

# ЕЛЕНА ОРЛОВА

Как стать здоровым  
Современный  
САМОУЧИТЕЛЬ

## КНИГА ДЕТСКОГО ВРАЧА, НАПИСАННАЯ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ

# КАК ПРАВИЛЬНО ЛЕЧИТЬ РЕБЕНКА

## И ЗАБОТИТЬСЯ О ЕГО ЗДОРОВЬЕ



dr.elena\_orlova

Лечу детей,  
успокаиваю родителей

t.me/dr\_orlova



## ДЕТСКИЙ ВРАЧ-ПУЛЬМОНОЛОГ

Как стать здоровым. Современный самоучитель

Елена Орлова

**Книга детского врача,  
написанная для родителей.  
Как правильно лечить ребенка  
и заботиться о его здоровье**

«Издательство АСТ»

2018

УДК 616-053.2  
ББК 57.3

**Орлова Е. С.**

Книга детского врача, написанная для родителей. Как правильно лечить ребенка и заботиться о его здоровье / Е. С. Орлова — «Издательство АСТ», 2018 — (Как стать здоровым. Современный самоучитель)

ISBN 978-5-17-110671-3

Что чаще всего обсуждают родители малышей, дошкольников и младших школьников? Детские болезни! Кашель, насморк, температура – вот предметы беспокойства большинства мам и пап. Всех пугают эти грозные аббревиатуры – ОРЗ и ОРВИ, но еще больше пугают маячащие за ними более грозные перспективы: отит, бронхит, ангина, пневмония, антибиотики, больница... Так ли страшны детские простуды, можно ли их избежать и как с ними справляться? Часто ли нужно применять антибиотики? Помогают ли иммуномодуляторы предотвратить заболевание? Как помочь иммунной системе ребенка? На все эти вопросы отвечает Елена Орлова – детский врач-пульмонолог и популярный блогер.

УДК 616-053.2

ББК 57.3

ISBN 978-5-17-110671-3

© Орлова Е. С., 2018

© Издательство АСТ, 2018

## Содержание

Вступление	7
Первый год жизни – закладываем основы здоровья малыша	9
Рахит	9
Дисбактериоз	16
Конец ознакомительного фрагмента.	20

**Елена Орлова**  
**Книга детского врача,**  
**написанная для родителей**  
**Как правильно лечить ребенка**  
**и заботиться о его здоровье**

© Орлова Е., 2018

© ООО «Издательство АСТ», 2019

\* \* \*

Здорово, что есть доктора, которые находят время для ведения блога, в котором легко и понятно рассказывают о здоровье. Блог Елены читаю больше года. И меня подкупает ее позиция не переусердствовать. Знаю, как многие врачи любят перестраховаться и назначают лишнее.

А вот у Елены иной подход: главное – не залечить. Вот так заходишь к ней в блог, а там все по полочкам. Почему не нужно лечить ОРВИ или как справиться с кашлем. Доступно и просто, а главное – это реально практикующий специалист, а не теоретик.

*@raisa\_foodblogger, [www.instagram.com/raisa\\_foodblogger](http://www.instagram.com/raisa_foodblogger)*





## Вступление

Я поступила в медицинскую академию с твердым намерением реализовать свою детскую мечту – спасать людей. Обучаясь на лечебном факультете, готовилась лечить взрослых. Но неожиданно даже для самой себя влюбилась в педиатрию и связала свой дальнейший путь в профессии с ней.

В самом начале пути различия между большими и маленькими пациентами казались очевидными – у взрослых уже множество диагнозов, а малыши (за исключением тех, кто страдает серьезными хроническими заболеваниями) – здоровы. Но, погрузившись в педиатрию, я обнаружила очень неожиданную вещь – по мнению отечественных медиков, большинство детей ужасно нездоровы. С самых первых дней жизни и первых встреч с докторами в картах малышей появлялось множество диагнозов, звучащих один другого страшнее: *морфофункциональная незрелость, перинатальное поражение нервной системы, вторичный иммунодефицит, персистирующая вирусная инфекция*. Хотя обладатели этого внушительного списка диагнозов выглядели чрезвычайно здоровыми и довольными жизнью карапузами, они должны были получать лечение, которому позавидовали бы жалующиеся «на всё» бабушки из моей практики на лечебном факультете.

