

Современные родители

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

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



самый цитируемый
детский врач
в Интернете

БОЛЕЕ 180 000
ПОДПИСЧИКОВ В СОЦСЕТЯХ

- БЫТОВОЙ
ТРАВМАТИЗМ:
СОЗДАЕМ
БЕЗОПАСНОЕ
ПРОСТРАНСТВО
ДЛЯ МАЛЫША



Сергей Александрович Бутрий Современные родители. Все, что должны знать папа и мама о здоровье ребенка от рождения до 10 лет

Текст предоставлен правообладателем

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=43640730

*Современные родители: все, что должны знать папа и мама о здоровье
ребенка от рождения до 10 лет / Сергей Бутрий: Эксмо; Москва; 2019*

ISBN 978-5-04-098643-9

Аннотация

Как отличить инфекционное заболевание от неинфекционного? Каковы признаки острого аппендицита и заворота кишок? Где в нашем доме кроется настоящая опасность для малыша? Зачем закручивать батарейки в игрушках на винтовые защелки, прятать магнитные конструкторы и покупать ручки с дырочками в колпачках? Вторая книга Сергея Бутрия содержит только самую полезную и востребованную информацию по здоровью малыша. Практические советы, четкие описания, конкретные инструкции. Ничего лишнего. И только с учетом доказательной базы Европы и США. Идеальная книга для

современных родителей, которые готовы взять ответственность за жизнь и здоровье ребенка в свои руки.

Содержание

| | |
|--|----|
| Вступление | 7 |
| Раздел первый | 10 |
| Глава о крапивнице | 11 |
| Основные сведения | 11 |
| Проявления | 12 |
| Анамнез | 13 |
| Физикальное обследование | 14 |
| Дифференциальный диагноз крапивницы | 15 |
| Лабораторные исследования и дополнительные тесты | 16 |
| Лечение | 17 |
| Когда болит живот и больно глотать: глава про наследственный ангиоотек (НАО, дефицит C1-ингибитора эстеразы) | 19 |
| Что такое НАО? | 21 |
| Клиническая картина | 22 |
| Лечение | 23 |
| Профилактика (вторичная) | 23 |
| Анти гистами иные препараты и кортикостероиды | 24 |
| Адреналин (эпинефрин) | 24 |
| Я прочел(ла) эту главу, и мне кажется, у моего ребенка НАО. Что мне делать? | 25 |

| | |
|---|----|
| Мы сдали эти анализы, и они не в норме | 25 |
| Зачем новорожденным вводить витамин К | 27 |
| Рвота без причины что это? | 35 |
| Как это проявляется? | 36 |
| Откуда это берется? | 38 |
| Как это лечить? | 39 |
| Чем это грозит в худшем случае? | 39 |
| Как подготовиться к приему у врача? | 40 |
| Потребуются какие-то дополнительные исследования? | 41 |
| Как это лечить? | 42 |
| Как предотвращать приступы? | 44 |
| О скрежете зубами и глистах: развенчиваем миф | 46 |
| Если у ребенка набухла грудь | 48 |
| Что это? | 50 |
| Почему это возникает? | 50 |
| Это пройдет само? Как скоро? | 51 |
| Возможны ли осложнения? | 51 |
| Нужно ли выполнить ребенку медицинские анализы или тесты? | 51 |
| Может ли изолированное телархе быть у мальчиков? | 52 |
| Когда следует заволноваться и обратиться к врачу повторно, даже если раньше он успокоил меня и сказал, что лечения не | 53 |

требуется?

Конец ознакомительного фрагмента.

54

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

Вступление



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

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

За эти два года ко мне крепко прилипли звания «блогер» и «просветитель» – так меня зовут журналисты, подписчики и коллеги, но я предпочитаю считать себя просто врачом, страдающим графоманией. В интернете я не только пишу заметки о профилактике и лечении детских болезней, я также пы-

таюсь показать, как работает врач, как он мыслит, как устроена современная медицина, как она связана с наукой, какова роль интуиции в ней, уместен ли риск и т. д. Мне хочется, чтобы люди увидели это изнутри, глазами рядового педиатра амбулаторного звена. На мой взгляд, это важно для формирования доверия к врачам вообще, а доверие, в свою очередь, критически необходимо обеим сторонам – и докторам, и пациентам. Мои книги – это продолжение блога: цели, стиль и темы те же самые. Кто читает блог давно, могут использовать их как «хранилище главных постов», а для тех, кто начал читать недавно и много пропустил, печатные издания послужат «кратким содержанием предыдущих серий».

