

Литература:

1. Гришина Т.И. Иммунологические нарушения, способствующие возникновению оппортунистических инфекций / Т.И. Гришина, Л.Г. Кузьменко // Методические рекомендации — 2010. — 23 с.
2. Bellanti J.A. Immunology IV: Clinical Application in Health and Disease. — Washington, 2012. — p.1063.
3. Janeway Ch.A. et al. Immunobiology (6th ed.). — Garland Science Publishing, New York — London, 2005 — p. 823.
4. Ершов Ф.И. Система интерферона в норме и при патологии. — М.: Медицина, 1996. — 239 с.
5. Малиновская В.В. Онтогенез системы интерферона и принципы применения интерферона в практической педиатрической практике // В сб. «Современные аспекты применения интерферонов и других иммуномодуляторов. — 1990. — С. 70—71.
6. Ахvatkina Н.Б. Особенности иммунитета детского возраста. / Н.Б. Ахvatkina, А.А. Махалова // Методические рекомендации. Казань, 2012.
7. Самсыгина Г.А. Часто болеющие дети: проблемы диагностики, патогенеза и терапии / Г.А. Самсыгина, Г.С. Коваль // Лечащий врач. — 2009. — № 1.
8. Ярцев М.Н. Клинико-лабораторная оценка иммунитета у детей и подходы к иммуномодулирующей терапии / М.Н. Ярцев, К.П. Яковлева, М.В. Плахтиенко. // Consilium medicum, приложение педиатрия. — 2006. — №1 — С. 9—15.
9. Особенности врожденного иммунитета у детей с рецидивирующим бронхообструктивным синдромом / О.В.Зайцева, Э.Э. Локшина, О.В. Громадина, Е.В. Дмитриева и др. // Российский Аллергологический Журнал. — 2013, №1. — С. 78—85.
10. Зайцева О.В. Бронхиальная астма у детей: современные аспекты терапии / О.В. Зайцева, О.А. Муртазаева // Вопросы современной педиатрии. — 2011. — Т.10, №6. — С.148—156.
11. Kenyon N. Enhanced cytokine generation by peripheral blood mononuclear cells in allergic and asthma subjects / N. Kenyon, E. Kelly, N. Jarjour // Allergy Asthma Immunology. — 2000. — V.85(2). — P.115—20.
12. Чувиров Г.Н. Неспецифическая профилактика респираторных инфекций // Медицинский вестник. — 2008. — С.8.
13. Намазова Л.С. Современные возможности иммунотерапии часто болеющих детей с аллергией / Л.С. Намазова, В.В. Ботвиньева, Н.И. Вознесенская // Педиатрическая фармакология. — 2007. — Т. 4, №1. — С. 27—32.
2. Bellanti J.A. Immunology IV: Clinical Application in Health and Disease. — Washington, 2012. — p.1063.
3. Janeway Ch.A. et al. Immunobiology (6th ed.). — Garland Science Publishing, New York — London, 2005 — p. 823.
4. Ershov F.I. Sistema interferona v norme i pri patologii. [Interferon system in health and disease] —M.: Meditsina, 1996. — c.239 (In Russ).
5. Malinovskaya V.V. Ontogenez sistemy interferona i printsipy primeneniya interferona v prakticheskoy pediatricheskoy praktike. [Ontogenesis of interferon system and interferon application principles in pediatric practice] // Sb. «Sovremennyye aspekty primeneniya interferonov i drugih immunnomodulyatorov. [Modern aspects of using interferons and other immunomodulators] —1990. — s. 70—71 (In Russ).
6. Ahvatkina N.B. Osobennosti immuniteta detskogo vozrasta. / N.B. Ahvatkina, A.A. Mahalova // [Features of children's immunity] Metodicheskie rekomendatsii. UDK 616-053.2-097(075.8) Kazan — 2012 (In Russ).
7. Samsyigina G.A. Chasto boleyushchie deti: problemy diagnostiki, patogeneza i terapii. [Children with frequent acute respiratory infections: problems of pathogenesis, diagnosis and therapy] / G.A. Samsyigina, G.S. Koval // Lechaschiy vrach. — 2009. — №1 (In Russ).
8. Yartsev M.N. Kliniko-laboratornaya otsenka immuniteta u detey i podhody k immunnomoduliruyushey terapii. / M.N. Yartsev, K.P. Yakovleva, M.V. Plahienko. [Clinical and laboratory evaluation of immunity in children and approaches to immune modulation therapy] // Consilium medicum, prilozhenie pediatriya. — 2006. — №1 — s. 9—15 (In Russ).
9. Zaytseva O.V. Osobennosti vrozhdennogo immuniteta u detey s residiviruyushim bronhoobstruktivnym sindromom. [Peculiarities of innate immunity in children with recurrent wheezing] / O.V.Zaytseva, E.E. Lokshina, O.V. Gromadina, E.V. Dmitrieva i dr. // Rossiyskiy allergologicheskiy zhurnal, — 2013 —№1 — s.78—85 (In Russ).
10. Zaytseva O.V., Bronhialnaya astma u detey: sovremennyye aspekty terapii. [Pediatric bronchial asthma: modern treatment aspects] / O.V. Zaytseva, O.A. Murtazaeva // Voprosy sovremennoy pediatrii — 2011. — T.10, №6 — c. 148—156 (In Russ).
11. Kenyon N. Enhanced cytokine generation by peripheral blood mononuclear cells in allergic and asthma subjects. / N. Kenyon, E. Kelly, N. Jarjour // Allergy Asthma Immunology — 2000. — V.85(2) — p.115—20.
12. Chuvirov G.N. Nespetsificheskaya profilaktika respiratornykh infektsiy [Nonspecific prevention of respiratory infections] // Meditsinskiy vestnik — 2008 — s.8 (In Russ).
13. Namazova L.S. Sovremennyye vozmozhnosti immunoterapii chasto boleyushchih detey s allergiei. [The potential of immunotherapy for sickly children with allergies] / L.S. Namazova, V.V.Botvineva, N.I. Voznesenskaya // Pediatricheskaya farmakologiya — 2007. — T. 4. №1 — c. 27—32 (In Russ).

