

Пандемия
и вакцинация
3

Аллергия
и коронавирус
4

Управа
на крапивницу
6

Социальная
педиатрия
13

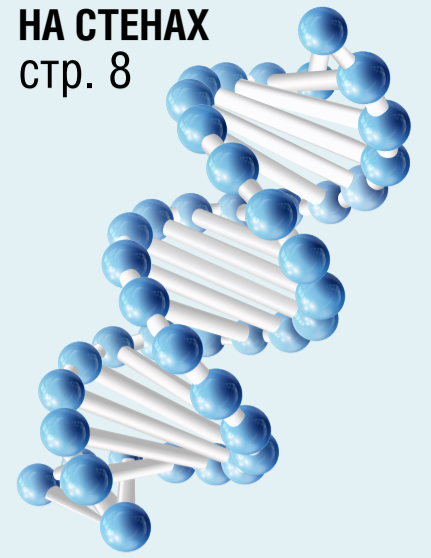
СПИРАЛЬ
ЭВОЛЮЦИИ
НА СТЕНАХ
стр. 8



ПЕДИАТРИЯ СЕГОДНЯ

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ГАЗЕТА
ДЛЯ ПЕДИАТРОВ

Бесплатная подписка на газету <http://abvpress.ru/registration> № 1 (13) 2021



ОТ РЕДАКЦИИ

МИРОВАЯ ПРОБЛЕМА



Александр
Григорьевич
РУМЯНЦЕВ

Д.м.н., академик РАН, президент ФБГУ
«НМИЦ детской гематологии, онкологии
и иммунологии имени Дмитрия Рогачева»

Уважаемые коллеги!

В начале января 2021 года президент России подписал указ о создании фонда поддержки детей с тяжелыми жизнеугрожающими и хроническими, в том числе редкими (орфанными) заболеваниями «Круг добра». Его деятельность будет направлена на оказание помощи детям инновационными лекарственными препаратами, в том числе незарегистрированными в России (регистрация FDA и/или EMA обязательна), медицинскими изделиями и техническими средствами реабилитации. Базовое финансирование деятельности фонда проводится за счет средств, полученных в результате повышения ставки НДФЛ для тех граждан России, чьи доходы превышают 5 млн рублей. Имея статус НКО, фонд будет аккумулировать средства, собираемые больным детям за счет благотворительных взносов бизнеса.

Главные внештатные специалисты Минздрава России совместно с профессиональными и пациентскими организациями сформировали перечень нозологий (более 30 заболеваний) и эффективных орфанозависимых лекарственных средств для передачи в экспертный совет фонда.

На первом заседании экспертного совета «Круга добра» в перечень заболеваний, финансируемых фондом, включена спинальная мышечная атрофия (СМА) и утвержден перечень лекарств, которые он будет закупать для этих детей: нусинерсен, ридиплам и продукт генной терапии онасемноген. На втором заседании в список добавлены генерализованный гликогеноз II типа (болезнь Помпе) и препарат алглюкозидаза альфа. Фонд «Круг добра», опираясь на попечительский и экспертный советы, отработывает маршрутизацию лекарств и пациентов со СМА и болезнью Помпе, а также порядок работы ведущих орфанных центров для детей (НИЦЗД, НИКИ им. Ю.Е. Вельтищева, РДКБ ГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Медико-генетический центр и Центр им. Дм. Рогачева).

Итоги 2020 года: на повестке дня — COVID-19

Прошлогодний конгресс педиатров России запечатлелся в памяти теплыми словами, с которыми обратились к собравшимся два вновь назначенных федеральных министра: науки и образования — В.Н. Фальков и здравоохранения — М.А. Мурашко. А еще — необыкновенно высоким числом (9 тыс.) очных и онлайн-участников (более 73,5 тыс. индивидуальных и групповых просмотров). Казалось, что позитивного заряда, полученного детскими врачами России, хватит до следующего конгресса. Но случилась пандемия. Так что же принес нам предыдущий високосный год, который мы проводили с такой радостью? Какие представления подверглись перезагрузке? И главное — чего нам ждать впереди?

ШТОРМОВОЕ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ

Не знаю, как для кого, а для меня синонимом ушедшего года может стать слово «шторм». Кажется, раньше мы никогда так часто не употребляли его в обычной речи. За минувший год землю захлестнули целый ряд таких штормов: цитокиновый, мозговой, социальный, дигитальный, суицидальный. Все эти штормовые явления требуют научного осмысления. Вспомним, с чего все началось. В январе 2020 года стали появляться сообщения о вспышке новой инфекции, вызванной коронавирусом, в одной из провинций КНР. Казалось, ну подумаешь, там же все время происходят какие-то вспышки. Например, в 2004-м в Китае коронавирус тоже вышел на тропу войны, и, хотя летальность составила 10–12%, вспышка быстро сошла на нет, даже вакцину не успели создать, не понадобилось... К тому же педиатры прекрасно знают семейство коронавирусов, в течение каждого осенне-зимнего сезона обязательно бывает несколько детей с этим диагнозом. Научные статьи на данную тему публикуются еще с 1960-х годов. Кстати, в них чаще описывают лиц мужского пола, перенесших эту инфекцию. Уже к концу января, по мере накопления информации о масштабных мерах, принимаемых правительством КНР для сдерживания распространения инфекции, стало ясно: что-то идет не так, и нам тоже нужно в эту историю вникать. Ведь у нас общая протяженная граница и тесные связи с китайцами. В конце декабря 2019 года мы

и сами посетили их крупнейшие детские клиники и строили общие научно-практические планы для улучшения оказания помощи педиатрическим пациентам. Обратившись за информацией к китайским коллегам, мы получили неожиданные данные о том, что среди заболевших новой коронавирусной инфекцией (тогда она еще называлась 2019-nCoV) детей практически нет!

Так, по сведениям иностранного члена РАН, китайского профессора-пульмонолога К. Шен, с момента начала эпидемии нового коронавируса в КНР и по состоянию на 30 января 2020 года в 31 провинции страны заболели 15 238 человек, диагноз подтвержден у 9692 пациентов (у 1527 из них заболевание протекало тяжело, 213 умерли). При этом среди детей от рождения до 17 лет включительно было зарегистрировано всего 28 (!) легких случаев новой инфекции, причем никто из ребят не умер. Безусловно, эпидемия в Китае поразила значительно больше людей, и доля детей среди них впоследствии выросла, но эти первые данные были важны с точки зрения соотношений «заболевшие / подтвержденные диагнозы», «тяжелое течение / смертельные исходы», «взрослые / дети».

Именно тогда, собрав по крупицам сведения от коллег из разных регионов мира, также подтверждавшие, что среди тяжело заболевших, а тем более умерших дети практически отсутствуют, мы написали первый обзор и разместили его на сайте Союза



Лейла
Сеймуровна
НАМАЗОВА-БАРАНОВА

Д.м.н., профессор, академик РАН, зав. кафедрой факультетской педиатрии педиатрического факультета ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России, руководитель НИИ педиатрии и охраны здоровья детей ФГБУЗ «Центральная клиническая больница РАН» Минобрнауки России, главный внештатный детский специалист по профилактической медицине Минздрава России, президент Союза педиатров России

педиатров России, во всех социальных сетях и опубликовали в журнале «Педиатрическая фармакология». Незнание иногда страшнее действительности, и нам было очень важно поддержать и своих коллег, и родителей их пациентов, объясняя, что за странная болезнь поразила наших соседей. Ведь при любой вспышке нового гриппа, мутации которого также регулярно случаются именно в этом регионе земного шара, страдают в первую очередь дети и старики, потому что у первых иммунитет еще не завершил свое формирование, а у вторых уже успел войти в стадию детренированности.

В ФОКУСЕ ВНИМАНИЯ

В наших первых публикациях подчеркивались два тезиса: дети составляют очень незначительную часть заболевших, смертельных исходов среди них не регистрируется; болеют они легко, а чаще являются бессимптомными носителями (поэтому не нужно паниковать!) Однако именно дети должны быть в фокусе особого внимания, поскольку они могут играть роль в распространении болезни и сталкиваться с отсроченными последствиями для здоровья, вызванными перенесенной бессимптомно инфекцией. Меня не оставляет мысль о каком-то тайном послании человечеству в виде новой коронавирусной инфекции, ведь малое поражение детей стало лишь первой в череде странностей нового вируса. Уже в феврале-марте все чаще стали появляться сообщения о том, что стремительно растущее число

МИРОВАЯ ПРОБЛЕМА

Неизвестность иногда страшнее действительности, нам было важно поддержать и своих коллег, и родителей их пациентов, объясняя, что за странная болезнь поразила наших соседей

летальных исходов новой инфекции, шагнувшей из Китая в Европу и другие регионы мира, связано с так называемым цитокиновым штормом — массивной продукцией цитокинов и их разрушительным действием на организм больного. Так мы узнали о первом шторме, о нем заговорили даже люди, далекие от медицины.

Выявление данного феномена подсказало терапевтическую стратегию, спасшую жизни сотням тысяч тяжело болеющих пациентов, но не ответило на новые вопросы. Цитокиновый шторм возникает в острый период всех известных инфекционных и неинфекционных болезней — при инфаркте или инсульте, ревматических заболеваниях, аллергических реакциях. Ведь это универсальный ответ организма на начинающееся иммунное воспаление. Выявленность, продолжительность, масштаб цитокинового шторма могут различаться. При инфаркте, например, организм «штормит» еще сильнее, но ситуация не требует применения антицитокиновых препаратов и не вызывает такой масштабной летальности! А при ревматических заболеваниях цитокиновый шторм более продолжителен, однако схемы ведения пациентов совершенно иные, чем при новой коронавирусной инфекции. В этом состоит еще одна странность этого вируса.

СТРАННАЯ ИЗБИРАТЕЛЬНОСТЬ

Кстати, SARS-CoV-2 (так официально именуется новый коронавирус с февраля 2020 года) весьма избирателен в выборе мишеней. Старых он поражает чаще, чем молодых, мужчин — чаще, чем женщин, толстых — чаще, чем худых, страдающих диабетом и повышенной свертываемостью крови — чаще, чем не имеющих подобных проблем. А по данным из США, вирусу особенно подвержены представители латино- и афроамериканской диаспоры, коренного индейского населения и коренных жителей Аляски. В ряде работ гендерные различия в поражении и больший риск тяжелого течения и летального исхода связывают с женской X-хромосомой. У мужчин она одна, поэтому и защита хуже. Межрасовые и межэтнические различия пока не нашли однозначного объяснения. И в этом, безусловно, заключается странность номер три — избирательное поражение разных групп людей. Все вновь выявлявшиеся в течение года научные данные обобщались в наших обзорах. Мы регулярно размещали их на сайте СПР, публиковали в каждом номере нашего журнала и брали за основу презентаций на многочисленных вебинарах по теме «COVID-19 и дети».

МОЗГОВОЙ ШТОРМ

С марта 2020 года, когда ВОЗ официально объявила пандемию COVID-19, ученые провели не один мозговой шторм, чтобы изучить болезнь и разработать лучшие терапевтические стратегии помощи пациентам. Но каждый раз сталкивались со все новыми странностями вируса и неэффективностью того, что предлагалось ранее. Так, последовательно ушли в прошлое схемы лечения анти-ВИЧ- и анти-СПИД-препаратами (лопинавир, ритонавир), антималярийными средствами (гидроксихлорохин, хлорохин), в том числе в комбинации с антибиотиком азитромицином, противовирусными

препаратами (ремдесивир и его аналоги). И вновь человечество осталось с единственной группой лекарств — старыми добрыми кортикостероидами, имеющими хоть и не очень высокие, но все же доказанные эффективность и безопасность.

Параллельно становилось все более очевидным, что SARS-CoV-2 поражает не только и не столько легкие, сколько разные органы и системы (ничего себе, респираторный вирус!): почки, сердце, систему свертывания крови, поджелудочную и другие железы внутренней секреции, органы репродуктивной системы, а главное — мозг! И вот уже стало понятным, что невероятная усталость, которая еще долго преследует даже легко переболевших людей, — это то самое нейротропное действие вируса, о котором вначале никто и не догадывался. Все это объяснило, почему так важно использовать не только маску, но и очки или цельные экраны для защиты (по одной из теорий, вирус проникает в мозг через зрительный нерв), и придало совсем иной смысл словосочетанию «мозговой шторм»! Стало ясно, что необходимо изучать его особенно активно, а также заниматься реабилитацией не только респираторных функций у переболевших COVID-19, но и тех, что связаны с работой мозга. Изучив состояние здоровья московских детей, перенесших новую коронавирусную инфекцию, наша исследовательская команда отметила снижение примерно на треть когнитивных (познавательных) функций. В большей степени они страдали там, где предпосылки в виде снижения памяти, внимания и т.п. имели место еще до начала болезни. Так призыв заниматься диспансеризацией и реабилитацией детей после COVID-19, изложенный в отдельном согласительном документе педиатров, получил свое научное обоснование.

СОЦИАЛЬНЫЕ ПОТРЯСЕНИЯ

Не надо забывать, что весь год протекал под знаком весьма значительных социальных потрясений. В первые его месяцы объявили жесткий карантин. Дети оказались заперты в четырех стенах и не могли выходить на улицу не одну неделю. Многие родители потеряли работу, доходы семей снизились. Обучение школьников перевели в онлайн-режим. Закрылись границы не только между странами, но и регионами. Резко сократилась возможность пребывания в лагерях летнего отдыха... Список продолжается до бесконечности. Все это можно назвать социальным штормом, захлестнувшим общество. Его краткосрочные последствия уже проявились, а средне- и долгосрочные нам еще только предстоит осмыслить. Из кратко-

срочных — это, конечно, цифровой, или цифровой шторм, в результате которого дети стали гораздо больше времени проводить в виртуальном мире и новом цифровом формате. Это не могло не сказаться на их здоровье. Мы наблюдаем резкое падение зрения, невротизацию, увеличение массы тела, снижение физических и адаптационных возможностей организма. Наши турецкие коллеги подсчитали, что в период пандемии достоверно возросло количество часов, проводимых детьми перед экраном компьютера или иного гаджета, а также за просмотром программ, адресованных в том числе и взрослым! Дети начали уделять еще больше времени компьютерным играм, причем это стало общей тенденцией в семьях любого социодемографического статуса.

Хотя, справедливости ради, следует отметить, что последние два вида шторма все же могут усугублять социальное неравенство, ведь если семья не имеет возможности предоставить ребенку полноэкранный компьютер с устойчивым интернетом для школьных занятий, а может дать лишь мобильный телефон, результаты учебы будут явно страдать. И если для телемедицинских услуг, которые, наконец, стали широко внедряться, требуются опять же интернет и гаджет, а у пациента нет ни того, ни другого, он может остаться без медико-социальной помощи вообще. Так что исследования в эпоху COVID-19 требуют мультидисциплинарного подхода и изучения влияния нового коронавируса с точки зрения не только экспозомы (совокупности факторов окружающей среды, действующей на регуляцию генов и индивидуальное развитие организма, в данном случае ребенка), но и социоэкспозомы (учитывающего и социальные факторы). Это становится особенно актуальным, когда выясняется, что пандемия SARS-CoV-2 привела к резкому увеличению проблем ментального характера, частоты депрессий и числа суицидов. С одной стороны, этот суицидальный шторм не является неожиданностью, ведь два предыдущих визита коронавируса (вспышки тяжелых инфекций, вызванных SARS-CoV в 2004 году и MERS-CoV в 2012-м) сопровождался ростом числа суицидов на 30%. Не последнюю роль в этой трагической статистике играет явная нейротропность вируса. Перед нами те самые среднесрочные последствия COVID-19, выявление которых требует серьезной углубленной диспансеризации с последующей реабилитацией всех переболевших, в первую очередь детей. Вот почему мы с самого начала предлагали использовать термин «физическое дистанцирование», а не «социальное», ведь социальное — это все же про другое...

МУЛЬТИСИСТЕМНЫЙ СИНДРОМ

Ну а теперь — к последним новостям. После первых трех месяцев пандемии, довольно спокойных в отношении детей,

апрель взорвали сообщения о тяжелой болезни, вызываемой SARS-CoV-2 у педиатрических пациентов. Первоначально новая болезнь, напоминавшая своими проявлениями синдром Кавасаки, была названа KawaCovid, однако позднее ее переименовали в «мультисистемный воспалительный синдром у детей». Эту ранее никогда не наблюдавшуюся педиатрами болезнь описали всего у семи сотен детей американского и европейского происхождения, в чьих семьях кто-то из взрослых переносил COVID-19. Причем дети из латиноамериканских и афроамериканских коммун (особенно с избыточной массой тела, ожирением, диабетом и болезнями свертывающей системы крови) болели чаще других. Заболевание не развивалось в момент виремии — вирусной атаки на организм, а являлось ответом иммунной системы на SARS-CoV-2, побывавший ранее в теле ребенка. Подобные случаи стали отмечаться в каждой из стран Европы или Америки примерно через 2 месяца после начала вспышки. С учетом того, что в России случаи COVID-19 стали регистрироваться позже, чем в Европе и Америке, мы ждали проявлений нового синдрома в конце мая — начале июня. Так и случилось, в нашей стране также диагностировали новое заболевание у нескольких десятков детей, подавляющее большинство которых были успешно пролечены.

