



Евгений Коваленко

ОТСТАВИТЬ ПАНИКУ!

Как лечить детей
и не сходить с ума

АКАДЕМИЯ РОДИТЕЛЬСТВА

Евгений Александрович Коваленко
Отставить панику! Как лечить
детей и не сходить с ума
Серия «Академия родительства»

Текст предоставлен издательством

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=68288888

Отставить панику! Как лечить детей и не сходить с ума: АСТ;

Москва; 2022

ISBN 978-5-17-120572-0

Аннотация

Евгений Коваленко – врач-педиатр, неонатолог, кандидат медицинских наук из династии врачей и автор популярного блога о здоровье детей.

В современном мире родитель просто обязан многое знать о детском здоровье. К сожалению, вопросов на этом пути больше, чем ответов.

Как перестать паниковать при любом детском чихе?

Что делать, если ваш ребенок заболел?

Как разобраться в обилии информации о симптомах, анализах, лекарствах и методах лечения?

Евгений Коваленко расскажет о том, чего не стоит бояться родителям и начинающим педиатрам, на какие симптомы и показания анализов обратить внимание. Книга написана в форме

врачебных заметок, сопровождаемых серьезными и забавными случаями из практики автора.

На страницах книги вы также найдете:

- как адекватно оценивать тяжесть и количество симптомов и перестать искать заболевания в интернете;
- советы о профилактике основных детских болезней;
- факторы риска возникновения тех или иных заболеваний, как они протекают и какие анализы могут понадобиться врачу;
- QR-код для перехода на сайт с фотографиями автора, иллюстрирующими признаки различных заболеваний...

В формате PDF A4 сохранен издательский макет книги.

Содержание

Вместо предисловия	6
Часть I. Первый опыт	8
Ларинготрахеит	8
Анемия	14
Конец практики	16
Возвращение	18
Про лямблиоз и родильную лихорадку	22
Атопический дерматит	30
Новый опыт	33
Конец ознакомительного фрагмента.	38

Евгений Коваленко

Отставить панику!

Как лечить детей

и не сходить с ума

© Коваленко Е.А., текст, 2022

© ООО «Издательство АСТ», 2022

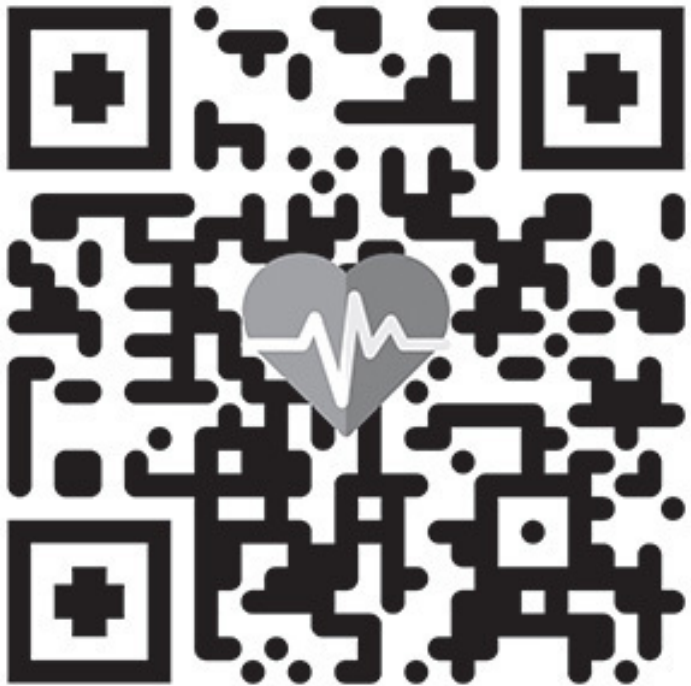
Вместо предисловия

Я педиатр – детский врач. Я лечу малышей и консультирую их родителей. Проработав врачом несколько лет, я начал вести дневник. Причиной послужил тот факт, что консультаций стало много, и через несколько дней детали осмотра пациентов и другая важная информация могли забыться, а благодаря своим записям я даже спустя некоторое время мог вспомнить все, что увидел у конкретного ребенка: диагноз, симптомы и все необходимые подробности – так я всегда мог быть уверен в том, что за несколько прошедших дней ничего не ускользнуло из моей памяти.

Сейчас я уже настолько привык к своей записной книжке, что без нее не могу даже выйти на улицу. Позднее дополнительной записной книжкой стал и мой блог. Именно благодаря блогу и записной книжке я сохранил в памяти многие детали происшедшего, а теперь мне захотелось объединить все самое интересное и важное из моей практики в одном месте и рассказать об этом во всех деталях и подробностях, в том числе и о своих переживаниях, колебаниях, профессиональном взрослении, самых интересных историях из жизни и полученном опыте. Надеюсь, что читать об этом будет познавательно и интересно.

Для удобства читателей был создан уникальный QR-код, отсылающий к фотографиям, иллюстрирующим признаки

различных заболеваний. Наведите камеру смартфона на код, перейдите по всплывающей ссылке и получите доступ ко всем иллюстрациям!



