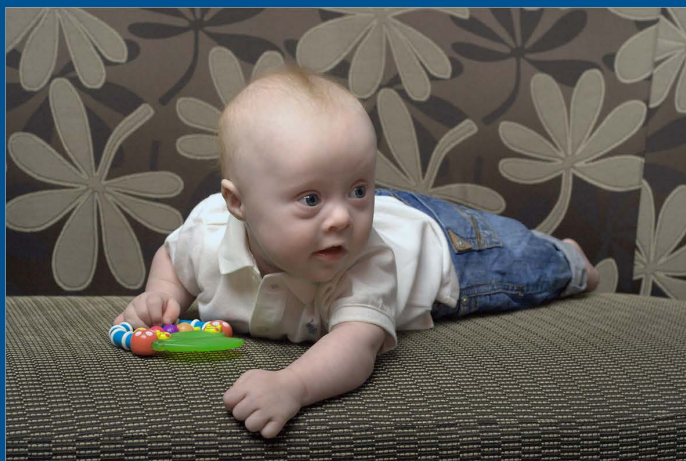


РОЖДЕНИЕ РЕБЕНКА С СИНДРОМОМ ДАУНА

*В помощь медицинскому персоналу
родовспомогательных
и детских лечебных учреждений*



ИЗМЕНИМ К ЛУЧШЕМУ ЖИЗНЬ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДАУНА

Рождение ребенка с синдромом Дауна

*В помощь медицинскому персоналу
родовспомогательных
и детских лечебных учреждений*

Москва
Благотворительный фонд «Даунсайд Ап»
2011

УДК 615.851.4 + 618.2/.3

ББК 74.100 + 57.13

P62

НКО Благотворительный фонд Даунсайд Ап благодарит
Британскую благотворительную организацию
Action for Russia's Children (ARC) (www.actionarc.org)
за финансовую поддержку публикации второго издания брошюры

P62 Рождение ребенка с синдромом Дауна : в помощь медицинскому персоналу родовспомогательных и детских лечебных учреждений / сост. Е. В. Поле – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : Благотворительный фонд «Даунсайд Ап», 2011. – 29 с.

ISBN 978-5-904828-07-3

В брошюре содержатся краткие сведения медицинского, психологического и педагогического характера, которые будут полезны медицинским работникам родовспомогательных и детских лечебных учреждений при профессиональном взаимодействии с семьей, в которой родился малыш с синдромом Дауна.

УДК 615.851.4 + 618.2/.3

ББК 74.100 + 57.13

ISBN 978-5-904828-07-3

© Поле Е. В., составление, 2011

© Благотворительный фонд «Даунсайд Ап», 2011

Содержание

I. О синдроме Дауна. Центр ранней помощи «Даунсайд Ап»	5
II. Психологический аспект работы с семьей, в которой родился ребенок с синдромом Дауна	10
III. Медицинский аспект проблемы.....	16
Приложение 1. Медико-генетическое консультирование.....	23
Приложение 2. Характеристика пороков сердца, часто встречающихся при синдроме Дауна	25
Приложение 3. Примерный план обследования новорожденного с синдромом Дауна.....	28

I. О СИНДРОМЕ ДАУНА. ЦЕНТР РАННЕЙ ПОМОЩИ «ДАУНСАЙД АП»

Синдром Дауна был описан в 1866 году Джоном Дауном.

Дети с синдромом Дауна рождаются относительно часто: один на 700–800 новорожденных, независимо от страны, социального положения и состояния здоровья родителей. Вероятность рождения такого ребенка увеличивается с возрастом матери, но так как молодые матери рожают чаще, среди родителей детей с синдромом Дауна представлены все возрастные категории.

В течение долгого времени дети с синдромом Дауна помещались в специализированные интернатные учреждения или, живя в семье, не имели возможности получать регулярную специализированную помощь. Наличие синдрома Дауна рассматривалось как сугубо медицинская проблема, то есть просто как неизлечимое заболевание. Соматические проблемы: порок сердца, гипотериоз, нарушения слуха или зрения и т. д., которые часто сопровождают синдром Дауна, считались «неотъемлемой частью синдрома» и также часто оставались без лечения.

Около 40 лет назад в Америке и Европе на волне борьбы за равные права для всех категорий населения появились и стали активно влиять на общественные процессы объединения родителей. Они настаивали на создании государственных образовательных программ для детей с особыми потребностями и зачислении таких детей в обычные школы с последующей интеграцией их в общество. Это движение увенчалось успехом, и в 1976 году была сформулирована *концепция нормализации*, которая нашла отражение в законах отдельных стран и важнейших документах ООН. Она сменила *медицинскую модель*, предполагавшую, что человеку с отклонениями в развитии

наилучшая помощь может быть оказана в специализированном учреждении опеки.

Основные положения концепции нормализации заключаются в том, что ребенок с особенностями развития обладает всеми правами, которыми обладают другие дети, и лучшим местом проживания для него является семья, где и должны быть созданы все условия для его развития. Многие перемены происходили в рамках этих представлений. Однако со временем некоторые положения этой концепции потребовали переосмысления. Модель нормализации предполагала, что ребенок должен быть *готов* к принятию его школой и обществом. Кроме того, нормализация не учитывала широкого спектра индивидуальных отличий в обществе и неизбежно вызывала вопрос о том, что такое «норма».

В наше время, когда активно продолжают развиваться службы поддержки людей с ограниченными возможностями, всё больше принимаются на вооружение принципы *социальной модели*, согласно которой человек не обязан быть «готовым» к тому, чтобы участвовать в жизни семьи, учиться в школе, работать. Акцент смещается в сторону готовности общества, школы и т. д. Большее внимание уделяется адаптации среды к возможностям ребенка, созданию системы социальных связей и развитию его способностей, которые могут быть востребованы там, где он живет, учится и/или работает.

Сегодня дети с синдромом Дауна в большинстве развитых зарубежных стран живут в семьях. Существуют различные психологические, социальные и образовательные программы, призванные помочь семьям в воспитании таких детей. Большое внимание уделяется раннему развитию. На практике воплощается идея инклюзивного образования. Всё больше детей посещают детские сады и школы вместе со своими обычными ровесниками; становясь старше, они начинают принимать участие в жизни общества, многие из них работают. Новое положение вещей не только принесло пользу детям и их семьям, но и оказалось экономически выгодным для государства.

