

МАТЕРИАЛЫ XI Российского Форума
«ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ: ПРОФИЛАКТИКА И ТЕРАПИЯ СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ. САНКТ-ПЕТЕРБУРГ – 2017»
20–21 апреля 2017 г. – СПб., 2017., 133 с.

УЧРЕДИТЕЛИ ФОРУМА:

- Правительство Санкт-Петербурга
- Законодательное собрание Санкт-Петербурга
- Комитет по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга
- Комитет по здравоохранению Правительства Ленинградской области
- Общественная организация «Союз педиатров России»
- Санкт-Петербургское региональное отделение общественной организации «Союз педиатров России»
- Союз медицинских работников Санкт-Петербурга и Северо-Западного региона
- ФГАУ «Национальный научно-практический центр здоровья детей» Министерства здравоохранения РФ
- ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ
- ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ
- ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения РФ
- ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» Министерства здравоохранения РФ

НАУЧНЫЕ РЕДАКТОРЫ: проф. Булатова Е.М., доц. Лагно О.В.

Материалы, опубликованные в данном сборнике, представлены в авторской редакции. Оргкомитет Форума не несет ответственности за содержание тезисов.

Только для медицинских работников

Санкт-Петербургское региональное отделение общественной организации «Союз педиатров России», www.pediatrica-spb.ru

Типография ООО «ИТЦ «Символ»,
Санкт-Петербург, пр. Обуховской Обороны, д. 199

I S B N 978-5-9906621-8-6



9 785990 662186

МАТЕРИАЛЫ

**XI РОССИЙСКИЙ ФОРУМ
«ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ: ПРОФИЛАКТИКА
И ТЕРАПИЯ СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ. САНКТ-ПЕТЕРБУРГ – 2017»**

(СОВМЕСТНО С ФГАУ «НАЦИОНАЛЬНЫЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ»)

20–21 АПРЕЛЯ

САНКТ-ПЕТЕРБУРГ 2017

ОПЫТ ДИСТАНЦИОННОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПО ВОПРОСАМ КЛИНИЧЕСКОЙ ФИЗИОЛОГИИ

*Кипятков Н.Ю., Лытаев С.А., Дутов В.Б.
ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет» Минздрава РФ, Санкт-Петербург
Кафедра нормальной физиологии*

Введение: методы функциональной диагностики, оценивающие работу сердца, мышц, головного мозга, как известно, базируются на законах электрофизиологии, изучаемых на кафедре нормальной физиологии на 2 курсе медицинских университетов [3]. Возможно, удаленность этой теоретической кафедры от выпуска дипломированного специалиста на целых четыре года, нередко приводит как к неоправданным назначениям диагностических процедур, так и к их некорректной расшифровке. С другой стороны хочется отметить широкое внедрение в повседневную жизнь и в медицину, в частности, современных средств связи и коммуникации. Интернет-технологии открывают новые возможности обмена мнениями и дистанционного консультирования. При условии обязательного напоминания непрофессионалам о невозможности замены очной консультации консультацией через интернет по целому ряду качественных показателей.

Целью работы являлось изучение возможности консультаций посредством сети интернет в области клинической физиологии

Материалы и методы исследования: в течение полугода на популярном интернет-сервере дистанционных консультаций «Здоровье@mail.ru» в рубрике «функциональная диагностика в педиатрической и терапевтической практике, неврологии, кардиологии» в общей сложности было проведено 104 дистанционные консультации по вопросам электрокардиографии и электро-энцефалографии. Большая часть консультаций касалась именно детей — 98 сообщений. Из них по ЭЭГ 77 и по ЭКГ 21. Возраст консультируемых детей составил от 2 месяцев до 16 лет. «География» вопросов оказалась очень широка: из 104 поступивших вопросов только 6 были заданы пользователями из Санкт-Петербурга и Москвы. Остальные вопросы очень «широко разбросаны» по карте Российской Федерации. Необходимо отметить, что консультируемые, в обязательно порядке, соглашались со следующим положением: «Информация на сайте предоставляется исключительно в справочных

целях. Не занимайтесь самолечением. При первых признаках заболевания обратитесь к врачу».