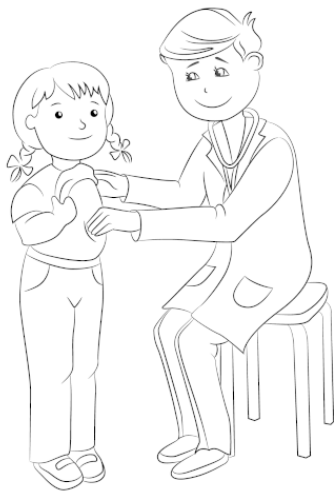
Эта книга разделена на пять разделов и несколько десятков глав. В порядок расположения разделов я старался заложить определенную логику и смысл, но в целом вы мало потеряете, если будете читать главы вразнобой: начнете с тех, которые интересны вам в данный момент, а если понравится и останется время,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

Буду рад, если мой скромный труд будет вам полезен.

Раздел первый

Неинфекционные

заболевания у детей



Глава о крапивнице

Основные сведения

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

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

Острую крапивницу без анафилаксии можно эффективно лечить неседативным антигистаминным средством.



Проявления

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

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

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

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

Анамнез

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

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

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

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

Другие причины крапивницы:

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

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

Физикальное обследование

Прежде всего врач будет искать признаки анафилаксии.

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

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

Если вы столкнулись со случаем рецидивирующего ангиотека, не отвечающего на стероиды, подумайте о дефиците ингибитора C1-эстеразы (см. главу про наследственный ангиоотек, НАО). Однако не забывайте, что НАО – чрезвычайно редкая болезнь, а крапивница с отеком Квинке встречается достаточно часто, и сперва всегда следует предполагать более вероятное.

Дифференциальный диагноз крапивницы

1. *Мультиформная эритема* (МЭ).

Как отличить? МЭ:

✗ обычно не зудит;

✗ не мигрирует, отдельные поражения сохраняются в течение нескольких дней;

✗ хотя бы некоторые элементы сыпи имеют вид кокард (папула в центре приподнята) или мишеней – кольцо с цен-

тром в виде папулы, волдыря, пурпуры или язвы;

X часто имеется сопутствующее поражение слизистых оболочек.

Более редкие дифференциальные диагнозы:

2. ***Уртикарный васкулит.*** От крапивницы отличается болезненными поражениями, не меняющими локализацию более двух суток подряд, часто имеются небольшие синячки, которые потом склонны к «цветению». Изредка с уртикарного васкулита может стартовать васкулит Шёенлейна – Геноха.

3. ***Мастоцитоз.***

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

5. ***Ювенильный ревматоидный артрит.***

6. ***Сывороточная болезнь.***

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

Лабораторные исследования и дополнительные тесты

Обычно не требуются при острой крапивнице.

Лечение

Следует устранить очевидную причину крапивницы, если таковая имеется.

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

Остальное лечение только симптоматическое.

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

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

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

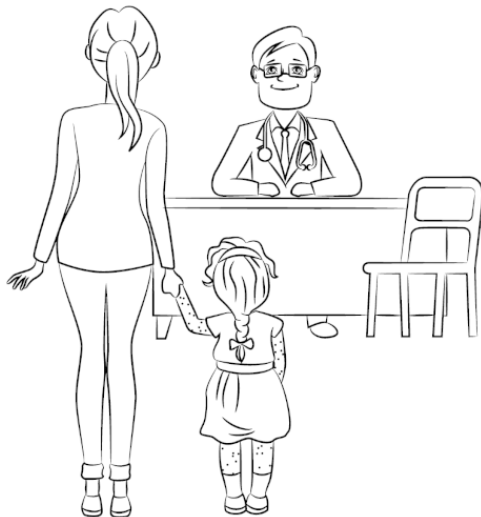
✗ вы заметили связанные с крапивницей синяки или системные симптомы (необходимо исключить «вторичную крапивницу», то есть уртикарную сыпь как проявление другого болезненного процесса);

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

Большинство пациентов не нуждаются в госпитализации при крапивнице.

Когда болит живот и больно глотать: глава про наследственный ангиоотек (НАО, дефицит C1-ингибитора эстеразы)

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



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

Нестандартные болезни бывают редко, но определяются они еще реже.

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

нужно.

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

Что такое НАО?

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

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

НАО является редким генетическим заболеванием, наследуемым по аутосомно-доминантному типу, при котором уровень ингибитора C1-эстеразы снижается (НАО I типа) или ингибитор C1 плохо функционирует (НАО II типа). НАО диагностируется путем

обнаружения низкого уровня или функции ингибитора эстеразы C1. Уровень C4 компонента комплемента также низок во время эпизодов обострения ангиоотека.