Еще в 90-х годах XX века в Великобритании, например, ни один новорожденный ребенок с синдромом Дауна не был направлен в детский дом; 85 % таких детей оставались в своих семьях, а 15 % усыновлялись с рождения и воспитыва-

лись в приемных семьях. Зарубежные источники сообщают, что если в 1958 году до 10 лет доживали лишь 30 % детей с синдромом Дауна, то в 1980 году уже 70 %, а в 1994 году – 90 %. Из детей с синдромом Дауна, выживших в течение первого года жизни, 44 % доживают не менее чем до 60 лет, а 14 % – не менее чем до 68 лет.

Следует отметить также увеличение средней продолжительности жизни людей с синдромом Дауна. В 20–30-х годах прошлого века она составляла около 9 лет. В настоящее время по оценкам зарубежных специалистов, благодаря достижениям в области медицины и совершенствованию программ наблюдения за состоянием здоровья людей с синдромом Дауна, средняя продолжительность их жизни достигает 50–60 лет.

В России лишь около 10–15 % детей с синдромом Дауна живут в семьях, а остальные – в детских домах. Однако за последнее десятилетие, в Москве, например, благодаря появлению системы служб ранней помощи, а также изменению в положительную сторону отношения социума к людям с синдромом Дауна, это соотношение существенно изменилось. Уже более половины младенцев с синдромом Дауна в столице живут в семьях, а их родители имеют возможность получать специализированную психолого-педагогическую поддержку с самого раннего возраста ребенка.

Долгие годы дети с синдромом Дауна считались необучаемыми и плохо развивающимися физически, но это мнение основывалось на обследованиях детей с синдромом Дауна, проводившихся в детских домах, где в условиях депривации (т. е. лишения родительской любви и заботы) их развитие существенно замедляется. За последние годы появились работы, описывающие развитие детей с синдромом Дауна, которые живут в семьях, и результаты такого рода наблюдений и исследований гораздо оптимистичнее.

Детей с синдромом Дауна, безусловно, нельзя считать необучаемыми. Ниже приведены сравнительные данные развития ребенка с синдромом Дауна и среднестатистического обычно развивающегося ребенка. Эти данные взяты нами из зарубежной литературы, а наш многолетний опыт практической работы с семьями, воспитывающими детей с синдромом Дауна, позволил нам убедиться в их объективности.

Краткая сравнительная таблица развития детей с синдромом Дауна и нормативных данных (Siegfried M. Pueschel (ed.). Down Syndrome Growing and Learning». 1990. P. 93)

Навыки	Дети с синдромом Дауна, средний возраст в месяцах	Диапазон появления навыка в месяцах	Средний нормативный возраст в месяцах	Диапазон появления навыка в месяцах
Улыбается	2	1,5–4	1	0,5–3
Поворачивается	8	4–22	5	2–10
Сидит самостоятельно	10	6–28	7	5–9
Ползает на животе	12	7–21	8	6–11
Ползает на четвереньках	15	9–27	10	7–13
Стоит	20	11–42	11	8–16
Ходит	24	12–65	13	8–18
Говорит слова	16	9–31	10	6–14
Говорит предложения	28	18–96	21	14–32

Из приведенных в таблице данных видно, что ребенок с синдромом Дауна проходит все те же этапы развития, что и обычный ребенок, хотя средние сроки появления навыков, конечно, запаздывают. Кроме того, очевидно, что широкий диапазон времени появления навыков представляет большие возможности для работы педагогов, родителей и медиков.

Центр ранней помощи «Даунсайд Ап»

«Даунсайд Ап» уже 15 лет бесплатно осуществляет комплексную психолого-педагогическую поддержку семей, имеющих детей с синдромом Дауна от 0 до 7 лет. К моменту издания данной брошюры в программах нашей организации зарегистрировано более 2500 семей, в которых растут и развиваются дети с синдромом Дауна. Это семьи из Москвы, Московской области, других городов и регионов России и стран ближнего зарубежья.

В программы помощи семьям входят:

– *психологическая поддержка* семей в форме групповых встреч и индивидуальных очных и дистанционных консультаций;

– *информационная поддержка* семей, заключающаяся в рассылке литературы для родителей, периодики и другой информации по вопросам, касающимся развития и обучения детей, проведения благотворительных акций и т. д.;

– *социальная поддержка* семей, направленная на помощь при устройстве детей в реабилитационные учреждения. С 2010 года семьи имеют возможность воспользоваться Базой данных реабилитационных учреждений, созданной в Даунсайд Ап, которая позволяет им получить информацию о том, куда они могут обратиться за помощью по месту жительства;

– *педагогическая поддержка* семей, которая включает в себя индивидуальные занятия-консультации, а также групповую работу с детьми, нацеленную на их социальную адаптацию. В Центре ранней помощи действует система очного и дистанционного консультирования, позволяющая оказывать специализированную помощь родителям и педагогам, которые работают с данной нозологической группой.

С первых недель жизни в сфере особого внимания педагогов находятся:

- развитие речи, формирование общения;
- познание (когнитивное развитие);
- развитие крупной моторики и ориентировки в пространстве;
- развитие мелкой (тонкой) моторики и зрительно-двигательной координации;
- социализация;
- развитие навыков самообслуживания.

Каждое направление включает в себя *сенсорную программу*, направленную на стимуляцию развития и уточнение чувственного опыта детей. Реализация этой программы родителями, ее включение в повседневную жизнь помогают детям достичь хороших результатов как в обучении, так и в социальной адаптации.

Для успешного развития ребенка очень важно своевременное выявление и лечение типичных для синдрома Дауна

сопутствующих заболеваний. Предупреждение вторичных нарушений развития возможно лишь при раннем начале специализированной помощи.

Одновременно с посещением специализированных групповых занятий или индивидуальных занятий-консультаций в Даунсайд Ап ребенок, по желанию родителей, может посещать детский сад. За последние годы в Москве ситуация по приему детей с синдромом Дауна в детские дошкольные учреждения улучшилась, и сейчас все желающие устроить своего ребенка в детский сад или группу кратковременного пребывания могут это сделать.

В 7–8 лет ребенок, как правило, поступает в школу, подобранную в соответствии с его уровнем развития. Все выпускники нашего Центра были приняты в школьные учреждения.

Чтобы зарегистрироваться в программах Даунсайд Ап, родителям достаточно прислать по электронной почте заполненный регистрационный лист, который размещен на сайте www.downsideup.org, или позвонить в Центр ранней помощи «Даунсайд Ап» по телефону 8(499) 367-10-00 и продиктовать необходимые для регистрации данные администратору.

С момента регистрации семья имеет возможность получения бесплатного пакета услуг, который формируется в зависимости от места проживания.

II. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ РАБОТЫ С СЕМЬЕЙ, В КОТОРОЙ РОДИЛСЯ РЕБЕНОК С СИНДРОМОМ ДАУНА

Акушер или педиатр часто может предположить наличие синдрома Дауна по внешним признакам новорожденного. В дальнейшем, конечно, предстоит проведение анализа крови на кариотип, но сразу возникают вопросы: *кому, когда и как сообщить об этом его родителям.*

От того специалиста, который будет первым беседовать с родителями, требуется высокий профессионализм, выдержка и искреннее сочувствие. Врач в этот момент становится од-

ним из самых значимых людей в жизни семьи. От него зависит судьба младенца, только что появившегося на свет. Малыш родился «другим», но ему, как и любому другому ребенку, необходима любовь и забота самых близких людей – его родителей. В них тоже заложена огромная потребность защищать и опекать своего ребенка, но чтобы понять и почувствовать это, им необходимо время и помощь окружающих.

На Западе было проведено много исследований в семьях, где есть дети с особыми потребностями. Результаты такого рода исследований, в частности, показывают, что в тех случаях, когда в роддоме нашли время поздравить родителей с рождением ребенка, ответили на волнующие их вопросы, помогли наладить грудное вскармливание новорожденного, родители более позитивно восприняли диагноз и смогли принять своего ребенка таким, каков он есть.

Какие чувства испытывает специалист, которому необходимо сообщить родителям о наличии синдрома Дауна у их ребенка?

Чувства медицинского работника, сообщающего маме о том, что у нее родился малыш с синдромом Дауна, могут быть самыми разнообразными, их обуславливает личностная индивидуальность специалиста. При необходимости констатировать неприятные факты, медик может испытывать сильную тревогу, переживать чувство вины. С точки зрения врача, он имеет дело с «безнадежным диагнозом», но чувствует, что должен обязательно дать советы, рекомендации. Подобный дискомфорт может усугубляться недостаточными знаниями о возможностях и перспективах развития ребенка с синдромом Дауна, поскольку в медицинские учреждения не всегда поступает информация о педагогических и социальных успехах в решении этой проблемы. Сообщать неприятные известия бывает тяжело из-за возможной бурной эмоциональной реакции мамы новорожденного.

Медик, оказавшийся в такой ситуации, должен располагать не только четкой инструкцией, описывающей что и как следует говорить, но и отчетливым знанием границ своей ответственности за происходящее, что позволяет уменьшить чувство тревоги, вины или ощущение беспомощности.

Какими знаниями должен обладать специалист?

Важно, чтобы педиатр был хорошо информирован и мог предоставить семье малыша новейшие данные:

- об этиологии синдрома Дауна;
- о проблемах здоровья ребенка, требующих немедленного разрешения;
- о перспективах развития ребенка с синдромом Дауна;
- о современных достижениях в области воспитания и обучения таких детей и их социальной адаптации в обществе;
- об организациях, в которые родители могут обратиться за помощью.

Когда сообщать родителям о диагнозе?

Несмотря на то что для получения результатов анализа на кариотип необходимо время, в большинстве случаев родители предпочитают, чтобы им сообщили о диагнозе как можно раньше. Поэтому сказать им о ваших подозрениях и предположениях можно и до получения результата анализа, объяснив необходимость уточнения диагноза. Практический опыт взаимодействия с родителями подсказывает: даже спустя многие годы они чаще всего хорошо помнят о том, кто, когда и как сообщил им о диагнозе их ребенка, и о том, что это сообщение во многом определило, насколько они смогли приспособиться к новой ситуации, не утратив статуса обычной семьи, способной заботиться и о себе, и о своем ребенке.

Что нужно знать о чувствах родителей, у которых родился ребенок с синдромом Дауна?

Для родителей новорожденного факт наличия у их малыша синдрома Дауна, безусловно, является тяжелым потрясением. Психологи считают, что родители в таком случае горюют об утрате «идеального» ребенка, которого они ожидали. Именно поэтому их переживания очень схожи с переживаниями, вызванными смертью ребенка. В этом состоянии можно выделить четыре фазы.

Первая из них – *шоковая фаза*. В это время родители растеряны и практически не способны действовать. Такое состояние может длиться от нескольких минут до нескольких дней.

Шоковую фазу сменяет *фаза реактивности*, которая может проявляться тоской, разочарованием, отрицанием очевидного, гневом. Родители могут конфликтовать, выражать недоверие, они могут переадресовывать одни и те же вопросы разным сотрудникам медицинского учреждения, критично воспринимать любую предоставляемую им информацию. Их чувства часто обрушиваются на тех, кто оказался в это время рядом и сообщил о синдроме Дауна.

В этот период родители очень нуждаются в эмоциональной поддержке. Нужно понять и принять их чувства, очень важно показать им, что подобные чувства не являются чем-то необычным, ненормальным, патологическим.

Именно в это время родители должны решить: заберут ли они ребенка домой и как сообщат близким о рождении необычного малыша. Порой в этой фазе переживания могут даже потребоваться срочные медицинские меры.

За периодом реактивности следует *адаптивная фаза*. Тревога снижается, и родители делают попытки определить стратегию дальнейшего поиска решений.

И, наконец, наступает *фаза ориентирования*, когда семья ищет помощи у соответствующих служб.

Знания о переживаниях и реакциях родителей помогут специалистам грамотно и профессионально выстроить свои отношения с семьей ребенка в первые дни после его рождения.

Почему важно то, «как» сообщать родителям о синдроме Дауна у их ребенка?

Из всего того, что человек совершает в своей жизни, самым созидательным актом является воспитание детей. Дети вызывают у родителей чувства любви и гордости. Когда рождается ребенок с проблемами, эти чувства оказываются под угрозой. Отношение к ребенку в такой ситуации может резко и даже кардинально измениться. Та форма, в которой родителям сообщат о проблеме, окажет влияние на их эмоции, надежды, отношение к себе, к ребенку, на то, насколько и как скоро они оправятся от травмы. Практически всю свою дальнейшую жизнь родители помнят, что говорил о ситуации специалист и как он себя вел. Очень важно, чтобы ни маму,

ни отца новорожденного ребенка с синдромом Дауна не терзали вновь и вновь мучительные воспоминания о том, как, едва родившись, он был отторгнут.

Семья имеет право на свободный выбор!

Если врач берется инициировать отказ от ребенка: уговаривает, дает советы и рекомендации, оказывает давление на маму, не показывает ей ребенка, не позволяет приносить его на кормление, безапелляционно заявляет об отсутствии перспектив, то он, безусловно, нарушает права родителей на свободу принятия решения. С другой стороны, решение, принятое семьей не самостоятельно, а по совету специалиста, налагает на него частичную ответственность за это решение.