Результаты исследования: часть вопросов косвенно свидетельствует о сложностях с получением очных консультаций врачей. Пример, цитаты:

«к врачу мы сможем попасть только через месяц», «областной врач приедет к нам в город только в апреле» (сообщение в декабре), «мы сделали плановое экг! а педиатр в отпуске! помогите пожалуйста» и т.п.

Одна из основных проблематик заданных вопросов по ЭЭГ связана с несколько неоправданным, на наш взгляд, ее назначением. Родители нередко оценивают развитие своих детей, сравнивая их с одним, двумя детьми такого возраста («мой старший заговорил раньше», «у соседней уже ходит» и т.п.). Родители обращаются на прием к врачам-неврологам. Основываясь на пропедевтических нормативах психического развития врачи начинают усиленно лечить ребенка (пантогам, энцефабол, церебрум-композитум, церебролизин) и назначают ЭЭГ с целью попытки объективно доказать отставание в развитии. Например, пятилетнему мальчику диагноз задержки в развитии ставится неврологом на основании заключения о доминировании тета-диапазона со средней частотой 7 Гц. По данным литературы это нормальная частота для семилетнего возраста [2]. К тому же надо понимать, что если нормативы и существуют, то они носят приблизительный характер и не учитывают возможных индивидуальных особенностей. Примечательно, что психолого-педагогическая сторона лечебной тактики в виде конкретных методик занятий с детьми, некоторых аспектов общения с ребенком обсуждались на приеме врача только в одной из трех-четырёх подобных ситуаций.

Вторая группа «не логичных ЭЭГ» — это обследования подростков с головными болями. Мы не будем отрицать возможности метода для первичной диагностики каких-либо органических состояний, например онкологического профиля, которые могут впервые проявиться именно головными болями.

Несмотря на отсутствие четких патогномичных признаков этой патологии, заподозрить ее и отправить обследуемого на другие более глубокие в морфологическом плане методы диагностики (МРТ, КТ) вполне возможно [1]. И все же в значительно больше проценте случаев записывая ЭЭГ на фоне хронических головных болей и переутомления мы увидим не «причину», а «следствие». Признаки дисбаланса процессов торможения и возбуждения, с преобладанием последнего;

диффузную ирритацию коры и пр. То есть в большинстве случаев мы убедимся прежде всего в отсутствии симуляции. В то же время такие простые методы как нормализация режима работы и отдыха могут быть значительно более эффективны, чем прием лекарств и сложные обследования.

Часть вопросов по ЭЭГ вызывает в свою очередь наши вопросы. Например: почему оправданная с некоторыми оговорками на скрининговых водителевских комиссиях, когда за короткое время приходится обследовать десят-ки человек [4], 8-канальная запись может использоваться при полноценном клиническом обследовании ребенка? По общеизвестным международным протоколам минимальное количество отведений для клинической ЭЭГ равно 16-ти. Судить по такой 8-канальной записи о наличии или отсутствии очаговых изменений несколько неоправданно. Кстати 8-канальные приборы производители ЭЭГ-оборудования позиционируют как приборы для диагностики смерти мозга в реанимации, а не для клинической неврологии. Тем не менее в 3 случаях в качестве иллюстраций к вопросам были приведены именно 8-канальные записи.

Нередко в ЭЭГ записях клинически трактуются откровенные артефакты. Например, одиночные медленные дельта волны на фоне нормального ритма у ребенка с двигательной активностью во время записи, или артефакты моргания, четко убивающие по амплитуде по линии от лобных до затылочных отведений. Высокоамплитудную активность в бета-диапазоне иногда принимают за эпилептическую, даже не смотря на то, что она пишется в фоне и исчезает при гипервентиляции, так как имеет сугубо электромиографический генез.