References:

1. Grishina T.I. Immunologicheskie narusheniya, sposobstvuyushchie vozniknoveniyu opporturnisticheskikh infektsiy. [Immunological disorders, promoting the rise of opportunistic infections] / T.I. Grishina, L.G. Kuzmenko // Metodicheskie rekomendatsii — 2010. — s.23 (In Russ).

Ранний врожденный сифилис: клиничко-лабораторные особенности в неонатальном периоде

Н. В. МАТЫСКИНА, Т. Е. ТАРАНУШЕНКО, В. И. ПРОХОРЕНКОВ

ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого Министерства здравоохранения РФ

Сифилис по-прежнему остается одной из социально-значимых инфекций. Наибольшая заболеваемость регистрируется среди женщин в возрасте 18—29 лет. Доля беременных женщин в общей структуре больных сифилисом составляет 8—12%. На этом

фоне актуальна проблема заболеваемости сифилисом новорожденных детей. В статье представлен клинический случай раннего врожденного сифилиса у новорожденного ребенка.

Ключевые слова: новорожденный, ранний врожденный сифилис

Early Congenital Syphilis: Clinical and Laboratory Features in the Neonatal Period

N. V. Matyskina, T. E. Taranushenko, V. I. Prokhorenkov

Krasnoyarsk State Medical University named after Prof. V. F. Voino-Yasenetsky, Krasnoyarsk, Russia

Syphilis remains one of the very disturbing infections. The highest morbidity rate is registered among women at the age of 18–29 years old. The percentage of pregnant women in the General statistics of syphilis incidence is 8 to 12%. Against this background, the syphilis incidence among newborn infants is an extremely serious problem. The article presents the clinical case of early congenital syphilis in the newborn baby.