Как можно поддержать семью, в которой родился ребенок с синдромом Дауна?

Очень важно понимать, что когда в родильном учреждении появляется новорожденный с синдромом Дауна, главным событием все-таки является рождение ребенка. А оно, на фоне эмоций, связанных с наличием синдрома, часто остается на втором плане, и новоиспеченные мать и отец даже не получают поздравлений в связи с тем, что стали родителями. Чаще звучат соболезнования, а иной раз и упреки. Разумеется, это недопустимо. Доктор, проявляя доброжелательность и такт по отношению к маме и ее малышу, может очень многое сделать для улучшения ее эмоционального самочувствия, для принятия ею ребенка, снижения у нее негативного чувства вины и страха, апатии. Хорошо, если врач принимает и уважает чувства родителей, какими бы они ни были.

Некоторые рекомендации медицинскому персоналу

- Как только ребенок родился, обязательно поздравьте его родителей с этим фактом.
- Сообщите им, здоров ли новорожденный соматически, поясняя все проводимые медицинские процедуры.
- Приложите все усилия для того, чтобы в беседе принимали участие оба родителя. Возможно, они захотят поговорить с другим специалистом, например – с психологом. Постарайтесь обеспечить им эту возможность.

- Сообщите диагноз, оставшись наедине с ребенком и родителями (возможно, они захотят, чтобы при этой беседе присутствовал кто-то из близких). Постарайтесь, чтобы обстановка была комфортной, уделите беседе достаточное количество времени.

- Проводите свою беседу в присутствии малыша, пусть один из родителей держит его на руках. Когда будете сообщать о синдроме Дауна, дотрагивайтесь до малыша, демонстрируйте свое принятие ребенка, относитесь к нему как к желанному, как к личности, а не «как к диагнозу».

- Спросите у родителей, дали ли они малышу имя. Если да, то называйте его по имени, а если нет, то «девочка» или «мальчик», «мальш», «ребенок».

- Нецелесообразно сразу после рождения ребенка сообщать родителям всю информацию о синдроме Дауна. Первая беседа должна содержать в себе краткий обзор этиологии синдрома, описание тех исследований и процедур, которые необходимо провести в ближайшее время. У родителей не должно возникать подозрений, что кто-то из них виноват в случившемся. Не перегружайте свою беседу медицинскими терминами, старайтесь говорить очень просто и понятно.

- Подробное обсуждение состояния ребенка должно произойти позже, когда родители хотя бы немного оправятся от стресса. К этому моменту у них появится множество вопросов, и отвечать на эти вопросы следует точно и компетентно. Ни в коем случае не следует заниматься предсказаниями, поскольку совершенно невозможно в точности предвидеть будущее любого ребенка, и ребенка с синдромом Дауна в том числе.

- Выразите уверенность в способности родителей положительно повлиять на развитие ребенка, дайте им понять, что они не одни, предложите им литературу, телефон, электронный и почтовый адрес Даунсайд Ап или других помогающих служб.

- После беседы необходимо предоставить родителям возможность и время побыть наедине.

- Хорошо, если у родителей возникнет уверенность в том, что их не будут принуждать к тому или иному решению, и что они могут рассчитывать на свободное выражение чувств, сомнений, опасений.

III. МЕДИЦИНСКИЙ АСПЕКТ ПРОБЛЕМЫ

Синдром Дауна – трисомия 21-й пары хромосом. Стандартная трисомия, когда утроение 21-й хромосомы присутствует во всех клетках, составляет 94 % случаев и возникает в результате нарушения процесса мейоза. Кроме того, встречаются транслокационная форма – 4 % и мозаичная – 2 %. При простой форме родители имеют обычный генотип, при транслокационной форме перед рождением следующего ребенка родителям необходимо пройти генетическое обследование. Возникновение мозаицизма в некоторых случаях также требует генетического дообследования семьи. Девочки и мальчики с синдромом Дауна рождаются с одинаковой частотой.

Постнатальная диагностика

Во многих случаях синдром Дауна может быть заподозрен по фенотипическим признакам. Частота встречаемости различных морфологических признаков приведена в приложении 1. Для точной постановки диагноза необходимо провести кариотипирование.

Синдром Дауна характеризуется особенностями многих систем, но степень изменений широко варьирует. Кроме проблем, непосредственно связанных с трисомией, у детей с синдромом Дауна, так же как и у всех детей, могут возникать другие нарушения здоровья, и, в частности, те, к которым предрасполагает морфо-функциональная незрелость (например, гипоксические и гипоксически-геморрагические поражения ЦНС). В прошлом некоторые сопутствующие заболевания детей с синдромом Дауна оставляли без лечения. Это приводило к ухудшению состояния ребенка и замедлению его развития. Ниже обсуждаются основные медицинские проблемы, возникающие у детей с синдромом Дауна и требующие разрешения в неонатальный период. Их профилактика, своевременная диагностика и адекватная терапия дадут возможность ребенку полностью реализовать свой потенциал.

Основные медицинские проблемы в неонатальном периоде

1. Морфо-функциональная незрелость

Дети с синдромом Дауна часто рождаются с признаками морфо-функциональной незрелости, реже – недоношенными. Как следствие, им необходимы такие же условия выхаживания и профилактические мероприятия, как и другим группам незрелых детей.

2. Врожденные пороки сердца

Врожденные пороки сердца (ВПС) встречаются при синдроме Дауна в 40–60 % случаев.

Наиболее часто встречаются открытый атриовентрикулярный канал (АВК) (20 %), дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП) и тетрада Фалло (ТФ).

ДМЖП. При диагностике данного порока важно помнить, что большие дефекты межжелудочковой перегородки часто являются «немыми», шум отсутствует из-за того, что давление в желудочках практически одинаковое. Поэтому именно большие дефекты диагностируются поздно, лишь при появлении симптомов недостаточности кровообращения. Помимо недостаточности кровообращения частым осложнением ДМЖК является развитие легочной гипертензии. Своевременная диагностика этого состояния крайне важна для определения оптимальных сроков оперативного вмешательства, поскольку при высоких степенях легочной гипертензии риск оперативного вмешательства резко возрастает.

