

ким бронхоскопом; желудочно-кишечный тракт — склеротерапия варикозно расширенных пищеводных вен, дилатация стриктуры пищевода, эндоскопическая ретроградная холангиография при наличии холестаза, операции на желчных путях; урогенитальный тракт — цистоскопия, дилатация уретры.

Для профилактики ИЭ применяют следующие антибиотики, рекомендованные комитетом экспертов Американской кардиологической ассоциации: ампициллин в/м или в/в + гентамицин в/м или в/в, через 6 ч амоксициллин внутрь или ампициллин в/м или в/в). В группе высокого риска с аллергией к пенициллинам рекомендуется применение ванкомицина в/в + гентамицин в/в или в/м с завершением за 30 мин до процедуры.

Известно, что схема приема антибиотиков, назначаемых с целью профилактики рецидивов острой ревмати-

ческой лихорадки, не соответствует таковой для предупреждения ИЭ. У пациентов, длительно получавших препараты пенициллина для профилактики рецидивов острой ревматической лихорадки, существует высокая вероятность носительства зеленеющих стрептококков, относительно устойчивых к антибиотикам этой группы. Этому контингенту больных для профилактики ИЭ рекомендуется назначение антибиотиков из группы макролидов (азитромицин, кларитромицин) или клиндамицин (группа линкозаминов).

Таким образом, проблемы этиопатогенеза, диагностики и терапии ИЭ требуют своего дальнейшего изучения специалистами различных профилей медицины, что будет способствовать профилактике, своевременной диагностике ИЭ и несомненно снизит смертность при данной патологии.

## ЛИТЕРАТУРА

См. online-версию журнала <http://www.pediatrjournal.ru> № 3/2006, приложение № 18.

© Брызгунов И. П., 2005

И. П. Брызгунов

## НЕСКОЛЬКО ЗАМЕЧАНИЙ И ДОПОЛНЕНИЙ К СТАТЬЕ А. А. БАРАНОВА «НАУЧНЫЕ И ПРАКТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ РОССИЙСКОЙ ПЕДИАТРИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ»\*

По мнению автора, «особенностью современной науки является коренное изменение научно-технического оснащения и концентрация в крупных научных и практических центрах нового поколения оборудования, обеспечивающего неинвазивную визуализацию важнейших органов и систем человека». С этим нельзя не согласиться. Но с нашей точки зрения не это главное.

Учитывая то, что, по данным научных исследований, здоровье населения зависит от уровня системы здравоохранения, качества оказания медицинской помощи на 7—10%, от образа жизни — на 15—20%, от вредных привычек — на 15—20%, от экологической ситуации — на 7—10%, от генетических факторов — на 20—22%, потоки финансирования в первую очередь должны быть направлены на разработку научных исследований, касающихся здорового образа жизни, искоренения вредных привычек, активную пропаганду здорового образа жизни и борьбы с вредными привычками.

Здоровый образ жизни представляет собой динамическое многомерное состояние, связанное с условиями окружающей среды, материальной обеспеченностью и индивидуальными интересами.

Элементами здорового образа жизни являются рациональное питание, борьба с «эпидемией» ожирения (1/5 часть молодых людей в возрасте от 15 до 20 лет имеет избыточный вес), оптимальная физическая активность в возрастном аспекте (физическая активность родителей, имеющих детей дошкольного возраста очень низкая, 2/3

не занимаются ни физкультурой, ни спортом; только половина детей в возрасте 7—10 лет проявляют адекватную физическую активность), гигиенические мероприятия, в том числе психогигиена, профилактика инфекционных заболеваний.

К сожалению, относительно профилактики автор рассматривает лишь частные вопросы: 1) профилактика йодной недостаточности; 2) вакцинация против гепатита; 3) вакцинация против гриппа.

С нашей точки зрения, в плане научных исследований на первое место должны выходить вопросы изучения состояния мотивации и путей ее повышения у детей в возрастном аспекте относительно здорового образа жизни, в частности двигательной активности, обучения в школе без стресса, путей улучшения санитарно-просветительской работы среди родителей и детей.

Предложения автора относительно решения научных и практических проблем педиатрии носят односторонний, однобокий характер, основываются на примате «сомы», не учитывается «психика». Какими бы новейшими инструментальными технологиями не были оснащены научные учреждения, игнорирование психического фактора в научных исследованиях бесперспективно. Это тупиковый путь.

В связи со «стрессовым» состоянием общества (социальное положение большинства граждан, техногенные катастрофы, террористические акты и др.) в настоящее время среди психических заболеваний на первое место

\* Статья опубликована в журнале им. Г.Н. Сперанского «Педиатрия», 2005, № 3, С. 4—7.

выдвигается посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР).