См. фото «Дневник педиатра»

Часть I. Первый опыт

Ларинготрахеит

Моя первая самостоятельная врачебная практика началась в далеком провинциальном городке. Я тогда только начал учиться в ординатуре. Ординатура – это такое место, где вчерашний студент уже имеет диплом врача, но не имеет права работать. Это такое место, где вчерашний студент понимает, что за шесть лет учебы в институте он не сильно приблизился к овладению профессией. В ординатуре ты понимаешь (хотя возможно, тебе это просто внушают), что ты годишься только на то, чтоб писать истории болезни, переписывая их по вчерашнему образцу.

Стояла поздняя осень первого года моей ординатуры, первые месяцы которой мы, врачи-ординаторы, всего лишь ходили по палатам за настоящими врачами, слушали и смотрели, что происходит на обходах, а потом писали истории болезни. Думаю, нет смысла объяснять, что за несколько месяцев такой практики у меня не прибавилось ни уверенности, ни знаний, ни умений.

Затем мне, как и многим моим товарищам, предложили работу в районном центре с населением в несколько тысяч. Местным врачам требовался отпуск (точнее врачу, так как

на весь район был всего один педиатр), а заменить его было нечем, поэтому и отправляли нас на такую практику. Попробовать работать самостоятельно было и страшно, и интересно одновременно, и я согласился.

Мы добирались до городка на старой «буханке» часа три по пустой узкой дороге. Я увидел несколько больничных корпусов: центральный – трехэтажное старое здание, на первом этаже которого и было педиатрическое отделение, и несколько одноэтажных, в том числе маленький деревянный корпус инфекционного отделения, в который меня в первый день и поселили.

В темной комнатке было ужасно холодно, поэтому ночью в кровати я укрылся всеми одеялами, но все равно трясся – то ли от страха, то ли от холода, и заснуть так и не смог. Лежа на кровати, я перелистывал все свои блокноты, тетрадки и учебники, которые щедро набрал с собой в поездку и которые, по моему мнению, должны были помочь в работе: на них возлагалась вся надежда.

Первое, что я сделал утром – это наотрез отказался и дальше мерзнуть в ледяном корпусе, поэтому мне выделили теплую и уютную ординаторскую в дальнем углу моего будущего отделения. Затем я принял работу: в нескольких палатах стационара лежало около десятка детей, что делать с которыми я особо не знал. Но это еще было полбеды, ибо в мою работу входил также и прием в поликлинике – в другом одноэтажном корпусе по соседству. Таким образом, мой рабочий

день выглядел примерно так: по утрам я проводил прием в поликлинике, откуда отправлял часть детей, нуждающихся, как мне казалось, в моем неусыпном контроле, к себе же в стационар, в который я возвращался после приема и делал там обход.

За соседней дверью стационара меня ждал еще один сюрприз: родильное отделение. Можно отблагодарить Господа Бога за то, что за все время моей работы я заходил туда лишь несколько раз, чтобы посмотреть детей перед выпиской. Принимать роды мне не пришлось: скорее всего, беременные предвидели, что им лучше было родоразрешиться до моего приезда.

Такой график работы меня вполне устраивал, так как все было в новинку, а поэтому жутко интересно. К тому же впервые в жизни я почувствовал, что на меня смотрят как на равного или даже как на начальника – как на человека, на плечах которого лежит здоровье такого количества детей. Этот момент очень льстил и волновал.

Однажды вечером в моем закутке раздался телефонный звонок из приемного отделения. Я догадался, в чем дело, еще находясь в другом конце коридора: был слышен хрип и тяжелое дыхание с затрудненным вдохом. У двухлетнего ребенка данная симптоматика появилась внезапно, и родители сразу примчались в больницу. Не надо было быть семи пядей во лбу, чтобы понять, что у ребенка ларингит со стенозом гортани.

Вирус (обычно парагриппа) вызывает воспаление в области голосовых связок, где рыхлая клетчатка у детей легко отекает и суживает и без того узкий детский дыхательный просвет гортани. В результате вдох возможен только со значительным усилием и громким хрипом. Родители часто описывают кашель такого больного ребенка «как из трубы».

Основным принципом лечения ларинготрахеита является поддержание проходимости дыхательных путей, при этом нужно отметить следующее:

- *Общепризнанным способом снятия стеноза является ингаляция гормона.*

- *Возможно использование внутримышечного укола дексаметазона или его пероральный прием.*

- *Важно, что ни антибиотики, ни сиропы от кашля при ларинготрахеите не эффективны и не предотвращают развитие стеноза.*

