

лициловой кислоты (5-АСК). Большинство пациентов (79%) в дебюте заболевания получали комплексное лечение: глюкокортикостероиды (ГКС) и 5-АСК, а 14% пациентов только ГКС. Причинами рецидивов заболевания выступали следующие факторы: ОРВИ, нарушение диеты, несоблюдение базисной терапии, самостоятельная отмена базисной терапии или снижение поддерживающей дозы, чрезмерные физические и/или психические нагрузки.

Заключение. Эпидемиологические и клинические характеристики язвенного колита у наблюдаемых детей существенно не отличаются от данных отечественной и мировой литературы.

ВЛИЯНИЕ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ НА ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ

Сафронова Л.Е., Хрущева Н.А., Вахлова И.В., Миронова Н.В.

ГБОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития РФ,
г. Екатеринбург

Актуальность. Последние десятилетия увеличивается распространенность синдрома недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ) в детской популяции. НДСТ способствует манифестации патологии органов мочевой системы (ОМС), влияет на течение заболевания.

Цель работы – оценить влияние НДСТ на течение заболеваний ОМС у детей.

Пациенты и методы. В исследовании принимали участие 866 детей с патологией ОМС: хроническим пиелонефритом (349 человек), хроническим гломерулонефритом (257 детей), обменными нефропатиями (220 пациентов). Диагностика синдрома НДСТ проводилась по карте М.Ж. Glesby (1989г.), шкале Л.Н. Фоминой (2000 г). Для оценки ассоциации между патогенным воздействием и эффектом вычислялось отношение шансов (ОР).

Результаты. Наличие НДСТ у ребенка с заболеванием ОМС увеличивает риск развития тяжелого течения болезни в 4,6 раза (ОР=4,6 [1,94÷10,95]). Легкая степень НДСТ диагностирована у 19%, умеренная степень выявлена у 46%, тяжелая – у 35% пациентов. У детей с тяжелой степенью НДСТ зарегистрированы следующие достоверные отличия ($p<0,05$): более раннее начало заболевания, часто рецидивирующее течение (4–6 обострений в год), более выраженная активность воспалительного процесса при обострении. Синдром НДСТ II и III степени тяжести повышает вероятность раннего дебюта заболевания в 3 раза (ОР=3,1 [1,79÷12,42]). При нарастании степени тяжести НДСТ наблюдается достоверное увеличение активности камнеобразования в мочевых путях, возрастание экскреции кристаллов мочевой кислоты и уратов, липидов и двулучепреломляющих кристаллов патологии ($p<0,05$), что может свидетельствовать о нарастании нарушений на уровне цитомембран почек. При оценке функционального состояния почек по мере утяжеления НДСТ выявлено нарастание нарушений тубулярных функций в виде снижения концентрационной функции, никтурии и удлинения времени секреции тубулотропного радиофармпрепарата. Наличие НДСТ II степени

повышает вероятность удлинения времени секреции тубулотропного радиофармпрепарата в 5 раз (OR = 5,2 [2,01÷12,35]), а НДСТ III степени – в 15 раз (OR = 15,3 [1,91÷18,05]).

Заключение. Наличие НДСТ модифицирует течение заболеваний ОМС у детей, приводя к ранней манифестации патологии, формированию тяжелого течения болезни, нарушению почечных функций.

МОНИТОРИНГ ИММУНОСТРУКТУРЫ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ К КОКЛЮШУ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Семенова Л.В., Романенко В.В., Скорюнова Т.В.

ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Свердловской области», г. Екатеринбург

Актуальность исследования. Охват прививками против коклюша выше 95% среди детей раннего возраста привел к снижению заболеваемости в Свердловской области с 28,74 на 100 тысяч населения в 1993 г. до 1,97 на 100 тысяч населения в 2011 г. В возрастной структуре заболеваемости доля детей до 14 лет составляет 90%, существенную часть заболеваемости составляют дети в возрасте 3–6 лет и подростки. Доля заболевших привитых детей составляет 27,7%, причем среди них в 47,8% случаях от даты последней прививки прошло 4–5 лет.

Цель исследования. Оценить состояние популяционного иммунитета к коклюшу среди детей в возрасте до 14 лет и обосновать необходимость введения в календарь профилактических прививок второй ревакцинирующей прививки против коклюша.

Материалы и методы. Исследования серологическим методом ИФА с использованием тест систем NovaLiza Bordetella pertussis (Германия) проведены в 2006–2011 гг. Обследовано 2100 детей в возрасте с 3–7 лет, что составляет 9,3% от численности детей данной возрастной группы.

Результаты и обсуждение. При обследовании детей 3–4 лет, привитых по схеме от коклюша (вакцинальный комплекс и ревакцинация), было показано, что доля детей с низким уровнем противокклюшных антител составляет в среднем 26,6±5,6%. Доля детей с низким уровнем антител в возрасте 6–7 лет, также привитых по схеме, в среднем составляет 74,3±5,2%. Через 3–4 года после ревакцинации доля детей с низким уровнем противокклюшных антител увеличилась в 2,8 раза ($t = 6,2$, $p < 0,003$).

В целях снижения и стабилизации заболеваемости коклюшем в региональный календарь профилактических прививок Свердловской области в 2006 г. была введена вторая ревакцинирующая прививка детям в возрасте 6 лет 11 месяцев 29 дней, которая позволила достоверно ($p < 0,05$) снизить заболеваемость коклюшем в 2,2 раза (с показателя 4,3 на 100 тыс. населения в 2006 г. до 1,97 на 100 тыс. населения в 2011 г.).

Выводы. Длительность поствакцинального противокклюшного иммунитета у детей сокращается и через 4 года после ревакцинации доля защищенных детей составляет не более 25%. Проведение второй ревакцинирующей прививки позволяет добиться стабилизации и снижения заболеваемости коклюшем среди детей до 14 лет.