

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-

ры (свыше 39°C), боль и отёк в месте укола после проведённой ревакцинации вакциной АДС-м. В конце 1-х суток после иммунизации отмечалось повышение температуры, дважды получил жаропонижающее средство. При обращении в приёмное отделение городского стационара было проведено УЗИ мягких тканей, выявлены отечно-инфильтративные изменения мягких тканей без жидкостного компонента. Ребёнок осмотрен детским хирургом: данных за острую хирургическую патологию нет, рекомендовано применение антигистаминного и жаропонижающего препаратов. На 2-е сутки после вакцинации было отмечено нарастание отёка, болезненности, увеличение инфильтрата до 7 см в диаметре. При повторном обращении в отделение: клинический анализ крови — без особенностей, С-реактивный белок — 124,29 мг/л (норма <5 мг/л), прокальцитонин — 157 нг/мл (норма <0,5 нг/мл), УЗИ мягких тканей — признаки отёка подкожно-жировой клетчатки. Ребёнок осмотрен детским хирургом: данных за абсцесс нет. Однако с учётом результатов анализов педиатр назначил антибактериальную (амоксиклав) и симптоматическую терапию. После осмотра врачом в отделении вакцинопрофилактики НИИЗ здоровья детей антибактериальное лечение было отменено, назначены симптоматическая и местная терапия. На 3-и сутки было однократное повышение температуры тела, общее состояние без отрицательной динамики. С 4-х суток поствакцинального периода — регрессия местной реакции, общее состояние удовлетворительное.

Выводы. Приведённый клинический случай подтверждает благоприятное течение стандартных поствакцинальных реакций. Гипердиагностика и полипрагмазия в таких случаях не оправданы и являются следствием неопытности или недостаточной осведомлённости лечащего врача.

СИНДРОМ РОМАНО–УОРДА У ДЕВОЧКИ 7 ЛЕТ

Тонких Н.А.

Донецкий национальный медицинский университет
им. М. Горького, Донецк
Институт неотложной и восстановительной хирургии
им. В.К. Гусака, Донецк

Актуальность. Синдром удлинённого интервала QT (LQT) создаёт существенную угрозу состояния пациента, начиная с раннего детского возраста, в связи с возможностью развития пароксизмальной желудочковой тахикардии, синкопальных состояний, внезапной сердечной смерти.

Цель: повысить информированность и настороженность врачей в отношении врождённого синдрома LQT (Романо–Уорда).

Описание клинического случая. Девочка, 7 лет, поступила в отделение для уточнения генеза синкопальных состояний, быстрой утомляемости, слабости, нарушений сна. Синкопе впервые возникло за 2 года до обращения в клинику во время просмотра телевизора. Далее отмечались эпизоды потери сознания в школе, которые расценивали как «падения». Наличие выраженной эпилептической стигматизации указывало на неврологическую природу потери сознания. Однако назначенные антиконвульсанты не привели к желаемому результату. Накануне поступления в клинику девочка упала и ударилась головой, после чего находилась без сознания в течение 10 мин. После обморока девочка никого не узнавала, была очень вялой. На стандартной ЭКГ обращало внимание удлинение скорректированного интервала QT до 489 мс. На ЭЭГ — диффузные изменения биоэлектрических потенциалов, повышенная судорожная готовность головного мозга. Выставлен диагноз: синдром LQT (форма Романо–Уорда). Эпилепсия с минимальными когнитивными нарушениями. Назначена терапия атенололом и финлепсином, на фоне которой самочувствие девоч-

ки улучшилось, эпизодов потери сознания не отмечалось, после чего родители самостоятельно отменили атенолол. Через 6 мес девочка доставлена в отделение интенсивной терапии в состоянии клинической смерти, проведение реанимационных мероприятий не имело успеха.

Выводы. Особенностью данного клинического случая является сочетание первичной каналопатии с эпилепсией, регистрация ЭКГ спустя 2 года после первого эпизода потери сознания, низкий комплаенс с родителями, что привело к гибели ребёнка.

ЭНТЕРОСОРБЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Ульянова Л.В., Леднева В.С.

Воронежский государственный медицинский университет
им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж

Актуальность. Исследование эффективности новых энтеросорбентов при инфекционной патологии у детей — актуальная задача современной педиатрии, имеющая большое практическое значение.

Цель: определить клиническую эффективность энтеросорбента карбопект при комплексном лечении детей с острой кишечной инфекцией вирусной этиологии.

Материалы и методы. Проведено сравнительное исследование применения энтеросорбента карбопект у детей 2–7 лет с ротавирусной инфекцией из расчёта 50 мг/кг массы тела 3 раза в день курсом 5 сут карбопект — комбинированный препарат отечественного производства с противодиарейным и дезинтоксикационным действием. Исследование проведено у пациентов двух групп: 1-я группа ($n = 92$), получавшая базисную терапию и карбопект, у 2-й группы (контроль, $n = 86$) применялась только базисная терапия. Оценка динамики субъективных симптомов проводилась по 10-балльной визуально-аналоговой шкале: 0 баллов — симптом отсутствует, 10 баллов — симптом максимально выражен, на 3-й, 5-й день лечения. При анализе данных был использован t -критерий Стьюдента, разницу считали статистически значимой при $p < 0,05$.

Результаты. Все пациенты предъявляли жалобы на симптомы инфекционного заболевания, на 3-й день лечения в 1-й группе жалобы сохранялись у 62% пациентов, в 2-й группе — у 83%, на 5-й день у пациентов 1-й группы жалобы сохранялись у 25%, во 2-й группе — у 39% ($p < 0,05$). Синдром тошноты и рвоты зарегистрирован у всех пациентов, на 5-й день исследования его выраженность в 1-й группе пациентов была в 2,1 раза ниже, чем в контрольной ($p < 0,05$). Продолжительность жалоб в 1-й группе в среднем была меньше на 3 дня по сравнению с группой контроля ($p < 0,05$). Побочных эффектов не зарегистрировано.

Выводы. Приём препарата карбопект приводит к быстрому улучшению самочувствия, положительной динамике клинических проявлений. Карбопект может быть рекомендован в качестве базового детоксиканта у больных с ротавирусной инфекцией.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО СКЛЕРОЗИРУЮЩЕГО ХОЛАНГИТА У ДЕТЕЙ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА

Усольцева О.В., Сурков А.Н.

Национальный медицинский исследовательский центр
здоровья детей Минздрава России, Москва

Актуальность. Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК), к которым относят язвенный колит (ЯК) и болезнь Крона