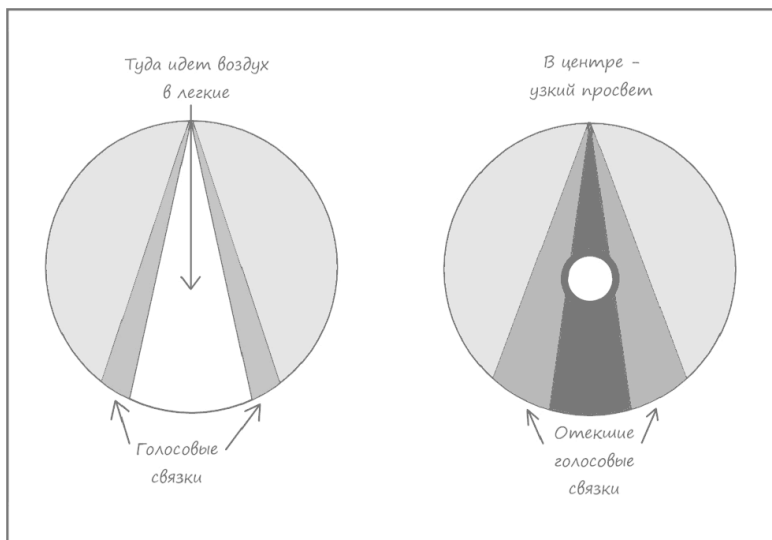
- *Показаниями к госпитализации детей со стенозом являются прогрессирующее затруднение дыхания, цианоз (недостаток кислорода), угнетение сознания, а также необходимость непрерывного наблюдения.*

- *Отмечу, что за все время моей врачебной практики необходимость госпитализации при крупе была лишь у одного ребенка.*

Для современной медицины это не проблема: одна ингаляция с гормональным препаратом (или укол) и вуаля – отек как рукой снимает, и уже через несколько минут ребенок дышит нормально, как здоровый. Но тогда, в середине 2000-х,

об ингаляциях гормона можно было только мечтать.

Что же касается внутримышечного использования гормонов, то нашей медициной это категорически отрицалось: «Не смейте даже думать о гормоне!» – напутствовали нас тогда старшие коллеги. До сих пор недоумеваю, почему даже спустя пять лет, когда я делал доклад про гормоны при стенозе на курсах повышения квалификации, мне поставили такой метод в укор?



«Ларинготрахеит. Именно такой отек в области голосовой щели приводит к стенозу»

Еще с XIX века с целью облегчения дыхания использовались паровые ингаляции, затем ингаляции прохладного воздуха. Однако проведенные исследования показали отсутствие эффективности и того, и другого, а положительный эффект от них объяснили самостоятельным разрешением заболевания. Но, учитывая тот факт, что сидение в ванной или прохладный воздух не несут побочных реакций, родители могут использовать эти способы.

Тогда же мы с медсестрами развесили мокрые тряпки на батареи, накапали в ингалятор сосудосуживающие капли и стали ждать наступления эффекта: тогда такое лечение считалось стандартным (но было, разумеется, неэффективным).

На протяжении двух суток моей работе в отделении сопровождал детский хрип. Я до сих пор отлично помню, как я поздним вечером сидел на посту и бессильно сетовал дежурным сестрам по поводу такой страшной болезни. В больничной тишине мы слушали уже привычный тяжелый хрип ребенка, и вдруг ни с того ни с сего он прекратился – осталась лишь тишина. Я не поверил своим ушам и побежал в палату: малыш спал спокойным сном. Я не знаю, почему это произошло так резко, но отек в области голосовой щели просто уменьшился, и просвет трахеи вернулся в обычное состояние – то есть произошло саморазрешение болезни, а на следующий день ребенок и его счастливая мама отправились домой.

Анемия

Из какой-то глухой деревни на прием пришла мама с двухлетним ребенком с кожей абсолютно белого цвета: невооруженным глазом было понятно, что малыша анемия.

При расспросе выяснилось, что ребенка кормили только кашами на коровьем молоке. Но дело в том, что коровье молоко является одним из значимых факторов риска развития анемии, так как оно способствует потере крови в кишечнике за счет скрытого воспаления его тканей, вызванного белками молока, а также из-за очень низкого содержания железа в продукте.

Такая степень анемии безусловно сказывается и на развитии ребенка, а в первую очередь на его нервно-психическом состоянии и повышенном риске развития фебрильных судорог.

Исследования, посвященные влиянию анемии на развитие детей, показали ее связь с задержкой развития ребенка.

У малышей стоит учитывать еще один момент – после рождения, когда гемоглобин был выше 150 г/л, он начинает резко снижаться, вплоть до 90 г/л, что является нормой до 4–5 месяцев (это называется физиологическая анемия).

Факторы риска железодефицитной анемии:

- Недоношенность
- Анемия у мамы во время беременности

- *Употребление немодифицированных молочных продуктов в возрасте до года или/и употребление их в количестве более 600 мл/сутки в возрасте старше одного года*

- *Отсутствие в рационе обогащенных железом продуктов (специальные каши для детей, мясо)*

- *Дефицит употребления фруктов и овощей для обеспечения витамином С, который улучшает абсорбцию железа*

- *Ожирение*

У этого ребенка гемоглобин был 69 г/л, что соответствует анемии третьей степени тяжести. Я не уверен, что смог правильно оценить влияние такого уровня железа на развитие малыша, но и повлиять на его состояние я тоже вряд ли мог. Маловероятно, что родители из глубинки, глядя на мои рекомендации, вдруг уберут из его рациона молочные продукты, купят мясо и обогащенные микроэлементами детские каши и овощи и начнут контролировать уровень гемоглобина.

