в силу с 1 января 2021 года новый Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» 12 включает в себя пункт о том, что «при выписке родильницы лечащим врачом даются разъяснения о пользе и рекомендуемой продолжительности грудного вскармливания (от 6 мес оо 2 лет с момента рождения ребёнка)...». В дискуссии о верхнем пределе вскармливания до сих пор не поставлена точка, однако оптимальной продолжительностью исключительно грудного вскармливания (т.е. без допаивания и до введения прикорма) практически единодушно названы первые б мес жизни младенца.

В жёстких рамках статистики

В последнее время ситуацию с приоритетностью грудного вскармливания в России всё же удаётся сдвинуть в лучшую сторону, хотя и не столь значимо, как хотелось бы. Так, по данным Росстата 13 , в 2010 году этот вид питания использовали 80,3% младенцев в возрасте 3—6 мес, а в 2019-м — 83,6%. Однако за те же годы ситуация с грудным вскармливанием детей 6-12 мес показала даже некоторую отрицательную динамику: 40,4 и 40,3% соответственно. Эксперты-нутрициологи не просто обеспокоены сложившейся ситуацией, но склонны считать её ещё более ораматичной, поскольку в статистические отчёты по этому вопросу уже изначально заложена погрешность: эти данные включают детей, получающих хоть сколько-то грудного молока в указанном возрастном диапазоне, т.е. об эксклюзивности гоудного вскаомливания говорить не приходится¹⁴. Общемировой тренд также не внушает оптимизма¹⁵, хотя в литературе можно найти ряд объяснений невысокой приверженности продолжительному грудному вскаомливанию, например короткий оплачиваемый послеродовой отпуск в большинстве экономически благополучных стран. Почему так происходит? Очевидно, что одна из причин (по счастью, модифицируемых) — недостаток информации как среди профессионалов, так и в обществе в целом. Роль врачей амбулаторного звена в формировании должной мотивации у матерей к грудному вскармливанию вообще трудно переоценить.

Азбучные истины

Физиологический процесс становления лактации включает три последовательных этапа: первую и вторую стадии лактогенеза и галактопоэз. Началом первой стадии лактогенеза считают середину II триместра беременности, когда происходит дифференцировка эпителиоцитов альвеол в лактоциты и начинается процесс секреции молозива. В это время молочные железы находятся под влиянием различных гормонов:

- эстрогены обусловливают пролиферацию протоков и соединительной ткани желёз:
- прогестерон инициирует железистую трансформацию альвеол;
- гормоны щитовидной железы и Тиролиберин участвуют в морфогенезе и функциональной дифференцировке эпителиальных клеток молочных желёз:
- КОРТИЗОЛ обеспечивает экспрессию рецепторов пролактина и стимулирует рост эпителиальных клеток, обладает синергизмом с пролактином, однако его высокая концентрация может задержать наступление II стадии лактогенеза.

Пусковыми механизмами для второй (тадии лактогенеза, продолжающей-

Терминология вскармливания¹⁶

Исключительно грудное вскармливание — кормление ребёнка только грудным молоком. При необходимости возможно введение лекарственных форм, солей или витаминов (их количество очевидно незначительно) в смеси со сцеженным грудным молоком.

Преимущественно грудное вскармливание — вскармливание материнским молоком в сочетании с продуктами прикорма в объёме до 30 г/сут либо докормом молочными смесями не более 100 мл/сут.

Полное грудное вскармливание — то же, что и исключительно грудное или преимущественно грудное вскармливание.

Частичное (дополненное) грудное вскармливание — вскармливание грудным молоком в сочетании с его искусственными заменителями (более 100 мл/сут) или введением прикорма (более 30 г/сут).

Искусственное вскармливание — кормление ребёнка искусственным заменителем грудного молока с полным прекращением грудного вскармливания.

Вскармливание из бутылки — кормление ребёнка из бутылки любой пищей (в том числе сцеженным грудным молоком).

(воевременный прикорм — введение продуктов прикорма дополнительно к грудному вскармливанию после 6 мес.

[Частые прикладывания к груди в период становления лактации стимулируют развитие рецепторов к пролактину, тем самым положительно влияя на функциональность железистой ткани.]

[(осание — главный стимулятор пикового синтеза пролактина; максимальную его концентрацию можно зафиксировать в течение Ч5 мин. (нижение чувствительности сосков нарушает этот механизм.]

ся вплоть до 7—8-го дня послеродового периода, служат резкое падение сывороточной концентрации прогестерона и эстрогенов после отделения плаценты, частое и эффективное опорожнение молочных желёз ребёнком или молокоотсосом.

Детализируя роль гормонов в период лактации, стоит уточнить, что эстрогены, выработка которых происходит в яичниках и жировой ткани, обеспечивают развитие млечных протоков, появление рецепторов к окситоцину, но блокируют восприимчивость клеток к пролактину. Кооме того, в начале беременности и во время лактации эти гормоны находятся на достаточно низком уровне, а в конце гестации их концентрация возрастает. Прогестерон выполняет сразу две важнейшие функции — поддержку беременности и развитие железистой ткани молочной железы. При этом его высокий уровень в период беременности (держивает процесс лактации даже несмотря на увеличение концентрации пролактина, а вот падение уровня прогестерона после родов как раз инициирует начало выработки молока (лактогенез II).

Настоящим амбассадором лактации можно назвать гормон пролактин. Он способен подавлять овуляцию, обеспечивает пролиферацию млечных протоков и развитие железистой ткани. Частые кормления в начале лактации стимулируют развитие рецепторов к пролактину. Интересно, что секретируется этот гормон волнообразно, при этом можно наблюдать от 7 до 20 пиковых повышений в сутки. Преимущественным триггером пика становится (ОСАНИЕ: в течение 45 мин после начала кормления можно зафиксировать максимальную концентрацию пролактина. Важно помнить, что снижение чувствительности сосков обусловливает отсутствие повышения уровня пролактина, а переполнение молочных желёз деформирует рецепторы этого гормона, ограничивая их функциональность.

У грудного вскармливания есть не только союзники, но и противники, участвующие в механизмах обратной связи. Один из таких — компонент грудного молока, белок, ингибирующий лактацию. При редком опорожнении груди это вещество локально подавляет выработку молока.

Что-то пошло не так?

В качестве причин нарушения лактации принято выделять патологические изменения функции гипофиза, выраженную гипоплазию молочных желёз и повреждение протоков в железе, возможно вследствие применения пластических операций с циркулярным разрезом.

Время наступления II стадии лактогенеза может варьировать. Обычно начало выработки молока происходит через 38—98 ч после родов. Возможными причинами, обусловливающими отсроченный старт этой стадии, могут быть:

- кесарево сечение;
- сахарный диабет 1-го типа;
- ожирение;
- синдром поликистозных яичников;
- гестационные овариальные текалютеиновые кисты;
- задержка доли плаценты в матке;
- стресс;
- гипо/гипертиреоз;
- недостаточно раннее, эффективное и частое опорожнение молочных желёз.

Несмотря на довольно большое количество документов, регламентирующих вопросы диагностики гипогалактии, критерии этого состояния до сих пор остаются темой для дискуссии специалистов. Например, в качестве маркеров упоминаются частые «требования» груди ребёнком, «чересчур» длительные кормления, ощущение «пустой груди», отсутствие подтекания молока, низкие показатели «контрольного» сцеживания

и «контрольного» взвешивания. Однако большинство экспертов сходятся во мнении, что наиболее достоверным признаком гипогалактии следует считать недостаточный темп прибавок массы тела ребёнка¹⁷.

Чтобы все детали диагностического пазла идеально сошлись, практикующему специалисту нужно понимать, в чём суть процесса, который носит название «кормление по требованию», и чем он отличается от ранее принятой системы «трёхчасового интервала». По требованию — это:

- каждые 2 ч или чаще днём, каждые 3—3,5 ч или чаще ночью;
- продолжительности;
 - 🖸 разного объёма.

«Требовать» кормлений может не только младенец, но и его мать, если интервал между кормлениями приближается к максимальному, а ребёнок остаётся неактивным. При таком подходе он суммарно получает необходимый ему суточный объём питания.

 Δ ля оценки темпа прибавки массы тела младенца также существуют определённые критерии. Так, в возрасте 1-6 дней жизни характерна потеря массы тела до 7—10%, а в период 6—14 дней возвращение к параметрам при рождении. В период 14 оней **б мес** оптимальна прибавка 18—30 г/сут (125-140 г/нед; 500-600 г/мес)и удвоение массы тела к 6 мес. С этого момента и до 1 года жизни увеличение веса обычно происходит неравномерно, но к концу указанного периода младенец должен в среднем прибавить втрое от исходного уровня. Быстро оценить динамику массы тела ребёнка раннего возраста можно, пользуясь приложениями для смартфона (для Android — Child growth tracker, для iOS — Growth). Перейдя по QR-коду, можно ознакомиться с инструкциями, поясняющими методику чтения графиков и центильных таблиц.



Масса тела ребёнка, г	Суточный объём питания: 150—200 мл/кг/сут, мл	Суточный объём докорма: 50—100 мл/кг/сут, мл	Ориентировочный объём докорма на одно кормление: 6—8 кормлений/сут, мл
2500-2999	375-500	125-250	30-40
3000-3499	450-600	150-300	35-50
3500-3999	525-700	175—350	40-60
4000-4999	600-800	200-400	50-70
5000 и более	750—1000	225-500	60-80

Таблица. Расчёт объёма докорма ребёнка раннего возраста в зависимости от массы тела

[Докармливать следует не чаще одного раза в 3 ч, доступ к груди матери для младенца должен быть свободным, взвешивать ребёнка следует каждые 3—7 дней. Если при этом темп прибавки массы тела нормализуется, объём докорма подобран верно. Важно ограничиться минимально достаточным количеством докорма.]

Политика разумного вмешательства

В стимуляции лактации, как и в докармливании младенца, нет необходимости, если врач, наблюдающий ребёнка после выписки из роддома, уверен в достаточности прибавки массы тела пациента. Причём политика невмешательства в этом случае должна оставаться таковой, даже если ребёнок ведёт себя беспокойно, часто прикладывается к груди или длительно не отпускает её. А вот в ситуациях, когда младенец по тем или иным причинам разлучён с матерью или врач объективно оценивает необходимость докорма, стимуляция лактации обоснована.

Оптимальным способом воздействия на лактацию в первую очередь считают эффективное и частое опорожнение груди. Правильное и оптимальное опорожнение молочных желёз — результат грамотной организации вскармливания, ключевыми элементами которого служат надлежащая техника прикладывания ребёнка к груди, устранение причин неэффективного сосания со стороны младенца, сцеживание молозива/молока при необходимости.

Поддержать лактацию и оптимизировать кормление ребёнка, если он разлучён с матерью или нуждается в докорме, позволяет (цеживание, которое должно быть начато как можно раньше (при раздельном пребывании — в течение первого часа после родов — нет (мысла ждать, пока молоко «придёт само» 18). Оптимальная частота сцеживания, по мнению ведущих экспертов педиатрической нутрициологии, составляет 8—12 раз в день, причём ночные часы — не исключение. Сцеживание здесь служит в первую очередь (тимулирующим фактором, поэтому разовый сиюминутный результат сцеживания (выражаемый в миллилитоах) не столь важен. Длительность

одной процедуры составляет 15-30 мин, также необходимо несколько раз переходить к сцеживанию из другой груди (при уменьшении интенсивности потока или по схеме «7-5-3»: семь минут сцеживать из одной груди, семь из другой, пять из первой, пять из второй, три из первой, три из второй).

Эффективность процедуры существенно повышают:

- использование хотя бы один раз в сутки техник «силового», «стимулирующего» сцеживания* и сцеживания со сжатием (когда во время сцеживания одна рука удерживает молокоотсос, а вторая сжимает молочную железу у её основания);
- согревание молочных желёз перед сцеживанием, употребление небольшого количества тёплой жидкости, контакт «кожа к коже» с ребёнком, медитативные техники;
- правильный подбор размера воронки молокоотсоса.

Нужен калькулятор

Не всякое замедление прибавки массы тела ребёнка следует считать показанием для введения докорма. Очевидно, что остаточная очевидно, что остаточная очевидноя всеа — свидетельство того, что грудное вскармливание обеспечивает все потребности организма младенца. Нижняя граница нормы прибавки — тоже не повод для назначения дополнительного питания. В этом случае скорее нужна «работа над ошибками»: организация грудного вскармливания, проверка техники прикладывания к груди и исправление недостатков, обеспечение эффективности сосания. А вот дефицит массы тела, безусловно, требует назначения докорма (без применения бутылки с соской) и использования методик сцеживания с соблюдением основных правил.

