



ПЕДИАТРИЯ СЕГОДНЯ

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ГАЗЕТА
ДЛЯ ПЕДИАТРОВ

СПЕЦВЫПУСК № 2 (36) 2024

стр. 6



СТО ЛЕТ ДЕТСКОЙ
ТРАВМАТОЛОГИИ В РОССИИ —
КАК ОТПРАЗДНОВАЛИ ЮБИЛЕЙ
В НИИ НЕОТЛОЖНОЙ
ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ
И ТРАВМАТОЛОГИИ

Оформляйте
бесплатную
подписку
на наше
издание!



ОТ РЕДАКЦИИ



Александр
Григорьевич
РУМЯНЦЕВ

Д.м.н., академик РАН, научный руководитель
ФГБУ «НМИЦ детской гематологии,
онкологии и иммунологии имени Дмитрия
Рогачева» Минздрава России, Москва

Уважаемые коллеги!

Во второй спецвыпуске нашей газеты вошли статьи на актуальные темы, касающиеся как редких наследственных синдромов, так и распространенных социально значимых заболеваний. Предыдущий номер мы целиком посвятили гемофилии и в текущем выпуске продолжаем разговор о детях с этим диагнозом. Их потребность в препаратах в нашей стране полностью покрывается за счет федеральных программ и фонда «Круг добра», взявшего с 2023 года под опеку педиатрических пациентов с данным диагнозом.

Это позволяет им получать инновационное лечение, значительно снижающее риск развития артрапатии и инвалидизации, а значит, способствующее улучшению социализации таких детей. В XXI веке лечение гемофилии А должно быть направлено на обеспечение гемостаза, приближенного к физиологическому, чтобы обеспечить пациенту не только защиту от кровотечений, но и качество жизни, сравнимое с таковым в общей популяции.

Актуальной темой остается включение вакцинации против менингококковой инфекции в национальный календарь прививок РФ не по эпидемиологическим показаниям, как сейчас, а в обязательном для детей соответствующего возраста порядке. Ведь до 15 % малышей с генерализованной формой менингококковой инфекции погибают, у 20 % выживших остаются долгосрочные осложнения.

На этом фоне вопрос о том, как быть с младенческими коликами, выглядит простым, но ввиду их широкой распространенности и большого дискомфорта, причиняемого не только ребенку, но и всей семье, борьба с ними сохраняет актуальность.

ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА

Менингит — угроза, требующая расширения календаря прививок

В структуре причин детской смертности от инфекций менингококковый менингит занимает второе место после внебольничной пневмонии. До 15 % пациентов с генерализованной формой менингококковой инфекции (МИ) погибают, у 20 % выживших остаются долгосрочные осложнения. Путем решения проблемы менингита, в том числе развитию системы иммунопрофилактики и повышению доступности профилактических прививок, был посвящен круглый стол «Менингококковая инфекция как критически важная задача отечественного здравоохранения», организованный в конце марта по инициативе Всероссийского союза пациентов.



Юрий
Владимирович
ЛОБЗИН

Д.м.н., профессор, академик РАН, президент
ФГБУ «Детский научно-клинический центр
инфекционных болезней» ФМБА, главный
внештатный специалист Минздрава России
по инфекционным болезням у детей, Москва



Алла
Ароновна
ВИЛЬНИЦ

Д.м.н., заведующая научно-исследовательским
отделом интенсивной терапии неотложных
состояний, старший научный сотрудник отдела
нейроинфекций и органической патологии
нервной системы ФГБУ «Детский научно-клинический
центр инфекционных болезней» ФМБА
России, доцент кафедры инфекционных
заболеваний у детей ФП и ДПО ФГБОУ ВО
«Санкт-Петербургский государственный
педиатрический медицинский университет»
Минздрава России, Санкт-Петербург

ПРОБЕЛЫ В СТАТИСТИКЕ

Если показатели смертности еще имеются, то статистические данные о последствиях перенесенной генерализованной формы МИ (ГМИ) и о нуждающихся в помощи после этого заболевания в России отсутствуют, посетовал главный внештатный специалист Минздрава России по инфекционным болезням у детей академик Ю.В.Лобзин. «Нам нужны и другие статданные, не только по смертности и инва-

лизации, потому что переболевшие МИ нуждаются в пособии и адекватной реабилитационной помощи», — сказал он. В Детском научно-клиническом центре (ДНКЦ) инфекционных болезней ФМБА проанализировали информацию из 14 клинических центров в разных федеральных округах с 2012 по 2021 год. Оказалось, что лишь 77 % пациентов госпитализировали в первые сутки после манифестации болезни, а каждого пятого — только на второй день или позже, осложнения в остром периоде встречались в 47,6 % случаев.

Среди исходов острого периода у реконвалесцентов ГМИ чаще всего (19,6 %) встречалась церебральная недостаточность, в большинстве случаев в легкой степени. Доля грубых нарушений, а именно выраженный психоневрологический дефицит с формированием сенсоневральной тугоухости, необходимость в ортопедических и хирургических вмешательствах составила 0,7, 0,6 и 0,8 % соответственно, а выраженной органической недостаточности — 1,3 %. Эти цифры могут быть существенно занижены, поскольку в медицинских картах больных в стационарах в качестве исхода указывалось выздоровление от самой инфекции, но не всегда — осложнения на момент выписки. «Сложно представить, что ребенок, перенесший септический шок или отек головного мозга, находившийся несколько дней на искусственной вентиляции легких, смог полностью восстановиться через две недели», — заметил Юрий Владимирович.

Сложность еще и в том, что у детей раннего возраста невозможно предсказать

формирование когнитивных и поведенческих нарушений в дальнейшем. По зарубежным данным, такие расстройства составляют 20 %. Вероятность развития отсроченных осложнений после ГМИ требует тщательного диспансерного наблюдения за детьми после выписки для своевременной реакции на возникающие проблемы. Необходимо повышать информированность врачей об особенностях ГМИ и диагностических критериях критических состояний у пациентов. Ведь МИ — жизнеугрожающее заболевание, наиболее доступный способ предотвращения которого — вакцинопрофилактика.

К сожалению, российский национальный календарь профилактических прививок не предусматривает плановую вакцинацию против МИ. «Нужно модернизировать его, расширив возможности иммунизации, чтобы с 2025 года в наш календарь были внесены плановые прививки от МИ. У нас много доступных вакцин для предотвращения детской смертности, и мы не имеем права допустить возрождение вакциноуправляемых инфекций», — подчеркнул академик Ю.В.Лобзин.

ОПАСНЫЙ ДИАГНОЗ

Несмотря на широкие возможности современной медицины, показатели летальности менингитов остаются крайне высокими, продолжила мысль коллеги старший научный сотрудник отдела нейроинфекций и органической патологии нервной системы ДНКЦ инфекционных болезней Алла Ароновна Вильниц. Одна

Продолжение на стр. 2 ►

ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА

Менингит — угроза, требующая расширения календаря прививок

Продолжение, начало на стр. 1

из наиболее тяжелых форм нейроинфекций — гнойный менингит. Это группа заболеваний, вызываемых различными бактериями, с примерно одинаковыми клинико-лабораторными симптомами сепсиса и сочетанием гнойного воспаления оболочек головного мозга с тяжелыми внечерепными проявлениями.