Кроме того, доктора регулярно что-нибудь этим деткам запрещали: гулять, ходить в сад, есть определенные продукты, менять климатические условия. Что, впрочем, особо не меняло ситуацию. При этом находились те родители, кто, не обращая внимания на все эти рекомендации, ничем малышей не лечил и делал многое из «запретного» (меня, конечно, первое время возмущали такие «нарушители предписаний»). И нельзя было не обратить внимание на то, что дети «нарушителей» чувствовали себя явно не хуже, а то и лучше тех, кого лечили, обследовали и от всего оберегали.

Это все ставило меня в тупик.

Пытаясь разобраться в ситуации и наилучшим образом помочь своим маленьким пациентам, я сначала изучала отечественную медицинскую литературу, но это только запутывало меня еще сильнее. И вот в один счастливый для моей профессиональной деятельности день я открыла для себя иностранные источники информации и медицинский подход, применяемый в Европе и Америке, называемый **доказательная медицина**. Он разительно отличался от того, что я наблюдала в отечественной медицине. Доказательная медицина привлекла меня своей логичностью и ответила на вопросы, которые до этого оставались без ответа.

Именно поэтому я решила работать, основываясь на доказательной медицине, хотя в России это нельзя было назвать популярной позицией. Но сейчас все больше пациентов и родителей малышей открывают для себя такой подход к сохранению здоровья и отдают ему предпочтение. Чем же отличается западный подход от отечественного?

Большинство детей в Америке и странах Европы изначально считаются здоровыми, им не выставляют с первых дней жизни кучу диагнозов (там вовсе не существует очень многих диагнозов, которые активно используются у нас) и не прописывают тонны лекарств. Если лечение и обследование необходимы, они проводятся в соответствии с так называемыми гайдлайнами (что на русский можно перевести как «руководства» или «протоколы»). В них собраны наиболее необходимые, действенные и безопасные методы, известные на сегодняшний день. Такой подход исключает ситуацию, знакомую русскоязычным пациентам: пошел к одному доктору – услышал одно, к другому – диаметрально противоположное. И так может повторяться много раз. В разных больницах даже одного и того же российского города одно и то же заболевание лечат зачастую по-разному, а уж что говорить про знаменитое противостояние московской и санкт-петербургской школ (во всех специальностях).

Но больше всего, повторяюсь, меня привлек и продолжает привлекать подход, согласно которому ребенок не «чем-то болен, просто пока не дообследован» или «пока это не проявилось, вот подождите пару лет», а здоров, если не имеет очевидного хронического заболевания. Хроническое заболевание будут лечить. А ребенок без него будет здоров, даже если будет болеть в детском саду, закатывать истерики и отказываться есть кашу. Ведь это возрастная норма, а не что-то ужасное. И родителям нужно об этом знать!

Судя по отзывам, с этим знанием молодым мамам и папам становится куда проще наслаждаться родительством. А о том, как сохранить здоровье и не испортить его ненужным лечением (да, и такое бывает!), я расскажу на страницах этой книги.



## Первый год жизни – закладываем основы здоровья малыша

### Рахит



Слово «рахит», от которого бросает в дрожь молодых матерей, слышат большинство родителей на первом году жизни малыша. Большинство взрослых тогда же впервые узнают и о том, что существует какой-то витамин Д и он нужен ребенку, чтобы не было этого страшного рахита. А потом вдруг оказывается, что витамины давали, а рахит все равно есть. У бедных родителей голова идет кругом. Что же, давайте разбираться!

**Рахит** – собирательный термин, обозначающий нарушения фосфорно-кальциевого обмена. Часть подобных случаев – это врожденные и тяжелые формы, связанные с генетическими нарушениями. Они требуют лечения, наблюдения докторов и встречаются, к счастью, нечасто.

В основном фосфор и кальций занимаются в организме построением костной ткани (хотя справедливости ради скажем, что у них много и других функций). Так как витамин Д тоже принимает активное участие в этом процессе, часть случаев рахита связана именно с его нехваткой (образовавшейся по разным причинам).

Соответственно, наиболее заметны какие-либо сбои в кальциево-фосфорном обмене будут именно в строении костей. Полная клиническая картина рахита развивается достаточно медленно, усугубляясь по мере того, как ребенок растет и становится более активным. Характерные изменения, происходящие с костями, – это размягчение, деформация (что приводит к искривлению ножек, уплощению затылка, а также формированию специфических признаков, которые видны на рентгенограмме: деформации костей предплечья, ребер), боли, склонность к переломам. Кроме того, для страдающего рахитом малыша характерен выступающий живот, выдающаяся вперед (килевидная) грудная клетка. Также имеет место повышенная потливость, беспокойство ребенка, слабость мышц.

