

Педіатрія • Новини

Підтверджена зв'язь між носительством золотистого стафілококка і інфекційними поразками шкіри і м'яких тканин у дітей

Известно, что источником заражения *S. aureus*, как правило, является носитель без явных клинических проявлений. Традиционно считается, что у носителей золотистый стафилококк локализуется в передних отделах носовых раковин, однако данный вопрос изучен недостаточно.

В исследовании, проведенном учеными из Вашингтонского университета,

было установлено, что из 183 детей с поражениями кожи и мягких тканей у 112 (61%) были выявлены метициллинрезистентные штаммы стафилококка (MRSA), у 54 (30%) – метициллинчувствительные (MSSA) и у 17 (9%) – смешанные. Наиболее часто инфекционный процесс локализовался в ягодичной области. Различий в локализации в зависимости от наличия или отсутствия чувствительности штаммов *S. aureus* к метициллину обнаружено не было. Также на предмет носительства *S. aureus* были обследованы 609 человек, близко контактирующих с детьми, из них 323 были носителями (115 (19%) – MSSA,

195 (32%) – MRSA и у 13 (2%) – микстинфекция). Локализация очагов стафилококковой инфекции у носителей MRSA и MSSA различалась: у первых инфекция чаще обнаруживалась в пробах, взятых из области паховых складок, у вторых – из носовых ходов.

Таким образом, у детей с поражениями кожи и мягких тканей *S. aureus* чаще, чем в общей популяции, обнаруживаются резистентные к антибактериальным препаратам штаммы микроорганизмов. Паховые складки могут быть источником заражения в результате близкого контакта детей с людьми, инфицированными антибиотикоустойчивыми

штаммами золотистого стафилококка. Поэтому врачи должны проводить периодические осмотры на предмет носительства *S. aureus* у людей, контактирующих с детьми, и рекомендовать им более тщательное соблюдение индивидуальных гигиенических мероприятий.

Arch Pediatr Adolesc Med. 2012; 166(6): 551-557

Вероятность развития повторного рака выше у людей, перенесших рак в детском возрасте

Известно, что у 5-15% пациентов, выживших после перенесенных в детстве онкологических заболеваний, в последующем (в возрасте 20-30 лет) встречаются злокачественные новообразования. Повторные злокачественные новообразования являются второй по значимости причиной преждевременной смерти после рецидива первичного рака у таких пациентов. Новые данные показывают, что у выживших после перенесенных в детстве онкологических заболеваний чаще, чем в общей популяции населения, развиваются опухоли желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Однако большинство исследований проводилось в ограниченных группах пациентов или включали детей и взрослых в одну когорту. Также ранее не оценивалась связь между лучевой терапией, химиотерапией и повторными онкологическими заболеваниями.

В ретроспективном когортном исследовании, проводившемся в 26 медицинских центрах США и Канады, оказывающих медицинскую помощь детям с онкологическими заболеваниями, ученые из Чикагского медицинского центра провели анализ частоты возникновения онкологических заболеваний ЖКТ после перенесенных в детстве различных онкологических заболеваний и полученных лечебных процедур (химиотерапии, лучевой терапии и т.д.). Средний срок наблюдения составил 22,8 года.

Согласно результатам исследования из 14 337 выживших после перенесенных в детстве онкологических заболеваний у 732 наблюдались повторные онкозаболевания, в том числе в 45 (5,6%) случаях – новообразования ЖКТ. Средний возраст на момент постановки диагноза составил 33,5 года (9,7-44,8 года). Риск повторных онкологических заболеваний ЖКТ был в 4,6 раза выше у людей, перенесших рак в детстве, в сравнении с общей популяцией. Стандартизованное отношение шансов (СОШ) колоректального рака составило 4,2 (доверительный интервал (ДИ) 2,8-6,3). Самый высокий риск был связан с лучевой терапией брюшной области (СОШ 11,2, ДИ 7,6-16,4). Тем не менее дети, получавшие только химиотерапию, также имели высокий риск развития повторных онкологических заболеваний (СОШ 2,4, ДИ 1,4-3,9). В дополнение к лучевой терапии брюшной области независимо могут увеличивать риск желудочно-кишечных повторных онкологических заболеваний прокарбазин (относительный риск (ОР) 3,2, ДИ 1,1-9,4) и препараты платины (ОР 7,6, ДИ 2,3-25,5).