Особенность гнойного менингита в педиатрической практике заключается в отсутствии специфических симптомов в самом начале заболевания, что затрудняет диагностику. Его классические клинические проявления (лихорадка, рвота, интенсивная головная боль, ригидность мышц шеи, светобоязнь, выраженная сонливость, спутанность сознания, сыпь, судороги) у детей раннего возраста могут отсутствовать, а клиника напоминает начало кишечной или респираторной инфекции. Иногда такие дети попадают в хирургические стационары с жалобами на боль в животе.

Гнойные менингиты опасны стремительным развитием с высокой частотой жизни-угрожающих состояний, быстрым прогрессированием от первых симптомов к летальному исходу, особенно при генерализованных формах МИ. По отечественным данным за 2010–2016 годы, летальный исход в первые 24 часа от начала заболевания наступал в 63 % случаев.

Осложнения острого периода гнойного менингита и ГФМИ подразделяются на внутричерепные (церебральные) и внечерепные. К первым относятся отек головного мозга, церебральные васкулиты, инсульт (ишемический или геморрагический), энцефалит, абсцесс, эмпиема, субдуральный выпот, вентрикулит, окклюзионная гидроцефалия, эндофталмит, сенсоневральная тугоухость, энцефалопатия критического состояния. Ко вторым — септический шок, острая сердечно-сосудистая недостаточность, миокардит, миокардиодистрофия, острая почечная и (или) надпочечниковая недостаточность, синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови (ДВС-синдром), артриты, тромбозы крупных сосудов с некрозом (гангреной) в зоне нарушения циркуляции, полинейромиопатия критического состояния, оссифицирующий миозит.

Терапия ГФМИ и ГМ требует высокотехнологичного оборудования, дорогостоящих медикаментов и расходных материалов, а также квалифицированного персонала и привлечения смежных специалистов. Это позволяет снизить летальность, но не предотвращает инвалидизацию. «Казалось бы, мы имеем дело

с бактериями, а у нас есть такие мощные антибиотики,— пояснила А.А. Вильниц.— Но, к сожалению, не все так просто. Да, действительно, летальность от бактериального менингита значительно снизилась практически со 100 % до той, с которой мы имеем дело сейчас. Но при этом с 1980-х показатели смертности остаются на прежнем уровне. Тяжесть гнойного менингита и высокая летальность связаны не только с патогенными свойствами вызвавшего его микроорганизма, но и с тяжелыми вторичными осложнениями, которые могут возникнуть уже после гибели возбудителя».



Возбудитель менингококковой инфекции *Neisseria meningitidis*

Психологические последствия:

- тревога;
- трудности в обучении;
- эмоциональные и поведенческие трудности;
- неблагоприятное влияние на качество жизни через много лет даже у тех, кто не имел явных последствий;
- влияние на самооценку, физическое, психическое и психосоциальное здоровье;
- влияние на качество жизни семьи в целом, в том числе на осуществляющих уход за переболевшим.

УРОВЕНЬ ИНФОРМИРОВАННОСТИ

Не может не беспокоить низкий уровень информированности родителей о МИ. Результаты всероссийского социологического исследования подтверждают, что они мало знают о самой инфекции и возможностях вакцинопрофилактики. Как рассказала директор проводившего анкетный опрос Центра гуманитарных технологий и исследований «Социальная механика» Татьяна Фомина, исследованием в феврале-марте текущего года были охвачены 1105 респондентов в 83 регионах России — граждане reproductive возраста от 18 до 45 лет с детьми до 6 лет или ожидающие ребенка.

Полностью информированными о характере заболевания и его последствиях оказались только 2,8 % опрошенных, 11,2 % респондентов ничего не знали о МИ, 5,2 %



Чашка Петри с культурой менингококков

Необходимо повышать знания врачей об особенностях генерализованной формы менингококковой инфекции и диагностике критических состояний. Ведь менингококковая инфекция — жизнеугрожающее заболевание, самый доступный способ предотвращения которого — вакцинопрофилактика

По данным систематического обзора публикаций за 2001–2016 годы в MEDLINE о последствиях инвазивной МИ, в экономически развитых странах у выживших всех возрастов и осуществляющих уход за переболевшими, включая членов семьи, наблюдаются следующие исходы ГФМИ.

Физические последствия:

- ампутации перенесли до 8 % детей и 3 % подростков и взрослых;
- рубцы на коже имеют до 55 % детей, 18 % подростков, 2 % взрослых.

Неврологические последствия:

- потеря слуха — до 19 % младенцев, 13 % детей, 12 % подростков, 8 % взрослых.

лежащих вакцинопрофилактике бактериальных менингитов (в фокусе — менингококковые, пневмококковые, гемофильные и стрептококковые), снижение инвалидизации и улучшение качества жизни после перенесенного менингита.

В клинических рекомендациях по лечению МИ у детей, недавно опубликованных на сайте Минздрава России, сказано о необходимости проведения вакцинации не только во время эпидемии, но и в межэпидемический период в группах наибольшего риска. Эксперт тоже считает необходимым использовать все возможности для внесения в национальный календарь прививок вакцинации и от этого страшного жизнеугрожающего заболевания.

разделяют ложные суждения о ней, а 80,8 % имеют лишь частичные знания об этой патологии. Максимальную степень осведомленности продемонстрировали 0,3 % опрошенных. При этом есть высокий запрос от подавляющего большинства родителей на информацию о данной инфекции.

Распространенность антиптививочных настроений среди опрошенных родителей оказалась невелика: 56,1 % считают необходимой вакцинацию от всех рекомендованных инфекций, 38,1 % занимают умеренную позицию по этому поводу, 5,8 % выступают против прививок.

Представители медицинского сообщества настаивают на скорейшем включении менингококковой инфекции в национальный календарь прививок. Сопредседатель Всероссийского союза пациентов Ян Власов поддержал позицию врачей и пообещал поднять этот вопрос на планируемом заседании Совета по развитию гражданского общества и правам человека при президенте РФ.

Римма Шевченко



ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД

С сомневающимися можно работать

С антипрививочным настроем родителей педиатру приходится сталкиваться так часто, как ни одному из коллег других специальностей. Полностью преодолеть его вряд ли получится, но повлиять на него можно, если действовать грамотно, утверждает ведущий тренер Академии профессионального роста «Медэтика» Василий Владимирович КНЯЗЕВ.

Антивакцинация (антипрививочное движение) — общественное явление, оспаривающее эффективность, безопасность и правомерность вакцинации. Явление далеко не новое, оно возникло вместе с созданием первой вакцины в 1796 году. И с тех пор дискуссии с завидным постоянством вспыхивают в обществе, обостряя противостояние между приверженцами вакцинопрофилактики, врачами и антипрививочниками. Международный опрос, проведенный Лондонской школой гигиены и тропической медицины, показал, что в России прививкам не доверяют 28 % населения.