Кроме этого хочется обратить внимание на ряд методических деталей. Нередко на распечатанных фрагментах ЭЭГ-кривых отсутствует горизонтальная временная разметка или вертикальный калибровочный сигнал позволяющий оценить амплитуду ритма в микровольтах. В заключениях врача часто без всякого редактирования приводится только компьютерная обработка. Поверить, что доктор «на глаз» способен определить доминирующую частоту альфа-ритма в виде 10,2 или 11,4 с точностью до десятых очень сложно. Компьютерные методики преобразования ЭЭГ-записи бесспорно очень сильно помогают врачам, но не заменяют доктора, и на наш взгляд требуют определенных ремарок, например «при программной обработке получены следующие данные...». Финал же врачебного заключения должен отражать работу мысли врача-человека, который в процессе работы не только включил

и выключил программу, как это можно предположить читая следующее заключение:

«Биоэлектрическая активность:

Коры головного мозга – в пределах нормы;

Ствола головного мозга – нет данных;

Гипоталамические структуры – без существенных изменений;

Дизэнцефальные структуры – умеренная дисфункция;

Мезэнцефальные структуры – в пределах нормы;

Медиобазальные структуры – легкая дисфункция височных долей».

Основные вопросы по ЭКГ сводятся к непониманию границ нормы в элек-трофизиологии сердца. Так, вынесенные в заключение «неполная блокада правой ножки пучка Гиса» или «нарушение проведения по предсердиям», становятся основанием для ограничений в занятиях спортом абсолютно здо-ровых людей (5 случаев). Двум из проконсультированных мальчиков 12 и 10 лет было рекомендовано прекратить профессиональные тренировки футбо-лом после обнаружения на ЭКГ синусовой брадикардии с частотой 50-55 ударов в минуту. Хотя как раз на втором курсе на занятиях по нормальной физиологии обязательно обсуждается более экономный режим работы сердца у профессиональных спортсменов с развитием у них физиологической брадикардии. Отдельно стоит отметить назначение ЭКГ при подозрении на пороки развития, например при выслушивании шума в проекции сердца. Какие эквиваленты функционального или даже патологического шума при компенсированном пороке сердца возникнут на ЭКГ, и почему назначается не УЗИ-сердца остается для нас загадкой.

Заключение: хотелось бы отметить главный и очевидный итог, хотя он и лежит в немедицинской плоскости. Развитие интернет-технологий одинаково по всем городкам и селам нашей страны. Как оказалось даже там, куда врач приезжает «раз в месяц» есть возможность выйти в интернет. Во-вторых, подобное интернет-консультирование и полезно и опасно одновременно. Даже от врача функциональной диагностики люди ждут не только объяснений заключения, но и тактики лечения, даже назначения или отмены конкретных препаратов. Что конечно же, даже просто из принципа, не может делаться посредством консультаций через интернет. В-третьих, кафедрам факультетов повышения квалификации стоит уделять больше внимания простым, фундаментальным вопросам в том числе и вопросам нормальной

физиологии. Учится и переучиваться даже элементарным вещам не стыдно ни капельки, стыдно думать что ты все знаешь.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Заболотных В.А., Команцев В.Н., Поворинский А.Г. Основы классической клинической электроэнцефалографии. Санкт-Петербург, 2004. С. 35 – 38.

2. Зенков Л.Р. Клиническая электроэнцефалография. Руководство для врачей. М: МЕДэкспресс, 2004. С. 79 – 81

3. Лытаев С.А. Физиологические научно-педагогические школы ЛПМИ-СПбГПМУ. Педиатр. 2014. Т. 5. № 1. С. 3 -17

4. Lytaev S.A., Dutov V.B., Kipyatkov N.Yu. The estimation of neurocognitive parameters in conditions of time's deficiency and psychological loadings. Int. J. Psychophysiol. 2008. V. 69. № 3. P. 300-301.

ТЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

*Клочкова Л.В., Лозовская М.Э., Васильева Е.Б., Яровая Ю.А.
ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет» Минздрава РФ, Санкт-Петербург*

Цель исследования: выявить особенности диагностики, клинического течения и лечения туберкулеза у детей раннего возраста на современном этапе.

Материалы и методы: проанализировано 85 пациентов в возрасте 0–3 лет туберкулезного отделения ДИБ №3 г. Санкт-Петербурга в 2012–2016 гг. — основная группа (ОГ). Группу сравнения (ГС) составили 110 детей такого же возраста, лечившихся в 2001–2005 гг. Применялись общепринятые во фтизиатрии методы обследования.

Результаты: охват вакцинацией БЦЖ в ОГ — 61 человек (74,4%), а в ГС — 88 (80,0%). Перинатальный контакт по ВИЧ-инфекции в ОГ имели 16 детей (18,8%), в ГС — 4 человека (3,6%) ($\chi^2 = 10,3$; $p < 0,001$). Доля детей из очагов туберкулезной инфекции в 2012-2016 гг. и 2001–2005 гг. была примерно одинакова (71,7% и 71,0% соответственно). Из 61 контактного ребенка в ОГ 50 были из контакта с бактериовыделителями. Сведения о результатах теста лекарственной чувствительности МБТ были предоставлены в 76,0% случаях (38 детей). В ГС

из 78 контактных детей сведения о чувствительности были получены лишь у 25 из 55 источников-бактериовыделителей (45,5%) ($\chi^2 = 7,7$; $p < 0,005$ по сравнению с ОГ). У детей старше года заболевание выявлено: по туберкулинодиагностике в ОГ — 30,6%, а в ГС — 43,6%; по туберкулезному контакту в ОГ 62,4% и в ГС 41,0%; по обращаемости в ОГ — 7,0%, в ГС — 15,4% ($\chi^2 = 3,1$; $p > 0,05$). Превентивное лечение (ПЛ) в ОГ проводилось в 40,0% случаев двумя препаратами — 79,4% в течение 3 месяцев и более. Детям в ГС назначалось ПЛ в 36,3% случаев одним препаратом, а двумя в единичных случаях (10,0%) ($\chi^2 = 14,9$; $p < 0,0001$) длительностью не более 3 месяцев. Осложненное течение туберкулеза в ОГ наблюдалось в 28,2% случаях, а в ГС — в 8,2% ($\chi^2 = 11,0$; $p < 0,001$). Бактериовыделение в ОГ отмечалось у 4 (4,7%) детей, что не наблюдалось в ГС. Лечение в большинстве случаев проводилось на основе I, III и IV стандартных режимов с индивидуальной коррекцией.

Выводы:

1. Дети раннего возраста остаются группой риска по заболеванию и неблагоприятному течению туберкулеза.

2. Увеличился процент детей, не привитых BCG в связи с перинатальным контактом по ВИЧ-инфекции.

3. В настоящее время чаще выявляется резистентность возбудителя у источника инфицирования детей.

4. В последние годы наблюдается более тяжелое течение туберкулеза у детей раннего возраста, в том числе с бактериовыделением (4,7%). Одной из причин этого является ухудшение социального положения (родившиеся в СИЗО, дети из семей наркоманов).

ТРЕХЭТАПНАЯ МОДЕЛЬ РАБОТЫ ДЕТСКОГО ГОРОДСКОГО КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА Г. ИВАНОВО

Князева И.В., Жданова Л.А., Кочетова А.В., Салова М.Н., Лайкова Т.Л., Сеницына М.В.

ОБУЗ Детская городская поликлиника № 6, Иваново

Актуальность: проводимые в стране реформы здравоохранения предусматривают перераспределение объемов оказания медицинской