АВК. Это комбинированный ВПС, при котором имеется ДМЖП, первичный дефект межпредсердной перегородки (ДМПП) и расщепление створок митрального и трикуспидального клапанов. Выделяют общий открытый АВК (полная форма), частично открытый АВК (без ДМЖП или без ДМПП), косой АВК (левожелудочково-правопредсердное сообщение), общее предсердие. Наиболее тяжелое течение имеет полная форма. При отсутствии стеноза легочной артерии полная форма быстро (уже в периоде новорожденности) осложняется *сердечной недостаточностью и легочной гипертензией*. Поэтому детей с подозрением на АВК нужно

как можно быстрее направлять в специализированный кардиологический или кардиохирургический стационар для подбора терапии и определения тактики ведения в дальнейшем. В некоторых случаях, когда состояние ребенка не позволяет провести радикальную операцию, для предотвращения развития легочной гипертензии детям проводят паллиативную операцию – суживание легочной артерии.

ТФ. Порок включает ДМЖП, стеноз выводного тракта правого желудочка на различных уровнях, гипертрофию миокарда правого желудочка, дэкстрапозицию аорты. Нередко встречается *гипоплазия легочной артерии. В этой ситуации порок становится дуктус-зависимым!* То есть наличие открытого артериального протока (ОАП) жизненно необходимо для ребенка. При дуктус-зависимых пороках, несмотря на цианоз, *категорически противопоказана кислородотерапия.* Для сохранения ОАП могут применяться препараты простагландина Е. При ТФ у ребенка могут возникать гипоксические приступы, требующие экстренной медицинской помощи. *Новорожденных с любым синим пороком сердца необходимо немедленно проконсультировать в кардиохирургическом стационаре для определения показаний к экстренной паллиативной операции.*

При синдроме Дауна симптомы легочной гипертензии при ВПС возникают раньше и чаще, чем у других детей. Клинического обследования новорожденного с подозрением на ВПС часто бывает недостаточно. Нередко (особенно при больших дефектах перегородок без стенозов сосудов) шумы и другие клинические признаки не выявляются в первые две недели жизни ребенка. Поэтому необходимо провести ЭКГ, ЭхоКГ и рентгенограмму грудной клетки в неонатальный период. Проведение ЭхоКГ должно осуществляться специалистом, работающим в области кардиологии. Следует отметить также, что число осложнений в послеоперационном периоде и послеоперационная летальность у детей с синдромом Дауна не отличаются от других групп детей.

3. Апноэ во сне

У детей с синдромом Дауна частота апноэ во сне может составлять до 50 %. Синдром обструктивного апноэ во сне

проявляется в виде полной остановки или затруднения дыхания во время сна, сопровождающегося гиповентиляцией, гипоксемией. Данный синдром плохо диагностируется и довольно часто упускается из виду. Апноэ во сне часто приводит к вялости, сонливости в дневное время, порождает проблемы с обучением, снижает темпы физического развития и ухудшает поведение. Хроническая гипоксемия и гиповентиляция могут способствовать развитию легочной гипертензии. Дети угрожаемы по синдрому внезапной смерти. Для профилактики обструктивного апноэ рекомендуется поднимать головной конец кровати на 10 градусов и укладывать ребенка на бок.

4. Патология щитовидной железы

Гипотиреоз является довольно частым состоянием у детей с синдромом Дауна (у детей до 8 лет может составлять до 35 %). С возрастом повышается частота приобретенных форм гипотиреоза. Своевременная диагностика (*до 3 месяцев*) с определением уровня T_3 , T_4 , ТТГ в крови является обязательной для всех детей с синдромом Дауна. Необходимо также дальнейшее наблюдение за уровнем гормонов в крови и проведение медикаментозной коррекции по показаниям.

5. Офтальмологические проблемы

При синдроме Дауна широко представлены врожденная катаракта, нистагм, косоглазие, глаукома, кератоконус, блефарит и недостаточность носослезных протоков. *Недостаточность или обструкция носослезного канала* проявляется частыми конъюнктивитами, слезотечением, при массаже носослезного мешочка выделяется слеза или гной. Консервативная терапия заключается в массаже носослезного мешочка, лечении конъюнктивита местными антибиотиками. В некоторых случаях (дакриоцистит) показано зондирование канала. *Глаукома* проявляется слезотечением, светобоязнью, блефароспазмом. Наиболее ярким симптомом является помутнение роговицы. Небольшое выбухание роговицы, если оно симметрично, является нормой для новорожденных, асимметрия же характерна для глаукомы. Необходима ранняя диагностика глаукомы и проведение хирургической коррекции.

6. Аномалии желудочно-кишечного тракта

Аномалии желудочно-кишечного тракта встречаются у детей с синдромом Дауна в 12 % случаев.

Наиболее часто встречаются атрезия пищевода, трахеопищеводный свищ, пилоростеноз, атрезия 12-перстной кишки, болезнь Гиршпрунга. Клинические проявления кишечной непроходимости многообразны. Наиболее ранним и постоянным симптомом является рвота (содержимое зависит от уровня обструкции). При стенозе 12-перстной кишки выше фатерова соска стул скудный, зеленый. При обструкции ниже фатерова соска в прямой кишке обнаруживается слизь. При полной тонкокишечной непроходимости меконий не отходит. Рано проявляются симптомы обезвоживания – уже со вторых суток жизни. Интоксикация быстрее нарастает при низкокишечной непроходимости. При стенозах меконий отходит малыми порциями. Для уточнения уровня непроходимости необходимо рентгенологическое обследование, которое начинают с обзорной рентгенограммы брюшной полости *в вертикальном положении*. Обращают внимание на газонаполнение желудка, наличие газа в 12-перстной кишке, уменьшение количества или полное отсутствие газа в тонкой кишке ниже препятствия, наличие уровней жидкости в желудке и 12-перстной кишке при высококишечной непроходимости, множественные уровни при низкокишечной. Если непроходимость диагностирована в первые сутки после рождения, то при отсутствии экстренных показаний операцию лучше отложить на 12–24 часа. Подготовка к операции заключается в согревании ребенка, коррекции дыхательных и электролитных нарушений, зондировании (зонд открыть и оставить) и промывании желудка. Показан перевод в хирургический стационар.

7. Иммунологическая недостаточность

Иммунологическая недостаточность проявляется у детей в неонатальном периоде предрасположенностью к частым инфекционным заболеваниям и аллергическим реакциям. Основными нарушениями системы иммунитета являются изменения клеточно-опосредованных иммунных реакций, фагоцитоза, антитело-опосредованных реакций. Обнаруживают

снижение Т-хелперов (CD4), NK-клеток, снижение продукции интерлейкина 2, при этом повышено количество циркулирующих активированных Т-клеток, гранулоцитов и интерлейкина 6. Специфический гуморальный ответ снижен при повышении общего количества циркулирующих иммуноглобулинов.