Причин отказа от вакцинации несколько, говорит Василий Князев. Одна из основных — это низкий уровень заболеваемости и отсутствие тяжелых клинических форм инфекций. Вакцинопрофилактика сегодня парадоксально работает против себя: родители не понимают, что эпидемиологическое благополучие, когда дети не болеют теми самыми детскими инфекциями, против которых мамы и папы откладывают их вакцинировать, достигнуто как раз благодаря прививкам. Еще одна причина — страхи относительно вакцинации, связанные с якобы плохим влиянием вакцин на здоровье, их неэффективностью, низким качеством; в этом же ряду — кажущаяся ненужность вакцинации в определенном возрасте и теория заговора, вызвавшая всплеск антипрививочных настроений после COVID-19.

Есть и дефицит понятной обычным людям информации, неумение медиков качественно и доходчиво доносить ее до населения. Чаще всего информация о вакцинации излагается сложным языком, с использованием терминов, лишенных человечности и не вызывает у людей эмоционального отклика. А когда на приеме у врача родители высказывают свои аргументы против прививания ребенка, не происходит их обработка, либо она формальная и не срабатывает. Проще дать маме подписать документ об отказе от профилактических прививок, чем тратить время на ее переубеждение. Все равно она уже все решила и никого не станет слушать! Отрицательно действуют факторы эмоционального восприятия информации. Люди склонны больше верить тому, кто убедительнее и эмоциональнее рассказывает, и прислушиваются больше к негативным сообщениям, особенно если они аргументированы. А кроме того, они больше доверяют тем, кто на равных (сосед по палате, друг), чем тому, кто выше и ассоциируется с системой (врач). Есть и скептическое отношение к вакцинации самих медиков. Так, во время пандемии коронавирусной инфекции многие врачи в России не рекомендовали пациентам прививаться.

«На людей оказывается сильное информационное давление, в котором даже стороннику вакцинации бывает некомфортно, и такой фон может заставлять сомневаться даже тех, кто осознает важность вакцинации. Традиционное донесение информации о прививках как в интернете, так

ТИПЫ ПАЦИЕНТОВ

Чтобы правильно работать с возражениями родителей или пациентов, важно понимать, какой перед нами типаж и что для него важно, чтобы соответственно подобрать ключик, найти правильные аргументы, которые воздействуют именно на данного человека.

«Купец» (целеустремленный) отличается быстрой речью, современным деловым стилем одежды. Очень ценит свое время, для него важна скорость. Это холерик, который все время куда-то торопится, вливает в кабинет без очереди, ему «нужно было вчера». Ему очень важно понимать, насколько быстро прививка сработает, сможет ли ребенок сразу вернуться к привычному образу жизни, тренировкам и т.д. «Купец» готов, с одной стороны, рисковать, с другой — ожидает, что помочь будет оказана быстро, качественно, своевременно. С таким человеком вроде бы не так легко, потому что он все время перебивает и куда-то торопится. С другой стороны, если ему быстро, четко и конкретно объяснить, зачем ребенку нужна прививка, можно получить согласие.

Психологический ключ к «купцу» — экономия времени. Стратегия обработки возражений — уточнение.

«Боярин» (предусмотрительный) закрыт в коммуникации, задает много вопросов о побочных эффектах, не любит давления, ему нужно время для обдумывания решения. Это флегматик с размеренной, неторопливой речью. Любят все перепроверять. Если видят врача в первый раз, то не доверяют и сомневаются, переспрашивают и постараются сходить еще и к другому доктору. «Боярин» любит цифры, факты, доказательства. Соберет информацию в интернете, сравнил, проанализирует. Для него очень важны безопасность и гарантия отсутствия осложнений после прививки. Он нетороплив, методичен, консервативен, может быть хорошим стратегом. Склонен более доверять пожилому

доктору, у которого стаж работы больше. Очень важно не пережать его, потому что прессинг вызывает подозрения.

Ключ к «боярину» — безопасность, защита. Стратегия обработки возражений — уточнение.

«Князь» (властный) доминирует в коммуникации, внешний вид — броский, дорогой (хотя и не всегда). Требует премиум-качества и внимания к себе. Такой пациент или родитель (вне зависимости от того, мужчина это или женщина) часто входит в кабинет врача без стука, в разговоре перебивает, учит, требует к себе и своему ребенку особого отношения. Ему обычно все не нравится, он может говорить на повышенных тонах и даже кричать, конфликтовать. Если такой родитель зашел с ребенком, когда врач, например, что-то пишет и не сразу поднял на него глаза, не поздоровался, это уже воспринимается как оскорбление.

Ключ к «князю» — комплимент, он же и стратегия обработки возражений.

«Дружинник» (дружественный) в соответствии с названием дружелюбен и открыт, много говорит не по делу, в одежде предпочитает яркие цвета. Этому пациенту или родителю все нравится, он улыбчив. Отнимает слишком много времени на приеме, но при этом зачастую так и не принимает решение о вакцинации или лечении. Это просто хороший человек, который не хочет вас обидеть отказом, поэтому не говорит ни да, ни нет.

Ключ к «дружиннику» — общение. Стратегия обработки — присоединение.

и на приеме оставляет желать лучшего», — говорит эксперт.

Помимо убежденных противников вакцинации, которые не прислушиваются к словам врача, существует категория сомневающихся, они находятся между противниками и сторонниками. С ними работать проще и эффективнее, ведь они настроены конструктивно, нужно только развеять их сомнения, ответив на вопросы.

ОТВЕТ НА ВОЗРАЖЕНИЯ

Возражение — это любое высказывание пациента, которое препятствует продолжению коммуникации. Для преодоления проблем во взаимопонимании нельзя спорить и отвечать на контраргументы сразу. Схема ответа сводится к следующему алгоритму: амортизация (выслушать) — обработка (присоединение, уточнение, комплимент) — причины быть за. Возражения могут звучать по-разному, но суть их обычно сводится к определенному конкретному смыслу. Вот самые частые из таких возражений и правильные контраргументы, которые должен использовать врач.

Пациент: Заболеваемость низкая — зачем прививаться?

Врач: Понимаю. А откуда у вас такая информация? Дело в том, что прививка повышает иммунитет, и поэтому удалось достичь такой низкой заболеваемости.

Пациент: Инфекция легкая, неопасная, можно и переболеть.

Врач: Понимаю. Откуда у вас такая информация? Да, верно, инфекция легкая и неопасная, когда прививаешься. Если не вакцинироваться, легкого варианта может и не случиться.

Пациент: Кишечные инфекции вызываются множеством вирусов, одних только ротавирусов существует более 30 штаммов, вакцина защищает только от пяти. Какой смысл делать прививку?

Врач: Понимаю. Это резонный вопрос. Откуда у вас такая информация? Именно эти пять штаммов наиболее часто встречаются и наиболее опасны.

Родитель: Ребенок ни с кем не общается, с посторонними не контактирует, мы никогда не ходим, можно не прививать.

Врач: Понимаю вас. Может казаться, что вы никогда не ходите, но во дворе с ребенком ведь гуляете? И сами тоже не сидите взаперти, можете пойти в магазин, аптеку, а потом после контактов с посторонними людьми возвращаетесь домой.

Родитель: Вакцинировать начинают в роддоме, хотя ребенок еще очень мал, это большая нагрузка на иммунитет.

Врач: Понимаю ваши сомнения и переживания. После вакцинации детский иммунитет только окрепнет. Побочные эффекты случаются очень редко. Это все подтверждено исследованиями, могу кинуть ссылки.

