

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 необоснованными), 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 внутривенного 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-