Наиболее распространен среди малышей так называемый **алиментарный рахит**. Он не связан с серьезными заболеваниями, а вызван недостаточным поступлением витамина Д в организм. То есть эта *проблема* потенциально легко устраняется, но в случае с младенцами существует одна сложность. Ведь обеспечить достаточное поступление в их организмы витамина Д практически невозможно. Посудите сами – витамин Д вырабатывается в коже под действием ультрафиолетовых лучей; в достаточном количестве присутствует только в жирных сортах рыбы и специально обогащенных продуктах.

В грудное молоко витамин Д проникает плохо, поэтому маме нужно будет практически круглосуточно загорать, отвлекаясь только на поедание жирной рыбы, чтобы обеспечить малыша достаточным количеством этого витамина. Витамин Д добавлен в адаптированные молочные смеси, которые используются, если грудное вскармливание по каким-то причинам невозможно. Но суточную дозу витамина малыш получает, только выпивая литр смеси, чего, разумеется, не происходит в первые месяцы жизни.

Именно поэтому в настоящий момент оптимальным вариантом для обеспечения организма младенца этим веществом считается назначение профилактических доз *синтетического витамина Д*. Чаще всего он представлен в виде раствора, а профилактическая доза составляет несколько капель, в зависимости от концентрации витамина в препарате.

Эта мера используется во всем мире уже достаточно давно и показала отличные результаты. Описанная выше картина тяжелого рахита сейчас встречается у детей крайне редко, тогда как раньше была достаточно распространена. Помните рыбий жир в детском саду (или рассказы о нем от старших родственников)? Его давали деткам как раз из-за содержащегося там витамина Д. Но проблема заключается в том, что к возрасту посещения детского сада изменения костей уже произошли. Именно поэтому профилактику решили начинать раньше, а именно с первых дней жизни малышей.

Рыбий жир, судя по рассказам, кажется самым тяжелым воспоминанием детсадовцев советского времени, однако сейчас многие хотят давать детям именно его, считая это более естественным вариантом, нежели «химические» капельки витамина Д. Однако это неоправданно. **Точное содержание витамина Д в рыбьем жире неизвестно, и к тому же он не предназначен для использования у младенцев.** А именно в этот период мы хотим помочь организму в формировании здоровой костно-мышечной системы и не только.

Ведь в последнее время ученые выяснили, что у витамина Д куда больше функций. Он участвует в работе практически всех систем организма: иммунной, сердечно-сосудистой,

нервной, дыхательной, мышечной. Соответственно, в раннем возрасте, в период интенсивного формирования и развития органов и систем, нехватка этого вещества может быть критичной. Поэтому и было принято решение о назначении профилактической дозы витамина Д всем малышам.

Многим родителям бывает трудно принять тот факт, что здоровому малышу необходимо «что-то давать» без наличия каких-либо жалоб и без сдачи анализов. На первый взгляд, это выглядит опасной «уравниловкой». Однако, если мы вспомним источники витамина Д для организма, то легко сделаем вывод, что для младенцев они недоступны. И достаточному количеству витамина Д просто неоткуда появиться в организме малыша. Именно поэтому все наиболее авторитетные организации, включая Всемирную организацию здравоохранения, рекомендуют просто начинать прием витамина Д с первых дней жизни, не сдавая никаких анализов.

Давайте еще раз рассмотрим источники витамина Д.

Современная медицина считает морепродукты очень полезными, и жирные сорта рыбы тоже. Однако в сбалансированном рационе должны присутствовать и другие продукты. Детям старше двух лет требуется всего один-два приема рыбы/морепродуктов в неделю, при этом рекомендуемая порция не содержит даже суточную дозу витамина Д.

Отличным источником витамина Д являются специально обогащенные продукты, однако на российском рынке они на сегодняшний день практически не представлены. Остальные продукты бедны витамином Д.

Самый спорный вопрос в истории с витамином Д – это, конечно, солнечные лучи. Ведь это естественный путь выработки витамина Д в организме, и именно так его получали наши предки (это наиболее частый аргумент, который я слышу от пациентов и подписчиков). Это, несомненно, так. Однако в настоящий момент дерматологи всего мира бьют тревогу в отношении онкологических заболеваний кожи (включая меланому, одно из самых агрессивных злокачественных новообразований, способную за несколько месяцев привести к гибели). Именно поэтому дерматологи категорически против нахождения детей и взрослых на открытом солнце без использования защитных кремов. А использование крема сильно сокращает возможность выработки витамина Д.