Но я, разумеется, назначил малышу препарат железа. Что было дальше мне неизвестно: после выписки я не видел этого маленького пациента, а такой выраженный дефицит железа восполняется долго.

Конец практики

В один из вечеров накануне выходных я общался с медсестрами. Они рассказывали о жизни и работе в своем районе: кто и когда к ним приезжал из областного центра (для них это всегда большое событие), а также кто чем занимается в свободное время. Слово за слово, и вот одна из сестер предложила посетить их деревенскую баню – «отведать их жизни». Я согласился.

На следующий день был выходной, и я проснулся поздно. Никакого продолжения вчерашнего разговора про баню утром не последовало, и я подумал, что это было сказано просто для красного словца, поэтому отправился исследовать окрестности, дабы осень выдалась на редкость красивой, а в окно пробивались теплые лучи солнца.

Возвращаясь с прогулки, я увидел городскую баню и решил выполнить рекомендации медсестры попробовать «их» бани (больничный душ – то еще удовольствие!). Я часа два слушал в холле шутки и разговоры деревенских мужиков, терпел жару, которую создавали в парилке закаленные этой процедурой люди, а потом уставший, чистый и довольный еле доплелся до койки в своем закутке.

Не успел я задремать, как меня позвали к телефону:

– Доктор, вечером мы вас ждем, как договорились... Баня топится.

На меня накатила непередаваемый хоромод чувств, но нарушить договор и отказаться я не мог.

Еще в предбаннике я почувствовал, что натолено было на славу. Слабость после предыдущей парилки еще не отступила, поэтому я выдержал в парной только несколько минут, а затем вылетел оттуда пулей и сказал, что мне более чем достаточно.

– Городской! Что с вас возьмешь?! – махнула на меня медсестра.

Вернувшись на прежнее место учебы через несколько недель такой практики, я настолько набрался смелости и уверенности в своих навыках, что, едва зайдя в отделение, сразу потребовал себе пациента, которого намеревался вести единолично. Выглядело это примерно так, как выглядит тощий подросток, который всего один раз сходил в атлетический зал, а потом подошел к зеркалу полюбоваться своей мускулатурой. Заведующая отделением посмотрела на меня из-под очков таким пронзительным взглядом, что никаких других слов мне больше не понадобилось.

Возвращение

На протяжении следующего учебного года каждый из нас, ординаторов, сменил несколько отделений, в которых мы проводили по несколько месяцев.

Я начал писать диссертацию. Целью моей научной работы было доказать, что у пациентов с диабетом с ростом длительности заболевания и ухудшением контроля над болезнью ухудшается и жировой обмен, что влияет на развитие серьезных осложнений: у больных диабетом страдают в первую очередь сосуды и вследствие этого глаза, почки и другие внутренние органы. Поэтому при отсутствии контроля над уровнем сахара больные диабетом достаточно быстро становятся инвалидами. Основным способом, который помогает не допустить развитие осложнений, является контроль за уровнем глюкозы. Это возможно осуществить, если жить по строгому режиму: есть, считая калории по калькулятору, и делать уколы по часам (правда, сейчас появились помпы, которые делают все в автоматическом режиме). Представьте, как сложно осуществлять такой контроль, когда диабетом болеет ребенок или подросток! Ведь ему так хочется быть как все!

Осложнения диабета так и называют:

- *диабетическая ретинопатия*
- *диабетическая нефропатия*

• *диабетическая нейропатия*

Я познал также и прелести преподавательской жизни. Мне выделили максимально немотивированных студентов-стоматологов, которым были абсолютно безразличны все изучаемые темы занятий: устройство поликлиники, рахит, физическое развитие детей и все остальное. На самом деле действительно маловероятно, что такие знания пригодятся им в тот момент, когда у них перед бормашиной будет сидеть очередной пациент с кариесом во рту.

Впрочем, мои знания на тот момент тоже не отличались широтой и твердостью: я всего лишь уверенно знал материал методички по программе поликлиники, состоящей из 50 страниц, а все, что распространялось за ее пределы, было вне моего понимания. Зато я узнал от старших коллег, зачем мажут зеленкой ребенка с ветрянкой.

Оказалось, что основная цель этой процедуры заключается всего лишь в том, чтобы отмечать новые элементы сыпи для подсчета дней заразности. По истечении пяти дней с момента последнего высыпания ребенок с ветряной оспой становится незаразным. В прежние времена такой способ считался основным методом лечения, однако он уже давно остался в прошлом. По современным представлениям, основная цель лечения ветряной оспы сводится к уменьшению зуда и, следовательно, снижению риска занести инфекцию через расчесанные пузырьки и оставить шрамы. Именно зуд и расчесы по сей день делают ветрянку лидером по гнойным

осложнениям среди всех сыпных инфекций. Одним из таких осложнений являются флегмоны. При флегмоне гной распространяется по рыхлой подкожно-жировой клетчатке, и в таком случае педиатр уже практически ничем не поможет, лечением пациента будет заниматься хирург со скальпелем.