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

Клиническая картина

Клинические проявления болезни включают в себя:

- Х** ангиоотек в любом месте тела без зуда и крапивницы;
- Х** боли в животе (возможны также тошнота и/или рвота)

из-за отека кишечника;

- Х** отек гортани.

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

Легкие эпизоды ангиоотека проявляются:

- Х** периферическими отеками;
- Х** легкой/умеренной болью в животе.

Тяжелые эпизоды ангиоотека проявляются:

- Х** стридором и затруднением дыхания из-за отека гортани;

Х другими признаками поражения дыхательных путей, например осиплостью, постоянным кашлем, нарушением глотания или отеком языка;

Х сильной болью в животе или рвотой.

Лечение

Легкие или средней тяжести приступы ангиоотека лечат обычно без госпитализации.

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

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

Х обязательную госпитализацию в стационар;

Х при наличии обструкции верхних дыхательных путей – интубацию;

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

Профилактика (вторичная)

При планировании хирургического вмешательства или

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

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

Анти гистами ные препараты и кортикостероиды

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

Адреналин (эпинефрин)

Роль адреналина в при приступах НАО слабо изучена.

Есть отдельные сообщения об эффективности использования ингаляционного или внутримышечного адреналина для лечения отека верхних дыхательных путей, однако ингибитор С1-эстеразы является предпочтительным методом лечения ангиотека дыхательных путей, вызванного НАО.

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

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

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

Обычно *алгоритм* такой: в случае подтверждения НАО

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

Есть и *второй вариант*: обратиться напрямую к профильным специалистам по этой проблеме (науглечь их места и графики приема в Москве нетрудно) и с ними обсудить всю дальнейшую тактику, в том числе бюрократическую.

Зачем новорожденным вводить витамин К

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



Недавно ко мне обратилась семья с ребенком. Он достиг

возраста одного года, и сейчас полностью здоров, но это большое везение, так как он перенес геморрагическую болезнь, а смертность от нее превышает 20 %, инвалидизация достигает 50 %. Заболевание стартовало очень типично (типично для позднего старта; обычно стартуует еще в роддоме): до полутора месяцев этот ребенок был здоров, в полтора пошли сдавать анализ крови, укололи палец, пришли домой и обнаружили, что кровотечение до сих пор не остановилось и налилась крупная гематома (синяк) во всю кисть. Срочно обратились в приемное отделение стационара – по дороге у ребенка и десны закровоточили. Врачи недооценили тяжесть ситуации, решили, что это какая-то бытовая травма и чуть было не развернули семью обратно домой, но те настояли на госпитализации, и только в отделении гематологии разобрались с диагнозом и начали лечение, когда стала очевидна огромная опасность ситуации. Но все обошлось: кровотечений в мозг или другие опасные места не случилось, ребенок получил необходимые препараты, выздоровел, не прививался до года и, наконец, пришел ко мне для старта вакцинации. Мать написала жалобу главному врачу, он извинился, отчитался, что провел внутреннюю конференцию для дополнительного обучения всех своих докторов по проблеме геморрагической болезни новорожденных, чтобы повысить настороженность педиатров с тем, чтобы таких ошибок в его больнице больше не повторялось (это честный, достойный ответ и правильное решение).

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

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

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

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

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

Ответ: Витамин К – это важное вещество, которое используется организмом для образования тромбов и остановки кровотечений. Дети рождаются с очень небольшими его запасами. Без достаточного количества витамина К они не могут вырабатывать специальные «факторы свертывания крови», которые являются звеньями длинной цепочки

процессов, приводящих к остановке кровотечения. Поэтому у некоторых младенцев может возникать геморрагическая болезнь новорожденных, или, как правильнее ее называть, «Кровотечение из-за низкого уровня витамина К» (vitamin K deficiency bleeding, VKDB). Это заболевание может развиться в любое время у детей до шести месяцев. Введение витамина К при рождении является лучшим способом профилактики его низкого уровня у ребенка, а также кровотечений, вызванных дефицитом витамина К.

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

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

ческой болезни новорожденного в 81 раз.

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

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

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

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

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

смысленно указывают на необходимость введения витамина К всем новорожденным.

Вопрос: *Что происходит при геморрагической болезни новорожденного?*

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

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

Ответ: Нет. В начале 1990-х годов небольшое исследование в Англии обнаружило «ассоциацию» между уколом витамина К и раком у детей. «Ассоциация» означает, что две

вещи происходят одновременно у одного и того же человека, но это не значит, что одно является причиной другого. Выяснить, может ли витамин К вызывать рак у детей, было очень важно, так как каждый ребенок должен получить этот препарат. Ученые много раз потом пытались выявить причинно-следственную связь между приемом витамина К и онкологическими заболеваниями у детей, но эта «ассоциация» никогда больше не обнаруживалась ни в одном другом исследовании.

