



СОЮЗ
ПЕДИАТРОВ
РОССИИ



СОЮЗ ПЕДИАТРОВ РОССИИ
САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОЕ
ОТДЕЛЕНИЕ



Союз медицинских
работников
Санкт-Петербурга
и Северо-Западного региона



КОМИТЕТ
ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ
ПРАВИТЕЛЬСТВА
САНКТ-ПЕТЕРБУРГА



КОМИТЕТ
ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ
ПРАВИТЕЛЬСТВА
ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ



III РОССИЙСКИЙ ФОРУМ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ
«СОВРЕМЕННАЯ ПЕДИАТРИЯ.
САНКТ-ПЕТЕРБУРГ – БЕЛЫЕ НОЧИ – 2018»

МАТЕРИАЛЫ

13–14 июня 2018

Сборник материалов III Российского Форума с международным участием «СОВРЕМЕННАЯ ПЕДИАТРИЯ.

САНКТ-ПЕТЕРБУРГ – БЕЛЫЕ НОЧИ – 2018».

Санкт-Петербург, 13–14 июня 2018 – СПб., 2018. – 100 с.

ОРГАНИЗАТОРЫ ФОРУМА:

- Правительство Санкт-Петербурга
- Законодательное собрание Санкт-Петербурга
- Комитет по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга
- Комитет по здравоохранению Ленинградской области
- Санкт-Петербургское региональное отделение общественной организации «Союз педиатров России»
- Союз медицинских работников Санкт-Петербурга и Северо-Западного региона
- ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ
- ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» МО РФ
- ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» Министерства здравоохранения РФ
- ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Министерства здравоохранения РФ

НАУЧНЫЕ РЕДАКТОРЫ:

д.м.н. проф. Булатова Е. М., д.м.н. проф. Кельмансон И. А.

Материалы, опубликованные в данном сборнике, представлены в авторской редакции. Оргкомитет Конференции не несет ответственности за содержание тезисов.

Санкт-Петербургское региональное отделение общественной организации «Союз педиатров России», www.pediatricsp.ru

Типография ООО «ИТЦ «Символ»,
Санкт-Петербург, пр. Обуховской Обороны, д. 199

ISBN 978-5-9500353-5-7



9 785950 035357

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

III РОССИЙСКОГО ФОРУМА
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ
«СОВРЕМЕННАЯ ПЕДИАТРИЯ.
САНКТ-ПЕТЕРБУРГ – БЕЛЫЕ НОЧИ – 2018»

13–14 ИЮНЯ 2018

САНКТ-ПЕТЕРБУРГ 2018

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|--|----|
| Варианты поражения проводящей системы сердца у детей, перенесших острый Коксаки В миокардит <i>Адрианов М. А., Адрианов А. В.</i> | 9 |
| Клинические штаммы Enterobacter spp. у детей с желудочно-кишечными инфекциями и гнойно-воспалительными процессами <i>Ахтариева А. А., Туйгунов М. М., Камалова А. А., Лукманова Г. И.</i> | 10 |
| Случай ранней диагностики болезни Александра <i>Белоног О. Л., Родионов Ю. В.</i> | 13 |
| Особенности сосудистого тонуса детей с эссенциальной артериальной гипотензией <i>Буряк В. Н.</i> | 15 |
| Роль различных простагландинов в патогенетических механизмах вегето-сосудистой дисфункции по гипотензивному типу у детей <i>Буряк В. Н.</i> | 16 |
| Состояние простаглицлин-тромбоксановой системы у детей при вегето-сосудистой дисфункции по гипотензивному типу <i>Буряк В. Н.</i> | 18 |
| Опыт республики Беларусь в выполнении программы иммунизации населения против гриппа <i>Василевский И. В.</i> | 19 |
| Тандем медицинского персонала и родителей – важное звено в обеспечении приверженности лечению детей, больных бронхиальной астмой <i>Василевский И. В.</i> | 21 |
| Клинико-фармакологическая оценка лечения у детей с бронхиальной астмой в условиях детской поликлиники <i>Василевский И. В., Скепьян Е. Н., Бабич Н. О.</i> | 22 |
| Анализ проведения вакцинации БЦЖ у детей с ВИЧ-инфекцией <i>Васильева Е. Б., Москалюк А. М.</i> | 23 |
| Современные особенности лечения гемангиом и другой сосудистой патологии у детей <i>Воробьева В. Ю.</i> | 24 |
| Инфицирование вирусами Эпштейна-Барр, цитомегалии и наличие аллергической патологии – наиболее частые причины возникновения кашля у пациентов из группы часто болеющих детей <i>Воронцова И. М.</i> | 26 |

| | |
|---|----|
| Организация питания беременных и кормящих женщин в условиях крайнего севера <i>Гмошинская М. В., Лебедева У. М., Степанов К. М., Пырьева Е. А., Сафронова А. И.</i> | 28 |
| Ожирение и коморбидные расстройства желудочно-кишечного тракта у детей Оренбуржья <i>Гордиенко Л. М., Вялкова А. А., Максимова Н. Э., Карымова Г. К., Галактионова Д. М.</i> | 30 |
| Сравнительный анализ речи детей 6–7 лет с расстройствами аутистического спектра и типично развивающихся <i>Городный В. А., Ляско Е. Е.</i> | 34 |
| Клиническая и скрининговая ранняя диагностика расстройств аутистического спектра: Точки пересечения <i>Гречаный С. В.</i> | 35 |
| Иммунофенотип лимфоцитов при вирус-ассоциированном гломерулонефрите у детей <i>Гурина О. П., Деметтьева Е. А., Блинов А. Е., Варламова О. Н., Степанова А. А., Блинов Г. А.</i> | 38 |
| Пищевая сенсibilизация у детей: Возрастная динамика <i>Емеличева Л. Г., Мозжухина Л. И., Тетерева Е. А., Большакова С. Н., Худякова Т. В., Анисимова Е. И.</i> | 40 |
| Сравнительная характеристика обследования на туберкулезную инфекцию студентов-медиков различных поколений <i>Клочкова Л. В., Зубарева А. А., Ямковая В. В., Савченко А. С.</i> | 41 |
| Особенности течения гипераммониемии новорожденных <i>Колчина А. Н., Халецкая О. В., Туш Е. В.</i> | 42 |
| Латентный железодефицит – диагностика и лечение <i>Кононенко И. А.</i> | 44 |
| Билиарная дисфункция у детей со спинальной мышечной атрофией <i>Лебедева Н. В., Фомина А. М., Стрекалова С. А., Романенко Е. В., Адрианов А. В., Мельникова Г. С.</i> | 46 |
| Медико-социальные аспекты инвалидности у детей, родившихся недоношенными с экстремально низкой массой тела в Ленинградской области <i>Лебедева Н. В., Горгиладзе Н. В., Александрова Н. А., Адрианов М. А., Адрианов А. В.</i> | 48 |
| СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ КОЖНЫХ ТЕСТОВ С ТУБЕРКУЛЕЗНЫМИ АЛЛЕРГЕНАМИ У ДЕТЕЙ, НЕ ПРИВИТЫХ БЦЖ <i>Лозовская М. Э., Макарова В. С., Свиридова Е. О., Шibaкова Н. Д.</i> | 50 |
| Особенности речи детей с расстройствами аутистического спектра, синдромом Дауна и умственной отсталостью <i>Ляско Е. Е., Фролова О. В., Гречаный С. В.</i> | 53 |
| Рефлексотерапия детей, страдающих бронхиальной астмой на фоне неврологических расстройств <i>Макаров А. В., Братова Е. А.</i> | 54 |

| | |
|---|----|
| Влияние постоянного контакта с домашними животными на течение бронхиальной астмы у детей <i>Нишева Е. С., Валетова Л. Г., Платонова Н. Б., Бочкова М. Е., Бутырина У. А.</i> | 56 |
| Клинико-эндоскопические проявления эозинофильного эзофагита у детей <i>Нишева Е. С., Валетова Л. Г., Платонова Н. Б., Бочкова М. Е., Бутырина У. А., Майхуб М.</i> | 57 |
| К вопросу о способах ингаляционной терапии при бронхиальной астме у детей <i>Нишева Е. С., Валетова Л. Г., Платонова Н. Б., Бочкова М. Е., Голиенко Е. А., Бутырина У. А.</i> | 58 |
| Выявление особенностей гиперкинетических симптомов у детей с расстройствами аутистического спектра: традиционный и инновационный подходы <i>Ольшанский О. В., Гречаный С. В.</i> | 60 |
| Пищевое поведение детей с расстройствами аутистического спектра <i>Павлова Т. А., Гречаный С. В.</i> | 61 |
| Возможности оказания медико-социальной помощи детям с ограниченными возможностями здоровья в образовательных учреждениях <i>Салова М. Н., Абрамова Т. Ф., Галкина Е. Л., Емельянова Т. В., Салов А. В.</i> | 65 |
| Современные подходы к оказанию комплексной помощи детям с последствиями перинатальных поражений нервной системы <i>Салова М. Н., Князева И. В., Кочетова А. В., Лайкова Т. Л., Синицына М. В.</i> | 66 |
| Результаты углубленного обследования детей с последствиями перинатальных поражений нервной системы <i>Салова М. Н., Князева И. В., Курылева Н. В., Балашова Л. В.</i> | 68 |
| Сравнительная оценка костной прочности у московских детей, не занимающихся спортом и у детей, активно занимающихся спортом <i>Сергеева С. Н., Алешина И. В., Тоболева М. А.</i> | 69 |
| Индексы эритроцитов в дифференциальной диагностике анемий у новорожденных детей <i>Степанова Т. В., Саргина Е. В., Ельчанинова О. Е.</i> | 71 |
| Коммуникативные навыки детей с умственной отсталостью, воспитывающихся в детском доме <i>Фролова О. В., Ляско Е. Е.</i> | 72 |
| Ретроспективное исследование вскармливания детей первого года жизни <i>Черезова С. А., Бочарова Т. И., Гмошинская М. В.</i> | 74 |
| Актуальные правовые аспекты обеспечения безопасности летнего отдыха детей <i>Чичерин Л. П., Щепин В. О., Никитин М. В.</i> | 77 |

| | |
|---|----|
| Роль диспетчерского центра в оказании первичной медико-санитарной помощи детям <i>Чолоян С. Б., Павловская О. Г., Шеенкова М. В., Трикоменас Н. Н.</i> | 88 |
| Опыт организации круглосуточной неотложной медицинской помощи детям на базе детской больницы <i>Чолоян С. Б., Павловская О. Г., Шеенкова М. В., Трикоменас Н. Н.</i> | 90 |
| Опыт организации государственно-частного партнерства для оказания специализированной медицинской помощи детям <i>Чолоян С. Б., Шеенкова М. В., Павловская О. Г., Трикоменас Н. Н.</i> | 91 |
| Оценка фетоинфантильных потерь России и Северо-Западного федерального округа <i>Шецова К. Г., Иванов Д. О., Телеш О. В.</i> | 93 |
| Сопоставление данных рентгенографии, линейной томографии и мультиспиральной компьютерной томографии органов грудной полости у больных туберкулезом детей <i>Яровая Ю. А., Романовская Т. С., Малькова М. А., Сидоренко В. М., Кубасова А. А.</i> | 94 |
| Эффективность проведения превентивного лечения детям из очагов туберкулеза <i>Яровая Ю. А., Урчукова Э. А., Рамалданов М. Ш., Керимова Ф. Р., Вердиханова К. Д.</i> | 96 |

ВАРИАНТЫ ПОРАЖЕНИЯ ПРОВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ КОКСАКИ В МИОКАРДИТ

Адрианов М. А.², Адрианов А. В.¹

¹*Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов Министерства труда РФ*

²*ГБОУ «Медико-биологический Лицей №214»*

Актуальность. Проблема заболеваемости острым миокардитом в настоящее время обусловлена ростом заболеваемости вирусными инфекциями в детском возрасте. Установлено, что воспалительный процесс существенно влияет на мышечные волокна миокарда, вызывая дистрофию миокардиальных клеток, их видоизменение, нарушение возбудимости и сократимости волокон. Все это приводит к нарушению главной функции сердца как мышцы, появляется сердечная недостаточность, которая может достигать и тотальной степени. При переносе любого инфекционного заболевания 3,5% случаев подтверждают летальный исход от хронического миокардита, а при заболевании энтеровирусной инфекцией миокардиты у детей возникают в 32,6% случаев.

Целью работы является изучение влияния острого миокардита Коксаки В на проводящую систему сердца ребенка.

Метод исследования. Ретроспективный анализ историй болезни детей, перенесших острый миокардит, вызванный вирусом Коксаки В, а также анализ доступной литературы.

Характеристика клинического материала: проанализировано 15 историй болезни детей, перенесших острый миокардит Коксаки В и пролеченных в детских стационарах города. Из них было 6 девочек и 9 мальчиков. Средний возраст детей составил 4,1 + 2,6 года (от 1 до 8 лет). Среднее время от начала заболевания составило 1,2–1,4 недель. Инкубационный период составлял от 2 до 35 дней. Клинические проявления у 15 обследованных детей проявлялись: тяжелая сердечная недостаточность — у 3 (20%), нарушения ритма и проводимости сердца — у 12 (80%).

Результаты. Диагноз Коксаки В-миокардита был подтвержден у 12 (80%). 20% (3 из 15) детей, переносивших острый миокардит скончалось вследствие развития тяжелой сердечной недостаточности. Поражение проводящей системы сердца зафиксированы у 80% детей. Они

были представлены атриовентрикулярными (АВ) блокадами I–III степени (30% детей), синдромом слабости синусового узла (СССУ) (17% детей), нарушениями внутрижелудочкового проведения (43% детей), сочетанными нарушениями ритма и проводимости сердца (10% детей). На основании результатов ЭХО-КГ было диагностировано формирование дилатационной кардиомиопатии у 6% детей.

Исследования были проведены в соответствии с Кодексом профессиональной этики врача Российской Федерации от 05.10.2012, а также в соответствии с федеральным законом от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Выводы. Исследование показало высокую эпидемиологическую статистику Коксаки В-вирусного миокардита у детей. Установлена высокая тропность вируса Коксаки В к миокардиальным клеткам и клеткам проводящей системы сердца.

Планируется дальнейшее углубленное изучение проблемы Коксаки В-миокардитов у детей, а также способов своевременной диагностики и лечения.

КЛИНИЧЕСКИЕ ШТАММЫ ENTEROBACTER SPP. У ДЕТЕЙ С ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ И ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРОЦЕССАМИ

*Ахтариева А. А., Туйгунов М. М., Камалова А. А., Лукманова Г. И.
ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Уфа*

Нормальная микрофлора является одним из наиболее значимых факторов неспецифической резистентности организма. В настоящее время наблюдается большой научно-исследовательский и клинический интерес к кишечной микрофлоре детей в связи с расширяющимися знаниями о ее многогранных влияниях на физиологические функции организма: пищеварительную, метаболическую (включая продукцию витаминов), защитную. Примером современного взгляда на роль микрофлоры является представление о ее главенствующей роли для созревания иммунной системы в постнатальном периоде. Как известно,

организм хозяина — это среда, в которой бактерии осуществляют свои обменные процессы. Рост и размножение бактерий могут быть подавлены не только действием разнообразных защитных механизмов организма, но и определенными биохимическими факторами самих бактерий, которые подавляют или задерживают их существование.

Цель настоящего исследования: изучить клинические штаммы *Enterobacter spp.* у детей с желудочно-кишечными инфекциями и гнойно-воспалительными процессами.

Материал и методы исследования. Клинический материал *Enterobacter spp.* получали из бактериологических лабораторий Детской республиканской клинической больницы и больницы скорой медицинской помощи г. Уфы. В качестве эталонных штаммов использовали *Enterobacter gergoviae* ГИСК №259 (патент РФ №2161197 от 18.11.1999), *Enterobacter cloacae* ГИСК №258 (патент РФ №2164942 от 13.03.2000) и *E. agglomerans* ГИСК №257 (патент РФ №2162485 от 13.03.2000). Выделенные культуры идентифицировали по биохимическим свойствам при использовании среды Гисса с помощью планшет ПБДЭ /Горьковский НИИЭМ/, на «Энтеротест» фирмы «Lachema» (Чехия). Адгезивную активность бактерий рода *Enterobacter* определяли в реакции гемагглютинации с эритроцитами птиц (Габидуллин З. Г. с соавт. Авторское свидетельство №1312098, 1989 г).

Результаты исследования. Все 218 штаммов *Enterobacter spp.*, выделенных в процессе работы, обладали типичными для этих бактерий биохимическими свойствами. Из проб клинического материала, полученных от больных с желудочно-кишечными и гнойно-воспалительными инфекциями (72 шт.) и здоровых людей (70 шт.), было выделено 218 штаммов *Enterobacter spp.* Исследование проб клинического материала, выделенных от больных, показало, что наиболее часто бактерии рода *Enterobacter* обнаруживались при желудочно-кишечных инфекциях (37%). По видовому составу из 218 клинических штаммов *Enterobacter spp.* 63 штамма (28,9%) были отнесены к *E. cloacae*, 59 (27,1%) — *E. aerogenes*, 52 (23,9%) — *E. gergovia*, 39 (17,8%) — *E. sakazakii* и 5 (2,3%) — *E. agglomerans*. Анализ полученных результатов показал, что из 218 клинических штаммов *Enterobacter spp.* 188 (86,2%) являются прототрофами, в то время как ауксотрофы составляют 30 (13,8%). При сравнительном анализе частоты встречаемости прототрофов в зависимости от источника выделения было установлено, что у больных с желудочно-кишечными инфекциями прототрофы обнаруживаются в 87,7% случаев против 91,3% контроля ($\chi^2 = 0,62$; $p = 0,365$), и у больных

с гнойно-воспалительными процессами - в 82,1% случаев против 83,3% контроля ($\chi^2 = 0,001$; $p = 0,996$). Бактерии прототрофы более адаптированы в различных полостях организма больного.

На следующем этапе провели оценку адгезивной активности штаммов *Enterobacter* spp. в реакции гемагглютинации с формализированными эритроцитами I (0) группы крови системы АВО. Результаты исследования показали, что из 218 клинических штаммов *Enterobacter* spp. 132 (60,6%) обладали адгезивной активностью. Было установлено, что у штаммов *Enterobacter* spp., выделенных от больных с желудочно-кишечными инфекциями, адгезивные свойства встречались чаще и имели более высокую активность, чем у штаммов, выделенных от здоровых людей. Выявленные особенности адгезии и их сопряженность с патологией позволяют расценивать данный признак как существенный детерминант, необходимый возбудителю для быстрого размножения и колонизации. Способность к адгезии обеспечивает выживаемость бактерий на разных этапах инфекционного процесса, особенно на начальной его фазе. При этом адгезия бактерий на поверхности слизистых органов специфически сопряжена с наличием сайтов связывания с грамотрицательными бактериями.

Заключение. Таким образом, у больных детей с желудочно-кишечными инфекциями и гнойно-воспалительными процессами по видовому составу клинические штаммы *Enterobacter* spp. представлены *E. cloacae*, *E. aerogenes*, *E. gergovia*, *E. sakazakii* и *E. agglomerans*.

Полученные данные о биохимических свойствах и об адгезивной активности штаммов *Enterobacter* spp. могут быть учтены при планировании антибактериальной терапии у пациентов с желудочно-кишечными инфекциями и гнойно-воспалительными процессами.

СЛУЧАЙ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ АЛЕКСАНДЕРА

Белоног О. Л.¹, Родионов Ю. В.²

¹НМИЦ им В. А. Алмазова, Перинатальный центр, Санкт-Петербург, Россия

²МГЦ «Жизнь» Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: Болезнь Александра (лейкодистрофия с волокнистой формацией) обусловлена мутацией гена, ответственного за синтез GFAP белка. В результате происходит накопление в клетках глии аномального GFAP белка, содержащего волокна Розенталя. Neonatalный вариант имеет тяжелое течение с летальным исходом к концу 1-го года. Найденные в литературе случаи этой формы заболевания были диагностированы патологоанатомически. Нами была поставлена цель — поиск путей диагностики данной болезни в более ранние сроки.

Описание случая. Из истории болезни: Возраст матери: 27 лет. Соматические заболевания: Хронический пиелонефрит, ремиссия. Варикозная болезнь вен нижних конечностей. Наружный геморрой, вне обострения. АГА: Хроническая герпетическая инфекция, вне обострения. ХУГИ (рецидивирующий уреоплазмоз, санирована). Роды 2 срочные в 39 недель. Врожденные пороки развития: тривентрикулярная гидроцефалия. Лапаротомия по Пфанненштилю. Кесарево сечение в нижнем сегменте матки. При рождении масса тела: 3570 г. Длина тела: 53 см. окружность головы: 38 см. окружность груди: 33 см. по шкале Апгар: 8/9 баллов. Состояние при рождении: удовлетворительное. Крик: громкий, эмоциональный. Группа крови матери: A(II) Rh(+). Через несколько часов после рождения стала появляться и в дальнейшем нарастать неврологическая симптоматика (раздраженный резкий короткий не провоцируемый крик, патологическая глазная симптоматика, эпизоды тахикардии до 200 в мин, сниженный мышечный тонус, рефлексы, вызывающиеся не в полном объеме, со вторых суток жизни — тонико-клонические судороги. Начата противосудорожная терапия, на фоне которой судороги не прекращались, стали реже, сопровождалась снижением сатурации до 65%, восстанавливающейся самостоятельно. Диагнозы, выставленные после первичных обследований: G31.9 Дегенеративная болезнь нервной системы неуточненная. Описание диагноза: Прогрессирующая задняя лейкодистрофия. G40.9 Эпилепсия неуточненная Q03.8 Другая врожденная гидроцефалия. Описание диагноза: Бивентрикулярная открытая прогрессирующая нормотензивная

гидроцефалия на фоне атрофии мозговой ткани. G04.9 Энцефалит, миелит и энцефаломиелит неуточненный.

Неврологический статус: Состояние ребёнка тяжёлое, обусловлено прогрессирующей патологией ЦНС. Реагирует на осмотр сниженной двигательной активностью. На зондовом кормлении, самостоятельном дыхании. ОГ- 45см. Б/р- 3,5 *3,5 см, несколько напряжён. Зрительного и слухового сосредоточения нет. По чмн: движения глазных яблок ближе к плавающим, с установкой взора влево. Зрачки симметричные, округлые. ФТР (+), живая. Мышечный тонус дистоничный, склонен к гипотонии. Отмечаются клonusы стоп. СХР без убедительной асимметрии, живые. Брюшные рефлексы (+). Менингеальных знаков убедительных нет. Симптом Бабинского (+).

ЭЭГ: Картина биоэлектрической активности (БЭА) головного мозга ребенка в состоянии бодрствования и сна не соответствует возрасту. Паттерн фоновой активности классифицируется как прерывистый. Межполушарной асимметрии нет. На этом фоне в покое при бодрствовании и во время сна зарегистрированы эпизоды эпилептиформной активности с распространением в правой височной области, без явлений генерализации.

Этапный эпикриз: Вентрикулодилатация с 32 нед в/у развития. С 3-х суток генерализованные медикаментозно резистентные судорожные пароксизмы. Прогрессирующая вентрикулодилатация с увеличением окружности головы на фоне нормотензии и протеинорахии. При МРТ-мониторинге прогрессирующая лейкодистрофия с преимущественным поражением белого вещества затылочных, теменных и височных долей с заместительной вентрикулодилатацией и очагами демиелинизации в подкорковых узлах и стволовых отделах. Инфекционный агент не верифицирован. Судороги купируются нарастающими дозами конвулекса в/в. Нарастает степень нарушения сознания, мышечной гипотонии. Из очаговых симптомов сходящееся косоглазие. Других очаговых симптомов, менингеальных расстройств нет. Течение заболевания непрерывно прогрессирующее. Прогноз неблагоприятный.

Результаты: Диагноз подтвержден: клинически; методами исследования: МРТ, НСГ.

При обследовании выявлено: Прогрессирующее поражение белого вещества головного мозга. На фоне лечения динамика: отрицательная

Проведена ДНК диагностика с целью поиска мутаций в гене GFAP, ассоциированной с болезнью Александра. Была обнаружена мутация Ala364Pro (OMIM 51057), описанная в базе HGMD как патогенная. Диагноз болезнь Александра подтвержден.