Поэтому у пациентов, перенесших рак в детском возрасте, должны проводиться профилактические осмотры в более ранние сроки и чаще, чем в популяции в целом.

Annals of Internal Medicine June 5, 2012 vol. 156 11757-766

**Шановні Колеги!**

Міністерство охорони здоров'я України
Національна академія медичних наук України
ДП «Державний експертний центр МОЗ України»

[запрошують Вас взяти участь у роботі](#)

ЧЕТВЕРТОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ

«Клінічні випробування лікарських засобів в Україні»,

яка відбудеться 4-5 жовтня 2012 р.

Місце проведення: Україна, м. Київ, Конгрес-Хол «Президент Готелю» (вул. Госпітальна, 12)

Конференція увійшла до «Реєстру з'їздів, конгресів, симпозиумів та науково-практичних конференцій, які проводитимуться у 2012 році», що затверджений Міністерством охорони здоров'я України та Національною академією медичних наук України.

План конференції передбачає проведення пленарних та секційних засідань, круглих столів, майстер-класів, на яких будуть обговорюватись актуальні питання щодо організації та проведення клінічних випробувань в Україні та у світі.

В рамках конференції буде проводитись семінар «Належна клінічна практика (GCP) та нормативно-правове регулювання клінічних випробувань в Україні» за участю співробітників Державного експертного центру МОЗ України та лекторів із Європейського Союзу. Учасникам семінару буде надаватись сертифікат Державного експертного центру МОЗ України.

Досвідчені незалежні аудиторів із Європейського Союзу та США, співробітники Державного експертного центру МОЗ України та кваліфіковані юристи запропонують Вам під час роботи конференції прийняти участь у майстер-класі «Забезпечення та контроль якості клінічних випробувань» із врученням відповідних сертифікатів.

Основні напрямки роботи конференції:

- Нормативно-правова база проведення клінічних випробувань.
- Питання конфіденційності та захисту персональних даних при проведенні клінічних випробувань.
- Експертиза матеріалів клінічних випробувань.
- Етичні питання проведення клінічних випробувань. Питання страхового захисту.
- Моніторинг побічних реакцій при проведенні клінічних випробувань лікарських засобів.
- Питання обігу досліджуваних лікарських засобів та супровідних матеріалів клінічного випробування.
- Актуальні питання клінічних випробувань генериків та біосимілярів.
- Забезпечення та контроль якості проведення клінічних випробувань. Клінічний аудит та моніторинг клінічних випробувань.
- Особливості проведення клінічних випробувань за участю дітей.
- Питання ввозу/вивозу досліджуваних лікарських засобів та супутніх матеріалів клінічних випробувань.

Контактні особи з питань участі у конференції:

- **Ніколаєва Валентина Валентинівна**, тел. +38 (044) 498-43-52, тел./факс 498-43-29; e-mail: vnikolaeva@bigmir.net (заявки на доповіді);
- **Распутняк Сергій Сергійович**, тел.: +38 (044) 498-43-27, тел./факс: 498-43-29, e-mail: rasputnyak@pharma-center.kiev.ua (заявки на участь у конференції, реєстрація тез)
- **Ковтун Людмила Іванівна**, тел.: +38 (044) 498-43-51, тел./факс 498-43-29 e-mail: kovtun@pharma-center.kiev.ua (заявки на участь у конференції, реєстрація тез).
- **Барташевич Євген Вікторович**, моб. тел.: +38 (050) 387-22-83, тел./факс (044) 431-81-33, e-mail: bartashevich@absolut-global.com (з питань реєстраційного внеску).

Материал, победивший в номинации «Лучший постерный доклад» на Всеукраинской научно-практической конференции «Внесок молодых спеціалістів у розвиток медичної науки і практики», посвященной Дню науки, которая состоялась 17 мая 2012 года на базе ГУ «Институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины» (г. Харьков)

Л.В. Кравец, Л.Н. Боярская, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой детских болезней факультета последипломного образования, Запорожский государственный медицинский университет

Роль холтеровского мониторинга в дифференциальной диагностике синкопальных состояний у детей раннего возраста

Этиология синкопальных состояний у детей и подростков в подавляющем большинстве случаев не связана с угрожающей жизни патологией, но некоторые из них могут быть обусловлены весьма серьезными причинами, сопряженными с риском внезапной смерти. По данным российских авторов, в детском возрасте синкопальные состояния встречаются в несколько раз чаще, чем у взрослых, причем до 60% из них приходится на первые три года жизни (Балакирева Е.А., Неретина А.Ф., 2006).