Как говорилось выше, до лета заболеваемость детей (в основном старше 10 лет) держалась примерно на одном и том же низком уровне — 2–5% всех заболевших, летальность, к счастью, сохранялась практически на нуле. Однако с лета она стала потихоньку расти. После открытия школ в июле-августе в большинстве стран Европы и Америки заболеваемость детей повысилась до 7–12%. У детей первых 10 лет она остается, по сути, казуистической, хотя отдельные пациенты грудного или младенческого возраста, имеющие серьезные проблемы со здоровьем, тоже могут быть уязвимы для нового коронавируса.

Европейское бюро ВОЗ, изучив все доступные статистические и научные данные, разработало рекомендации, согласно которым школы следует закрывать лишь после того, как в стране закроют все другие источники социальной активности — кафе и рестораны, театры и кинотеатры, магазины и спортивные сооружения. Ведь подростки (а официально все дети после 10 лет являются подростками), да и сами учителя заражаются не в школе от других детей, а как раз посещая места большого скопления людей в транспорте, магазинах, кафе, спортзалах и т.д. Последние данные об очередных мутациях вируса свидетельствуют о его новых странностях — SARS-CoV-2 делается заразнее, но клиническая картина не становится тяжелее, схемы лечения остаются неизменными, и основной упор следует по-прежнему делать на профилактику. А потому всем нам необходимо, как и прежде, соблюдать правила трех «Р» и трех «П» и этому же учить детей. Всем рекомендуется настроиться на вакцинацию, потому что разработанные вакцины эффективны и против новых мутаций. А главное — следует сохранять бодрость духа и позитивный настрой, ведь именно в этом залог хорошего иммунного ответа и защиты от любых опасных возбудителей. И тогда, быть может, через несколько лет, мы вновь вернемся к штилю на земле, а пока у нас все еще продолжает действовать штормовое предупреждение!

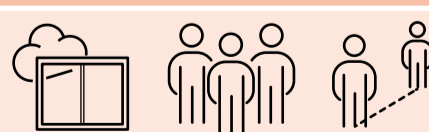
Правила трех «Р» и трех «П»

Соблюдайте правила трех «Р»



1. Руки следует мыть с мылом не менее 30 секунд и как можно чаще
2. Рот и нос следует закрывать маской или экраном, глаза — экраном или очками
3. Расстояние до других людей должно быть не менее 1,5 метра

Избегайте трех «П»



1. Плохо проветриваемых помещений
2. Помещений (площадок) с большим скоплением людей
3. Подошедших к вам слишком близко разговаривающих или поющих людей

Вакцинопрофилактика в период пандемии



Фируза Чингизовна ШАХТАХТИНСКАЯ

К.м.н., ведущий научный сотрудник НИИ педиатрии и охраны здоровья детей ФГБУЗ «Центральная клиническая больница РАН» Минобрнауки России, доцент кафедры факультетской педиатрии педиатрического факультета ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России



Татьяна Анатольевна КАЛЮЖНАЯ

К.м.н., ведущий научный сотрудник НИИ педиатрии и охраны здоровья детей ФГБУЗ «Центральная клиническая больница РАН» Минобрнауки России, доцент кафедры факультетской педиатрии педиатрического факультета ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России



Марина Владиславовна ФЕДОСЕЕНКО

К.м.н., зав. отделом разработки научных подходов к иммунизации пациентов с отклонениями в состоянии здоровья и хроническими болезнями НИИ педиатрии и охраны здоровья детей ФГБУЗ «Центральная клиническая больница РАН» Минобрнауки России, доцент кафедры факультетской педиатрии педиатрического факультета ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России

ПРОГРАММЫ ПРОДОЛЖАЮТСЯ

Важную роль в предотвращении COVID-19 и его осложнений играет реализация рутинных программ вакцинопрофилактики. Данные ряда международных исследований говорят о том, что активно проводимые обязательные программы вакцинации против кори, краснухи и эпидемического паротита могут предотвратить смертельные исходы и тяжелые формы заболеваний COVID-19 в уязвимых группах населения по всему миру. Даже недолгое прекращение вакцинации закономерно приведет к увеличению численности уязвимого населения и повысит вероятность распространения вакциноуправляемых инфекций с ростом не только заболеваемости, но и смертности в детской популяции. Помимо всего прочего, это увеличит бремя для системы здравоохранения, испытывающей избыточную

Пандемия COVID-19 унесла свыше 2 млн человеческих жизней. В условиях реализации мер, направленных на предотвращение распространения новой коронавирусной инфекции, эксперты всего мира настаивают на продолжении проведения полноценной вакцинации детей. Ведь ее приостановка даже на короткий период повысит риск распространения вакциноуправляемых инфекций. Поговорим об основных принципах и проблемах иммунизации детей в условиях пандемии.

нагрузку в связи с мерами реагирования на новую коронавирусную инфекцию.

КАРАНТИН — НЕ ПОВОД ДЛЯ МЕДОТВОДА

Специалисты в области иммунизации не раз подчеркивали, что карантин — не противопоказание к профилактическим прививкам. Напротив, вопрос об их проведении у детей приобретает все большую актуальность. По данным ЮНИСЕФ и ВОЗ, около 94 млн детей в 68 странах находятся под угрозой заражения корью, полиомиелитом, коклюшем, дифтерией и столбняком из-за уменьшения охвата рутинной вакцинацией в связи с пандемией COVID-19.

В марте 2020 года большинство регионов РФ приостановили плановую вакцинацию детского населения, в связи с чем существенно снизилось число привитых в сравнении с 2019-м: против коклюша — на 30,4%, против полиомиелита — на 26,8%, против пневмококковой инфекции — на 33,6%, против дифтерии — на 30,4%.

Во время введения локдауна во Франции в марте 2020 года больше половины детей первого года жизни не были вакцинированы от кори, краснухи, паротита и 23% младенцев не привиты пента- или гексавалентными вакцинами. В связи с этим Французская национальная академия медицинских наук настоятельно рекомендовала как можно раньше провести догоняющую вакцинацию и убедить родителей в гарантированном соблюдении барьерных мер и требований гигиены во время посещения медицинского учреждения.

В одной из недавних научных публикаций продемонстрирована польза продолжающейся плановой детской иммунизации в период пандемии с учетом возможного риска развития смертельных случаев, вызванных COVID-19. Исследование, проведенное в 54 странах африканского континента, показало, что расширенная

ПРИНЦИПЫ ПЛАНОВОЙ ИММУНИЗАЦИИ В ЭПОХУ COVID-19

В руководстве ВОЗ по плановой иммунизации во время пандемии COVID-19 в Европейском регионе названы основополагающие принципы программ иммунизации во время пандемии:

- соблюдение действующих рекомендаций по профилактике распространения COVID-19 при проведении иммунизации
- обязательное проведение первичных вакцинальных комплексов для детей раннего возраста
- вакцинация новорожденных в роддомах согласно национальному календарю прививок
- приоритетная иммунизация восприимчивых групп населения вакцинами против респираторных заболеваний
- просветительская работа среди населения и медработников с разъяснением целесообразности иммунизации в период пандемии COVID-19 и оценкой риска активизации вакциноуправляемых инфекций

первичная вакцинация младенцев первого года жизни (против дифтерии и столбняка, кори, гемофильной, пневмококковой, ротавирусной, менингококковой инфекций и желтой лихорадки) за полгода в условиях пандемии COVID-19 предотвратит около 702 тыс. смертей среди детей с момента вакцинации до достижения ими 5-летнего возраста.

Около трети предотвращенных случаев смерти обусловлены корью, а еще треть — коклюшем. Плановая вакцинация на протяжении только первого полугодия жизни ребенка, включающая DTP, HepB, Hib, PCV, Rota, может предупредить приблизительно 471 тыс. (406–548 тыс.) случаев детской смертности от вакциноуправляемых инфекций.

Подсчитано, что на каждый случай смерти, обусловленный заражением COVID-19 во время посещения клиники для вакцинации, можно будет предотвратить 84 летальных исхода у детей, поддерживая программы плановой иммунизации в Африке. Это значит, что преимущества продолжения иммунизации детей в период пандемии значимо перевешивают риск, связанный с возможным инфицированием новой коронавирусной инфекцией.

Необходимо помнить, что вакцинация не повышает риск инфицирования ребенка в период пандемии и не ослабляет иммунный ответ против вызвавшего ее возбудителя. Напротив, важно продолжать первичную вакцинацию младенцев и детей раннего возраста для предотвращения угрозы эпидемий контролируемых инфекций. В период пандемии COVID-19 плановая иммунизация может проводиться не ранее чем через

2–4 недели после выздоровления от ОРЗ (в зависимости от его тяжести).

КАК ОРГАНИЗОВАТЬ ИММУНИЗАЦИЮ Эксперты ВОЗ назвали принципы иммунизации детей во время пандемии.

- При сокращении или приостановке плановой иммунизации детей из-за пандемии COVID-19 рекомендуется при первой же возможности (то есть при улучшении эпидемиологической ситуации) возобновить проведение профилактических прививок.
- Приоритет — первичной вакцинации против коклюша, дифтерии, полиомиелита, менингококковой инфекции и кори комбинированными (поливалентными) вакцинами с широким спектром антигенов, чтобы уменьшить число визитов в клинику.
- Сокращение охвата рутинной иммунизацией диктует необходимость использования схем догоняющей вакцинации у детей любого возраста.
- Возобновление плановой и проведение догоняющей иммунизации выполняется с максимальным соблюдением принципов безопасности, исключающих заражение COVID-19 во время процедуры.
- Внедрение эффективных коммуникационных стратегий взаимодействия с населением позволит ослабить обеспокоенность и усилить доверие общества к вакцинации.

Необходимо выделить структурные подразделения и назначить должностных лиц, ответственных за программы иммунизации, в том числе за порядок и условия поддержания рутинной профилактической вакцинации детей. Ведь пандемия одной инфекции не может быть основанием для приостановки мер профилактики другой.

ПЯТЬ ПРОБЛЕМ ОРГАНОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Ряд трудностей, с которыми сталкиваются органы здравоохранения во время пандемии:

1. дефицит ресурсов служб здравоохранения из-за их перераспределения
2. сложность в организации прививочной работы в условиях карантина
3. отсутствие опыта проведения вакцинации во время пандемии
4. ограничение в передвижении пациентов
5. недостаточная осведомленность и беспокойство родителей о вакцинации

ГЛОБАЛЬНЫЙ ВЫЗОВ

Аллергия и COVID-19: как они совмещаются?

Текущая вспышка новой коронавирусной инфекции COVID-19, вызванная вирусом SARS-CoV-2, началась в декабре 2019 года в китайском городе Ухань. А уже 30 января 2020 года ВОЗ объявила пандемию COVID-19 чрезвычайной ситуацией в области мирового здравоохранения. С этого времени вирус продолжает быстро распространяться. Это самая опасная пандемия за последние 100 лет!



Юлия Григорьевна ЛЕВИНА

К.м.н., аллерголог-иммунолог, руководитель отдела клинической иммунологии и аллергологии НИИ педиатрии и охраны здоровья детей ФГБУЗ «Центральная клиническая больница РАН» Минобрнауки России



Камилла Евгеньевна ЭФЕНДИЕВА

К.м.н., аллерголог-иммунолог, заместитель руководителя по международным связям и образовательной деятельности, ведущий научный сотрудник НИИ педиатрии и охраны здоровья детей ФГБУЗ «Центральная клиническая больница РАН» Минобрнауки России



Константин Станиславович ВОЛКОВ

К.м.н., аллерголог-иммунолог, младший научный сотрудник НИИ педиатрии и охраны здоровья детей ФГБУЗ «Центральная клиническая больница РАН» Минобрнауки России

ОБОСТРЕНИЙ СТАЛО МЕНЬШЕ

По результатам эпидемиологических исследований, дети болеют новой коронавирусной инфекцией реже и, как правило, легче, чем взрослые. Распространенность COVID-19 в педиатрической популяции составляет 1–6%. Однако пациенты с сопутствующим ожирением, сахарным диабетом, болезнями сердечно-сосудистой системы, связанными с гиперкоагуляцией, в некоторых случаях могут нуждаться в госпитализации. Детская смертность составляет менее 0,1% всей летальности от COVID-19.

Первый педиатрический случай новой коронавирусной инфекции был зарегистрирован в литературе в январе 2020 года у 10-летнего мальчика из Шэньчжэня: его семья посетила Ухань. Более активный ответ защитной системы против коронавируса у детей, по сравнению со взрослыми, может быть связан с особенностями врожденного иммунитета и вакцинальным статусом.

Остается до конца неясным: являются ли аллергия и бронхиальная астма (БА) факторами риска заболевания и более тяжелого течения COVID-19? Астму первоначально считали прогностически неблагоприятным фактором заболеваемости и смертности от COVID-19. Однако в систематическом обзоре, посвященном этому вопросу, только в двух исследованиях БА или рецидивирующие свистящие хрипы рассматривались как фактор риска COVID-19. Авторы обзора пришли к выводу, что «практически нет данных о том, является ли детская астма фактором риска заражения SARS-CoV-2 или тяжелого течения COVID-19». Другие коронавирусные инфекции (тяжелый острый респираторный синдром, вызванный корона-

вирусами человека HCoV-229E и HCoV-OC43) не связаны с повышенным риском обострений астмы.

ЗАЩИТНЫЙ ЭФФЕКТ

По результатам наблюдений из Китая БА не была идентифицирована как фактор риска тяжелого течения COVID-19. Не исключено, что она может быть даже фактором защиты от заболевания новой коронавирусной инфекцией в связи с тем, что у детей с атопией снижена экспрессия ангиотензинпревращающего рецептора 2-го типа (ACE 2) в легких. Белок-шип (S-белок) на липидной оболочке SARS-CoV-2 использует ACE 2 как клеточный рецептор, когда вирус прикрепляется к клетке-хозяину. А праймирование белка-шипа осуществляется с помощью трансмембранной сериновой протеазы (TMPRSS 2). Более высокая экспрессия ACE 2 увеличивает восприимчивость к SARS-CoV-2 *in vitro*.

В исследованиях показано, что экспрессия ACE 2 снижается у пациентов с аллергической астмой и у тех, кто получает ингаляционные кортикостероиды. D. Jackson et al. по результатам исследования у детей и взрослых с БА показал, что, по всей видимости, более низкая восприимчивость к инфекции связана со снижением экспрессии гена ACE 2 в клетках дыхательных путей у данных пациентов, и был сделан вывод, что аллергические болезни и астма не являются факторами риска заражения и более тяжелого течения COVID-19.

Еще в одном исследовании сообщалось, что у пациентов, умерших от COVID-19, очень часто (81,2%) отмечалась эозинопения, считавшаяся прогностически неблагоприятным биомаркером. При сравнении 40 итальянских детей с COVID-19 и большой группы (120) детей с аллергией количество эозинофилов у детей-аллергиков было значительно выше ($p < 0,0001$), чем у пациентов с COVID-19. У 5 (12,5%) детей с COVID-19 число эозинофилов было равно нулю, одного из этих пациентов госпитализировали в реанимацию. В группе детей с COVID-19 было два аллергика с низким количеством эозинофилов. Представленные данные позволили предположить, что пациенты с аллергией и эозинофилией менее подвержены воздействию новой коронавирусной инфекции.

СОБСТВЕННЫЕ ДАННЫЕ

Для анализа респираторной заболеваемости и особенностей течения бронхиальной астмы у детей в период пандемии COVID-19 изучены данные 90 детей от 6 до 17 лет 11 месяцев (табл. 1). Исследование проведено на базе консультативного отделения консультативно-диагностического центра

НИИ педиатрии и охраны здоровья детей ЦКБ РАН с января 2019 по июнь 2020 года (следует напомнить, что с 29 марта по 9 июня 2020 года в Москве действовал режим самоизоляции).

В основной группе проанализированы сведения о 60 детях с диагнозом «бронхиальная астма». Преобладали мальчики (71,7%), средний возраст детей составил $11,8 \pm 3,3$ года. В контрольную группу включили 30 детей без признаков астмы (поровну мальчиков и девочек, средний возраст — $8,6 \pm 2,4$ года). В контрольной группе 60% детей не страдали аллергией, 40% имели какие-либо аллергические болезни.

При анализе сопутствующей аллергической патологии дети распределились следующим образом. В основной группе больные БА значительно чаще имели сопутствующий аллергический ринит по сравнению с контрольной группой (96,7 и 30,0% соответственно; $p < 0,001$). В основной группе у 56,7% была пищевая аллергия (ПА), у 15,0% — атопический дерматит (АтД). Поллинозом страдали 50% пациентов из основной и 7% — из контрольной групп.