С целью планирования беременности, родители и здоровый сибс пробанда были обследованы на гетерозиготное носительство исследуемой мутации. Мутация Ala364Pro в исследуемой семье — не обнаружена.

Данный случай расценен как возможный эффект спонтанной мутации.

Вывод: таким образом, нами впервые была диагностирована лейкодистрофия Александра (неонатальный вариант) в периоде новорожденности.

ОСОБЕННОСТИ СОСУДИСТОГО ТОНУСА ДЕТЕЙ С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИЕЙ

*Буряк В. Н.
ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский университет
Минздрава России, Екатеринбург*

Введение. Структура невоспалительных заболеваний сердечно-сосудистой системы у детей в последние годы характеризуется устойчивым преобладанием нозологических форм, связанных с патологически изменённым артериальным давлением. В подавляющем большинстве при этом развивается эссенциальная артериальная гипотензия. Многими исследователями подтверждён риск трансформации артериальной гипотензии в будущем в гипертоническую болезнь. Ведущими составляющими, определяющими уровень артериального давления, являются величины сердечного выброса и состояние тонуса сосудов.

Цель исследования. Выяснение особенностей сосудистого тонуса у детей, страдающих эссенциальной артериальной гипотензией.

Материалы и методы. Обследовано 339 детей в возрасте от 11 до 14 лет с эссенциальной артериальной гипотензией. У всех посредством продольной тетраполярной реовазографии на полиграфе П44-02 изучалось состояние сосудистого тонуса. Производилась параллельная

запись ЭКГ во II стандартном отведении и регистрация реовазограммы. Рассчитывали следующие показатели: реографический индекс, время распространения пульсовой волны, время максимального наполнения, амплитудно-частотный показатель, время наполнения общее, реографический коэффициент.

Результаты и их обсуждение. У обследованных детей установлено достоверное повышение амплитудно-частотных и уменьшение большинства временных показателей реовазограммы. Так, реографический индекс превышал контрольные значения у 98,8% пациентов, амплитудно-частотный показатель во всех случаях, время наполнения общее — в 84,7% наблюдений. Время же распространения пульсовой волны и реографический коэффициент были уменьшены, соответственно, у 92,3% и у 76,7% пациентов.

Заключение. В генезе эссенциальной артериальной гипотензии у детей несомненна роль сосудистого компонента. Сосуды при данном патологическом процессе вследствие воздействия ряда патогенетических факторов утрачивают свою эластичность. В результате понижается сосудистый тонус, что приводит к ускорению кровенаполнения отдельных сосудистых областей при одновременном уменьшении скорости распространения пульсовой волны по сосудам, вследствие чего происходит стойкое снижение артериального давления.

РОЛЬ РАЗЛИЧНЫХ ПРОСТАГЛАНДИНОВ В ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМАХ ВЕГЕТО-СОСУДИСТОЙ ДИСФУНКЦИИ ПО ГИПОТЕНЗИВНОМУ ТИПУ У ДЕТЕЙ

Буряк В. Н.

*ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский университет
Минздрава России, Екатеринбург*

Введение. Последние годы ознаменованы повышением интереса исследователей к проблеме вегетативных дисфункций у детей и, в частности, к наиболее часто встречающейся их разновидности — вегето-сосудистой дисфункции по гипотензивному типу. Последняя нередко способствует формированию во взрослом возрасте гипертонической болезни. При этом до настоящего времени остаются недостаточно

изученными механизмы нарушения нейрогуморальной регуляции уровня артериального давления, снижение которого является ведущим проявлением обсуждаемого патологического процесса. Немаловажная роль в поддержании адекватных значений указанного параметра принадлежит простагландинам, оказывающим влияние на сократительную способность миокарда, активность ренина, ангиотензина, катехоламинов, транспорт натрия и воды, передачу импульса с нервных окончаний на исполнительный орган.

Цель исследования. Изучение роли простагландинов, относящихся к классам E2 и F2α в патогенезе вегето-сосудистой дисфункции по гипотензивному типу у детей.

Материалы и методы. Обследовано 185 детей в возрасте от 11 до 14 лет с вегето-сосудистой дисфункцией по гипотензивному типу и 69 их здоровых сверстников, составивших контрольную группу. У всех детей радиоиммунологическим методом с использованием наборов фирмы Amersham (Великобритания) определяли в крови содержание простагландинов E2 и F2α.

Результаты и их обсуждение. У 54,1% детей, страдавших вегето-сосудистой дисфункцией по гипотензивному типу, было обнаружено повышение концентрации простагландинов E2, средний уровень которых составил $779,7 \pm 43,3$ мкг/мл, что достоверно ($p < 0,05$) превышало средние значения данных простагландинов в контрольной группе ($698,7 \pm 15,7$ мкг/мл). У 10,6% больных констатировано снижение уровня простагландинов F2α. Их среднее значение равнялось $513,4 \pm 35,7$ мкг/мл по сравнению с $523,2 \pm 79,2$ мкг/мл в группе контроля. При этом индекс ПГЕ2/ПГФ2α у детей с вегето-сосудистой дисфункцией по гипотензивному типу в 61,9% наблюдений оказался выше по сравнению со здоровыми сверстниками. Его значения превосходили норму на 16% ($p < 0,05$). Корреляционный анализ выявил у больных детей положительную корреляционную связь между величинами содержания в крови простагландинов E2 и F2α ($r = 0,36$).

Заключение. Таким образом, у детей, страдающих вегето-сосудистой дисфункцией по гипотензивному типу, простагландины классов E2 и F2α вовлекаются в патогенез заболевания. Это проявляется перераспределением потока их синтеза на преимущественный синтез простагландинов E2 с параллельным торможением синтеза простагландинов F2α. Поскольку простагландины E2 обладают депрессорным, а простагландины F2α прессорным эффектом, можно предположить,

что выявленные изменения системы простагландинов являются патологической реакцией, обуславливающей вазодилатационную гипотензию при вегето-сосудистой дисфункции по гипотензивному типу у детей.

СОСТОЯНИЕ ПРОСТАЦИКЛИН-ТРОМБОКСАНОВОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ ПРИ ВЕГЕТО-СОСУДИСТОЙ ДИСФУНКЦИИ ПО ГИПОТЕНЗИВНОМУ ТИПУ

Буряк В. Н.

*ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский университет
Минздрава России, Екатеринбург*

Введение. Одно из ведущих мест в структуре детской кардиологии в настоящее время занимают приобретённые невоспалительные поражения сердечно-сосудистой системы и, в частности, вегето-сосудистая дисфункция по гипотензивному типу. Существующие концепции её патогенеза не объясняют в полной мере сопутствующие данному патологическому процессу нарушения гемодинамики, которые ведут к понижению уровня артериального давления. Имеются сведения о роли в поддержании адекватных значений артериального давления простациклин-тромбоксановой системы.

Цель исследования. Изучение характера и роли простациклин-тромбоксановой системы в сложной цепи патогенеза вегето-сосудистой дисфункции по гипотензивному типу у детей.

Материалы и методы. Обследовано 185 детей с проявлениями вегето-сосудистой дисфункции по гипотензивному типу в возрасте от 11 до 14 лет и 69 их здоровых сверстников, составивших контрольную группу. У всех детей исследовалась кровь для определения содержания простациклина и тромбоксана радиоиммунологическим методом при помощи наборов фирмы «Amersham» (Великобритания).

Результаты и их обсуждение. У пациентов с вегето-сосудистой дисфункцией по гипотензивному типу в 47,2% случаев обнаружено повышение уровня простациклина. Однако, его среднее значение статистически достоверно не отличалось от нормативного и составило $1926,1 \pm 76,7$ мкг/мл при колебаниях от 495,0 мкг/мл до 4009 мкг/мл.

Среднее же содержание тромбоксана у лиц с обсуждаемой патологией достоверно ($p < 0,05$) превышало допустимо нормальный уровень данного простаноида на 53,9% и находилось в пределах от 520,0 мкг/мл до 2525 мкг/мл при среднем уровне $1210,9 \pm 52,7$ мкг/мл. При этом повышенное содержание тромбоксана в сыворотке крови детей с вегето-сосудистой дисфункцией по гипотензивному типу констатировалось в 60% случаев. У 94,1% лиц с данной патологией был снижен индекс Пц/Тх. Величина его варьировала от 0,45 до 5,24 при среднем значении $1,84 \pm 0,12$ усл.ед., что было на 27,8% достоверно ($p < 0,05$) ниже нормы.

Заключение. Результаты исследования дают возможность предложить использование индекса Пц/Тх в качестве прогностического критерия для оценки состояния простациклин-тромбоксановой системы у детей с вегето-сосудистой дисфункцией по гипотензивному типу. Полученные данные позволяют также сделать вывод о перераспределении у них баланса Пц-Тх в сторону преобладания синтеза последнего, что, учитывая вазоконстрикторный эффект тромбоксана, следует рассматривать как компенсаторную реакцию в ответ на развивающуюся при обсуждаемом патологическом процессе циркуляторную гипоксию.

ОПЫТ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ В ВЫПОЛНЕНИИ ПРОГРАММЫ ИММУНИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ ПРОТИВ ГРИППА

Василевский И. В.

*Белорусский государственный медицинский университет,
г. Минск, Беларусь*

Цель. Провести сравнительное изучение результатов выполнения национальной программы иммунизации против гриппа населения Республики Беларусь, включая детей и подростков.

Методы исследования. Изучены доступные литературные источники по указанной проблеме, обобщены собственные наблюдения по детским поликлиникам г. Минска.

Результаты и выводы. В октябре 2017 года миссия экспертов ВОЗ проверила выполнение национальной программы иммунизации против гриппа населения Республики Беларусь за период 2008–2017 гг.

Эксперты ВОЗ дали высокую оценку проведенных в этом плане комплексных мероприятий в Беларуси и рекомендовали их для внедрения в других странах.

В период 2008–2009 гг. охват населения вакцинацией против гриппа составил 7,8%. Заболеваемость гриппом за указанный период была 3780,1 на 100 тысяч населения. В последующие годы был значительно усилен инфекционный контроль и оптимизированы мероприятия по выполнению принятой национальной программы иммунизации населения, включая детей и подростков, против гриппа. В результате проведенных медико-социальных мероприятий охват населения профилактическими прививками против гриппа в 2016–2017 гг. достиг 40,7%, что выше периода 2008–2009 гг. в 5,2 раза. Следует подчеркнуть тот факт, что в практическом плане это в 120 раз уменьшило заболеваемость населения гриппом в 2016–2017 гг. Указанный показатель в Республике Беларусь в 2016–2017 гг. составил 31,5 на 100 тысяч населения.

Проведенная в 2016 году вакцинация позволила сэкономить 84 млн. долларов. За счет предотвращения случаев гриппа и ОРВИ на каждый вложенный в вакцинацию доллар сэкономлена сумма, эквивалентная 17,2 доллара. Без широкомасштабной прививочной работы гриппом могли заболеть дополнительно более 144,8 тысячи человек, в том числе минимум в 17 тысячах случаев потребовалась бы госпитализация и лечение осложнений. В прошлом году вакцинацией против гриппа было охвачено более 977 тысяч детей, охват вакцинацией детского населения составил 54,9%, что является максимальным охватом за последние годы. Вакцинация детей позволила предотвратить экономический ущерб более чем на 29 млн долларов и получить эффект в эквиваленте 26,2 доллара на каждый вложенный доллар.

ТАНДЕМ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА И РОДИТЕЛЕЙ – ВАЖНОЕ ЗВЕНО В ОБЕСПЕЧЕНИИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Василевский И. В.

*Белорусский государственный медицинский университет,
г. Минск, Беларусь*

Цель. Проанализировать литературные данные по изучению разрабатываемых новых подходов обеспечения повышения приверженности лечения бронхиальной астмы у детей.

Методы исследования. Изучены литературные источники по указанной проблеме, обобщены собственные наблюдения по материалам детских поликлиник г. Минска.

Результаты и выводы. Целью терапии любого аллергического заболевания является достижение контроля над симптомами и максимальное снижение риска хронизации имеющейся патологии с прогрессирующими морфофункциональными нарушениями в организме, снижения качества жизни. Низкая приверженность назначенному лечению является одной из основных причин неудовлетворительного контроля бронхиальной астмы (БА), повышенного риска развития обострений, госпитализаций и низкого качества жизни больных, дополнительных финансовых затрат общества. Общепринятым динамическим критерием астмы является уровень ее контроля. Несмотря на значительные научные достижения последнего времени по проблеме БА, на практике многие пациенты не могут эффективно контролировать свое заболевание. Причинами, приводящими к отсутствию приверженности лечению астмы, могут быть: а) неумышленные (недостаточно обоснованные рекомендации со стороны врача, неполная информированность детей с БА и их родителей); б) умышленные (характерны для пациентов, которые сознательно не выполняют рекомендации врача, в частности, так ведут себя многие подростки); в) непреднамеренные (обусловлены трудностями строгого выполнения режима, низким социальным уровнем семьи больного ребенка).

Многочисленные исследования по данному вопросу, проведенные в разных странах, свидетельствуют о том, что тесное взаимодействие

(тандем) врача и родителей больного БА ребенка является обязательным звеном в борьбе за приверженность лечению детей, больных БА. Для повышения контроля над астмой при достижении более высокого уровня приверженности целесообразен междисциплинарный подход в данных ситуациях — привлечение в процессе лечения среднего медицинского персонала (положительный сестринский процесс) и специалистов смежных специальностей (особенно — детского психолога).

КЛИНИКО-ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЛЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

*Василевский И. В., Скепьян Е. Н., Бабич Н. О.
Белорусский государственный медицинский университет,
г. Минск, Беларусь*

Цель. Дать клинико-фармакологическую оценку лечения детей с бронхиальной астмой (БА) в условиях детской поликлиники.

Методы исследования. Безвыборочным методом использованы данные из амбулаторных карт развития у 52 детей с БА в одной из городских детских поликлиник г. Минска. Мальчиков было 43 (82,7%), девочек — 9 (17,3%). Средний возраст детей — 9,6 лет. Диагноз БА установлен у них в возрасте 5 лет, средняя длительность БА — 4,2 года. IgE-зависимая форма выявлена у 43 пациентов (82,7%), IgE-независимая форма астмы отмечена у 9 (17,3%). У 4-х пациентов астма была легкой интермиттирующей, 34 ребенка переносили легкую персистирующую астму и 14 пациентов страдали персистирующей БА средней степени тяжести.

Результаты и выводы. В результате проведения базисной противовоспалительной терапии отмечаются явные сдвиги с сторону уменьшения численности детей с более тяжелой формой БА на фоне увеличения легкой формы заболевания. Тем не менее, контроль над БА был установлен лишь у 36 детей (69,2% пациентов); неполностью контролируемая астма отмечена у 16 человек (30,8% пациентов). Практически у всех детей до установления диагноза астмы отмечались обструктивные бронхиты, преимущественно вирусной этиологии (от 1 до 13 эпизодов), по поводу которых дети получали порой

массивную необоснованную антибактериальную терапию (защищенные аминопенициллины, цефалоспорины 3 поколения амбулаторно, котримоксазол, бета-лактамы + макролиды). Это способствовало усилению сенсibilизации организма ребенка, тем более, что 82% детей имели сопутствующую аллергическую патологию и у многих отмечено наследственное отягощение по аллергии. У ряда пациентов с средней степенью тяжести заболевания (3–4 ступень) стартовая терапия включала монотерапию кромогликатом натрия (инталом) или кетотифеном (2008 г.), а в динамике, при сохранении признаков 3 ступени, пациенты продолжали получать монотерапию в виде ингаляционных кортикостероидов. При этом не была назначена как предпочтительная терапия в данном случае фиксированная смесь ингаляционных кортикостероидов и длительнодействующих бета-2-агонистов, тем более, что у пациентов сохранялись признаки бронхиальной обструкции. Результаты анализа указывают на необходимость улучшения диспансеризации пациентов с астмой, т.к. на практике далеко не у всех детей с БА выполняются предписания клинических протоколов и может быть достигнут контроль заболевания.

АНАЛИЗ ПРОВЕДЕНИЯ ВАКЦИНАЦИИ БЦЖ У ДЕТЕЙ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

*Васильева Е. Б., Москалюк А. М.
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург*

Актуальность исследования: Туберкулез и ВИЧ-инфекция — два взаимовлияющих заболевания, так как снижение иммунитета (первичный иммунодефицит) создает благоприятные условия для развития туберкулеза. В свою очередь, туберкулезная инфекция также ведет к снижению иммунокомпетентных клеток и повышению репликации вируса иммунодефицита человека. В связи с этим важное значение имеет проведение профилактических мероприятий у детей с ВИЧ-инфекцией.

Цель исследования: Анализ проведения вакцинации БЦЖ у детей с ВИЧ-инфекцией.

Материалы и методы: 25 детей с КО-инфекцией, на базе ДИБ №3. Всем детям был выполнен комплекс клинических лабораторных

исследований с применением углубленной иммунодиагностики, выполнены Rg-томографическое исследование и МСКТ.

Результаты: Вакцинация BCG детей из первичного контакта проводится в соответствии с Национальным календарем. Наличие ВИЧ-инфекции у ребенка — противопоказание к BCG. Из 25 детей с ВИЧ-инфекцией вакцинированы BCG 17 детей, без вакцинации — 8. Следует отметить, что у 9 детей, вакцинированных в родильном доме, был установлен первичный контакт по ВИЧ. 5 детей, у которых в последующем был установлен диагноз — генерализованный туберкулез, были привиты при рождении. 3-м из них была проведена ревакцинация в возрасте 7 лет, после чего у 1 из них была диагностирована генерализация туберкулеза. Из 17 детей с КО-инфекцией 9 привиты VBCG в р/д (52,9%), в возрасте до 6 месяцев — 3 ребенка (11,8%); от 1 г. до 2 лет 2 мес. — 5 пациентов этой группы (29,4%). Ревакцинированы VBCG в возрасте 7 лет 3 ребенка (17,6%). Сроки развития ВИЧ-инфекции у этих пациентов были различными, преимущественно в дошкольном и младшем школьном возрасте. Часть детей (7 пациентов — 29,3%) вакцинированы VBCG в более поздние сроки. Три ребенка вакцинированы через 1 мес., 1 г., 1 г. 6 мес., несмотря на подтверждение ВИЧ-инфекции. 2 пациента были вакцинированы практически одновременно с постановкой диагноза ВИЧ-инфекции. У 2-х детей ВИЧ-инфекция была выявлена в возрасте 7 и 13 лет.

Выводы: 1. Большинство обследованных нами детей с сочетанием ТВ-ВИЧ вакцинированы БЦЖ.

2. Часть детей вакцинирована БЦЖ, несмотря на установленную ВИЧ-инфекцию.

СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГЕАНГИОМ И ДРУГОЙ СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

Воробьева В. Ю.

Клиника «Скандинавия», Санкт-Петербург

Целью данного исследования явилось изучение возможностей максимально щадящего и эффективного лечения гемангиом и капиллярных ангиодисплазий у детей.

Задачи исследования:

1. Оценить эффективность лазерной терапии сосудистых образований
2. Сравнить эффективность монотерапии лазером VBeamCandela и комплексного лечения лазером и бета-блокаторами аппликационно и per os у пациентов с комбинированными гемангиомами.
3. Оценить безопасность данных видов лечения
4. Подобрать максимально эффективный режим работы на сосудистом лазере
5. Обеспечить максимальную переносимость данных процедур

Материалы и методы:

Была оценена эффективность только лазерного и комплексного лечения (лазер и бета-блокаторы) у 36 детей с гемангиомами и капиллярной ангиодисплазией. Возраст от 2 месяцев до 2,5 лет на базе Центра Лечения Гемангиом клиники «Скандинавия», Московский пр. 193/2

Выборка:

- 28 детей с младенческими капиллярными гемангиомами. Из них 6 с комбинированными гемангиомами.
- 8 детей с капиллярными ангиодисплазиями.

Результаты оценивались по внешним клиническим изменениям и с помощью УЗ диагностики.

Выводы:

В настоящее время лазерное лечение гемангиом и капиллярных ангиодисплазий является наиболее эффективным, максимально безопасным, щадящим и атравматичным, хорошо переносимым для пациента. В случае наличия комбинированных, глубоких гемангиом необходимо использование сочетания лазерного лечения с аппликационной терапией бета-блокаторами (тимололом) или с назначением препаратов бета-блокаторов системно (атенолол).

ИНФИЦИРОВАНИЕ ВИРУСАМИ ЭПШТЕЙНА-БАРР, ЦИТОМЕГАЛИИ И НАЛИЧИЕ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ – НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ КАШЛЯ У ПАЦИЕНТОВ ИЗ ГРУППЫ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Воронцова И. М.

ФГБОУ ВО ЯГМУ МЗ РФ, г. Ярославль, Россия

Введение. Сухой надсадный кашель у ребёнка может развиваться вследствие ряда причин, в числе которых могут быть аллергические заболевания и респираторные вирусные инфекции. Острые респираторные инфекции у детей с частотой до 6–10 в год зачастую расцениваются специалистами как норма адаптации, что ведет к назначению лишь симптоматического лечения. Большинство таких детей попадает в группу часто и длительно болеющих (ЧБД). Данные литературы указывают на то, что 43% ЧБД имеют высокий или очень высокий уровень сенсibilизации к бытовым аллергенам (домашняя, библиотечная пыль, клещи домашней пыли, перо подушки).

Цель исследования. Выяснить частоту инфицированности вирусами группы герпес и наличия аллергического заболевания в группе ЧБД.

Материалы и методы. 44 детям в возрасте 1,5–10 лет с частыми респираторными инфекциями проведено физикальное, лабораторное обследование, в том числе определение антител к раннему, капсидному и ядерному антигенам вируса Эпштейна-Барр (ВЭБ), IgM и IgG к цитомегаловирусу (ЦМВ) и алерготестирование. Всем пациентам проведено противовоспалительное лечение топическими глюкокортикостероидами (тГКС) в виде назального спрея, противовирусная и иммуномодулирующая терапия, в том числе, с применением бактериальных лизатов. Повторное обследование проводилось спустя 3 месяца. Статистический анализ результатов исследования производился с использованием программы «Excel 2013».

Результаты и обсуждение. Ведущей жалобой при обращении был сухой надсадный кашель, особенно в вечернее и ночное время при нахождении в горизонтальном положении. При физикальном

обследовании затруднение носового дыхания отмечено в 79,5% случаев, увеличение шейных лимфоузлов – в 90,1%, стекание слизи по задней стенке глотки – в 45%. Диагноз хронического аденоидита 2–3 степени был выставлен ЛОР-врачом 22 пациентам (50%). В 54,5% случаев выявлено инфицирование вирусами герпес-группы, при этом IgG к ядерному и/или капсидному антигенам ВЭБ выявлено в 18%, IgG к ЦМВ в 15,9%, сочетанное инфицирование ЭВБ и ЦМВ в 15,9%, сочетание последних с другими вирусами герпес-группы (зостер и простой) – у 2 (4,5%) пациентов. Анемия выявлена в 15,9%, паразитарная инвазия в 11% случаев. Диагноз аллергического ринита, аллергического риноконъюнктивита и/или бронхиальной астмы выставлен 11 пациентам (25%), большинство из которых имело моносенсibilизацию к бытовым аллергенам, часть была полисенсibilизирована к бытовым и эпидермальным либо к бытовым и пыльцевым аллергенам. В 100% случаев пациенты с атопией были инфицированы одним или несколькими вирусами группы герпес.

Персистенция и лимфотропность ЭВБ и ЦМВ, повышенная антигенная нагрузка, получаемая ребенком при посещении детских дошкольных учреждений, приводят к гипертрофии лимфоидной ткани глоточного кольца, воспалению и формированию постназального синдрома, провоцирующего кашель. На поверхности миндалин вегетирует разнообразная микрофлора, формирующая бактериальные биоплёнки, что способствует хронизации процесса. Воспаление нарушает целостность естественных барьеров и может облегчить проникновение аллергенов в организм, способствуя его сенсibilизации. У пациентов с гипертрофией лимфоидной ткани глоточного кольца роль аллергического компонента в воспалении доказывается обнаружением в ткани миндалин большого количества тучных клеток в различных стадиях дегрануляции, плазмочитов и скоплений эозинофилов, а также отрицательной динамикой аллергических заболеваний после тонзилэктомии.