8. Отоларингологические проблемы

Частота снижения слуха у детей с синдромом Дауна составляет 38–78 %. Часто повышено выделение серы в ушном канале, могут быть дефекты слуховых косточек, а также избыточное накопление жидкости в среднем ухе, в связи с дисфункцией евстахиевой трубы. Показано сделать аудиограмму в 1 месяц и далее контролировать слух в динамике. Частые средние отиты приводят к кондуктивной тугоухости и, вторично, к нарушению развития речи. Для лечения применяются как хирургические методы (аденэктомия), так и консервативные (катетеризация евстахиевой трубы, медикаментозное лечение).

При проведении интубации трахеи узкая носоглотка, большой язык и маленький надгортанник требуют *меньшей на два размера интубационной трубки*.

9. Патология опорно-двигательного аппарата

Мышечная гипотония, повышенная растяжимость соединительной ткани и скелетная дисплазия предрасполагают к различным ортопедическим проблемам, таким как *дисплазия тазобедренных суставов*, подвывих или вывих бедра, неустойчивость коленной чашечки, сколиоз, плоскостопие. Детей с синдромом Дауна на 1-м месяце жизни должен осмотреть ортопед.

10. Миелопролиферативные реакции и острый лейкоз у новорожденных

Миелопролиферативные реакции у новорожденных могут быть очень выраженными и при возникновении их трудно отличить от острого лейкоза, однако в динамике они исчезают. При подозрении на лейкоз показана консультация гематолога.

11. Трудности при грудном вскармливании

В связи с особенностями строения челюстно-лицевого аппарата и незрелостью нервной системы в периоде новорожденности у детей с синдромом Дауна часто наблюдаются затруднения при грудном вскармливании. Крайне важно проводить работу по поддержке естественного вскармливания для профилактики отитов, нарушений речи, укрепления иммунитета. Если есть противопоказания (по состоянию ребенка) к прикладыванию к груди, кормление проводится по стандартной методике сцеженным грудным молоком. Следует помнить, что сам по себе синдром Дауна не является противопоказанием к естественному вскармливанию, и следует поддерживать у матери желание кормить ребенка грудью, помогая ей преодолевать технические сложности, возникающие при кормлении.

Приложение 1. Медико-генетическое консультирование

Таблица 1. Риск рождения второго ребенка с синдромом Дауна для семей уже имеющих ребенка с синдромом Дауна

Возраст отца	Возраст матери	
	35–40	41–46
До 34	0,4 %	0,8 %
35–40	0,6 %	1,2 %
41–46	1,3 %	2,8 %
Более 46	2 %	4,1 %

Таблица 2. Риск рождения ребенка с синдромом Дауна при семейных робертсоновских транслокациях

Тип транслокации	Пол носителя	
	Мужской	Женский
21q22q	2 %	7 %
21qDq	2/4 %	10 %
21q21q	100 %	100 %

При транслокационной форме при нормальном кариотипе родителей риск такой же, как при простой форме.

Диагностическая значимость методов пренатальной диагностики

1. *Возраст матери более 35 лет.* Чувствительность 30 %.

2. *Биохимическое исследование сыворотки крови беременной.* Повышение α -фетопротеина в сыворотке крови женщины, падение уровня хорионического гонадотропина, снижение уровня эстрогенов в сыворотке крови или снижение их экскреции с мочой могут быть маркерами нарушений в состоянии плода. Чувствительность определения α -фетопротеина (совместно с возрастом матери) 69 %, специфичность 95 %. Сейчас разработана методика, позволяющая осуществлять быстрое (2 часа) одновременное исследование α -фетопротеина, хорионического гонадотропина и эстриола в сыворотке.

3. *Амниоцентез на сроке 16 недель с кариотипированием клеток.* Осложнением является прерывание беременности в 0,5–1 % случаев.

4. Биопсия хориона в 10–12 недель (риск прерывания беременности 2–5 %).

5. УЗИ. «Избыток» кожи у детей с синдромом Дауна может быть выявлен при УЗИ по увеличению свечения в области боковой поверхности шеи (избыточная кожная складка боковой поверхности шеи). Обнаружение этого феномена на сроке 11–14 недель стало эффективным методом скринингового обследования на синдром Дауна. Чувствительность метода 82,2 %, специфичность – 91,7 %. Другим методом УЗИ-диагностики является выявление задержки формирования носовой кости у плода. Она появляется в норме при длине тела плода 42 мм и увеличивается в длине с увеличением срока гестации. У 73 % плодов с трисомией на сроке 11–14 недель носовая кость не видна. С наличием избыточной кожной складки отсутствие носовой кости не связано, и методы могут использоваться совместно для повышения специфичности. Так, если учитывать возраст матери (старше 35 лет), обнаружение избыточной кожной складки и отсутствие носовой кости совместно, то чувствительность (при фиксированном числе ложноотрицательных результатов в 1 %) возрастет с 57 % до 86 % (табл. 3).

Таблица 3. Чувствительность и специфичность методов пренатальной диагностики синдрома Дауна

Метод	Ложно-отрицательный результат	Чувствительность
Возраст матери более 35 лет	5 %	30 %
Возраст матери + биохимические тесты (α -фетопротеин и др.)	5 %	60–70 %
Возраст матери + обнаружение избыточной кожной складки шеи	5 %	75 %
Возраст матери + биохимические тесты (α -фетопротеин и др.) + обнаружение избыточной кожной складки шеи	5 %	85 %
Возраст матери + выявление кожной складки шеи + окостенение носовой кости	1 %	85 %
Все четыре метода совместно	1 %	> 90 %

Частота встречаемости морфологических признаков при синдроме Дауна

«Плоское» лицо – 90 %, брахицефалия – 81 %, кожная складка на шее у новорожденных – 81 %, антимоңголоидный разрез глаз – 80 %, эпикант – 80 %, гиперподвижность суставов – 80 %, мышечная гипотония – 80 %, плоский затылок 78 %, короткие конечности – 70 %, брахимезофалангия – 70 %, катаракта в возрасте более 8 лет – 66 %, открытый рот – 65 %, зубные аномалии – 65 %, клинодактилия 5-го пальца – 60 %, аркообразное небо – 58 %, плоская переносица 52 %, бороздчатый язык – 50 %, поперечная ладонная складка – 45 %, короткая широкая шея – 45 %, ВПС – 40 %, короткий нос 40 %, страбизм (косоглазие) – 29 %, деформация грудной клетки (килевидная или воронкообразная) – 27 %, пигментные пятна по краю радужки (пятна Брушфильда) – 19 %, эписиндром – 8 %, атрезия или стеноз 12-перстной кишки – 8 %, врожденный лейкоз – 8 %.