Кроме того, наибольшее количество витамина Д вырабатывается в самые «опасные часы» – в среднем с десяти до пятнадцати часов, когда те же дерматологи советуют держаться подальше от открытого солнца.



Авторитетные медицинские организации, такие как Американская академия педиатрии, не рекомендуют находиться под прямыми солнечными

лучами деткам до шести месяцев (даже с солнцезащитным кремом), так как в этом возрасте кожа наиболее уязвима для отрицательного воздействия солнечного излучения.

В общем, налицо противоречие между дерматологами и докторами остальных специальностей, имеющих отношение к рекомендациям по поводу витамина Д (педиатры, эндокринологи, ортопеды). Они, конечно, не могут отрицать, что солнечное излучение – естественный источник витамина Д для организма. Однако, если на одной чаше весов снижение риска онкологии и прием искусственных добавок, содержащих витамин Д, а на другой – риск онкологии и естественная выработка витамина, для себя и своей семьи я предпочту первый вариант без всяких сомнений.

Но даже если мы решили презреть опасности и добывать «солнечный витамин», нужно помнить о том, что значение имеет так называемый УФ-индекс (так сказать, сила солнечного излучения), который можно узнать с помощью смартфона. Если он менее двух (что в российской средней полосе часто бывает даже летом), значит, в нашей коже не сможет образоваться достаточное количество витамина Д.

Надо сказать, что в то время как некоторые врачи все еще сомневаются в необходимости приема витамина Д детьми первых лет жизни, его начинают активно принимать взрослые. Ведь последнее время этот «солнечный» витамин на пике популярности. По всему миру проводится огромное количество исследований, посвященных связи витамина Д и различных заболеваний, в числе которых и наиболее значимые во взрослом возрасте: диабет, заболевания сердца, онкология, а также вездесущие простуды во всех возрастных группах и многие другие. Результаты этих исследований пока не совсем однозначны, и говорить о том, что недостаток витамина Д виноват во множестве заболеваний, а прием витамина Д, соответственно, поможет от всего, – пока рано. Однако показания к его приему в последние годы заметно расширились.

Но все же вопросов у ученых пока больше, чем ответов. Вот, например, до сих пор нет согласия по поводу того, до какого возраста стоит давать витамин Д. Начинаем с первых дней жизни, а потом? Пока возрастом прекращения приема в большинстве рекомендаций значится два года, однако во многих зарубежных странах, в том числе куда более солнечных, чем Россия (Италия, Израиль, Голландия), детям дают профилактические дозы витамина Д до семи лет.

Существует ряд популярных среди российских педиатров мифов, которые слышит каждый второй, если не первый родитель на приеме. При этом данные тезисы неверны с точки зрения современной медицины. Вот они.

☺ **Прием витамина Д нужно отменять на лето.**

Так не делают нигде в мире, включая опять же страны с куда более сильным солнечным излучением, чем Россия. В официальных методических рекомендациях Минздрава России по профилактике дефицита витамина Д тоже, кстати, ничего не сказано о сезонных отменах.

☺ **На дозу витамина Д влияет размер родничка, если мал – уменьшаем, а то и вообще отменяем, а если большой, то увеличиваем дозу.**

Да, медленное закрытие большого родничка – один из признаков рахита, однако должны быть и другие симптомы, чтобы принимать это во внимание. А вот маленький размер родничка и вовсе никак не связан с витамином Д.

☺ **Потливость и вытертый затылок – признаки рахита.**

Знаменитый «вытертый» затылок малышей является закономерным следствием смены волос (зародышевых на терминальные). Потеть детки могут, если дома слишком высокая температура, что бывает довольно часто, учитывая, что родители и особенно старшие родственники очень боятся, что малыша продует. Кроме того, физическая нагрузка, которой является, например, сосание молока из груди, также провоцирует потоотделение.

☺ **Определять дозу витамина Д нужно по пробе Сулковича.**

Проба Сулковича – устаревший и очень неточный метод определения уровня кальция в моче по помутнению. Он не используется нигде в мире и не должен в современных условиях влиять на решение о приеме витамина Д. Чтобы узнать всю правду, сдается анализ на уровень витамина Д в крови, кальция и фосфора в крови и моче. Однако! Руководства для педиатров ни в одной стране, в том числе и в России, не рекомендуют определять уровень витамина Д у всех грудничков. Профилактический прием витамина рекомендован без сдачи анализа. В возрасте старше двух лет можно сдать анализ, чтобы понять, нужно ли продолжать прием профилактической дозы.

