

цели. У всех детей спинномозговая грыжа выявлялась в сочетании с другими пороками развития: аномалией Арнольда Киари 2 типа, дисгинезией мозолистого тела, гипоплазией мозжечка, варусной косолапостью. В течение 1-х суток от поступления новорождённые получали нейрохирургическое лечение. В последующем у детей развивалась гидроцефалия, которая требовала нейрохирургического лечения, нижний вялый парапарез, нарушения функций тазовых органов, у всех детей были выявлены симптомы поражения центральной нервной системы.

Выводы. Клинические симптомы миелодисплазии в периоде новорождённости неспецифичны. Комплексная диагностика в 1-е сутки жизни, а также данные, полученные в ходе нейрохирургического лечения, позволяют верифицировать диагноз, что в дальнейшем определяет тактику лечебных мероприятий. Однако крайне низкой остаётся пренатальная диагностика спинномозговой грыжи. В связи с этим необходим дальнейший поиск методов ранней диагностики миелодисплазий с целью усовершенствования тактики лечебных мероприятий.

ИММУННАЯ ЗАЩИЩЁННОСТЬ ЛИЦ В ВОЗРАСТЕ ОТ 3 ДО 25 ЛЕТ ОТ КОКЛЮШНОЙ ИНФЕКЦИИ И ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ КОКЛЮША

Сутовская Д.В., Бурлуцкая А.В., Дубова Л.В.,
Крылова Д.Р.

Кубанский государственный медицинский университет
Минздрава России, Краснодар

Актуальность. В последнее время отмечен рост заболеваемости коклюшной инфекцией (КИ) у непривитых, а также привитых как детей, так и взрослых.

Цель: определить заболеваемость, поствакцинальный иммунитет (ПВИ), специфическую иммунопрофилактику и переносимость вакцины от дифтерии, столбняка и коклюша для детей старше 4 лет в Краснодаре.

Материалы и методы. Проведено одномоментное исследование заболеваемости КИ (за 2016–2019 гг.), 76 человек на состояние ПВИ, а также 393 ребёнка старше 4 лет и 125 взрослых, которым была проведена иммунизация вакциной для профилактики дифтерии (с уменьшенным содержанием антигена), столбняка, коклюша (бесклеточная), комбинированной, адсорбированной.

Результаты. Заболеваемость КИ в Краснодарском крае с 2016 по 2019 г. увеличилась почти в 6 раз (109 и 611). Защитный уровень антител к коклюшу обнаружен у 24 (31,5%). Установлен уровень защитных антител ниже минимального протективного — у 41 (54%). Отсутствие поствакцинального иммунитета зарегистрировано у 11 (14,5%). Количество привитых бесклеточной вакциной увеличилось в 2 раза среди детского населения (в 2018 г. — 129; в 2019 г. — 264) и взрослых (в 2018 г. — 39; в 2019 г. — 86). Общие поствакцинальные реакции (ПВР) отмечены у 48 (12,2%) детей, слабые — у 36 (9,2%), сильные — у 12 (3%). У взрослых общие ПВР не зарегистрированы. Местные ПВР среди выявлены у 150 (38,2%) детей, слабые — у 103 (26,2%), сильные — у 47 (12%). Среди взрослого населения местные ПВР встречались у 55 (44%) человек, при этом слабые ПВР — у 38 (30,4%), сильные — у 17 (13,6%).

Выводы. Установлен достаточно низкий ПВИ, иммунопрофилактика данной вакциной увеличилась в 2 раза, показав удовлетворительный профиль безопасности. Полученные данные позволяют предположить наличие скрытой циркуляции возбудителя коклюша и, как следствие, — перенесённого заболевания в стёртой или abortивной форме.

ФАКТОРЫ РИСКА СНИЖЕНИЯ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ

Сутовская Д.В., Бурлуцкая А.В., Карачевцева Д.Я.

Кубанский государственный медицинский университет
Минздрава России, Краснодар

Актуальность. Генетические механизмы являются определяющими факторами формирования и накопления костной массы растущего организма, однако экзогенные факторы способны модифицировать генетическую информацию и приводить к уменьшению костной массы.

Цель: определить факторы риска снижения минеральной плотности костной ткани (МПКТ) и потребление пищевого кальция жителями Краснодара в возрасте 3–25 лет.

Материалы и методы. Проведено анкетирование 738 респондентов: в возрасте 3–6 лет (102), 7–11 лет (178), 12–14 лет (177), 15–18 лет (181), 19–25 лет (100). Все полученные данные обработаны статистически.

