

К Дню рождения Николая Павловича Шабалова

Отрывок из книги «Шабалов Николай Павлович. Герой из рассказов А.П. Чехова»¹

Editorial

To the birthday of Nikolai Pavlovich Shabalov



Нет смысла делить российскую педиатрию на московскую, петербургскую и иные школы, как нет смысла делить Отечество, делить больных на разные категории. Мы все были, есть и будем его учениками, ибо его труды, как и труды других выдающихся педиатров, лежат в основе наших современных знаний (Ю.В. Середа, 1997 г.).

Из статьи Н.П. Шабалова
«Профессор Н.П. Гундобин как педиатр
и гражданин России», 2010 г.

Мнение эксперта о сути современной перинатологии (из интервью Н.П. Шабалова)

Для того чтобы нашему читателю сразу было понятно, о каком человеке эта книга, мы решили начать с ответа Николая Павловича Шабалова на вопрос: «Надо ли выхаживать всех рожденных детей?».

Вот его ответ: «Согласно позиции экспертов Всемирной организации здравоохранения, началом перинатального периода является срок – 23 нед беременности (масса тела 500 г и более), но их мнение, что активно реанимировать недоношенного надо с 25 нед (родившихся до этого срока поддерживать, но активно не реанимировать).



Согласно многим авторам, проследившим 20-летний катамнез у выживших недоношенных начиная с массы 750 г до 1000 г, – примерно половина поступила в высшую школу. У нас в Петербурге есть дама профессор-педиатр, родившаяся с мас-

сой тела 950 г (заслуженный деятель науки, мать двух умниц-дочек и т.д.).

Медицинское сообщество должно поддерживать жизнь. Я выступаю за совершенствование выхаживания недоношенных детей даже с экстремально низкой массой тела при рождении, ибо улучшение исхода просто поразительно.

30 лет назад дети с массой 750–1000 г в 30–40% случаев умирали в периоде новорожденности, а сейчас лишь в 10%. Что касается их инвалидизации, то и здесь прогресс колоссальный (в частности: неврологический прогноз – полноценное развитие головного мозга – достоверно улучшается при питании таких детей на основе научных достижений), а также на фоне совершенствования физиотерапии, а именно – массажа, лечебной гимнастики и плавания.

Человек – предполагает, а Господь – располагает, и учит нас доброте и любви. Недоношенные чувствуют окружающую доброту и любовь. **Надо делать все, что в твоих силах, а пусть будет то, что будет, не нам решать, какую жизнь поддерживать, а какую нет.**

Общение с таким человеком, как Николай Павлович, изменяет нас, внушает уверенность в важности, неизбежности и необходимости соблюдения важнейших общечеловеческих, христианских, нравственных ценностей, которые являются определяющими в жизни врача независимо от сложностей окружающего нас мира.

Преподавание педиатрии студентам, курсантам и слушателям факультета повышения квалификации для Н.П. Шабалова – это естественный процесс, поскольку для таких людей делиться результатами своих профессиональных успехов и знаниями – это как дышать. Но одновременно важна и глубина, и форма подачи информации.

В лекциях, на обходах, во время личных бесед и на страницах его книг и статей поражает присущая ему

способность говорить варьирующим, но принципиально простым языком о чрезвычайно сложных вопросах клинической и теоретической педиатрии.

Преемник Николая Павловича на кафедре детских болезней Военно-медицинской академии Вадим Геннадьевич Арсентьев любит рассказывать историю студенческих лет, когда в общежитии висело объявление: «Меняю юбку и 25 рублей на толстого Шабалова».

Николай Павлович является автором многих учебных пособий. Но, пожалуй, самые популярные среди врачей и студентов – это учебники «Детские болезни» и «Неонатология» в двух томах, выдержавшие не одно издание.

Они кратки, насколько может быть кратко последовательное и полное изложение основных разделов педиатрии. Каждое новое издание учебников принципи-

¹Текст и рисунки из кн.: Власова Н.Л., Захарова И.Н., Заплатников А.Л. Шабалов Николай Павлович. Герой из рассказов А.П. Чехова. М., 2020.



ально обновлялось с учетом тех новейших знаний, которые, по мнению Н.П. Шабалова и соавторов, должны быть представлены будущему доктору-педиатру.

Николаем Павловичем опубликованы 800 научных работ, он обладает самыми высокими даже в Военно-медицинской академии наукометрическими показателями: индексом цитирования более 7000, недостижимым индексом Хирша – 41.