Keywords: newborn, early congenital syphilis

Контактная информация: Матыскина Наталья Владимировна — к.м.н., асс. каф. поликлинической педиатрии и пропедевтики детских болезней Красноярского государственного медицинского университета имени проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого; 660014, Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1; 8 (391) 241-85-75; mnv72@mail.ru

Matyskina Natalia Vladimirovna, CMS, assistant of the Department of polyclinic pediatrics and propedeutics of children's diseases of the Krasnoyarsk state medical University named Professor V.F. Voino-Yasenetsky; 660014, Krasnoyarsk, street Partizan Zheleznyak, 1; 8 (391) 241-85-75; mnv72@mail.ru

УДК 616.5+616.97

На фоне сложной демографической ситуации в России проблема социально значимых заболеваний, ухудшающих здоровье нации, в том числе врожденного сифилиса, остается достаточно актуальной [1].

Актуальность врожденного сифилиса обусловлена сохраняющимся высоким уровнем заболеваемости, тяжелой полиорганной патологией у детей и высокой летальностью у новорожденных, а также может приводить к тяжелым заболеваниям с серьезными последствиями в виде психоневрологических и соматических нарушений, инвалидизации детей, снижению качества их жизни, повышению смертности их от этих болезней [1, 2].

Клиническая картина врожденного сифилиса в классическом описании встречается редко. В настоящее время ранний врожденный сифилис (РВС) протекает со «смазанной» симптоматикой, характеризуется ростом числа больных скрытым ранним врожденным сифилисом. Это можно объяснить влиянием антибиотиков, получаемых как женщинами, так и их детьми по поводу различных заболеваний, в том числе и сифилиса [1–5].

Цель работы: изучить клиничко-лабораторные особенности течения раннего врожденного сифилиса.

На основании наших наблюдений 30 детей с подтвержденным ранним врожденным сифилисом установлена частота встречаемости специфических клинических симптомов (табл. 1).

Ведущим клиническим проявлением РВС был остеохондрит I или II степени, выявленный у 80% новорожденных (остеохондрит I степени — 16,7%, остеохондриты II степени — 63,3%). Диагноз подтвержден результатами рентгенологического исследования. Периостит диагностирован у 10% детей и рассматривался как специфический процесс только в сочетании с положительными серологическими реакциями.

Вторым по частоте встречаемости клиническим проявлением был сифилитический ринит, который выявлялся сразу после рождения у 16,7% новорожденных и проявлялся заложенностью носа и необильным слизистым отделением.

С одинаковой частотой — 10% — диагностированы менингоэнцефалит и пневмония (по результатам секционного материала), а также поражение кожи в виде розеолезной сыпи. У одного ребенка после начала антибакте-

риальной терапии отмечалось ухудшение состояния с повышением температуры до субфебрильных цифр и появлением розеолезных высыпаний. Подобное явление расценено как реакция обострения Лукашевича-Яриша-Герксгеймера. У 6,7% больных отмечалось шелушение на ладонях и подошвах.

Гепатит, который сопровождался желтушным и гепатолиенальным синдромами, диагностирован у 6,7% новорожденных. Максимальная концентрация общего билирубина при гепатите составила от 296,8 до 364,6 мкмоль/л с преобладанием прямой фракции.

Зарегистрировано по одному случаю нефрозонофрита, катаракты и врожденного хориоретинита.

Приводим описание собственного клинического случая

В анамнезе: матери 18 лет, данная беременность 1, состояла на учете в женской консультации с 18 недель, наблюдалась не регулярно, серологическая диагностика (RW, РСК и РПГА к *Tr. pall.*) не проводилась. В родильном доме выявлен Lues II кожи и слизистых. В анализах крови: РМП 4+ (1 : 32); РПГА 1 : 5120; ИФА (IgM отр.), ИФА (IgG 1 : 640). Специфическую и профилактическую терапию во время беременности не получала. Мать от ребенка в родильном доме отказалась. Отцу ребенка выставлен диагноз — Lues II кожи и слизистых.