Приложение 2. Характеристика пороков сердца, часто встречающихся при синдроме Дауна

Дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП)

Гемодинамика. После рождения при ДМЖП артериальная кровь сбрасывается из левого желудочка в правый и в легочную артерию, откуда возвращается в левые отделы сердца. Давление в правых отделах и легочной артерии определяется величиной сброса и общелегочным сопротивлением. Сразу после рождения отмечается перекрестный или право-левый сброс через дефект. По мере физиологической инволюции строения легочных сосудов давление в легочной артерии падает, сброс в малый круг кровообращения увеличивается. Компенсаторно возникает спазм легочных сосудов, гипертензия в этот период носит «сбросовый» характер». При длительном существовании порока формируется склеротическая фаза *легочной гипертензии*. Степень легочной гипертензии имеет большое значение для прогноза и показаний к операции при ДМЖП. При высокой степени легочной гипертензии прогноз при оперативном вмешательстве неблагоприятный. У детей, перенесших тяжелую гипоксию, физиологической

инволюции в строении сосудов легких не происходит и прогрессирует врожденная легочная гипертензия как самостоятельная патология. Чем меньше градиент давления между желудочками, тем ближе давление в правых отделах сердца и в легочной артерии к давлению в большом круге кровообращения, и тем хуже прогноз.

Клиника. Хотя ДМЖП – это порок бледного типа, в клинике сразу после рождения может появляться небольшой цианоз за счет сохранения право-левожелудочкового сброса. Затем цианоз исчезает. Первыми проявлениями ДМЖП чаще являются симптомы сердечной недостаточности (НК) по бивентрикулярному типу. Симптомы НК (слабость, потливость, вялое сосание и алиментарная гипотрофия, одышка по типу тахипноэ, навязчивый кашель, застойные хрипы в легких, гепатоспленомегалия) нередко толкуются неправильно как развитие пневмонии. Кроме того, пневмония, действительно является частым осложнением при гиперволемии малого круга. Сердце увеличено в поперечнике, сердечный толчок смещен влево и вниз. При пальпации можно выявить систолическое дрожание в 3–4-м межреберье слева. Выслушивается связанный с 1-м тоном систолический шум в 3–4-м межреберье слева, реже – во 2–3-м межреберье. При высокой легочной гипертензии *шум короткий, что прогностически хуже*. При большом градиенте давления между желудочками шум более продолжительный.

Результаты обследований. ЭКГ – признаки систолической и диастолической перегрузки обоих желудочков (сначала больше левого, затем увеличивается перегрузка правого желудочка и правого предсердия параллельно прогрессированию легочной гипертензии). На *рентгенограмме* при больших дефектах перегородки легочный рисунок усилен по артериальному типу, дуга легочной артерии выбухает. Форма сердца неспецифична. *ЭхоКГ* позволяет определить размер и расположение дефекта, градиент давления между желудочками и выраженность легочной гипертензии.

Показания к оперативной коррекции: раннее развитие легочной гипертензии, рефрактерная сердечная недостаточность, рецидивирующие пневмонии, гипотрофия 2–3-й степени.

Атриовентрикулярный канал (АВК)

Гемодинамика при полной форме. Все четыре камеры сердца сообщаются между собой. Гемодинамика представляет сочетание изменений, наблюдаемых при большом ДМЖП, большом межпредсердном дефекте и дополняется недостаточностью атриовентрикулярных клапанов. В конечном счете, развиваются выраженная объемная перегрузка правых отделов и легочная гипертензия. Развитию последней может препятствовать стеноз легочной артерии.

Клиника. С первых же дней у ребенка появляются признаки сердечной недостаточности по бивентрикулярному типу, которая отличается рефрактерностью к терапии. При аускультации 1-й тон усилен в позиции трикуспидального клапана, 2-й – акцентирован и сильно расщеплен. Вдоль левого края грудины выслушивается грубый, широко иррадирующий систолический шум ДМЖП с р. max. в 3–4-м межреберье. На верхушке – систолический шум недостаточности митрального клапана.

Данные обследований. На ЭКГ у 60–70 % больных выявляется отклонение ЭОС *влево*, признаки перегрузки правого желудочка. На *рентгенограмме* – усиление легочного рисунка по артериальному и венозному типу, КТИ увеличен, тень сердца может быть увеличена преимущественно за счет левых отделов или даже напоминать таковую при дилатационной кардиомиопатии. При сопутствующем стенозе легочной артерии форма напоминает тетраду Фалло. При *ультразвуковом исследовании* выявляется первичный дефект межпредсердной перегородки (в месте ее слияния с клапанами), ДПЖП, наличие одного (общего) или двух атриовентрикулярных клапанов.

Показания к оперативному лечению. При полной форме показана ранняя хирургическая коррекция. При невозможности проведения радикальной операции проводят операцию Мюллера – Альберта (сужение легочной артерии).

Тетрада Фалло (ТФ)

Гемодинамика. При наиболее частом варианте порока с большим ДМЖП и значительном стенозе легочной артерии кровь из обоих желудочков в систолу поступает преимущественно в аорту и в меньшей степени в легочную артерию.

Гиповолемия малого круга приводит к гипоксемии. При небольшом стенозе легочной артерии гипоксемия, а следовательно, и цианоз менее выражены – бледная форма тетрады Фалло.

Клиника. В силу беспрепятственного сброса крови из правого желудочка при ТФ *сердечная недостаточность рано не развивается*. Цианоз – один из главных симптомов ТФ. Его выраженность определяется степенью стеноза легочной артерии и наличием ОАП. Характерна одышка по типу диспноэ. Дети отстают в физическом развитии. Сердце небольшое. При аускультации определяется громкий 1-й тон, выслушивается грубый систолический шум изгнания с р. тах. в 3–4-м межреберье слева или во 2–3-м. 2-й тон ослаблен над легочной артерией. Шум ДМЖП отсутствует. После 3 месяцев жизни у детей могут появляться одышечно-цианотические приступы в связи с инфундибулярным спазмом легочной артерии (вплоть до апноэ, комы и судорог).

Данные обследований. На ЭКГ – признаки гипертрофии миокарда правого желудочка. На рентгенограмме легких – легочный рисунок обеднен, сердце в виде «деревянного башмачка». На ЭхоКГ выявляются все 4 признака порока, можно выяснить величину смещения аорты, степень легочного стеноза и гипертрофии правого желудочка.

Показания к операции. Всем детям показана оперативная коррекция ТФ. Показанием к срочному вмешательству являются одышечно-цианотические приступы. У новорожденных и детей раннего возраста с частыми одышечно-цианотическими приступами начинают иногда с паллиативной операции, заключающейся в наложении системно-легочных или межартериальных анастомозов.