Широко известны и другие книги, написанные Николаем Павловичем вместе с учениками и сотрудниками. Обладает трехзначным индексом цитирования учебник «Неонатология», изданный 6 раз, последнее издание – в 2016 г. Приобрел популярность учебник «Педиатрия» для лечебных факультетов, в 2019 г. вышло 7-е издание. Четырежды за короткий срок издавались монографии «Гипоксически-ишемическая энцефалопатия новорожденных», «Токсические энцефалопатии

новорожденных», «Справочник педиатра» (4-е издание в 2018 г.), трижды – руководство «Детская гастроэнтерология» (3-е издание в 2019 г.) и учебное пособие «Диагностика и лечение эндокринных заболеваний у детей и подростка». В течение трех лет вышло 2 издания монографии «Наследственные нарушения соединительной ткани как конституциональная основа полиорганной патологии у детей» (последнее в 2019 г.). Мы специально остановились только на книгах, изданных в последние 3 года, чтобы подчеркнуть нынешнюю блестящую творческую форму Николая Павловича.

Особое место в учебниках занимает глава «Этика и деонтология». Николай Павлович не раз получал благодарности от врачей именно за эту главу. Важность и фундаментальность информации, изложенной в ней, настолько высока, что мы приводим ее практически полностью.

Десять принципов общения и выхаживания новорожденных

1. Перед осмотром ребенка неонатолог должен настроиться на эмпатию (эм- + греч. *rathos* – чувство, переживание) – готовность к пониманию психологического состояния другого человека, сопереживанию ему (доминанта на лице другого, по А.А. Ухтомскому). Несомненно, у человека часть пластов нейронных сетей сознания – психики (внутриутробное, раннее неонатальное сознание, затем сознание грудного ребенка) как бы «забывается» (происходит «переключение нейронных сетей»), переходит в бессознательное. В настоящее время никто не сомневается в наличии у плода чувствительности – тактильных, звуковых, вкусовых анализаторов, своеобразной психической жизни, в возможности эмоционального дистресса плода и целесообразности дородового воспитания ребенка.

2. Асептика – ведущий принцип работы неонатолога. Приступая к обходу детей, неонатолог передевается и надевает чистый халат, снимает кольца, часы, браслеты, обнажает руки до локтя, непосредственно перед осмотром каждого ребенка обязательно моет руки с бактерицидным мылом. В родильной комнате неонатолог должен осматривать ребенка в одноразовых перчатках. Опыт показывает, что ношение маски необязательно, но в родильной комнате – необходимо.

3. Коммуникабельность – способность вступить в контакт. Первое, что оценивает неонатолог у ребенка, – именно коммуникабельность: вступает ли новорожденный в контакт с осматривающим. Конечно, не всегда это можно сделать сразу при первом взгляде на ребенка, но всегда на основании полного осмотра неонатолог должен сделать по этому поводу вывод. Подчеркнем, что до сих пор медицина, в том числе и неонатология, – это и наука, и искусство. Оценка ком-



муникабельности новорожденного как раз и есть искусство, она требует навыка. Кстати, все хорошие неонатологи во время осмотра говорят с новорожденным, хвалят ребенка – восхищаются его красотой, эмоциональностью (особенно хорошо на это реагируют девочки), крепостью, пропорциональностью и силой (мальчики воспринимают это положительно).

4. Как ребенок выглядит? Как, с вашей точки зрения, он себя чувствует! На эти вопросы вы должны ответить при первом взгляде на новорожденного, а затем, в процессе осмотра, убедиться в правильности вашего вывода. Автору известны неонатологи, которые каждый раз во время осмотра спрашивают новорожденного: «Что у тебя болит?», и в ходе осмотра получают ответ (!).

5. Полнота ежедневного клинического осмотра новорожденного по системам – залог успеха в полноте понимания ситуации. Не забывайте, хотя бы поверхностно, дать оценку морфологической зрелости недоношенного ребенка, зарегистрировать пороки развития и стигмы дизэмбриогенеза, клинические проявления пограничных состояний, обязательно ответить на вопрос, видит ли и слышит ребенок. Вообще в момент осмотра полезно задать себе вопрос: в чем же индивидуальность ребенка? Это помогает объективнее понять, что с ним происходит. Чем дольше неонатолог осматривает ребенка, тем больше шансов, что он поймет, что с новорожденным, и поставит правильный диагноз.

Неприятные для ребенка манипуляции надо делать в конце осмотра: например, определение полноты разведения ног в тазобедренных суставах (выявление, в частности, симптома щелчка под пальцами неонатолога) для ранней диагностики врожденного вывиха бедра.