- Докорм осуществляют не чаще одного раза в 3 ч порциями определённого, ограниченного объёма (сцеженное молоко + смесь).
- Доступ к груди матери для младенца свободный. Необходимо использовать принцип частой смены груди и кормление со сжатием (техника, аналогичная сцеживанию со сжатием).

^{* (}иловое сцеживание — техника увеличения интенсивности лактации с помощью одностороннего (поочерёдно сцеживая каждую грудь по 10 мин в течение 1 ч) или двухстороннего электрического молокоотсоса (чередование 10 мин одновременного сцеживания и 10 мин отдыха в течение 1 ч).

[Использование детской бутылки с соской повышает риск оториноларингологических и ортодонтических нарушений, может перечеркнуть дальнейшие усилия по восстановлению грудного вскармливания.]

Взвешивание ребёнка один раз в 3—7 дней.

Рассчитать объём докорма поможет таблица¹⁹.

Необходимое суточное количество докорма рассчитывают, ориентируясь на массу тела ребёнка (минимум 50-100 мл/кг/сут). Это количество подобрано верно, если в течение 3-7 дней после его введения темп прибавок массы тела ребёнка начинает соответствовать должному. Избыточное количество докорма не позволит ребёнку оставаться достаточно активным у груди и будет затоуднять восстановление гоудного вскармливания, поэтому следует опытным путём подбирать минимальную необходимую суточную дозу. Если время докорма ещё не подошло, а ребёнок беспокоится, можно и нужно предложить ему грудь — количество прикладываний к груди должно остаться неограниченно частым.

Важно помнить: если объём докорма 180 мл, как правило, лучше распределить его как 6×30 мл, чем как 3×60 мл.

Почему не бутылка?

Едва ли не самым частым вопросом, который задают врачу женщины, сталкивающиеся с необходимостью докорма младенца, становится «способ доставки пищи адресату». Несмотря на то что у большинства матерей в первую очередь рука тянется к детской бутылке с соской, именно этот путь может перечеркнуть все дальнейшие усилия по восстановлению грудного вскармливания.

При использовании имитаторов женской груди (сосок-пустышек, бутылочек) у ребёнка может возникнуть дезориентация в способе добывания

пищи и реализации сосательного рефлекса. Неправильное прикладывание, применение имитаторов соска нередко приводят к неэффективному (осанию груди, ослаблению «оральной моторики», ограничению лактации, отказу ребёнка от груди, травмам соска, лактостазу, маститу. Бутылочное кормление увеличивает риск сужения верхнечелюстных дуг, частоту ротового дыхания, риск отитов, ринитов, синуситов, гипертрофии аденоидов, вероятность уменьшения объёма ротовой полости, нарушений привычного положения языка и обструктивного апноэ во сне 20-22.

В целом ненутритивное сосание нормальный рефлекс, присущий практически всем детям раннего возраста и отражающий степень развития нервной системы ребёнка. Его реализация обеспечивает младенцу чувство комфорта и защищённости. Становление рефлекса происходит внутриутробно, начиная с 29-й недели гестации, а естественное угасание потребности в таком сосании происходит обычно на 2-4-м году жизни (после 3 лет она сохраняется примерно у 20% детей)²³. В качестве объектов сосания ребёнок может использовать свои губы, щёки, язык, пальцы, соскупустышку, предметы одежды, игрушки. Их сосание может войти в стойкую привычку, ассоциированную с увеличением риска кариеса, постериального, перекрёстного и фронтального открытого прикусов*, чрезмерного перекрытия зубных рядов, отсутствия свободного пространства в нижнем зубном ряду²⁴.

Известно, что аномалии прикуса у детей на искусственном вскармливании диагностируют в 1,4 раза чаще, чем на грудном²⁵. На фоне развития зубочелюстных аномалий синдром гиперактивности и дефицита внимания у педиатрических пациентов диагностируют в 4,2 раза чаще, чем у детей с физиологической окклюзией. Кроме того, сочетание нарушений прикуса и привычки ненутритивного сосания обусловливает изменения показателей

* Постериальный (прогнатический, дистальный) прикус — чрезмерное выдвижение верхней челюсти над нижней. Перекрёстный прикус — нарушение смыкания зубных рядов, обусловленное аномалиями их размеров и формы по горизонтали. Фронтальный открытый прикус — отсутствие контакта между зубными рядами в области резцов.



Рис. 1. Примеры организации пальцевого способа кормления.

речевых функций (звукопроизношения, сформированности звуко-слоговой структуры слова, артикуляционной моторики, динамической организации движений органов артикуляционного аппарата)^{26,27}. Оптимальный способ избежать столь негативных сценариев — использование для докорма чашки, ложки, пипетки, шприца без иглы или системы дополнительного кормления у груди, а также пальцевого способа кормления (рис. 1, 2).

Korga отказ во благо

Согласно заключению экспертов ВОЗ, полный отказ от грудного вскармливания оправдан только в случае ВИЧ-положительного статуса матери; при этом альтернативное питание должно быть «приемлемо, осуществимо, финансово доступно, надёжно обеспечено и безопасно; в иных случаях следует придерживаться исключительно грудного вскармливания в течение первых 6 мес жизни ребёнка». В первую очередь ситуация отказа от исключительно грудного вскармливания может быть продиктована лишь проблемой инфекционной безопасности.

Рекомендации Американской академии питания²⁸ и ВОЗ²⁹ содержат небольшой перечень состояний, при которых показано временное прекращение грудного вскармливания (в этом случае по возможности следует поддерживать лактацию сцеживаниями и докармливать ребёнка без использования бутылки с соской).

- Заболевания, категорически не позволяющие матери заботиться о ребёнке, — преэклампсия и эклампсия, массивные кровотечения во время родов и после них, сепсис, декомпенсация хронических экстрагенитальных заболеваний.
- Обострение герпетической инфекции (ВПГ 1-го типа) при локализации высыпаний непосредственно на коже груди: до исчезновения клинических проявлений необходимо избегать прямого контакта между поражённым участком и ртом ребёнка. На время обострения ребёнка можно перевести на вскармливание сцеженным материнским молоком.



Рис. 2. Вскармливание с использованием системы дополнительного кормления у груди.

[Аномалии прикуса у «искусственников» диагностируют в 1,4 раза чаще, чем у вскармливаемых грудью. Ортодонтические нарушения повышают риск формирования синдрома гиперактивности в 4,2 раза.]

- Впервые диагностированная активная форма туберкулёза (все противотуберкулёзные препараты совместимы с кормлением грудью, однако в указанной ситуации следует временно его прекратить до завершения курса химиотерапии).
- Бруцеллёз (до начала лечения).
- Приём матерью некоторых лекар-(твенных (ред(тв: седативных психотропных, противоэпилептических препаратов и опиоидов; радиоактивного йода₁₃₁ (возобновить кормление грудью можно через 2 мес после окончания терапии); йода или его соединений (в том числе в случае местного применения в больших дозах); химиотерапия цитотоксическими препаратами, включая антиметаболиты.



Основные постулаты современной медицины материнства и детства неоспоримы: благополучная беременность, естественные роды и грудное вскармливание ложатся в основу здоровья и полноценности будущих поколений. Именно поэтому ключевым звеном современных перинатальных технологий считают исключительно грудное вскармливание. Альтернативы ему не существует, до настоящего момента научному сообществу не удалось создать адекватных заменителей материнского молока.

Польза грудного вскармливания заключена не только в составе женского молока, но и в установлении уникальной, неповторимой связи между кормящей матерью и её ребёнком. Сохранить этот дар природы человечеству — непростая задача, в решении которой нет и не может быть несущественных моментов и второстепенных ролей. Акушер-гинеколог, неонатолог, педиатр, консультант по грудному вскармливанию... участвуют все, деля между собой ответственность и радость от достигнутых результатов.

Библиографию см. на с. 106-110.

душевный пожар

Эмоциональное выгорание в практике врача: как сбить «пламя»?



Автор: Маргарита Михайловна Никушина, клинический психолог, специалист в области перинатальной психологии, руководитель направления образовательных программ и взаимодействия с медицинскими учреждениями благотворительного фонда «Свет в руках» (Москва)

Копирайтинг: (ергей Лёгкий

Факт №1: в (ША каждый год более ЧФФ врачей лишают себя жизни. Факт №2: в этой экономически развитой стране год от года растёт распространённость депрессий и эмоционального истощения у специалистов в области здравоохранения¹. (вязаны ли между собой эти обстоятельства? По всей видимости, да.

Один из ведущих мировых онлайн-ресурсов в сфере здравоохранения — Медсаре — с 2ф13 года публикует опросы клиницистов по проблеме профессионального выгорания, и результаты год от года не улучшаются. Всего 2% медиков полагают, что это явление не мешает их жизни; 8% говорят, что проблема выражена настолько, что заставляет их задуматься об уходе из профессии. Большинство врачей не обращаются за помощью, а те, кто всё же это делает, уезжают для прохождения сеансов психотерапии в другие города. Они, как правило, даже не пользуются страховкой, лишь бы скрыть от коллег и знакомых факт лечения². В среднем в развитых странах о таком феномене сообщают ЧЧ% специалистов, при этом в сообществе акушеров доля составляет Ч5%, у педиатров — Ч1%, а у детских реаниматологов — до 5ф%3. Примечательно, что российские данные в основном совпадают с представленной общемировой картиной ч.

Показатель самоубийств среди клиницистов в мире составляет 28— ЧФ на ТФФ тыс. случаев — он самый высокий среди всех работающих и вдвое превышает общенациональный уровень 5. Отечественная статистика указывает, что в нашей стране ситуация ещё более сложная: риск суицида у медработников в 1,5—Ч раза выше популяционного Ч. К сожалению, несмотря на тревожную статистику, обсуждаемая проблема в России пока малоизучена.

сторически сложилось так, что эмоциональное выгорание в медицине рассматривают как признак личной слабости или несоответствия профессии. Одно из утверждений времён первых исследований — истощение связано со стрессовой работой, когда врач делает слишком много и ставит потребности других выше собственных⁶. Изначально предполагалось, что достаточно просто осознать состояние и заняться улучшением навыков общения, управления собой или физическими упражнениями⁷.

Подход стали менять после знаковой работы Тейта Шанафельта (Shanafelt T.D. et al.)⁸, в которой автор утверждал буквально следующее: «Тот факт, что почти каждый второй американский врач имеет симптомы эмоционального выгорания, означает — истоки проблемы коренятся в окружающей среде и системе оказания медицинской помощи, а не в личных характеристиках нескольких восприимчивых людей». Безусловно, индивидуальные особенности способствуют истощению, но только

лишь упражнения и медитация не помогают решить проблему. Работать нужно с организационными и экологическими причинами, такими как бюрократия, переработки, «бумагомарательство», проявления неуважения со стороны пациентов и коллег, отсутствие автономности в принятии решений и контроля над ситуацией.

Горящие на работе

Выгорание медиков во всём мире достигло эпидемического уровня, о чём свидетельствуют исследования состояния как будущих врачей, так и практикующих специалистов. При многомерном анализе с поправкой на возраст, пол, статус отношений и количество часов работы в неделю врачи были подвержены повышенному риску (ОШ 1,39; 95% ДИ 1,26—1,54; ρ =0,001) и с меньшей вероятностью были удовлетворены интеграцией между работой и личной жизнью (ОШ 0,77; 95% ДИ 0,70—0,85; ρ =0,001), чем другие работающие взрослые.

феномен начали изучать почти полвека назар¹⁰, а в литературе последнего времени его уже рассматривают в качестве глобальной проблемы, для решения которой нужны как индивидуально ориентированные, так и структурно-организационные мероприятия¹¹.

Важно отметить, что профессиональное выгорание отличается от предположительно связанных с ним состояний, таких как неудовлетворённость работой, усталость, профессиональный стресс и депрессия. Оно коррелирует с этими проблемами, но может развиваться без них или отсутствовать при их наличии. Возможно, эмоциональное истощение близко к депрессии, но такие составляющие выгорания, как деперсонализация и низкая оценка личных достижений, не связаны ни с ней, ни с другими психологическими проблемами^{12,13}.

Эмоциональное выгорание — сложное состояние. Герберт Фрейденбергер (Freudenberger H.J., 1974), инициатор изучения этого явления, утверждает, что оно состоит из трёх частей: эмоционального истощения, деперсонализации и снижения личных достижений. Кристина Маслах (Maslach C., 1997) разработала наиболее часто используе-

[Важно отличать выгорание от неудовлетворённости работой, усталости и депрессии. Для профессионального истощения обязательны деперсонализация и низкая оценка личных достижений.]