Приложение 3. Примерный план обследования новорожденного с синдромом Дауна

Мероприятия, проводимые в течение первого месяца жизни ребенка

1. Консультация генетика; исследование на кариотип.
2. Наблюдение педиатра (неонатолога) (особое внимание – на наличие пороков развития желудочно-кишечного тракта,

ВПС, апноэ во сне, гипотиреоз, дисплазию тазобедренных суставов). Обследования: полный анализ крови, ЭКГ, ЭхоКГ, Rg грудной клетки, НСГ, T₃, T₄, ТТГ, по показаниям – Rg тазобедренных суставов.

3. Консультация окулиста (исключить катаракту, кератоконус, глаукому, непроходимость носослезного канала). Осмотр глазного дна.

4. Консультация ортопеда – по показаниям.

5. Консультация эндокринолога – по показаниям.

Мероприятия, проводимые в течение первого года жизни ребенка

1. Наблюдение педиатра, в том числе борьба за грудное вскармливание (в будущем важно еще и для развития речи), коррекция нарушений питания, выявление и лечение инфекционных заболеваний, НК, апноэ во сне.

2. ЭКГ, ЭхоКГ, консультация кардиолога. При наличии патологии – постановка на учет у кардиохирурга. При НК – госпитализация.

3. НСГ1, консультация невролога.

4. Консультация ортопеда, по показаниям – коррекция дисплазии тазобедренных суставов.

5. Консультация эндокринолога, T₃, T₄, ТТГ (до 3 месяцев), если не сделаны ранее.

6. Консультация ЛОР-врача, аудиограмма (до 3 месяцев и в 8–10 месяцев). Тщательное лечение ринитов и отитов.

7. Консультация окулиста, в том числе осмотр глазного дна в динамике. Выявление косоглазия, нистагма, нарушений рефракции.

8. Наблюдение и занятия с кинезотерапевтом (специалистом по ЛФК).

9. Обсуждение с родителями принципов педагогической помощи, предоставление им литературы о развитии ребенка.

10. Рекомендация родителям – подать документы на оформление ИПР и обратиться в местные организации, в которых имеются службы ранней помощи или в другие реабилитационные учреждения.

РОЖДЕНИЕ РЕБЕНКА С СИНДРОМОМ ДАУНА
*В помощь медицинскому персоналу
родовспомогательных и детских лечебных учреждений*

Составитель **Поле** Елена Викторовна

Подписано в печать 04.07.11. Формат 84×108/32
Усл. печ. л. 1,68. Тираж 5000 экз. Заказ №

Российская НКО «Благотворительный фонд Даунсайд Ап»
Россия, 105043, Москва, 3-я Парковая ул., д. 14-а

Отпечано с файлов заказчика
в типографии ООО «Полиграфическая компания СТАМПА ВИВА»
109052, Москва, ул. Смирновская, д. 19

Дорогой читатель!



Всю научно-методическую литературу фонд «Даунсайд Ап» распространяет БЕСПЛАТНО. Но мы всегда благодарны за пожертвования, которые дают нам возможность продолжать работу по изданию книг и обеспечению семей, воспитывающих малышей с синдромом Дауна, необходимой литературой.

Вы можете сделать пожертвование через наш сайт

<http://www.downsideup.org/payonline.php>

или заполнить помещенную на следующей странице квитанцию, которую примет любое отделение Сбербанка.

Даже маленькая сумма принесет большую пользу!

<p>Извещение</p>	 <p>НО Благотворительный фонд «Даунсайд Ап» ИНН 7705159882 р/с 40703810038040100912 Московский банк Сбербанка России ОАО, г. Москва БИК 044525225 к/с 30101810400000000225 Сбербанк России г. Москва</p>	<p>Вывержка из письма Сбербанка РФ № 047930 от 04 декабря 2002 г.</p> <p>Принимая во внимание значимость работы, проводимой Вашей организацией, Сбербанком России доведены до филиалов банка указания о приёме и перечислении благотворительной помощи на счёт Некоммерческой организации Благотворительный Фонд «Даунсайд Ап» №40703810038040100912, открытый в Тверском отделении №7982 Сбербанка России г. Москвы, без взимания комиссионного вознаграждения.</p>				
<p>Кассир</p>	<p>ФИО плательщика</p> <p>Адрес, индекс № телефона</p> <table border="1" data-bbox="388 646 509 1293"> <tr> <td>Назначение платежа: благотворительное пожертвование</td> <td>Сумма платежа</td> </tr> <tr> <td>Подпись плательщика</td> <td>Я хочу стать членом Клуба Друзей</td> </tr> </table>	Назначение платежа: благотворительное пожертвование	Сумма платежа	Подпись плательщика	Я хочу стать членом Клуба Друзей	<p>С уважением, Г.Г. Меликьян, заместитель председателя правления</p>
Назначение платежа: благотворительное пожертвование	Сумма платежа					
Подпись плательщика	Я хочу стать членом Клуба Друзей					
<p>Квитанция</p>	 <p>НО Благотворительный фонд «Даунсайд Ап» ИНН 7705159882 р/с 40703810038040100912 Московский банк Сбербанка России ОАО, г. Москва БИК 044525225 к/с 30101810400000000225 Сбербанк России г. Москва</p>	<p>Вывержка из письма Сбербанка РФ № 047930 от 04 декабря 2002 г.</p> <p>Принимая во внимание значимость работы, проводимой Вашей организацией, Сбербанком России доведены до филиалов банка указания о приёме и перечислении благотворительной помощи на счёт Некоммерческой организации Благотворительный Фонд «Даунсайд Ап» №40703810038040100912, открытый в Тверском отделении №7982 Сбербанка России г. Москвы, без взимания комиссионного вознаграждения.</p>				
<p>Кассир</p>	<p>ФИО плательщика</p> <p>Адрес, индекс № телефона</p> <table border="1" data-bbox="823 646 946 1293"> <tr> <td>Назначение платежа: благотворительное пожертвование</td> <td>Сумма платежа</td> </tr> <tr> <td>Подпись плательщика</td> <td>Я хочу стать членом Клуба Друзей</td> </tr> </table>	Назначение платежа: благотворительное пожертвование	Сумма платежа	Подпись плательщика	Я хочу стать членом Клуба Друзей	<p>С уважением, Г.Г. Меликьян, заместитель председателя правления</p>
Назначение платежа: благотворительное пожертвование	Сумма платежа					
Подпись плательщика	Я хочу стать членом Клуба Друзей					