☺ **Передозировка страшнее дефицита.**

Это не то чтобы миф, и передозировку, естественно, устраивать не стоит. Тем не менее стоит учитывать контекст. Это выражение появилось в те времена, когда повсеместного профилактического приема витамина Д еще не было и был распространен рахит, который лечили очень высокими дозами этого витамина. Получается, к докторам попадал ребенок практически без симптомов, ну и что, что кости деформированы, зубы плохие, а про другие функции витамина Д тогда и не знали. А в результате лечения случалось острое состояние с резким повышением кальция в крови. Такое, конечно, никому не нравилось.



Но нужно помнить, что профилактические дозы в десятки раз ниже лечебных и официально признаны безопасными (максимальной безопасной для детского возраста считается доза 2000 МЕ, а профилактические дозы в разных странах варьируются от 400 до 1000 МЕ).

Поэтому если какие-либо проблемы со здоровьем малыша, получающего профилактическую дозу витамина Д, доктора относят к «передозировке витамина Д», это должно вызывать как минимум большие вопросы.

☺ **Чем больше, тем лучше.**

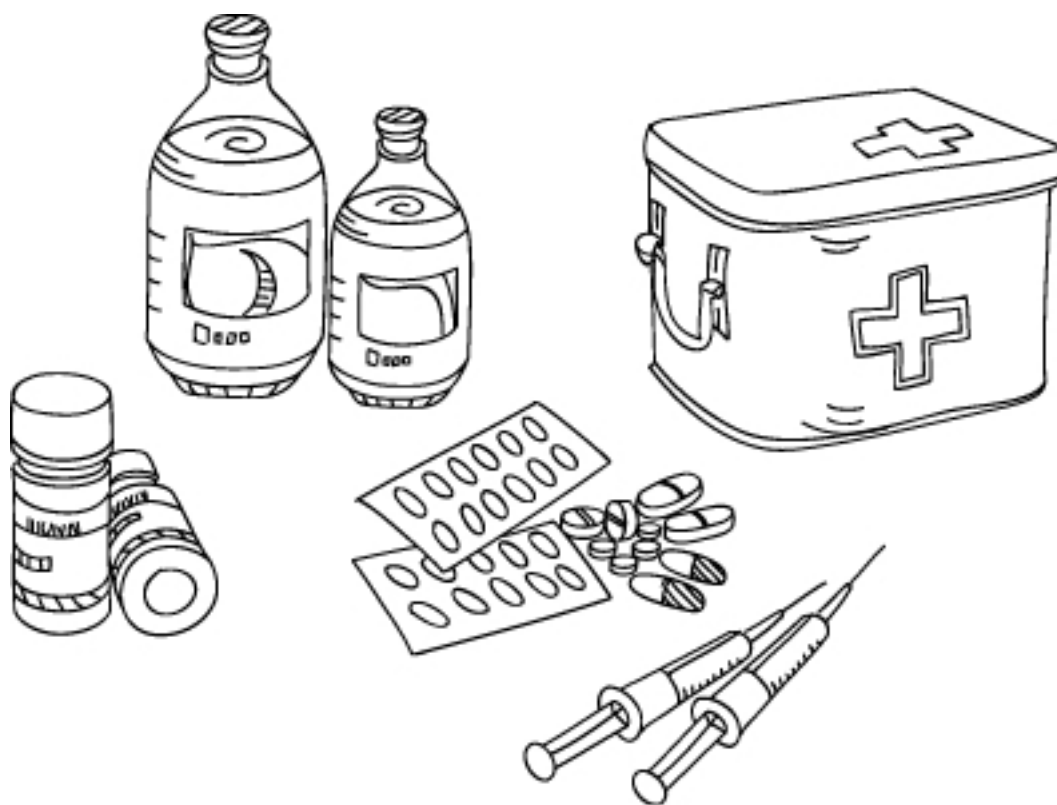
Это обратная сторона медали под названием «популярность витамина Д». Как я уже упоминала, в настоящее время проводится много исследований, посвященных связи витамина Д и различных заболеваний и их рисков. И наиболее обнадеживающие результаты часто попа-

дают в поле зрения СМИ, а значит, становятся известны широкому кругу людей. И в погоне за пользой некоторые люди, к сожалению, злоупотребляют биологически активными добавками.