Такое псевдолидерство не случайно — работа врача подразумевает сострадание, спрос на немедленную и безошибочную помощь в сочетании с ограниченными ресурсами и диагностической неопределённостью. Давление ожиданий со стороны пациентов, регуляторных и судебных органов постоянно возрастает, при этом показатель укомплектованности рабочих мест в лучшем случае не уменьшается, но практически никогда не достигает 100%, что приводит к серьёзным переработкам.

Последствия этого отрицательно сказываются на уходе за пациентами, профессионализме, безопасности медиков, а также на жизнеспособности всей системы здравоохранения. Впервые

мый инструмент идентификации и оценки расстройства, используя термины «истощение» (эмоциональное и/или физическое), «цинизм» и «неэффективность» 14. При выраженном симптоме «цинизма» люди демонстрируют чёрствость и отстранённость, а понятие «неэффективность» описывает тех, кто считает себя не достигшим успехов, а свою работу малозначимой.

Разработанный инструмент измерения выгорания назван фамилией исследовательницы (Maslach burnout inventory, MBI) и содержит 22 вопроса, относящихся к трём перечисленным направлениям с градацией ответов в баллах от 0 до 6: чем выше общая сумма, тем тяжелее выражена пробле-

ма. Стоит заметить, что столь сложная система больше подходит для научных изысканий.

При массовых замерах для практических целей используют сокращённые шкалы, и даже простой вопрос «чувствуете ли вы выгорание?», обращённый к врачу, демонстрирует 72% точного попадания в критерии МВІ². Ещё в одном исследовании всего два отмеченных ответа «я чувствую себя выжженным» или «я стал более чёрствым по отношению к людям» коррелировали с полной оценкой МВІ на 93—94% 15.

За почти 50 лет исследовательской работы установлено, что выгорание встречается на всех уровнях медицинской практики. К сожалению, нередко состояние даёт о себе знать ещё в ходе обучения — в одном исследовании 52,8% студентов отвечали критериям этого нарушения 16 . Эти ранние симптомы предсказывают карьерные проблемы: обнаружена взаимосвязь между эмоциональным дистрессом в резидентуре*, истощением после начала самостоятельной работы (коэффициент корреляции 0,30; ρ =0,007) и деперсонализацией $(0,25; \rho$ =0.029)17.

Хотя уже признано, что движущие силы эпидемии поофессионального выгорания медиков в значительной степени коренятся в системе организации здравоохранения (чрезмерная нагрузка, неэффективные рабочие процессы, невозможность врачей влиять на свою трудовую жизнь и т.д.), индивидцальные факторы также играют определённую роль. Например, более высокие показатели эмоционального выгорания характерны для женщин и молодых врачей⁴. И всё же для всех гендерных, возрастных, поведенческих и профессиональных групп медиков О(НОВНЫЕ (ТРЕССОРЫ достаточно универсальны:

- увеличение продолжительности рабочего времени (суточные дежурства, работа по ночам, в выходные и праздничные дни);
- Неукомплектованность штата, в том числе вспомогательным персоналом, перегрузки;
- постоянная неопределённость;
- грубость пациентов (а часто и коллег);

Резидентура — форма послевузовского медицинского образования по клиническим специальностям в течение 2—4 лет; эквивалент ординатуры в РФ.

ХРУПКИЙ ГЕРОЙ

ЭТАПЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ: КОГДА ЕЩЁ НЕ ПОЗДНО?*





Сотрудник принимает на себя всё новые обязательства: он заинтересован в работе, с энтузиазмом берётся за новое, быстро учится и всё успевает. Сил у человека много, но стадия достаточно короткая (месяцы, иногда — 1–2 года).



Сотрудник устал, но терпит: он по-прежнему заинтересован в работе, но сильно перегружен, хотя в целом справляется. Многие вещи делает потому, что «пообещал», «больше некому» или ради карьеры. Продолжается месяцы или годы.



У сотрудника сил больше нет: он пересматривает свои обязанности и пытается донести до окружающих, какой объём работы ему под силу. Если вовремя настроить правильный режим «работа/восстановление», стадия обратима. Если человек не находит поддержки, он начинает искать другую работу с более подходящим графиком и условиями, а в худшем случае у него происходит декомпенсационный срыв.



У сотрудника усиливается конфликтность в отношениях с пациентами и коллегами, быстро нарастает количество ошибок. Эта стадия уже необратима, единственный выход — смена места работы или даже профессии.



Выгорание врача— не вина его, а беда, поскольку он **не может** регулировать количество людей, нуждающихся в его помощи. Своевременно увидеть возможные риски и принять **адекватные** меры— обязанность руководителя.

* По материалам выступления Елизаветы Ивановны Сухановой на V Общероссийской конференции *«Flores Vitae*. Поликлиническая педиатрия» (2020). Суханова Е.И. — клинический и перинатальный психолог; медицинский психолог НМИЦ акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова; психолог БФ «Свет в руках» (Москва).



[Врачи согласны, что электронный документооборот имеет определённые преимущества, однако необходимость самостоятельного внесения данных отвлекает их от взаимодействия с пациентами, значимо снижает удовлетворённость выполненной работой либо занимает много личного времени.]

- хроническая усталость и нарушения сна, особенно у тех специалистов, чей график не (овпадает с циркадными ритмами или связан с депривацией сна;
- 🤁 «дамоклов меч» юридической незащищённости.

Последняя причина всё более актуальна в реалиях нашей страны. В государствах, где иски против медиков имеют давнюю историю, исследователи указывают на то, как негативно такая практика сказывается на всей системе эдравоохранения и на работниках, становясь мощным дополнительным источником выгорания, несмотря на устоявшуюся практику страхования профессиональной ответственности¹⁸. В среднем 7,2% врачей в США сталкиваются с жалобами на халатность, причём каждый судебный эпизод может длиться годами, выматывая участников. Более того, им возбраняется обсуждать такие случаи с кем бы то ни было, что усугубляет изоляцию и препятствует формированию поддержки со стороны коллег 19. Ежегодно до 73% респондентов признаются, что практикуют «перестраховочную медицину» — заказывают излишние тесты и обследования, ссылаясь на страх судебного разбирательства

в случае врачебной ошибки 20 . Эта практика ведёт к цинизму и отстранённости — предвестникам эмоционального истощения, а также увеличивает расходы на эдравоохранение (как минимум на \$650-850 млрд в год) 21 .

Одна из причин, которую американские исследователи называют «ЛОКОМОТИВОМ» выгорания, — введение электронных медицинских карт (electronic health records). Явление стартовало как инструмент обмена данными о пациенте, однако впоследствии фокус (Местился с медицинских аспектов на выставление счетов, кодирование информации и защиту от судебных разбирательств. К настоящему времени обязанность заполнения данных связана с более высокими показателями эмоционального истощения среди специалистов. Время, проведённое более за компьютером, чем с пациентами, ухудшает контакт с подопечными и вызывает внутренний конфликт²².

В целом врачи согласны с тем, что электронный документооборот улучшил доступ к информации и имеет некоторые преимущества. В то же время они называют заполнение карт трудоёмкой и отвлекающей задачей, препятствующей взаи-

модействию с пациентами, ухудшающей балан (между работой и личной жизнью и снижающей удовлетворённость²³. Некоторые исследователи упоминают также номинальные руководящие принципы, подлежащие обязательному соблюдению, даже несмотря на отсутствие доказательств пользы. Бездумные либо устаревшие инструкции лишают специалистов автономности в принятии решений и возможности практиковать искусство медицины — одного из важнейших факторов приверженности работе^{24,25}.

Отдельной проблемой в отчётах Medscape по профессиональному истощению называют финансовые трудности. Для стран с высокой стоимостью медицинского образования это особо актуально: врачи, окончившие университет в 2016 году, имеют средний долг \$190—212 тыс., его величина согласуется с выраженностью симптомов эмоционального выгорания²⁶.

Ещё одна деталь, связанная с финансами, — оплата врачебного труда часто зависит от количества пациентов и степени их удовлетворённости. Это вынуждает врача стремиться к максимальной востребованности с целью увеличения дохода, при этом увеличение производительности часто приводит к сокращению времени приёма, а отзывы пациентов не обязательно коррелируют с качеством оказанной им медицинской помощи²⁷.

Вторая жертва

У работников здравоохранения есть ещё одна весомая причина для выгорания, отличающая их деятельность от многих других профессий. Феномен этот получил название синдром «второй жертвы» (СВЖ). Это явление воплощает в себе психологическую травму, испытываемую медиками от вовлечения в неблагоприятные события, связанные с пациентами^{28–30}. СВЖ часто связан с совершением врачебной ошибки, закончившейся негативным исходом, но не-

[Выгорание медика коррелирует с ростом числа ошибочных решений, неудовлетворённостью пациентов и ухудшением результатов лечения. Продолжение работы в этом случае небезопасно для больных.]

редко переживание развивается и в тех случаях, когда от действий специалиста мало что зависит.

Исследования демонстрируют, что до 60% врачей всех специальностей тяжело переживают неблагоприятный исход лечения у пациентов³¹. Ситуация усугубляется тем, что в обществе есть запрос на нулевую ошибку при оказании медицинской помощи, это давление влияет на решения специалиста во время работы. При реализации нежелательных сценариев у врачей нет адекватных способов для выхода из-под прессинга со стороны собственной организации, больного, родственников, судебных инстанций.

Чувство вины возникает у врача почти всегда, несмотря на результаты исследований, демонстрирующие, что негативные итоги лечения зачастую обусловлены (боями в системе здравоохранения, т.е. не связаны исключительно с действиями человека, совершившего промах. На этом фоне высока вероятность формирования порочного круга: ожидание ошибки вызывает истощение, а формирующееся выгорание увеличивает риск повторения неверных действий — и возникновения неблагоприятных последствий³².

Близкий к СВЖ феномен носит название «усталость от сострадания» — так называют состояние, испытываемое при постоянном и продолжительном контакте с пациентами, находящимися в бедственном положении. Йсследователи отличают его как от выгорания, так и от СВЖ, хотя они могут развиваться параллельно и усиливать друг друга.

Усталость от сострадания формулируют как форму психологического

[Присутствие «выгоревших» сотрудников в команде может быть «заразным»: они хуже справляются со своей работой и создают негативную атмосферу, в которой их коллеги подвержены появлению схожих симптомов.]

нарушения, при котором человек, осуществляющий уход, испытывает симптомы посттравматического стрессового расстройства в ответ на вновь появляющуюся информацию о бедах у других людей. К нему наиболее склонны женщины, а также те работники, кто сообщает о беспокойстве за состояние больного, длительно испытывает напряжение из-за условий работы, отношений с коллегами, личных проблем. Также большинство этих людей недавно перенесли физическое и/или эмоциональное потрясение, не (клонны обсуждать тревожашие их пооблемы с доугими и считают, что забота о себе не относится к их приоритетам.

Известно, что люди в состоянии СВЖ или усталости от сострадания, готовые признать свою привязанность к пациентам и негативные чувства, возникающие в моменты тяжёлых событий, меньше подвержены неблагоприятным последствиям для физического и психического здоровья. Кроме того, те, кто говорит о своих переживаниях с другими, имеют более низкий индекс выгорания.

Особую категорию медицинских работников составляют те, кто менее прочих подвержен влиянию негативных событий, происходящих с пациентами. У этих людей высокие баллы по шкале оте — мэиньрьдти состраданием — это ощущение значимости их профессиональной помощи для других. К такому типу реакций склонны мужчины, имеющие большую семью, более чем 10-летний опыт преподавания, работы в составе скоропомощной бригады или в педиатрической службе. Важно, что такие сотрудники при анкетировании указывают, что в настоящее время не чувствуют себя расстроенными и относительно много времени уделяют заботе о себе. Эти параметры наряду с навыком обсуждения проблем можно расценивать как защитные факторы и возможные профилактические вмешательства против выгорания и СВЖ³.

Сообщить тяжёлую новость. Как лучше это делать?

Одним из самых непростых моментов в своей работе врачи называют сообщение тяжёлых новостей родственникам — о неизлечимой болезни, необходимости калечащей операции, гибели пациента. Специалисту предстоит не только исчерпывающе проинформировать собеседников относительно диагноза или исхода, но и выдержать поток эмоций, исходящих от горюющих, при этом справившись с собственными чувствами (переживанием уязвимости, беспомощности и тщетности усилий).