Принципы выхаживания больного новорожденного (помимо вышеизложенных)

1. При любых манипуляциях с повреждением кожных покровов, интубациях, установке зонда необходимо надеть одноразовые перчатки. Медицинским сестрам это по первоначально кажется неудобным, но надо внушать им, что перчатки – это не только защита ребенка от микробов взрослого, но и медицинского работника от инфекционных агентов ребенка (что в условиях достаточно широкого распространения вирусов гепатита и ВИЧ быстро усваивается персоналом). В Санкт-Петербурге в отделениях патологии новорожденных над кроватью больного гнойно-воспалительным заболеванием вывешивают транспарант: «Осто-

6. «Поспешайте не торопясь», оценивая неврологический статус новорожденного и формулируя неврологический диагноз, да и вообще любой диагноз; помните о пограничных состояниях (в частности, о транзиторной неврологической дисфункции новорожденных) и о том, что адаптация детей к условиям внеутробной жизни очень индивидуальна и у разных детей она может быть вариабельна. А.Ф. Тур говорил, что длительность периода адаптации к условиям внеутробной жизни (т.е. периода новорожденности) у разных детей неодинакова – от 2,5 до 3,5 нед, что определяется динамикой пограничных состояний. Фиксируйте в истории развития пограничные состояния.

7. Забота о рациональном питании ребенка – одна из важнейших для неонатолога. В настоящее время здоровых новорожденных должно прикладывать к груди в первые полчаса жизни. Никаких сосок и бутылочек с питьем в родильном доме! В настоящее время твердо установлено, что оптимальным является совместное пребывание матери и ребенка и кормление его не по часам, а по желанию малыша. Учите мать правильно звать желания ребенка!

8. Температурная защита – предмет постоянной заботы неонатолога, в том числе и в момент осмотра ребенка не должен охлаждаться. Никогда долго не осматривайте ребенка не под лучистым источником тепла и не оставляйте его голеньким. Весьма нежелательны грелки (особенно это касается недоношенных детей), но если все же к ним прибегли, то необходим постоянный контроль, ибо у новорожденных на месте установки грелок достаточно часто появляются ожоги (особенно у недоношенных). Перегревание ребенка не менее опасно, чем охлаждение.

9. Обязательно ознакомьтесь с медицинской документацией матери и ребенка до вашего первого осмотра. Важно знать, как протекала беременность, особенности соматического и трофического статуса женщины до и во время беременности, как питалась мать во время беременности, социальный и образовательный статус семьи. К сожалению, в современных клинических условиях практически все родильницы до родов и в родах получают какие-то медикаменты, и неонатологу в момент первого и последующих осмотров необходимо знать, какие лекарственные средства, в каких дозах и когда получала мать, ибо зачастую именно это определяет особенности новорожденного и даже патологические отклонения от нормы. Необходимо беседовать с матерью обо всем вышеизложенном. В США первый врач, с которым говорит мать при поступлении в роддом, – педиатр. При последующих осмотрах обязательно поинтересуйтесь, каково впечатление матери и медицинской сестры о ребенке в период, когда вы его не видели, расспросите о его поведении, о том, как он ел, физиологических испражнениях, срыгиваниях, узнайте динамику массы тела.

10. Проверьте, взят ли у новорожденного материал для скрининг-исследований (на фенилкетонурию, муковисцидоз, врожденный гипотиреоз), сделана ли вакцинация против гепатита В, ВСG.

рожно! Я инфицирован! Пожалуйста, наденьте перчатки!».

2. Никакие самые современные мониторы не заменят больному новорожденному постоянному наблюдению сопереживающего, сочувствующего (и страдающего!) медика. Об этом говорится в многочисленных зарубежных публикациях. Новорожденный чувствует присутствующего рядом сопереживающего взрослого. Не случайно в действующих нормативных документах разрешается индивидуальный сестринский пост в отделении реанимации новорожденных. Столы сестринского поста в палате должны быть поставлены так, чтобы медицинская сестра сидела лицом к детям. Новорожденных, особенно недоношенных, не вылечивают, а выхаживают.

3. Энергодефицит – условие, при котором новорожденный либо поправляется с трудом, либо вообще не может успешно бороться с болезнью. Голодающий ребенок имеет минимальные шансы поправиться. Ежедневно подсчитывайте калораж и оценивайте водную, минеральную, витаминную, микронутриентную, углеводную, белковую и жировую нагрузки! Даже выхаживая реанимируемого новорожденного или недоношенного с чрезмерно низкой массой тела, находящегося на парентеральном питании, неонатолог каждый день должен взвешивать, нельзя ли дать им хотя бы немного питания энтерально.