Одним из видов таких состояний являются аффективно-респираторные приступы (АРП), которые достаточно часто встречаются в практике врачей разных специальностей и являются одной из причин направления детей в стационар (Сычев О.С., 2005).

В 1967 г. Lombroso и Legman выделили две формы АРП в зависимости от изменения цвета кожных покровов: бледную и цианотичную.

Дифференциальная диагностика синкопальных состояний проводится с помощью тщательного сбора анамнеза, ЭКГ, эхокардиоскопии, электроэнцефалографии, рентгенографии шейного отдела позвоночника, суточного мониторинга ЭКГ и variability сердечного ритма по Холтеру.

Целью нашей работы было изучить значение холтеровского мониторинга в дифференциальной диагностике причин синкопальных состояний.

Задача исследования заключалась в том, чтобы провести холтеровский мониторинг детям младшего возраста, страдающим АРП.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находилось 16 детей младшего возраста (11-23 мес жизни), госпитализированных в инфекционно-боксованное отделение по

поводу пре- и синкопальных состояний в анамнезе. Критерием исключения из группы наблюдения служило наличие неврологической патологии.

Из анамнеза известно, что один ребенок родился недоношенным в гестационном сроке 35 недель и находился под нашим наблюдением как родившийся с низкой массой тела. Ранее на фоне общего снижения напряжения вегетативной регуляции, в большей степени за счет снижения парасимпатической активности, у ребенка отмечалось увеличение вагосимпатического соотношения.

У двух матерей наблюдалось патологическое течение беременности по типу угрозы прерывания. Ни у одного ребенка близкие родственники не страдали синкопальными состояниями.

Приступы всегда возникали на фоне плача, сопровождались задержкой дыхания от 30 до 60 секунд (редкой потерей сознания), изменением цвета кожных покровов по типу бледности (19%) или цианоза (81%).

Всем детям группы наблюдения проведены общеклинические исследования, ЭКГ, ЭЭГ, рентгенография шейного отдела позвоночника, холтеровский мониторинг, были получены консультации невролога и кардиолога.

Анализ variability сердечного ритма проводился с использованием

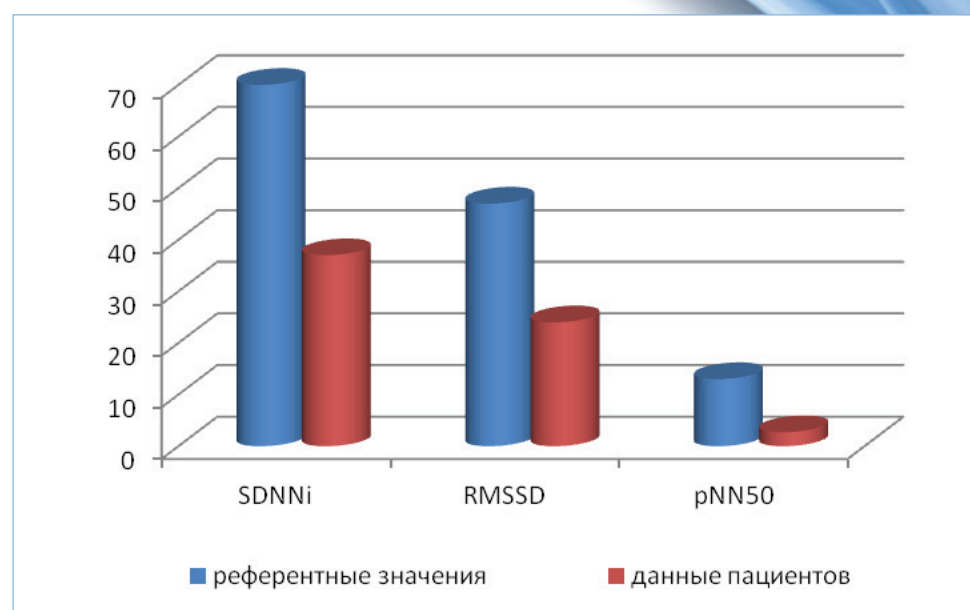


Рис. 1. Характеристика показателей variability ритма в группе детей с симпатикотонией