Врачи отмечают, что зачастую им не хватает навыков такого рода общения, поэтому при всём желании вместо сочувствия они демонстрируют неловкость, смущение, не могут подобрать правильные слова³³. Затруднения вызывает необходимость поддерживать

или раздражены. Следует выбрать подходящее место встречи, выделить на неё достаточно времени, делегировать срочные дела, а также иметь под рукой необходимые контакты и информационные материалы о диагнозе или предстоящих манипуляциях.

2. Подготовить пациента. Начиная беседу, необходимо представиться, назвав своё имя и должность, обратиться к собеседнику по имени, установить и поддерживать зрительный контакт. Желательно использовать предваряющие фразы — «у меня для вас плохие новости» или «нам с вами предстоит трудный разговор». Важно, чтобы человек был одет после осмотра или манипуляции и находился в комфортном для себя положении. Следует исключить отвлекающие факторы и дополнительно травмирующие обстоятельства.

Для этого можно использовать паузы, помогать собеседнику в формулировке вопросов и представлять варианты выбора при планировании предстоящих шагов³⁴. Следует выяснить, какие вопросы тревожат человека, а также есть ли у него, к кому обратиться за помощью (приехать и поддержать, помочь в организационных вопросах).

Стрессовая ситуация влияет на восприятие информации собеседником. Ему может быть сложно сконцентрировать (я, запомнить и проанализировать информацию, а также сформулировать и изложить свои мысли. Важно использовать простые фразы, по пунктам убедиться, что вас поняли верно, при необходимости — повторить информацию и записать её³⁵. В конце беседы важно подвести итог и ещё раз выразить соболезнования.

Следует тщательно подбирать слова: нельзя приуменьшать значимость произошедшего, говоря «я вас понимаю», «бывают ситуации тяжелее», «успокойтесь, не плачьте», «ничего страшного» и т.д. Родственникам важно услышать, что было сделано в в возможное, в случившемся нет их и вашей вины, они имеют право выражать своё горе. Нужно дать понять, что они справятся с ситуацией, и незамедлительно преоложить помощь 36.

4. (оставить план дальнейших действий. Столкнувшись с информацией о тяжёлом диагнозе или перспективе похорон, человек оказывается в совершенно новой, незнакомой ему реальности. Зачастую он не представляет, как ему поступить, и не имеет ресурса на самостоятельный поиск информации. В такие моменты врач может стать опорой, подсказать дальнейший алгоритм оействий.

План следует чётко проговорить и записать, а лучше — снабдить пациента полным пакетом информационных материалов и нужных контактов. Для этого могут пригодиться информационные брошюры организаций, занимающихся целевой помощью при том или ином диагнозе или кризисной жизненной ситуации.

[Не следует обесценивать чувства пациента или его родных при сообщении им тяжёлых новостей («бывает хуже», «ничего страшного»), мешать выражению чувств («не плачьте»).]

зрительный контакт во время беседы, выражать соболезнования. Отдельные переживания связаны с опасениями «всё испортить» (первые моменты взаимодействия — время максимальной восприимчивости).

К сожалению, нет таких слов, которые могли бы полностью «Выключить» страдания и переживания родственников, можно лишь подобрать бережные формулировки. Эксперты благотворительного фонда «Свет в руках» предлагают несколько правил, позволяющих провести беседу так, чтобы все участники впоследствии вспоминали о ней нейтрально или с благодарностью.

1. Подготовить (ебя. В момент трудного разговора врач может оказаться единственным психологически и эмоционально (табильным участником коммуникации. Не стоит инициировать беседу, если вы переутомлены

3. (ообщить информацию. Во время беседы полезны вербальные и невербальные инструменты эффективной коммуникации:

- Выражайте (очувствие фразами «мне очень жаль», «я сожалею»;
- говорите на понятном пациенту языке, избегая сложных терминов или объясняя их;
- задавайте ОТКРЫТЫЕ ВОПРОСЫ («что для вас самое сложное сейчас?», «что я могу для вас сделать?»);
- Жесты и язык тела важны лучше развернуться верхней частью тела к собеседнику на 45—90 градусов и слегка наклониться к нему, сохраняя ОТКРЫТОСТЬ ПОЗЫ (не скрещивая руки на груди или коленях) и устойчивый зрительный контакт.

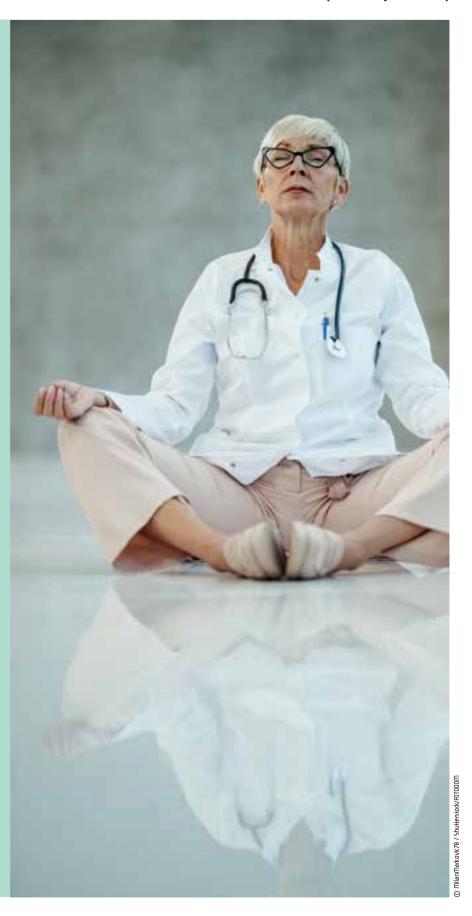
Во время сообщения тяжёлых новостей важно проявлять чуткость и сострадание к чувствам собеседника.

5. Позаботиться о себе. После трудного разговора, когда врач принял на себя эмоции и переживания собеседника, стал для него опорой и обеспечил максимально качественный уход, он сам нуждается В Пацзе и восстановительных мероприятиях, прежде чем сможет вернуться к рабочему режиму. Важно ввести это в ежедневную практику врачей, в культуру профессиональной психогигиены: правильно сообщивший тяжёлую новость медик имеет право на дополнительный отдых (отгул). Универсального рецепта восстановления психоэмоционального ресурса нет из широкого спектра инструментов следует подобрать те, что будут помогать КОНКРЕТНОМИ ЧЕЛОВЕКИ.

Поддержать комфортную атмосферу в коллективе помогают ритуалы и традиции: например, «ритуал прощания команды» в паллиативной практике, когда умирающего навещают одновременно все сопровождавшие его медики, или «проводы выздоровевшего», когда персонал аплодисментами провожает выписывающегося сложного пациента³⁷. Эти приёмы помогают символически завершить историю пациента, высвобождая ресурс для лечения других, снижают риск эмоционального выгорания, объединяют команду.

В России подобная практика менее распространена, однако встречи клиницистов в формате балинтовских групп*, ориентированные на Совершенствование навыка общения с пациентами, становятся всё более востребованными. Специалисты благотворительного фонда «Свет в руках» регулярно организовывают группы поддержки для медицинских работников и индивидуальные психологические консультации на безвозмездной основе, доступные медицинским работникам из любого региона, в том числе в онлайн-формате.

* Балинтовские группы — метод групповой исследовательской работы с участием клиницистов, направленной на оптимизацию взаимодействия между врачами и пациентами. Назван в честь венгерского психиатра, психоаналитика и психотерапевта Михаэла Балинта (1896—197ф).





[Риск профессионального выгорания ниже при правильно организованном досуге: должно быть время на семейные и дружеские встречи, хобби (чтение, кулинария), путешествия, шопинг, уход за собой и т.д.]

Пожалуйста, позаботьтесь о себе!

Последствия выгорания у медиков включают ухудшение результатов лечения, увеличение числа ошибок, неудовлетворённость пациентов. Существует корреляция между выраженностью этого состояния и продуктивностью персонала³⁸, а также между качеством помощи и безопасностью больных³⁹. Для системы здравоохранения и отдельных учреждений профессиональное выгорание становится источником колоссальных дополнительных расходов и репутационных потерь. К примеру, в США ориентировочная стоимость замены врача составляет до \$1 млн в зависимости

от опыта и специальности, борьба с последствиями выгорания медиков обходится экономике в \$750 млн ежегодно 40 .

Если для медицины и экономики выгорание представляет собой финансовые потери и ухудшение статистических показателей, то для медицинских работников большинство этих случаев превращается в настоящую личную драму. В ней фигурируют нарушение взаимодействия между коллегами, попытки самолечения (включая злоцпотребление психоактивными веществами), депрессия, уход из профессии и самоубийство (чаще всего связанное с передозировкой медикаментов). Более того, явление может быть заразным: люди, находящиеся в таком состоянии, отрицательно влияют на коллектив и хуже выполняют свою

работу, создавая негативную среду и подвергая других риску появления схожих симптомов 41 .

Врачи, страдающие выгоранием, вначале пытаются сокращать число дежурств, менять место своей работы или даже специальность 42. Если такой шаг не помогает, они стремятся перейти на административные должности либо полностью покидают медицину⁴³. Однако это не означает, что со сменой деятельности бывшие медики становятся счастливее. Проблема к этому моменту уже не вписывается в рамки простой неудовлетворённости: 37,8% респондентов имеют положительные симптомы при валидированном (Крининге на депрессию, у 15% находят клинические проявления этого состояния.

В среде медработников довольно много барьеров, отделяющих нуждающегося от терапии. Первый из них — отсутствие субъективного ощущения «мне необходима консультация». Второй, ещё более важный, — боязнь потерять разрешение на работу по специальности в случае взятия на учёт психоневрологом (минимум 40% врачей не обращаются за консультацией в области психического эдоровья) 44,45. Специалисты считают, что сопоставимость показателя депрессии у медиков с общепопуляционными цифрами не должна обнадёживать — у докторов имеет место явный недоцчёт.

Помимо ухода из профессии, в медицинской среде довольно распространена стратегия обуздания проблемы с применением психоактивных веществ. Разные исследования демонстрируют, что от 10 до 21,9% медиков страдают зависимостями, у врачей это преимущественно пристрастие к алкоголю, причём у женщин почти вовое чаще, чем у докторов-мужчин, а объём употребления ориентировочно в 2—3 раза выше, чем в популяции 46.47.

Наконец, крайнее выражение неспособности справиться с неудовлетворённостью ситуацией — самоубийство. Нельзя утверждать, что профессиональное выгорание служит главной причиной, но относительный риск этого исхода у медицинских работников выше, чем в популяции (ОР 3,4 у мужчин и 5,7 у женщин). В 2012 году авторы одного из исследований сообщали, что 6,4% респондентов рассматривали возможность такого решения проблемы⁸.

Согласно последнему отчёту Medscape, о подобных мыслях рассказали 14% опрошенных, а 1% уже имеют суицидальную попытку в анамнезе⁵. От рисков не застрахованы даже студенты — примерно 10% будущих докторов также вошли в группу высокого риска. Ещё одно отличие врачей в том, что они, как правило, «преуспевают» в своих попытках уйти из жизни чаще, чем население в целом².

Осведомлённость о синдроме эмоционального выгорания может помочь клиницисту заподозрить его приближение у самого себя и вовремя принять необходимые меры. Настороженность должны вызвать такие симптомы, как усталость, апатия, тошнота, приступы удушья, нарушения сна, нестабильное артериальное давление. Могут беспокоить боли разной локализации — мигрени, выраженный дискомфорт в области сердца или желудка. Следует также обратить внимание на участившиеся расстройства ЖКТ или рециривириющие простудные заболевания.

Предвестники выгорания заметны не только в психологической, но и в социальной сфере. Пострадавший теряет энтузиазм, приверженность общему делу, начинает формально относиться к рабочим обязанностям, перекладывает ответственность на окружающих, меньше общается с коллегами и пациентами. Ранее не возникавшие (или участившиеся) тревога, раздражительность, агрессивность, чрезмерная жалость к себе, (нижение (амооценки, ощущение беспомощности, неэффективности, чувство вины не свидетельствуют безоговорочно о профессиональном истощении, но должны стать поводом для анализа своего состояния. При необходимости следует обратиться за помощью или принять самостоятельные шаги по профилактике дальнейшего ухудшения. В России вопросами психологической поддержки медицинских работников занимаются специалисты благотворительного фонда «(вет в руках», обратиться за консультацией можно по бесплатному номеру 8 (800) 511 0480 из любого региона страны.

Эксперты фонда рекомендуют несколько направлений профилактики эмоционального выгорания.