См. фото «Флегмона на фоне ветрянки»

На тот момент меня, как и любого другого человека со слабой теоретической базой, было легко сбить с пути страшилками и пугалками: я слушал, читал и ужасался историям про «опасную» лихорадку и давался диву, как вообще возможно быть педиатром и лечить детей.

Однажды я наткнулся на известный фильм антипрививочников про то, как ради выгоды БигФармы мы убиваем своих же детей сотнями и тысячами, и как в результате ни в чем не повинные малыши становятся инвалидами. На мой неокрепший ум это произвело сильное впечатление, и я даже несколько раз включал данное видео на занятиях. К счастью, тогда я еще не имел доступа к практике, и ни один человек не пострадал от потока знаний, полученных мною из подобных фантастических фильмов ужасов.

Ветряная оспа – это первое знакомство ребенка с вирусом из семейства герпесов (зостером)

Ветряная оспа – это:

- *В будущем риск опоясывающего лишая*

- Зуд на протяжении несколько дней, который может буквально сводить с ума своей интенсивностью
- Лихорадка до 7 дней
- Лидер среди инфекций с сытью по числу кожных гнойных осложнений (например, флегмона)
- Риск пневмонии и отита
- Риск энцефалита и менингита

При этом «ветряночные вечеринки» продолжаются – вместо того, чтоб провести «антиветряночные полчаса», сделав вакцину.

Теперь же, когда я слышу, что кто-то из врачей отговаривает пациентов от вакцинации, я вспоминаю себя в пору ординатуры и думаю, что уровень знания у меня (того времени) и подобных врачей примерно одинаковый. Пациентам надо уходить от такого доктора подальше и поскорее.

Про лямблиоз и родильную лихорадку

Ординатура шла своим чередом. Мы, как это и должно быть, оставались в тени старших коллег и выполняли черную работу: писали истории, водили и возили больных на обследования, сидели на конференциях, мало понимая, о чем речь. Конечно, были некоторые отделения, в которых работалось более комфортно – там нам давали больше свободы и ответственности. А причина этому проста: там не хватало рабочих рук, поэтому нам передавали самые нетяжелые случаи, где можно было лечить по шаблону. Разумеется, за нами присматривали и при необходимости помогали, но все же в таких случаях мы чувствовали себя более-менее полноценными врачами, хотя наше понимание медицины все еще напоминало тыканье слепого котенка в живот мамы-кошки.

В отделения, где мы учились, постоянно приходили внештатные специалисты (доктора узких и редких направлений, которых нет в стационаре). Они консультировали детей по своему профилю, а также рассказывали нам про то, как лечить те или иные заболевания. Мы же сидели вокруг них и слушали, открыв рот и считая их практически богами.

Мне хорошо запомнился один такой доктор: он находил лямблиоз у всех подряд пациентов, потом, разумеется, его лечил, а нам рассказывал подробности и детали данной па-

тологии. По его информации, лямблиоз – это причина аллергии, кожной сыпи, а также различных складок и полосок на коже. Якобы все это косвенные симптомы возбудителя, которые являются показанием лечить эту скверную болезнь.

Лямблиоз в большинстве случаев протекает как кишечная инфекция. Его симптомами являются:

- *диарея*
- *вздутие*
- *тошнота*
- *рвота*
- *симптомы обычно длятся до 4 недель*
- *диагностируется НЕ по анализу крови, а по материалам содержимого кишечника.*

У части зараженных лямблиоз может переходить в хроническую форму, которая протекает с такими же симптомами и зачастую с непереносимостью лактозы.

Симптомы могут сохраняться до нескольких лет после перенесенной инфекции! Клиника связана с кишечными проявлениями, а не с кожными и аллергическими, как принято думать.

После таких консультаций мы ковырялись в себе, осматривая свою кожу и отыскивая ту или иную метку или признак, якобы говорившие о том, что мы больны данным паразитом. Такое поведение называется «синдромом третьекурсника», когда студенты, начиная изучать симптомы болезней, сразу же начинают искать их у себя и самое поразительное,

что находят! Помните, как герой книги «Трое в лодке, не считая собаки» зашел в библиотеку? Для тех, кто не помнит этой книги, цитирую:

«Я начал прямо по алфавиту. Прочитал об анемии и убедился, что она у меня есть и что обострение должно наступить недели через две. Брайтовой болезнью, как я с облегчением установил, я страдал лишь в легкой форме, и, будь у меня она одна, я мог бы надеяться прожить еще несколько лет. Воспаление легких оказалось у меня с серьезными осложнениями, а грудная жаба была, судя по всему, врожденной. Так я добросовестно перебрал все буквы алфавита, и единственная болезнь, которой я у себя не обнаружил, была родильная горячка».