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

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

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

Ответ: Нет, вводимая доза витамина К не слишком велика для детей. Доза витамина К в инъекции высока по сравнению с суточной потребностью в этом веществе. Но помните,

что дети почти не имеют других источников данного витамина сразу после родов и не будут иметь его достаточного запаса вплоть до шести месяцев. Это связано с тем, что витамин К не проникает через плаценту, а грудное молоко содержит очень малые его количества.

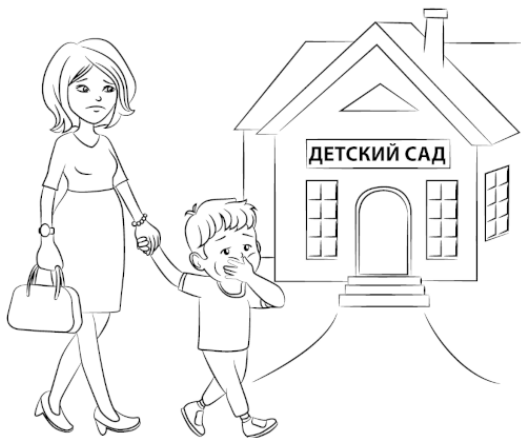
Вопрос:*Могу ли я увеличить содержание витамина К в своем грудном молоке, употребляя различные продукты или принимая поливитамины или добавки с витамином К?*

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

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

Рвота без причины что это?

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



Синдром циклической рвоты может быть связан с мигренью.

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

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

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

Как это проявляется?

Симптомы синдрома циклической рвоты включают в себя:

Х приступы тяжелой рвоты, которая повторяется несколько раз в час и длится от нескольких часов до одной недели;

Х три или более таких приступов, возникавших без видимой причины за прошедший год.

Во время приступа СЦР пациент также может испытывать:

- Х** боль в животе;
- Х** диарею;
- Х** лихорадку;
- Х** головокружение;
- Х** светобоязнь.

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

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

Симптомы обезвоживания включают в себя:

- Х** жажду;
- Х** редкие мочеиспускания;

- Х** бледность;
- Х** выраженную слабость и разбитость;
- Х** сухость слизистых и кожи.

Откуда это берется?

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

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

Как это лечить?

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

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

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

Чем это грозит в худшем случае?

Синдром циклической рвоты может вызывать следующие осложнения:

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

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

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

Как подготовиться к приему у врача?

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

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

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

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

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

Потребуется какие-то дополнительные исследования?

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

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

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

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

Х Лабораторные анализы крови, чтобы проверить функ-

цию щитовидной железы, а также исключить другие метаболические заболевания.

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

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

Как это лечить?

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

Врач может назначить вам или вашему ребенку:

Х противорвотные препараты;

Х седативные препараты;

Х антацидные (снижающие кислотность желудочного сока) средства;

Х антидепрессанты и др.

Иногда выраженный эффект при приступе СЦР может быть достигнут приемом тех же средств, которыми принято лечить мигрень. Особенно показана

ны противомигренозные препараты людям с частыми рецидивами СЦР.

ff Поведенческая терапия

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

ff Изменения образа жизни и домашние средства лечения

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

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

ету, постепенно и осторожно расширяя рацион.

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

Как предотвращать приступы?

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

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

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

У большинства детей СЦР заметно облегчается или

полностью проходит за 3–7 лет болезни.

О скрежете зубами и глистах: развенчиваем миф

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

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

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



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

Если у ребенка набухла грудь

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

Давайте сперва разберемся с мудреной медицинской терминологией.

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

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



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

Х Пубархе – это начало появления волос на лобке.

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

х Менархе – это первая в жизни девочки менструация.

А теперь о самой болезни.

Что это?

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

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

Почему это возникает?

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

Требуется только исключить:

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

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

Это пройдет само? Как скоро?

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

Возможны ли осложнения?

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

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

Нужно ли выполнить ребенку медицинские анализы или тесты?

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

Если же врач заподозрит ППР, он может назначить анали-

зы на уровне половых гормонов (при ППР они повышены), рентгенограмму костей кисти (по ней можно определить так называемый костный возраст, который при ППР выше паспортного возраста) или ультразвуковое исследование матки и яичников.

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

Может ли изолированное телархе быть у мальчиков?

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

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

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

а) Грудь девочки упорно продолжает увеличиваться месяц за месяцем.

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

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

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.