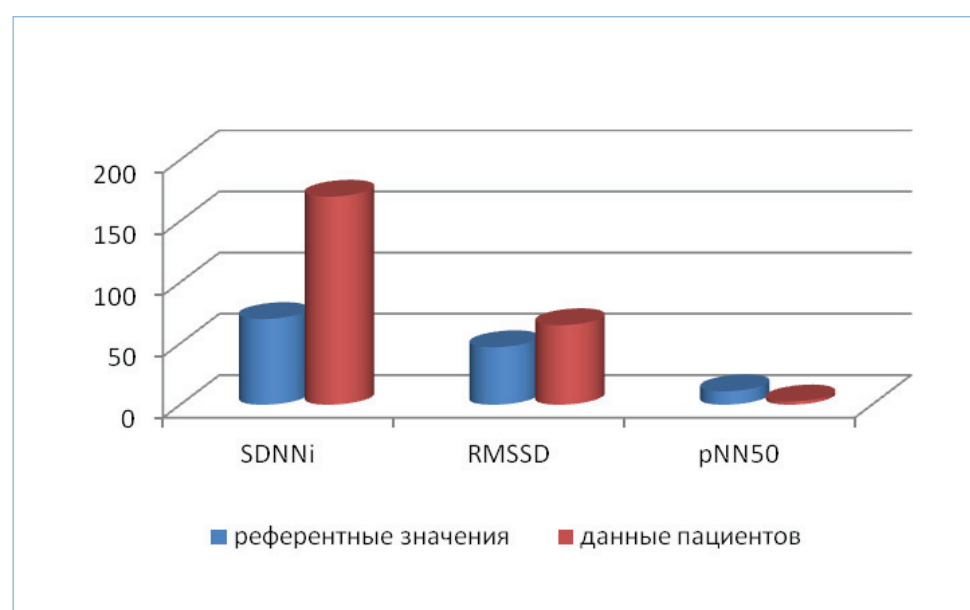


Рис. 2. Характеристика показателей variability ритма в группе детей с ваготонией

| Показатель | Симпатикотония (n=10) | | Эйтония (n=3) | | Ваготония (n=3) | |
|------------------------------|-----------------------|---------|---------------|-----------|-----------------|------------|
| | M±m | | M±m | | M±m | |
| | день | ночь | день | ночь | день | ночь |
| Частота сердечных сокращений | 131±15 | 115±14 | 118±9 | 107±17 | 121±20 | 94±25 |
| SDNNi | 33,4±8,4 | 37±13 | 56,4±7,6 | 56,8±6,7 | 200,4±170 | 269,5±218 |
| RMSSD | 22±8 | 30±15 | 40,6±14,1 | 46,0±10,3 | 51,0±33,2 | 130,6±97,3 |
| pNN50 | 3,2±2,4 | 6,3±4,9 | 13,9±12,2 | 16,7±11,9 | 8,7±7,1 | 37,9±31,4 |
| LFn | 63±10 | 57±15 | 59,6±16,6 | 58,1±15,5 | 48,5±8,0 | 35,1±11,6 |
| HFn | 36±10 | 42±15 | 40,3±16,5 | 41,8±15,5 | 51,4±8,0 | 64,8±11,6 |
| LF/HF | 1,9±0,8 | 1,5±0,7 | 1,7±1,0 | 1,6±1,0 | 1,6±1,0 | 0,5±0,2 |

временного и частотного методов. Обработка полученных данных осуществлялась с помощью пакета программ для статистической обработки Statistica 6.0.

Результаты

В группе наблюдения преобладали мальчики – 82%. Нарушений ритма и проводимости сердца, способных вызвать синкопе, не выявлено. Только у одного ребенка во время мониторинга возникли описанные матерью состояния, однако на ЭКГ патологических изменений во время приступа не обнаружено.

Анализ variability ритма позволил разделить детей на три группы: дети с преобладанием симпатического тонуса – 62%, парасимпатического тонуса – 19%, с эйтонией – 19% (табл., рис. 1, 2).

В группе детей с бледными приступами 83% составила симпатикотония, 17% – эйтония; с цианотичными приступами: 75% – ваготония, 25% – эйтония.

Выводы

У детей с бледным типом АРП преобладает смещение вегетативного равновесия в сторону ваготонии, у детей с цианотичным типом – в сторону симпатикотонии. Суточный мониторинг по Холтеру следует рассматривать как один из наиболее информативных методов оценки вегетативного статуса у детей грудного возраста, значительно облегчающий диагностический поиск в отношении причин синкопе. Обнаруженные изменения следует учитывать в комплексной коррекции данных состояний.