Исследования показывают, что с 1999 по 2014 год увеличилось количество людей, употребляющих потенциально небезопасные количества витамина Д – выше 4000 МЕ в сутки. Кроме того, и среди докторов появляются адепты приема высоких доз этого витамина, что они, соответственно, рекомендуют своим пациентам. И утверждают, что получают отличные результаты в лечении самых разных патологий.

Этот вопрос пока остается открытым, ведь многие эксперты считают официальные профилактические дозы слишком низкими и предлагают их пересмотреть. Тем не менее позиция медицинских авторитетов на сегодняшний день такова: прием высоких доз плохо изучен на предмет отдаленных последствий, при этом не продемонстрировал хороших лечебных и профилактических эффектов – в отличие от общепринятых профилактических доз.

Что касается детей, то для родителей обычно невероятно актуальна тема ОРВИ и иммунитета. Зная это, некоторые специалисты рекомендуют лечить и профилактировать ОРВИ высокими дозами витамина Д. Действительно, есть данные исследований о том, что у людей с низким уровнем витамина Д чаще случаются ОРВИ, а также что в группах детей, принимающих профилактические дозы этого витамина, наблюдается меньше случаев ОРВИ, чем в группах, не получавших витамин Д. Однако эти данные нельзя назвать однозначными, более того, дозы выше официально безопасной не фигурируют в исследованиях. А значит, не изучена безопасность такого подхода. И это все больше похоже на эксперименты над детьми.



#### *Выводы*

☺ Детям первых лет жизни необходим профилактический прием витамина Д. Он назначается во всем мире без сдачи анализов и вполне безопасен.

☺ На основании «вытертого» затылка и потливости нецелесообразно повышать дозу витамина Д младенцу.

☺ Детям старше двух лет и взрослым прием витамина Д может принести пользу при наличии его дефицита, вероятность которого высока. В зависимости от ситуации и рекомендаций вашего доктора, возможен прием профилактической дозы или предварительное выяснение уровня витамина Д с помощью соответствующего анализа.

☺ На сегодняшний день польза длительного приема очень высоких доз витамина Д в основном не доказана. Официальных данных об эффективности и безопасности лечения и профилактики ОРВИ таким способом также не существует.



## Дисбактериоз

Дисбактериоз – еще один диагноз, с которым большинство родителей сталкиваются в первые месяцы жизни своего малыша, и этот пахучий анализ и неясные, но пугающие изменения в нем продолжают преследовать их и в дальнейшем. Ведь это один из самых популярных диагнозов в отечественной педиатрии, которым оперируют врачи практически всех специальностей.

Чтобы обсуждать данную тему, нужно уточнить ряд понятий. Есть такой термин **«нормальная микрофлора»**, она же **нормофлора, микробиоценоз**. Имеется в виду совокупность всех микроорганизмов, которые в нормальных условиях живут в организме человека.

Да, вы не ослышались! В норме в каждом из нас проживает гигантское количество бактерий, грибов и даже вирусов. Микроорганизмов в нас количественно больше, чем наших собственных клеток! Именно поэтому боязнь бактерий, к примеру, в горле и сильное желание их уничтожить с помощью какого-нибудь антисептика – явление не только не полезное (об этом поговорим позже), но и обреченное на провал. Ведь бактерий у нас столько, что никакими средствами с ними не справиться. Да, в общем-то, это и не нужно! И скоро вы поймете почему.

Вернемся к терминам. В западном медицинском мире в настоящее время для этого же понятия предпочитают термин **«микробиота»** (или **микробиом**, иногда говорят еще о **микробном пейзаже**). Именно изучением микробиоты в целом, а также ее связи с различными заболеваниями сейчас активно занимаются ученые. И началась эта работа не так давно, первая фаза проекта «Микробиом человека» продолжалась с 2007 по 2012 год. Результаты получены разносторонние, интересные и, конечно, обнадеживающие, однако пока мы еще далеки от полного понимания влияния микрофлоры на болезни.

В нашей медицине активно используется и такое понятие, как **«дисбактериоз»**, он же **нарушение микробиоценоза, дисбиоз**. Имеются в виду нарушения нормального состава той самой микрофлоры, которая живет с нами. И стоит подчеркнуть, что аналогов этому термину в официальной западной медицине просто не существует. Почему? Потому что сейчас медики только в процессе выяснения той самой нормы (и то это понятие будет условным). Ведь у каждого человека индивидуальный набор микроорганизмов, который зависит от множества факторов – места и условий жизни, питания, перенесенных болезней.