Именно поэтому врачи зачастую не советуют родителям читать интернет (точнее, гуглить симптомы или использовать родительские чаты и непроверенные источники информации). В последние годы даже появился термин «киберхондрия» – расстройство, заключающееся в стремлении выставить диагноз самому себе на основании симптомов, описанных в интернете. Одно из исследований Microsoft показало, что около 2 % поисковых запросов связаны с вопросами здоровья. Еще одно исследование, проведенное в Америке, показало, что 75 % людей не проверяют источники информации, которыми они пользуются при поиске этой самой информации (а по моим субъективным впечатлениям, число проверяющих достоверность источников вообще единично).

К тому же мало кто осознает, что данные в интернете бывают искажены и не структурированы. При поиске симптомов поисковик часто первым делом выдает редкие и тяжелые болезни, пугая читателя и вводя его в ступор. После прочтения подобной найденной информации мозг уже перестает адекватно воспринимать реальность, и в дело вступают эмоции, диктующие скоропалительные и неправильные решения, например, суеверия вокруг ребенка при лихорадке (об этом мы поговорим ниже).

Также нужно помнить, что при поиске болезней в интернете могут всплывать рекламные сайты с «новостями» и историями «пациентов» об альтернативных лекарствах, обладающих волшебными свойствами, а на самом деле способных только навредить (о природной панацее тоже поговорим ниже).

В последние годы появился термин «киберхондрия» – расстройство, заключающееся в стремлении выставлять диагноз самому себе на основании симптомов, описанных в интернете. Важно понимать, что данные в интернете бывают искажены и не структурированы.

Еще один момент, касающийся интернета, заключается в том, что информация, появившаяся там однажды, не исчезает оттуда никогда. Ярким примером является сообщение, опубликованное в журнале «Ланцет», о связи коревой вакцинации с развитием аутизма. Данная работа оказалась сфаб-

рикованной и не подтвердилась в следующих исследованиях, проведенных в разных странах мира, однако противники вакцинации продолжают муссировать эту тему, используя только те источники, которые подходят для их точки зрения, и игнорируя другие данные. Таким образом они манипулируют общественным мнением в своих интересах. Скорее всего, информация про связь вакцинации с аутизмом теперь никогда не исчезнет с радаров тех, кто ищет негатив в этом вопросе.

Я вспоминаю недавний случай из своей практики, когда родители путем поиска информации в интернете решили, что у их ребенка киста миндалины, а на самом деле это оказалась банальная пробка, которая вскоре сама вскрыется. В другом случае родители поставили малышу диагноз сахарный диабет по единственному анализу мочи.

Необходимо также учитывать и тот факт, что многие сайты сделаны так, что они имитируют профессиональные медицинские порталы, но на самом деле используются фармацевтическими фирмами для рекламы и продажи своих средств (чаще БАДов).

Как же быть, имея под рукой такой удобный помощник, как интернет? Прежде всего не терять разум: если вы безвылазно живете в Москве, маловероятно, что у вас лихорадка Западного Нила.

При необходимости можно найти специализированные форумы для поддержки людей с хроническими заболеваниями.

ями, например, для больных с сахарным диабетом или астмой. Как правило, такие сайты курируются соответствующими медицинскими специалистами и являются хорошей поддержкой для родителей и пациентов, предоставляя актуальную информацию о новых исследованиях и способах лечения.

В Российской Федерации есть сайт Союза педиатров России, и там есть раздел для пациентов с подборкой важной информации о здоровье. Есть специализированный сайт по вакцинации Privivka.ru, где можно отследить всю необходимую информацию по прививкам. Есть специализированные сайты врачей узких специальностей (ЛОР, пульмонологии и т. д.), где также можно поискать интересующую информацию и проверить данные.

В нашей стране распространено ведение медицинских блогов врачами. По базовым вещам, которые пишет каждый конкретный специалист, можно решить, стоит ли ему доверять и есть ли смысл ориентироваться на его мнение. Но важно помнить о том, что зачастую это может быть чревато манипуляцией врача-блогера мнением подписчиков, так как правильная информация в одних темах не исключает ошибок и заблуждений в других.

На мой взгляд, вся эта информация является разрозненной и недостаточной, но все же она позволяет пациентам получить хотя бы какие-то базовые медицинские знания.

И запомните, что часто встречающиеся симптомы обычно

являются симптомами часто встречающихся заболеваний. Например, понос скорее всего является симптомом банальной кишечной инфекции, а не холеры.

Часто встречающиеся симптомы обычно являются симптомами часто встречающихся заболеваний.

Но вернемся к узким специалистам и лямблиозу. Вся проблема нашей медицины, особенно в то время, заключалась в том, что мало кто в России знал о существовании не только «медицины мнений», но и медицины доказательной. А если кто про такое и слышал, то воспринимал это просто как термин, не имеющий отношения к практике. То же самое касалось и меня в начале моей медицинской практики, поэтому все, что говорилось старшими коллегами, воспринималось как истина в последней инстанции, ведь у них опыт и знания: мы, молодые и неопытные, думали, что наши старшие коллеги не могут чего-то не знать, потому что такое просто невозможно.