Родитель: Если вирус настолько опасен, почему до сих пор эта вакцинация не включена в национальный календарь прививок?

Врач: Вы все правильно спрашиваете. Действительно, пока так. В то же время ведущие специалисты работают над этим вопросом, он совсем скоро будет решен.

ГЛАВНЫЕ ПРАВИЛА

- Внимательно, без ярлыков и предвзятости, выслушайте пациента или родителей, проявите интерес к их высказываниям. Затем уточните, почему человек отказывается от прививки, в чем причина такой установки, при этом не озвучивайте свою позицию. Это даст конкретное понимание того, что его беспокоит. С этой конкретной можно работать дальше.
 - Затем присоединитесь к сказанному (**«Да, действительно в интернете много разной противоречивой информации»**, **«Да, я очень хорошо понимаю, как сложно принять такое решение»**).
 - Не приводите аргументы, на которые пациент или родитель не ссылался (**«Да, а еще некоторые думают, что вакцины вызывают аутизм»**), поскольку это может сработать против вас: пациент начнет об этом думать (**«Не зря же люди говорят»**).
 - Важно понять, как человек рассуждает и принимает решения. Если в разговоре он оперирует цифрами, нужно предоставить свою статистику; если ссылается на какие-либо исследования — привести другие авторитетные данные; если адресуется к мнению блогера — рассказать, что есть и другие блогеры с другой позицией.
 - Говорите на понятном простому человеку языке. Если используете медицинский термин, уточните его значение.
 - Избегайте оценок, обобщений и личных характеристик (**«Все вы сначала против, а потом, как заболеете, бежите к нам: доктор, спаси, помоги!»**)
 - Хорошо работают личные истории врача. Делитесь ими, если они есть. Вот пример истории, которая помогает пациентам понять, что аутизм и прививки не связаны между собой: **«У меня есть брат с аутизмом. Он, как и другие мои братья и сестры, не был привит в детстве ни одной вакциной. Я единственный в семье, кто получил все прививки, поскольку меня воспитывала бабушка, которая верила в пользу вакцинопрофилактики»**.
- Важно помнить, что возражения — это нормальное явление, подчеркивает Василий Князев: «Возражение является неотъемлемой частью диалога, когда пациент вовлекается во что-то новое. Возражения не должны рассматриваться как личное оскорбление или как повод сразу запирать человека в антиваксеры. Помните, что есть категория сомневающихся. Это не антипрививочники, а люди, которым важно сделать выбор. Возражение — хороший сигнал! Возражения и сопротивление говорят о том, что пациент приступил к обдумыванию вопроса, и врач может сопроводить его в этом процессе, приведя к положительному решению».

НАРУШЕНИЯ СВЕРТЫВАЕМОСТИ КРОВИ

Терапия гемофилии А в XXI веке: обзор современных подходов и их эффективности

Гемофилия А — наиболее распространенная форма гемофилии — представляет собой наследственное нарушение свертываемости крови, обусловленное дефицитом или отсутствием фактора VIII (FVIII). По данным Всемирной организации здравоохранения, гемофилия А встречается у одного из 5 тысяч новорожденных мальчиков.



Александр
Григорьевич
РУМЯНЦЕВ

Д.м.н., академик РАН, научный руководитель
ФБГУ «НМИЦ детской гематологии,
онкологии и иммунологии имени Дмитрия
Рогачева» Минздрава России, Москва

Из-за частых кровоизлияний пациенты страдают от хронической боли и повреждений суставов, что ограничивает их подвижность, ведет к инвалидности со значительными социальными и экономическими потерями. Хотя традиционные методы лечения, включающие регулярные инъекции фактора VIII, и эффективны, но все же они имеют ряд ограничений, таких как развитие ингибиторов и необходимость частого введения препарата. Лечение гемофилии А в наши дни претерпело значительные изменения, направленные на улучшение качества жизни пациентов.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ ГЕМОФИЛИИ А

1. Заместительная факторная терапия (ЗФТ)

Осуществляется препаратами FVIII в виде регулярных инфузий для предотвращения и контроля кровотечений. Существует два типа препаратов для заместительной терапии:

- плазменные концентраты FVIII, получаемые из донорской крови;
- рекомбинантные концентраты FVIII, синтезируемые с помощью генной инженерии.

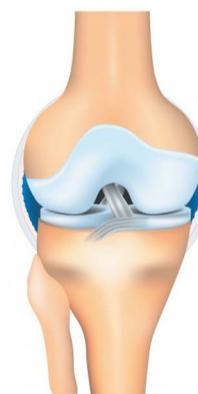
В 2014 году Управлением по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США (Food and Drug Administration, FDA) был зарегистрирован эфмороктог альфа — первый препарат с увеличенным периодом полуыведения. С этого момента рекомбинантные концентраты FVIII подразделяют на препараты со стандартным и пролонгированным периодом полуыведения (около 12 и 19 часов соответственно).

В 2023 году FDA зарегистрировало еще один пролонгированный препарат — эфанесоктог альфа, молекула которого дополнительно включает фрагмент белка фон Виллебранда и полипептиды XTEK для увеличения периода полуыведения примерно до 43–48 часов у взрослых.

Несмотря на то что концентраты FVIII содержат выделенные из крови или же генетически модифицированные молекулы фактора свертывания, они не обеспечивают физиологический гемостаз. В норме концентрация факторов свертывания крови (ФСК) поддерживается на постоянном уровне благодаря механизмам обратной связи и регуляции синтеза FVIII в печени. Это обеспечивает готовность организма к быстрому реагированию на повреждения и предотвращению кровотечений.

Введение концентратов ФСК при гемофилии не позволяет поддерживать их естественный уровень: первоначально созданная высокая концентрация затем падает до критически низких значений. Вот почему учеными направили усилия на разработку методов терапии с более стабильными концентрациями препаратов

Здоровый сустав



Кровоизлияние в коленный сустав

Гемофилия



в крови, чтобы обеспечить гемостаз, приближенный к физиологическому.

2. Нефакторная терапия

Нефакторные препараты представляют собой новый класс лекарств, которые не содержат FVIII, но помогают предотвращать кровотечения за счет воздействия на разные этапы гемостаза.

• Миметики FVIII

Самым первым препаратом для нефакторной терапии в целом и миметиком FVIII, в частности, стал эмицизумаб. Это биспецифическое антитело (АТ), имитирующее действие FVIII, связывает активированные факторы IX и X, что позволяет обойти дефицит FVIII. Сегодня эмицизумаб — наиболее изученный и широко применяющийся препарат нефакторной терапии — заменил в некоторых странах ЗФТ, став стандартом лечения тяжелой формы гемофилии А. Так, например, во Франции 72 % пациентов с гемофилией

А без ингибиторов получают терапию эмицизумабом. В Великобритании это число достигает 67 %, Бельгии — 69 %, Австралии — 85 %. В Новой Зеландии 9 из 10 пациентов с тяжелой формой гемофилии А без ингибиторов получают эмицизумаб.

Столь широкое распространение эмицизумаба обусловлено его превосходящей эффективностью при равной безопасности по сравнению с факторной терапией. В метаанализе рандомизированных клинических исследований A. Reyes и соавт. показали, что профилактика эмицизумабом на 97,8 % превосходит по эффективности препараты FVIII как со стандартным, так и пролонгированным периодом выведения.