Это «выдвижение» на первое место, особенно у детей и подростков, связано с разнообразием травматических причин и носит, по существу, эпидемиологический характер. Хотя ПТСР с клинической точки зрения считается психической реакцией на ненормальные и новые события, но это соматическое, психо-физиологическое и эмоциональное состояние создает условия для «первичного» возникновения до этого скрытых соматических функциональных и хронических заболеваний и/или обострения имеющихся соматических болезней. Важно отметить, что у детей и подростков наличие хронических стрессовых событий и функциональной и соматической незрелости может приводить к более раннему возникновению заболеваний (так называемое омолаживание заболеваний) и «смазанной» картине заболеваний.

ПТСР — это отсроченная реакция на травматический стресс, такой как природные и техногенные катастрофы, боевые действия, утрата близких, изнасилование и др., способная вызвать психические нарушения практически у любого человека. Симптомы ПТСР в ряде случаев подавлены и скрыты. На ранней стадии ребенок может страдать только длительной бессонницей, у него наблюдаются депрессия или трудности в общении с людьми. Типичные симптомы включают в себя навязчивые переживания, ночные кошмары, чувство отчужденности, неспособность сфокусировать внимание на длительный период времени, гиперчувствительность, эмоциональный уход в себя и потерю интереса к жизни.

Особенность детской психики такова, что дети не всегда могут связать свои травматические проявления с фактом психологической травмы. Типичными последствиями травматических ситуаций у детей являются регрессивное поведение, раздражительность, депрессивное состояние, агрессивные проявления и другие поведенческие нарушения. Также отмечаются различные соматические жалобы, по результатам медицинских осмотров не имеющие органической природы.

Диагностика и терапия психической травмы и ПТСР может явиться одной из причин многих психосоматических заболеваний, что очень актуально.

По нашим данным (исследования, проведенные в последние годы, 528 детей школьного возраста, страдающих психосоматическими функциональными заболеваниями: длительным субфебрилитетом (ДС), имеющим самостоятельное значение; ночным энурезом (НЭ); цефалгией на-

пряжения (ЦН); первичной артериальной гипертензией (ПАГ), нейрогенной одышкой (НО)), у половины из наблюдаемых больных имеет место ПТСР: при ДС — 34%, при НЭ — 48%, при ЦН — 44,8%, при ПАГ — 38,6%, при НО — 67,5%.

Среди событий, вызвавших ПТСР,  $\frac{1}{3}$  детей с вышеуказанными нозологиями указали следующие его причины: смерть родных и близких (31,3% от всех причин), гибель и пропажа любимых животных и птиц (18,3%), ссоры в семье, пьянство отцов, развод родителей (15,4%), переживание по поводу своих болезней и травм (11,2%). На другие причины ПТСР приходились события, связанные с напряженными взаимоотношениями в школе с учителями и товарищами, проблемы с успеваемостью (23,8%).

Диссоциация, как маркер перенесенной психической травмы, при функциональных заболеваниях установлена при ДС — у 29%, при НЭ — у 30%, при ЦН — у 30%, при НО — у 36%.

По результатам проведенного исследования в популяции детей школьного возраста получены следующие данные: наличие ПТСР у детей в возрасте 10—11 лет — у 45,8%, диссоциаций — у 20,8%; ПТСР у детей 12 лет — у 31,5%, диссоциаций — у 15,7%; ПТСР у детей в возрасте 13 лет — у 33%, диссоциаций — у 28%; ПТСР у детей в возрасте 14 лет, — у 22,2%, диссоциаций — у 18,6%. Частота выявления ПТСР в общей группе детей составила 32,9%, диссоциаций — 18,6%.

Нами разработана долгосрочная и краткосрочная психолого-психотерапевтические программы для диагностики, лечения и профилактики ПТСР у детей и подростков, возникающего в результате экстремальных ситуаций. Разработан перечень психотерапевтических образных техник, с помощью которых можно быстро подобрать соответствующие терапевтические образы, приводящие к устранению ПТСР. Для оценки эффективности программ разработан и использован набор психодиагностических методик до и после психолого-психотерапевтической интервенции, что подтвердило эффективность как долгосрочной, так и краткосрочной психолого-психотерапевтических программ.

К сожалению, эти данные не отражены в указанной статье. Не представлены сведения о немедикаментозных методах лечения с точки зрения доказательной медицины, как альтернативы экспансии медикаментозной терапии.

Надеюсь, что замечания и дополнения к статье А.А. Баранова позволят улучшить решение научных и практических проблем российской педиатрии.

### **УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!**

**В Москве 18—19 сентября 2006 г.**

состоится научно-практическая конференция педиатров России

### **«Фармакотерапия в педиатрии»**

В рамках конференции пройдет IV Форум «Дети и лекарства».

*Подробную информацию о научной программе и участии в конференции смотрите на нашем сайте: [www.pediatrjournal.ru](http://www.pediatrjournal.ru)*