А еще мы вполне серьезно обсуждали разные медицинские сплетни и новости, почерпнутые из желтой прессы или народных журналов, и нам даже в голову не приходило, что изложенная там информация может быть недостоверной! Нас просто не учили критическому мышлению, поэтому однажды, спросив преподавателя про якобы сенсацию в медицинском мире, я очень удивился, услышав в ответ: «Кто-то написал диссертацию про влияние мочи на солнечные лучи, а вы слушаете!». Смысл сказанного дошел до меня namно-

го позже, но я надеюсь, что вы тоже будете скептически относиться ко всему, что написано, сказано или показано по телевизору, а тем более к историям, которые произошли «с друзьями друзей».

Атопический дерматит

Стоит отметить, что еще каких-то двадцать лет назад возможности медицины кардинально отличались от современных. Про медицину еще более далекого прошлого мы поговорим ниже, а пока приведу самый простой пример с атопическим дерматитом, которым было заполнено отделение для детей до трех лет.

Атопический дерматит – это хроническое заболевание КОЖИ, когда отмечается ее сухость, участки воспаления и выраженного зуда.

См. фото «Типичные очаги сухости при атопическом дерматите»

В прошлом (хотя зачастую такое встречается и сейчас, что меня всегда сильно удивляет) дети лечились диетами, бактериями и ферментами. Никто и не думал, что начинать терапию необходимо с кожи, что именно она требует защиты, чтобы предотвратить потерю живительной влаги. Наверное, с тех времен и пошел миф, что «не надо замазывать кожу – надо лечить проблему внутри». Кто придумал эту теории о том, что во всем виноват кишечник, я не знаю, но от этой информации пострадали и продолжают страдать тысячи детей, не получая адекватной помощи.

Дефект кожи при таком состоянии остается пожизнен-

ным, хоть и уменьшается с возрастом. Именно поэтому после снижения интенсивности симптомов никто уже не вспоминает о том, что ребенок был якобы аллергиком, а теперь ест все, что хочет.

Исследования по этому заболеванию продолжаются. На данный момент уже четко известно, что всего 30 % случаев тяжелого атопического дерматита может быть связано с аллергией, а основной причиной болезни является дефект кожного барьера, когда кожа не удерживает влагу и становится пористой и чувствительной. Через воспаление могут легко проникать аллергены и вызывать сенсибилизацию и ухудшение течения болезни, поэтому основной целью терапии является правильный уход за кожей, в основе которого лежат ЭМОЛЕНТЫ.

- *Атопический дерматит – заболевание КОЖИ.*
- *Нет единого фактора, который бы определял появление и течение болезни. Например, жесткая вода – один из факторов риска, сухость воздуха – другой фактор.*
- *Основной predisposing фактор болезни – дефицит в коже белка ФИЛАГГРИНА, из-за чего кожа быстро теряет влагу.*
- *Именно поэтому основная роль в лечении атопического дерматита принадлежит уходу за кожей.*

Но тогда, много лет назад, даже такого слова «ЭМОЛЕНТЫ» просто не существовало – существовали листки с описани-

ем диеты, согласно которым пациентам было нельзя ничего есть, кроме воды, и были сильные гормональные кремы, которые обладали большим количеством побочных эффектов, поэтому использовать их длительным курсом было невозможно.

См. фото «Правильное нанесение эмолента при атопическом дерматите» и «Результат использования эмолента у ребенка с атопическим дерматитом»

Однажды я пришел в палату, где находился один маленький пациент, который в тот день собирался на выписку. В палатах стояла жара и сухость, базовый уход за кожей тогда не рассматривался (а ждать чуда без эмолентов невозможно), поэтому неудивительно, что в день выписки ребенка обсыпало с новой силой.

Мама, разумеется, пришла выяснять отношения, заявив, что ребенку стало только хуже, а их «выпихивают» из стационара. Но, как я уже написал выше, в то время вряд ли можно было что-то сделать.

Новый опыт

Спустя год мне выпала возможность снова вернуться на работу в район, но на этот раз в другой. Я так же, как и раньше, жил прямо в отделении больницы, но теперь еще и дежурил по всей клинике в ночное время.

В одну из ночей в приемное отделение привезли очень полного мужчину с болями в животе. Он смотрел на меня со страхом, пока я мял ему живот, а потом трясущимся голосом спросил: «Доктор, резать будете?».

Живот был абсолютно мягкий, поэтому я решил не беспокоить ни хирурга, ни лаборанта, за что потом на пятиминутке получил втык от главврача, хотя хирург был мне очень благодарен за возможность провести ночь дома.