Девочка Н., родилась на сроке гестации 28 недель. Масса при рождении 1300 г, длина тела 37 см. Состояние при рождении очень тяжелое за счет дыхательной недостаточности и церебральной недостаточности. Оценка по шкале Апгар 7 баллов, в течение первой минуты переведена на ИВЛ. Сознание угнетено. На осмотр реагирует слабо. Большой родничок 0,5 × 0,5 см, не напряжен, швы сомкнуты. Мышечная гипотония. Кожные покровы иктеричные с серым оттенком. Дыхание аппаратное. Аускультативно проводится по всем полям, крепитирующие хрипы в легких. Живот увеличен в объеме, пальпации доступен во всех отделах, аускультативно перистальтика выслушивается. Гепатоспленомегалия (печень + 3 см, селезенка + 1,5 см). Стул меконий. Моча светлая.

На 2 сутки жизни новорожденного в отделении реанимации проведены обследования: клинический анализ крови — анемический синдром — эритроциты — $4,2 \times 10^{12}$, гемоглобин 138 г/л, тромбоцитопения — 70×10^9 ;

Таблица 1. Специфические проявления раннего врожденного сифилиса

Клинические проявления	Число больных n = 30 абс. (%)
Розеолезная сыпь	3 (10%)
Шелушение ладоней и подошв	2 (6,7%)
Ринит	5 (16,7%)
Остеохондрит	
— I степени	5 (16,7%)
— II степени	19 (63,3%)
Периостит	3 (10%)
Пневмония	3 (10%)
Гепатит	2 (6,7%)
Нефрит	1 (3,3%)
Менингоэнцефалит	3 (10%)
Катаракта	1 (3,3%)
Хориоретинит	1 (3,3%)

глюкоза — 2,1 ммоль/л (гипогликемия); в биохимическом анализе крови общий билирубин — 254,3 ммоль/л, прямая фракция — 58,6 ммоль/л (гипербилирубинемия), АЛТ — 366,7 ед/л; рентгенография органов грудной клетки — двусторонняя очаговая пневмония; рентгенография трубчатых костей — остеохондрит II ст.; серологические исследования от 29.07.13 — РМП 3+; РПГ (+), ИФА IgM отр., ИФА IgG 1 : 640; в динамике через 14 дней — РМП 1+; РПГ (+), ИФА IgM отр., ИФА IgG 1 : 640; цитологическое исследование ликвора 56×10^6 , белок 1740 мг/л, реакция Панди (+), лимфоциты 65%, нейтрофилы 30%, моноциты 5%; серологическое исследование ликвора РМП (отр.), РПГА 1 : 20; ИФА IgM отр.; ИФА IgG отр.; УЗИ печени, селезенки и почек — диффузные протоковые изменения в печени; нейросонография — незрелость головного мозга, ишемические изменения перивентрикулярных областей, ВЖК II ст.; осмотр окулиста от 01.08.13 — ДЗН серые, границы четкие; осмотр лор-врача от 15.08.13 — лор патологии не выявлено; ЭХОКГ от 29.07.13 — ОАП в стадии закрытия.

На основании данных анамнеза, клинической картины и результатов лабораторно-инструментальных методов исследования выставлен диагноз: А 50.0 Ранний врожденный сифилис с клиническими проявлениями. Менингоэнцефалит. Пневмония. Гепатит. Остеохондрит II ст. Фон. Недоношенность 28 недель.

Проведено лечение бензилпенициллина натриевой солью из расчета 100 000 ЕД/кг/сутки в течение 28 дней.

В возрасте 2 месяцев в динамике — РМП (отр); РПГ (отр), ИФА IgM отр, ИФА IgG 1 : 640 (титр IgG сохраняется на том же уровне); нейросонография — субэпендимальные псевдокисты боковых желудочков с двух сторон; УЗИ печени и селезенки — диффузные изменения пече-

ни, гепатомегалия за счет правой доли печени, спленомегалия.

