



Союз
педиатров
России

ISSN 2687-0843 (Online)

Научно-практический журнал

РОССИЙСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

— Том 3 · № 3 · 2022 —

Издательство «ПедиатрЪ»

www.rospedj.ru

RUSSIAN PEDIATRIC JOURNAL

Vol. 3 · № 3 · 2022

ISSN 2687-0843 (Online)
www.rospej.ru

Периодичность
4 раза в год

Учредитель
Общероссийская
общественная
организация
«Союз педиатров России»

Ответственный секретарь
Панкова А.Р.
E-mail: rpj@spr-journal.ru

Выпускающий редактор
Ткачёва Н.И.
E-mail:
redactorspr@spr-journal.ru

Отдел рекламы
Иваничкина Н.Ю.
E-mail: rek@spr-journal.ru
Тел.: +7 (916) 129-35-36
Сенюхина А.Б.
E-mail: rek1@spr-journal.ru
Тел.: +7 (916) 650-03-48

Верстка
Плетененко О.А.

Корректор
Претро Э.Р.

Перевод
Сладков Д.Г.

Дата публикации: 30.11.2022

Знаком информационной
продукции не маркируется
Распространяется бесплатно

Издатель

Издательство «ПедиатрЪ»
117335, г. Москва,
ул. Вавилова, д. 81, корп. 1,
этаж 2, помещение № XLIX,
офис 2–8.
www.spr-journal.ru
Тел.: +7 (499) 132-02-07,
+7 (916) 650-07-42
E-mail:
redactorspr@spr-journal.ru

Журнал зарегистрирован
Федеральной службой по
надзору в сфере связи,
информационных технологий
и массовых коммуникаций
28.10.2019. Регистрационный
номер Эл № ФС 77-77067.

Редакция не несет
ответственности
за содержание рекламных
материалов.
Воспроизведение или
использование другим
способом любой части
издания без согласия редакции
является незаконным и
влечет ответственность,
установленную действующим
законодательством РФ.



СОЮЗ ПЕДИАТРОВ РОССИИ

РОССИЙСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ОСНОВАН В 2019 г.

— Том 3 · № 3 · 2022 —

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Баранов А.А., д.м.н., проф., академик РАН

ЗАМЕСТИТЕЛИ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Альбицкий В.Ю., д.м.н., проф., Москва, Россия
Беляева И.А., д.м.н., проф., проф. РАН, Москва, Россия

НАУЧНЫЙ РЕДАКТОР

Петровский Ф.И., д.м.н., проф., Ханты-Мансийск, Россия

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Балькова Л.А., д.м.н., проф., член-корр. РАН, Саранск, Россия
Булатова Е.М., д.м.н., проф., Санкт-Петербург, Россия
Ваганов Н.Н., д.м.н., проф., Москва, Россия
Валиева С.И., д.м.н., Москва, Россия
Вишнева Е.А., д.м.н., Москва, Россия
Володин Н.Н., д.м.н., проф., академик РАН, Москва, Россия
Деев И.А., д.м.н., проф., Томск, Россия
Зелинская Д.И., д.м.н., проф., Москва, Россия
Ильенко Л.И., д.м.н., проф., Москва, Россия
Ковтун О.П., д.м.н., проф., член-корр. РАН, Екатеринбург, Россия
Корсунский А.А., д.м.н., проф., Москва, Россия
Куличенко Т.В., д.м.н., проф. РАН, Москва, Россия
Маянский Н.А., д.м.н., проф., Москва, Россия
Моисеев А.Б., д.м.н., Россия
Намазова-Баранова Л.С., д.м.н., проф., академик РАН, Москва, Россия
Новик Г.А., д.м.н., проф., Санкт-Петербург, Россия
Орел В.И., д.м.н., проф., Санкт-Петербург, Россия
Петряйкина Е.Е., д.м.н., проф., Москва, Россия
Пискунова С.Г., к.м.н., Ростов-на-Дону, Россия
Полунина Н.В., д.м.н., проф., академик РАН, Москва, Россия
Румянцев А.Г., д.м.н., проф., академик РАН, Москва, Россия
Рычкова Л.В., д.м.н., член-корр. РАН, проф. РАН, Иркутск, Россия
Симаходский А.С., д.м.н., проф., Санкт-Петербург, Россия
Чичерин Л.П., д.м.н., проф., Москва, Россия
Чумакова О.В., д.м.н., проф., Москва, Россия

РОССИЙСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ / 2022 / ТОМ 3 / № 3

СОДЕРЖАНИЕ

ОРИГИНАЛЬНАЯ СТАТЬЯ

- 441 Туфатулин Г.Ш., Королева И.В.
**ОДНОМОМЕНТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СОСТОЯНИЯ СЛУХА У УЧАЩИХСЯ НАЧАЛЬНЫХ КЛАССОВ
В МАССОВОЙ И КОРРЕКЦИОННОЙ ШКОЛАХ**

ПОВЫШАЯ НАВЫКИ КОММУНИКАЦИИ С РОДИТЕЛЯМИ

- 448 **КАШЕЛЬ**
451 **ОСТРЫЙ ТОНЗИЛЛИТ**
452 **ГРИПП**
454 **ГРИПП У ДЕТЕЙ (Г.Н. СПЕРАНСКИЙ, 1960 Г.)**

ISSN 2687-0843 (Online)
www.rospej.ru

Publication Frequency
Quarterly

Founder
Union of Pediatricians
of Russia

Editorial secretary
A.R. Pankova
E-mail: rpj@spr-journal.ru

Managing editor
N.I. Tkacheva
E-mail:
redactorspr@spr-journal.ru

Advertising department
N.Yu. Ivanichkina
E-mail: rek@spr-journal.ru
Phone: +7 (916) 129-35-36
A.B. Senyukhina
E-mail: rek1@spr-journal.ru
Phone: +7 (916) 650-03-48