Mim8 — второе биспецифическое АТ, имитирующее активированный FVIII и предназначено для лечения гемофилии А. В клинических испытаниях программы FRONTIER было показано,

ЧТО СКАЗАТЬ РОДИТЕЛЯМ

Гемофилия — генетически обусловленное орфанное заболевание, характеризующееся нарушением свертываемости крови. Гемофилия А связана с мутациями в гене, кодирующем синтез фактора свертывания крови VIII (FVIII), который еще называют антигемофильным глобулоном. Ген FVIII расположен на X-хромосоме. Мутации в нем обычно передаются по наследству, но иногда возникают спонтанно, то есть без предшествующих случаев заболевания в семье. Гемофилия А встречается значительно чаще других коагулопатий (80–85 % общего числа случаев), в том числе гемофилии В, которая ассоциирована с мутацией в гене, кодирующем синтез фактора свертывания крови IX (FIX).

В качестве самостоятельного заболевания гемофилия впервые была описана американским врачом Джоном Конрадом Отто в 1803 году. Он охарактеризовал ее как врожденную патологию с сопутствующими кровотечениями, которая поражает только мужчин, передаваясь им от здоровых

матерей — носителей гемофилии. Однако, хотя и крайне редко, в мировой литературе фиксируются случаи гемофилии у девочек — примерно 60 таких эпизодов за всю историю. Согласно ежегодному отчету Всемирного фонда гемофилии за 2022 год, в мире насчитывается более 250 тыс. пациентов с различными формами этого заболевания, а в России, по данным Минздрава, с таким диагнозом живут около 9 тыс. человек.

Впервые в письменных источниках о гемофилии упоминается в Вавилонском талмуде — священной книге иудеев, записанной около 1500 лет назад. В нем содержатся сведения об иудейском мальчике, которому не стали проводить обряд обрезания, поскольку оба его старших брата и трое двоюродных по материнской линии умерли от кровотечения после данной процедуры.

В подобных кровотечениях и состоят основной признак и опасность гемофилии. Возникающие в результате незначительных

травм или же вообще без видимой причины обильные кровотечения или кровоизлияния в суставы, мягкие ткани и внутренние органы, повторяясь регулярно, могут привести к серьезным повреждениям суставов вплоть до их деформации и нарушения подвижности, а также вызывать хроническую боль, что в конечном итоге заканчивается инвалидацией. Больному гемофилией противопоказаны хирургические вмешательства за исключением тех, что осуществляются по жизненным показаниям и при полном обеспечении препаратами, восстанавливающими свертываемость крови.

Для расширения осведомленности населения планеты об этом заболевании проводится Всемирный день гемофилии. Каждый год он проходит под разными лозунгами: «Учите и меня», «Твоя помощь нам очень нужна», «Лечим вместе» и т.д. В этом году его девиз звучал так: «Равный доступ для всех — признание всех форм нарушений свертываемости крови». Идея состоит в том, что все люди с наследственными нарушениями свертываемости крови должны иметь равный доступ к медицинской помощи, независимо от типа

этого нарушения, пола, возраста или места проживания.

Всемирный день гемофилии в России отмечается с 1996 года, а в 2000 году было создано Всероссийское общество гемофилии (ВОГ), в состав которого входят 72 региональные организации из всех федеральных округов. Распространенность заболевания в нашей стране в целом оценивается как 1:10 000 человек. Но, возможно, это лишь верхушка айсберга. По данным на 2022 год диагноз «гемофилия» в мировом масштабе был подтвержден более чем у 257 тысяч пациентов, и еще 100 тысяч человек страдали болезнью Виллебранда (раньше ее обозначали как гемофилию С) — нарушением свертываемости крови из-за недостаточной активности одноименного фактора, который участвует в адгезии тромбоцитов на коллагене и защищает FVIII от протеолиза. Однако некоторые данные позволяют считать, что гемофилия все еще недостаточно диагностирована и фактическое население мира, страдающее данным заболеванием, может составлять более 1,1 млн человек.

НАРУШЕНИЯ СВЕРТЫВАЕМОСТИ КРОВИ

что еженедельное и ежемесячное введение Mim8 снижает число кровотечений на 97–99 % у никогда не получавших профилактическое лечение и на 43–48 % — у проходивших ранее профилактику препаратами FVIII. В исследованиях не было зарегистрировано серьезных тромботических событий или образования антител против Mim8. Сейчас Mim8 проходит III фазу клинических испытаний.

NXT007 — еще одно биспецифическое АТ с аналогичным механизмом действия — сегодня находится в разработке. В доклинических исследованиях было показано, что NXT007 способен поддерживать гемостаз, сопоставимый таковым у тех, кто не страдает гемофилией. Сейчас NXT007 проходит клинические испытания II фазы с оценкой его фармакокинетики и фармакодинамики, а также безопасности и переносимости.

- Ингибиторы пути тканевого фактора Концизумаб и марстацизумаб** — моноклональные АТ, блокирующие связывание TFPI с активированным фактором X. Исследования III фазы показали, что применение концизумаба приводит к значительному (на 86 %) снижению числа кровотечений у пациентов с ингибиторами по сравнению с теми, кто не получал профилактическое лечение. Средний годовой уровень кровотечений (ABR) у получавших концизумаб составил 1,7, тогда как у пациентов без профилактики этот показатель составил 11,8. Концизумаб зарегистрирован в Канаде для профилактики кровотечений у пациентов с ингибиторной формой гемофилии В. Марстацизумаб находится в III фазе исследований.

- Блокатор выработки антитромбина Фитусиран** — пока единственный препарат из группы экспериментальной терапии на основе малых интерферирующих РНК (siRNA). Фитусиран снижает синтез антитромбина, что способствует увеличению выработки тромбина и восстановлению гемостаза.

Исследования III фазы показали, что профилактическое лечение фитусираном значительно снижает частоту кровотечений. В работе ATLAS-A/B для пациентов без ингибиторов и ATLAS-INH — с ингибиторами применение фитусирана привело к снижению ежегодной частоты кровотечений на более чем 89 % по сравнению с контрольными группами, использовавшими лечение по требованию. У некоторых участников при применении фитусирана наблюдалось повышение уровня ферментов печени (АЛТ и АСТ), учащение эпизодов инфекции верхних дыхательных путей, а также насморк, боль в животе, кашель и головная боль. Серьезных тромбоэмбологических событий не зарегистрировано. Исследования фитусирана окончены, но препарат пока не зарегистрирован к применению.

3. Генная терапия гемофилии А
Это перспективное направление терапии гемофилии А. Клинические исследования показывают обнадеживающие результаты, позволяя надеяться на долгосрочное решение проблемы.

Валоктокоген роксапарвовек показал высокую начальную активность FVIII, которая, однако, со временем снизилась с медианы 23,9 % через 52 недели до медианы 8,3 % через 156 недель. Тем не менее годовая частота кровотечений значительно сократилась, что подчеркивает эффективность препарата в профилактике кровотечений.

Гироктокоген фителпарвовек в ходе исследований также продемонстрировал тенденцию к снижению активности FVIII с медианы 20,1 % через 52 недели до медианы 12,5 % через 156 недель.