1. Работа с потребностями: для начала необходимо их осознать, затем поделить на те, которые можно реализовать в рамках рабочего места, и те, кото-

[Менее других подвержены усталости от сострадания мужчины, имеющие большую семью, более чем 1Ф-летний опыт преподавания и опыт работы в скоропомощной бригаде или педиатрическом отделении.]

рые нельзя. Первые нужно воплощать в жизнь, а для вторых подобрать время, место или род деятельности, где они осуществимы. Также важно найти ресурсы, которые дают жизненную энергию.

2. Работа с телом: массаж, в том числе аппаратный и самомассаж, дыхательные, медитативные и релаксирующие практики, физические упражнения или труд (хобби), рациональное питание, спорт и сауна, продолжительные прогулки.

3. Управление убеждениями и эмоциями: их можно анализировать, изменять и учиться контролировать самостоятельно, а можно прибегнуть к помощи психотерапевтов или групп единомышленников³⁷.

Важно систематически требовать от работодателя комфортной организации рабочего места и возможности непрерывно повышать квалификацию, обсуждать сложности с коллегами. Помогают правильно установленный режим питания, равномерное распределение нагрузки, баланс занятости и отдыха, регулярный отпуск. Следует искать положительные моменты в рутинных мероприятиях, уделять внимание своим ежедневным победам и успехам.

Правильно организованное времяпрепровождение вне работы также снижает вероятность профессионального выгорания. Значение имеют семейные и дружеские встречи, хобби (чтение, сериалы, рукоделие, кулинария), а также традиционные «терапевтические приёмы» — шопинг, путешествия, секс и уход за собой. Справиться с кратковременным эпизодом накатившего уныния можно, поплакав или покричав там, где никто не слышит, изложив ситуацию на бумаге или близкому человеку, проведя генеральную уборку, спортивную тренировку или совершив энергичную прогулку.

К сожалению, в одиночку сотрудник не имеет возможности решить проблему своего профессионального выгорания — нужны структурированные реорганизующие вмешательства на уровне

всего ЛПУ, в том числе комплекс мер, позволяющих рано диагностировать нежелательные изменения. Например, в одном из крупнейших частных медицинских и исследовательских центров мира — клинике Maйo (Mayo Clinic), расположенной в штате Миннесота, — работа с выгоранием включена в культуру безопасности организации. В выявление провоцирующих факторов и симптомов у персонала вовлечены заведующие кафедрами и администраторы. Хотя единого решения для управления профессиональным выгоранием не существует, хорощо зарекомендовали себя такие подходы, как вовлечение медицинской команды в поиск источников стресса, «разбор полётов» после неблагоприятных событий, организация регулярных тренингов по стрессоустойчивости, изменение рабочих графиков по запросу, расширение дискуссий по этике и другим трудным темам 48,49.



Выгорание — сложное состояние со многими негативными последствиями, часто трагическими. Из-за особенностей профессии в среде врачей это явление можно встретить значительно чаще, чем у работников других сфер деятельности. Это тревожит, поскольку от медиков зависит здоровье, а во многих случаях и жизнь других людей. За время исследования феномена стало понятно, что корень проблемы — в организационных и (ТРУКТУРНЫХ ОСНОВАХ системы здравоохранения и трудовых отношений, без улучшения которых Кардинальные изменения вряд ли возможны. Также не следует упускать из виду, что сам пострадавший обычно не в состоянии справиться с ситуацией — ему нужна поддержка коллег и общества, а также специалистов, целенаправленно занимающихся оказанием такого рода помощи. 32

Библиографию см. на с. 106-110.



больно ли это?

Оценка мимики лица для выявления страдания плода и новорождённого: ближайшая перспектива





Авторы: Людмила Ивановна **Ипполитова**, докт. мед. наук, проф. кафедры госпитальной и поликлинической педиатрии ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, Наталья Владимировна **Коротаева**, канд. мед. наук, доц. той же кафедры (Воронеж)

Копирайтинг: (ергей Лёгкий

В феврале 1985 года у женщины-юриста Джилл Лоусон родился недоношенный мальчик Джеффри, вскоре после этого младенец перенёс операцию на открытом сердце. Только после его смерти, 5 нед спустя, мать узнала о том, что во время всей операции ребёнок бодрствовал и был в сознании, находясь лишь под действием миорелаксантов.

Анестезиолог пояснил, что ребёнок «слишком мал, чтобы перенести наркоз», кроме того, «нигде не продемонстрировано, что недоношенные дети чувствуют боль» Речь не шла о медиках-злодеях или о врачебной ошибке — каноны того времени (всего лишь 35 лет назад!) свидетельствовали, что для полостного хирургического вмешательства, которое перенёс новорождённый, достаточно отключить работу мышц и обеспечить дыхательную поддержку². А наркоз недоношенным не нужен.

тношение к боли в разное время отличалось. Довольно долго явление считали положительным симптомом, признаком выздоровления в крепком организме, тогда как потеря чувствительности часто означает серьёзные нарушения, немощь и близкую смерть. Надо заметить, что это не представления древних людей или заблуждения Средних веков, а сравнительно недавний постулат — именно так в 1826 году писал американский врач Феликс Паскалис в «Трактате о боли»³.

Интересно, что способность переживать или терпеть боль ставили в зависимость от пола и других демографических признаков — считалось, что женщины чувствуют боль сильнее, а старики — меньше. Детскую боль особо не обсуждали — младенцы о ней не рассказывали, да и действенных средств для борьбы с ней не было. Довольно долго наука, в том числе медицина, этот вопрос не изучала вообще: сначала мешал постулат Чарльза Дарвина, что дети — «низшие существа» с недо-

развитой нервной системой, а потом — предположение, что незавершённая миелинизация нервов препятствует передаче импульсов, провоцирующих болевые ощущения.

Двойственное отношение к боли формировали и церковные устои, полагавшие её неким заслуженным наказанием, «искуплением вины». Представление о греховности подавления этого ощущения было настолько сильным, что после открытия эфира и хлороформа возникло мошное сопротивление их использованию. Что же касается педиатрической практики, то большинство исследований XIX и XX веков способствовали убеждению врачей в том, что плод и новорождённый не способны испытывать боль. Первые сдвиги произошли лишь в конце прошлого столетия, после возрастания родительской активности и публикации в 1980-х годах новых научных работ 4,5 .

Боль с последствиями

Проведённый в 2016 году обзор 18 исследований продемонстрировал, что новорождённый за 14 дней пребывания в отделении реанимации или интенсивной терапии в среднем переносит за сутки 7,5-17,3 инвазивных процедир, сопряжённых с болью. Наиболее частые — взятие капиллярной крови на анализ из прокола кожи пятки, отсасывание слизи из дыхательных путей, венепункция и установка периферического катетера⁶. С одной стороны, это говорит о возросшем объёме квалифицированной помощи, направленной на выживание младенцев. С другой — заставляет задуматься, насколько такое массированное вмешательство вынуждает (Традать вновь появившегося человека, какой слео эти действия оставляют на его теле и в сознании.

Вероятно, переломным моментом в признании того, что дети тоже испытывают боль и она причиняет им вред, стала статья Кануалджи Ананда (Каnwaljeet J.S. Anand) с соавт., опубликованная в 1987 году и развеявшая большинство мифов в этой области. Они продемонстрировали лучшую выживаемость и меньшее количество после-

операционных осложнений у новорождённых, перенёсших вмешательство с анестезией, по сравнению с «традиционно необезболенными»⁷. До этого момента исследователи признавали неонатальные реакции декортикальными, отрицали наличие воспоминаний о переживаниях и сообщали, что высокий порог болевых раздражителей с физиологической точки зрения «должен защитить» младенцев. В том же 1987 году была разработана первая валидированная шкала поведенческой оценки боли у младенцев, основанная на изменении выражения лица и модуляциях крика. Полученные данные о вариабельности мимических действий уже тогда показали, что боль влияет на экспрессивность голоса и мимики даже на самом раннем этапе развития, гораздо раньше чем появляется возможность для усвоения паттернов эмоционального реагирования⁸.

Как выяснилось поэже, нейрофизиологические записи показывают сильную спинальную ноцицептивную рефлекторную активность и отчётливые кортикальные потенциалы в ответ на повреждение. Более того, чем моложе организм (т.е. чем менее миелинизированы аксоны его нейронов), тем дольше длится это вызванное возбуждение; с увеличением постнатального возраста продолжительность персистенции импульса постепенно сокращается.

причём исследования с помощью функциональной МРТ подтверждают — детский мозг реагирует при более низких сенсорных порогах¹⁰. Очередная, подтверждённая результатами исследований деталь ощущения боли новорождёнными — сенсибилизация: ЦНС младенца может так же сильно отреагировать на смену подгузника, как и на боль, если за полчаса до этого ему брали анализ капиллярной крови или производили другую столь же инвазивную процедуру.

Если собрать воедино все эти тонкости реагирования на боль детей, только появившихся на свет, особенно недоношенных, получается, что в период пребывания в реанимации или ПИТ на фоне значительного числа медицинских манипуляций они находятся в состоянии непрекращающейся боли.

Опасные коммуникации

Последовавшие за сменой парадигмы исследовательские работы подтвердили страдания детей при болевом воздействии, полную включённость головного мозга в этот процесс (болевые сигналы достигают коры уже на 22-й неделе гестации, а кортикоталамические тракты, отвечающие за их сознательное восприя-

[По мере миелинизации аксонов нервных клеток ощущение боли становится более локализованным и кратковременным, меньше иррадиирует и реже формирует в ЦНС очаги застойного возбуждения.]

Есть и ещё одна особенность восприятия боли новорождёнными — когда вредная стимуляция повторяется или сохраняется (например, при регулярных манипуляциях в отделениях интенсивной терапии или хирургии), болевые эффекты переживают по времени период самого травмирующего воздействия, продолжаясь после его прекращения и вызывая максимально глубокие изменения⁹. Фактически это означает, что младенцы не просто чувствуют боль, а испытывают её последствия дольше и переносят тяжелее, чем более вэрослые пациенты,

тие, развиваются к 29 нед беременности¹¹), а также выявили множество негативных исходов, которые следуют за такими переживаниями в раннем возрасте. Уже упоминавшийся К. Ананд и соавт. несколько позже показали, что боль, перенесённая в течение неонатального периода, вызывает долгосрочные изменения в нейронных сетях и поведении, что опровергает теорию о том, что младенцы «не помнят» болезненные переживания¹².

Все неонатальные воздействия происходят на фоне интенсивного развития мозга и программирования гипоталамогипофизарно-надпочечниковой оси. Это период, когда формируются синаптические связи, создаются интегрированные кортикальные сети. Возникающая в такой момент ятрогенная болевая стимуляция грубо нарушает эволюционно заложенный процесс.

Как выяснилось в ходе дальнейших исследований, даже рутинное отсасывание слизи из трахеи инициирует ИЗменения мозгового кровотока 13. Тут следует заметить: одна из сложностей диагностики в раннем возрасте — Трудная дифференцировка соматических и поведенческих реакций, возникших в результате боли, стресса или тревоги¹⁴. В частности, человеческий мозг дифференцированно реагирует на тактильные ощущения и боль лишь с 35-37 нед беременности, а до этого момента укол, тепловое воздействие, прикосновение — вероятно, даже звук! — вызывают неспецифические диффизные дельта-всплески мозговой активности, получившие образное название «нейронная вспышка»¹⁵. Именно поэтому в отношении инвазивных вмешательств логичнее говорить о боли/стрессе как об однотипном явлении.

транслятором ноцицептивной чувствительности в серое вещество; жизненная потребность организма в минимизации стрессорных воздействий вынуждает мозг разрывать «опасные» коммуникации. По всей видимости, именно эти причинно-следственные связи могут играть ключевую роль в формировании последствий боли и неудовлетворительного нейроразвития у ребёнка²⁰. Похожие нарушения морфологии продемонстрированы также для гиппокампа и миндалевидного тела²¹.

Помимо влияния на структурное и функциональное развитие мозга, перенесённые в младенчестве эпизоды боли значимо влияют на её восприятие впо-(ледствии — повторные уколы иглой в неонатальном периоде могут на всю жизнь изменять чувствительность спинальных сенсорных нейронов не только к потенциально вредоносной, но и к безобионой механической стимуляции²². Люди, родившиеся чрезвычайно недоношенными и перенёсшие оперативное вмешательство в период новорождённости, жалуются на умеренно выраженную или сильную постоянную боль 00стоверно чаще, чем появившиеся на свет в сро κ^{23} .