Говорят даже о том, что микробиота настолько же уникальна, как отпечатки пальцев!

То есть в настоящее время никто не знает, какой именно состав микрофлоры можно считать нормальным в принципе и конкретно для данного человека. Именно поэтому говорить о каких-либо нарушениях пока безосновательно, ведь мы не знаем нормы! А именно с нормой нужно сравнивать полученные показатели, чтобы сделать заслуживающий доверия вывод. Вспомните, например, анализ крови: справа от полученных значений в бланке всегда фигурируют так называемые референсные значения. Это норма для данного возраста и пола, которая установлена в ходе исследований и принята во всем мире. Именно с ними мы сравниваем результат конкретного анализа и можем сделать вывод, имеем ли дело с нормой или есть проблема. А если нормативных значений для сравнения нет, то мы получаем просто набор цифр, который нам ни о чем не говорит. Парадоксально, но с анализом кала на дисбактериоз сейчас именно такая ситуация. Нигде в мире не знают норм для данного анализа. Тем не менее в нашей медицине он используется очень активно.

**Это происходит в России и странах СНГ, но больше нигде в мире.**

Ситуация напоминает выражение «семь бед – один ответ». Проблемы с пищеварением, зубами, кожей, аллергия, аденоиды, недержание мочи – ответ один: «Сдайте анализ на дисбактериоз». Я не шучу! Не говоря уже, конечно, о младенцах с коликами, зелеными какашками, плачем, различными сыпями и другими временными состояниями, малышах, которые за несколько месяцев жизни уже успевают сдать буквально килограммы анализов. (Точнее, они только производят материал для них, который мамы соскребают с памперсов, а папы доставляют свеженьким в лабораторию, ведь так положено, иначе анализ будет неинформативен!)

Между тем такого диагноза не существует в Международной классификации болезней (это список всех-всех диагнозов по всем медицинским специальностям, которым пользуются врачи в своей работе), а анализ на дисбактериоз не входит в протоколы обследования ни по одному из перечисленных случаев. Да и вообще ни по какому поводу в других странах не сдается.

Почему так? Технически с самим анализом есть ряд проблем. С его помощью мы анализируем, какие бактерии живут в кишечнике, основываясь на том, какие бактерии выросли на питательных средах, на которые посеяли кал. Но те бактерии, которые вышли наружу, могли так и пройти «транзитом» через кишечник, а вовсе там не жить. А те, которые живут, могли не выйти в этот раз. Естественно, два подобных анализа одного и того же человека, сданные, к примеру, дважды за один день, покажут разные результаты. Кроме того, не все бактерии, интересные нам, охотно вырастают в пробирках.

Поэтому сейчас, с сугубо научными целями, активно используется так называемый метод **секвенирования генома**. Он куда более информативен (и дорогостоящ). Так, в ходе исследования «Микробиом человека» на то, чтобы получить генетическую информацию всех микробов, найденных у здоровых добровольцев, было потрачено 173 миллиона долларов. Данные эксперименты проводятся примерно так: берется большое количество здоровых младенцев, делается специальные исследования кала, анализируется, какие бактерии выявлены. И на этом основании делается вывод о том, какие бактерии могут жить в кишечнике здорового малыша.

Повторяю, этот вопрос еще только изучается! И пока еще нет никаких нормативов для докторов, позволяющих однозначно сказать: вот эта бактерия плохая, нужно ее срочно из кишечника убирать. Все самые популярные микробы со страшными названиями, наверняка известными и вам, вроде золотистого стафилококка, клебсиеллы, кишечной палочки, признаны нормальными (!) обитателями кишечника (конечно, при условии, что там живут не только они!) как взрослых, так и детей.

В России же другой подход – результат анализа кала здорового младенца сравнивается с нормой на бланке, придуманной неизвестно кем и когда (я серьезно!), и на этом основании делается вывод, что младенец на самом деле вовсе и не здоров. Это, конечно, печально.

Откуда же тогда берутся слухи о всесильности дисбактериоза и волшебном эффекте от его «излечения», о которых и вам, возможно, доводилось читать на форумах или слышать от знакомых?