Результаты. Рекомендуемое количество кальция употребляют 63% детей в возрасте 3–6 лет. Умеренный дефицит составляет 27%. Среди школьников 7–11 лет суточную потребность в кальции удовлетворяли 49% детей, 12–14 лет — 52%, 15–18 лет — 49%. Умеренный дефицит в возрастной группе 7–11 лет отмечен у 11% детей, 12–14 лет — у 26%, 15–18 лет — у 21%. Выраженный дефицит потребления пищевого кальция в возрастной группе 7–11 лет выявлен у 40% школьников, 12–14 лет — у 22%, 15–18 лет — у 30%. Среди студентов в возрасте 19–25 лет рекомендуемое количество потребления пищевого кальция удовлетворяли только 7% респондентов. Умеренный дефицит пищевого кальция установлен у 55% студентов. Выраженный дефицит данного нутриента отмечен у 38% студентов. Анализ содержания витамина D в крови показал, что у детей 3–6 лет он составил $24 \pm 7,1$ нг/мл; 7–18 лет — $18 \pm 5,8$ нг/мл; 19–25 лет — $15 \pm 4,3$ нг/мл. При этом установлено, что ведущим фактором уменьшения минеральной плотности костной ткани является гиподинамия: 70% респондентов не посещают спортивные секции, 49% оценивают свой образ жизни как малоподвижный. Злоупотребляет сладким 46% школьников и 43% студентов.

Выводы. Во всех возрастных группах респондентов выявлено низкое потребление пищевого кальция. Установлено снижение потребления пищевого кальция и уровня витамина D с увеличением возраста ребёнка. Ведущим фактором риска снижения МПКТ является гиподинамия.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЁННЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Тен Ю.В., Елькова Д.А.

Алтайский государственный медицинский университет
Минздрава России, Барнаул

Актуальность. Ежегодно в клиниках Алтайского края оперируется по поводу паховых грыж около 200 детей. Справедливо при выборе метода лечения поставить на первое место условие минимальной травматизации тканей, что позволяет сократить частоту осложнений и сводит к минимуму количество рецидивов.

Цель: оптимизировать подход к выбору приоритетного для индивидуального пациента метода хирургического лечения врождённой паховой грыжи.

Материалы и методы. Путём ретроспективного анализа 1410 историй болезни пациентов клиники детской хирургии Алтайского края с паховой грыжей за 2013–2020 гг. выявлены достоинства

и недостатки используемых методов лечения, установлена корреляция рецидивов с техникой проведения коррекции заболевания.

Результаты. Пролечено 900 детей с паховой грыжей открытым методом, 510 — при помощи эндоскопических технологий. При открытых операциях в большинстве случаев выделение вагинального отростка брюшины происходит без вскрытия пахового канала, без пластики стенок пахового канала. С 2013 г. в клинике проводится оперативное лечение врождённых паховых грыж у детей с применением лапароскопии. Самый маленький пациент достиг 24-го дня жизни к моменту операции. Возраст оперированных эндоскопически по поводу паховой грыжи детей варьировал от 1 мес до 10 лет. Предпочтительной оказалась возрастная группа пациентов до 3 лет.

Выводы. Следует выделять 2 оптимальных и равноправных метода оперативного лечения врождённых паховых грыж: лапароскопическая герниорафия и открытый метод, подразумевающий выделение и перевязывание вагинального отростка брюшины без его прошивания и вскрытия пахового канала. Эндоскопическое грыжесечение предпочтительнее у детей до 3 лет при двусторонней паховой грыже или при сочетании паховой и пупочной грыж.

ОЦЕНКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КЛЕЩЕВЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ АЛТАЙСКОГО КРАЯ

Тимонин А.В., Широкоуступ С.В., Строзенко Л.А.

Алтайский государственный медицинский университет
Минздрава России, Барнаул

Актуальность. В 2020 г. в Алтайском крае от укусов клещей пострадало 3018 детей, что составило 30,2% от общего числа пострадавших. Высокий удельный вес детей в структуре данного показателя определяет необходимость оптимизации специфических и неспецифических превентивных мероприятий.

Цель: провести анализ заболеваемости детей распространёнными клещевыми инфекциями в Алтайском крае.

Материалы и методы. В качестве материалов исследования были использованы данные регионального управления Роспотребнадзора, Министерства здравоохранения, форм статистического учета № 2 «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях» за 2000–2020 гг. Обработка данных осуществлялась в программе «Statistica 13.3» и включала расчёт средних и интенсивных показателей, ошибок репрезентативности, оценку значимости различий.