Дирлоктокоген самопарвовек обнаружил не столь высокую, но стабильную активность FVIII в течение всего периода наблюдения (медиана 8,0 % через 52 недели и 7,5 % — через 156 недель) и значительное снижение частоты кровотечений с медианы 8,5 % до 0,3 %, что делает его перспективным вариантом для долгосрочной терапии.

Наиболее часто встречающимися нежелательными реакциями в исследованиях генной терапии гемофилии А были повышение трансаминаз, тошнота, реакция в месте введения и головная боль. Частота реакций варьировалась в зависимости от препарата: повышение АСТ

регистрировалось максимально часто при применении валоктокоген роксапарвовека — 85,6 %, в 72,7 % случаев — при применении гироктокоген фителпарвовека и в 39,0 % — при применении дирлоктокоген самопарвовека.

Из указанных препаратов генной терапии зарегистрирован к применению валоктокоген роксапарвовек, остальные находятся на разных стадиях исследований.

ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ

Россия относится к числу стран, полностью покрывающих потребности в препаратах всех пациентов с гемофилией А за счет федеральных программ. С 2006 года все больные гемофилией в РФ (и дети, и взрослые) обеспечиваются бесплатными препаратами — сначала по программе дополнительного лекарственного обеспечения, а затем в рамках

государственной программы «7 нозологии», стартовавшей в 2008 году и в 2019-м расширенной до «12 нозологий».

Фонд «Круг добра», обеспечивающий потребности в терапии детей с орфанными заболеваниями, с 2023 года взял на себя соответствующие обязательства и в отношении детей с гемофилией. Это позволяет маленьким пациентам с гемофилией А получать инновационное лечение, значительно снижающее риск развития артропатии и инвалидизации, а значит, улучшить их социализацию.

Лечение гемофилии А в XXI веке должно быть направлено на обеспечение гемостаза, приближенного к физиологическому, чтобы обеспечить пациенту не только защиту от кровотечений, но и качество жизни, сравнимое с таким в общей популяции. 

Список литературы находится в редакции



MedInfo@Roche

Актуальная, оперативная, основанная на доказательствах информация о препаратах компании «Рош»

Надежно.
Индивидуально.
Своевременно.



+7 (495) 229-29-99



moscow.medinfo@roche.com



medinfo.roche.com/ru/ru.html

СПАСТИ И СОХРАНИТЬ

Сто лет детской травматологии в России

Помощь детям, пострадавшим в результате несчастных случаев и аварий, в катастрофах и стихийных бедствиях, а также в зоне СВО, оказывают в ГБУЗ «НИИ неотложной детской хирургии и травматологии (НИИ НДХиТ)» Департамента здравоохранения Москвы (ДЗМ). Ежегодно сюда обращаются более 100 тыс. пациентов, а в стационаре института госпитализируют более 17 тыс. детей. В 2024 году учреждение отмечает юбилей — 100 лет назад оно открылось как первое детское отделение в больнице для офицеров, и это положило начало всей детской травматологии и неотложной хирургии в нашей стране.



Леонид
Михайлович
РОШАЛЬ

Д.м.н., профессор, президент
ГБУЗ «НИИ неотложной детской хирургии
и травматологии» Департамента здравоохранения
Москвы

Будучи подведомственным ДЗМ, институт выполняет функции координирующего лечебного учреждения для всей страны, ежегодно получая 100 тыс. обращений от жителей всех регионов, осуществляя 16 тыс. госпитализаций и проводя более 600 телемедицинских консультаций в год.

Старейший травматологический пункт Москвы — это тоже отделение НИИ. Работает круглосуточно, принимает всех, причем 70 % больных поступают сюда не по СМП, но им никогда не отказывают. «Не найдете ребенка, за пребывание которого с родственниками взяли бы хоть копейку, всех лечим бесплатно уже много лет. Мы несколько убыточны для государства, но правительство Москвы компенсирует наши расходы, поэтому у нас нет проблем с финансированием и лечением», — объяснил доктор Рошаль.

МАКСИМАЛЬНО БЫСТРО

Из 100 тыс. обращений госпитализируются обычно 16–17 тыс. детей, остальные получают амбулаторную помощь, такие данные представил директор НИИ НДХиТ Александр Владимирович Брянцев. В год выполняется 5–6 тыс. оперативных вмешательств самого разного уровня — травматологических, нейро- и общехирургических, в экстренном и плановом порядке. Плановые вмешательства — это обычно малая хирургия, доля которой составляет 10–15 %. В институте действуют отделения детской и гнойной хирургии, сочетанной травмы, анестезиологии-реанимации, эндоскопии, магнитно-резонансной и компьютерной томографии, ультразвуковой диагностики, а также консультативно-диагностическое, нейрохирургическое, травматологическое, рентгеновское, кабинет гипербарической оксигенации. Для максимально быстрой транспортировки работает вертолетная площадка.

В институте первыми создали специальную противошоковую палату в приемном покое, но относится она не к нему, а к отделению интенсивной терапии. Ее оснащению и оборудованию может позавидовать любое другое отделение реанимации в Москве. Доставленный бригадой СМП пациент сразу попадает в противошоковую палату для проведения соответствующих мероприятий. При этом еще в пути бригада СМП информирует специалистов института об ожидаемом прибытии пациента, и к моменту поступления его встречают травматолог, нейрохирург, хирург, реаниматолог и ответственный администратор, принимающий ключевые решения относительно диагностики, тактики лечения и т.д.

А.Б. Брянцев отметил, что сегодня активно используются резорбируемые имплантанты,

которые не нужно удалять, потому что со временем они замещаются обычной костной тканью. Для лечения поврежденных суставов (как крупных, так и мелких), проводят малоинвазивные артроскопические операции. Некоторые повреждения, например коленного сустава, раньше давали высокий процент инвалидизации, применение новых технологий позволило существенно уменьшить их число.

До 90 % вмешательств в клинике при НИИ производится с помощью малоинвазивных лапароскопических технологий, которые позволяют успешно справляться практически со всеми возникающими хирургическими проблемами. Широко применяются высокоенергетические технологии воздействия на ткани. Есть большой парк приборов для лазерной хирургии — аппаратов с волнами разной длины, каждая из которых исцеляет при той или иной патологии. Вошли в практику холодно-плазменные операции для лечения остеохондроза, небольших грыж и протрузий межпозвонковых дисков, а также вакуум-терапия ран и раневых инфекций при обширных дефектах конечностей и брюшной полости.

«После введения в эксплуатацию нового корпуса НИИ НДХиТ в 2007 году по инициативе Л.А. Рошала было создано уникальное подразделение — отдел сочетанной травмы, анестезиологии-реанимации», — рассказал заместитель директора по научной работе, главный внештатный детский специалист по сочетанной травме ДЗМ Ольга Витальевна Карасева. Отдел объединил хирургов, травматологов, анестезиологов-реаниматологов, нейрохирургов, владеющих методологией оказания помощи при любой тяжелой травме.