[(истематический обзор 2ф)б года: за 14 дней в ОРИТН новорождённый переносит 7,5—17,3 инвазивных и болезненных процедур в сутки — установка катетеров, санация дыхательных путей и т.д.]

Болевое воздействие у новорождённых сопровождается повышением пула провоспалительных цитокинов в ЦНС и гиперстимуляцией незрелых нейронов, ассоциировано с усилением апоптоза и отклонениями в развитии мозга. Воздействие процедурного стресса коррелирует с замедлением развития белого и подкоркового серого вещества, сказывается на IQ и зрительно-перцептивных способностях в школьном возрасте 16-18. Высокоинвазивные процедуры у недоношенных могут приводить к замедлению роста таламуса и объёма полушарий, нарушению функциональной связи между сенсомоторной корой и таламусом¹⁹. Примечательно, что именно эта часть мозга выступает реПеречисленным не исчерпывается тот ущерб, который неонатальная боль оказывает на ближние и дальние исходы. Обнаружены связи между болезненными процедурами в раннем возрасте и снижением реакции мозга на сенсорные стимулы²⁴, долгосрочными расстройствами памяти²⁵, изменениями двигательной активности, защитным абстинентным и тревожно-депрессивным поведением²⁶, нарушением социализации²⁷, задержкой постнатального роста²⁸ и такими состояниями, как наркомания, алкоголизм или ожирение²⁹.

К не совсем очевидным, но весомым последствиям младенческой боли можно отнести и такое: было показано, что страх, связанный с предыдущими инъ-

екциями, становится одной из причин, по которым родители не соблюдают рекомендуемый график иммунизации своих детей 30 .

Измеряем (убъективное

Несмотря на полученные за 30 лет сведения, многие новорождённые пациенты практически не имеют обезболивающей терапии³¹ или получают её недостаточно³². Причина тут уже не в устаревших представлениях, а в том, что эффективные для взрослых анальгетики могут не подходить для использования у младенцев, и даже когда их применение возможно, часто возникают сложности с порбором адекватной дозы — недоношенный ребёнок не скажет, что ему всё ещё больно, а продолжение или прекращение плача не всегда коррелирует с интенсивностью ощущений.

Учитывая, что боль — во многом оценочное понятие, а младенцы не в состоянии рассказать о своих переживаниях, Международная ассоциация по изучению боли (International association for the study of pain, IASP) пересмотрела своё первоначальное утверждение о субъективности этого ощущения. В новой редакции документа определение было дополнено такой фразой: «неспособность общаться вербально не отрицает возможности того, что человек испытывает боль и нуждается в соответствующем лечении» 33.

Исходя из невозможности вербальной самооценки, для суждения об эффективности анальгетиков и достаточности дозировки требуется чувствительный и специфичный метод измерения уровня боли/стресса, желательно с референсными критериями, учитывающими возрастные особенности пациента. Младенцы не могит описать свою боль. а значит, её оценка базируется лишь на косвенных изменениях в поведении и физиологии, таких как выражение лица, плач, частота сердечных сокращений 34. Их полезность в качестве меры результата неоспорима, но сложно точно утверждать, что эти признаки вызваны только ноцицептивным возоействием³⁵.

Реакции новорождённого на болевые раздражители можно разделить на

Улыбнись до рождения

Трёхмерное ультразвуковое исследование плода совершило настоящий прорыв во внутриутробной диагностике. Оно не только подарило возможность увидеть очертания будущего ребёнка, определить пол, предлежание и положение пуповины, что делали и при 2D-сканировании, но и позволило оценивать состояние внутренних органов, а также находить пороки и аномалии развития.

Режим ультразвукового разрешения ЧD — ещё один шаг на этом пути: теперь можно видеть трёхмерную картинку в реальном времени, а это уже позволяет отслеживать гемодинамику, движения и мимику растущего организма (рис. 1). Появление этой возможности положило начало изучению нейробиологии плода, которая долгое время оставалась скрытой для исследователей. Изучение жизнедеятельности будущего ребёнка в утробе матери может дифференцировать нормальные и патологические двигательные паттерны, что делает возможным раннее распознавание нарушений развития мозга. Выражения лица, наблюдаемые с помощью 4D-сканирования, представляют собой маркёр для нейроповеденческих ВЫВОООВ и значимы для становления материнских чувств 36 .

Из основных выражений, характерных для плода, выделяют моргание, зевоту, сосание, движения рта, высовывание языка, хмурый взгляд и улыбку³⁷. Однако некоторые исследователи сообщают и о мимике, более присущей младенцам, например о гримасах или плаче³⁸.

Замечено, что у плодов, соответствующих по степени развития гестационному возрасту, наиболее встречаемое мимическое действие — движения рта, тогда как при отставании роста не было никакой существенной разницы по частоте между ними и морганием³⁹. Также известно, что количество сложных выражений лица, таких как улыбка и хмурый взгляд, увеличивается со сроком беременности⁴⁰.

Первое описание острой боли у человеческого плода с помощью ин-

[Частота мимических реакций у близнецов отличается от «единоличников»: у развивающихся «в хорошей компании» достоверно реже регистрируют хмурое выражение лица (насупленные брови).]

струмента, основанного на выражении лица, появилось в 2018 году. Исследователи произвели 4D-ультразвуковую запись мимики плода до и после введения анестетика, предшествовавшего выполнению баллонной эндотрахеальной окклюзии, а затем представили видео специалистам по использованию неонатальной лицевой системы кодирования боли. Если метод выдержит этапы формальных валидационных исследований. он способен помочь объективно оценивать дистресс и контролировать эффективность обезболивающих процедур для плода при внутриутробных вмешательствах⁴¹.

В этом направлении ещё много интересного, например, частота мимических выражений у близнецов отличается от таковой при одноплодной беременности, в частности, у двойняшек реже встречалось хмурое выражение лица⁴². Также появились работы, подтверждающие эмоциональную реакцию плода на музыку⁴³.

В рамках собственного исследования для оценки дистресса мы отобрали

и проанализировали лицевые движения, наиболее часто встречающиеся у детей с подтверждёнными критериями suspicious («подозрительные») или pathological («патологические») на КТГ, согласно клиническому протоколу FIGO. Взяв письменное разрешение у матери на использование материалов в научно-исследовательских целях, мы обследовали с помощью УЗИ-сканера GE Healthcare Voluson E10 с видео- и фотофиксацией лицевых движений все плоды со следующими КТГ-изменениями:

- базальный ритм менее 100/мин;
- снижение вариабельности ритма;
- сальтаторный или синусоидальный ритм;
- повторяющиеся поздние или пролонгированные децелерации при записи более 30 мин.

По материалам этой работы мы предложили способ определения <u>guctpeccoboro состояния</u> плода внутриутробно на основании оценки двигательных дескрипторов и получили <u>патент на изобретение</u> №2019114714/14(028141)⁴⁴.





Рис. 1. Дополнительный критерий дистресса у плодов с 22—24 нед гестации — определение при 4D-У3И двигательных маркёров (AU), кодируемых согласно Facial Action (oding System (FACS). Чаще всего интранатально удаётся определить AU 1, 2 и 4 — сморщивание бровей и переносицы, зажмуривание глаз (а, б).

физиологические, поведенческие, гормональные и психические (табл.).

На основании сочетания тех или иных признаков разработано множество шкал оценки боли, вот лишь некоторые из них:

- NFCS (neonatal facial coding system);
- CRIES (crying, requires O₂, increased vital signs, expression, sleepless);
- PIPP (premature infant pain profile);
- NIPS (neonatal infant ρain scale);
- N-PASS (neonatal pain, agitation and sedation scale);
- EDIN: echelle de la douleur inconfort nouveau-né (neonatal pain and discomfort scale).

Стоит заметить, что исследования показали различия в представлениях о валидности и достоверности этих инструментов. Также в одном из недавних обзоров отмечена важная деталь — сотрудники, имеющие практический опыт использования шкал в своей повседневной практике, весьма (кептически относились к результатам, полученным на их основе 45.

За последние десятилетия было разработано множество инструментов оценки боли, и на сегодняшний день их доступно более 40 только для новорождённых и младенцев 46 . И всё равно нельзя сказать, что вопрос идентификации этого состояния и адекватного определения интенсивности уже решён — даже методы, претендующие на объективность, такие как $30\Gamma^{47}$, инфракрасная спектроскопия 48 , функциональное магнитно-резонансное обследование 49 , измерение вариабельности сердечного ритма, кожной проводимости или реакции зрачка, хотя и используются довольно широко, не всегда доступны и ещё недостаточно подтверждены 50 .

Зеркало души

В 2009 году американская компания Fox выпустила телесериал «Обмани меня» (Lie to me), где доктор Кэл Лайтман и его коллеги помогают в расследованиях, интерпретируя мимику лица подозреваемых. Чтобы раскрыть ложь, главному герою достаточно пообщаться с человеком пару минут или посмотреть видеозапись разговора. Оказывается, подобная технология — вовсе не выдумка сценаристов, как могло показаться.

Прототип доктора Лайтмана — профессор психологии Калифорнийского университета Пол Экман (Paul Ekman), по-

святивший десятки лет исследованию мимики и жестов и признанный крупнейшим специалистом в этой области в мире. Также он входит в ТОП-20 наиболее известных психологов и в сотню самых влиятельных людей в 2009 году по версии журнала Time⁵¹. Свою теорию Экман описал в книге «Психология лжи» (Telling lies) и впоследствии положил её в основу комплексного инструмента для объективного измерения движений лица — системы кодирования лицевых движений (Facial Action Coding System, FACS), которую сегодня применяют и цитируют наиболее часто⁵². В настоящий момент учёный возглавляет Раиl Екмап Group — компанию по развитию способностей определения эмоций и микровыражений⁵³.

Для оценки выражений лица младенцев существует модификация системы Экмана — BabyFACS. Основной критерий диагностики — двигательная единица (AU), кодируемая согласно таблице дескрипторов с обязательным отражением интенсивности и симметричности. Для удобства понимания и кодирования каждой AU лицо можно разделить на основные позиции, которые считают ключевыми, опорными точками измерения.

- Glabella область лба между бровями.
- Root of nose верхняя часть носа, расположенная между глазами («корень носа»).
- 💽 Eye aperture степень открытия глаза.
- Eye cover fold кожа между бровями и частью верхнего века выше глазничной складки.
- Lower eyelid furrow место под нижним веком, где может появиться складка или морщина.
- Infraorbital furrow место, где складка или морщина могут появиться параллельно и ниже линии нижнего века.
- Nostril wings крылья носа.
- Nasolabial furrow место, где может появиться носогубная складка или морщина.
- Philtrum вертикальное углубление в центре верхней губы непосредственно под кончиком носа.
- Chin boss кожа подбородка.

Фактически большая часть вариаций мимики в ответ на боль у новорождённых любых сроков гестации может быть ограничена (емью действиями на лице, т.е. одной из следующих мимических единиц:

- AU 4 brow lowerer (опускание брови);
- AU 6 cheek raiser (поднятие щеки);

Таблица. Реакции новорожоённого на боль⁴⁵

Физиологические	Поведенческие	Гормональные	Психические
• Тахикардия.	• Мимика лица новорождён-	• Повышение уровня катехол-	• Чрезмерная чувствитель-
• Снижение насыщения арте-	ного, выражающая степень	аминов (адреналина, нор-	ность.
риальной крови кислоро-	боли, или отсутствие грима-	адреналина).	• Тревога.
дом.	сы, движение бровей, смы-	• Повышение уровня кортизо-	• Нарушения сна (бессонница
• Повышенное АД.	кание век и появление носо-	ла, альдостерона, глюкозы,	или гиперсомния).
• Учащённое дыхание.	губной борозды.	ренина в крови (через 1 ч	• Расстройства бодрствова-
• Потливость ладоней и стоп	• Движения конечностей, на-	действия ноцицепторов на-	ния
(наблюдается у доношен-	пример выпрямление ног.	блюдаемая концентрация ре-	
ных).	• Движения всего тела, сжа-	нина возвращается к норме).	
• Возможно повышение вну-	тие кулаков.	• Колебания уровня инсулина	
триглазного давления	• Плач, стон и хныкание		

- AU 7 lid tightener (натягивание века);
- AU 9 nose wrinkler (сморщивание носа);
- AU 10 upper lip raiser (поднятие верхней губы);
- AU 43 eyes closer (смыкание глаз);
- AU 20 lip stretcher (растягивание губ).