Исследования показали, что у детей даже с минимальным уровнем IgG к капсидному антигену ЭВБ (VCA) уровень геномного материала ЭВБ в мононуклеарах периферической крови оказывается высоким, достигая 2 миллионов копий ДНК в одной клетке. Известно, что ЭВБ осуществляет ряд иммуномодулирующих эффектов: нарушает действие ИФН-гамма на зараженные клетки, ингибируя их апоптоз, а также способствует выработке провоспалительных цитокинов ФНО-альфа, ИЛ-1 и ИЛ-6.

Проведение комплексного лечения, включающего противовоспалительную терапию тГКС, противовирусные препараты и лизаты бактерий, оказалось клинически эффективным. Сухой надсадный кашель вследствие рефлекторного раздражения рецепторов носоглотки исчез, резко снизилось число случаев респираторных инфекций у детей, отмечена положительная динамика состояния ЛОР-органов, что выразилось в уменьшении степени гипертрофии небных и глоточной миндалин.

Выводы. Наиболее частой патологией в обследованной группе детей оказались хронический аденоидит и аллергические заболевания. Более половины ЧБД оказались инфицированы ВЭБ и/или ЦМВ. Четверти пациентов диагностировано аллергическое заболевание, при этом все они были инфицированы ВЭБ и/или ЦМВ. Сочетание вирусной инфекции с аллергопатологией создает предпосылки к хронизации воспаления, с одной стороны, и расширению спектра сенсибилизации — с другой. Своевременно проведенное лечение уменьшает вирусную нагрузку и воспаление, улучшает состояние естественных барьеров, что предотвращает проникновение аллергенов в организм через поврежденные слизистые. Применение бактериальных лизатов активирует механизмы врожденного иммунитета, повышая резистентность организма к рекуррентным респираторным инфекциям. Дети из группы ЧБД нуждаются в обследовании, выяснении ведущей причины заболевания, лечении и последующем наблюдении.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПИТАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ И КОРМЯЩИХ ЖЕНЩИН В УСЛОВИЯХ КРАЙНЕГО СЕВЕРА

Гмошинская М. В.¹, Лебедева У. М.², Степанов К. М.³, Пырьева Е. А.¹, Сафронова А. И.¹

¹ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии»

²ФГАОУ ВО Северо-Восточный федеральный университет им. М. К. Аммосова

³ФГБНУ «Якутский научный центр комплексных медицинских проблем»

Питание в период беременности и лактации оказывает значительное влияние на развитие и состояние здоровья ребенка в дальнейшем. Условия жизни на Крайнем Севере требуют разработки подходов к организации питания женщин в экстремальных условиях. При этом следует

учитывать особенность климатической зоны (резко континентальный климат); непродолжительное лето и длительная зима (более 6 мес.), воздействие низких температур, особенности светового режима (полярный день и полярная ночь). При составлении рациона беременных и кормящих матерей в условиях Крайнего Севера следует учитывать национальные особенности питания, предусматривать использование продуктов, традиционно используемых в питании населения данного региона. К таким продуктам относятся традиционные молочные продукты, мясо оленя, жеребятина, речная рыба, плоды и ягоды, произрастающие в данных климатических зонах (дикорастущие ягоды: брусника, черная и красная смородина, голубика, шиповник, земляника, малина, морошка свежие и замороженные). При организации питания беременных женщин и кормящих матерей в условиях Крайнего Севера необходимо учитывать увеличение физиологических потребностей беременной женщины в основных пищевых веществах и энергии. В зимний период нормы физиологических потребностей в основных пищевых веществах и энергии беременной женщины, проживающих в условиях Крайнего Севера, должны быть увеличены на 15–20%. Рацион беременных и кормящих женщин должен включать все основные группы продуктов: мясо; рыбу; молоко и молочные продукты; хлеб и хлебобулочные изделия; крупы и макаронные изделия; пищевые жиры (сливочное масло и растительные жиры), яйца, овощи и фрукты, кондитерские изделия и сахар.

Молочные продукты якутов являются традиционными продуктами питания, удовлетворяющими потребность организма в пищевых веществах в суровых климатических условиях. В регионах Крайнего Севера широко используется не только коровье, но и кобылье молоко. В питании беременных и кормящих женщин не могут использоваться кумыс, зрелый тан и др., являющиеся продуктами молочнокислого и спиртового брожения. Примером национальных молочных продуктов являются следующие продукты, которые могут использоваться в питании беременных и кормящих женщин: Суорат — якутский национальный продукт, вырабатываемый из цельного или восстановленного молока путем сквашивания заквасками, содержащими болгарскую палочку, ацидофильную палочку, термофильный стрептококк, кефирные грибки. Суорат используют для приготовления сыра («Суумэх»), а также для приготовления обезжиренного творога («Иэдьэгэй»). Быырпах — якутский национальный кисломолочный напиток, вырабатывается из пастеризованного или обезжиренного молока с добавлением сахара и фруктово-ягодных наполнителей, путем сквашивания заквасками,

содержащими ацидофильные палочки, термофильный стрептококк, лиофилизированную дрожжевую культуру. Тар — якутский национальный кисломолочный продукт, который получают путем сквашивания молока или сливок чистыми культурами молочнокислых бактерий. В настоящее время разработаны научные и технологические основы производства следующих традиционных видов молочных продуктов нового поколения: различные виды животного масла — «Хайах» (якутское масло с жирностью 35–40%), с добавлением дикорастущих растений и ягод; различные виды продукта «Кёрчэх», производимые из сливок коровьего молока и оленьего молока; традиционные якутские кисломолочные продукты нового поколения: из коровьего молока суорат, быырпах, тар свежий; кисломолочный напиток из оленьего молока «Бакалдын умданин». Традиционно в питании жителей Якутии используется рыба. Речная рыба может быть использована в питании женщин несколько раз в неделю. Для коррекции рационов беременных и кормящих женщин следует использовать специализированные продукты для беременных и кормящих женщин: сухие инстантные молочные смеси, в т.ч. и на основе козьего молока, сои, обогащенные витаминно-минеральными комплексами; соки; растворимые каши. Следует также рекомендовать женщинам использование витаминно-минеральных комплексов, за исключением того периода времени, когда они принимают молочные смеси, обогащенные витаминами и минералами. Т.о. основа здоровья населения, включая беременных и кормящих женщин в экстремальных условиях — этническое питание с соблюдением общих требований к организации питания данного контингента женщин.

ОЖИРЕНИЕ И КОМОРБИДНЫЕ РАССТРОЙСТВА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ ОРЕНБУРЖЬЯ

*Гордиенко Л. М., Вялкова А. А., Максимова Н. Э., Карымова Г. К.,
Галактионова Д. М.
ФГБОУ ВО Оренбургский государственный медицинский университет
Минздрава России*

Ожирение — актуальная проблема нашего времени, которая включает не только эстетический аспект, но и в значительной степени определяет состояние всех систем организма и здоровья человека, продолжительность и качество жизни. Влияние ожирения на возникновение

и течение заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей активно изучается в настоящее время. Проблема взаимосвязи ожирения и заболеваний ЖКТ рассматривается с позиций влияния метаболических нарушений на функцию и морфологию органов пищеварения (В. П. Новикова, 2017).

Цель исследования: выявить факторы риска в программировании развития ожирения и провести оценку клинико-параклинических показателей у детей с ожирением и коморбидными расстройствами желудочно-кишечного тракта.

Материалы и методы: проанализированы истории болезни 92 детей в возрасте от 1 года до 18 лет с экзогенно-конституциональным ожирением и коморбидными расстройствами желудочно-кишечного тракта, госпитализированных в эндокринологическое отделение ГБУЗ ОДКБ г. Оренбурга. Критерии включения детей в группу исследования: возраст 1–18 лет, диагностированное ожирение II–IV степени (SDS ИМТ \geq 2,5). Критерии исключения: вторичное ожирение, генетическое заболевание, врожденная эндокринная патология.

Результаты: При ретроспективном анализе установлено, что возрастно-половая структура обследуемых детей представлена: мальчики 54,3%, девочки 45,7%; детей раннего возраста (1–3 лет) — 2,1%, дошкольного возраста (4–6 лет) — 5,4%, младшего школьного возраста (7–12 лет) — 40,2%, старшего школьного возраста (13–17 лет) — 52,3%. Средний возраст — 12,5 лет. Дебют заболевания отмечается в раннем возрасте и имеет рост патологии с возрастом, с максимальным уровнем 13–15 лет.

При проведении комплексного обследования определена структура патологии по степени тяжести ожирения: II степень — 23,9%, III степень — 67,4%, IV степень — 8,7%.

Сформированы группы детей с ожирением и коморбидной патологией ЖКТ:

1. дети с ожирением и функциональными нарушениями ЖКТ: ускорение эвакуации желудочного содержимого (9,7%), дисфункция желчевыводящих путей (4,3%), функциональный запор (7,6%);

2. дети с ожирением и органическими нарушениями ЖКТ: гастроэзофагальнорефлюксная болезнь (8,7%), хронический хеликобактерассоциированный гастродуоденит (16,3%), желчнокаменная болезнь

(5,4%), неалкогольная жировая болезнь печени (7,6%), стеатоз поджелудочной железы (2,2%);

3. дети с ожирением в ассоциации с органической и функциональной патологией ЖКТ: ГЭРБ в сочетании с ДЖВП (17,4%), хронический гастродуоденит в сочетании с функциональным запором (20,6%).

Проведенный анализ данных анамнеза жизни обследованных пациентов выявил следующие особенности: патологическое течение беременности у 95,6% женщин. Ведущим фактором риска в пренатальном периоде является хроническая внутриутробная гипоксия плода (82,4%) в результате анемии, гестоза, преэклампсии, фетоплацентарной недостаточности, раннего старения плаценты, а также ВУИ и экстрагенитальной патологии, а также с задержкой внутриутробного развития — 32% новорожденных. Установлено, что у большинства беременных (95,7%) наблюдалось сочетание 2-х и более факторов риска развития патологии.

Нами выявлено: семейная отягощенность по обменным заболеваниям — 9,7%, семейная отягощенность по заболеваниям желудочно-кишечного тракта — 20,6%, большая масса тела при рождении — 32,6%, ранний перевод на искусственное вскармливание — 45,6%, избыточное употребление высококалорийных продуктов питания — 97,8%, несоблюдение режима питания — 98,9%, недостаточное содержание в рационе клетчатки — 95,6%, отсутствие семейных обедов — 80,8%, просмотр телепередач во время еды — 89,1%, низкий уровень физической активности — 100%, избыточное употребление пищи при стрессе — 93,4%.

Анализ клинико-параclinical показателей позволил установить высокую распространенность артериальной гипертензии у детей — 85% детей, при ожирении II степени — 22,7%, III степени — 80,6%, IV степени — в 100% случаев; высокий уровень дислипидемии — снижение уровня липопротеидов высокой плотности и повышение общего холестерина, триацилглицеридов — 86,9% при ожирении II степени — 50%, III степени — 100%, IV степени — в 100% случаев. Гиперкоагуляция (повышение уровня фибриногена, протромбинового индекса, снижение АЧТВ) выявлена у 78,2% детей. Нарушение толерантности к глюкозе установлена у 15,2% детей. Метаболический синдром диагностирован в 12% случаев, у детей с ожирением IV степени — 100% случаев.

Ретроспективный анализ клинической картины выявил следующие особенности у детей с ожирением и патологией желудочно-кишечного тракта: нейровегетативный синдром — 100%, метаболический

синдром — 12%, абдоминальный болевой синдром — 100%, диспептический синдром — 63%, неприятный запах изо рта — 38,6%, нарушение характера стула — 56,4%.

Проведенная инструментальная диагностика хронического гастродуоденита выявила следующие особенности слизистой оболочки желудка: антральный гастрит наблюдался в 70,6% (поверхностный — 29,4%, «гипертрофический» — 23,5%, эрозивный — 14,7%, атрофический — 3%), фундальный гастрит в 5,9% (поверхностный — 2,9%, «гипертрофический» — 2,9%), распространенный гастрит — 23,5% случаев (поверхностный — 11,7%, «гипертрофический» — 3,0%, эрозивный — 8,8%).

Эндоскопическая картина хронического гастродуоденита представлена следующими особенностями слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки: бульбит — 61,7%, постбульбарный дуоденит — 29,4%, локальный дуоденит, диффузный дуоденит — 8,9%. Н. pylori ассоциированный гастродуоденит выявлен у детей в 36,6–85,7%.

Эхографическая картина гепатобилиарной зоны у детей с ожирением, ассоциированным с расстройствами ЖКТ представлена: увеличением печени в 59,3% случаев, изменением формы желчного пузыря в 68,7%, билиарным сладж синдромом в 75% случаев.

Таким образом, выявленные нами особенности коморбидных заболеваний ЖКТ при ожирении у детей являются обоснованием ранней диагностики, профилактики и требует от педиатра первичного звена здравоохранения особого внимания к данной категории пациентов с позиции междисциплинарного подхода в тактике ведения.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЧИ ДЕТЕЙ 6–7 ЛЕТ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА И ТИПИЧНО РАЗВИВАЮЩИХСЯ

Городный В. А., Ляко Е. Е.

ФГБОУ ВПО СПбГУ, группа по изучению детской речи, кафедра Высшей нервной деятельности и психофизиологии, биологический факультет Санкт-Петербург, Россия

Расстройства аутистического спектра (РАС) — группа заболеваний, для которых характерны нарушения социального поведения и речи, склонность к стереотипиям. Нарушения речи зависят от тяжести заболевания и проявляются на разных уровнях ее организации: артикуляционном, грамматическом, прагматическом. Цель исследования — сравнительный анализ речи детей 6–7 лет с расстройствами аутистического спектра и типично развивающихся сверстников, воспитывающихся в русскоязычной среде. В работе использован комплексный подход оценки сформированности речи ребенка, включающий инструментальный спектрографический, лингвистический и фонетический анализ, перцептивный эксперимент. В речи детей с РАС и типично развивающихся (ТР) детей выявлены фонетические различия, описано разное употребление слов и фраз, специфичное для детей с РАС употребление вокализаций. Показана способность взрослых определять значения слов детей, их пол и возраст при прослушивании речевых сигналов. Установлены значимые различия в значениях частоты основного тона (ЧОТ) слова, ЧОТ и длительности ударного гласного, значениях формант гласных в словах детей с РАС по сравнению с соответствующими характеристиками слов ТР детей. Работа является частью исследования становления речи детей при типичном и атипичном развитии.

Работа выполнена при поддержке РФФ (№18-18-00063).

КЛИНИЧЕСКАЯ И СКРИНИНГОВАЯ РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА: ТОЧКИ ПЕРЕСЕЧЕНИЯ

Гречаный С. В.

ФГБОУ ВО СПбГПМУ, Санкт-Петербург, Россия

Одним из важных принципов клинико-психопатологической диагностики в раннем детском возрасте является онтогенетический подход. На практике это означает, что особенности психического статуса должны интерпретироваться исходя из представления о переходных (задержанных и регрессивных) формах психических функций. Весьма односторонней является формальная констатация наличия/отсутствия тех или иных знаний и умений, соответствующих или не соответствующих возрастному нормативу. Обязательным является рассмотрение наблюдаемых клинических симптомов с точки зрения этапов онтогенеза. Так, оценивая игровую деятельность, определяется, прежде всего, уровень ее развития: манипулятивная игра, предметное соотнесение (логические операции «обследования»), специфические игровые действия с предметами, сюжетная игра. Учитывается наличие игрового интереса как такового (берет ли ребенок игрушку, изучает ли ее – «у меня такой не было», пытается ли произвести игровые действия и какие?), его разнообразие и др. Важным критерием является факт самостоятельности игры, ее инициативность, спонтанность или, наоборот, пассивный, подражательный ее характер.

Оценивая общение, принимается во внимание реакция на незнакомую ситуацию (изменение настроения при попытке войти в кабинет, привыкание к незнакомой обстановке, изменение поведения в новой ситуации, способность ребенка территориально отделиться от матери, остаться наедине с врачом и др.), интерпретация и клиническая оценка которой обычно вызывает разногласие у специалистов. Считается, что непривычность ситуации эмоционально сковывает ребенка и создавать объективные трудности для демонстрации имеющихся навыков и умений. Однако, с другой стороны, незнакомая обстановка играет роль позитивного дистресса, способствующая проявлению скрытых возможностей и задатков. Показано, что отношения привязанности наиболее сильно выраженные в возрасте 9 мес.–1,5 года в более старшем возрасте уступают познавательному интересу (М. Ainsworth),

и 2–3 года в норме имеются все необходимые психофизиологические предпосылки для идентификации незнакомой ситуации, проявления к ней интереса и преодоления сопутствующего дискомфорта. Ссылка родителей на непривычность обстановки врачебного осмотра и, следовательно, невозможность раскрытия в этих условиях истинных интеллектуальных возможностей ребенка часто носит характер псевдооправданий в ситуации, когда в действительности у него имеются значимые отклонения в психическом развитии. В любом случае при общении с ребенком оцениваются такие ретардированные коммуникативные формы, как грубый протест (ребенок громко плачет, яростно швыряет протянутую игрушку), необычные психомоторные реакции (ребенок отворачивается, замирает), отказ от коммуникации (смотрит в стороны, возвращает протянутую игрушку врачу, кладет в сторону или тут же отдает ее матери), отсутствие визуального контакта (не смотрит в глаза, или «скользит взглядом»), особенности жестовой коммуникации (при попытке обратить внимания ребенка с помощью жеста смотрит на руку собеседника, а не предмет), несформированность навыка просьбы (не пользуется жестом, просьбу выражает тем, что смотрит на предмет или тянет маму за руку, использует руку взрослого для указательного жеста) и др.

Учет ретардированных речевых и довербальных коммуникативных форм необходим при оценке речевого развития. Так экспрессивная речь описывается на основании таких характеристик, как вокализации (крик-плач), звуки и их качество, слоговые речевые формы, отдельные слова и фразовая речь. Важное диагностическое значение имеет выявление таких феноменов, как интонационное «бормотание», имитационная активность, неологизмы. Обследование рецептивной речи требует выявления способности прислушиваться к речи взрослых, понимать факт обращения, понимать смысловую составляющую обращений, избирательно реагировать на обращение, избирательно реагировать на слышимую речь и речевую интонацию взрослых, различать речевые и неречевые стимулы, подражать слышимой речи (непосредственные и отсроченные эхоталии).

При оценке двигательной активности необходима качественная ее квалификация. Что это: постоянная двигательная расторможенность (грубое «подкорковое» возбуждение), в том числе с импульсивными действиями, гипердинамика, гиперподвижность, неусидчивость, ситуационное возбуждение, негативизм, стереотипии, протестное поведение, агрессивное и аутоагрессивное (самоповреждающее) поведение,

компенсаторное поведение (реакция на непонимание сути требований и запретов взрослых). реакция на усталость и истощение (гиперэргическая стадия астения)? Необходимо учитывать позитивный характер гиперактивности, ее возможную связь с познавательным поведением, даже в случае повторяющихся механических действий (вариативное повторение).

Специфику имеет формулировка психиатрического диагноза в раннем возрасте. Ответ на вопрос «Чем страдает ребенок? Какой у него диагноз?» должен сопровождаться обсуждением конкретных проявлений данного расстройства у обследуемого ребенка, а не использованием лишь избитых диагностических штампов. Практическая работа показывает, что когда родители спрашивают о диагнозе ребенка, то в большинстве случаев они предполагают услышать вовсе не шифр по МКБ-10, а суть происходящих с ребенком отклонений.

2. Современный подход к диагностике расстройств аутистического спектра (РАС) построен на оценке нарушений социального взаимодействия (Как ребенок общается?), нарушений коммуникации (Как разговаривает, общается жестами и мимикой?) и своеобразии, ограниченности и стереотипности поведения (Как ведет себя?). Положительными свойствами опросника M-CHAT-R/F (D. L. Robins et al., 2001), предложенного для выявления РАС, является учет в ходе обследования ретардированных и регрессивных коммуникативных форм. Главное достоинство теста — это существование дополнительных уточняющих вопросов к каждому пункту. Отрицательный ответ на вопрос теста, например, «пользуется ли ребенок указательным жестом?», не расценивается как исчерпывающий, а требует конкретного указания, каким образом все-таки он это делает. Например, вопрос «Если Вы показываете на что-то в другом конце комнаты, смотрит ли ребенок на это?» предполагает не просто отрицательный ответ (отсутствие данной поведенческой реакции), но и существование альтернативных способов реализации этого навыка: «Игнорирует родителей? Осматривает комнату, глядя не туда, куда показывают? Смотрит на палец взрослого?». Возможность оценки развития того или иного коммуникативного навыка на основе переходных феноменов сближает методические принципы опросника M-CHAT-R/F с клинической психопатологической диагностикой РАС в раннем детском возрасте.

Работа выполнена при поддержке РФФИ (№16-06-00024а, 17-06-00503-ОГН).

ИММУНОФЕНОТИП ЛИМФОЦИТОВ ПРИ ВИРУС-АССОЦИИРОВАННОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ

Гурина О. П., Дементьева Е. А., Блинов А. Е., Варламова О. Н., Степанова А. А., Блинов Г. А.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург

Гломерулонефрит — иммуноопосредованное заболевание с диффузным пролиферативно-экссудативным поражением клубочкового аппарата почек. В основе патогенеза лежит дисбаланс регуляторных механизмов иммуноцитов и клеток почечного клубочка. При вирус-ассоциированном гломерулонефрите (ВА-ГН) установлена этиологическая и/или патогенетическая роль вирусной инфекции. Его развитие сопровождается изменениями в иммунной системе организма, в том числе в параметрах адаптивного иммунитета. Нарушение дифференцировки лимфоцитов является предрасполагающим фактором персистенции и рецидивирования вирусной инфекции, что в свою очередь приводит к прогрессированию гломерулонефрита и развитию гормонорезистентности. Дисфункция клеточного звена иммунитета сопровождается нарушением элиминации вирус-содержащих иммунных комплексов и отложением их в клубочках почек. В почечных депозитах находят антигены вируса гепатита В и С, паротита, кори, парвовируса, вирусов группы герпеса (HSV 1/2, CMV, VEB и др.), полиомиовируса.

Цель исследования: изучение особенности дифференцировки лимфоцитов у детей с вирус-ассоциированным гломерулонефритом

Материалы и методы: обследовано 36 детей в возрасте от 2 до 16 лет с диагнозом ВА-ГН. Исследование иммунофенотипа лимфоцитов проведено методом проточной цитометрии (проточный цитометр Epics XL-MCL, Beckman Coulter, США) по безотмывочной технологии с использованием трехцветной комбинации моноклональных антител, конъюгированных с флуоресцирующими красителями FITC/PE/PC5: IgG1(mouse)/IgG1(mouse)/CD45, CD3/CD19/CD45, CD3/CD4/CD45, CD3/CD8/CD45, CD3/CD(16+56)/CD45, CD3/HLA-DR/CD45, CD3/CD25/CD45 (Beckman Coulter, США).

Результаты исследования: При ВА-ГН в 59% случаев отмечается относительный Т-лимфоцитоз (CD3+CD19-) за счет повышения относительного содержания CD3+CD4+ лимфоцитов хелперов (34% обследованных), цитотоксических CD3+CD8+ лимфоцитов (25% детей), обеспечивающих адекватный противовирусный иммунитет за счет продукции цитокинов, а также прямого цитотоксического действия. У 28% обследованных наблюдается снижение относительного количества CD3+CD4+ лимфоцитов, что наряду со снижением в 53% случаев иммунорегуляторного индекса (соотношение CD3+CD4+/CD3+CD8+) свидетельствует о развитии вторичного иммунодефицитного состояния и поддерживает длительную персистенцию вируса. Кроме того, при ВА-ГН отмечается снижение относительного количества клеток с цитотоксическим потенциалом: CD3-CD (16+56)+ (NK-клетки) у 45% детей, активированных CD8+NK клеток в 32% случаев, NKT-лимфоцитов (CD3+CD(16+56)+) у 13% детей, что обуславливает недостаточность противовирусной активности клеточного иммунитета и может способствовать переходу острой инфекции в хроническую. Относительная и абсолютная В-лимфоцитопения (CD3-CD19+) (35% и 27% случаев, соответственно) коррелирует с гипои иммуноглобулинемией А ($r = 0,67$ и $r = 0,96$, соответственно).