При переводе в Дом ребенка девочка сосет самостоятельно, в массе прибавляет (+ 1630 гр. за 74 дня). Судорог нет. На звук не реагирует, на свет реакция есть, кратковременно фиксирует взгляд, но за предметами не следит. Проведен аудиологический скрининг — отрицательный. Двигательная активность удовлетворительная, активные и пассивные движения в руках и ногах достаточные. Череп округлой формы, расхождение по сагитальному и венечному шву до 0,1—0,2 см. Большой родничок 1,0 × 1,0, не напряжен, не пульсирует, малый родничок закрыт. Асимметрии лица нет. Мышечный тонус удовлетворительный для постконцептуального возраста. Сухожильные рефлексы вызываются, D = S. Менингеальных знаков нет. Физиологические рефлексы орального автоматизма вызываются, спинальные — очень избирательно, и быстро угасают. На момент перевода в Дом ребенка судить о нервно-психическом развитии проблематично.

Заключение

Таким образом, в настоящее время ранний врожденный сифилис часто протекает со «смазанной» симптоматикой, характеризуется ростом числа больных клинически скрытыми формами. Наиболее частым клиническим проявлением РВС является остеохондрит I или II степени, выявляемый у 80% новорожденных по данным рентгенологического исследования. Другие специфические клинические проявления РВС, такие как сифилитический ринит, менингоэнцефалит, пневмония, поражение кожи в виде розеолезной сыпи встречаются практически с одинаковой частотой (10%).

Представленный клинический случай демонстрирует высокий риск развития специфического процесса РВС при отсутствии лечения матери, а также течение врожденной инфекции у недоношенного ребенка от женщины, больной Lues II кожи и слизистых и подчеркивает необходимость специфической и профилактической терапии во время беременности.

Литература/References:

1. Заболеваемость врожденным сифилисом в Российской Федерации в период 2002—2012 гг. / А.А. Кубанова, Л.Е. Мелехина, А.А. Кубанов, Е.В. Богданова // Вестн. дерматол. и венерол. — 2013. — № 6. — С. 24—31.
[The incidence of congenital syphilis in the Russian Federation in the period 2002—2012] / A.A. Kubanova, L.E. Melechina, A.A. Kubanov, E.V. Bogdanova // Vestn. Dermatol. and Venerol. — 2013. — № 6. — P. 24—31. (In Russ.).
2. Дмитриев Г.А., Доля О.В., Василенко Т.И. Сифилис: феномен, эволюция, новации. — М.: Бином. — 2010. — 256 с.
Dmitriev G.A., Doly O.V., Vasilenko T.I. [Syphilis: the phenomenon, evolution and innovation]. — М.: Binom. — 2010. — 256 P. (In Russ.).
3. Приказ Минздрава РФ от 30.07.2001 № 291 (ред. от 15. 11. 2001) «О мерах по предупреждению распространения инфекций, передаваемых половым путем» (вместе с «Положением об организации деятельности республиканского, краевого, областного, окружного кожно-венерологического диспансера»).
[The order of Ministry of health of the Russian Federation of 30.07.2001 № 291 (as amended on 15. 11. 2001) «on measures

to prevent the spread of sexually transmitted diseases» (together with «Provision on organization of activities of the Republican, regional, provincial, district dermatovenerologic dispensary»). (In Russ.).

4. Сопоставление клинических и сонографических проявлений при раннем врожденном сифилисе / Т.Е. Таранушенко, В.И. Прохоренков, Н.В. Матыскина, А.В. Гольдшмидт // Педиатрия. — 2005. — № 1. — С. 33–37.

[Comparison of clinical and ultrasound effects of early congenital syphilis] / T.E. Taranushenko, V.I. Prokhorenkov, N.V. Matyskina, A.V. Goldschmidt // *Pediatrics*. — 2005. — № 1. — P. 33–37. (In Russ.).

5. Krüger C., Malleyeck I. Congenital syphilis: still a serious, under-diagnosed threat for children in resource-poor countries // *World J. Pediatr.* — 2010. — May. 6 (2). — P. 125–131.