Безусловно, запомнить различные сочетания даже семи действий для точной верификации боли весьма проблематично. Следует также принять во внимание, что характеристики лица ребёнка первого года жизни непостоянны: преобладание жировой ткани сменяется заметным изменением черт и более ясным выражением по мере взросления. Это можно объяснить и тем, что, несмотря на первоначальную организацию лицевых выражений в подкорковых структурах, интенсивное развитие мозга со временем интегрирует эти функциональные структуры в более высокие когнитивные и эмоциональные системы, а значит, картина должна ОТЛИчаться в зависимости от возраста.

Возможный путь для более точной диагностики — систематизация выражений лица. С этой целью мы начали кодировать мимические движения новорождённых (рис. 2, 3), и на сегодня эта работа успешно завершена — сотрудниками кафедры госпитальной и поликлинической педиатрии им. Н.Н. Бурденко создана и зарегистрирована в Федеральной службе по интеллектуальной собственности база данных «Реестр эмоциональных реакций новорождённых детей различного гестационного возраста». Есть публикации о существовании подобных баз видеоданных в других странах⁵⁴.

Хотя такие базы и могут содержать все возможные мимические выражения лица новорождённых и даже иметь их диагностическую интерпретацию, определение этих состояний «на глаз» может добавлять значительную долю субъективизма. Кроме того, в условиях ограниченных кадровых и временных ресурсов неонатальной реанимации поиск нужного выражения среди множества других может стать неразрешимой задачей, что диктует необходимость автоматизации процесса измерения⁵⁵.

Уже сегодня абсолютно реально решение этой задачи с помощью биоме-

[Пол Экман, проф. психологии Калифорнийского университета и крупнейший в мире специалист в изучении мимики и жестов, разработал систему распознавания выражений лица младенцев — BabyFACS.]



Рис. 2. Пациент D53737-19-Ф1-15-1. Гестационный возраст при рождении — 3Ч нед 2 дня, скорректированный возраст на момент исследования — 36 нед 2 дня. Согласно FACS, определены AU Ч, б, 9, 2ф, ЧЗ — зажмуривание глаз, сморщивание бровей и переносицы, приподнятость щёк, растянутые губы, открытый рот. Фото публикуется с согласия родителей ребёнка.



Рис. 3. Пациент D53737-19-Ф1-15-3. Гестационный возраст — 32 нед 6 дней, скорректированный возраст на момент исследования — 34 нед 1 день. Согласно FACS, определены AU 4, 7, 9, 1Ф, 43 — зажмуривание глаз с напряжением век, сморщивание бровей и переносицы, поднятие губы, выраженные суборбитальные и носогубные складки. Фото публикуется с согласия родителей ребёнка.

трии — системы распознавания людей по одной или более физических или поведенческих черт (трёхмерная фотография лица и/или тела, образец голоса, отпечатки пальцев, рисунок вен руки, группа крови, специальное фото роговицы глаза и т.д.). Биометрические технологии собирают, обрабатывают и измеряют эти характеристики в электронном виде и сравнивают их с существующими записями для высокоточной идентификации. Это уже не кадры фантастического фильма, а повседневность — смартфон с лёгкостью узнаёт своего хозяина, а видеоидентификация контактных во время пандемии COVID-19 продемонстрировала возможность работы с огромными Массивами индивидуальных параметров.

С 2002 года исследователи ведут работы на стыке медицины и кибернетики по использованию биометрии, искусственных нейронных сетей и машинного обучения для классификации мимических выражений и распознавания паттернов, причём на сегодня количество публикаций уже превышает сотню ⁵⁶. Стоит заметить, что использование такой идентификации

может быть полезным не только в диагностике боли, но и для раннего выявления расстройств аутистического спектра 57,58 .



Признание того, что новорождённые чувствуют боль так же, а возможно и (ИЛЬНее, чем взрослые, — крайне важный шаг в закладке фундамента здоровья каждого человека. По-прежнему остро стоит задача измерения уровня этого ощущения — как для понимания того, нужны ли анальгетики, так и для контроля их эффективности. Современные технологии, такие как 4D-ультразвуковое сканирование, биометрия и искусственный интеллект, дают надежду, что оценивать степень дистресса или боли можно будет как у только что появившихся на свет детей, так и внутриутробно. Возможно, это поспособствует дальнейшему развитию фетальной хирургии и позволит улучшить исходы таких вмешательств.

Библиографию см. на с. 106-110.

безобидное состояние или «бомба замедленного действия»?

Особенности ведения новорождённых с кефалогематомами: индивидуализированный подход и минимальная инвазивность



Автор: Александр Сергеевич **Иова**, докт. мед. наук, проф. кафедры детской невропатологии и нейрохирургии СГМУ им. И.И. Мечникова, зав. научно-исследовательской лабораторией «Инновационные технологии медицинской навигации» того же университета (Санкт-Петербург)

Копирайтинг: Юлия Бриль

Родовая травма головы — одна из основных причин неонатальной заболеваемости, дальнейшей инвалидности или смертности. Однако зачастую состояния, шокирующие визуально, оказываются в целом безопасными для ребёнка, а настоящий риск представляют те, что невидимы глазу. Это утверждение справедливо, когда речь идёт о кефалогематоме — поднадкостничном кровоизлиянии, заметно меняющем форму головы младенца.

Эмоциональная реакция родителей в подобной ситуации понятна, как и их желание любой ценой помочь ребёнку. Однако следует ли клиницисту руководствоваться в первую очередь желаниями законных представителей? Ответ на этот вопрос неоднозначен, поскольку кефалогематома в большинстве случаев рассасывается самостоятельно, а инвазивные способы лечения (пункция, удаление обызвествлённого образования) показаны лишь в особых случаях.

Из любого правила есть исключения: сами по себе сравнительно безобидные, кефалогематомы могут сопровождаться потенциально опасными состояниями. Это оправдывает тревогу родителей и объясняет сомнения лечащих врачей. При выявлении у новорождённого кефалогематомы необходимо максимально быстро ответить на ключевой вопрос: какая она? Неосложнённое состояние, не требующее вмешательства, или «бомба замедленного действия»?

В результате даже незначительного воздействия во время родов мелкие кровеносные сосуды на голове плода могут быть травмированы, вследствие чего образуется кефалогематома. Состояние осложняет неонатальный период, по разным данным, у Ф,2–Ч% новорождённых. Чаще эту родовую травму регистрируют у «первенцев», крупных младенцев и (что пока необъяснимо) у мальчиков¹.

Основными причинами образования кефалогематом ранее считали недочёты в ведении родов, однако далеко не всегда это осложнение вызвано акушерскими ошибками. В отечественной и зарубежной литературе к настоящему времени выделяют три группы факторов риска:

материнские (возраст до 16 и старше 35 лет, преэклампсия, инфантилизм, наличие хронических заболеваний, первые роды и др.);

{Операционная}

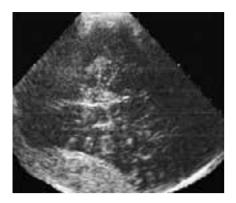


Рис.). Эпидуральная гематома на ультрасоногоамме.



Рис. 2. Вдавленный перелом теменной кости на ультрасонограмме.

- интранатальные (затяжные или быстрые роды, инструментальное родоразрешение и др.);
- плодовые (макросомия, акушерские пособия, маловодие, мужской пол, пере- и недоношенность и др.)^{2,3}.

В трети случаев достоверно установить причину образования кефалогематомы не удаётся⁴.

Кровь между периостом (надкостницей) и наружной пластиной кости свода черепа может скапливаться постепенно, поэтому припухлость часто становится заметной не (разу после рождения, а через несколько часов или даже дней постнатального периода. Механизм кровотечения под надкостницу на голове новорождённого непосредственно связан с действием следующих сил⁵:

- давление на головку плода (например, когда голова прижата к тазовым костям во время родов, наложены щипцы или воздействует отрицательное давление при использовании вакуум-экстрактора) и разрыв мелких кровеносных сосудов, в том числе в месте перелома кости;
- смещение надкостницы по отношению к кости, вызывающее кровотечение из повреждаемых эмиссарных и диплоических вен;
- «раздвисающее» влияние скапливающейся крови «отрывает» периост от черепной кости.

После «тугого наполнения» поднадкостничного пространства над одной костью (чаще над теменной) кровотечение останавливается по типу тампонады.

Различают неосложнённые и осложнённые варианты кефалогематом. Подавляющее большинство составляют первую группу, не сопровождаются другими повреждениями (например, костей черепа, головного мозга) и не приводят к невоологическим изменениям в дальнейшем⁶⁻⁸. Сама по себе такая кефалогематома не имеет клинического значения и обычно рассасывается (реже — оссифицируется, приводя к формированию асимметрии черепа из-за выбухания костной плотности в области кефалогематомы). Даже в случае оссификации кефалогематома, как правило, представляет собой лишь временный косметический дефект, последствия которого полностью исчезают к 3 годам. Именно поэтому для ведения нео(ложнённых кефалогематом оптимальна тактика QИНдмического наблюдения.

Основную проблему составляет своевременная диагностика осложнённых кефалогематом, способных не только спровоцировать тяжёлые последствия, но и угрожающих жизни ребёнка. Так, у 3-20% новорождённых одновременно с поднадкостничным кровоизлиянием возникают линейные (рис. 4) или вдавленные переломы (рис. 1) костей свода черепа, у 2-5% — эпидуральные гематомы (рис. 2)⁹⁻¹²; кроме того, возможны повреждения шейного отдела позвоночника. Некоторые авторы считают, что факт образования кефалогематомы может косвенно свидетельствовать

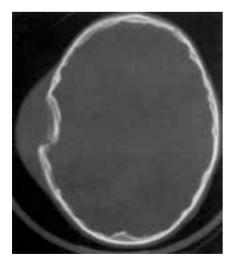


Рис. 3. Сочетанная родовая травма головы (кефалогематома, осложнённая вдавленным переломом теменной кости) на КТ.



Рис. Ч. (очетанная родовая травма головы (кефалогематома, осложнённая линейным переломом теменной кости) на цльтрасонограмме.

о родовой травме ЦНС¹³. Таким образом, поднадкостничное кровоизлияние может быть лишь вершиной айсберга, поэтому оставлять его без внимания нельзя. Пациент нуждается в пристальном динамическом наблюдении и дополнительном обследовании для исключения переломов (в том числе вдавленных) и внутричерепных гематом (рис. 3). Наиболее опасно для здоровья и жизни младенца инфицирование кефалогематомы. К счастью, такие варианты возникают редко и прогноз полностью зависит от своевременности их диагностики. Диагностика должна быть как можно более ранней, а лечение — строго персонализированным.

Минимально инвазивное нейроизображение

При ведении новорождённых с кефалогематомой важно как можно раньше диагностировать возможные переломы костей черепа и внутричерепные кровоизлияния (например, эпидуральные гематомы). При этих состояниях диагностическое значение оценки неврологического статуса достаточно низкое, т.е. такие младенцы нередко имеют удовлетворительный клинический статус¹⁴. Именно поэтому при постановке диагноза первоочередное значение имеют методы нейроизобоажения.

Ультрасонография — нелучевой, минимально инвазивный и широкодоступный способ нейроизображения. К сожалению, пока стандартом считают использование этого метода для оценки состояния головного мозга только через открытые роднички. Применение именно этой методики связано с повышенным риском опасной врачебной ошибки, поскольку не обеспечивает визуализации всего внутричерепного пространства, остаётся неизученным состояние костей свода черепа.

Этих опасных недостатков можно избежать при широком использовании транскраниально-чрезродничковой ультрасонографии. К сожалению, до настоящего времени данная технология не введена в (тандарты оказания медицинской помощи при кефалогематомах, но интенсивная работа в этом отношении продолжается. Уже достигнутые успехи дают основания надеяться на принятие такого решения в недалёком будущем. Тем более что доказательства преимуществ именно этого метода нейровизуализации для углублённого обследования при родовой травме головы у новорождённых уже накоплены.

В Санкт-Петербурге завершилось исследование возможностей применения ультрасонографической технологии для диагностики переломов костей свода черепа и эпидуральных гематом у новорождённых с кефалогематомами¹⁴. Всего под наблюдением находились 449 младенцев с этим состоянием; согласно выводам исследователей, ультрасонография черепа и транскраниально-чрезродничковая ультрасонография значительно расширяют возможности визуализации при переломах костей свода черепа, а также при оболочечных гематомах у новорождённых. Также установлено, что применение указанной методики в сравнении с КТ сокращает лучевую нагрузку при обследовании детей с родовой травмой головы.

Персонализация тактики

Основы персонализированной медицинской тактики при кефалогематомах определяются следующими ключевыми положениями.