Анализ вакцинального статуса показал, что значительно больше пациентов из основной группы (31,7%), по сравнению с контрольной (16,7%), были привиты от гриппа в осенне-зимний период 2019 года ($p = 0,002$). В основной группе было значительно больше детей с положительными аллергенспецифическими IgE-антителами. БА атопической

этиологии выявили у 93% детей, а 7% пациентов из основной группы не имели IgE-зависимой сенсibilизации. 13,3% детей из контрольной группы имели положительные аллерген-специфические IgE-антитела.

Данные об исходах в основной и контрольной группах получены на основании ретроспективно собранной информации из амбулаторных карт, а также дистанционного анкетирования по телефону в июне 2020 года по специальному опроснику с вопросами о сопутствующих заболеваниях, сенсibilизации к аллергенам, заболеваемости острыми респираторными инфекциями верхних и нижних дыхательных путей (ОРИ ВДП и НДП) в 2019 и 2020 годах, вакцинации от гриппа в основной и контрольной группах, а также о течении астмы, уровне контроля над ней, частоте обострений БА, приверженности терапии в 2019 и 2020 годах в основной группе. Оценивалось изменение заболеваемости респираторными инфекциями верхних и нижних дыхательных путей в период до пандемии в 2019-м и во время нее в 2020 году у детей с БА и без нее. В основной группе оценивалось изменение течения БА (уровень контроля, ступень базисной терапии, необходимость дополнительного лечения, количество обращений за неотложной помощью и потребность в госпитализации) в 2019 году и во время пандемии в 2020-м.

СТАЛИ МЕНЬШЕ БОЛЕТЬ

У большинства пациентов из основной и контрольной групп в период пандемии

Таблица 1. Характеристика пациентов

Показатель	Основная группа — дети с БА (n = 60)	Группа контроля — дети без БА (n = 30)	p-value
Пол (мальчики), абс. (%)	43 (71,7)	15 (50,0)	< 0,001
Пол (девочки), абс. (%)	17 (28,3)	15 (50,0)	< 0,001
Возраст, лет	$11,8 \pm 3,3$	$8,6 \pm 2,4$	< 0,001
Средняя масса тела, кг	$45,53 \pm 16,94$	$35,03 \pm 18,79$	0,010
Средний рост, см	152 ± 18	139 ± 19	0,007
Аллергические болезни, абс. (%):			
- аллергический ринит	58 (96,7)	9 (30)	< 0,001
- пищевая аллергия	34 (56,7)	5 (16,7)	< 0,001
- атопический дерматит	9 (15)	0	—
- поллиноз	30 (50)	2 (7)	< 0,001
Вакцинация от гриппа, пациентов (%)	31,7	16,7	0,002
Пациенты с положительными аллерген-специфическими IgE-антителами (%)	93,3	13,3	< 0,001

Таблица 2. Заболеваемость острыми респираторными инфекциями в 2019 и 2020 годах

События	Основная группа			Группа контроля		
	2019 год	2020 год	p-value	2019 год (нормированные показатели)	2020 год	p-value
Инфекции верхних дыхательных путей	1,48 ± 0,99	1,10 ± 1,20	0,008	1,38 ± 0,90	0,90 ± 1,00	0,007
Инфекции нижних дыхательных путей (в т. ч. бронхиты, пневмонии)	0,33 ± 0,50	0,20 ± 0,40	0,008	0,11 ± 0,22	0,10 ± 0,30	0,430
Эпизоды лихорадки	0,53 ± 0,59	0,30 ± 0,70	0,003	0,76 ± 0,74	0,40 ± 0,60	0,001
Госпитализации	0,09 ± 0,27	0,07 ± 0,20	0,270	0,07 ± 0,16	0,10 ± 0,30	0,300
Обращения за неотложной помощью	0,69 ± 0,92	0,50 ± 0,90	0,010	0,39 ± 0,56	0,30 ± 0,50	0,140

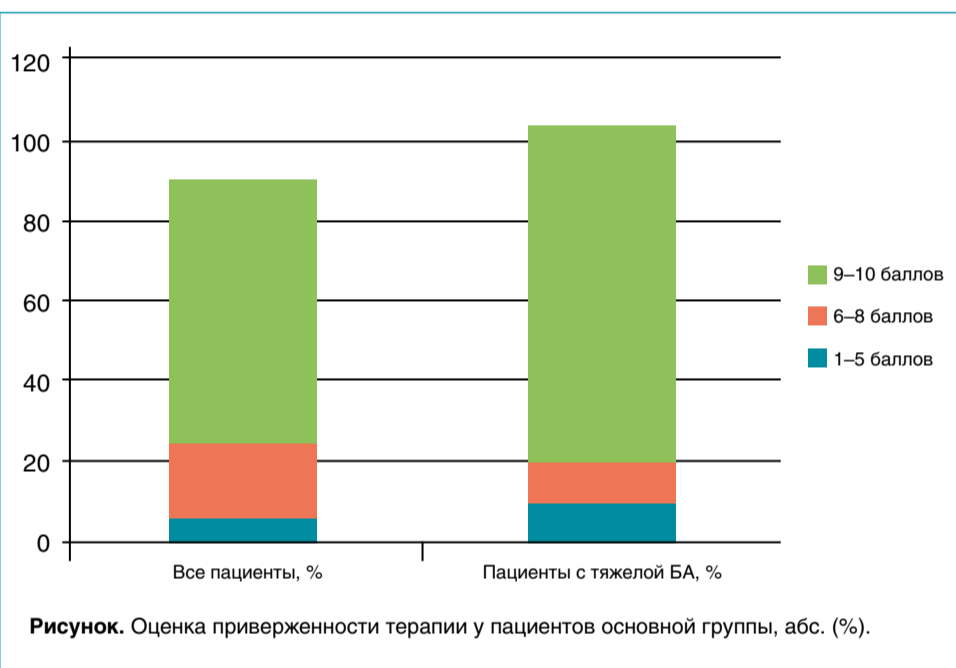


Рисунок. Оценка приверженности терапии у пациентов основной группы, абс. (%).

COVID-19 в 2020 году, в том числе на фоне соблюдения режима самоизоляции, статистически значимо уменьшилась частота респираторных инфекций по сравнению с 2019-м (табл. 2). Так, у 77% детей из основной группы, в том числе у 76,5% с тяжелой персистирующей неконтролируемой астмой, и у 90% — из группы контроля частота инфекций ВДП уменьшилась или осталась на прежнем уровне. В основной группе детей с БА частота инфекций ВДП уменьшилась у 43 (72%) детей в среднем на 53%, в контрольной группе — у 26 (86%) ребят в среднем на 62%. Частота инфекций нижних дыхательных путей, в том числе бронхитов, пневмоний, уменьшилась или осталась на прежнем уровне у 90% детей из основной и контрольной групп. Так, у 22 (37%) детей с БА частота инфекций нижних дыхательных путей снизилась в среднем на 61%, у 6 (20%) детей из контрольной группы она уменьшилась на 100%. В основной группе статистически значимо сократилось число вызовов неотложной помощи в 2020 году ($p = 0,010$). Частота эпизодов лихорадки и обращений за неотложной помощью в связи с какими-либо изменениями в состоянии здоровья уменьшилась или осталась на прежнем уровне у 82% детей из основной и у 80% — из контрольной группы. Частота госпитализаций в связи с какими-либо изменениями в состоянии здоровья уменьшилась или осталась на прежнем уровне у 95% детей из основной группы и у 90% — контрольной.

В основной группе 22% детей имели БА легкого интермиттирующего, 35% — легкого персистирующего, 15% — средне-

тяжелого персистирующего и 28% — тяжелого персистирующего течения (см. рис.).

В период пандемии COVID-19 в 2020 году, по сравнению с 2019-м, уровень терапии БА не изменился у 44 (73,3%) пациентов, степень терапии БА повысилась у 6 (10,0%) и понизилась у 10 (16,7%) пациентов.

В 2019 году по результатам теста по контролю над астмой у 57% детей она контролировалась полностью (20 баллов и выше), у 42% основной группы — недостаточно эффективно (19 баллов и ниже). В 2020 году в период пандемии COVID-19 БА контролировалась полностью у большинства (82%) пациентов (20 баллов и выше) и недостаточно эффективно — в 18% (19 баллов и ниже) случаев.

В 2020 году в основной группе 14 детей вели ежедневный дневник пикфлоуметрии, ее показатели у всех были выше на 80% от должного, средние показатели пиковой скорости вдоха (ПСВ) составили $115,8 \pm 19,8\%$ должных значений. Обратимость бронхиальной обструкции (увеличение ОФВ1 по крайней мере на 12% и 200 мл после ингаляции с бронходилататором) выявлена у 10 (20%) пациентов основной группы в 2019 году. В период пандемии показатели ОФВ1 до пробы с бронхолитиком статистически значимо улучшились по сравнению с аналогичными показателями в 2019 году ($p < 0,001$).

В 2019 году у 22 пациентов с БА легкой и средней степени тяжести проанализированы показатели уровня оксида

азота (FeNO) в выдыхаемом воздухе. Значения медианы и квартилей уровня FeNO составили 19,50 (7,25; 70,25) ppb. У 11 (50%) пациентов показатели оксида азота в выдыхаемом воздухе были повышены, у 2 (9%) пациентов были умеренно высокие показатели в диапазоне 20–35 ppb, у 9 (41%) пациентов выявлялся высокий уровень оксида азота в выдыхаемом воздухе (более 35 ppb).

У пациентов из основной группы с легким и среднетяжелым течением БА и участников из контрольной группы проанализированы показатели уровня

эозинофилов в крови. Значения медианы и квартилей уровня абсолютного количества эозинофилов в основной группе составили 0,27 (0,20; 0,40), в контрольной группе — 0,10 (0,10; 0,20), уровня относительного количества эозинофилов (в процентах) — 5,00 (3,07; 5,95) и 2,10 (1,30; 4,80) соответственно. Уровень абсолютного количества эозинофилов в крови был достоверно выше в основной группе пациентов с БА в сравнении с контрольной ($p = 0,036$) (табл. 3). Абсолютная эозинофилия отмечалась у 21,1% пациентов основной группы и у 7,0% — контрольной. Относительная эозинофилия отмечалась у 30,0% пациентов основной группы, у 17,2% — группы контроля.

БЛАГОПРИЯТНОЕ ТЕЧЕНИЕ

Обратимся к данным о течении астмы у пациентов из основной группы в 2019 и 2020 годах. У 46 (77%) из них (в том числе у 53% с тяжелой персистирующей БА) в 2020 году уменьшилось или не изменилось количество симптомов, требовавших увеличения объема терапии (ингаляций β_2 -агониста или увеличения дозы ингаляционных глюкокортикостероидов, применения системного кортикостероида или добавления монтелукаста). У 10 (23%) пациентов основной группы с БА легкого и среднетяжелого течения не отмечалось симптомов, требовавших увеличения объема терапии, как в 2019, так и в 2020 году. У 27 (63%) больных с БА легкого и среднетяжелого течения

Продолжение на стр. 9 ▶

Научные разработки, меняющие жизни пациентов

Прорывные открытия, меняющие жизни пациентов лежат в основе всего, что мы делаем. Мы остаемся верны нашей миссии открывать, разрабатывать и обеспечивать пациентов инновационными технологиями, которые помогают им справиться с серьезными заболеваниями, и никогда не изменим своей цели – дарить надежду людям по всему миру.

Bristol Myers Squibb™

Подробнее узнать о нас вы можете на сайте [BMS.com](https://www.bms.com).

NORU2002495-01

Реклама

ТРЕТЬЯ ЛИНИЯ



Вера
Геннадьевна
КАЛУГИНА

Аллерголог-иммунолог, член Союза педиатров России и Европейской академии аллергологии и клинической иммунологии, научный сотрудник НИИ педиатрии и охраны здоровья детей ФГБУЗ «Центральная клиническая больница РАН» Минобрнауки России



Елена
Александровна
ВИШНЕВА

Д.м.н., доцент ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России, зам. директора по научной работе, зав. отделом стандартизации и клинической фармакологии НИИ педиатрии и охраны здоровья детей ФГБУЗ «Центральная клиническая больница РАН» Минобрнауки России



Анна
Александровна
АЛЕКСЕЕВА

К.м.н., аллерголог-иммунолог, педиатр, зав. многопрофильным педиатрическим дневным стационаром, ведущий научный сотрудник НИИ педиатрии и охраны здоровья детей ФГБУЗ «Центральная клиническая больница РАН» Минобрнауки России

РЕАЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ

В первых рандомизированных клинических исследованиях эффективности омализумаба при ХСК (ASTERIA I, ASTERIA II, GLACIAL) исчезновение симптомов крапивницы к 12 неделям отмечалось у 36, 53 и 33% пациентов соответственно. Все они получали 300 мг препарата в дополнение к стандартной терапии. Его эффективность в реальной клинической практике оказалась фактически 90%. Минимальный рекомендованный курс терапии омализумабом при ХСК — полгода (300 мг раз в 4 недели).

Специальные исследования эффективности препарата среди подростков с ХСК ранее не проводились, хотя он и показан для лечения детей старше 12 лет с этим диагнозом. Рекомендации по длительности применения омализумаба при ХСК отсутствуют, неизвестны точные предикторы его эффективности у детей. Вместе с тем, по некоторым данным, у 30–80% пациентов с ХСК в течение 3–5 лет может возникнуть спонтанная ремиссия и без применения биологической терапии.

ДИЗАЙН ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ эффективности и безопасности терапии, включавшей только омализумаб, через 3 и 6 месяцев лечения у подростков с ХСК 12 лет и старше публиковался ранее. Проведено сравнительное наблюдательное исследование больных с ХСК в двух

Хроническая крапивница: ЧТО НОВОГО?

Хотя хроническая спонтанная крапивница (ХСК) нечасто встречается в педиатрической практике, она всегда снижает качество жизни ребенка и семьи в целом. В современных клинических рекомендациях принят ступенчатый подход к терапии этого заболевания. В качестве основной группы лекарственных средств тут выступают H_1 -антигистаминные препараты второго поколения (АГП). Их дозировку по решению врачебной комиссии допустимо увеличить вдвое, если стандартная доза неэффективна. Однако от 30 до 50% пациентов с ХСК демонстрируют резистентность к АГП. В этих случаях приходится прибегать к третьей линии терапии ХСК, используя омализумаб (анти-IgE моноклональное антитело).

независимо сформированных выборках с сентября 2016 по ноябрь 2019 года. Основная группа «стандартная терапия + омализумаб» создавалась в рамках клинической апробации препарата для 6-месячной терапии больных 12–17 лет с ХСК. Группу стандартной терапии ХСК (контрольную) сформировали на основании ретроспективно собранной информации. Исходы в обеих группах отслеживались через 6 месяцев методом анализа данных медицинской документации и через 36 месяцев путем опроса по телефону.

В основную группу включали больных в возрасте 12–17 лет с ХСК длительностью не менее 3 месяцев, неконтролируемой АГП. В контрольную группу вошли больные 1–17 лет с ХСК, неконтролируемой или недостаточно контролируемой АГП в стандартной дозировке или выше и (или) иммунодепрессантами не менее 3 месяцев. Тяжелой считали ХСК при индексе активности крапивницы за предшествовавшие 7 суток (ИАК7), равном 16 и более баллов. Как среднетяжелую или недостаточно контролируемую расценивали крапивницу при уровне ИАК7 8 и более баллов. Омализумаб (300 мг раз в 4 недели подкожно в течение 6 месяцев) применяли в дополнение к АГП.

ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

В основную группу исследования вошли 17 больных, получавших омализумаб в течение 6 месяцев, а в контрольную — 41 пациент с ХСК. Сравнительная клиническая характеристика обеих групп представлена в таблице 1. Сопутствующие хронические заболевания чаще наблюдались у детей из контрольной группы. Всех пациентов обследовали на глистную инвазию, а также системные и аутоиммунные заболевания с отрицательным результатом. Анализ терапии показал, что пациентам в группе омализумаба достоверно чаще назначался левоцетиризин, а в контрольной группе — цетиризин. В основной группе только двое детей получали иммунодепрессанты, а дополнительная терапия монтелукастом хотя бы раз за время

болезни проводилась 10 пациентам. Девяти больным из контрольной группы дополнительно назначался кетотифен на длительный срок, но без эффекта.