В 2016 году, почти через 10 лет после создания отдела сочетанной травмы, анестезиологии-реанимации, ДЗМ поддержал идею развернуть на базе НИИ городской центр лечения тяжелой механической и сочетанной травмы у детей, включая разработку методологии и клинических протоколов оказания помощи при тяжелых повреждениях. Специалистами центра ведется реестр пациентов с тяжелой травмой, позволяющий анализировать статистику по когорте таких больных.

ВОССТАНОВИТЬ И СОЦИАЛИЗИРОВАТЬ

Поступательное развитие института позволило спасать и выхаживать все больше пациентов с тяжелейшими травмами, но в результате возросло число детей со сложными посттравматическими последствиями. Встал вопрос, что с ними делать дальше. Существовавшая

в 2010 году реабилитационная служба НИИ уже не отвечала растущим потребностям, заявила главный внештатный специалист ДЗМ по детской реабилитации и санаторно-курортному лечению, заместитель директора по перспективному развитию НИИ НДХиТ Светлана Альбертовна Валиуллина.

В 2009 году в процессе реконструкции здания института было получено медико-техническое задание на создание отделения физиотерапии. Посовещавшись, С.А. Валиуллина и Л.М. Рошаль отвергли этот вариант и настояли на создании полноценного современного, хорошо оснащенного реабилитационного центра. Понятно, что травма требует очень быстрого, молниеносного решения. Как у хирургов существует «золотой час» доставки пациентов в специализированный стационар и начала оказания неотложной хирургической и реанимационной помощи, точно так же и в реабилитации есть такое понятие — реабилитационный месяц. Постепенно продвигаясь, специалисты организовали систему оказания реабилитационной помощи, которая включает отделения медицинской и физической реабилитации, психолого-педагогической помощи, физиотерапевтическое и санаторно-курортное отделения. Позвоночная спинномозговая травма на шейном уровне, черепномозговая травма с обширной гематомой, отеком мозга и его вклиниванием в затылочное отверстие, посттроксическое состояние после случайного повешения на качелях, тяжелая черепно-мозговая травма — во всех этих случаях, конкретные примеры которых приводились на пресс-конференции, реабилитологам с участием большой команды специалистов удавалось восстановить и социализировать пациентов. Дети есть дети, полностью уберечь их от травм, увы, не удается, и врачам приходится сталкиваться со всем новыми вызовами. Если 10 лет назад проблемой были массовые падения с тарзанок, то сейчас на детский травматизм активно влияют средства индивидуальной мобильности, а также падения с высоты из-за москитных сеток. Леонид Рошаль даже предлагает привлекать к уголовной ответственности родителей, не предусмотревших крепления для таких сеток. В зимнее время травмоопасным развлечением становятся тюбинги.

Но какими бы ни были причины детских травм, их уровень десятилетиями остается одним и тем же. В Москве он примерно такой же, как и в мире (11 % детей). Полностью справиться с детским травматизмом вряд ли получится, но уменьшить его вполне реально, говорят эксперты.

АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

Младенческие колики: чем помочь мальшу?

Часы плача при младенческих коликах обычно наступают ближе к вечеру. Ребенок может разразиться таким отчаянным криком, что на него жалко смотреть: весь побагровел, напрягся, сжимает кулаки, беспокойно шевелит ножками. «Да сделайте же что-нибудь — живот болит!» — говорит он этим плачем. Крик обычно длится часами, снижая качество жизни и самого младенца, который страдает от боли и от того, что его сон нарушается, и родителей, которые не высыпаются ночью. Ответ на вопрос, ждать, пока само пройдет, или помочь младенцу, очевиден. Помощь должна быть оказана как можно скорее!



Лидия
Александровна
НИКОНОВА

Педиатр консультативно-диагностического центра ГБУЗ «НПЦ специализированной медицинской помощи детям имени В.Ф. Войно-Ясенецкого» Департамента здравоохранения Москвы

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ

У взрослых такое состояние называется функциональной абдоминальной болью, но детям раннего возраста этот диагноз не ставится, вместо него используют термин «младенческие колики» (от греческого κολίκως — боль в толстой кишке). Это

наиболее частые функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта (ФН ЖКТ) у детей первых трех месяцев жизни: они беспокоят до 75 % из них. Функциональными такие нарушения называются потому, что не имеют в своей основе органической патологии (структурных аномалий, воспалительных изменений, опухолей, инфекции) со стороны ЖКТ.

Римские критерии IV пересмотра в 2016 году, обобщившие мировой опыт диагностики и лечения пациентов с функциональными заболеваниями ЖКТ, относят колики, срыгивания и функциональные запоры (ФЗ) к группе функциональных гастроинтестинальных расстройств (ФГИР) новорожденных и младенцев. При этом в первом полугодии жизни среди ФГИР лидируют именно колики (50–75 % слу-

чаев), за ними следуют срыгивания (23,1 %) и ФЗ (17,6 %).

Развитию ФН ЖКТ у младенцев способствуют анатомо-физиологические особенности ЖКТ и его морффункциональная незрелость, в том числе незрелость регуляции моторной функции кишечника, а также нарушения формирования кишечной микробиоты, пищевая гиперчувствительность или аллергия. Негативное влияние оказывают также перинатальное поражение центральной нервной системы (ЦНС) гипоксического или травматиче-

ского характера, недоношенность с полным парентеральным питанием в анамнезе, раннее начало искусственного вскармливания, антибиотикотерапия в первый месяц жизни.

Все это ведет к формированию синдрома вегетативных расстройств с изменением моторики ЖКТ, нарушению активности регуляторных пептидов и зачастую к одновременному возникновению колик (как проявления нарушений моторики кишечника при повышенном газообразовании).

Окончание на стр. 8 ►

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА ПРИ ВЗДУТИИ ЖИВОТА И КИШЕЧНЫХ КОЛИКАХ У ДЕТЕЙ¹



Полные аналоги европейских лекарств²
по доступной цене³

- ✓ Высокий профиль безопасности⁴
- ✓ Можно применять длительно
- ✓ Не влияет на процесс пищеварения
- ✓ Без сахара и лактозы



Реклама.

¹ Симетикон Эвалар капсулы – для взрослых и детей с 6 лет. Симетикотик Бэби капли для приема внутрь – для взрослых и детей с рождения. ² Аналоги по действующему веществу. ³ Симетикон Эвалар 40 мг. По данным АО «Группа ДСМ» за январь–апрель 2023 г. В пересчете на 1 капсулу среди ЛС с МНН Симетикон, реализуемых через аптеки. Симетикотик Бэби капли 20 мл. По данным АО «Группа ДСМ» за октябрь 2023 г., минимальная цена среди препаратов с МНН Симетикон, рекомендованных для детей 0+. ⁴ Разрешен детям, беременным и кормящим женщинам.

Является лекарственным средством. Имеются противопоказания. Перед применением ознакомьтесь с инструкцией.
Данная информация предназначена только для специалистов, работающих в сфере здравоохранения.
Не для распространения среди потребителей.



evalar.ru

АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

Младенческие колики: чем помочь малышу?

◀ Окочание, начало на стр. 7

срыгиваний (в результате спазма или зияния сфинктеров) и запоров (из-за снижения тонуса или спазма кишки). В целом же ФГИР возникают как следствие нарушения сложной двусторонней связи между ЦНС и энтеральной нервной системой (ЭНС), обеспечивающими правильную работу так называемой оси «мозг — кишечка». Немалый вклад в развитие ФН ЖКТ вносят и развивающийся на этом фоне дисбактериоз кишечника, а также транзиторный лактазный дефицит.