4. Клинический мониторинг не менее важен, чем лабораторный и аппаратный. Объем аппаратного и лабораторного мониторинга, конечно, зависит от возможностей стационара, но объем клинического – только от усилий и добросовестности медицинских работников. Стандартная максимальная полнота обследования больного новорожденного позволяет избежать как запоздалой диагностики основного заболевания, так и осложнений болезни или ятрогении. Очень важно, чтобы в каждом стационаре был сборник инструкций («поминальник») по объему бактериологического, клинического, аппаратного и лабораторного обследования в тех или иных ситуациях, алгоритмам диагностики и терапии детей с основными вариантами патологии, но написанный применительно к конкретным условиям работы в данном стационаре.

5. Полипрагмазия – бич отечественной неонатологии. Помните, что чем больше медикаментов назначают больному, тем выше вероятность лекарственной несовместимости, ятрогении. Оптимальный вариант – не назначать более 5 лекарств, при этом важно правильно распределить их прием по времени, чтобы они не снижали эффект друг друга или максимально не ингибировали функцию тромбоцитов. Помните, что у 90% «кровоточащих» новорожденных выявлены тромбоцитарные дисфункции! Чаше смотрите в руководства по клинической фармакологии новорожденных, справочник М.Д. Машковского «Лекарственные средства», инструкции-вкладыши к лекарствам, ибо память человеческая несовершенна, а ошибаемся мы, как правило, не потому, что не знаем, а потому, что воображаем себя знающими. Никогда не используйте для лечения больных новорожденных лекарств, которые не разрешены Фармкомитетом России для применения в неонатальном периоде. Раз у нас не издается неонатальная фармакопея, пользуйтесь переведенной на русский язык английской (Современная терапия в неонатологии. М.: МЕДпресс, 2000). Прочтя эту книгу, вы убедитесь, что отечественные неонатологи применяют очень много медикаментов и других методов лечения, которые за рубежом не используют. Задумайтесь!

6. Посиндромная терапия – необходимое условие терапии в отделении реанимации. Всю клиническую симптоматику у больного новорожденного надо объединить в группы, характеризующие поражение той или иной функциональной системы. Э.К. Цыбульский рекомендовал руководствоваться следующими принципами при проведении интенсивной терапии:

- а) синдромность;
- б) приоритетность;
- в) этапность;
- г) от простого к сложному;
- д) применение лекарств с очевидным («оцениваемым») эффектом;
- е) принцип обратной связи (проб и ошибок).

7. Полиорганность поражения (а некоторые реаниматологи, на наш взгляд ошибочно, считают, что у любого



реанимируемого больного всегда имеются полиорганные поражения) – не аргумент для полифармакотерапии, назначения медикаментов для лечения поражения каждого органа. Никогда не следует забывать основную заповедь врача – «Не навреди!» (лат. *Noli nocere*).

8. Навыки персонала – ваши навыки по технике осмотра, проведению тех или иных манипуляций определяют успех лечебно-диагностической работы. Высший контролер – ваша совесть! Асептика и антисептика – необходимые условия работы неонатальных стационаров – дело не только администрации, но и опять-таки вашей совести!

9. Обезболивание – необходимое условие как ведения новорожденных в послеоперационном периоде, так и выполнения всех болезненных, инвазивных процедур.

10. А.Ф. Тур всегда настаивал на том, чтобы записи в истории болезни (истории развития) делались в палате, непосредственно у постели ребенка. Очень важно, чтобы записи были динамичны, т.е. отражали особенности течения патологии каждодневно и не походили на ежедневные записи по анекдоту: «Status idem, Status idem, Status idem, Status idem... Посмертный эпикриз».

11. Информированное согласие матери на терапию ребенка или отказ от нее в настоящее время является необходимым условием лечения новорожденного. Реаниматолог профессор А.П. Зильбер (1998 г.) так резюмирует ситуацию: «Любой новорожденный, независимо от его состояния, имеет право на реанимацию и поддерживающую терапию. От их проведения могут отказаться родители, объективно информированные врачами, но не сами врачи. При расхождении мнений родителей и врачей тактику ведения новорожденных определяют вышестоящие инстанции и суд. В конфликтных ситуациях подобного рода Этический комитет может быть полезен в принятии правильного решения». Следует при этом подчеркнуть, что статья 45 «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» носит название «Запрещение эвтаназии».