Через 6 месяцев терапии полный контроль над болезнью (ИАК7 = 0) достигнут у 3/4 пациентов, получавших омализумаб, и ни у одного из контрольной группы

(табл. 2). Через 36 месяцев контроль над болезнью удалось сохранить у более половины пациентов из основной группы и достичь у каждого третьего в контрольной. У 4 человек, получавших омализумаб, после завершения терапии ГИПБ возник рецидив заболевания. Разница в количественной оценке активности болезни по ИАК7 между сравниваемыми группами

Таблица 1. Характеристика пациентов с ХСК

Показатели	Основная группа, n = 17	Контрольная группа, n = 41	p
Пол (женский / мужской), абс. (%)	9 / 8 (53)	20 / 21 (49)	0,500
Возраст, лет	16 (14; 16)	8 (4; 13)	0,001
Длительность хронической крапивницы, мес.	30 (8,5; 66)	8 (6; 21)	0,014
Аллергологический анамнез, абс. (%):	7 (41)	22 (54)	0,387
• аллергический риносинусит	6 (35)	12 (29)	
• лекарственная аллергия	3 (18)	4 (10)	
• атопический дерматит	2 (12)	4 (10)	
• пищевая аллергия	2 (12)	6 (15)	
• проявления бронхиальной астмы	1 (6)	5 (12)	
Наследственный анамнез ¹ , абс. (%):	13 (77)	20 (49)	0,268
• по хронической крапивнице	4 (24)	6 (15)	
Сенсибилизация к аллергенам, абс. (%)	7 (41)	10 (24)	0,401
Сопутствующая хроническая патология, абс. (%):	13 (76)	16 (39)	0,009
• болезни ЖКТ	7 (41)	11 (27)	0,372
• болезни щитовидной железы	3 (18)	3 (7)	0,372
• болезни кожи	2 (12)	1 (2,4)	0,216
• болезни ЛОР-органов	2 (12)	4 (10)	1,000
• селективный дефицит IgA	1 (6)	0 (0)	
Сопутствующая терапия ХСК, абс. (%) ² :			
• левоцетиризин (5 / 10 мг)	11 (9 / 2) (65)	5 (5 / 0) (12)	0,000
• эбастин (20 мг)	2 (12)	0 (0)	
• циклоспорин	2 (12)	0 (0)	
• комбинации препаратов	4 (24)	0 (0)	
• цетиризин (10 / 20 мг)	1 (1 / 0) (6)	34 (29 / 5) (83)	0,000
• дезлоратадин 5 мг	0 (0)	3 (7)	
• кетотифен	0 (0)	9 (22)	
Общий IgE, г/л	82 (11,5; 598)	65 (25,5; 181,5)	0,912
Использование ГКС до лечения, абс. (%)	7 (41)	19 (46)	0,719

Примечание: ¹ случаи аллергических заболеваний у близких родственников; ² терапия актуальна на момент первичной консультации и включения в исследование.

Хотя у пациентов с ХСК иногда развивается спонтанная ремиссия, спрогнозировать изменение курса болезни и предугадать сроки не представляется возможным. Омализумаб позволяет быстрее достичь ремиссии при ХСК тяжелого персистирующего течения

Таблица 2. Основные показатели терапии через 6 и 36 месяцев после начала исследования в основной и контрольной группах

Показатели	Основная группа, n = 17	Контрольная группа, n = 41	p
Ремиссия, абс. (%)			
• через 6 мес	13 (76)	0	0,001
• через 36 мес	9 (53)	13 (32)	0,129
ИАК7, баллов			
• исходно	16 (16; 18)	13 (10; 16)	0,001
• через 6 мес	0 (0; 1)	13 (10; 16)	0,001
• через 36 мес	0 (0; 8,5)	8 (0; 13)	0,076

Примечание: основная группа — больные с ХСК, получившие в дополнение к стандартной терапии омализумаб; контрольная группа — больные с ХСК только на стандартной терапии; ремиссия — достижение оценки активности крапивницы ИАК7 = 0.

сохранялась до полугода терапии. К 36 месяцам после начала исследования статистически значимых различий между группами не обнаружено. В течение 36 месяцев наблюдения частота обострений, потребовавших применения системных ГКС, значительно снизилась в контрольной группе по сравнению с основной — с 19 (46%) до 8 (20%) и с 7 (41%) до 1 (6%) соответственно. Однако при сравнении групп между собой статистически значимых различий не обнаружено (p = 0,258). Нежелательных реакций

на введение омализумаба в течение 6 месяцев зафиксировано не было.

Из группы пациентов, получавших только антигистаминные препараты, отобрали 17 детей с ХСК тяжелого течения для сравнения с равнозначной по количеству участников группой пациентов, получавших омализумаб. Пациенты основной группы были сопоставимы по уровню общего IgE, полу, длительности заболевания, по частоте встречаемости аллергозов у родст-

венников и частоте применения ГКС до включения в исследование. Вместе с тем сравниваемые группы отличались по возрасту — он был выше в основной группе. Характеристика этой подгруппы представлена в таблице 3. Все дети с ХСК получали АГП, в основной группе чаще применялся цетиризин в отличие от группы омализумаба, где по большей части назначался левоцетиризин. Системные ГКС за последний год до включения в исследование получали 5 (29%) человек.

При анализе результатов исследования через 6 месяцев терапии частота достижения ремиссии оказалась достоверно выше у пациентов из основной подгруппы — это 13 человек с ИАК7 = 0. В контрольной подгруппе значение ИАК7, равное нулю, не было зафиксировано ни у одного пациента (при сравнении p = 0,000). В группе омализумаба значимо снизился показатель ИАК7, составивший 0 баллов, в отличие от группы АГП2, где он сохранялся практически на прежнем уровне (p = 0,000). Через 36 месяцев наблюдения в обеих подгруппах зафиксированы случаи ремиссии заболевания, но значимых различий не выявлено (p = 0,163). Следует заметить, что через 36 месяцев наблюдения в подгруппе пациентов, получавших омализумаб, уровень ИАК7 был достоверно ниже по сравнению с подгруппой стандартной терапии (16 [0; 20]) баллов; p = 0,019), чего не замечено при анализе данных основных групп исследования. В обеих подгруппах через 36 месяцев наблюдения снизилась частота применения ГКС.

ПОДВЕДЕНИЕ ИТОГОВ

При сравнении результатов в группах пациентов с ХСК нами было показано, что добавление омализумаба к терапии антигистаминными препаратами ведет к регрессу симптомов крапивницы, достижению ремиссии и, как следствие, скорейшему повышению качества жизни детей. Однако данные долгосрочного наблюдения свидетельствуют о том, что до 24% пациентов (4 человека) испытывали возвращение симптомов крапивницы после отмены терапии омализумабом. Кроме того, в группе пациентов, получавших только антигистаминные препараты, у 13 (32%) отмечалась спонтанная ремиссия ХСК в течение 36 месяцев наблюдения.

В обеих группах и подгруппах единичному числу пациентов лечащие врачи назначали двукратно увеличенную дозировку АГП, что, возможно, улучшило бы течение болезни. Наши данные по эффективности

омализумаба при лечении ХСК согласуются с мировыми результатами реальной клинической практики. Однако при оценке результатов долгосрочного наблюдения за пациентами достоверных различий в частоте достижения ремиссии в течение 3 лет в двух группах обнаружено не было. В подгруппе получавших омализумаб долгосрочный эффект лечения был лучше и симптомы через 3 года наблюдения были не столь тяжелыми, о чем свидетельствует достоверно более низкое значение ИАК7.

Однако известно, что многим пациентам недостаточно минимально рекомендуемого курса лечения омализумабом. Ведь даже при хорошем ответе на лечение у некоторых из них спустя 6–12 месяцев после окончания терапии омализумабом развивается рецидив крапивницы. До сих пор нет строгих рекомендаций относительно длительности применения омализумаба при ХСК. Схемы постепенного снижения дозировки препарата также широко изучены не были, хотя такой алгоритм был предложен. Существует мнение, что при эффективности омализумаба терапию им следует продолжать, насколько это возможно, для достижения стойкой ремиссии [17]. По мнению ряда исследователей, если ремиссия ХСК сохраняется в течение 8 недель, терапию ГИБП можно прекратить [18].

В нашем исследовании у 31% пациентов контрольной группы, получавших только антигистаминные препараты, в течение 3 лет наблюдения зафиксировано наступление спонтанной ремиссии. Аналогичный прогноз определен в исследовании Sahiner и соавт., где в течение 3 лет практически у трети детей с ХСК также развивалась ремиссия. В работе Nigam и соавт. частота ремиссии крапивницы через 12, 24 и 60 месяцев наблюдения составила 36,6, 51,2 и 66,1% соответственно.

Омализумаб — эффективное и безопасное средство терапии ХСК у детей. Наши результаты свидетельствуют о том, что его использование позволяет быстрее достичь ремиссии у пациентов с ХСК тяжелого персистирующего течения. Несмотря на то что иногда у пациентов с ХСК отмечают развитие спонтанной ремиссии, спрогнозировать изменение курса болезни и предугадать сроки не представляется возможным. Терапия омализумабом улучшает течение заболевания и качество жизни детей с тяжелой ХСК в долгосрочной перспективе. Однако важным вопросом остается доступность терапии омализумабом для детей с ХСК.

Список литературы находится в редакции

Таблица 3. Сравнение по основным исходным характеристикам подгруппы пациентов с тяжелой крапивницей, получавших омализумаб, с подгруппой больных на стандартной терапии

Показатели	Основная группа, n = 17	Контрольная группа, n = 17	p
Общий IgE, г/л	82 (11,5; 598)	98 (42; 277)	0,558
Возраст, лет	16 (13; 16)	12 (7; 14)	0,000
Пол (женский / мужской), абс.	9 / 8	6 / 11	0,300
Длительность заболевания, мес	30 (8,8; 66)	8 (6; 26)	0,101
Наследственность по аллергическим заболеваниям, абс.	13	8	0,300
Использование ГКС до лечения, абс.	7	5	0,473
Сопутствующая терапия хронической крапивницы, абс.:			
• левоцетиризин (5 / 10 мг)	11 (9 / 2)	2 (2 / 0)	
• эбастин (20 мг)	2	0	
• циклоспорин	2	0	
• комбинации препаратов	4	0	
• цетиризин (10 / 20 мг)	1 (1 / 0)	12 (9 / 3)	
• дезлоратадин 5 мг	0	1	
• кетотифен	0	4	

Примечание: ГКС — глюкокортикостероиды.



НЕ ПРОСТО ИЗДАТЕЛЬСТВО – СООБЩЕСТВО МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ

www.abvpress.ru

ГАЗЕТЫ

Урология сегодня

Онкология Сегодня

СОВРЕМЕННАЯ КАРДИОЛОГИЯ

ПЕДИАТРИЯ СЕГОДНЯ

Московская Эндокринология СЕГОДНЯ

Акушерство и гинекология

НЕВРОЛОГИЯ СЕГОДНЯ

ОНКОУРОЛОГИЯ

ОНКО ГЕМАТОЛОГИЯ

АНДРОЛОГИЯ И ГЕНИТАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ

Нервно-мышечные БОЛЕЗНИ

ОПУХОЛИ ЖЕНСКОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ

УСПЕХИ МОЛЕКУЛЯРНОЙ ОНКОЛОГИИ

Тазовая хирургия и онкология

ОНКО ПАТОЛОГИЯ

ДЕТСКОЙ НЕВРОЛОГИИ

Опухоли ГОЛОВЫ и ШЕИ

НЕЙРОХИРУРГИЯ

МЕДИЦИНСКИЙ ТУРИЗМ

КЛИНИЦИСТ

Российский Биотерапевтический Журнал

ЖУРНАЛЫ

ОНКО ПАТОЛОГИЯ

ДЕТСКОЙ НЕВРОЛОГИИ

МЕДИЦИНСКИЙ ТУРИЗМ

КЛИНИЦИСТ

Российский Биотерапевтический Журнал

Реклама

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ



Лейла
Сеймуровна
НАМАЗОВА-БАРАНОВА

Д.м.н., профессор, академик РАН, зав. кафедрой факультетской педиатрии педиатрического факультета ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России, руководитель НИИ педиатрии и охраны здоровья детей ФГБУЗ «Центральная клиническая больница РАН» Минобрнауки России, главный внештатный детский специалист по профилактической медицине Минздрава России, президент Союза педиатров России



Александр
Александрович
БАРАНОВ

Д.м.н., профессор, академик РАН, советник руководителя НИИ педиатрии и охраны здоровья детей ФГБУЗ «Центральная клиническая больница РАН» Минобрнауки России, профессор кафедры педиатрии и детской ревматологии Клинического института детского здоровья имени Н.Ф. Филатова ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Минздрава России

НАЙДИТЕ ТРИ ОТЛИЧИЯ

Во-первых, это учреждение не относится к системе здравоохранения (Минздраву России или Департаменту здравоохранения Москвы), а является единственным институтом педиатрического профиля в структуре Министерства науки и высшего образования России. Соответственно оно работает не по ОМС, а в части госзадания по науке. Это значит, что детей обследуют и лечат бесплатно в рамках научных изысканий в области детского здоровья, поэтому никакие направляющие документы из районных поликлиник ее нужны.

Во-вторых, для запуска такого неординарного научно-медицинского учреждения очень важны правильно подобранные кадры. Их потенциала должно хватить, чтобы совершить запланированный рывок, воплотив в жизнь и прорывную науку в области педиатрии, и высокие стандарты оказания детям медицинской помощи, основанной на последних достижениях этой науки. Для реализации весьма амбициозной цели управляемого прогнозируемого развития здорового ребенка действительно нужны уникальные специалисты. В штате института, насчитывающем более 120 лучших педиатров страны, трудятся два академика и профессор РАН, 32 кандидата и 12 докторов медицинских наук (и столько же профессоров). Причем молодые ученые составляют более трети всех научных работников.

В-третьих, в связи с тем, что НИИ — часть Минобрнауки России, была изменена и сама концепция научно-практической работы учреждения. Ведь как все происходит в обычной медицинской организации? Основное внимание — оказанию медицинской помощи. Вот и сидят под дверями специалистов родители с детьми, погружившись в гаджеты. А в этом институте все устроено по-другому! Здесь решили активно заняться образованием детей и родителей в промежутках между проведением консультаций, обследований, профилактических и реабилитационных мероприятий. Так родилась концепция имплементации образовательного процесса в комплекс оказания медицинской (а вернее, плексной медико-психо-

Медицинский центр, какого еще не было

Совсем недавно в ЮЗАО по адресу ул. Фотиевой, 10, стр. 1 распахнул двери новый консультативный медицинский центр для детей и их родителей. Речь идет о Научно-исследовательском институте педиатрии и охраны здоровья детей Центральной клинической больницы Российской академии наук. Это настолько необычное учреждение, что мы решили рассказать о нем нашим читателям.

лого-педагогической или медико-социальной) помощи, реализованная через художественное оформление интерьеров здания. Для этого использовали каждую свободную поверхность! Оформление научно-клинических подразделений на четырех этажах корпуса раскрывает детям тему эволюции в разных ее проявлениях — эволюции макро- и микромира, жизни и искусства. Связующей все этажи визуальной идеей стала нить ДНК — та самая спираль эволюции и самый узнаваемый символ развития человечества. Этот не имеющий аналогов проект реализован совместно с учащимися одного из художественных училищ Москвы.

и современности. Галерея живописи знакомила детей и родителей с великими полотнами, позволяя совершить увлекательное путешествие в различные эпохи и погрузиться в разные стили. Идея приобщить подрастающее поколение к мировому художественному наследию без выезда в музей мира воплощена на стенах подразделения орфанных болезней и профилактики инвалидизирующих заболеваний, в центре оказания медицинской помощи пациентам с очень редкими генетическими болезнями глаз — врожденной аниридией WAGR-синдромом, а также в отделе разработки научных подходов к иммунизации пациентов

о строении всего живого и позволил заглянуть в сокровенные глубины природы. Неслучайно именно здесь расположились отделы инновационных диагностических методов исследования, научных проблем нефроурологии и метаболических нарушений, научных основ гемостаза и детской дерматологии.

Тема развития продолжается и на третьем этаже, где изображена эволюция макромира с последовательно меняющимися взглядами человечества на устройство мироздания, систему небесных координат, созвездия, черные дыры, образование Вселенной и Солнечной системы, пла-



В НИИ педиатрии и охраны здоровья детей ЦКБ РАН трудится молодой, но опытный, высококвалифицированный и креативный коллектив. Родители с детьми не скучают у дверей кабинетов в ожидании приема, а повышают свой образовательный уровень



ПРИБЛИЖЕНИЕ К ИСКУССТВУ

Первый этаж олицетворяет становление искусства на протяжении всего развития человечества. Представлены основные периоды и стили — от примитивной наскальной живописи первобытных людей, античных примеров этрусской и минойской цивилизаций, произведений Римской империи до шедевров мирового изобразительного искусства Средневековья, эпохи Возрождения

с отклонениями в состоянии здоровья и хроническими болезнями.

СПИРАЛЬ ЭВОЛЮЦИИ

На втором этаже здания прослеживается эволюция микромира — животного и растительного, а также представлений человечества о нем. Невидимый невооруженным глазом, он стал доступен человеку с открытием микроскопа. Этот прибор изменил представление ученых

неты, кометы, фазы луны... Здесь же можно узнать об истории летательных аппаратов — от первых удачных приспособлений, позволявших людям подниматься в воздух, до современных космических носителей.