Инновационная модель системы управления рисками туберкулеза у детей и подростков

О. В. МОИСЕЕВА

ГБОУ ВПО Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ

150 детей и подростков, наблюдавшиеся в IV и VI группах диспансерного учета в Республиканской клинической туберкулезной больнице в 2005–2009 годы, были разделены на две подгруппы. Выявлено влияние факторов риска на заболеваемость туберкулезом с помощью математических технологий. В результате выделены степени риска заболевания туберкулезом, на основании чего разработана компьютерная программа, которая направлена на определение индивидуальной степени риска по туберкулезу у детей и подростков и проведение дифференцированных профилактических противотуберкулезных мероприятий.

Ключевые слова: дети, подростки, степени риска, туберкулез

The Innovative Model of a Control System of Hazards of Tuberculosis at Children and Teenagers

O. V. Moiseeva

The Izhevsk State Medical Academy the Ministries of public health services of Russian Federation

Children and teenagers observed in IV and VI groups dispensary of the account in Republican clinical tubercular hospital per 2005–2009 years among 150 men separated into two subgroups. The influence of risk factors on a case rate by tuberculosis with the help of mathematical technologies is revealed. In effect the degrees of hazard of disease by a tuberculosis are allocated, on the basis of that the computer program designed, which is guided on definition of an individual degree of hazard on a tuberculosis at children both teenagers and reception of the references on carrying out different preventive antituberculosis of measures.

Keywords: children, the teenagers, degrees of hazard, tuberculosis

Контактная информация: Моисеева Ольга Валерьевна — д.м.н., доц. каф. фтизиатрии ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ; 426000, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281; (3412) 52-62-01; ovm@e-izhevsk.ru

Moiseeva Olga Valerievna, DMS, Associate Professor of faculty of a phthisiology; Izhevsk state medical academy, Russian Federation; 426000, Izhevsk, street Kommunarov, 281; (3412) 52-62-01; ovm@e-izhevsk.ru

УДК 616.24-002.5-084

Заболеваемость туберкулезом в России, в том числе и в Удмуртии, является одной из важнейших медико-социальных проблем [1, 2].

Ежегодно в России на учет в группы повышенного риска развития туберкулеза ставится более полумиллиона детей и подростков, что составляет около 80,0% всего детского контингента противотуберкулезных диспансеров [3–5]. Лечебно-профилактические мероприятия среди них проводятся по единой схеме, без учета факторов риска по развитию заболевания, что значительно снижает их эффективность [6–8]. В связи с этим совершенствование профилактических противотуберкулезных мероприятий в наиболее угрожаемых по развитию заболевания группах детского населения является важной задачей фтизиатрии [9, 10].

Цель исследования — разработка инновационной модели системы управления рисками туберкулеза у детей и подростков.

Материалы и методы исследования

150 детей и подростков, наблюдавшиеся в IV и VI группах диспансерного учета в БУЗ УР «Республиканская клиническая туберкулезная больница» МЗ УР в

2005–2009 гг., были разделены на следующие подгруппы: 1) дети и подростки из очага туберкулезной инфекции независимо от туберкулиновой чувствительности (70 чел.), 2) дети и подростки не из очагов туберкулеза независимо от туберкулиновой чувствительности (80 чел.). Для достижения поставленной цели на первом этапе было выявлено влияние медицинских, социальных, эпидемиологических факторов, проводимых профилактических противотуберкулезных мероприятий на заболеваемость туберкулезом детей и подростков Удмуртской Республики в исследуемый период с помощью дискриминантного и корреляционно-регрессионного анализа. Для этого были отобраны экспертным способом наиболее значимые факторы риска возникновения заболевания у детей и подростков (21 фактор). Рассчитан интегральный показатель, который можно использовать для цифрового отображения степеней риска по величине нормированных коэффициентов факторов, полученных в результате дискриминантного анализа.

В последующем разработаны автоматизированные комплексы дифференцированных профилактических противотуберкулезных мероприятий для работы с группами