Если мы говорим о малышах первых месяцев жизни, то с дисбактериозом обычно связывают состояния, которые проходят самостоятельно, например колики, транзиторная лактозная недостаточность, акне новорожденных и другие. В какой-то момент героического «лечения» дисбактериоза – а доктора обычно делают это многоэтапно – симптомы проходят. Но вся прелесть ситуации в том, что они бы прошли и без данного лечения.

Такова особенность первых месяцев жизни ребенка – адаптация к жизни вне материнской утробы. Она может быть разной степени выраженности и продолжительности, но обязательно имеет счастливое завершение. Колики проходят, и безудержный вечерний плач заканчивается, акне исчезает и сменяется чистой бархатистой кожей, кишечник адаптируется, и стул перестает пугать родителей гаммой расцветок и ароматов. Маленький человечек постепенно учится жить в этом разнообразном мире, его организм приспособливается к окружающему. Это сложный процесс, и, согласитесь, очень примитивно сводить его только к «плохим и хорошим» бактериям в какашках.

А ведь в некоторых случаях несчастные малыши успевают получить даже курс антибиотиков, чтобы уничтожить плохих (по мнению авторов анализа на дисбактериоз) бактерий. Естественно, курс этот лишний и даже вредный для собственной микрофлоры ребенка.

Если же речь идет о детках постарше, то здесь ситуация еще менее радужная. Ведь у малышей, которым проводят анализ на дисбактериоз и на основании этого назначают лечение, чаще всего есть реальные проблемы со здоровьем, которые портят им жизнь. К примеру, запор. Даже если человек, не имеющий медицинского образования, попытается логически оценить ситуацию, довольно странно предположить, что вредные бактерии могут каким-то образом препятствовать нормальной дефекации. Так и возникает в голове странная картина: злые микробы стоят в просвете кишечника с криком «Ты не пройдешь!».

Оглядываясь назад на годы своей ординатуры, я совсем не понимаю, почему не подумала об этом и свято верила старшим товарищам, пытаясь устранить запор лечением дисбактериоза. И еще более странно, конечно, что никто из старших товарищей об этом не думает. А ведь речь идет о пищеварительной системе. А вот какое отношение бактерии в кишечнике могут иметь к аденоидам? Риторический вопрос.

В общем, вместо того чтобы назначить эффективное лечение имеющейся проблемы, многие врачи упорно лечат дисбактериоз. Что может произойти? Если взять пример того же запора, то большинство случаев у деток приходится на так называемый **функциональный запор**. То есть никаких серьезных заболеваний у ребенка нет, а проблема есть. Часто это связано с особенностями образа жизни, которые могут меняться как сами по себе, так и по рекомендации доктора (но, к сожалению, им уделяют куда меньше внимания, чем лечению дисбактериоза). Например, малыш начал пить больше воды и питаться более разнообразно, распробовав наконец овощи и фрукты, стал более физически активным и укрепил мышцы брюшного пресса, а также освоился в детском саду, в семье снизился уровень стресса. Все это закономерно улучшит ситуацию с дефекацией. И именно этому стоит уделять основное внимание в данном случае, а не «лечению плохих бактерий в кишечнике».

Вот почему я против этого «диагноза» (хоть, как мы выяснили, дисбактериоз и диагнозом назвать нельзя). Он отвлекает нас от тех обследований и того лечения, в том числе и немедикаментозного, которое необходимо малышу.

Здесь стоит принять во внимание, что, хоть диагноза «дисбактериоз» и не существует, микрофлора очень важна для здоровья ребенка. Вопреки уверениям рекламы, бактерии проживают не только в кишечнике, но и на других слизистых оболочках, например в носу и горле, ротовой полости, а также на коже. Что уже точно известно про наших микроскопических обитателей, это то, что они защищают нас от куда более вредных микробов. Пока «наши» на месте, другим микробам банально не хватает места. Это простое, в сущности, правило называется сложным выражением «колонизационная резистентность». Но стоит количеству «наших» уменьшиться, как чужаки тут же приходят на освободившееся место и начинают активно заселяться. Это необязательно сразу же вызовет заболевание, но в ситуации некоторого ослабления иммунной защиты организма вполне возможно.

Когда речь идет о «наших» и «не наших» микроорганизмах, часто для упрощения используют термин «полезные» и «вредные». Это наглядно, но вместе с тем создает определенную путаницу. Ведь параллельно рекламные слоганы убеждают, что полезные бактерии – исключительно те, что содержатся в йогуртах и прочих кисломолочных напитках. То есть все остальные вроде как вредные.

## **Конец ознакомительного фрагмента.**

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.