Познакомиться с макромиром могут все пациенты подразделений оториноларингологии и сурдологии с группой анестезиологии и реанимации, отдела

клинической иммунологии и аллергологии, многопрофильного педиатрического и хирургического дневного стационара. Но больше всего детям и родителям нравится четвертый этаж, посвященный эволюции форм жизни на земле. Здесь поэтапно представлена флора и фауна различных эпох, начиная с архейской эры зарождения жизни, триасового, юрского и мелового периодов, когда обитали динозавры. На стенах сначала чуть заметно, а затем все ярче и ярче выведена спиралевидная нить ДНК — ключевой связующий элемент, проходящий через все периоды жизни и одновременно символизирующий единую научно-биологическую составляющую всего сущего. Символ спирали эволюции изображен в виде мазков кисти на первом этаже, скоплений микроорганизмов — на втором, цепочки звезд Млечного Пути — на третьем и собственно нити ДНК — на четвертом этаже института.

Рука человека, поддерживающая эту нить, завершает художественное обрамление последнего этажа, напоминая об ответ-

ственности людей, как высшей формы организации жизни на Земле, за все, что происходит с планетой. При этом рукотворные наскальные изображения, венчающие визуальный образ спирали эволюции живого мира, закладывают общую идею оформления. Они возвращают нас к эволюции искусства, с которой начинаются художественные образы первого этажа, как и движение любого пациента по институту. Вполне логично, что на четвертом этаже расположились отдел развития мозга в онтогенезе, формирования когнитивных функций и нейробиологии, Академия когнитивного здоровья, подразделения прекоцепционной, антенатальной и неонатальной медицины, социальной педиатрии и организации мультидисциплинарного сопровождения детей, стандартизации и изучения основ доказательной медицины, научно-информационного развития.

НИИ педиатрии и охраны здоровья детей ФГБУЗ «Центральная клиническая больница РАН» станет научно-методической площадкой по разработке стратегии оздо-



вления нации на основе технологий программирования здоровья детей, подростков и молодежи, а также комплекса мероприятий по сохранению репродуктивного здоровья, интеллектуального и трудового потенциала нации. На базе консультативно-диагностического центра для

детей и членов их семей планируется внедрение в реальную клиническую практику инновационных разработок и для маленьких пациентов, и для тех, кто постарше. Эти разработки осуществлены целым рядом научных институтов, подведомственных Минобрнауки России.

ГЛОБАЛЬНЫЙ ВЫЗОВ

Аллергия и COVID-19: как они совмещаются?

Начало на стр. 4

Дети с аллергическими заболеваниями (бронхиальная астма, аллергический ринит, атопический дерматит, поллиноз и др.), получающие базисную терапию и избегающие обострений, не выделяются педиатрами в группу риска по коронавирусной инфекции

количество симптомов в 2020 году уменьшилось, по сравнению с 2019-м, в среднем на 0,68 случая. Увеличилось количество симптомов, потребовавших дополнительной терапии у 6 (14%) пациентов с БА легкого и средне тяжелого течения, в среднем на 2,24 случая.

В основной группе у 8 (47%) пациентов с тяжелой персистирующей астмой количество симптомов, потребовавших дополнительной терапии, в среднем увеличилось на 1,81 случая в 2020 году, уменьшилось у 6 (35%) пациентов, осталось на прежнем уровне у 3 (17%) пациентов. У 98% пациентов уменьшилось или не изменилось количество обострений, потребовавших применения системного кортикостероида ≥ 48 часов, или неотложной помощи, или госпитализации. У детей с тяжелой астмой в период пандемии статистически значимо снизилось количество госпитализаций из-за астмы ($p < 0,060$). Дети с тяжелой персистирующей неконтролируемой БА, находящиеся на пятой ступени терапии, не получали в течение 2 месяцев в период самоизоляции (апрель и май) генно-инженерный препарат омализумаб.

Приверженность терапии оценивалась врачом в баллах — от 1 (отсутствие) до 10 (полная приверженность) на основании ответов на вопрос: «Сколько раз ребенок не получал препарат базисной терапии

за последнюю неделю?» У 65% всех пациентов основной группы (у 82,4% с тяжелым персистирующим течением БА) приверженность терапии составила 9–10 баллов (см. рис.). Не получали базисную терапию 10% больных.

Период самоизоляции во время пандемии COVID-19 совпал по времени с весенним пылением деревьев в средней полосе России. У большинства (83%) пациентов была выявлена сенсibilизация к аллергенам пыльцы березы и ольхи.

В 2020 году в Москве пыление ольхи началось с конца февраля и продолжалось до начала мая, пыление березы началось в середине апреля и продолжалось до конца мая.

В мае в связи с холодной погодой пыление березы было не столь активным,

концентрация пыльцы березы в воздухе большую часть времени оставалась невысокой. В основной группе 22 (37%) пациента получали аллерген-специфическую иммунотерапию с причинно-значимыми аллергенами. Из них 86% пациентов получали АСИТ с аллергенами пыльцы деревьев, 5% — с аллергенами пыльцы злаковых трав, 9% — с аллергенами клещей домашней пыли. В период пандемии COVID-19 АСИТ была продолжена по схеме под наблюдением лечащего аллерголога.

ПАРАДОКСЫ САМОИЗОЛЯЦИИ

По данным опроса, со слов родителей, в период самоизоляции ни у кого из детей не был диагностирован COVID-19. Один пациент с БА тяжелого неконтролируемого течения находился в контакте с матерью, которая болела COVID-19, однако у него самого симптомов новой коронавирусной инфекции не было.

Далее, в июне 2020 года, после завершения периода самоизоляции одна пациентка с БА среднетяжелого персистирующего течения перенесла COVID-19 в легкой форме, обострения астмы на фоне заболевания не отмечалось.

Результаты нашего наблюдения показали, что в период пандемии с января по июнь 2020 года, в том числе на фоне самоизоляции, дети с БА и без нее меньше болели респираторными инфекциями верхних и нижних дыхательных путей, уменьшились частота эпизодов лихорадки, количество обращений за неотложной помощью и госпитализаций

в связи с какими-либо изменениями в состоянии здоровья. Учитывая, что ОРИ часто служат триггером обострения БА, уменьшение их количества, по нашему мнению, привело к сокращению частоты симптомов, требовавших увеличения объема терапии (ингаляций β_2 -агониста или увеличения дозы ИГКС, добавления монтелукаста или системного кортикостероида). Кроме того, в период пандемии родители пациентов с БА были обеспокоены риском заражения и более тяжелого течения COVID-19, всем пациентам было рекомендовано продолжать базисную терапию в полном объеме.

Полученные нами данные позволили сделать вывод, что аллергия может являться своеобразной защитой от новой коронавирусной инфекции, дети с атопией и (или) бронхиальной астмой, вероятно, менее подвержены воздействию SARS-CoV-2. Дети, страдающие бронхиальной астмой и аллергией, по всей видимости, не входят в группу высокого риска заражения новой коронавирусной инфекцией так же, как и здоровые дети. Соблюдение самоизоляции, социальное дистанцирование в период пандемии COVID-19, не очень активное пыление деревьев в весенний сезон 2020 года, хорошая приверженность базисной терапии в группе детей с БА привели к уменьшению количества респираторных инфекций, обострений БА, улучшению контроля над заболеванием.

Проведенное исследование показало, что терапия ингаляционными глюкокортикостероидами в различных дозах, а также аллерген-специфическая иммунотерапия не являются факторами риска заражения новой коронавирусной инфекцией. Учитывая тот факт, что неконтролируемая астма является фактором риска тяжелого течения COVID-19, поддержание контроля над болезнью является ключевым фактором успешного ведения пациентов с данной патологией. Необходимо дальнейшее наблюдение за пациентами с БА и другой аллергической патологией в период пандемии COVID-19.

Таблица 3. Уровень эозинофилов в крови

Эозинофилы	Основная группа	Контрольная группа	Референтные пределы лаборатории	p-value
Абс. $\times 10^9$ л	0,27 (0,20; 0,40)	0,10 (0,10; 0,20)	0,02–0,65	0,036
Процент	5,00 (3,07; 5,95)	2,10 (1,30; 4,80)	1,00–5,00	0,003

ЗОНА ОСОБОГО ВНИМАНИЯ



Александр
Владимирович
ПАШКОВ

Д.м.н., зав. отделом оториноларингологии и сурдологии НИИ педиатрии и охраны здоровья детей ФГБУЗ «Центральная клиническая больница РАН» Минобрнауки России



Ирина
Витальевна
НАУМОВА

К.м.н., ведущий научный сотрудник НИИ педиатрии и охраны здоровья детей ФГБУЗ «Центральная клиническая больница РАН» Минобрнауки России



Ирина
Валерьевна
ЗЕЛЕНКОВА

Зав. дневным стационаром оториноларингологии и сурдологии, старший научный сотрудник НИИ педиатрии и охраны здоровья детей ФГБУЗ «Центральная клиническая больница РАН» Минобрнауки России

АВТОМАТИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА

У детей (в том числе учащихся общеобразовательных учреждений) с невыявленными нарушениями слуха высок риск задержки речевых навыков. При этом 80% таких пациентов проживают в развивающихся странах, имеющих возможность предоставлять значительные расходы на поддержку больных с данным диагнозом. Вместе с тем страховые компании в ряде случаев не покрывают полностью расходы, связанные с коррекцией тугоухости. Раннее ее выявление с последующим лечением и реабилитацией уменьшает негативные последствия для развития ребенка.

Тональная пороговая аудиометрия — «золотой стандарт» оценки состояния слуховой функции, начиная с 6-летнего возраста. Данный тест проводит врач — сурдолог-оториноларинголог или сертифицированный специалист (медсестра сурдологического кабинета, лаборант-аудиометрист) при помощи аудиометра — прибора, генерирующего тональные стимулы различной частоты и интенсивности.

Единого общепринятого скринингового протокола аудиологического обследования учащихся пока нет. Например, Американская ассоциация речи, языка и слуха (American Speech-Language-Hearing Association, ASHA) и Американская академия аудиологии (American Academy of Audiology, AAA) предлагают использовать для скрининга тестовый тон интенсивностью 20 дБ на частотах 1000, 2000 и 4000 Гц. Американская академия педиатрии (American Academy of Pediatrics, AAP) рекомендует проводить скрининг при интенсивности стимула 20 дБ на частотах 500, 1000, 2000 и 4000 Гц. Так можно констатировать нормальную функцию слуха каждого уха (скрининг считается пройденным, если сигнал был зарегистрирован на всех тестовых частотах с обеих сторон), но не дает возможность оценить слуховую

Полет «Колибри»: оценка слуха школьников

По данным ВОЗ, свыше 6% населения (466 млн человек) имеют нарушения слуха. Среди них 34 млн — дети. Нарушения слуха — наиболее частые патологические состояния у школьников. Ограниченная доступность специализированного аудиологического оборудования, а также маршрутизация таких пациентов затрудняют раннюю диагностику.

адаптацию при односторонней тугоухости за счет нормально слышащего уха.

Частично эта проблема была решена с помощью теста уровня слуха (Hearing Scale Test, HST) — модифицированного скринингового алгоритма, позволяющего получить информацию о порогах звуковосприятия. Тест предлагает последовательности тонов (500, 1000, 2000 и 4000 Гц) с шагом 5 дБ с предоставлением скринингового результата (тест пройден или не пройден), а также с приблизительной оценкой уровня слуха. Это происходит в рамках максимально возможной интенсивности теста, которая предустановлена на сравнительно меньших значениях по сравнению с возможностями клинического аудиометра. Ранее проведенные исследования, посвященные моделированию систем автоматической аудиометрии на основе персональных компьютеров с эргономичным интерфейсом, показали эффективность для оценки слуха и динамики изменений порогов звуковосприятия у школьников.

Устройства автоматической аудиометрии (УАА) на базе ПК или смартфонов продемонстрировали возможность получения результатов, сопоставимых с данными тональной пороговой аудиограммы. УАА на основе смартфона предполагают использование телефонов (наушников) и дают большое количество комбинаций (пара «смартфон — наушники»), а также сертифицированного программного обеспечения для проведения таких тестов.

метрии (на клиническом аудиометре) в условиях специализированного сурдологического подразделения НИИ педиатрии и охраны здоровья детей ЦКБ РАН.

В ПОИСКАХ ВЗАИМОСВЯЗИ

Для определения корреляции порогов звуковосприятия с помощью скрининга со значениями тональной пороговой аудиометрии в группе нормально слышащих школьников были отобраны 35 детей от 7 до 17 лет (средний возраст — 13 лет). Девочек среди них было 13 (37,2%), мальчиков — 22 (62,8%). Всем детям проводились тональная пороговая аудиометрия и определение порогов звуковосприятия с помощью метода скрининговой аудиометрии. Критериями исключения были жалобы на снижение слуха, а также любая степень тугоухости. Для установления корреляции сравнивали результаты скрининговой аудиометрии со значениями ответов по тональной пороговой аудиометрии.

Для определения поведенческих порогов всем школьникам выполняли тональную пороговую аудиометрию в речевом диапазоне частот при помощи клинического аудиометра Interacoustics AC40 в условиях анэхоидной камеры с уровнем фонового шума менее 60 дБ. Акустическую стимуляцию подавали в стандартном режиме с использованием головных телефонов TDH39AA с амбушюрами Amplivox и костного телефона с оголовьем В71.

Скрининговую аудиометрию проводили с помощью АПК «Колибри», используемого

для контроля параметров слуха у учащихся разных возрастов. Комплекс, позволяющий оперативно оценивать слух, включает двухполосную активную акустическую систему (диапазон воспроизводимых частот — от 43 до 24000 Гц, максимальная выходная мощность — 82 Вт), звуковую карту со встроенной индукционной петлей, USB-радиоресивер (частота соединения — 2,4 МГц, радиус действия — 10 м) и беспроводную выносную кнопку. Акустическая стимуляция проводилась с применением головных телефонов на оголовье HD 205 (диапазон воспроизводимых частот — от 14 до 20000 Гц; уровень звукового давления — 112 дБ) на частотах 500, 1000, 2000, 4000 Гц.

Для поиска корреляции между значениями тональной пороговой аудиометрии и ответами скринингового метода применяли непараметрический тест ранговой корреляции Спирмена и тест Колмогорова–Смирнова. Для установления тесноты корреляционной связи между показателями использовали вычисление коэффициента корреляции Пирсона с оценкой силы связи по шкале Чеддока. Для проверки различий между выборками использовали критерий знаковых рангов Rho Вилкоксона.

МНОГООБЕЩАЮЩИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

При исследовании поведенческих порогов, зафиксированных при проведении тональной пороговой аудиометрии, средний порог значений на частоте 500 Гц составил 8,3 дБ нПс, на частоте 1000 Гц — 3,8 дБ нПс, на частоте 2000 Гц — 2,4 дБ нПс,

Таблица 1. Сравнение средних поведенческих порогов при тональной пороговой аудиометрии и ответов, полученных с помощью скринингового метода

Метод определения поведенческих порогов	500 Гц	1000 Гц	2000 Гц	4000 Гц
Тональная пороговая аудиометрия	8,3 дБ нПс	3,8 дБ нПс	2,4 дБ нПс	3,2 дБ нПс
Скрининговая аудиометрия	46,6 дБ нПс	28,6 дБ нПс	11,6 дБ нПс	11,9 дБ нПс
Средний коррекционный коэффициент	38,3	24,8	9,2	8,7

Представляем результаты апробации аппаратно-программного комплекса (АПК) «Колибри», разработанного для контроля и анализа параметров здоровья учащихся общеобразовательных школ и тех, где дети учатся по адаптированным программам. Модуль автоматической аудиометрии АПК «Колибри» позволяет производить оперативную оценку слуха методом проведения специализированных компьютерных тестов, сопровождающихся визуальной и звуковой информацией. Сравнивались результаты автоматической скрининговой тональной аудиометрии с данными тональной пороговой аудио-

Таблица 2. Теснота корреляции между значениями поведенческих порогов при тональной пороговой аудиометрии и ответов, полученных с помощью скринингового метода

Частота, Гц	Абсолютное значение	Теснота корреляционной связи
500	0,142	Очень слабая
1000	0,143	Очень слабая
2000	0,358	Слабая
4000	0,416	Слабая

на частоте 4000 Гц — 3,2 дБ нПс. При анализе ответов, полученных с помощью скринингового метода, средний порог на частоте 500 Гц равнялся 46,6 дБ нПс, на частоте 1000 Гц — 28,6 дБ нПс, на частоте 2000 Гц — 11,6 дБ нПс, на частоте 4000 Гц — 11,9 дБ нПс (табл. 1).

Сравнение данных тональной пороговой аудиометрии с ответами скринингового метода установило взаимосвязь на всех исследуемых частотах (табл. 2).

Более сильная линейная зависимость между пороговыми значениями выявлена

на частотах 2000–4000 Гц (рис. 3–4). На частотах 500–1000 Гц теснота корреляционной связи определена как очень слабая (рис. 1–2).