Несмотря на функциональную природу, младенческие колики и другие ФГИР не только снижают качество жизни всей семьи, но и могут негативно отразиться на здоровье ребенка и родителей. Нередко мамы и папы вместе с младенцем проходят множество ненужных консультаций и обследований, раз

за разом меняют молочные смеси в поисках той, на которую тот не будет реагировать повышенным газообразованием и болью в животе. Все это ведет к стрессу, невротизации и повышенной тревожности взрослых, что, в свою очередь, усиливает проявления ФГИР. К тому же результату ведут отсутствие эмоциональной близости и общения родителей с ребенком, а также послеродовая депрессия матери. К сожалению, из-за нехватки времени педиатр, как правило, не успевает обратить внимание на психологическое состояние мамы и объяснить, какую важную роль для ослабления приступов младенческих колик играет здоровая эмоциональная атмосфера в семье.

ГАСИМ ПЕНУ

Младенческие колики были и остаются наиболее частой причиной семейного

дискомфорта и стресса молодых родителей, а также основной причиной обращения за медицинской помощью до достижения младенцем возраста 4 месяцев, когда эта проблема исчезает сама собой. Негативное влияние вносит и интернет, в котором молодые мамы и папы ищут ответы на свои вопросы. Например, в «Википедии» они могут вычитать такой пассаж: «Ввиду малоэффективности лечения колик основным методом остается убеждение родителей в безопасности этого феномена и принятие выжидательной тактики». Но ждать, когда ребенку исполнится 4 месяца и колики у него пройдут сами, нельзя ни в коем случае! Ведь облегчить страдания малыша при современном уровне развития медицины вполне реально и совсем несложно. А если этого не сделать, колики способны оказать негативное влияние на его здоровье, спровоцировав нарушение пристеночного пищеварения и усвоения питательных веществ, возникновение синдрома срыгивания и рвоты из-за повышения внутрибрюшного давления. Все это может привести к развитию гипотрофии и рахита, гастроэзофагеального рефлюкса, вторичной ферментативной недостаточности, колита.

возрастных группах) или Симетикон Эвалар в капсулах. После перорального приема симетикон выводится через ЖКТ в неизмененном виде, не попадая в грудное молоко, поэтому его могут применять и кормящие женщины.

ПАМЯТКА ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ

Очень важно, чтобы педиатр объяснил мамам и папам простые правила профилактики колик, срыгивания и функциональных запоров.



- Перед каждым кормлением необходимо выкладывать ребенка на 5–10 минут на животик, а затем погладить его круговыми движениями ладони по часовой стрелке вокруг пупка. Это улучшает перистальтику кишечника и отхождение газов.

- При кормлении нужно правильно прикладывать ребенка к груди, чтобы он захватывал не только сосок, но и околососковый кружок — ареолу, и не отрывался от него, пока не наестся. Если малышу дают смесь в бутылочке, следует держать ее так, чтобы ее горлышко было заполнено смесью (а не частично воздухом).

- После кормления необходимо подержать ребенка столбиком (вертикально) 10–15 минут, чтобы отошел воздух, проглоченный в процессе сосания грудного молока или смеси. Это профилактика не только срыгиваний, но и колик, иначе оказавшийся в желудке воздух попадет в кишечник, усилив метеоризм.

Облегчить боль при коликах помогают массаж живота по часовой стрелке вокруг пупка и сухое тепло — можно приложить к животику теплую (не горячую!) фланелевую пеленку, сложенную в несколько раз и проглаженную утюгом. А еще — взять малыша на руки в вертикальном положении, прижать к себе и походить по комнате, слегка похлопывая по спинке.

Поделитесь этими лайфхаками с родителями, они будут вам благодарны.

**АБВ
ПРЕСС**
ИЗДАТЕЛЬСТВО

НЕ ПРОСТО ИЗДАТЕЛЬСТВО –
СООБЩЕСТВО МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ

abvpress.ru medvedomosti.media netoncology.ru

ЖУРНАЛЫ

ОНКОУРОЛОГИЯ

Опухоли ГОЛОВЫ и ШЕИ

САРКОМЫ
костей, мягких тканей и опухоли кожи

ДЕТСКОЙ НЕВРОЛОГИИ

ГЕМАТОЛОГИЯ

УСПЕХИ МОЛЕКУЛЯРНОЙ
ОНКОЛОГИИ

БОЛЕЗНИ

ОПУХОЛИ ЖЕНСКОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ

НЕЙРОХИРУРГИЯ

Российский
Биотерапевтический
Журнал

ОНКО ПАТОЛОГИЯ

ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ ТЕРАПИЯ В ОНКОЛОГИИ

Хирургия и ОНКОЛОГИЯ

КЛИНИЦИСТ

MD-ONCO

ГАЗЕТЫ

Онкология Сегодня

Урология Сегодня

СОВРЕМЕННАЯ
КАРДИОЛОГИЯ

ПЕДИАТРИЯ СЕГОДНЯ

Акушерство и гинекология

НЕВРОЛОГИЯ СЕГОДНЯ

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ СЕГОДНЯ

Московская
Эндокринология
СЕГОДНЯ

Android iOS

Реклама

**ПЕДИАТРИЯ
СЕГОДНЯ**

Спецвыпуск № 2 (36) 2024
Дата выпуска номера: 22 июля 2024 г.

УЧРЕДИТЕЛЬ
ООО «Издательский дом «АБВ-пресс»
Генеральный директор:
Леонид Маркович Наумов

Бесплатная подписка на газету

<http://abvpress.ru/registration>

РАСПРОСТРАНЕНИЕ

По подписке. Бесплатно.

Газета зарегистрирована Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор). Свидетельство о регистрации ПИ №: ФС77-74576 от 14 декабря 2018 г.

Категорически запрещается полная или частичная перепечатка материалов без официального согласия редакции. Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов. Ответственность за достоверность рекламных объявлений несет рекламодатели.

РЕДАКЦИЯ
Главный редактор: Александр Григорьевич Румянцев
Шеф-редактор: С.А. Агафонова

Редакционная группа:
Д.М.Н., академик РАН Ю.В. Лобзин
Д.М.Н., профессор Д.В. Ковалев
Д.М.Н., профессор О.В. Каракеева
Д.М.Н., профессор В.Ю. Воинова
Д.М.Н., доцент А.А. Вильниц

Выпускающий редактор: И.В. Ковалева

Дизайн и верстка: С.С. Крашененинникова
Корректор: А.С. Савельев

Директор по рекламе: А.Г. Прилепская
Руководитель проекта: О.А. Строковская

**АДРЕС РЕДАКЦИИ
И ЧУРЧЕДЕЛЕЯ**
115478, Москва,
Каширское шоссе, 24, стр. 15
Тел. +7 (499) 929-96-19

ПЕЧАТЬ
Отпечатано в типографии
ООО «Юнион Принт»
Нижний Новгород,
Окский съезд, 2, корп. 1
Заказ № 241696.

E-mail: abv@abvpress.ru
www.abvpress.ru
Общий тираж 10 000 экз.