И мои первые самостоятельные роды (а точнее говоря, мой первый самостоятельный прием ребенка на родах) настигли меня именно там. Утром я был вызван в родильное отделение, поэтому прием в поликлинике сорвался, чему я был несказанно рад, так как почувствовал свою абсолютную незаменимость и значимость. Но в тот момент меня волновал еще один вопрос: справлюсь ли я? Дело в том, что по словам гинеколога ребенок рождался недоношенным: будущую маму не успели транспортировать в областной центр, а значит, и вся ответственность за малыша ложилась на меня.

До этого момента я видел роды лишь в студенчестве, и

точных представлений о том, что делать, у меня не было. Кроме того, для непривычных людей роды представляют собой достаточно неприятное зрелище: кровь, кал, смазка, крик женщины... А к разрезанию промежности ножницами я не привык даже после многих лет работы в роддоме: видя, что акушерка подносит ножницы и готовится расширить просвет для прорезывания головки малыша, я всегда отворачивался.

В тот раз, стоя у тужащейся беременной женщины рядом с раздающей громкие команды пожилой акушеркой, я вспоминал все, чему учили на студенческих занятиях. Я помнил, что мы репетировали первую помощь новорожденному на специальных манекенах. Этому было посвящено всего несколько занятий, на одно из которых преподаватель принес нам кусок пуповины длиной около 15 см, и мы на нем тренировались вводить катетер в пупочную вену.

Катетер необходим новорожденным в тяжелом состоянии, когда планируется длительное введение лекарств или проведение инфузионной терапии. В поперечном срезе пуповины мы видим три сосуда – две артерии и одну вену (если у ребенка в пуповине всего два сосуда, то это может указывать на высокий риск аномалий внутренних органов). И задача врача состоит в том, чтобы не напутать и ввести катетер в вену. Именно этому мы и тренировались, но это, собственно, оказалось единственным, что я запомнил.

Но когда достали ребенка весом 1,5 кг, и он не закричал,

я забыл все напрочь. Мои руки, в которых был мешок Амбу, затряслись. Подразумевалось, что после очищения ротовой полости от слизи я должен был помочь ребенку задышать именно при помощи мешка Амбу, совершая им вдохи вместо ребенка, но мои мысли и руки парализовал страх. Пожилая акушерка оттолкнула меня и начала дышать изо рта в рот. Думаю, что в тот момент помогла именно возня вокруг крохи – она сработала как тактильная стимуляция, когда раздражаются рецепторы кожи. Это и есть первый этап оказания помощи ребенку в родзале, которым обычно все и ограничивается. В тот раз так и было: ребенок тут же запищал и порозовел.

Далее требовалось не дать малышу замерзнуть и установить пупочный катетер. Я вспомнил занятия и тот самый 15-сантиметровый кусок пуповины, который нам приносил преподаватель.

15 сантиметров: только представьте, как через него провести катетер? Это абсолютно невозможно, особенно учитывая то, что вена сильно извивается и амортизирует в мягких и рыхлых окружающих тканях! Я ковырялся очень долго, но справился – до сих пор не знаю, как мне удалось пропихнуть жесткий катетер через извилистый сосуд. А всего лишь нужно было отрезать пуповину и оставить культю длиной 1–2 см, а уже через нее ввести катетер, что занимает обычно не более 5–10 минут.

После всех манипуляций мы уложили кроху в кювез, а ко-

гда я через пару часов увидел на термометре 37,3 °С, то жутко запаниковал и ринулся звонить по телефону в областной центр старшим коллегам. Коллеги меня успокоили: объяснили, что это норма, и помогли рассчитать объем капельниц, питания и лекарств.

Подобная ситуация случилась в моей практике снова через несколько лет, когда я уже работал педиатром. С таким же беспокойством мне в 6 часов утра позвонили пациенты: у их новорожденного ребенка градусник показывал 37.4 °С.

Поясню, что это вариант нормы, а при усилиях родителей и бабушек по укутыванию малыша можно достичь и более высоких показателей температуры.

Я объяснил родителям, что такая температура – норма, что нужно просто раскрыть ребенка и позволить коже отдавать тепло. Они выслушали и через полчаса прислали смс, что вызвали скорую помощь.

Когда я на следующий день пришел на больничную пятиминутку (это когда дежурный доктор рассказывает о том, что случилось за время его смены), все коллеги смотрели на меня с восхищением. Хирург спросил, как вообще можно справляться с такими крошечными малышами, а я с гордостью пересказал все наставления, данные мне по телефону из областного центра. Ребенок провел под моим неусыпным надзором пару дней, после чего его благополучно забрали на большую землю.

В этот раз я отработал в ЦРБ (Центральной районной больнице) около двух недель, за которые получил зарплату 12 тысяч рублей, что в сравнении со стипендией ординатора в 2 тысячи рублей казалось несметным богатством. Кроме того, я во второй раз смог по-настоящему попробовать работу врача «на зуб». Но тут нужно отметить, что практика, не подкрепленная правильной информацией, стоит очень мало, а информации не было никакой – как я уже говорил, существовала только «медицина мнений»: десятки книг, учебников и методичек, в которых информация была порой полностью противоречивой и с натяжкой помогала в практической работе.

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.