АУДИОМЕТРИЮ — В ШКОЛУ

Технологию выявления пациентов с возможными нарушениями слуха успешно применяют только у новорожденных и детей первого года жизни (аудиологический неонатальный скрининг). Внедрение данной системы позволило выявлять детей с нарушениями слуха в первые годы жизни — наиболее критичный период формирования речевых навыков. Однако при развитии тугоухости в более позднем возрасте мы рискуем пропустить таких пациентов. При этом исследования показывают, что даже незначительное снижение слуха в подростковом возрасте нарушает когнитивное развитие и может негативно сказаться на психологическом состоянии ребенка, его успеваемости, выработке новых навыков.

Система диспансеризации позволяет активно выявлять пациентов с тугоухостью только при наличии у них соответствующих жалоб, что недостаточно эффективно. Ведь и взрослый, и ребенок не всегда способны определить у себя незначительное снижение слуха. Организация массового исследования слуха непосредственно в образовательных учреждениях обеспечит максимальный охват детей. Автоматический протокол регистрации и архивирования данных в сочетании с алгоритмом теста позволяет исключить присутствие врача-сурдолога в момент проведения исследования, что снижает экономические затраты при внедрении подобных технологий.

Исследование продемонстрировало корреляционную зависимость результатов скрининговой аудиометрии и клинического теста тональной пороговой аудиометрии, но при этом корреляция порогов для частот 2000 и 4000 Гц оказалась значительно выше по сравнению с частотами 500 и 1000 Гц. Показатели корреляции не позволяют считать используемый скрининговый алгоритм заменой диагностическому исследованию слуха. Данная технология рассмотрена лишь как метод отбора лиц с возможным отклонением порогов звуковосприятия от нормы. Полученные данные указывают на необходимость совершенствования алгоритмов теста и, возможно, внесения технических изменений в систему (например, замену головных телефонов с другими техническими характеристиками).

ПРЕИМУЩЕСТВА АУДИОСКРИНИНГА

Алгоритм скрининговой оценки слуха дает возможность проводить тестирование больших групп учащихся без посещения ими лечебного учреждения.

Применение подобной системы позволяет проводить скрининговые тесты без сурдолога при соблюдении технических требований (автоматический протокол регистрации, формирование отчетов тестирования, акустическая среда).

Создание протокола выявления школьников с возможными нарушениями слуха для их направления на диагностику в специализированное медицинское учреждение требует дальнейшего усовершенствования методики.

Список литературы находится в редакции

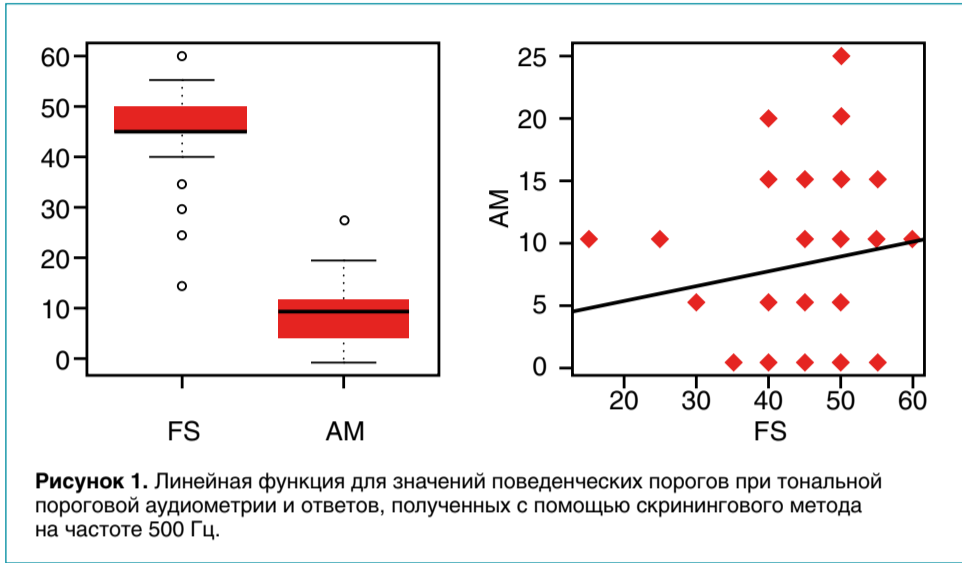


Рисунок 1. Линейная функция для значений поведенческих порогов при тональной пороговой аудиометрии и ответов, полученных с помощью скринингового метода на частоте 500 Гц.

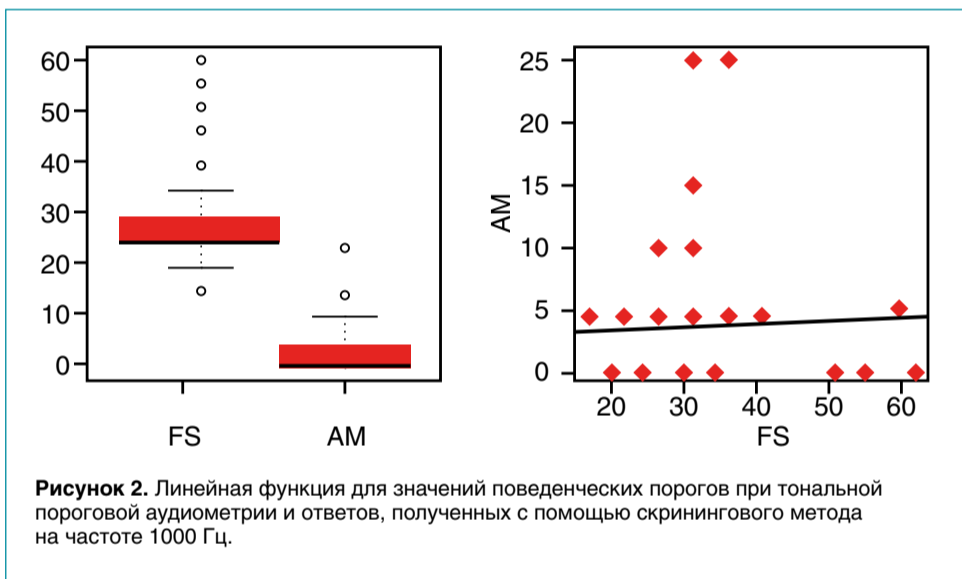


Рисунок 2. Линейная функция для значений поведенческих порогов при тональной пороговой аудиометрии и ответов, полученных с помощью скринингового метода на частоте 1000 Гц.

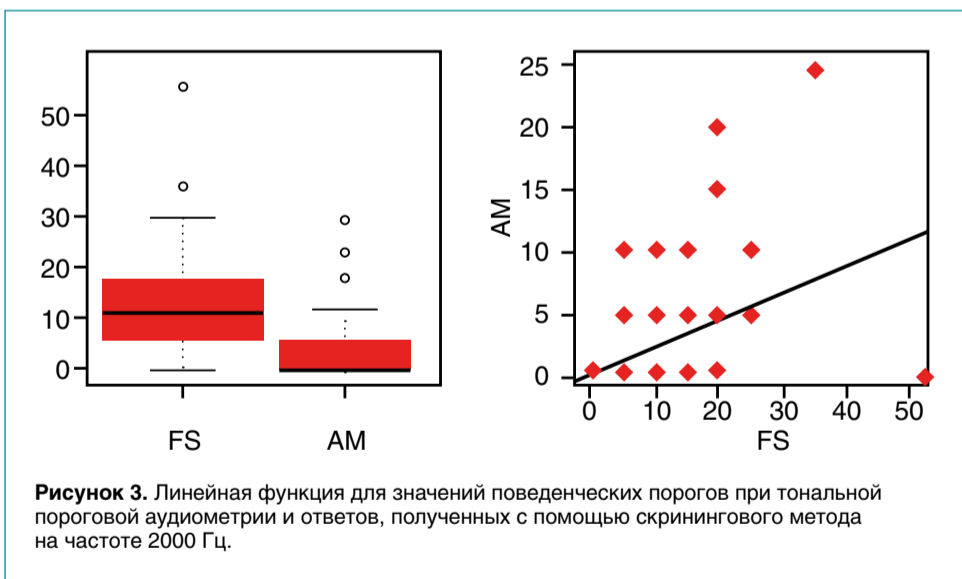


Рисунок 3. Линейная функция для значений поведенческих порогов при тональной пороговой аудиометрии и ответов, полученных с помощью скринингового метода на частоте 2000 Гц.

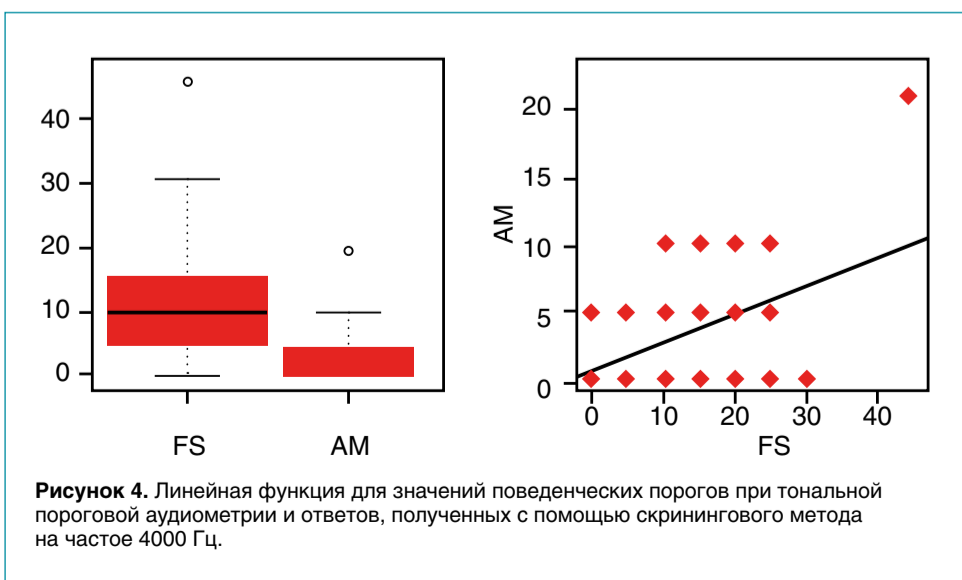


Рисунок 4. Линейная функция для значений поведенческих порогов при тональной пороговой аудиометрии и ответов, полученных с помощью скринингового метода на частоте 4000 Гц.

4 | тома 4500 | страниц – общий объем 22 | раздела 190 | глав

ЦЕЛЬ —
унифицировать основные принципы оказания медицинской помощи детям групп риска, больным детям и подросткам

Под общей редакцией
А.Г. Румянцева
академика РАН и РАЕН,
д.м.н., проф.
и А.В. Картелишва
академика РАЕН и ЛАН,
д.м.н., проф.

«Руководство участкового и семейного врача-педиатра» —

самое полное издание в области педиатрии на русском языке.

Первый том	Второй том	Третий том	Четвертый том
посвящен внутриутробному развитию плода, профилактическому наблюдению за здоровыми детьми, проблемам перинатального развития, неврологическим и психическим заболеваниям.	посвящен инфекционным заболеваниям, особо опасным инфекциям, дерматологическим заболеваниям, заболеваниям органов зрения, полости рта, уха, горла, носа.	посвящен эндокринным и метаболическим расстройствам, аллергическим заболеваниям, иммунологии, гематологии, онкологии, заболеваниям органов дыхания и сердечно-сосудистой системы.	рассказывает о заболеваниях органов пищеварения, желчевыводящих путей, печени, мочеполовой системы, гинекологических заболеваниях, орфанных заболеваниях, неотложных состояниях, повреждениях и отравлениях.

Руководство адресовано участковым и семейным врачам-педиатрам. Будет также полезно врачам смежных дисциплин, студентам и аспирантам медицинских вузов.

По вопросам приобретения издания обращаться info@abvpress.ru ☎ +7 (499) 929-96-19

«Руководство участкового и семейного врача-педиатра» выпущено при финансовой поддержке Фонда содействия развитию науки, образования, культуры и спорта «СПАРТАК-детям».

НА НОВОМ УРОВНЕ



Светлана
Геннадьевна
ГУБАНОВА

К.м.н., ведущий научный сотрудник НИИ педиатрии и охраны здоровья детей ФГБУЗ «Центральная клиническая больница РАН» Минобрнауки России



Ирина
Валерьевна
ЗЕЛЕНКОВА

Зав. дневным стационаром оториноларингологии и сурдологии, старший научный сотрудник НИИ педиатрии и охраны здоровья детей ФГБУЗ «Центральная клиническая больница РАН» Минобрнауки России



Виктор
Анатолевич
ГАНКОВСКИЙ

К.м.н., ведущий научный сотрудник НИИ педиатрии и охраны здоровья детей ФГБУЗ «Центральная клиническая больница РАН» Минобрнауки России

АНАМНЕЗ И ОСМОТР

При жалобах на затруднение носового дыхания, заложенность носа и выделения из него, покашливание, изменение обоняния, головную боль необходимо провести тщательное обследование головы и шеи. Важно оценить форму наружного носа для исключения деформации, влияющей на носовое дыхание, наличие коллапса боковых стенок носа и аденоидного лица из-за дыхания преимущественно ртом. Обязательный этап обследования пациентов с затрудненным носовым дыханием — передняя риноскопия. Выполняет ее оториноларинголог при помощи носового зеркала и налобного осветителя. А педиатр может осмотреть полость носа отоскопом. Оцениваются цвет слизистой оболочки, характер и локализация выделений, состояние видимых отделов носовой перегородки.

Тщательно собранный анамнез и клинические симптомы, выявленные при передней риноскопии, в ряде случаев позволяют с большой долей вероятности поставить предварительный диагноз. Согласно Европейскому позиционному документу по риносинуситу и полипам носа (EPOS 2020) риносинусит диагностируют на основе клинических симптомов, эндоскопических признаков и (или) данных компьютерной томографии.

СИМПТОМЫ РИНОСИНУСИТА

- Заложенность носа
- Выделения из носа
- Боль, распирающие ощущения в области проекции околоносовых пазух
- Снижение или потеря обоняния

Современные методы диагностики в ринологии

В ринологии существует большое разнообразие диагностических методов обследования. Некоторые виды диагностики устарели и уже не востребованы, другие необходимы в каких-то исключительных ситуациях или используются в клинических исследованиях с научной целью.

Для предварительного диагноза достаточно выявить два и более симптома. Например, характерные результаты передней риноскопии (гиперемия и отек слизистой оболочки, слизисто-гнойное отделяемое в среднем носовом ходе) и данных анамнеза позволяют с большой долей вероятности поставить предварительный диагноз риносинусита. Несмотря на необходимость и явную пользу, передняя риноскопия во многих случаях считается недостаточной для постановки окончательного диагноза. Эндоскопия позволяет детальнее оценить состояние полости носа, среднего носового хода, сфеноэтомидального кармана, постназального пространства. Этот самый востребованный метод обследования в ринологии повышает диагностическую точность по сравнению с одной только передней риноскопией до 85–95%. При обследовании детей с патологией носоглотки эндоскопия зарекомендовала себя самым безопасным и информативным диагностическим инструментом, практически вытеснив рентгенографию как метод диагностики. Задняя риноскопия, пальцевое исследование носоглотки и диафаноскопия на современном этапе развития ринологических исследований не востребованы. Заменой им служат эндоскопия и лучевые методы визуализации.

ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Как правило, большинство пациентов с заболеваниями полости носа и околоносовых пазух не нуждаются в дополнительных методах лабораторной диагностики, так как осмотра, эндоскопии и данных лучевой визуализации вполне достаточно. Но в некоторых ситуациях лабораторная диагностика предоставляет неоценимую помощь в уточнении диагноза. При обследовании пациентов с рецидивирующими носовыми кровотечениями осмотр необходимо дополнить клиническим анализом крови, определением уровня сывороточного ферритина и коагулограммой. При подозрении на гранулематоз Вегенера (гранулематоз с полиангиитом) у пациентов отмечают частые носовые кровотечения, образование корок в полости носа с последующей перфорацией носовой перегородки. В данном случае требуются биопсия и определение уровня антинейтрофильных цитоплазматических антител (ANCA), что в совокупности с клиническими признаками служит точным подтверждением диагноза. Также детям с подозрением на аллергический ринит определяют уровень специфических иммуноглобулинов E в сыворотке крови, чтобы выявить значимую сенсibilизацию.

МАЗОК ИЗ НОСА НА ФЛОРУ

При остром рините и риносинусите оценка микробиологического профиля возбудителя не требуется, так как терапия назначается эмпирически. И только при

неэффективности противомикробного лечения прибегают к дополнительным методам диагностики, включая посев отделяемого на флору и чувствительность к антибиотикам.

В течение длительного времени «золотым стандартом» забора материала для микробиологического исследования при риносинусите была пункция верхнечелюстной пазухи. Многочисленные сравнительные исследования продемонстрировали высокую степень соответствия результатов при заборе материала из верхнечелюстной пазухи путем аспирации отделяемого после пункции и мазках из среднего носового хода под эндоскопическим контролем. Учитывая инвазивность пункции и дискомфорт, связанный с местной травмой, а также риск развития осложнений, микробиологическое исследование аспирата из верхнечелюстной пазухи в последнее время теряет актуальность.