Заключение: Обнаруженные изменения в иммунофенотипе лимфоцитов при ВА-ГН у детей свидетельствуют о развивающемся вторичном иммунодефицитном состоянии и обуславливают снижение резистентности к инфекции, способствуя тем самым осложненному течению заболевания, персистенции имеющейся вирусной инфекции. Исследование субпопуляционного состава лимфоцитов у детей с ВА-ГН необходимо для обоснованного назначения индивидуальной иммуномодулирующей терапии.

ПИЩЕВАЯ СЕНСИБИЛИЗАЦИЯ У ДЕТЕЙ: ВОЗРАСТНАЯ ДИНАМИКА

*Емеличева Л. Г., Мозжухина Л. И., Тетерева Е. А., Большакова С. Н.,
Худякова Т. В., Анисимова Е. И.
Ярославский государственный медицинский университет, Детская
клиническая больница №1, Ярославль*

Цель исследования. Провести сравнительное изучение спектра пищевой сенсibilизации у детей в возрастном аспекте.

Материалы и методы. Изучены клиничко-анамнестические данные и результаты кожного тестирования у 1213 детей в возрасте от 6 месяцев до 18 лет, обследованных в условиях специализированного отделения. Из них 44 ребенка были в возрасте до 1 года, 331 ребенок раннего возраста, 274 ребенка дошкольного возраста, 447 детей в возрасте от 7 до 14 лет и 117 подростков 15–18 лет. Во всех возрастных группах преобладали мальчики.

Результаты исследования. Пищевая сенсibilизация выявлялась у всех детей первого года жизни, у 92% детей раннего возраста, у 60% детей дошкольного возраста, у 43,6% школьников 7–14 лет и 43,5% подростков 15–18 лет и носила поливалентный характер. Во всех возрастных группах наиболее часто регистрировалась сенсibilизация к злакам, в 27,7% случаев сохраняясь до подросткового периода. У детей грудного и раннего возраста обратила на себя внимание высокая частота положительных кожных проб с аллергенами куриного яйца (86% и 54%), рыбы (53% и 43%) и куры (44% и 39%) при отсутствии источников в пищевом рационе, что может свидетельствовать о формировании сенсibilизации во внутриутробном периоде с длительным сохранением измененной реактивности иммунной системы на эти пищевые белки. В подростковом периоде сенсibilизация к белкам куриного яйца выявлялась в 10,1% случаев, к рыбе — в 15,0% и к курице — в 14,8%. По нашим данным, проба с аллергеном коровьего молока была положительной только у 67,4% детей 1-го года жизни, несмотря на наличие клинических проявлений, свидетельствовавших о непереносимости белков коровьего молока. Это требует четкого анализа возможных патогенетических механизмов формирования пищевой аллергии с оценкой значения не-IgE-опосредованного типа развития аллергической реакции. В раннем возрасте чувствительность к белкам коровьего молока

сохранялась у 36,3% детей, в дошкольном — у 10,6%, в младшем и среднем школьном возрасте — у 6,9% и у 8,3% подростков 15 лет и старше.

Выводы. У детей с аллергической патологией кожные пробы позволяют выявить тканевую чувствительность к причинно-значимым аллергенам. С возрастом частота положительных проб с пищевыми аллергенами уменьшается, но полного «угасания» сенсibilизации не происходит. Углубленное аллергологическое обследование следует проводить не только при установлении диагноза аллергического заболевания, но и в динамике, оценивать значимость полученных результатов с решением вопроса о необходимости коррекции пищевого рациона.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ТУБЕРКУЛЕЗНУЮ ИНФЕКЦИЮ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ РАЗЛИЧНЫХ ПОКОЛЕНИЙ

*Клочкова Л. В., Зубарева А. А., Ямкова В. В., Савченко А. С.
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский
университет, Санкт-Петербург*

Цель исследования: сравнить результаты обследования на туберкулез студентов-медиков различных поколений.

Материалы и методы: были проанализированы результаты обследования 120 студентов (1 группа) 6 курса СПб ГПМУ за период 2016–2017 гг. В группу сравнения вошли 523 аналогичных студента (2 группа) ЛПМИ, обследованных в 1978–1979 гг. Учитывались сведения о вакцинации и ревакцинации БЦЖ, динамике туберкулиновых проб, сроках инфицирования МБТ, данных ФЛГ, наличии сопутствующих заболеваний. Наряду с традиционной постановкой пробы Манту с 2 Т.Е. использовалась проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным в стандартном разведении (диаскинтест).

Результаты: удельный вес студентов, ревакцинированных БЦЖ (1 группа), составил 20,4% по сравнению со 2 группой (52%). Остаточные изменения в легких в виде очагов Гона, кальцинатов во внутригрудных лимфоузлах при флюорографическом исследовании не были выявлены у студентов 1 группы по сравнению со студентами 2 группы (3,1%). Инфицированными МБТ оказались 97% студентов 1 группы

и 70% студентов 2 группы. Отрицательные реакции Манту с 2 Т.Е. определялись у 3% в 1 группе (10,4% во 2 группе соответственно), сомнительные — у 1% в 1 группе (10,6% во 2 группе), положительные — у 96% в 1 группе (79% во 2 группе), гиперергические — отмечены только у 3,6% студентов 2 группы. Средний размер инфильтрата составил 11,8 мм в 1 группе и 13,5 мм во 2 группе обследованных. Диаскин-тест оказался положительным у одного студента с аллергией.

Выводы: при сравнении полученных нами данных с результатами обследований студентов нашего вуза, проводившихся 40 лет назад, можно отметить уменьшение удельного веса лиц, ревакцинированных БЦЖ, увеличение количества студентов инфицированных МБТ при отсутствии остаточных посттуберкулезных изменений в легких, а также гиперергических реакций на туберкулин.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГИПЕРАММОНИЕМИИ НОВОРОЖДЕННЫХ

Колчина А. Н., Халецкая О. В., Туш Е. В.

*ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет»
МЗ РФ, Нижний Новгород.*

Цель исследования: изучить клинические проявления гипераммониемии у новорожденных и ее взаимосвязь с другими метаболическими параметрами для оптимизации диагностики наследственных болезней обмена веществ.

Материалы и методы: В ГБУЗ НО «ДГКБ № 1» в 2017–2018 году на наличие гипераммониемии было обследовано 17 доношенных новорожденных детей (средний возраст 10 ± 7 дней). Определение аммиака (количественная оценка) производилось с помощью портативного аммониметра ROSKETCHEMBA, индикаторные полоски AMMONIA TEST KIT II. Обследование выполнялось в динамике, всего было выполнено 185 анализов. Подтверждение наследственных болезней обмена (НБО) осуществлялось с помощью метода tandemной масс-спектрометрии (ТМС) и молекулярно-генетического анализа. Данные представлены в виде Me [Q1;Q3]. Статистическая обработка результатов проводилась программой StatgraphicsCenturion, Trial-версия.

Показаниями для обследования пациента на концентрацию аммиака крови являлись следующие состояния, не объяснимые известными причинами: длительная, не купируемая гипергликемия или гипогликемия, метаболический ацидоз, лактат-ацидоз, неукротимая рвота, судорожный синдром, синдром угнетения.

Результаты: В ходе обследования было выявлено 11 пациентов (67%) с гипераммониемией. Гипераммониемия сопровождалась развитием следующих ведущих клинических синдромов: судорожного синдрома (5/11), синдрома угнетения (5/11), рвоты (3/11).

Транзиторная гипераммониемия была выявлена у 3 пациентов из 11, средний уровень аммиака составил $111,9 \pm 65,66$ [46,23;177,561] по сравнению с персистирующей ($128,006 \pm 20,709$ [107,296; 148,715]). Различия статистически недостоверны ($P = 0,607$), возможно в связи с малой выборкой.

Критериями транзитной гипераммониемии являлись: наличие повышения уровня аммиака без клинических особенностей и его нормализация без специфического лечения.

При оценке частоты встречаемости транзитной гипераммониемии, данный диагноз был выставлен в 27% случаев (3/11), средний срок нормализации показателей составил 14 ± 3 дней).

У пациентов с персистирующей ГА была проведена ТМС с помощью которой выявлены 2 пациента с метилмалоновой ацидурией (25%), 2 пациента с недостаточностью ацил-КоА дегидрогеназы среднецепочечных жирных кислот (SCAD/SCHAD) (25%), 1 пациент с некетолической гиперглицинемией (12,5%), 3 пациента с недифференцированным НБО (25%). У одного из них был подтвержден диагноз муколипидоза по данным молекулярно-генетического исследования.

Для подтверждения диагноза НБО необходимо проведение молекулярно-генетического обследования (проведено у 3 пациентов из 8).

При исследовании зависимости уровня аммиака от других лабораторных показателей, выявлена статистически достоверная корреляция между уровнем аммиака и метаболическим ацидозом (в частности, с показателем уровня дефицита оснований ($r = 0,971516$; $P = 0,0057$), а также, уровнем эритроцитов, средним объемом эритроцитов и метаболическими отклонениями в сторону ацидоза ($r = 0,984726$; $P = 0,0000$; $r = -0,829681$; $P = 0,0000$).

Пациенты с НБО также склонны к развитию микроцитарной анемии (MCV (ME) = 83,75 [78,59; 86,54]), значения статистически достоверны (P = 0,0013).

У пациентов с НБО на фоне низкобелковой диеты уровень аммиака статистически достоверно снижается ($78,433 \pm 16,8$ [65,4;91,4]). При расширении уровня энтерального питания возникают новые пики повышения уровня аммиака ($134,86 \pm 51,97$ [80,32: 189,41], но не достигают первоначальных значений ($164,56 \pm 40,5$ [124,05: 205,07] (P = 0,0001)). Снижение количества потребляемого белка позволяло в течение суток понизить уровень аммиака до значений, соответствующих верхней границе нормы. У пациентов с транзиторной гипераммониемией такой зависимости не наблюдалось. Снижение уровня аммиака происходило вне зависимости от количества потребляемого белка пациентом.

Выводы: Гипераммониемия новорожденных в сочетании с изменениями уровня глюкозы, гиперлактатемией, метаболическим ацидозом и отклонениями в гематологических показателях высоко ассоциирована с наследственными нарушениями обмена веществ, что позволяет определять дальнейшую тактику ведения пациентов

Для транзиторной гипераммониемии новорожденных характерны более низкие показатели уровня аммиака, а также, отсутствие каких-либо метаболических изменений, в том числе по данным ТМС.

Выявлена зависимость уровня аммиака от величины потребляемого белка. В случае наличия НБО у пациента данное явление статистически достоверно, у пациентов с транзиторной гипераммониемией зависимости не выявлено. Такая зависимость может служить маркером при дифференциальной диагностике персистирующей и транзиторной гипераммониемии.

ЛАТЕНТНЫЙ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТ – ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Кононенко И. А.

Медицинский центр «МедПроф», Санкт-Петербург

Железо является незаменимым микроэлементом, регулярное поступление которого необходимо для человеческого организма. Железо участвует не только в окислительно-восстановительных процессах,

кроветворении, снабжении органов и тканей кислородом, но и велика его роль в синтезе половых гормонов, гормонов щитовидной железы, регуляции генов. Развитие и прогрессирование дефицита железа зависит от его исходного уровня в организме, баланса между его поступлением и потерей. Исключение из рациона питания таких продуктов как свиная и говяжья печень, говяжий язык, говядина, и преобладание в рационе птицы, молочных продуктов, хлебобулочных изделий способствует еще большему усугублению дефицита железа.

Симптомы железодефицита не всегда являются специфическими, поэтому необходимо проводить скрининговое мониторирование для выявления его дефицита.

Цель исследования. Выявить латентный железодефицит и подобрать необходимую дозу препаратов железа для его устранения.

Материалы и методы. При оценке клинического анализа крови проводилась оценка показателей по следующим критериям:

- число эритроцитов — $3,8-5,8 \cdot 10^{12}/л$;
- цветовой показатель — $> 0,85$;
- средний объем эритроцита > 85 фл;
- среднее содержание гемоглобина в эритроците ≥ 27 пг;
- средняя концентрация гемоглобина в эритроците > 300 г/л;
- распределение эритроцитов по объему $< 16\%$.

При выявлении отклонения хотя бы по 1 показателю в клиническом анализе крови предлагалось обследование на содержание ферритина в крови.

В исследовании приняли участие 47 человек. Перед началом приема препаратов железа все пациенты были обследованы на наличие дисбактериоза кишечника. В случае выявления дисбактериоза было проведено его лечение с повторной сдачей анализа кала для подтверждения его отсутствия перед началом устранения дефицита железа.

Результаты. У всех 47 человек был выявлен латентный железодефицит и предложено восполнение его уровня бисглицинатом железа в количестве 75 мг в течение 3 месяцев.

Через 3 месяца приема препаратов железа уровень ферритина в сыворотке крови у пациентов в среднем повысился на 50 нг/мл, но у 19 человек, у которых уровень исходного ферритина составлял 5–20 нг/мл не

поднялся до желаемого уровня 120 нг/мл, что потребовало более длительного приема пероральных препаратов железа или введения парентеральных форм.

Заключение. Проведение скрининга для выявления латентного дефицита железа оправдано у всех лиц в не зависимости от уровня гемоглобина в крови. Важно оценивать и другие параметры клинического анализа крови, а также уровень ферритина в крови. Применение бисглицината железа в дозе 50 мг оправдано для коррекции латентного железодефицита.

БИЛИАРНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У ДЕТЕЙ СО СПИНАЛЬНОЙ МЫШЕЧНОЙ АТРОФИЕЙ

Лебедева Н. В.¹, Фомина А. М.¹, Стрекалова С. А.², Романенко Е. В.²⁻³,
Адрианов А. В.¹, Мельникова Г. С.²

¹ФГБУ ДПО Санкт-Петербургский институт усовершенствования
врачей-экспертов Минтруда России

²СПбГБУЗ Детская Городская Больница №22, г. Санкт-Петербург

³ФГБОУ ВО СЗГМУ РФ им. И.И. Мечникова МЗ РФ, г. Санкт-Петербург

Спинальные мышечные атрофии (СМА) — это группа наследственных заболеваний, характеризующихся поражением скелетных мышц из-за прогрессирующей дегенерации нейронов передних рогов спинного мозга и двигательных ядер ствола головного мозга. Тип наследования при СМА аутосомно-рецессивный. Примерная панэтническая частота заболевания составляет 1 на 11 000 населения (Селиверстов Ю. А., 2015).

Различают 3 основных типа заболевания:

1. Спинальная амиотрофия I типа (болезнь Верднига–Гоффмана) с дебютом в возрасте около 6 месяцев.
2. Спинальная амиотрофия типа II (промежуточная) с дебютом в возрасте 3–15 месяцев.
3. Спинальная амиотрофия III типа (болезнь Кугельберга–Веландер) с дебютом в возрасте между 15 месяцами и 19 годами.

Цель исследования: методом ультразвукового исследования желчного пузыря выявить особенности дисфункциональных расстройств билиарного тракта у детей с СМА.

Задачи:

1. Определить возрастной и гендерный состав исследуемой группы.
2. Выявить частоту встречаемости билиарной дисфункции при спинальной мышечной атрофии.
3. Выявить взаимосвязь дисфункции билиарного тракта с патологией поджелудочной железы при СМА.

Материалы и методы. Проводился ретроспективный анализ 20 историй болезни детей со СМА, которые находились на лечении в отделении неврологии ДГБ №22 в 2016 г.

Результаты:

Клиническая характеристика исследуемой группы.

Возрастная структура: дети от 1 года до 3 лет составили 30%, дети от 4 до 6 лет — 30%, дети от 7 до 17 лет — 40%. Среди пациентов преобладали в 60% девочки (12 чел), в 40% мальчики (8 чел). 75% исследуемой группы составили дети со СМА 2 типа, в 15% — СМА 1 типа, в 10% — СМА 3 типа. Дисфункция билиарного тракта отмечалась в 80% случаев. В 20% процентах случаев признаков билиарной дисфункции выявлено не было. Это были дети со СМА 2 типа. При этом только у одного ребенка был выявлен аномалия развития желчного пузыря в виде перегиба. Диффузные изменения поджелудочной железы по УЗИ регистрировались в 35% случаев.

Выводы.

1. В исследуемой группе преобладали девочки (60%).
2. Наиболее часто билиарная дисфункция выявлялась у детей старше 7 лет (40%).
3. При СМА выявлена высокая частота встречаемости билиарной патологии (80%), таким детям необходима дополнительная диагностика для установления типа билиарной дисфункции.
4. Патология поджелудочной железы сочеталась с билиарной дисфункцией в 30% случаев.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ИНВАЛИДНОСТИ У ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ НЕДОНОШЕННЫМИ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА В ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

Лебедева Н. В.², Горгиладзе Н. В.¹, Александрова Н. А.¹, Адрианов М. А.³,
Адрианов А. В.²

¹ФКУ «ГБ МСЭ по Ленинградской области» Минтруда России

²ФГБУ ДПО СПбИУВЭК Минтруда России, г. Санкт-Петербург

³ГБОУ «Медико-биологический Лицей №214» Центрального района
г. Санкт-Петербурга

Актуальность проблемы. За последнее десятилетие перинатальная медицина, а вместе с ней неонатология и интенсивная реанимационная помощь, особенно при лечении глубоко недоношенных детей, совершили качественный скачок в своем развитии. На основе внедрения высокотехнологичных видов медицинской помощи совершенствуются методы прогнозирования, диагностики и лечения различных заболеваний и критических состояний новорожденных, вырабатываются качественно новые методические подходы к выхаживанию и стандарты интенсивной терапии. Особенно это актуально в связи со вступлением в силу в 2012 году Приказа Минздравсоцразвития РФ №1687 «О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке её выдачи». С момента введения этого приказа производится регистрация детей, достигших гестационного возраста 22 недели и массы тела 500 грамм. До этого отделы ЗАГС регистрировали родившихся детей с массой тела от 1000 г. Если вес составлял от 500 до 999 г, то этих детей регистрировали лишь в тех случаях, если они прожили более 168 ч.

Дети, родившиеся с экстремально низкой массой тела от 500 до 1000 грамм (ЭНМТ), имеют ряд более или менее типичных проблем, связанных с незрелостью всех органов и систем, которые тесно взаимосвязаны и могут быть рассмотрены как специфическая полипатия недоношенных (Шалина, 2016). Недоношенные дети, анамнез которых отягощен перинатальной церебральной патологией, составляют основную группу риска по развитию ранней детской инвалидности, нарушению психомоторного развития, приводящему в дальнейшем к социальной дезадаптации (Барашнев Ю. И. 1999; Володин Н.Н., 2008).

Цель исследования: Составить медико-экспертную характеристику детей, родившихся недоношенными с ЭНМТ и проходивших освидетельствование (первичное, повторное) в бюро медико-социальной экспертизы по Ленинградской области в 2017 году.

Задачи исследования:

- анализ структуры инвалидности у детей с ЭНМТ;
- определение наиболее вероятной патологии и ее тяжести;
- анализ динамики нарушения функций при повторном освидетельствовании.

Методы исследования: Проведен ретроспективный анализ медико-экспертные дела детей, родившихся с ЭНМТ и проходивших освидетельствование (первичное, повторное) в бюро по Ленинградской области в 2017 году.

Результаты: В 2017 году в бюро медико-социальной экспертизы по Ленинградской области прошли освидетельствование 46 человек. Из них 18 детей было освидетельствовано первично, 28 детей — повторно. В структуре исследуемой группы по полу 50% составили мальчики, 50% — девочки.

Возрастная структура исследуемой группы: дети до года — 67%, 1-3 года — 28%, 4-6 лет — 5%. Среди первично освидетельствованных детей 33% составляли дети первого года жизни, 61% — от 1 года до 3 лет, 6% — дети от 4 до 7 лет. Основной дезадаптирующей патологией в данной группе детей в 34% случаев явилась патология нервной системы, в 24% — бронхолегочная патология, в 26% — умственная отсталость и смешанные специфические расстройства развития, у 4% детей — нарушения слуха, зрения — 7%, иммунной патологии — 2%, нарушение метаболических процессов — 2%. Наиболее выраженными нарушениями функций в данной группе детей были в 30% — нарушение статодинамической функции, психической функции — 27%, 24% — дыхательной функции, сенсорной функции — зрение у 7%, слуха у 4%, языковых и речевых функций — 4%, функции иммунной системы — 2%, функции эндокринной системы и метаболизма — 2%. Структура исследуемой группы по степени выраженности нарушения функций организма была следующей: 44% детей — имели умеренные нарушения, 50% — выраженные нарушения и 6% — значительно выраженные нарушения.

Выводы:

1. Среди детей, родившихся с ЭНМТ, освидетельствованных первично, гендерных различий не выявлено.

2. Наиболее часто первичное освидетельствование детей этой группы происходит в возрасте до 1 года.

3. Среди детей, освидетельствованных повторно, полностью реабилитированных детей в исследуемой группе не было. Положительную динамику дал только 1 ребенок (были выраженные нарушения психической функции, стали умеренные). Без динамики: с умеренными нарушениями — 13 человек, с выраженными нарушениями — 8 человек, со значительно-выраженными — 3 человека.

Ухудшение: при повторном освидетельствовании были выявлены значительно-выраженные нарушения, а не выраженные как на предыдущем освидетельствовании — 3 человека. Эти дети имели нарушения психических функций.

Таким образом, по сравнению с данными ГБ МСЭ по г. Санкт-Петербургу, где процент полной реабилитации составляет 10% (Лебедева и соавт., 2017) в Ленобласти, к сожалению, случаев полной реабилитации не выявлено, а большинство детей дают отрицательную динамику нарушения функций организма.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ КОЖНЫХ ТЕСТОВ С ТУБЕРКУЛЕЗНЫМИ АЛЛЕРГЕНАМИ У ДЕТЕЙ, НЕ ПРИВИТЫХ БЦЖ

*Лозовская М.Э., Макарова В.С., Свиридова Е.О., Шибакова Н.Д.
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург*

Актуальность исследования: В настоящее время в Российской Федерации используются две кожных пробы для скрининга туберкулезной инфекции у детей: проба Манту с 2 ТЕ (RM 2 ТЕ) и проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным (АТР), второе его название — Диаскинтест. При одинаковой методике проведения проб, они отличаются вводимым аллергеном. Согласно Федеральным клиническим рекомендациям (2015), массовая иммунодиагностика проводится

детям до 7 лет (включительно) с использованием RM 2 ТЕ, детям старше 7 лет с использованием АТР [1].

Сопоставление чувствительности этих тестов и скорости появления положительных реакций при инфицировании ребенка в условиях массовой вакцинации БЦЖ затруднено, поскольку результат RM 2 ТЕ зависит не только от истинного инфицирования, но и существования поствакцинальной аллергии [2].

Поскольку у детей, не привитых вакциной БЦЖ, поствакцинальная аллергия исключена, появление положительной пробы Манту у них — «абсолютный» вираж, является безусловным критерием раннего периода первичной туберкулезной инфекции (РППТИ). Таким образом, у непривитых детей классическая проба Манту с 2 ТЕ является эталонным методом, с которым целесообразно сопоставить пробу с АТР, оценивая ее эффективность при диагностике РППТИ. В настоящее время, согласно Приказу МЗ РФ №124-н, проба с АТР проводится как метод скрининга туберкулезной инфекции у детей старше 7 лет, но в перспективе этот порядок профилактического обследования может быть распространен и на младшую возрастную группу, что обуславливает актуальность данного исследования [3,4,5].

Цель исследования: Определение чувствительности с АТР у детей во время абсолютного виража.

Материалы и методы: Объектом исследования послужили данные комплексного фтизиатрического обследования 13 детей в возрасте от 7 мес. до 4 лет. Дети были отобраны по следующим критериям: отсутствие вакцинации БЦЖ, выявление виража на фоне предшествующих отрицательных проб при ежегодной постановке или первая положительная проба у ребенка до года, а также наличие данных о результатах пробы с АТР, полученных не позднее 1 месяца после виража.