Результаты. В 2000–2020 гг. среди детей уровень заболеваемости клещевым энцефалитом (КЭ) составил $1,6 \pm 0,57\%_{0000}$, что 2,1 раза меньше заболеваемости среди взрослых — $3,4 \pm 0,40\%_{0000}$ ($p < 0,01$). Увеличение числа случаев иксодовых клещевых боррелиозов (ИКБ) в регионе среди детей во многом определялось ростом объёмов диагностических лабораторных исследований, средний многолетний показатель с момента выявления первого случая ИКБ среди детей в 2003 г. составил $0,74 \pm 0,23\%_{0000}$ ($p < 0,01$). В отношении случаев риккетсиозов среди детей в регионе отмечалось снижение уровня заболеваемости в 1,8 раза с $42,92 \pm 2,61$ до $23,41 \pm 2,10\%_{0000}$ со средним многолетним показателем $28,35 \pm 2,23\%_{0000}$.

Выводы. Детское население Алтайского края является группой повышенного риска заражения клещевыми инфекциями, что определяется высокой эндемичностью региона по КЭ, ИКБ и риккетсиозам. Отсутствие специфической профилактики в отношении ИКБ и риккетсиозов на фоне высокой доли детей в числе пострадавших от укусов клещей определяет необходимость обязательной антибиотикопрофилактики и лабораторной диагностики клещевых инфекций для снижения детской заболеваемости.

ИММУНОПРОФИЛАКТИКА ПРИ НАРУШЕННОЙ СХЕМЕ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В У ДЕТЕЙ

Ткаченко Н.Е., Ясаков Д.С., Абайханов Р.И.,
Макарова С.Г.

Национальный медицинский исследовательский центр
здоровья детей Минздрава России, Москва

Актуальность. Различные нарушения схемы иммунизации против вирусного гепатита В (ВГВ) у детей, которые происходят как по медицинским отводам (в том числе необоснованным), так и в связи с решением родителей, являются актуальными вопросами иммунопрофилактики в нашей стране. Однако в настоящее время ещё нет рекомендаций о необходимости применения бустерной вакцинации против ВГВ при значительных нарушениях графика.

Описание клинических случаев. Приводим два клинических примера ведения детей, родители которых обратились к специалисту для решения вопроса о необходимости проведения дополнительной вакцинации против ВГВ.

Девочка Д., 3 года 10 мес, практически здорова. Ранний анамнез без особенностей. Прививочный анамнез: 1-я вакцинация (V1) против ВГВ — в родильном доме. Далее по решению родителей вакцинация была отложена и затем проводилась в отделении вакцинопрофилактики: V2 против ВГВ — в возрасте 3 лет 5 мес, V3 — в возрасте 3 лет 9 мес. Уровень антител к HBsAg (анти-HBs) через 1 мес после V3 — свыше 1000 мМЕ/мл (положительный >10 мМЕ/мл). Введение бустерной дозы не потребовалось, вакцинация завершена.

Мальчик А., 6 лет 5 мес, наблюдается врачом-неврологом с клиническим диагнозом: детский церебральный паралич, последствия спонтанного внутричерепного кровоизлияния на фоне витамина К-зависимой коагулопатии. Правосторонний спастический гемипарез с преимущественным нарушением функции верхней конечности III–IV степени, умеренным нарушением глобальных двигательных функций (GMFCS II уровень). Прививочный анамнез: V1 против ВГВ — в родильном доме. Далее медицинский отвод от вакцинации и её завершение в отделении семейной вакцинопрофилактики по индивидуальной схеме: V2 — в возрасте 4 лет 10 мес, V3 — в возрасте 4 лет 11 мес. Через 1 мес после V3 уровень анти-HBs — выше 1000 мМЕ/мл.

Выводы. Приведённые наблюдения демонстрируют эффективность и безопасность вакцинации против ВГВ при нарушении схемы её проведения у практически здорового ребёнка и ребёнка с хронической формой патологии. Однако ведение данной категории пациентов требует разработки соответствующих алгоритмов.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПРИ ПОСТВАКЦИНАЛЬНОЙ РЕАКЦИИ ПОСЛЕ ВТОРОЙ РЕВАКЦИНИРУЮЩЕЙ ДОЗЫ ДИФТЕРИЙНО-СТОЛБНЯЧНОГО АНАТОКСИНА

Ткаченко Н.Е., Ясаков Д.С., Абайханов Р.И.,
Макарова С.Г.

Национальный медицинский исследовательский центр
здоровья детей Минздрава России, Москва

Актуальность. Поствакцинальные реакции зачастую пугают не только родителей ребёнка, но и лечащего врача, что в дальнейшем приводит к неправильному выбору тактики ведения пациента, в том числе к необоснованным назначениям.

Описание клинического случая. Мальчик М., 12 лет 7 мес. Обратился за консультацией с жалобами на повышение температу-