ПРОВЕРКА ОБОНЯНИЯ

Обонятельная функция изучается при участии пациента в клинических исследованиях, а также оценивается как один из критериев успеха хирургического или медикаментозного лечения. Различают объективные и субъективные методы исследования обоняния. Субъективные

ЛУЧЕВЫЕ МЕТОДЫ

Лучевые методы визуализируют области, недоступные клиническому осмотру. Это важный инструмент дифференциальной диагностики заболеваний полости носа, околоносовых пазух носа и носоглотки. Самым доступным из них до сих пор остается рентгенография, особенно при остром воспалении и травмах лицевого скелета (рис. 1). Проблема в том, что рентгенография сопровождается значительной лучевой нагрузкой, а результаты сканирования зачастую дают ограниченный объем информации вследствие эффекта наложения исследуемых структур. В последнее время диагностическая значимость рентгенографии в ринологии снижается в связи с применением других, более точных методов лучевой визуализации. Ультразвуковые методы обследования околоносовых пазух носа на современном этапе развития лучевой диагностики не рекомендуются из-за их низкой информативности. Компьютерная (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) относятся к числу наиболее востребованных диагностических инструментов в ринологии как у детей, так и у взрослых пациентов. Необходимо применять не только высокоинформативные, но и безопасные методы диагностики, особенно у детей. Попыткой уменьшить дозу лучевой нагрузки с применением

ПОКАЗАНИЯ К КТ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

- Дифференциальная диагностика риносинусита и объемного новообразования околоносовых пазух
- Неэффективность стандартных методов терапии ринита и риносинусита для выявления анатомических особенностей строения полости носа
- Длительные серозные выделения из одной половины носа для исключения назальной ликвореи
- Травмы (фронтобазальные переломы)
- Пороки развития лицевого скелета
- Планируемое хирургическое вмешательство в полости носа и околоносовых пазухах

подразделяются на три категории: обонятельная идентификация; обонятельная дискриминация; ретроназальное обонятельное тестирование. Тестирование обонятельной функции у детей — сложная задача, ведь они могут не знать всех используемых запахов и не имеют терпения, чтобы выполнить полный взрослый тест. Тем не менее разработаны идентификационные тесты для детей старше пяти лет. Объективное обонятельное тестирование базируется на регистрации вызванных биоэлектрических потенциалов мозга в ответ на обонятельное раздражение. Этот метод может рассматриваться как зарегистрированный клинический инструмент, который больше не ограничивается только клиническими исследованиями.

современных способов постобработки, сохраняя при этом качество изображения, явилось использование в ринологии конусно-лучевой КТ. Ранее это исследование выполнялось только в стоматологии, но сейчас оно очень востребовано в ринологии у взрослых и детей. Еще одно преимущество конусно-лучевой КТ — возможность построения 3D-изображений. Реже, чем к КТ, оториноларингологи прибегают к МРТ, потому что при МРТ значительно хуже определяются костные границы околоносовых пазух. МРТ назначается в основном для визуализации мягких тканей у пациентов с осложненным течением воспалительных заболеваний околоносовых пазух, при врожденных пороках развития черепа, таких как

Продолжение на стр. 14 ►

Социальная педиатрия: вчера, сегодня, завтра



Лейла Сеймуровна НАМАЗОВА-БАРАНОВА

Д.м.н., профессор, академик РАН, зав. кафедрой факультетской педиатрии педиатрического факультета ФGAOU ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России, руководитель НИИ педиатрии и охраны здоровья детей ФГБУЗ «Центральная клиническая больница РАН» Минобрнауки России, главный внештатный детский специалист по профилактической медицине Минздрава России, президент Союза педиатров России



Валерий Юрьевич АЛЬБИЦКИЙ

Д.м.н., профессор, главный научный сотрудник НИИ педиатрии и охраны здоровья детей ФГБУЗ «Центральная клиническая больница РАН» Минобрнауки России



Наталья Вячеславовна УСТИНОВА

Д.м.н., зав. отделом социальной педиатрии и организации мультидисциплинарного сопровождения детей, главный научный сотрудник ФГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков имени Г.Е. Сухаревой ДЗМ»

В ЧЕМ ВАЖНОСТЬ

По одной причине это событие иначе как знаменательным не назовешь. Хотя термин «социальная педиатрия» уже известен широкому кругу педиатров, однако она до сих пор не получила в нашей стране должного развития. Наиболее яркое свидетельство тому — отсутствие специальных курсов социальной педиатрии в обучении студентов педиатрических факультетов и последипломной подготовке детских врачей. Тогда как за рубежом во многих странах социальная и общинная педиатрия приобрела статус медицинской специальности. Думается, что проведение настоящей конференции — серьезный шаг к тому, чтобы и у нас эта дисциплина начала целенаправленно преподаваться в медицинских вузах.

ИСТОРИЯ ВОПРОСА

Социальная педиатрия зародилась в конце XIX века в результате активной борьбы врачебной общественности с таким социальным злом, как высокая смертность детей, ведущей причиной которой были бедность и невежество населения. В последующем концептуальные основы СП использовались в системе здравоохранения СССР. В 1920-е годы были заложены организационные основы советской системы охраны здоровья детей.

В 1925 году в Государственном научном институте охраны материнства и младенчества была основана кафедра социальной гигиены матери и ребенка во главе с первым руководителем советской системы охраны материнства и младенчества (ОММ) Верой Павловной Лебедевой. В 1928-м подобная кафедра

В этом году в рамках XXIII Конгресса Союза педиатров России проходит знаменательное событие — I Всероссийская конференция по социальной педиатрии, в которой активное участие принимает Международное общество социальной педиатрии (ISSOP). Социальная педиатрия (СП) — современная концепция целостного подхода к сохранению здоровья и улучшению качества жизни детей, подвергающихся неблагоприятным социальным факторам или имеющих потенциальный риск такого воздействия. СП реализует комплексные профилактические мероприятия мультипрофессиональной направленности (медицинские, социальные, психологические и правовые) на индивидуальном, групповом и популяционном уровнях. Это концептуальная основа развития медико-социальной помощи детскому населению.

открылась в Ленинградском институте ОММ, руководителем которой стала его директор Юлия Ароновна Менделеева. Так впервые в мире начинает создаваться государственная система охраны здоровья матери и ребенка. Как бы мы ни относились к советскому периоду в истории России, остается фактом, что государственная политика, как система правовых, социальных, научных и медико-организационных мер, направленных на сохранение и укрепление здоровья детей, впервые была реализована в нашей стране. Это ее неоспоримый вклад в развитие мировой цивилизации, яркая страница в истории медицины.

Начиная с 1960-х годов в НИИ и вузах Советского Союза проводилось значительное число комплексных социальнo-гигиенических и клинико-социальных исследований состояния здоровья детского населения. В Казани с изучения причин младенческой смертности началась научная деятельность академика А.А. Баранова и профессора В.Ю. Альбицкого, социальная педиатрия стала их научной судьбой, магистральным направлением их научного творчества.

В 1977 году, когда возникло Европейское общество социальной педиатрии (ныне международное, ISSOP), в Институте педиатрии АМН СССР Евгением Анатольевичем Лепарским создана лаборатория социальной педиатрии. А в 1986-м Николай Глебович Веселов на факультете усовершенствования врачей Ленинградского медицинского педиатрического института организовал первую в стране кафедру социальной педиатрии.

С этого момента на педиатрических факультетах медицинских вузов стали появляться кафедры поликлинической педиатрии (в их учебных программах много внимания уделялось профилактическим и организационным вопросам), а также кафедры медико-социальных проблем охраны здоровья матери и ребенка для последипломной подготовки педиатров.

В советский период были сформированы основные направления развития социальной педиатрии в деле охраны здоровья детей: государственный подход к организации этой системы, ее профилактическая направленность, активная вовлеченность научных и педагогических кадров.

НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ

Сегодня социальная педиатрия рассматривается в двух аспектах: как область детского общественного здравоохранения и как практический подход при осуществлении педиатрической деятельности. В России СП развивалась главным образом в рамках общественного здравоохранения и в сфере научных изысканий, в области рутинной практики ее подходы до сих пор не являются приоритетными и требуют дальнейшего развития.

На фоне увеличения рисков психологического, техногенного и экологического характера основная причина нарушений здоровья детей и молодежи в современной России социальна детерминирована. Социальные детерминанты здоровья, как их определяет ВОЗ, — это условия, в которых люди рождаются, растут, живут, работают и стареют. Формирование их зависит от политики государства

Серьезные ожидания педиатров по активной стимуляции развития медико-социальной помощи детскому населению связаны с указом президента России «Об объявлении в Российской Федерации Десятилетия детства» на 2018–2027 годы

в области здравоохранения, характера финансирования и распределения других ресурсов (биологических, экологических, социальных) на глобальном, национальном и местном уровнях. Социальные детерминанты признаны основными причинами предотвратимых различий в состоянии здоровья и неравенства в отношении его обеспечения.

В указе президента России № 761 от 1 июня 2012 года «О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012–2017 годы» в разделе IV «Здравоохранение, дружественное к детям, и здоровый образ жизни» был представлен краткий анализ сложившейся ситуации в сфере охраны здоровья детей. В нем, в частности, говорилось о том, что «в ряде субъектов РФ недостаточно финансово обеспечены региональные целевые программы в области охраны и укрепления здоровья детей, ...по распространенности суицидов среди подростков Россия занимает одно из ведущих мест в мире, уровень смертности детей значительно выше, чем в других европейских странах. Особого внимания требуют проблемы подросткового алкоголизма, включая „пив-

ной алкоголизм“, наркомании и токсикомании, немедицинского потребления наркотических средств, психотропных и других токсических веществ детьми, особенно школьного возраста».

В указе сформулированы задачи, стоящие перед системой здравоохранения по вопросам оказания медико-социальной и профилактической помощи в области материнства и детства. Среди них: развитие технологий комплексной диагностики и ранней медико-социальной помощи детям с отклонениями в развитии и здоровье, а также оказание необходимой помощи их семьям; развитие подростковой медицины, создание молодежных консультаций, центров охраны репродуктивного здоровья подростков, центров медико-социальной помощи подросткам; поддержка успешно реализуемых в регионах проектов создания клиник, дружественных к детям и молодежи; стимули-

рование потребности детей и подростков в здоровом образе жизни; разработка системы мер по предотвращению подросткового суицида.

В целом существуют положительные тенденции в состоянии здоровья детей и подростков. Высока доля детей с нормальным уровнем физического развития. Более трети детей, прошедших через профилактические медицинские осмотры, здоровы. Значительно улучшились и стали сравнимы с европейскими показатели младенческой и детской смертности. Однако, несмотря на положительные тенденции, социально обусловленная патология не должна сходить с повестки дня педиатрической службы.

Среди показателей здоровья населения общепризнанным критерием социального благополучия считают низкую смертность детского населения (прежде всего младенческую). Хорошо известна вся социальная и гуманистическая важность сохранения жизни детей. Вместе с тем, если в настоящее время в нашей стране в течение года умирают 18 тыс. детей,

Продолжение на стр. 14 ►

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

Социальная педиатрия:
вчера, сегодня, завтра

« Окончание, начало на стр. 13

то детей-инвалидов регистрируют более 600 тыс. Вот почему наряду с сохранением жизни детей таким же приоритетом социальной политики государства должны стать профилактика детской инвалидности и эффективная социальная и медицинская реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья.

ЗАДАЧИ ЗАВТРАШНЕГО ДНЯ

Представим ведущие приоритеты в деле сохранения и укрепления здоровья детей.

1. Утверждение Концепции государственной политики в области охраны здоровья детей в Российской Федерации и принятие закона «Об охране здоровья детей».
2. Создание инновационной системы профилактической педиатрии.

3. Организация медицинского сопровождения детей и подростков с позиции социальной педиатрии.

4. Подготовка педиатра для работы в первичном звене здравоохранения с включением в программы специалитета (ординатуры, повышения квалификации) вопросов по социальной и профилактической педиатрии.

5. Осуществление углубленного выборочного мониторинга заболеваемости, инвалидности, смертности и основных социальных детерминант здоровья детского населения РФ (раз в 5 лет в 15–20 субъектах страны) с использованием современных информационных технологий.

Серьезные ожидания по стимулированию развития медико-социальной помощи

(МСП) детскому населению связаны с указом президента России «Об объявлении в Российской Федерации Десятилетия детства» на 2018–2027 годы. В утвержденном Правительством России плане основных мероприятий до 2020 года, осуществляемом в рамках Десятилетия детства, предусмотрено совершенствование законодательных и нормативных актов в сфере организации МСП детям. Так, п. 19 плана провозглашает «обеспечение условий оказания психолого-педагогической и медико-социальной помощи обучающимся и детям раннего возраста». Ожидаемым результатом также стало «создание сети региональных и муниципальных центров (служб) психолого-педагогической и медико-социальной помощи обучающимся и детям раннего возраста из расчета не менее чем один центр на 5 тыс. детей». Здесь, однако, нельзя не отметить, что в ответственных исполнителях значатся Министерство просвещения РФ и органы исполнительной власти ее субъектов, но отсутствует Министерство здравоохранения РФ. При

таком подходе возникают справедливые опасения, что вновь пострадает стратегия комплексного подхода в медико-социальном сопровождении детей из контингентов социального риска.

Решение поставленных задач возможно только при комплексном подходе и оказании МСП с привлечением специалистов сферы медицинского образования, учреждений социальной защиты, НКО. В целях оптимизации медицинского обслуживания и МСП в детском здравоохранении требуются современные медицинские технологии, учитывающие все возможные факторы, влияющие на здоровье детей. Необходим комплексный подход, научно-практической основой которого должна стать социальная педиатрия. Таким образом, определение места и роли СП в системе охраны здоровья детей, ее научно-практическое значение актуальны для выработки концептуальных решений по оптимизации системы охраны здоровья детского населения России.

НА НОВОМ УРОВНЕ

Современные методы
диагностики в ринологии

« Окончание, начало на стр. 12

мозговые грыжи, при подозрении на менинго-, энцефалоцеле, а также при дифференциальной диагностике поражения мягких тканей пазух (киста, полип, мукоцеле). У пациентов с подозрением на новообразования МРТ считается методом выбора диагностической методикой. При anosмии и гипосмии посредством МРТ визуализируется обонятельный путь, измеряется размер обонятельных луковиц и исключаются внутричерепные причины нарушения обоняния. Есть некоторые противопоказания к проведению МРТ, такие как наличие кардиостимулятора, искусственного водителя ритма, дозатора инсулина, некоторых кохлеарных имплантов и протезов.

ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЙ ПОДХОД

Поговорим об объективных методах инструментальной диагностики состояния носового дыхания. Самая частая жалоба пациентов с заболеваниями полости носа и околоносовых пазух — заложенность носа с обструкцией носовых ходов. Причины обструкции могут быть связаны как с воспалительным или аллергическим отеком слизистой оболочки полости носа, так и с анатомическими особенностями ее строения. Оценить, насколько те или иные причины влияют на состояние носового дыхания,

а также мониторировать реакцию на лечение, эффективность медикаментозной терапии или хирургического вмешательства, позволяют объективные методы диагностики состояния носового дыхания — акустическая ринометрия, ринорезистометрия и риноманометрия. Акустическая ринометрия — это неин-



Рисунок 1. Рентгенография.

вазивная техника, хорошо воспринимаемая пациентами. Метод основан на принципе акустического отражения — компьютерном анализе отражения звука от внутриносовых структур. Звуковые импульсы создаются и направляются в носовую полость с помощью носового адаптера. Звук отражается от стенок полости носа. Микрофон у ноздри записывает спектр отражаемых звуков. Специальная компьютерная программа рассчитывает площади поперечных сечений для различных расстояний от ноздри на основе амплитуды изменений звукового спектра. Данный метод позволяет получить объективную картину внутриносовой геометрии. Измерения проводятся до и после устранения заложенности путем орошения слизистой оболочки полости носа раствором деконгестанта.

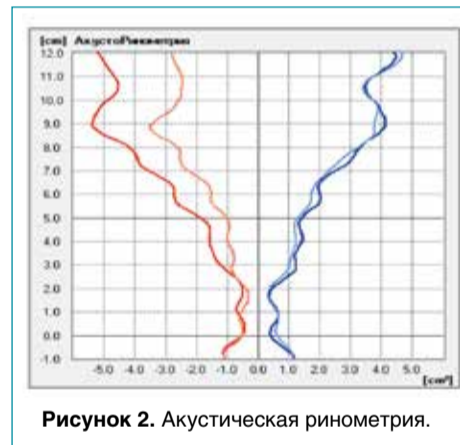


Рисунок 2. Акустическая ринометрия.

потоку внутриносowymi структурами. Установлено, что носовое сопротивление уменьшается с возрастом и ниже для девочек, чем для мальчиков [10]. Основной целью риноманометрии на сегодняшний день является объективная оценка степени обструкции носовых ходов.