Результаты: Причины, по которым не была проведена вакцинация БЦЖ: внутриутробный контакт по ВИЧ (R-75) у 7 детей (53,8%), недоношенность у 2 (15,4%), органическое поражение ЦНС у 1 (7,7%), у остальных причина неизвестна. Туберкулезный контакт имел место у 7 детей (53,8%), из них семейный 6 детей (85,7%) и родственник 1 (14,2%), двойной контакт у 1 (14,2%), очаг смерти у 3 (42,8%). В момент виража туберкулиновой чувствительности, была выполнена проба с АТР, которая была положительной у 10 детей (77%), отрицательной — у 3 (23%). Среди детей с положительным результатом АТР преобладали дети

из очагов туберкулезной инфекции 7 (70%). У детей с отрицательной пробойс АТР не было выявленного туберкулезного контакта. В дальнейшем дети наблюдались в противотуберкулезном диспансере. Детям с положительным АТР проведено превентивное лечение в 3 случаях (23%), у остальных, при первичном обследовании выявлено заболевание. Туберкулез развился у детей с исходно положительным АТР в 100%, среди 3-х детей с исходно отрицательным АТР заболел 1 ребенок. Среди заболевших 11 детей наблюдались следующие формы туберкулеза: туберкулез внутригрудных лимфатических узлов (неосложненные, ограниченные формы) — 1; туберкулез внутригрудных лимфатических узлов (осложненные, распространенные формы) — 8; первичный туберкулезный комплекс (осложненное течение) — 1; острый диссеминированный туберкулез (с поражением легочной ткани, кишечника, селезенки) — 1. Среди осложнений преобладали отсева в легочную ткань и бронхо-легочные поражения. Таким образом, у 10 из 11 (91%) заболевших детей развились осложненные и распространенные формы туберкулеза (1А группа диспансерного учета).

Выводы: Положительный результат пробы с АТР выявлен у большинства детей 10 (77%) с «абсолютным» виражом туберкулиновой чувствительности. Но у 3-х детей (23%) результат АТР был отрицательным, что указывает на более низкую его чувствительность по сравнению с туберкулиновым тестом у детей, не привитых БЦЖ, в РППТИ. Развитие туберкулезного процесса с преобладанием выраженных форм отмечалось у всех детей с положительной пробой на АТР и у одного ребенка с отрицательным результатом.

Список литературы:

1. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению латентной туберкулезной инфекции у детей. — М.: РООИ «Здоровье человека», 2015. — 36 с.
2. Туберкулез у детей и подростков: руководство под ред. О. И. Король и М. Э. Лозовской — СПб: «Питер», 2005 — с.432
3. Кожная проба с препаратом «ДИАСКИНТЕСТ» — новые возможности идентификации туберкулёзной инфекции / Под ред. Академика РАН и РАМН М. А. Пальцева. Второе издание, переработанное и дополненное. — М.: Издательство «Шико, 2011. — 256 с.: ил. 3.
4. Лозовская М. Э., Белушков В. В., Гурина О. П., Васильева Е. Б., Клочкова Л. В. Сравнительная оценка инновационных тестов в диагностике латентной и активной туберкулезной инфекции у детей // Педиатр — 2014 — т. 5 — №3 — С. 46–50;

5. Барышникова Л. А., Аксенова В. А. Туберкулез у детей и подростков в Приволжском федеральном округе и современные тенденции его выявления // Туберкулез и социально значимые заболевания — 2016 — №3. — С. 22–24.

ОСОБЕННОСТИ РЕЧИ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА, СИНДРОМОМ ДАУНА И УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

Ляко Е. Е., Фролова О. В., Гречаный С. В.

ФГБОУ ВПО СПбГУ, группа по изучению детской речи, кафедра Высшей нервной деятельности и психофизиологии, биологический факультет, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования — выявление специфических особенностей речи детей с расстройствами аутистического спектра (РАС), синдромом Дауна (СД), умственной отсталостью (УО) по сравнению с типично развивающимися детьми (ТР) для разработки дополнительных критериев диагностики заболевания по характеристикам голоса и речи детей. Осуществлена запись речи 205 детей в возрасте 5–12 лет: 36 детей имеющих в анамнезе диагноз — РАС (F84), 19 детей с СД (Q = 90), 10 детей с УО (F70), 20 детей с смешанными специфическими расстройствами (ССР, F83) и речи 120 типично развивающихся (ТР) сверстников. Дети с РАС разделены на две группы на основании анамнеза. В первую группу вошли дети с регрессом в развитии в возрасте 1,5–3-х лет (РАС-1), у детей, отнесенных во вторую группу (РАС-2), риск развития диагностирован при рождении, РАС являются следствием органического нарушения ЦНС. Степень выраженности аутистических расстройств и нарушений развития оценивали по шкале CARS, психофизиологическому опроснику и медицинскому заключению. В перцептивном эксперименте, проводимым с целью определения взрослыми значения слов детей, их пола и возраста по характеристикам голоса и речи, приняли участие 560 аудиторов в возрасте 24.2 ± 5.4 г. Использовали стандартизированные ситуации записи речи детей: игру со стандартным набором игрушек, беседу с экспериментатором, просмотр мультфильма по iPad и пересказ его сюжета, просмотр картинок и ответы на вопросы по ним, повторение за экспериментатором слов подобранных с учетом эффектов коартикуляции. Сравнительный анализ акустических характеристик

речи детей показал, что для детей с РАС характерны высокие значения частоты основного тона (высоты голоса), высокие значения третьей «эмоциональной» форманты и ее интенсивности, характеризующие «атипичную» спектрограмму сигнала. Для детей с РАС определена связь между степенью выраженности аутистического расстройства по шкале CARS и уровнем сформированности речи (вокализация, слоги, отдельные слова, фразы). Для детей с РАС, СД, УО и ССР выявлены различия по значениям частоты основного тона и по характеристикам, отражающим четкость артикуляции: индексу артикуляции гласных и по площадям формантных треугольников гласных. Длительность гласных в словах является значимым признаком только для детей с СД, УО и ССР. Полученные данные свидетельствуют о возможности использования акустических характеристик речи в качестве дополнительных диагностических признаков нарушения развития ребенка. Взрослые, носители русского языка, распознают значение повторяемых детьми слов лучше, чем слов из спонтанной речи. В тестовых последовательностях, содержащих слова детей, аудиторы распознают значения слов детей с СД хуже, чем детей с другими диагнозами и ТР детей. Показана возможность определения взрослыми пола и возраста детей при прослушивании их речевых сигналов. Способность взрослых к определению пола и возраста может быть использована при подборе персонала для работы с детьми с атипичным развитием.

Работа выполнена при поддержке РФФ (№18-18-00063).

РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ НА ФОНЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Макаров А. В., Братова Е. А.

ГБУЗ ГП 44 Фрунзенского района Санкт-Петербурга

Актуальность. Из 71751 ребёнка, проживающего во Фрунзенском районе, в 2017 г в Районный консультативно-диагностический центр для лечения детей с аллергическими заболеваниями обратились 11633 человека. У 2832 детей была выявлена бронхиальная астма.

Цель: описание рефлексотерапевтических эффектов у детей с бронхолёгочной патологией, развивающейся на фоне резидуальной неврологической симптоматики.

Материалы и методы. Наблюдались 39 детей от 3 до 16 лет, которые по возрастному аспекту были разделены на 3 группы. У 7 детей (18%) от 3 до 7 лет отмечались двигательная расторможенность, эмоциональная лабильность и неустойчивость внимания. У 14 детей (35,9%) от 7 до 10 лет на фоне раздражительности и неусидчивости развивались периодические головные боли. 18 детей (46,1%) от 11 до 16 лет жаловались на постоянные головные боли, головокружения, утомляемость при умеренной раздражительности. Таким образом, неврологическая симптоматика изменялась с возрастом, усиливалась при нарушении диеты, температурного режима, эмоциональных перегрузках и сопровождалась приступами бронхообструкций. Рефлексотерапия детям первой группы проводилась успокаивающим методом микроагнитами на дистальные и торакальные акупунктурные зоны. Дети второй группы получали лазерорефлексотерапию гармонизирующим методом локально-сегментарно. Детям третьей группы проводилось стимулирующее или гармонизирующее по индивидуальным показаниям иглоукалывание на дистальные и локально-сегментарные зоны лёгких, желудка и печени.

Результаты. В динамике у 5 детей (12,8%) первой группы отмечались улучшение самочувствия и угасание явлений дыхательной недостаточности. Повышение устойчивости к нагрузкам сопровождалось угасанием эмоционально двигательной расторможенности. У 12 детей (30,8%) второй группы постепенное урежение и снижение интенсивности приступов бронхиальной астмы сопровождалось повышением работоспособности и эмоциональной устойчивости. Головные боли купировались и не повторялись. У 17 детей (43,6%) третьей группы наблюдались значительное снижение раздражительности и повышение успеваемости на фоне снижения выраженности явлений бронхообструкций. Головные боли отмечались намного реже и быстро угасали. Головокружения не возобновлялись. У 2 детей (5,1%) младше 6 лет и 3 детей (7,7%) старше 7 лет на фоне нарушения диеты, санитарно-гигиенических норм и невыполнении назначений врача отмечались рецидивы приступов бронхиальной астмы с возобновлением неврологической симптоматики.

Выводы. Рефлексотерапия детей с бронхиальной астмой и неврологическими нарушениями вызывает устойчивый положительный эффект при стимуляции рефлекторных реакций между дыхательной, пищеварительной и высшей нервной системами. Восстановление нейрогуморальной регуляции функции внешнего дыхания, снижение

риска побочных реакций рефлексотерапии более устойчивы при выполнении указаний врача, нормализации питания, режима «сна-бодрствования» и психоэмоциональных нагрузок.

ВЛИЯНИЕ ПОСТОЯННОГО КОНТАКТА С ДОМАШНИМИ ЖИВОТНЫМИ НА ТЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

*Нишева Е. С., Валетова Л. Г., Платонова Н. Б., Бочкова М. Е., Бутырина У. А.
Детская городская больница №1, Санкт-Петербургский
государственный педиатрический медицинский университет,
Санкт-Петербург*

В литературе имеются противоречивые сведения о результатах некоторых элиминационных мероприятий у детей. Так, в части работ указывается на благотворное влияние элиминационных мероприятий и уменьшении аллергенной нагрузки при sensibilization к домашним животным. В других работах указывается на положительное влияние контакта с животными на снижение sensibilization и уменьшение объема терапии.

Цель нашей работы состояла в оценке зависимости объема терапии у детей с бронхиальной астмой и sensibilization к шерсти домашних животных от контактов с животными. Для исследования отобрано 142 ребенка с бронхиальной астмой в возрасте старше 5 лет. Средний возраст составил 7 лет 2 месяца. Среди обследованных было 65% мальчиков, 35% девочек. Для обследования использовались клинические и аллергологические методы обследования, в том числе скарификационные пробы с аллергенами, определение аллергенспецифических IgE-антител к аллергенам. Анализировался объем терапии бронхиальной астмы, получаемый ребенком в предшествующие 3 месяца, оценивалось количество детей, получающих лечение 1–3 степени и 3–5 степени согласно современным рекомендациям по лечению бронхиальной астмы у детей. При обследовании детей у 127 детей выявлена sensibilization к домашней пыли и шерсти кошек и/или собак, у 15 детей — только к домашней пыли. В группе детей с sensibilization к домашней пыли и шерсти животных количество пациентов, требующих терапии 4–5 степени, было намного выше, чем у пациентов без эпидермальной sensibilization (20% против 7%, $p < 0,05$). Дети,

sensibilization к шерсти животных и ежедневно контактирующие с соответствующими животными, требовали терапии 4–5 степени в 33%, что также намного превышало число детей с sensibilization только к домашней пыли (7%, $p < 0,05$).

Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют о неблагоприятной роли постоянных контактов с домашними животными у детей с sensibilization к шерсти этих домашних животных. Постоянные контакты с причинно-значимыми аллергенами приводят к более тяжелому течению бронхиальной астмы и назначению большего объема терапии.

КЛИНИКО-ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЭОЗИНОФИЛЬНОГО ЭЗОФАГИТА У ДЕТЕЙ

*Нишева Е. С., Валетова Л. Г., Платонова Н. Б., Бочкова М. Е., Бутырина У. А.,
Майхуб М.
Детская городская больница №1, Санкт-Петербургский
государственный педиатрический медицинский университет,
Санкт-Петербург*

Эозинофильный эзофагит является хроническим иммуноопосредованным заболеванием, этиология и патогенез которого недостаточно изучены. Частота заболевания растет год от года в разных возрастных группах, что требует совершенствования методов диагностики и терапии этого заболевания.

Цель нашей работы состояла в изучении клинических и эндоскопических особенностей эозинофильного эзофагита у детей. Проанализированы истории болезни и амбулаторные карты 34 детей (28 мальчиков, 6 девочек). Средний возраст пациентов составлял 9 лет 8 месяцев. Наиболее частым симптомом, явившимся поводом обращения к врачу была рвота. Частота этого симптома различалась в разных возрастных группах. Так, у дошкольников количество пациентов с рецидивирующей рвотой составляло 44%, а у детей школьного возраста — 60%. Большинство пациентов предъявляло множественные жалобы (79%). При эндоскопии выявлялась продольная бороздчатость слизистой пищевода (62%), наличие белесоватого экссудата (44%), эзофагальные кольца (26%). При гистологическом исследовании наиболее частой находкой

был плотный эозинофильный инфильтрат (среднее количество эозинофилов в одном поле зрения составляло 26,7 клеток), гиперплазия базальных клеток выявлялась у 47% пациентов, удлинение сосудистых сосочков — у 21%, эозинофильные абсцессы — 18% пациентов. Не выявлено достоверной корреляции между тяжестью клинических проявлений эозинофильного эзофагита и гистологическими изменениями. Сопутствующие аллергические заболевания диагностированы у 62% пациентов (21 человек). Среди аллергических заболеваний наиболее часто выявлялись аллергический ринит (67%), бронхиальная астма (29%), пищевая аллергия (19%). У 56% пациентов с эозинофильным эзофагитом была отягощена наследственность по аллергическим заболеваниям. Уровень общего IgE был повышен у 68% пациентов и составлял в среднем 310 ед/мл. У 71% детей выявлены аллергенспецифические IgE к респираторным аллергенам и у 35% детей к пищевым аллергенам.

Мы предполагаем, что наличие эозинофильного инфильтрата при эозинофильном эзофагите отражает защитную реакцию организма на антигены, в том числе аллергены.

Эозинофилы могут выполнять как защитные, так и повреждающие функции в организме человека. Учитывая возможную защитную роль эозинофилов в борьбе с антигенами (фагоцитоз, цитотоксические реакции), возможно, этим и объясняется отсутствие корреляции тканевой эозинофилии и тяжести клинических проявлений эозинофильного эзофагита.

К ВОПРОСУ О СПОСОБАХ ИНГАЛЯЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ

Нишева Е. С., Валетова Л. Г., Платонова Н. Б., Бочкова М. Е., Голиценко Е. А., Бутырина У. А.

Детская городская больница №1, Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург

Заболевания дыхательных путей являются одной из наиболее частых причин обращения за лечебной помощью и госпитализации в стационар. При этих заболеваниях част назначаются бронходилататоры, отхаркивающие средства, ингаляционные глюкокортикоиды

в виде ингаляций из дозированных ингаляторов или из небулайзеров. По данным литературы ингаляции из дозированных ингаляторов, снабженных спейсерами, оказывают такой же клинический эффект, как ингаляции из небулайзера. В то же время, ингаляции из дозированного ингалятора со спейсером занимают намного меньше времени, чем ингаляции из небулайзера, что особенно актуально в современных условиях при постоянной нехватке и перегрузке среднего медицинского персонала, осуществляющего эти лечебные процедуры.

Цель нашей работы состояла в оценке эффективности разных способов ингаляционной терапии при бронхиальной астме у детей. В обследование включено 64 ребенка в возрасте 9–16 лет, обратившихся в аллергоцентр при детской больнице №1, в приступном периоде бронхиальной астмы. Детям назначалась комплексная терапия с использованием ингаляционных адреномиметиков и кортикостероидов в виде ингаляций. Первая группа детей (48 человек) получала ингаляции из небулайзера, вторая группа (16 человек) получала ингаляции из дозированного ингалятора со спейсером). Продолжительность приступного периода, количество детей, потребовавших назначения системных глюкокортикоидов, а также количество детей, повторно обратившихся за медицинской помощью в течение последующего месяца достоверно не различалось в этих двух группах. Ингаляции из небулайзера занимали гораздо больше времени медицинского персонала (около 10 мин. на подготовку растворов и наблюдением за правильностью ингаляции, техническое обслуживание прибора), чем ингаляции из дозированного ингалятора со спейсером (около 2 мин.).

Таким образом, ингаляции из дозированного ингалятора со спейсером обладают такой же эффективностью, как и ингаляции из небулайзера при бронхиальной астме у детей. Ингаляции из небулайзера требуют значительных затрат времени медицинского персонала (в 5 раз больше, чем ингаляции из дозированного ингалятора со спейсером).

ВЫЯВЛЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА: ТРАДИЦИОННЫЙ И ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОДЫ

Ольшанский О. В., Гречаный С. В.

*ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России кафедра психиатрии
и наркологии, Санкт-Петербург, Россия*

Целью исследования было выявление особенностей двигательных (гиперкинетических) и поведенческих симптомов при разных вариантах аутистических синдромов у детей раннего возраста. Сравнивалась группа пациентов с детским аутизмом, F 84 (83 чел., средний возраст $3,41 \pm 0,090$ лет) и аутистическим синдромом при темповой задержке психического развития, F 83 (107 чел., средний возраст — $3,12 \pm 0,155$ лет, $p = 0,044$). Использовались методики: 1) «Низонжеровский опросник оценки поведения детей» (NCBRF) [Aman, M. G., Tasse M. J., Rojahn J., Hammer D., 1993]; 2) опросник АТЕС — The Autism Treatment Evaluation Scale [B. Rimland, S. Edelson]; 3) «Анализ семейных взаимоотношений» [Э. Г. Эйдемиллер, 1990].

Результаты исследования выявили качественные различия структуры поведенческих и гиперкинетических нарушений в изучаемых группах. У пациентов с детским аутизмом наблюдались достоверно меньшие средние баллы шкал «Гиперактивность» ($p = 0,011$ по критерию U Манна-Уитни) и «Проблемное поведение» ($p = 0,040$) и более высокие средние баллы по шкалам «Тревожность» ($p = 0,024$), «Самоповреждения/стереотипии» ($p = 0,009$), «Изоляция/ ритуалы» ($p = 0,001$), «Повышенная чувствительность» ($p = 0,002$). На основании количественных значений шкал NCBRF и АТЕС была построена факторная модель, в рамках которой недостаточные речевые, коммуникативные и познавательные навыки по методике АТЕС были объединены с отрицательными значениями шкал «позитивное поведение», «социальная адаптивность» и «тревожность» NCBRF (1-й фактор), поведенческие отклонения по методике АТЕС были объединены со шкалами «проблемное поведение», «тревожность» и отрицательными значениями шкалы «позитивное поведение» NCBRF (2-й фактор). 3 фактор объединил

недостаточные познавательные навыки по методике АТЕС со шкалой самоповреждающие/стереотипные действия и изоляция NCBRF.

Результаты исследования подтверждают эмпирическое предположение о синдромальной и патогенетической неоднородности гиперкинетических и поведенческих нарушений при аутистических синдромах у детей. Традиционный подход к терапии гиперкинетических расстройств у пациентов с РАС связан с применением медикаментозных средств. Инновационные методы предполагают использование психообразовательной работы с родителями, методов когнитивно-поведенческой психотерапии семьи, инструментальных методов реабилитации (биоакустическая коррекция).

ПИЩЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Павлова Т. А., Гречаный С. В.

*ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, кафедра психиатрии и
наркологии, Санкт-Петербург, Россия*

По данным Всемирной организации здравоохранения, число детей, страдающих аутизмом, последние годы по всему миру ежегодно увеличивается на 1,3 %. При этом в структуре соматической патологии у детей с аутизмом значимо чаще диагностируются заболевания ЖКТ. Несомненный рост данной патологии и отсутствие стандартизированных методов ее коррекции повышает значимость и актуальность исследований в этом направлении.

Замечено, что у детей с аутизмом уже с 6 месячного возраста отмечаются отклонения пищевого поведения в виде приверженности более однообразному рациону. Дети с расстройствами аутистического спектра (РАС) позднее начинают употреблять твердую пищу, принимают пищу медленнее по сравнению со здоровыми детьми. С возраста 15–54 мес. Пациентов с РАС становится трудно накормить. Специальные исследования показали, что большинство детей с РАС страдают от недостатка кальция, белка, витамина B12 и витамина Д. Новые данные свидетельствуют о том, что расстройства пищевого поведения и ограниченный рацион питания, характерные для детей с РАС, могут стать причиной появления осложнений в долгосрочной перспективе,

включая слабый рост костей, ожирение и другие, связанные с питанием заболевания (например, сердечно-сосудистые) в подростковом или взрослом возрасте.

Чрезмерная избирательность и отказ от еды у детей с РАС является комплексной проблемой. Исследование детей в возрасте от 3 до 10 лет показали, что 59% из них ели менее 20 продуктов. В другом опросе, обнаружено, что 53% детей с РАС не пробуют новых продуктов. 67% родителей сообщили, что их дети имеют избирательные пищевые предпочтения (пищевые «причуды») несмотря на то, что имели хороший аппетит. Сообщается о наиболее значимых влияющих на пищевую избирательность факторах: текстура пищи (69%), внешний вид (58%), вкус (45%), запах (36%), температура (22%). Однако имеется мало исследований, сравнивающих эти пищевые особенности со здоровыми детьми, что затрудняет окончательные выводы.

Описан типичный хабитус ребенка с детским аутизмом, который косвенно свидетельствует о вовлеченности ЖКТ в патологический процесс. Ряд симптомов, связанных с ЖКТ, такие как «внезапная раздражительность», «агрессивность» обычно расцениваются не как гастроинтестинальные, а как поведенческие, что связано с объективными трудностями понимания состояния таких детей, дифференциации их жалоб.

Несомненно, практический опыт работы с пациентами, страдающими аутистическими расстройствами, свидетельствует, что как минимум у 1/3 детей с указанной патологией безглютеновая и/или безказеиновая диета, назначенная врачами-диетологами *ex juvantibus*, приводит к заметным временным и отдаленным положительным изменениям в их психическом состоянии. Так, по данным самоотчетов родителей у детей купируются боли в животе, метеоризм, нормализуется стул и биохимические функции печени, пациенты становятся более сосредоточенными, постепенно купируется беспричинное беспокойство и двигательное возбуждение. Нарушение диеты приводят к «бесконтрольному состоянию», безудержному веселью, дети становятся «как пьяные.., похожие на наркоманов», нарушается координация движений, «заваливаются на пол...». Несмотря на очевидную актуальность данной темы в отечественной литературе она затронута лишь в единичных публикациях.

По данным родительских опросов, у детей с аутизмом чаще всего выявляются такие гастроинтестинальные симптомы, как хроническая

диарея (19%), запор (21%), изменение консистенции стула (7%). По данным другого опроса, из 500 детей, страдающих аутизмом, у 20% частота стула была 3 и более раз в день, у половины отмечался частый метеоризм и вздутие живота, а у 1/3 боли в животе. Гастроинтестинальные симптомы влияют на общее психическое состояние пациентов. Отмечена более высокая распространенность нарушений сна у таких детей (в более половине случаев), тогда как у здоровых sibсов это выявлялось лишь у 6,8%.

Суммируя данные различных исследований можно говорить о следующей патологии желудочно-кишечного тракта при аутизме. Эндоскопические, гистологические и иммуногистохимические исследования выявили наличие хронического воспаления в ЖКТ — неспецифический мультиорганный воспалительный процесс (эзофагит, гастродуоденит, илеит, колит). В 43% у пациентов с аутистическим синдромом отмечается повышенная проницаемость кишечника.