. Кефалогематома является наиболее очевидным признаком родовой травмы головы новорождённого.

2. Подавляющее количество кефалогематом относится к неосложнённым вариантам и не требует специального лечения.

3. При осложнённых вариантах кефалогематом возможны:

- повреждения костей свода черепа (вдавленные или линейные);
- внутричерепные кровоизлияния (эпидуральные, субдуральные, внутрижелудочковые, внутримозговые);
- гипоксические изменения;
- инфицирование кефалогематомы.

4. Для выбора индивидуальной лечебной тактики необходимо проведение поэтапной нейросонографии:

- в Первый день жизни (для исключения перелома костей черепа, внутричерепных гематом, а также изменений, не выявленных на этапе ультразвукового исследования плода);
- на 5-й geнь жизни (для выявления первых признаков гипоксических изменений по оценке динамики данных первого и второго НСГ-исследований, а также возможных признаков инфицирования кефалогематомы);
- в 3 мес жизни (для оценки характера, локализации и тяжести изменений, связанных с последствием родовой травмы головы).
- 5. Нейросонография предполагает обязательное использование не только традиционного чрезродничкового сканирования, но и аксиальных (горизонтальных) плоскостей исследования для исключения эпидуральных и субдуральных гематом (оптимальна технология транскраниально-чрезродничковой ультрасонографии с применением строго ориентированных плоскостей сканирования), а также линейного сканирования области кефалогематомы (для оценки состояния костей черепа и выявления признаков инфицирования).

6. При наличии кефалогематомы 6ез неврологической симптоматики ребёнок подлежит наблюдению педиатра (контроль состояния в динамике).

7. При наличии неврологических симптомов необходимо наблюдение невролога.

8. В случае выявления признаков повреждения костей черепа, внутричерепных гематом или инфицирования кефалогематомы показана КОНСУЛЬТАЦИЯ НЕЙРОХИРУРГА для уточнения тактики (определение показаний к КТ или МРТ), оценки возможности хирургического лечения.

Следует помнить, что применение КТ и МРТ у новорождённых и младенцев связано с повышенным риском осложнений (в том числе связанных с необходимостью седации или наркоза), что требует обдуманного использования этих методик.

Неонатальная нейрохирургия: глоссарий

Нейрохирургия — раздел медицины, посвящённый оказанию медицинской помощи пациентам с болезнями и травмами нервной системы, нуждающимся в хирургическом лечении или активном наблюдении нейрохирургом. Благодаря широкому использованию современных методов нейровизуализации к настоящему времени сформировалось новое направление — неинвазивная нейрохирургия: динамическое сопровождение с фокусированным ультрасонографическим контролем состояния пациента.

Перинатальная нейрохирургия — раздел нейрохирургии, посвящённый плодам и детям в возрасте до 28 дней жизни:

- неонатальная нейрохирургия лечение новорождённых (от рождения до 28 дней);
- пренатальная нейрохирургия лечение плода (от зачатия до рождения). Выделяют две группы пациентов неонатального нейрохирурга:
- . «первично-неонатальные», когда нейрохирургические нарушения впервые выявлены в неонатальном периоде (у новорождённого);
- 2. «вторично-неонатальные», когда нарушение диагностировано ещё у плода, а проведение лечебных мероприятий было отложено на период после рождения.

Новая концепция медицинской нейровизуализации — «ИНТегративное нейроизображение» с применением минимально инвазивных технологий для визуализации, компьютерных / телемедицинских подходов для передачи информации на всех этапах оказания медицинской помощи.

К технологиям интегративного нейроизображения относят следующие подходы.

- (крининг-диагностика (цель минимальная инвазивность и максимальная доступность первичного нейроизображения в профилактической и плановой медицине; оптимальный способ нейросонография).
- ЭКСПРЕСС- GNACHOCTUKA (цель минимальная инвазивность и максимальная доступность первичного нейроизображения в неотложной медицине; оптимальный способ нейросонография).
- ЭКСПЕРТНАЯ ЗИАГНОСТИКА (ЦЕЛЬ МАКСИМАЛЬНО ВЫСОКОЕ КАЧЕСТВО ИЗОБРАжения; оптимальные способы — компьютерная томография [КТ], магнитно-резонансная томография [МРТ] и позитронно-эмиссионная томография, магнитно-резонансная ангиография и др.).
- Мониторинг (цель обеспечение многократных повторных обследований в идентичных условиях для оценки динамики изменений; оптимальные способы нейросонография, иногда МРТ, редко КТ).
- Интраскопическое сопровождение инвазивных манипуляций (цель визуализация в режиме реального времени на этапах подготовки и проведения вентрикулярных, субдуральных или люмбальных пункций; оптимальный способ нейросонография).
- Интраоперационное изображение (цель визуализация в режиме реального времени хирургических манипуляций на этапах проведения нейрохирургических операций; оптимальные способы нейросонография, МРТ).

[Кефалогематома обычно ограничена пределами одной кости (чаще всего — теменной): после заполнения поднадкостничного пространства происходит своеобразная тампонада, и кровотечение прекращается.]

Визуализация без риска

Современные стандарты лечения травмы головы в педиатрии предполагают применение рентгенографии черепа и КТ^{15,16}. Нейрохирургическая диагностика у новорождённых имеет свои особенности:

- клинический неврологический статус не всегда информативен;
- КТ противопоказана;
- МРТ в некоторых случаях очень сложно организовать (например, у детей, нуждающихся в соблюдении охранительного режима и выхаживании в условиях кювеза);
- выполнение стандартной нейросонографии недостаточно эффективно в связи с небольшими размерами переднего родничка, особенно у недоношенных.

У новорожоённых поименение личевых методов сопряжено с риском чрезмерной лучевой нагрузки и отдалённых осложнений. Особенно велика такая опасность для детей, имеющих показания к повторному исследованию (например, для оценки статуса кефалогематомы в динамике)¹⁴. Дж. Мэтьюс (J.D. Mathews) с коллегами выявили повышение частоты онкологических заболеваний у пациентов, подвергшихся воздействию значимых доз ионизирующего излучения при КТ в детском возрасте, на 25% по сравнению с популяционной 17. В этой связи для клиницистов важно иметь доступный и информативный метод необлучающей визуализации костей черепа и внутричерепного пространства. Именно к таким методам можно с уверенностью отнести ультрасонографию черепа и транскраниально-чрезродничковую ультрасонографию (метод выбора для обследования недоношенных) 14 .

Наблюдать нельзя оперировать. Где место запятой?

Существуют полярные точки зрения на тактику ведения пациентов с кефалогематомой, что связано с отсутствием общепринятых алгоритмов лечебных вмешательств. Образование больших размеров

(8 см и более) может не только иметь косметическое значение, но и провоцировать остеолизис подлежащей черепной кости (крайне редко), а также ухудшать общее состояние новорождённого, тем самым осложняя течение раннего неонатального периода. Наиболее часто кефалогематома усугубляет желтуху новорождённых, предрасполагает к развитию постгеморрагической анемии. Самое грозное осложнение — возможно инфицирование содержимого (через ссадины на коже или пункционные проколы).

Неосложнённые кефалогематомы любых размеров можно вести консервативно; именно такая тактика предусмотрена многими зарубежными руководствами и клиническими рекомендациями⁵. Инвазивные методы раннего опорожнения небольших поднадкостничных кровоизлияний представляют собой неоправданное вмешательство. В то же воемя с эстетической точки зрения допустимо пункционное удаление больших и/или обезображивающих кефалогематом (обычно между 10-м и 30-м днями жизни), когда скопившаяся коовь вновь становится жидкой (что требует ультрасонографического подтверждения) 18 .

Особая тактика нужна в ситуациях, сопровождающихся повышенным риском инфицирования большой кефалогематомы (наличие механических повреждений кожи, признаков инфицирования; гнойничковые высыпания на коже головы младенца, особенно в области кефалогематомы; длительная задержка на втором этапе выхаживания, несоблюдение родителями гигиенических рекомендаций и т.д.), а также её сочетание с эпидуральными гематомами и/или переломами костей свода черепа. При выявлении кефалогематомы крайне важно исключить или подтвердить повреждение костей черепа. Для мониторинга состояния новорождённого применяют:

- скрининговый метод нейросонографию (транскраниально-чрезродничковая ультрасонография и ультрасонографическая краниоскопия);
- экспертную технологию мультиспиральную КТ (при клинически значимых переломах);
- мониторинг ультрасонографическую краниоскопию.

Даже осложнённая переломом кефалогематома далеко не всегда выступает однозначным показанием к оперативному лечению.

- Вдавленные переломы глубиной 5 мм и более сопряжены с риском компрессии головного мозга (одно из частых последствий эпилепсия). «Типично неонатальный» вдавленный перелом (по типу «целлулоидного мячика») имеет тенденцию к спонтанной репозиции. Показано динамическое наблюдение с осмотрами каждые 2—3 дня; при отсутствии неврологических симптомов можно вести ребёнка консервативно.
- «Растущий» (т.е. увеличивающийся в размерах) линейный перелом может стать причиной пролабирования мозговых оболочек и вещества мозга. Через 2—3 мес после обнаружения линейного перелома следует повторить ультрасонографическую краниоскопию*. Если линия перелома стала шире и длиннее требуется оперативное лечение.

кефалогематомы, аргументируя это тем, что врачи не могут гарантированно исключить риск её инфицирования в дальнейшем или стойкого косметического дефекта. В такой ситуации их необходимо подробно информировать о рисках выполнения избыточного и при этом инвазивного вмешательства, а если переубедить не удастся — получить информированное добровольное согласие на проведение процедуры.



Важно помнить, что осложнённые кефалогематомы в настоящее время могут быть надёжно диагностированы с помощью поэтапной нейросонографии, а неосложнённые образования любого размера, как правило, рассасываются самостоятельно. Именно этим следует объяснять законным представителям приоритетность консервативной тактики при неосложнённых кефалогемато-

[Даже в случае оссификации кефалогематома представляет собой лишь временный косметический дефект, который самопроизвольно исчезает без специального лечения к 2,5—3 годам жизни ребёнка.]

Показания к хирургическому лечению возникают:

- при больших гематомах и риске инфицирования;
- при сочетании кефалогематомы с переломом костей черепа (вдавленным глубиной 5 мм и более, с синдромом компрессии головного мозга, очаговой неврологической симптоматикой, «растущим» линейным переломом, при наличии внутричерепных осколков);
- при наличии внутричерепных гематом

Основной риск при выполнении пункции кефалогематомы — её инфицирование, способное повлечь за собой некроз кожи, остеомиелит. Лечение этих состояний длительное и сложное, для закрытия большого кожного дефекта нередко требуется пересадка кожного лоскута с конечности.

Зачастую случается, что родители настаивают на пункции неосложнённой

мах не только в роддоме и стационаре, но и в амбулаторной практике. Конечно, мысль о выписке домой ребёнка с «кровяной шишкой» на голове нередко приводит в ужас неподготовленных родителей, однако с точки зрения клинициста такой подход более приемлем, нежели выполнение ненужного и рискованного вмешательства, равно как и длительная задержка на втором этапе выхаживания, чреватая инфекционными осложнениями. Терпение, убедительность и такт, — пожалуй, эти навыки даже более значимы для успешного ведения детей с кефалогематомой, чем владение нейрохирургической техникой.

* У новорожовенного выявить тонкую линию перелома при краниографии крайне сложно (её могут «симулировать» сосудистые борозды), в связи с чем показана ультрасонографическая краниоскопия.

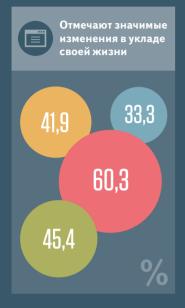
Библиографию см. на с. 106-110.

БЕЗРАДОСТНЫЕ КАНИКУЛЫ

ИТОГИ ВЛИЯНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ НА ДЕТЕЙ В ПЕРИОД ПАНДЕМИЧЕСКИХ ОГРАНИЧЕНИЙ*

Доля детей разных возрастных групп, отметивших изменения в своей жизни на фоне пандемических ограничений, %



















ВЫВОД: Эпидемические ограничения так или иначе касаются всех детей, но самыми уязвимыми почти во всех жизненных сферах оказались 15—17-летние. Именно поэтому родителям, учителям и всем заинтересованным взрослым следует уделять особое внимание подросткам.

консультативно-диагностического центра для детей «Ювента», г. Санкт-Петербург, в июле—октябре 2020 года), представленного М.Ф. Ипполитовой, Т.А. Кононовой, Ф.И. Страдымовым.