Риноманометрия имеет ряд преимуществ. Во-первых, при проведении исследования требуется минимальное сотрудничество пациента с врачом, поэтому риноманометрия может быть проведена у детей. Во-вторых, исследование безопасно и легко воспроизводимо, что важно при повторных

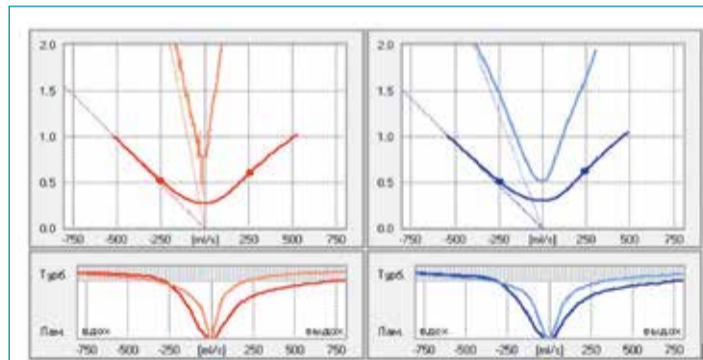


Рисунок 3. Акустическая ринорезистометрия.

Результаты исследования оцениваются графически (рис. 2). Доступность методики обеспечивает проведение этого исследования у детей.

Техника измерения и схема обследования при ринорезистометрии аналогичны риноманометрии. Ринорезистометрия позволяет не только объективно оценивать степень обструкции носовых ходов, но и дает начальную информацию о причинах повышенного сопротивления, например из-за сужения воздушного канала, высокий уровень турбулентности, инспираторный коллапс носового клапана.

Риноманометрия — самый распространенный способ объективной оценки потока воздуха, проходящего через полость носа, и сопротивления, оказываемого этому

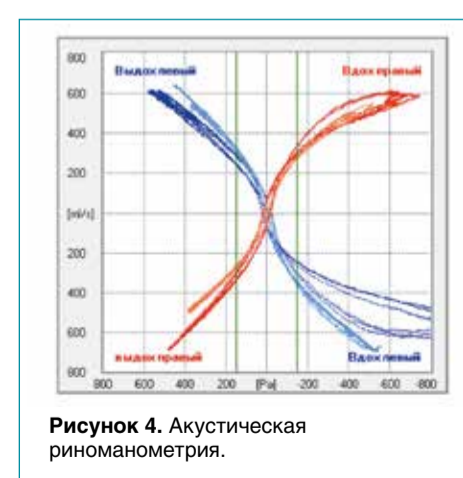


Рисунок 4. Акустическая риноманометрия.

измерениях. Результаты ринорезистометрии и риноманометрии также оцениваются по графикам (рис. 3, 4).

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ
К КТ

- Клаустрофобия
- Металлические конструкции в зоне исследования
- Беременность
- Неадекватное поведение

Альфа-маннозидоз в практике педиатра



Наталья Вячеславовна ЖУРКОВА

К.м.н., ведущий научный сотрудник НИИ педиатрии и охраны здоровья детей ФГБУЗ «Центральная клиническая больница РАН» Минобрнауки России



Нато Джумберовна ВАШАКМАДЗЕ

Д.м.н., руководитель отдела орфанных болезней и профилактики инвалидизирующих заболеваний НИИ педиатрии и охраны здоровья детей ФГБУЗ «Центральная клиническая больница РАН» Минобрнауки России, профессор кафедры факультетской педиатрии педиатрического факультета ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России



Елена Владимировна КОМАРОВА

Д.м.н., зам. руководителя по экспертизе инновационных методов лечения и реабилитации, главный научный сотрудник НИИ педиатрии и охраны здоровья детей ФГБУЗ «Центральная клиническая больница РАН» Минобрнауки России

ПЕРВОЕ ОПИСАНИЕ

Впервые заболевание было описано Р.А. Оскетман в 1967 году. Он обследовал мальчика с гурлер-подобным фенотипом — макроцефалией, грубыми чертами лица, макроглоссией, плоской переносицей, макроотгией, крупными кистями и стопами, скелетными аномалиями, горбом, мышечной гипотонией, частыми инфекциями, помутнением роговицы. При лабораторном исследовании отмечались гипогаммаглобулинемия, вакуолизация лимфоцитов. Экскреция гликозаминогликанов (ГАГ) с мочой была в пределах нормы, но при гистологическом исследовании в тканях печени выявили маннозосодержащие соединения, при этом активность α -маннозидазы в печени, селезенке и головном мозге была снижена. Недостаточность лизосомной альфа-маннозидазы приводит к нарушению метаболизма маннозосодержащих олигосахаридных цепей гликопротеидов. Ген *MAN2B1* локализован на коротком плече хромосомы 19 (19p13.13) и состоит из 24 экзонов. В настоящее время идентифицировано более 150 мутаций в данном гене, приводящих к развитию альфа-маннозидоза.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

В зависимости от тяжести течения и возраста начала заболевания выделяют три клинические формы альфа-маннозидоза — легкую с манифестацией после 10 лет, среднетяжелую с манифестацией до 10 лет и тяжелую (перинатальную). Начнем с последней.

Тяжелая форма заболевания манифестирует на первом году жизни частыми респираторными инфекциями, отитами. Выявляются пупочные и пахово-мошоночные грыжи. На фоне макроцефалии постепенно грубеют черты лица: формируются

выступающий лоб и надбровные дуги, эпикантус, гипоплазия средней трети лица, плоская, запавшая переносица, широкий кончик носа, макроглоссия, гипертрофия десен, широкие межзубные промежутки, низкая граница роста волос на лбу, гипертрихоз.

Характерно поражение скелета по типу множественного дизостоза, которое включает в себя деформацию грудной клетки, поясничный гиперлордоз, выраженный кифоз, изменение тел позвонков (кубовидной, овальной и [или] языкообразной формы), гипоплазию передней части поясничных позвонков, что ведет к формированию горба, спондилолистез, тугоподвижность и контрактуры крупных и мелких суставов, деформацию тазобедренных суставов, утолщение свода черепа. При осмотре отмечаются диффузная мышечная гипотония, гепатоспленомегалия.

На втором году жизни появляются прогрессирующая задержка психоречевого развития, регресс ранее приобретенных навыков, прогрессируют неврологические нарушения, развивается спастический тетрапарез, атаксия. Со стороны органов зрения выявляются поверхностное чечевицеобразное помутнение роговицы, дегенерация сетчатки. Нейросенсорная тугоухость выявляется практически в 100 процентах случаев. Заболевание быстро прогрессирует, приводя к летальному исходу в возрасте 3–10 лет.

Среднетяжелая форма развивается у детей от года до 4 лет. Они часто болеют инфекциями верхних дыхательных путей и отитами вследствие иммунодефицита. Основные клинические проявления заболевания — постепенное огрубление черт лица, изменение скелета по типу множественного дизостоза, умеренная гепатоспленомегалия, помутнение роговицы, в более взрослом возрасте — прогрессирующая дегенерация сетчатки. У всех пациентов отмечаются снижение слуха, нейросенсорная тугоухость. В 3–7 лет формируются когнитивные нарушения, умственная отсталость различной степени тяжести. В более старшем возрасте выявляются поведенческие нарушения. По мере прогрессирования заболевания в подростковом и взрослом возрасте обнаруживаются атаксия, глазовидательные нарушения, нижняя спастическая парапарезия. При проведении МРТ головного мозга у взрослых выявляются поражение его белого вещества и атрофия мозжечка.

Легкая (взрослая) форма дебютирует во втором десятилетии жизни. Характерны очень медленное прогрессирование симптоматики и более высокая продолжительность жизни (около 50 лет). Пациенты, как правило, не имеют

когнитивных нарушений. Практически во всех случаях выявляется прогрессирующая нейросенсорная тугоухость.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ

Международная рабочая группа разработала диагностический алгоритм альфа-маннозидоза.

У детей до 10 лет на данное заболевание указывают тугоухость и (или) задержка речевого развития в сочетании с двумя и более признаками из перечисленных:

- задержка психического развития;
- двигательные нарушения, атаксия;
- грубые черты лица.

У больных старше 10 лет симптомами альфа-маннозидоза могут быть умственная отсталость, прогрессирующие двигательные и (или) психические нарушения плюс не менее двух клинических проявлений в анамнезе из перечисленных:

- тугоухость;
- нарушения интеллекта;
- двигательные нарушения, атаксия;
- патология скелета, суставов.

МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ

При подозрении на альфа-маннозидоз на первом этапе пациенту проводится

заболеваний скелета, секвенирование экзона [5]. Дифференциальная диагностика альфа-маннозидоза проводится с другими заболеваниями из группы лизосомных болезней накопления: мукополисахаридозы, муколилидозы, ганглиозидозы, сиалидоз и др.

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Для лечения альфа-маннозидоза долгое время пытались использовать трансплантацию гемопоэтических стволовых клеток. До настоящего времени данные об эффективности и безопасности данного метода противоречивы.

В январе 2018 года Агентство европейской медицины (European Medicines Agency, EMA) после проведения серии клинических исследований одобрило препарат велманаз альфа для ферментозаместительной терапии альфа-маннозидоза. Велманаз альфа — рекомбинантная альфа-маннозидаза человека, идентичная по последовательности аминокислот природному ферменту. Данный препарат применяется в качестве заместительной ферментной терапии для лечения неврологических проявлений у пациентов с альфа-маннозидозом легкой или средней степени тяжести. В соответствии с про-



определение повышенной экскреции маннозосодержащих олигосахаридов в моче. Это исследование выполняется редко как в России, так и в зарубежных странах в связи с тем, что появился более доступный и информативный метод диагностики — определение активности альфа-маннозидазы в сухих пятнах крови. Если у пациента выявляется снижение или отсутствие активности альфа-маннозидазы, то проводится молекулярно-генетическое обследование — поиск мутаций во всех кодирующих экзонах гена *MAN2B1*. Для диагностики легких форм альфа-маннозидоза также можно использовать NGS-технологии, в частности панели генов синдромальной и несиндромальной тугоухости, наследственных

веденными исследованиями эффективная доза препарата составляет 1 мг на 1 кг массы тела внутривенно вне зависимости от возраста. Ранее начало ферментозаместительной терапии приведет к достижению более выраженного клинического эффекта у пациентов с альфа-маннозидозом, а следовательно — к предотвращению развития тяжелых осложнений и улучшению качества жизни пациентов и их семей.

* При подозрении на альфа-маннозидоз у пациента врач может обратиться на горячую линию Медико-генетического научного центра имени академика Н.П. Бочкова — 8 (800) 511-87-66.

Список литературы находится в редакции

МЕТОДИЧЕСКИЙ КАБИНЕТ



Татьяна
Евгеньевна
ПРИВАЛОВА

К.м.н., ведущий научный сотрудник НИИ педиатрии и охраны здоровья детей ФГБУЗ «Центральная клиническая больница РАН» Минобрнауки России, доцент кафедры факультетской педиатрии педиатрического факультета ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России



Юлия
Игоревна
ЕРМАКОВА

Ассистент кафедры факультетской педиатрии педиатрического факультета ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России



Виля
Ахтямовна
БУЛГАКОВА

Д.м.н., зав. отделом научно-информационного развития НИИ педиатрии и охраны здоровья детей ФГБУЗ «Центральная клиническая больница РАН» Минобрнауки России, профессор кафедры факультетской педиатрии педиатрического факультета ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

Несмотря на ряд нормативных документов, выпущенных в течение последних 10–15 лет, вопросы преподавания вакцинопрофилактики в медицинских вузах и колледжах освещены недостаточно. Сотрудники кафедры факультетской педиатрии педиатрического факультета РНИМУ имени Н.И. Пирогова в 2015 году разработали рабочую программу, соответствующую современным требованиям учебного процесса Федеральных государственных образовательных стандартов высшего образования. Она обеспечена дидактическим материалом, учебными видеофильмами и внедрена в учебный процесс с 2016–2017 учебного года.

Чтобы выяснить потребность студентов шестого курса педиатрического факультета в изучении вакцинопрофилактики, объективно оценить уровень их исходных знаний в этой области, а также улучшить качество преподавания, проводилось анкетирование в первый день изучения дисциплины и после окончания цикла. Использовались специально разработанные анкеты с вопросами открытого, закрытого, полузакрытого типа, применением шкалирования и гугл-опросников.

Как будущие педиатры относятся к вакцинации?

Вакцинопрофилактика, вакцинация, иммунопрофилактика, иммунизация населения — эти слова у всех на слуху. Такие темы активно обсуждались последние 10 лет, особенно в течение прошедшего года. Дискуссия о вопросах вакцинации не затихает в СМИ, медицинских сообществах, среди неформальных лидеров и блогеров, на предприятиях, среди домохозяек и пенсионеров. Недоверие к вакцинации — сложный и динамичный процесс, требующий всестороннего изучения и поиска путей его преодоления.

Обработка результатов проводилась при помощи программы, написанной в среде управления базами данных Microsoft Access (в пакете Microsoft Office) для операционной среды Windows XP и выше, позволившей проанализировать различные аспекты результатов анкетирования.

РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТИРОВАНИЯ

Представляет интерес блок вопросов на определение уровня знаний респондентов о вакцинопрофилактике до начала изучения дисциплины. Почти половина (42,3%) студентов пришли на цикл только потому, что дисциплина включена в учебный план. Цифра говорит о том, что студенты без опыта работы в практическом здравоохранении неспособны объективно оценить необходимость знаний в определенных областях.

Приятно отметить, что 96% шестикурсников положительно относятся к вакцинации, но лишь 90% оценили по пятибалльной системе важность знаний о вакцинации на «пять». Нейтральное и настороженное отношение имеют по 2% респондентов, столько же оценили важность знаний в этой области на «три».

98% студентов считают, что главная причина отказа родителей от вакцинации детей заключается в убеждении об опасности прививок, сформированном под влиянием информации из СМИ (27%), а также религиозных верований (72%), сомнений в эффективности и необходимости прививок, а также слишком большим их количеством (от 30 до 40% ответов). При анализе мнений студентов-родителей и не имеющих детей разницы в ответах на этот блок вопросов не получено.

К сожалению, около половины опрошенных отметили, что за время обучения в вузе им приходилось сталкиваться с антивакцинальными высказываниями или мнениями. При этом практически пятая часть (17%) респондентов сообщили, что антивакцинальные высказывания исходили от преподавателей на предыдущих курсах обучения и столько же (17%) — от однокурсников. Большая часть (58%) студентов слышали антипрививочные



Цель вакцинации — создание коллективного иммунитета, то есть невосприимчивости населения к определенным инфекциям (специфическим и неспецифическим), часто протекающим в тяжелой форме, с опасными осложнениями вплоть до летального исхода

мнения от родственников и друзей без медицинского образования.

ОТДЕЛЬНЫМ БЛОКОМ

Показательны ответы на блок вопросов о вакцинопрофилактике на примере вакцинации против пневмококковой инфекции, включенной в национальный календарь профилактических прививок (НКПП) в 2014 году приказом Минздрава РФ. Практически 100% студентов знали, что такая прививка есть, но лишь половина из них ответили о всех возможных заболеваниях,

этиологическим фактором которых может быть пневмококк. Только 86% известно, что вакцина против пневмококковой инфекции включена в НКПП как обязательная. Более трети опрошенных не осведомлены о различиях между вакцинами против пневмококковой инфекции, около половины не смогли обозначить группы лиц, подлежащих вакцинации против этой инфекции. Кроме того, только 26% студентов считают, что детей с хроническими заболеваниями можно вакцинировать.

ОТВЕТЫ ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ КУРСА

А вот как отвечали студенты после окончания цикла на вопрос: «Как изменилось ваше отношение к вакцинопрофилактике после изучения дисциплины?» Результаты анкетирования показали, что респонденты довольны полученными знаниями, но лишь 29,6% считают, что они пригодятся в профессиональной деятельности. Возможно, потому что лишь треть опрошенных планируют работать педиатрами в первичном звене, еще столько же собираются получить узкую специальность в педиатрии, а около трети вообще не предполагают оставаться в медицине и педиатрии. При этом 100% опрошенных считают целесообразным преподавание данной темы для выпускников педиатрического факультета в виде дисциплины вариативной части, из них 93% видят изучение в качестве обязательного предмета, 2% предлагают сделать дисциплиной по выбору, 1% — воздержались.

На вопросы о предпочтительной форме промежуточной аттестации получены следующие ответы: письменное тестирование (66,7%), компьютерное тестирование (7,8%), собеседование по вопросам билета (5,9%), собеседование по ситуационной задаче (9,8%), другое (9,8%).

Проанализировав результаты анкетирования, считаем целесообразным ввести в учебный план подготовки специалистов по профилю «педиатрия» курс вакцинопрофилактики у здоровых детей и детей с хроническими заболеваниями в виде обязательной дисциплины вариативной части во всех вузах страны на кафедрах педиатрического профиля.