Использование диетотерапии при аутизме основывается на теории избытка кишечных опиоидов (экзорфинов). Согласно ей, экзорфины, т. е. экзогенные опиоиды, такие как бета-казоморфины (источник — казеин) и глиадорфины (источник — глютен), попадая в мозг, вызывают дисфункцию, которая приводит к аутистическим и поведенческим симптомам. Теория основывается на эмпирических фактах, на том, что у детей с аутизмом чаще, чем в популяции встречаются гастроинтестинальные симптомы (боль в животе, диарея, желудочно-кишечный рефлекс). С влиянием экзогенных опиоидов гипотетически связаны такие поведенческие и коммуникативные, как стереотипии и ритуалы, ступор, чрезмерная двигательная активность, речевые нарушения.

Безглютеновая и безказеиновая (Gluten-Free Casein-Free Diet, GFCD) требует полного исключения из рациона глютена (пшеница, рожь, ячмень, овес) и казеина (молоко и все молочные продукты). Предъявляются требования к длительности соблюдения диеты — не менее 3–6 мес. Однако, систематический обзор работ с 1970 г. свидетельствует, что пока имеется мало доказательных исследований по этой теме (слепых, рандомизированных, контролируемых) и они, как правило, основаны на небольших выборках.

Заключение. Таким образом, нарушения в работе желудочно-кишечного тракта несомненно могут влиять на пищевое поведение детей при РАС. Хронические проблемы кормления у ребенка увеличивают риск возникновения нежелательных последствий для процесса его

развития и общего состояния здоровья, в том числе недоедания, задержки роста, дефицита социальных навыков. Полученные данные бесспорно подтверждают значимость дальнейшего изучения расстройств пищевого поведения в структуре детского аутизма.

Литература:

1. Ferguson B. J., Marler S., Altstein L. L., Lee E. B., Mazurek M. O., McLaughlin A. et al. Associations between cytokines, endocrine stress response, and gastrointestinal symptoms in autism spectrum disorder. *Brain Behav. Immun.* 2016; 58: 57–62.
2. Башина В. М., Симашкова Н. В. Аутизм в детстве // В. М. Башина. Лечение и реабилитация. М.: Медицина, 1999. С 171–206
3. Fulceri F., Morelli M., Santocchi E., Cena H., Del Bianco T., Narzisi A. et al. Gastrointestinal symptoms and behavioral problems in preschoolers with Autism Spectrum Disorder. *Dig. Liver Dis.* 2016; 48: 248–254.
4. Marler S., Ferguson B. J., Lee E. B., Peters B., Williams K. C., McDonnell, E. et al. Brief report: whole blood serotonin levels and gastrointestinal symptoms in autism spectrum disorder. *J. Autism Dev. Disord.* 2016; 46: 1124–1130.
5. Santocchi E., Guiducci L., Fulceri F., Billeci L., Buzzigoli E., Apicella F. et al. Gut to brain interaction in Autism Spectrum Disorders: a randomized controlled trial on the role of probiotics on clinical, biochemical and neurophysiological parameters. *BMC Psychiatry.* 2016; 16: 183.
6. Детский аутизм: хрестоматия / сост. Л. М. Шипицына. СПб.: Дидактика Плюс, 2001. С. 336–353.
7. Grecucci A, Rubicondo D, Siugzdaite R et al. (2016) Uncovering the social deficits in the autistic brain. A source-based morphometric study. *Front Neurosci* 10, 388.

ВОЗМОЖНОСТИ ОКАЗАНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

*Салова М. Н., Абрамова Т. Ф., Галкина Е. Л., Емельянова Т. В., Салов А. В.
МБДОУ «Детский сад компенсирующего вида №182», г. Иваново*

Актуальность: сегодня одной из острых проблем профилактической педиатрии является недостаточное оказание комплексной реабилитационной помощи, что особенно касается детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ).

Цель: обосновать программы медико-социального сопровождения детей с ОВЗ. Материалы и методы: проведено комплексное клинко-инструментальное обследование 572 детей с ОВЗ, группу сравнения составили 752 здоровых ребенка.

Результаты: две трети детей с ОВЗ имеют отклонения физического развития чаще за счет дефицита и избытка массы тела. Показатели их моторного развития в несколько раз хуже, чем у здоровых детей. Половина детей с ОВЗ имеет повышенный уровень тревожности, низкую самооценку. Низкие показатели памяти, внимания, мышления выявлены у двух третей этих детей. Половина детей с ОВЗ имеют нарушения зрения, 80% — патологию со стороны опорно-двигательного аппарата, причем в 3 раза чаще, чем у учеников обычных школ, у них отмечается сколиоз. Дети с ОВЗ, по сравнению с контрольной группой, в несколько раз чаще имеют острую и хроническую соматическую заболеваемость. У них в 3,5–5 раз чаще регистрировалась патология ЛОР-органов, в 4 раза чаще — заболевания пищеварительной системы, в 2–3 раза чаще — нарушения со стороны эндокринной системы и мочевыделительной системы. У них значительно чаще выявлялись аномалии развития органов и систем: деформации костной системы и грыжи встречались в 10 раз чаще, малые аномалии развития сердца и почек — в 3–5 раз чаще, желчного пузыря — в 8 раз чаще. Каждый ребенок с ОВЗ имеет и патологию со стороны нервной системы. Комплекс патологических состояний, выявленных у детей с ОВЗ, определил необходимость моделирования индивидуальных программ их медико-социального сопровождения, для чего были систематизированы 20 модулей

рекомендаций, позволяющих составлять программу реабилитации для каждого ребенка с учетом не только его диагноза, но и особенностей развития. Также была предложена концепция Центров здоровья, которые могут создаваться при специализированных образовательных учреждениях с использованием разработанных модульных программ медико-социального сопровождения. В г. Иваново в течение 7 лет на базе детского сада компенсирующего вида для детей с нарушением зрения работает Центр медико-социальной адаптации, в котором была успешно внедрена комплексная программа. Выводы: обоснована необходимость создания консультативно-методических центров здоровья на базе коррекционных образовательных учреждений для детей с ОВЗ по каждому виду патологии, что позволит получить лучший эффект не только в плане социализации ребенка с ОВЗ, но и будет способствовать укреплению его здоровья в целом.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОКАЗАНИЮ КОМПЛЕКСНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Салова М. Н., Князева И. В., Кочетова А. В., Лайкова Т. Л., Сеницына М. В. ОБУЗ ГKB №4, Детский городской консультативно-диагностический центр, г. Иваново

Актуальность: сегодня оказание ранней помощи детям с нарушениями развития является одной из важнейших задач современной педиатрии.

Цель: обосновать комплексную программу медико-социальной помощи детям раннего возраста с отклонениями в развитии.

Материалы и методы: проведено комплексное клинико-инструментальное обследование 172 детей 3–17 лет с последствиями перинатальных поражений центральной нервной системы (ПП ЦНС) и 63 детей без этого диагноза.

Результаты: Дети с неврологической патологией отличались и по частоте соматических заболеваний, которые у них выявлялись в 2–3 раза чаще, чем в группе сравнения. У 54% детей выявлена патология лор-органов, у 35% — патология почек, atopический дерматит,

малые аномалии развития сердца, у 26% — заболевания пищеварительного тракта. Треть детей с последствиями ПП ЦНС относились к группе часто болеющих. Отличительной особенностью детей с неврологическими проблемами были частые проявления вегетативной дисрегуляции в виде метеозависимости, избыточного потоотделения, нарушений сна, аппетита, ритма мочеиспускания, тошноты и вестибулопатий. Нарушения развития эмоциональной сферы выявлено у большинства детей с последствиями ПП ЦНС: повышенная тревожность — у 62%, эмоционально-поведенческие нарушения — у 45%, страхи — у 32%, нарушения коммуникативных навыков — у 28%. Нарушения семейного воспитания выявлено в 75% семей детей с последствиями ПП ЦНС: доминирующая гиперпротекция — 39%, гипопротекция — 27%, потворствующая гиперпротекция — 21%, эмоциональное отвержение — 8%. Выявленные факты определили необходимость оказания помощи таким пациентам при участии педиатра, детского невролога, врачей узких специальностей и психолога. Для усовершенствования персонализации программ помощи мы предлагаем модульный подход, позволяющий составлять рекомендации для ребенка с учетом всех имеющихся у него нарушений здоровья и отклонений психоэмоциональной сферы. Созданы электронные памятки, которые медицинская сестра-координатор отправляет родителям ребенка для повышения их медицинской грамотности.

Выводы: Разработанный и внедренный в медицинскую практику комплексный подход оказания помощи детям с последствиями ПП ЦНС является современной эффективной технологией лечебного процесса в ходе реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения, позволяющей индивидуализировано подходить к оздоровлению каждого ребенка, и максимально приближать медицинскую помощь к детскому населению.

РЕЗУЛЬТАТЫ УГЛУБЛЕННОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Салова М. Н., Князева И. В., Курылева Н. В., Балашова Л. В.
ОБУЗ ГКБ №4, Детский городской консультативно-диагностический
центр, г. Иваново

Актуальность: последствия перинатальных поражений нервной системы (ПП ЦНС) оказывают серьезное влияние на развитие ребенка не только в раннем возрасте, но и часто приводят к проблемам школьной дезадаптации.

Цель: дать комплексную характеристику неврологического статуса детей 6–7 лет с последствиями ПП ЦНС.

Материалы и методы: проведено углубленное неврологическое обследование 100 детей, перенесших ПП ЦНС.

Результаты: 24% детей предъявляли жалобы на головные боли, у половины из них выявлены признаки доброкачественной внутричерепной гипертензии, у остальных — вегетативной дисфункции. Объективные данные за синдром дефицита внимания и гиперактивности отмечены у 23 детей, причем у 15 из них с преобладанием дефицита внимания, а у 8 — гиперактивности. Навязчивые движения (моргания, подергивания век) установлены у 15% дошкольников. Синдром вегетативной дисфункции диагностирован у 32 детей, преимущественно в виде метеочувствительности, гипергидроза, вестибулопатий и абдоминальных болей. Эмоционально-поведенческие нарушения выявлены у 12% обследованных дошкольников, задержка развития коммуникативных навыков — у 10%. Нарушения общей моторики (приседания, прыжки на одной и двух ногах) установлены у каждого пятого ребенка, мелкой моторики (замедленность, моторная напряженность, скованность) — у 48% детей. Отклонения со стороны артикуляционного аппарата выявлены у 25% дошкольников, что у 60% из них сочеталось с дислалией. Нарушения функционирования черепных нервов в виде асимметрии глазных щелей, ослабления конвергенции, асимметрии фотореакций, нистагма, нарушения глотания, девиации языка отмечены у единичных дошкольников. Нарушения со стороны мимической мускулатуры отмечены у 15% детей, слуховой функции — у 12%, зрительной — у 8%.

Стереогноз был нарушен у 7 детей. Отклонения речевой функции диагностированы у 30% дошкольников: понимаемой речи — у 5%, словарного запаса — у 15%, грамматического строя речи — у 24%. Напряжение, болезненность при пальпации трапециевидных мышц установлены у 23% дошкольников. Нарушения со стороны рефлекторной сферы отмечены у 8% детей, координаторной — у 15%.

Выводы: у детей с последствиями ПП ЦНС в старшем дошкольном возрасте выявлен комплекс нарушений со стороны моторной, координаторной и речевой сфер, а также рассеянная неврологическая симптоматика. Учитывая эти факты, в сопровождении детей с последствиями ПП ЦНС необходима не только нейрометаболическая коррекция, но и комплексные программы, направленные на развитие и коррекцию общей и мелкой моторики, координации движений, слуховой и зрительной функции, артикуляционного аппарата и речи.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КОСТНОЙ ПРОЧНОСТИ У МОСКОВСКИХ ДЕТЕЙ, НЕ ЗАНИМАЮЩИХСЯ СПОРТОМ И У ДЕТЕЙ, АКТИВНО ЗАНИМАЮЩИХСЯ СПОРТОМ

Сергеева С. Н., Алешина И. В., Тоболева М. А.
ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии», Москва

По данным экспертов ВОЗ остеопороз по частоте встречаемости занимает четвертое место среди неинфекционной патологии, уступая только сердечно-сосудистым, онкологическим заболеваниям и сахарному диабету. Данное исследование является особенно важным применительно к детской популяции и, особенно к детям, активно занимающимся спортом, с учетом того, что формирование костной ткани происходит именно в детском возрасте. В связи с этим целесообразно провести изучение и сравнение костной прочности и состава тела у детей, обучающихся в средних общеобразовательных московских школах и у детей, активно занимающихся спортом.

Цель исследования: Изучение и сравнение костной прочности у детей, обучающихся в средних общеобразовательных московских школах и у детей, активно занимающихся спортом.

Материалы и методы: Было обследовано 72 ребенка, обучающихся в средних общеобразовательных московских школах, не занимающихся спортом, в возрасте 9–12 лет и 58 детей, активно занимающихся спортом в возрасте 10–13 лет. Была проведена оценка физического развития детей с помощью антропометрических методов исследования, изучение плотности костной ткани детей с использованием ультразвукового денситометра Sunlight Omnisense 7000 (BeamMed-Израиль).

Результаты: Оценка костной прочности показала, что у детей, активно занимающихся спортом она достоверно выше, чем у детей, обучающихся в средних общеобразовательных московских школах ($p \leq 0,05$). Среди обследованных детей, активно занимающихся спортом нормальная плотность костной ткани (НПКТ) определена у 72,4% (42 человека), из них 54,8% (23 мальчика) и 45,2% (19 девочек) соответственно. Детей со сниженной плотностью костной ткани (СПКТ) — 10,3% (6), из них 66,7% (4) мальчика и 33,3% (2) девочки. Детей со значительно сниженной плотностью костной ткани (ЗСПКТ) — 17,2% (10 детей). Из них 60% (6 мальчиков) и 40% (4 девочки). Нормальная костная прочность была выявлена у 29 детей, обучающихся в средних общеобразовательных московских школах, что составило 40,3% от общего количества обследованных, из них 55,2% (16 мальчиков) и 44,8% (13 девочек) соответственно. СПКТ выявлено у 37,5% (27) школьников, из них 55,5% (15 мальчиков) и 44,4% (12 девочек). ЗСПКТ выявлено у 22,2% (16) детей школьного возраста, из них 56,2% (9 мальчиков) и 43,7% (7 девочек).

Заключение: Полученные данные свидетельствуют о том, что физическая нагрузка является одним из ключевых факторов формирования костной прочности. Однако, среди причин развития нарушений метаболизма костной ткани существенную роль играет алиментарный фактор, поэтому целесообразно изучение фактического питания детей, включающий сведения о питании детей, как в условиях школы, так и в домашних условиях.

ИНДЕКСЫ ЭРИТРОЦИТОВ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ АНЕМИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

*Степанова Т. В., Саргина Е. В., Ельчанинова О. Е.
ФГБУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет
им. Н. Н. Бурденко», кафедра педиатрии ИДПО БУЗ ОДКБ №1 г. Воронеж*

Целью работы явилось выявление оптимальных параметров клинического анализа крови, индексов эритроцитов для дифференциальной диагностики анемий у новорожденных детей.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 190 доношенных новорожденных детей в возрасте от 6 дней до 2 месяцев, наблюдавшихся в отделение патологии новорожденных за период с сентября 2000 по декабрь 2016 года. Первую группу составили 45 здоровых детей. Остальные пациенты по данным анкетирования были распределены на три группы: во 2 группу были включены 48 детей, имевших факторы риска перинатальной постгеморрагической анемии; третью группу составили 48 пациентов с гемолитическими анемиями, и 4 группа состояла из 49 детей, имевших анемию с манифестацией после месячного возраста. При обследовании определяли количество эритроцитов, ретикулоцитов, уровень гематокрита, индексы эритроцитов MCV, MCH, MCHC.

Результаты. У детей первой группы показатели красной крови, не отличались от нормальных цифр. Во второй группе наиболее часто выявлялись факторы риска перинатальной кровопотери. Как правило, это были дети от матерей старше 30 лет, имевших генитальную патологию в 100% случаев, геморрагический синдром в анамнезе (30%); от 3–5 беременности, протекавшей с угрозой прерывания, родов путем кесарева сечения (60%), в двух случаях от многоплодной беременности. Анемия у детей этой группы регистрировалась на первой неделе жизни, показателями гемоглобина 100–98 г/л, регенераторного характера, нормоцитарная, с гипохромией по MCH, показатели гематокрита были сниженными. У пациентов 3 группы в 43 случаях была диагностирована гемолитическая болезнь новорожденных, у 2 детей имела место врожденная гемолитическая анемия Минковского-Шоффара, у одного — приобретенная иммунная гемолитическая анемия на фоне ВУИ. У двух пациентов была диагностирована талассемия. Все дети родились от молодых здоровых родителей, в 23% случаев рожденные путем

кесарева сечения. Анемии развивались на первой неделе жизни при цифрах гемоглобина 115 г/л., были гиперрегенераторными. У сорока из них по MCV определялись макроциты с нормальным MCH, гематокрит был в пределах 39,6%. У трех — нормоциты у двух — микроцитоз с повышенными индексами MCH и MCHC и высоким ферритином. Четвертую группу составили 45 пациентов, от молодых родителей. У 100% матерей имела место генитальная патология в виде инфекционно-воспалительных заболеваний. Анемия была нетяжелой, но проявлялась в более поздние сроки (3 недели–1месяц), 20% детей имели внутриутробную инфекцию, сепсис. Данные эритроцитометрии свидетельствовали о нормоцитозе со склонностью к микроцитозу, гипохромии. Умеренный ретикулоцитоз свидетельствовал о регенераторном характере анемии. Показатели сывороточного железа имели тенденцию к снижению только в возрасте 2 месяцев. Пациенты этой группы имели анемию смешанного генеза.

Заключение. В исследовании показано, что наряду со степенью снижения гемоглобина и его динамикой, скрининговым тестом для диагностики анемии может быть анализ крови с определением индексов эритроцитов.

КОММУНИКАТИВНЫЕ НАВЫКИ ДЕТЕЙ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ, ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В ДЕТСКОМ ДОМЕ

*Фролова О. В., Ляксо Е. Е.
ФГБОУ ВПО СПбГУ, группа по изучению детской речи, кафедра Высшей нервной деятельности и психофизиологии, биологический факультет,
Санкт-Петербург, Россия*

Цель исследования — определение специфики коммуникативного поведения детей с умственной отсталостью, растущих в детском доме, при взаимодействии с взрослым и сверстниками.

В исследовании приняли участие дети из детского дома 5–7 лет: с диагнозом умственная отсталость лёгкой степени (F 83 по МКБ-10, группа УО, n = 10), смешанные специфические расстройства психологического развития (F 70, группа СР, n = 20), здоровые по заключению психиатра (n = 9 — группа ТР) и 50 ТР детей, воспитывающихся в условиях семьи. Запись речи и поведения детей на аудиомонофон

и видеокамеру осуществлялась в модельных ситуациях взаимодействия ребенка и взрослого (Ляксо и др., 2012, Lyakso, Frolova, Grigorev, 2017) и модельных ситуациях, позволяющих проанализировать реализацию навыков вербальной и невербальной коммуникации при взаимодействии детей между собой: 1. игра, 2. диалог, 3. беседа по картинке, 4. совместный просмотр и пересказ мультфильма. Определяли частоту сердечных сокращений ребенка (для учёта эмоционального состояния), осуществляли дихотическое тестирование, проверку фонематического слуха детей.

Проведен анализ текстов диалогов взрослый-ребенок и взрослый-взрослый с целью определения сложности реплик ребенка, лексики, коммуникативного стиля ребенка; спектрографический анализ в программе «Cool Pro» — Syntr Software Corporation, USA для определения временных и спектральных характеристик речи детей; фонетический анализ в системе транскрибирования SAMPA для русского языка; перцептивный эксперимент, направленный на оценку возможности распознавания взрослыми носителями языка значений слов и высказываний детей, определения эмоционального состояния детей при прослушивании речевых сигналов. На основании анализа видеозаписей группами экспертов описаны используемые детьми элементы невербальной коммуникации: жесты, мимика.

Выявлены наиболее частотные слова в лексиконе детей каждой группы. Связь между сложностью реплик и коммуникативным стилем ребенка показана только для ТР детей. Установлено, что носители языка с минимальной вероятностью распознают значение слов и фраз детей с УО по сравнению с детьми других групп. Для детей с УО характерны пропуски и нетипичные для ТР и СР детей замены согласных в словах, специфические акустические характеристики гласных — высокие значения частоты основного тона и формант, что затрудняет распознавание их слов. Высказывания детей с УО описаны носителями языка как более эмоциональные, чем высказывания детей других групп. На основании экспертного анализа видеозаписей установлено, что дети с УО в большей степени, чем дети с СР используют в процессе взаимодействия с взрослым элементы невербальной коммуникации. Выявлены особенности взаимодействия детей со сверстниками: ТР дети при общении между собой использовали более простые реплики, больше междометий, речь детей была более эмоциональна, чем при общении с взрослыми; дети с УО и СР чаще обращались к взрослому (педагогу, экспериментатору) и в меньшей степени, чем ТР дети адресовали друг

другу речевые реплики. Результаты исследования в дальнейшем могут иметь актуальное значение для разработки программ по созданию специальной социальной среды для детей с умственной отсталостью и взрослых с особенностями интеллектуального развития.

Работа выполнена при поддержке РФФИ (№16-06-00024а, 18-013-01133а, 17-06-00503-ОГН).

РЕТРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

*Черезова С. А., Бочарова Т. И., Гмошинская М. В.
ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии», г. Москва*

С целью изучения и оценки фактического питания матерей, а также детей было проведено ретроспективное исследование (в период 2015–2016 гг.)

Материалы и методы. Для решения поставленной задачи разработана анкета на базе online survey tool, включающая данные о питании беременных и кормящих женщин, организации грудного вскармливания в родильном доме, продолжительности ГВ, а также сроков введения продуктов прикорма и пр. Анкета предназначена для матерей, имеющих детей от 1 до 3,5 лет. Критериями отбора служили: масса тела детей при рождении — не менее 2500 г., срок гестации — не менее 36 недель. Получены ответы на все поставленные вопросы анкеты от 244 матерей, родивших здоровых новорожденных детей. География исследования представлена данными из 8-ми федеральных округов РФ (приняло участие 42 субъекта РФ из 85).

Результаты. Получены данные: субъективно свое питание, как «здоровое» оценивают 39% беременных и 55% кормящих. Однако, при детальной оценке, здорового питания придерживаются не более 22% беременных и 23% кормящих матерей. В режиме питания беременных и кормящих установлены следующие нарушения: однообразный рацион, редкое потребление кисломолочных продуктов, рыбы, избыточное потребление колбасных изделий. В тоже время, специализированные витаминно-минеральные комплексы на протяжении беременности использовали регулярно 55,7% беременных женщин и 22% кормящих

матерей; специализированные продукты используют лишь 16,5% беременных женщин и 21,2% кормящих матерей. Несмотря на то, что современные перинатальные технологии (раннее прикладывание, совместное пребывание, свободный режим вскармливания, ночные прикладывания к груди) имели место у 80% респондентов, 50% здоровых новорожденных получали докорм смесью в родильном доме. На искусственном вскармливании с рождения находились 1,3% новорожденных. К 3 месяцам на искусственном и смешанном вскармливании находились 32% детей, а в 6 мес. — 50%, в 12 мес. получали искусственную смесь 68% детей. Очевидно, что «кризис» грудного вскармливания начинается к 3-м мес., а в 6 мес. наступает переломный момент во всей системе грудного вскармливания. По полученным нами данным, главной причиной этому явился недостаток молока у матери (39,7%). Второе, третье и четвертое место занимают заболевания матери (29,4%), отказ ребенка или нежелание матери продолжать вскармливание (20,2%) и выход матери на работу/учебу (12,5%). Другие причины: аллергия у ребенка (3,8%), заболевания ребенка (2,9%), беременность матери (2,9%). Своевременное и рациональное введение прикорма — еще один очень важный этап в формировании гармоничного развития ребенка. Установлено, что средний срок введения прикорма составляет $5,6 \pm 1,3$ мес., раннее введение прикорма (с 3 мес.) имело место у 5% детей, позднее введение прикорма (после 6 мес.) — у 15%. Средний срок введения соков в питание детей составляет $11,93 \pm 8,3$ мес. (до 4х мес. сок получают 9% детей), фруктового пюре — $6,82 \pm 2,5$ мес. (до 4-х мес. фруктовое пюре получают 7% детей), овощного пюре ($5,88 \pm 1,7$ мес.), каш — $6,82 \pm 2,2$ мес. (до 4х мес. каши получают 4% детей). В тоже время, инстантные каши не получают 22% детей. Средний срок введения мяса в питание детей составляет $8,30 \pm 2,0$ мес. (3% детей получает данный продукт до 6 мес., 34% — в возрасте 6-8 мес. и 43% в возрасте 8–10 мес.). Цельное молоко для приготовления каш до 4х мес. получает 3% детей. Средний срок введения молока, как самостоятельного продукта в питание детей составляет $15,94 \pm 7,6$ мес. (до 4х мес. данный продукт получает 1% детей); творога — $9,03 \pm 3,5$ мес. (6% детей получает его до 6 мес.); кисломолочных напитков — $10,40 \pm 4,6$ мес. (до 4х мес. кефир получает 3% детей), рыбы — $11,74 \pm 4,5$ месяцев. До 24 мес. не получают сок 20%; фруктовые пюре 4%; мясо 5%; творог 7%; кефир 17%; йогурт 24%; молоко для приготовления каш — 21%; молоко как напиток 49%; рыбу 5%; желток 9%, растительное масло 7%, сливочное масло 15% детей.

Анализ полученных данных показал, что 91% респондентов использовали рекомендуемые продукты детского питания; 9% — «не

детские» продукты и из них каждый 3-й ребенок давал реакцию на вводимый продукт. К продуктам нерационального прикорма можно отнести: мандарины (6 мес.), куриный бульон (5 мес.), свежая морковь (5 мес.), суп-лапша (4 мес.), айран (4 мес.), черешня, клубника (5 мес.), манная каша (3 мес.), чай с печеньем, «продукты с общего стола». Следует отметить, что сдобную выпечку до года получают 19,1%, сладости — 9,5%, соленья — 7,9%, шоколад — 2,5%, копченые продукты и fastfood — 1,7% и 0,8% детей. Информацию о питании в период беременности и лактации, а также вскармливании детей раннего возраста родители получают: от медработников — 28% , из интернета — 25%, от бабушек и подруг — 21% (12,2% и 8,8% соотв.), из популярных изданий по питанию и воспитанию детей — 17% респондентов, из журналов для родителей — 9%.

Выводы: в ходе проведения исследования выявлен ряд проблем по поддержке грудного вскармливания в учреждениях родовспоможения и детства: 20% здоровых новорожденных детей впервые прикладывается к груди только через несколько часов (или дней) после рождения; число здоровых детей получающих докорм в некоторых роддомах РФ составляет 50%; искусственные смеси назначают при подозрении на недостаток молока, не пытаясь оказать матери квалифицированную помощь по сохранению кормления грудью. Средний срок введения прикорма составляет $5,6 \pm 1,3$ месяцев, при этом раннее введение прикорма имеет место (с 3 мес.) — у 5% детей, в то время как позднее (после 6 мес.) — у 15% детей; 10% детей в качестве первого прикорма получают «не детские продукты». Родители практически одинаково доверяют различным источникам информации. Доступность смесей и агрессивная реклама способствует быстрому переводу детей на смешанное, а затем искусственное вскармливание.

Заключение: проведенное исследование выявило ряд недостатков в организации питания беременных, кормящих женщин и детей первого года жизни. Необходима коррекция работы на различных уровнях взаимодействия с мамой и ребенком, а также внедрение новых, современных методик (в том числе с использованием возможностей ИТ в сфере медицины), подходов к обучению, предоставление достоверной информации.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ БЕЗОПАСНОСТИ ЛЕТНЕГО ОТДЫХА ДЕТЕЙ

Чичерин Л. П.¹, Щепин В. О.¹, Никитин М. В.²

¹ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко», Москва

²ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии» Минздрава России, Москва

Данное специальное комплексное исследование с учётом угроз здоровью и жизни детей осуществлено в связи с серьезными, получившими широкий общественный резонанс трагическими событиями, имеющими место в последнее время в стране в межведомственном обеспечении, в том числе медико-социальном сопровождении, оздоровления и отдыха детско-подросткового контингента 7–14 лет в летний период в соответствующих организациях различного подчинения.

Актуальность публикации определяется и начавшейся в стране очередной детской летней оздоровительной компании.

Цель научного поиска: проанализировать современное правовое обеспечение охраны здоровья, безопасности детей в Российской Федерации в период их оздоровления и отдыха.

Впервые в полном объеме изучены и систематизированы для освоения заинтересованными специалистами различных ведомств, применения на практике изданные в последние 2 года официальные документы федерального уровня по разделу оздоровления и отдыха детей с акцентом на обеспечение их безопасности — законодательство, Указы Президента России, постановления Правительства Российской Федерации, являющиеся основой для последующего формирования соответствующих ведомственных подзаконных актов.

Материал и методы. Использован современный комплекс методов и методических приемов социально-гигиенического и медико-организационного исследования: статистический, аналитический, экспертный и другие. Материалом для изучения явилась федеральная правовая база обеспечения, прежде всего, в летний период, оздоровления и отдыха детей с акцентом на нивелирование угроз их здоровью и жизни.

Результаты. Летний отдых и оздоровление миллионов детей, обеспечение их безопасности — особая, межведомственно решаемая государственная проблема, значимость которой в деле охраны здоровья подрастающего поколения существенно возросла в последние годы, а недостатки и резервы манифестируются в виде известных трагических событий, наносящих вред здоровью и даже уносящих жизни детей. Это предъявляет повышенные требования как в целом к государству, так и к его институтам, включая органы здравоохранения и медицинские организации.

Сегодня, как показало исследование, в повседневной практике очевидны своеобразные «ножницы» между, с одной стороны, серьезностью проблемы безопасности детей, персонала организаций оздоровления и отдыха, а с другой — степенью готовности заинтересованных ведомств и организаций в обеспечении безопасности, реализации комплексных мер профилактики указанных ситуаций и оптимальных форм вывода из них. Особенно по отношению к контингентам, находящимся на летнем (или круглогодичном) отдыхе.

Ниже подробно рассматривается законодательная база решения проблемы.

Организация отдыха и оздоровления детей — особый раздел, неотъемлемая часть социальной политики России. «Каждый имеет право на отдых» — гласит статья 37 Конституции Российской Федерации. Важную роль в жизнедеятельности детей играет летний, предпочтительно организованный и активный отдых, длящийся 2–3 месяца и преследующий цель предоставить возможность, прежде всего, для восполнения сил, затраченных в течение девятимесячной учебы. Не говоря о существенном подспорье для работающих родителей, уверенных, что ребенок находится под присмотром, с непременным постоянным медицинским сопровождением.

Как известно, в стране десятилетиями, особенно в период СССР, функционировали организации отдыха и оздоровления детей различного типа на федеральном, региональном и муниципальном уровнях, накопившие громадный опыт реализации преимущественно в летний сезон программ проведения смен в детских лагерях с учетом интересов и потребности детей в интеллектуальном, нравственном и физическом совершенствовании, включая комплекс образовательных, оздоровительных, культурно-массовых, туристических, спортивных и многих иных мероприятий. Тогда же при их реализации учитывалось

и естественное возрастание физических и эмоциональных нагрузок на растущий организм ребенка и подростка, усложняющих работу не только по укреплению, но и сохранению их здоровья.

Сейчас же стало очевидным негативное влияние целого ряда внутренних и внешних факторов, повышающих риски организации отдыха и оздоровления детей и вызывающих необходимость, прежде всего, совершенствования законодательной и иной нормативно-правовой базы восстановления и развития ослабшей инфраструктуры организаций отдыха детей и их оздоровления. И это — при возросших требованиях, в том числе и со стороны родителей (законных представителей) детей, к медицинскому и образовательному компоненту сферы отдыха и оздоровления детей. Сама деятельность организаций подобного типа носит «сезонный характер»: она становится предметом пристального внимания причастных ведомств и должностных лиц не заблаговременно, а, к сожалению, как правило, перед самыми летними каникулами.

И к тому же в большей степени — с точки зрения выполнения привычных разделов деятельности персонала: медицинское наблюдение, санитарно-противоэпидемические мероприятия, организация режима, дня, питания, досуга и других, но зачастую — при минимальных мерах охраны жизни, обеспечения безопасности пребывания детей в организациях отдыха и оздоровления.

Согласно Федеральному закону РФ от 24.07.1998 №124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» (последняя редакция), отдых детей и их оздоровление — есть совокупность мероприятий, направленных на развитие творческого потенциала детей, охрану и укрепление их здоровья, профилактику заболеваний, занятие физической культурой, спортом и туризмом, формирование у детей навыков здорового образа жизни, соблюдение ими режима питания и жизнедеятельности в благоприятной окружающей среде при выполнении санитарно-гигиенических и санитарно-эпидемиологических норм, требований обеспечения безопасности жизни и здоровья детей. А сами организации отдыха детей и их оздоровления есть учреждения сезонного или круглогодичного действия независимо от организационно-правовых форм и форм собственности.

Данному разделу охраны здоровья детей уделено должное внимание в утвержденной майским (2012 г.) Указом Президента страны Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012–2017 гг., в качестве одной из задач которой было определено формирование

современной модели организации отдыха и оздоровления детей на принципах государственно-частного партнерства. Одними же из ожидаемых результатов выполнения этой задачи для всех категорий детей планировалась доступность отдыха и оздоровления. Однако реализация этих задач на практике, как оказалось, пока вызывает ощутимые трудности.

Нормативно-правовая база организации летнего детского отдыха и оздоровления обязывает соответствующие ведомства, конкретные оздоровительные организации соблюдать требования действующего законодательства и, прежде всего, таких актов, как Гражданский Кодекс РФ; Законы РФ от 07.02.1992 г. №2300-1 «О защите прав потребителей», от 24.11.1996 г. №132-ФЗ «Об основах туристской деятельности в Российской Федерации», от 24.07.1998 г. №124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации», от 28.12.2016 г. №465-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в части совершенствования государственного регулирования организации отдыха и оздоровления детей» и другие. Распоряжением Правительства России от 22.05.2017 г. №978-р утверждены Основы государственного регулирования и государственного контроля организации отдыха и оздоровления детей. Документом в число ведущих принципов в данной сфере впервые включен приоритет безопасности ребенка при нахождении его в организациях отдыха и оздоровления.

Непосредственная же деятельность детских лагерей должна осуществляться в соответствии с требованиями, изложенными в ФЗ от 30.03.1999 г. №52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»; в Постановлении Главного государственного санитарного врача РФ от 27.12.2013 г. №73 «Об утверждении СанПиН 2.4.4.3155-13 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации работы стационарных организаций отдыха и оздоровления детей» и пр.

Национальным стандартом об услугах детям в таких учреждениях установлен набор услуг по созданию благоприятных и безопасных условий жизнедеятельности детей, включая размещение учреждения; его укомплектованность необходимыми специалистами и уровень их квалификации; техническое оснащение учреждения и т.д. В число обязательных документов входят заключение о соблюдении требований пожарной безопасности; заключение органов УВД о наличии у персонала

справок об отсутствии судимости, оценке охраны лагеря, организации безопасности отдыха детей и др.

В отношении нередко ассоциируемого с оздоровлением населения санаторно-курортного дела имеется, хотя и противоречивая, но освещаемая в динамике официальная статистика данного вида помощи, организационные принципы её функционирования. Иное же положение вещей складывается при изучении организации детского оздоровления и отдыха. Прежде всего, в статистических отчетах и сборниках различных официальных органов и ведомств страны (Росстат, федеральные Минздрав, Минтруда, Минобрнауки, Роспотребнадзор и другие) наблюдаются расхождения, как в реальном количестве таких учреждений и численности вовлеченных в их деятельность детей, так и в наименовании организаций, называемых оздоровительными учреждениями/лагерями, санаторно-курортными оздоровительными учреждениями и т.п.

Хотя статьей 1 упомянутого действующего федерального закона 124-ФЗ от 24.07.1998 г. четко обозначены организации отдыха детей и их оздоровления: загородные лагеря, детские оздоровительные центры, базы и комплексы, детские оздоровительно-образовательные центры, специализированные (профильные) лагеря (спортивно-оздоровительные и другие), санаторно-оздоровительные лагеря, лагеря, организованные образовательными организациями, осуществляющими организацию отдыха и оздоровления, обучающихся в каникулярное время (с круглосуточным или дневным пребыванием). В этом списке также детские лагеря труда и отдыха, лагеря палаточного типа, лагеря различной тематической направленности (оборонно-спортивные, туристические, историко-патриотические, технические, краеведческие и пр. Полагаем, что выделение рассматриваемого аспекта в государственной статистической отчетности в раздел «Культура, отдых, туризм» позволит упорядочить статистику соответствующих организаций, обеспечить возможность сравнительного анализа в динамике.

Одновременно подчеркнем, что следует дифференцировать понятия организованного и неорганизованного отдыха. Под термином «неорганизованный» отдых детей в литературе чаще всего имеется в виду таковой вместе с их родителями или нахождение во время каникул без должного присмотра взрослых. Вопросы состояния обеспечения безопасности детского оздоровления и отдыха остро встали лишь в последние годы, когда выявляемые и ранее дефекты в его организации стали достоянием гласности. В аппарате вице-преьера РФ О. Голодец

в 2016 году обнародовали такую статистику: только за три летних месяца в 2015 году в России во время неорганизованного отдыха погибло 1674 ребенка, включая погибших в ДТП, утонувших, отравившихся, упавших с высоты и т.п. [1,2].

Отсюда альтернатива неорганизованному отдыху таковой организованной — государственная летняя оздоровительная кампания с обеспечением мер безопасности. По данным официальной статистики, в 2016 году в 44,5 тыс. детских оздоровительных лагерях страны отдохнули за лето 4,8 млн. детей, без субъектов малого предпринимательства (в 1990 г — 46,1 тыс. и 7,2 млн., соответственно). Как гласит официальный сайт Роспотребнадзора, в 2017 году в течение трех оздоровительных смен работало 40,5 тыс. учреждений детского отдыха и оздоровления, в которых отдохнуло более 4,4 млн. детей. Несколько иные цифры привела на совещании в ноябре того же года в Минобрнауки России по итогам летней оздоровительной кампании вице-премьер Ольга Голодец: всего за время каникул в стране отдохнули в детских летних лагерях свыше 5 млн. детей в возрасте от 7 до 14 лет, а это практически каждый второй школьник страны. Субъекты на эти цели из своих консолидированных бюджетов потратили порядка 47 млрд. руб.

Серьезным стимулом, своего рода «толчком» для более глубокого рассмотрения состояния всего дела оздоровления и отдыха детей России, функционирования детских организаций с позиции обеспечения безопасности контингента явилась «цепочка» известных, в том числе получивших широкий общественный резонанс трагических событий. Прежде всего, имевших место в июне 2016 года, унесших жизни 14 воспитанников детского лагеря «Парк-отель «Сямозеро» в Карелии, и последующих. Не случайно именно безопасность детского отдыха в Докладе Общественной палаты РФ о состоянии гражданского общества страны за 2016 год была особо выделена в комплексе социальных задач обеспечения безопасности и защиты прав граждан. Наряду с такими аспектами, как насилие в семье; безопасность дорожного движения; неформальные антисоциальные сообщества молодежи, связанные с систематическим нарушением законодательства («зацеперы»), группы суицида в социальных сетях, фанатские группировки, вандалы и т.п.).

Вопросы организации оздоровления и отдыха подрастающего поколения в дальнейшем стали предметом специального обсуждения на самом высоком уровне — на Президиуме Госсовета под председательством Президента России в. Путина, в Следственном комитете России, МЧС, Минздраве РФ, Минобрнауки, Роспотребнадзоре и пр. После

массовой гибели детей в карельском летнем лагере субъектам РФ было предписано проверить организации подобного типа. Упор был сделан на частные лагеря, коммерческие организации, лагеря палаточного типа и лагеря, которые имеют программы с потенциальным риском для жизни и здоровья. Были проверены все 19953 оздоровительные организации, выявлено 7 нелегальных детских лагерей с нарушенной нормативной базой. Но, как свидетельствует анализ, далеко не всегда подобные случаи доводятся до сведения общественности, становятся предметом обсуждения СМИ, скрывая, по сути дела, своеобразную подводную часть айсберга. Уже 15 ноября 2016 г. на заседании Координационного совета при Президенте Российской Федерации по реализации Национальной стратегии действий в интересах детей в числе ключевых задач поставлено законодательное обеспечение безопасного, качественного отдыха и оздоровления подрастающего поколения как потенциала общественного здоровья.

Впервые в практике охраны здоровья детей России формированию современной системы безопасного летнего отдыха и оздоровления детей и подростков было посвящено специальное заседание Координационного совета при Президенте по реализации Национальной стратегии действий в интересах детей в мае 2017 г. [3]. В частности, подчеркивалась назревшая необходимость того, чтобы за безопасность детей на отдыхе отвечал специальный федеральный орган. В результате было подготовлено поручение Президента сформировать специальную нормативную базу, а полномочия по регулированию всех вопросов организации детского отдыха и координации работы других министерств и ведомств в этой сфере были переданы Министерству образования и науки России. Характерно, что включение функции обеспечения безопасности детей в упомянутый закон №465-ФЗ в виде специальной статьи позволило юристам называть данный документ Законом об обеспечении права детей на отдых и оздоровление, об охране их жизни и здоровья.

Обеспечение организованного отдыха и оздоровления детей стал одним из важнейших аспектом в решении комплекса задач в области жизнесохранения, связанный как в целом с делом охраны здоровья подрастающего поколения, так и с деятельностью здравоохранения. В этой отрасли, несомненно, следует вернуть на своё должное место вопросы организации оздоровления и отдыха детей в летний период. Необходимо и увеличение часов по данному аспекту в программах вузовской подготовки врачей-педиатров, их послевузовского и дополнительного

профессионального образования, аналогично - в отношении среднего медицинского персонала.

Да и сами непосредственные «участники процесса» — дети, подростки и их родители не всегда готовы к адекватному восприятию и поведению в условиях разноплановых стрессовых ситуаций, активному участию в реализации здоровье- и жизнесохранительных технологий. Отсюда и важно повысить их роль, как и волонтерских и иных молодежных организаций, движений и т.п. Тем более что формирование в детской и семейной среде системы мотивации к активному и здоровому образу жизни, а также развитие культуры безопасной жизнедеятельности предусмотрено и Стратегией развития воспитания в Российской Федерации до 2025 года (распоряжение Правительства РФ от 29 мая 2015 г. №996-р).

Очевидно также, что практика функционирования сезонных и круглогодичных детских оздоровительных, спортивных и иных лагерей, организаций отдыха требует в современных условиях психогенного стресса, угрозы здоровью и жизни детей дальнейшего углубленного научного изучения, обоснования и реализации учитывающих специфику конкретного региона мер, способствующих повышению безопасности жизнедеятельности контингента. Мер с повышенной ролью консолидации органов здравоохранения, ГО и ЧС, образования, УВД, молодежных и иных общественных организаций, СМИ и других, преимущественно в плане профилактики. Налицо необходимость и усиления роли органов здравоохранения, того же медработника как центральной фигуры в профилактике детского травматизма, ЧС, обеспечении мер безопасности жизнедеятельности детей.

Существенные надежды в этом плане ныне возлагаются в связи с Указом Президента Российской Федерации от 29.05.2017 г. №240 об объявлении в стране на период 2018–2027 гг. Десятилетия детства. В этот период предусмотрены, в числе прочих, мероприятия, направленные на развитие системы детского отдыха и детского туризма: совершенствование законодательных и иных нормативных правовых актов в сфере организации отдыха и оздоровления детей (включая федеральный закон и ведомственные акты — запланирована их подготовка к 1V кв. 2018 г.); развитие и приведение в соответствие с современными требованиями сети организаций детского отдыха; обеспечение организаций отдыха детей и их оздоровления профессиональными кадрами и иные.

Проблема рассмотрена и в рамках работы XI Международного конгресса лагерей (Сочи, 2017) с участием специалистов отрасли детского отдыха из 40 стран мира. В частности, в Резолюции форума по итогам профессионального обсуждения вопросов отдыха детей и их оздоровления были отмечены позитивные изменения в обеспечении безопасности и антитеррористической защищенности детских загородных оздоровительных лагерей. Мы разделяем предложение участников разработать Международную межведомственную программу «Развитие системы отдыха и оздоровления детей и молодежи», в которой был бы предусмотрен специальный раздел обеспечения системы безопасности.

Приближается очередной летний оздоровительный сезон. В этой связи следует напомнить, что упомянутый Федеральный закон от 28.12.2016 г. №465-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации...», направленный на совершенствование государственного регулирования организации отдыха и оздоровления детей, вступил в силу с 1 января 2017 года, но документом предусматривался переходный период — до 1 января 2018 года, в течение которого все организации должны были привести свою деятельность в соответствие с требованиями закона. А с началом летних каникул эти требования должны выполнять и организации, оказывающие услуги по отдыху, связанному с экстремальными видами спорта и приключенческому туризму, иной деятельностью, то есть услуги, представляющие опасность для жизни и здоровья детей.

В подготовительный период важно также учесть опыт подготовки и проведения на территориях в предыдущие годы аналогичных летних оздоровительных межведомственных кампаний, Как показало исследование, существенно повышает уровень безопасности летнего отдыха детей и подростков соответствующий тренинг, обучение персонала организаций детского отдыха и оздоровления, как и детей и подростков, владению контактов с соответствующими спецслужбами, в частности, знакомством с системой оповещения по единому бесплатному номеру экстренных служб «101». Руководство детских лагерей должно владеть и алгоритмом оповещения местных органов МЧС о маршрутах туристических групп, о том, кто сопровождает детей, и т.п. Отныне обязательно при этом присутствие инструкторов-проводников, имеющих специальную подготовку по оказанию первой помощи пострадавшим, навыки и опыт турсопровождения и др. В этом плане заслуживает внимания официальный сайт МЧС России — <http://www.mchs.gov.ru/dop/>

info/individual, на котором размещены доходчивые, ярко иллюстрированные памятки, рекомендации, советы для специалистов и населения по профилактике экстремальных ситуаций и поведению при их возникновении. Здесь создан и специальный Портал детской безопасности Спас-Экстрим — <http://www.spas-extreme.ru/>.

Заключение. Таким образом, в условиях усиленного внимания государства к проблеме, сформированной чёткой федеральной нормативно-правовой базы от его институтов (прежде всего, здравоохранения и образования, МЧС, МВД и иных ведомств), всего общества, СМИ, самого населения/родителей, подростков, семьи, персонала организаций отдыха требуются программные, повседневные конкретные действия. Они должны быть направлены на обеспечение безопасности здоровья и жизни в условиях отдыха и — при непосредственном контроле глав администрации — включать задолго до отправки детей на отдых большую подготовительную работу на территориях организаций отдыха, подразумевая, среди прочих, подбор и обучение персонала (медицинского, воспитателей, работников кухни, охраны и пр.), проведение приёма детей, соответствующие меры во время их пребывания в таких организациях.

Педиатрическая практика традиционно, многие годы осуществляет преемственную медицинскую деятельность в системе «поликлиника/амбулатория — стационар — санаторий», хотя к последнему этапу — организации санаторно-курортной помощи (отчего-то документами Минздрава РФ именуемой «санаторно-курортное лечение») — очевидно ослабление внимания специалистов, ученых, снижена его роль в сохранении и укреплении здоровья детей [4]. Но при этом на местах всегда реализуется один из ведущих принципов социальной педиатрии — межведомственность в оказании медико-социальной помощи детям, подросткам, семье с акцентом на профилактику, риск-подход [5, 6], важность чего особенно прослеживается при организации оздоровления и отдыха подрастающего поколения.

К сожалению, до сих пор практически не внедряется и технология обеспечения безопасности здоровья и жизни детей, отработанная в своё время, например, по результатам специального исследования НИИ им. Н. А. Семашко на базе Всероссийского детского Центра «Орлёнок» [7]. Технология уже тогда предусматривала весь комплекс мер: охраны территории, противопожарных, антитеррористической направленности, безопасности питания, организации купания, походов и т. п. Как свидетельствует официальный сайт Прокуратуры России,

при проверках на местах продолжают выявляться серьезные нарушения практически по всем разделам соблюдения действующего законодательства в области организации и проведении оздоровления и отдыха несовершеннолетних.

Реализация представленной нормативно-правовой базы на территориях позволяет сформировать с учетом местной специфики Программы конкретных мер в данном направлении. Полагаем также, что проблема продолжит своё развитие в теоретическом и практическом плане, станет предметом изучения и в рамках реализации Указа Президента РФ об объявлении в стране на 2018–2027 гг. Года детства, как и впервые поставленной в подобном документе самого высокого уровня («новом» майском Указе 2018 года) задаче не совершенствования в целом службы материнства и детства, а развития детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям.

Во исполнение указанных выше правовых документов федерального уровня издан, особенно в последние 2 года, целый пакет пока мало известных специалистам подзаконных актов. Имеются в виду, например, утвержденные приказами заинтересованных ведомств (Минздравом РФ, Минобрнауки РФ, Роспотребнадзором и другими) Порядок оказания медицинской помощи несовершеннолетним в период оздоровления и организованного отдыха, в том числе Порядок направления детей в оздоровительные учреждения, медицинские противопоказания; Примерные положения об организациях отдыха детей и их оздоровления; рекомендуемые штатные нормативы медперсонала медпункта организации; стандарт оснащения и иные. Организационно-методическое обеспечение медицинского сопровождения отдыха, в том числе с позиции безопасности детей во время пребывания в этих организациях, требует освещения в специальной публикации.

Список литературы.

1. Голодец О. Самое главное — это преодоление нашей национальной черты «авось» / «Коммерсант.ру» от 5 июня 2016 г.
2. Голодец О. На летних каникулах в России каждый день гибнет 18–20 детей. 29 июня 2016 г. Электронный ресурс от 28 мая 2018 г. — <http://www.mk.ru/social/2016/06/29/na-kanikulakh-v-rossii-kazhdyy-dengibnet-1820-detey.html>

3. Протокол заседания от 29 мая 2017 г. Координационного совета при Президенте по реализации Национальной стратегии действий в интересах детей. Электронный ресурс от 28 мая 2018 г. — <http://government.ru/news/27848/>

4. Чичерин Л.П., Никитин М.В., Щепин В.О. Развитие санаторно-курортного дела как составляющая охраны здоровья населения России // Общественное здоровье и здравоохранение. — 2017. — №1. — С. 53–57.

5. Веселов Н.Г. Социальная педиатрия (курс лекций). — С-Пб.: Ривьера, 1996. — 394 с.

6. Альбицкий В. Ю. Социальная педиатрия как область научного знания, сфера практического действия и предмет преподавания. — М., «Союз педиатров России», 2011

7. Литвинова Е. В. Оптимизация технологий медицинского обеспечения детей и подростков в период их организованного отдыха: Дис. ... канд. мед. Наук. — Москва, 2006. — 228 с.

РОЛЬ ДИСПЕТЧЕРСКОГО ЦЕНТРА В ОКАЗАНИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО- САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

*Чолоян С. Б., Павловская О. Г., Шеенкова М. В., Трикоменас Н. Н.
ГАУЗ «Детская городская клиническая больница» г. Оренбурга, Россия*

Единый круглосуточный диспетчерский центр (ЕКДЦ) функционирует на базе ГАУЗ «ДГКБ» г. Оренбурга и обслуживает 53 тысячи прикрепленного детского населения.

Целью деятельности ЕКДЦ является обеспечение доступности и качества оказания первичной медико-санитарной медицинской помощи, в том числе неотложной медицинской помощи детям.

Материалы и методы. Информация о работе ЕКДЦ с 2010 по 2017 год. Используются статистический и аналитический методы.

Результаты. С учетом анализа работы центра к 2018 году ЕКДЦ выполняет следующие задачи:

- обеспечение круглосуточного централизованного приема вызовов для оказания первичной медико-санитарной, в том числе

неотложной медицинской помощи детям с обязательной аудиозаписью телефонного разговора;

- сортировка обоснованности вызовов неотложной медицинской помощи по поводу вызова, срочности и профильности направления выездных бригад;
- передача вызовов выездным бригадам скорой медицинской помощи детскому населению;
- оперативное управление и контроль за работой бригад неотложной медицинской помощи детскому населению;
- оказание дистанционной врачебной консультативной помощи;
- запись пациента на прием к врачам детской поликлиники; в клинико-диагностический центр ;в Центр Здоровья; на профилактические осмотры.

Фактически, сегодня, ЕКДЦ планирует работу всех участковых врачей-педиатров, врачей-специалистов, подразделений первичной медико-санитарной помощи. При необходимости для работающих родителей возможно прохождение с детьми профилактических осмотров в выходные дни по предварительной записи. Круглосуточной неотложная медицинская помощь детям стала с 1 мая 2018 года.

Врачебный и средний медицинский персонал ЕКДЦ работает на автоматизированных рабочих местах, оснащенных программным обеспечением, а также многоканальной телефонной связью. Сегодня в день работает 6 диспетчеров, а в ночь — 1. Все они имеют медицинское образование. Количество телефонных звонков, обработанных за смену одним диспетчером в среднем составляет 260 (по 2–3 минуты на каждого пациента). Информацию о ребенке диспетчер получает немедленно из электронной карты пациента, находящейся в медицинской информационной системе ГАУЗ ДГКБ.

Выводы. Таким образом, значительно уменьшилась очередность к врачам детских поликлиник (с 2–3 недель до 2–3 дней, т.е. в 7 раз); произошла дифференциация вызовов (работа по регламенту распределения вызовов между участковым врачом-педиатром и врачом неотложной помощи), сократилось время оформления записи на прием к врачу в 3 раза. Все это указывает на повышение доступности и качества первичной медико-санитарной помощи прикрепленному детскому населению.

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ КРУГЛОСУТОЧНОЙ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ НА БАЗЕ ДЕТСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Чолоян С. Б., Павловская О. Г., Шеенкова М. В., Трикоменас Н. Н.
ГАУЗ «Детская городская клиническая больница» г. Оренбурга, Россия

В целях оказания детям первичной медико-санитарной помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни ребенка и не требующих экстренной медицинской помощи, в структуре медицинских организаций создаются подразделения медицинской помощи, оказывающие указанную помощь в неотложной форме.

Цель: оказание доступной и качественной медицинской помощи детям, прикрепленным на оказание медицинской помощи к ГАУЗ «ДГКБ» г. Оренбурга, динамического медицинского наблюдения и оказания круглосуточной неотложной медицинской помощи, а также предотвращение демографических потерь.

Материалы и методы. Показатели работы бригад неотложной медицинской помощи детям за 1999–2017 гг. Статистический и аналитический.

Результаты. На основании письма Министерства здравоохранения Оренбургской области от 26.04.2018 г. №4892/10 о согласовании работы круглосуточного кабинета неотложной медицинской помощи детям в ГАУЗ «ДГКБ» г.Оренбурга, с 29.04.2018 года организована круглосуточная работа бригад по оказанию неотложной медицинской помощи детям и диспетчерского центра. Вызовы поступают: от родителей, участковых врачей-педиатров, от бригад скорой медицинской помощи, из круглосуточных стационаров города в случае отказа родителей от госпитализации ребенка.

При выезде бригады неотложной медицинской помощи (БНМП) к ребенку собирается анамнез, ставится предварительный диагноз, оказывается неотложная помощь и ведется передача участковому врачу-педиатру. Данной бригадой наблюдаются дети первого года жизни, заболевшие в выходные и праздничные дни. Возможно оформление листка нетрудоспособности.

При отказе от госпитализации, работником БНМП берется у законного представителя ребенка отказ в письменной форме. Лечение назначается в полном объеме, согласно стандартам.

По договоренности с законным представителем ребенка, при обслуживании первичного вызова, определяется время повторного посещения. В случае отказа родителей от повторного посещения бригадой БНМП, необходимо получить информацию о состоянии здоровья ребенка по телефону, также по договоренности с законным представителем о времени звонка.

При возможности посещения ребенком в поликлинике участкового врача-педиатра на следующий день (по состоянию здоровья и диагнозу) в диспетчерский центр передается об этом информация.

Выводы. Организация круглосуточной неотложной медицинской помощи на базе детской больницы сегодня позволяет минимизировать низкую медицинскую активность родителей, предотвратить демографические потери детского населения в виде младенческой и детской смертности, а также повысить доступность и качество медицинской помощи.

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОГО ПАРТНЕРСТВА ДЛЯ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

Чолоян С. Б., Шеенкова М. В., Павловская О. Г., Трикоменас Н. Н.
ГАУЗ «Детская городская клиническая больница» г. Оренбурга, Россия

Под государственно-частным взаимодействием в здравоохранении сегодня понимается взаимовыгодное сотрудничество органов государственной власти, частных и некоммерческих организаций, позволяющее обеспечить эффективное выполнение задач публично-правовых образований в здравоохранении путем вовлечения частных ресурсов для создания, реконструкции, управления, содержания инфраструктуры здравоохранения или предоставления услуг.

Цель: организовать государственно-частное партнерство для оказания специализированной медицинской помощи детям г. Оренбурга.

Материалы и методы. Проведен анализ заказных услуг по обязательному медицинскому страхованию прикрепленного детского населения ГАУЗ «ДГКБ» г. Оренбурга 2015–2017 гг. Разработаны механизмы государственно-частного партнерства для оказания специализированной медицинской помощи детям. Используются статистический и аналитический методы.

Результаты. При анализе заказных услуг по обязательному медицинскому страхованию прикрепленного детского населения ГАУЗ «ДГКБ» г. Оренбурга за 2015–2017 гг. установлено, что потери средств больницы идут за счет невозможности оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи. Выход Федерального закона от 29 июля 2017 г. №242-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения информационных технологий в сфере охраны здоровья» позволяет сегодня консультировать пациентов с помощью телемедицины, и приглашать при необходимости специалистов ведущих российских клиник на места для проведения дорогостоящих операций на договорной основе. В апреле 2018 года ГАУЗ «ДГКБ» г. Оренбурга получена лицензия на оказание медицинских услуг в условиях частной медицинской организации «Медгард» за счет аутсорсинга на следующие работы (услуги): педиатрия, детская хирургия, неврология, акушерство и гинекология, колонопроктология, сердечно-сосудистая хирургия, травматология и ортопедия, онкология, оториноларингология, офтальмология.

Принцип взаимодействия с частной медицинской организацией – разграничение обязательств и оплаты. Так, ГАУЗ «ДГКБ» г. Оренбурга будет проводить почасовую аренду оборудования и помещений в частной клинике. При этом государственная медицинская организация будет получать до 64% средств по законченному случаю по обязательному медицинскому страхованию, а 36% будет оставаться в частной медицинской организации.

Выводы. Государственно-частное партнерство в здравоохранении сегодня – возможность предоставления детям специализированной помощи по полису обязательного медицинского страхования в комфортных условиях частной клиники с использованием современного оборудования.

ОЦЕНКА ФЕТОИНФАНТИЛЬНЫХ ПОТЕРЬ РОССИИ И СЕВЕРО-ЗАПАДНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА

Шевцова К. Г., Иванов Д. О., Телеш О. В.

ФГБОУ ВО Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет Минздрава России, Санкт-Петербург

Цель исследования: оценка фетоинфантильных потерь России и Северо-Западного Федерального округа, как единственного объективного показателя потери всех жизнеспособных детей.

Материалы методы: Официальные статистические отчеты и публикации Росстата, сборники «Основных показателей здоровья матери и ребенка, деятельности службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации» за 2012–2016 годы. Статистическая обработка результатов и анализ данных проведены с использованием программного пакета для статистического анализа, разработанного компанией StatSoft – Statistica 7.0 Уровень значимости был установлен как $p \leq 0,05$.

Результаты: Коэффициент фетоинфантильных потерь в Северо-Западном регионе значительно ниже показателя фетоинфантильных потерь по России в целом. СЗФО – $10,78\% \pm 0,24$; РФ – $11,75\% \pm 0,08$. Динамика коэффициента фетоинфантильных потерь показала его значительное снижение за период 2012–2016 гг., как в России – $20,9\%$ ($p \leq 0,05$), так и в СЗФО – 17% ($p \leq 0,05$).

В структуре фетоинфантильных потерь как в России, так и в СЗФО до 2012 года достоверно преобладала доля связанная с младенческой смертностью. В структуре фетоинфантильных потерь 2016 года в Российской Федерации достоверно преобладала доля младенческой смертности – $51,2\% \pm 0,06$ ($p \leq 0,05$); В СЗФО – доля связанная с мертворождением $55,7\% \pm 0,55$.

В структуре мертворождения 2016 года, как в России, так и в Северо-Западном федеральном округе достоверно преобладала доля смертей, наступивших до начала родовой деятельности. В России – $89,8\% \pm 0,29$. В СЗФО – $90\% \pm 0,93$. Наиболее высокий уровень антенатальной смерти, относительно регионального показателя выявлен в Вологодской области – $6,5\% \pm 0,64$ ($p \geq 0,05$), наиболее низкий – в Мурманской области $3,5\% \pm 0,64$ ($p \leq 0,05$).

Заключение: В ходе проведенного исследования установлено, что наибольшая доля фетоинфантильных потерь в Северо-Западном регионе, в отличии от России, связана с мертворождением и поэтому является актуальным резервом снижения фетоинфантильных потерь региона в целом. Одним из важных процессов на пути к снижению мертворождения является тщательный аудит всех случаев антенатальной и интранатальной гибели ребенка, направленный на выявление конкретных случаев для проведения критического анализа качества полученной помощи, в целях его улучшения.

СОПОСТАВЛЕНИЕ ДАННЫХ РЕНТГЕНОГРАФИИ, ЛИНЕЙНОЙ ТОМОГРАФИИ И МУЛЬТИСПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ ПОЛОСТИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ДЕТЕЙ

*Яровая Ю. А., Романовская Т. С., Малькова М. А., Сидоренко В. М.,
Кубасова А. А.*

*ФГБОУВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет» МЗ РФ, Санкт-Петербург*

В настоящее время отмечается патоморфоз туберкулезной инфекции: с одной стороны чаще диагностируются ограниченные, маловыраженные формы заболевания туберкулезом, тем не менее, наблюдается преобладание выявления специфического воспаления в фазе неполного обратного развития. Мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) зарекомендовала себя как эффективный метод диагностики различных заболеваний, в том числе и туберкулеза. Учитывая, что лучевая нагрузка при проведении компьютерной томографии выше, чем при обычном рентгеновском снимке, сопоставление диагностической эффективности данных методов диагностики туберкулеза является актуальным.

Цель исследования: сопоставить данные исследований рентгенограмм и линейных томограмм и мультиспиральной компьютерной томографии органов грудной клетки и выявить на сколько МСКТ диагностически информативнее в выявлении локальных форм туберкулеза.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ данных рентгенологических исследований 43 пациентов с активными локальными формами туберкулеза в возрасте от 1 года до 14 лет на базе туберкулезного отделения ДИБ N3. В структуре диагнозов преобладали неосложненные формы туберкулеза: туберкулез внутригрудных лимфатических узлов (48,8%) и первичный туберкулезный комплекс (14,0%). Реже диагностировалось осложненное течение первичного туберкулеза (37,2% случаев). Анализ данных рентгенограмм и линейных томограмм органов грудной полости позволил показать: у 30,2% пациентов было получено подтверждение данных обзорных рентгенограмм и линейных томограмм результатами МСКТ; у 34,9% пациентов данные обзорных рентгенограмм и линейных томограмм были дополнены результатами МСКТ; у 34,9% пациентов была выявлена патология при проведении МСКТ, которая не получила отображение на обзорных рентгенограммах и линейных томограммах органов грудной полости.

Была выявлена высокая информативность МСКТ при неосложненных формах туберкулеза: были дополнены визуализацией локальных изменений в органах грудной полости в 60% случаев неосложненных форм. При развитии осложненных форм туберкулеза — в 73,3% случаев были выявлены локальные специфические изменения, которые также не отображались при классических рентгенологических методах, в основном это были очаги отсева в легочную ткань. Таким образом, большая разрешающая способность МСКТ обуславливает необходимость применения данного метода диагностики при углубленном фтизиатрическом обследовании.

Вывод: Мультиспиральная компьютерная томография повышает диагностическую информативность в выявлении локальных форм активного туберкулеза органов дыхания на 69,8%; в том числе позволяет дополнить информативность обзорных рентгенограмм и линейных томограмм на 34,9% и выявляет специфические изменения, не получившие отображение на обзорных рентгенограммах и линейных томограммах на 34,9%.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ПРЕВЕНТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЯМ ИЗ ОЧАГОВ ТУБЕРКУЛЕЗА

*Яровая Ю. А., Урчукова Э. А., Рамалданов М. Ш., Керимова Ф. Р.,
Вердиханова К. Д.
ФГБОУВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет» МЗ РФ, Санкт-Петербург*

Наиболее высокий риск заболевания туберкулезом у детей отмечается в очагах туберкулезной инфекции, при этом наиболее опасными являются тесные и длительные контакты, что, прежде всего, встречается в семейных очагах [1,2,5]. Заболеваемость туберкулезом детей при выявленных контактах в 5 раз выше, чем при отсутствии их установления [1]. Заболеваемость туберкулезом у детей и подростков, имевших контакт с больным туберкулезом — бактериовыделителем в 42–37 раз превышает заболеваемость постоянного населения детско-подросткового возраста [1]. Отсутствие превентивной химиотерапии у детей из очагов туберкулеза повышает риск заболевания в 7,5 раз. [4]. Анализ проведения превентивного лечения у детей из очагов туберкулеза позволит определить наиболее эффективные его режимы.

Цель исследования — характеристика проведения превентивного лечения детям из очагов туберкулезной инфекции у детей при различной выраженности туберкулезной инфекции.

Материалы и методы: обследованы 118 детей в возрасте от 0 до 14 лет на базе туберкулезного отделения ДИБ №3, получившие курсы превентивного лечения до госпитализации. По результатам углубленного фтизиатрического обследования пациенты разделены на 3 группы наблюдения: 1 группа — 39 детей, инфицированных МБТ; 2 группа — 53 ребенка с активным туберкулезом; 3 группа — 26 детей с впервые выявленными остаточными посттуберкулезными изменениями (ОПТИ). В каждой группе выделены две подгруппы: А — дети из очагов туберкулезной инфекции; Б — дети из неустановленных контактов с больным туберкулезом.

Результаты. Среди пациентов, инфицированных МБТ, из очагов туберкулезной инфекции был 21 ребенок (1А подгруппа); из неустановленных контактов — 18 (1Б подгруппа). Превентивное лечение детям из очагов туберкулеза в большинстве случаев проводилось 2 ПТП

(76,2%), детям из неустановленного контакта — в 50,0% случаев. Продолжительность курсов преобладала в течение 6 месяцев как у детей из очагов туберкулеза (66,7%), так и из неустановленных контактов (94,4%). Контроль за приемом ПТП осуществлялся у 38,1% детей 1А, у 33,3% детей 1Б подгрупп. Большинство пациентов получили 1 курс превентивного лечения (71,4% и 94,4% детей 1А и 1Б подгрупп соответственно). Оценка чувствительности к туберкулину до и после курсов лечения выявила: у детей из очагов туберкулеза нарастание гиперергических реакций пробы Манту с 2 ТЕ: с 14,8% до 19,0%; практически стабильные результаты у детей из неустановленных контактов. Выраженность пробы диаскинтест была практически стабильной у детей из очагов туберкулеза; у детей из неустановленных контактов в динамике отмечалось увеличение доли отрицательных реакций: с 21,4% до 28,6%.

Из очагов туберкулеза пациентов 2 группы с активным туберкулезом было 37 детей (2А подгруппа), из неустановленных контактов — 16 (2Б подгруппа). Назначение 2 ПТП было реже, чем в 1 группе: в 56,8% случаев у детей из очагов туберкулеза и в 43,8% случаев у детей из неустановленных контактов. Преобладала длительность курсов 3 месяца: у 89,2% и у 93,8% детей 2 А и 2Б подгрупп соответственно. Контроль за приемом ПТП осуществлялся 40,5% детей 2А подгруппы и у 50,0% детей 2Б подгруппы. Так же, как и в 1 группе наблюдения, большинство пациентов получили 1 курс превентивного лечения: 74,9% и 87,5% детей 2А и 2Б подгрупп соответственно. Динамика пробы Манту с 2ТЕ показала у пациентов из очагов туберкулеза умеренное нарастание гиперергических реакций к туберкулину: с 13,5% до 21,6% ; у пациентов из неустановленных контактов — нарастание нормергических реакций с 56,3 до 66,8%. Оценка выраженности пробы диаскинтест в динамике выявила снижение количества отрицательных результатов: с 22,2% до 18,5% у детей из очагов туберкулеза и с 14,3% до 0% у детей из неустановленных контактов.

В 3 группе наблюдения из очагов туберкулезной инфекции было 14 детей (3А подгруппа), из неустановленных контактов — 12 детей (3Б подгруппа). Проведение превентивного лечения 2 ПТП было чаще, чем у детей 2 группы: в 64,3% случаев в 3А и в 75,0% случаев в 3Б подгрупп. Контроль за приемом ПТП осуществлялся у детей 3А подгруппы в 42,1% случаев, у детей 3Б подгруппы — в 75,0%. Продолжительность курсов в основном была 3 месяца (64,3% и 66,7% случаев в 3А и 3Б подгруппах). Повторные курсы (2 и более) превентивной терапии проводились несколько чаще: в 35,7% и с 33,3% случаев у детей 3А и 3Б подгрупп

соответственно. Динамика чувствительности к туберкулину у детей из контакта показала нарастание количества гиперергических реакций (от 0% до 21,4%); у детей их неустановленных контактов — нормергических реакций (с 83,3% до 91,7%). Динамика выраженности пробы диаскинтест выявила снижение количества отрицательных реакций до их отсутствия у детей обеих подгрупп: (с 8,3% и с 9,0% до 0% соответственно).

Выводы: 1. Проведение превентивного лечения у заболевших активным туберкулезом детей характеризовалось длительностью 3 месяца, частым назначением одного ПТП;

2. У пациентов с ОПТИ проведение повторных курсов ПТП двумя ПТП способствовало клинически скрытому течению туберкулеза;

3. Пациентам, инфицированным МБТ из очагов туберкулеза, превентивная терапия в основном проводилась 2ПТП продолжительностью 6 месяцев, что позволило предотвратить у них развитие заболевания туберкулезом;

4. Комплексная оценка иммунологических проб Манту с 2ТЕ и диаскинтест у детей из очагов туберкулеза подтверждала более высокую активность микобактерий туберкулеза по сравнению с детьми из неустановленных туберкулезных контактов.

Литература:

1. Аксенова В. А., Клевно Н. И., Кавтарашвили С. М. Очаг туберкулезной инфекции и его значение в развитии туберкулеза у детей // Туберкулез и болезни лёгких» Том 93, №1, 2015

2. Васильева Е. Б., Клочкова Л. В. Течение туберкулеза у пациентов из очагов туберкулезной инфекции // Туберкулез сегодня, 2003, С. 157..

3. Касимцева О. В. Совершенствование наблюдения за детьми и подростками из очагов туберкулезной инфекции // диссертация на соиск. уч. ст. к. м. н., М., 2006

4. Король О. И., Степанов Г. А., Васильева Е. Б., Клочкова Л. В., Агбалов А. Я. Туберкулезная инфекция у детей, возможности ее профилактики и активного выявления в современных условиях // Туберкулез и экология. — 1997. — № 4, С. 10–12.

5. «Туберкулез у детей и подростков» Руководство. Под редакцией О. И. Король, М. Э. Лозовской, ПИТЕР, СПб, 2005, 424 стр.

Издано по заказу
Санкт-Петербургского регионального отделения общественной организации
«Союз педиатров России»
www.pediatrica-spb.ru

Печать цифровая. Формат А5
Тираж 100 экз.
Подписано в печать 4.06.2018