Designer
O.A. Pletenenko

Proof-reader
E.R. Pretro

Translator
D.G. Sladkov

Publication date: 30/11/2022

Publisher
“Paediatrician” Publishers LLC
Office 2–8, Unit № XLIX,
81-1 Vavilova Street, 2nd
floor,
117335, Moscow,
Russian Federation
www.spr-journal.ru
Phone: +7 (499) 132-02-07,
+7 (916) 650-07-42
E-mail:
redactorspr@spr-journal.ru

Mass media registration
certificate dated
October 28, 2019.
Series ЭА № ФС 77-77067
Federal Service for Supervision
of Communications,
Information Technology,
and Mass Media.

Editorial office takes no
responsibility for the contents
of advertising material.
No part of this issue may
be reproduced without
permission from the publisher.



UNION OF PEDIATRICIANS OF RUSSIA

RUSSIAN PEDIATRIC JOURNAL

PUBLISHED SINCE 2019

— Vol. 3 · № 3 · 2022 —

EDITOR-IN-CHIEF

Baranov A.A., MD, PhD, professor, academician of RAS, Moscow, Russian Federation

DEPUTY EDITORS-IN-CHIEF

Albitsky V.Yu., MD, professor, Moscow, Russian Federation
Belyaeva I.A., PhD, professor, professor of RAS, Moscow, Russian Federation

SCIENTIFIC EDITOR

Petrovskiy F.I., PhD, professor, Khanty-Mansiysk, Russian Federation

EDITORIAL BOARD

L.A. Balykova, PhD, prof., corresponding member of RAS, Saransk, Russian Federation
E.M. Bulatova, PhD, prof., Saint-Petersburg, Russian Federation
N.N. Vaganov, PhD, prof., Moscow, Russian Federation
S.I. Valieva, PhD, Moscow, Russian Federation
E.A. Vishneva, PhD, Moscow, Russian Federation
N.N. Volodin, PhD, prof., academician of RAS, Moscow, Russian Federation
I.A. Deev, PhD, prof., Tomsk, Russian Federation
D.I. Zelinskaya, PhD, prof., Moscow, Russian Federation
L.I. Ilenko, PhD, prof., Moscow, Russian Federation
O.P. Kovtun, PhD, prof., corresponding member of RAS,
Ekaterinburg, Russian Federation
A.A. Korsunsky, PhD, prof., Moscow, Russian Federation
T.V. Kulichenko, PhD, professor of RAS, Moscow, Russian Federation
N.A. Mayanskiy, PhD, prof., Moscow, Russian Federation
A.B. Moiseev, MD, Russian Federation
L.S. Namazova-Baranova, PhD, prof., academician of RAS, Moscow, Russian Federation
G.A. Novik, PhD, prof., Saint-Petersburg, Russian Federation
V.I. Orel, PhD, prof., Saint-Petersburg, Russian Federation
E.E. Petryaikina, PhD, prof., Moscow, Russian Federation
S.G. Piskunova, PhD, Rostov-on-Don, Russian Federation
N.V. Polunina, PhD, prof., academician of RAS, Moscow, Russian Federation
A.G. Rumyantsev, PhD, prof., academician of RAS, Moscow, Russian Federation
L.V. Rychkova, PhD, corresponding member of RAS, professor of RAS,
Irkutsk, Russian Federation
A.S. Simakhodsky, PhD, prof., Saint-Petersburg, Russian Federation
L.P. Chicherin, PhD, prof., Moscow, Russian Federation
O.V. Chumakova, PhD, prof., Moscow, Russian Federation
T.V. Yakovleva, PhD, prof., Moscow, Russian Federation

RUSSIAN PEDIATRIC JOURNAL / 2022 / V. 3 / № 3

CONTENT

ORIGINAL ARTICLE

- 441** Tufatulin Gaziz Sh., Koroleva Inna V.
**CROSS-SECTIONAL STUDY OF HEARING STATUS IN PRIMARY STUDENTS
IN MAINSTREAM AND SPECIAL SCHOOLS**

IMPROVING COMMUNICATION SKILLS WITH PARENTS

- 448** **COUGH**
451 **ACUTE TONSILLITIS**
452 **FLU**
454 **FLU IN CHILDREN (G.N. SPERANSKIY, 1960)**

Г.Ш. Туфатулин^{1, 2, 3}, И.В. Королева^{1, 3}¹ Детский городской сурдологический центр, Санкт-Петербург, Российская Федерация² СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Российская Федерация³ Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи, Санкт-Петербург, Российская Федерация

Одномоментное исследование состояния слуха у учащихся начальных классов в массовой и коррекционной школах

Автор, ответственный за переписку:

Туфатулин Газиз Шарифович, доктор медицинских наук, главный врач СПб ГКУЗ «Детский городской сурдологический центр»

Адрес: 194356, Санкт-Петербург, ул. Есенина, д. 26, к. 4, тел. раб.: +7 (812) 338-02-03, тел. моб.: +7 (981) 745-3-555,

e-mail: dr.tufatulin@mail.ru

Обоснование. Единственным способом предотвращения отрицательных последствий нарушений слуха у ребенка (нарушение речи, других психических процессов, обучения, социализации) являются раннее выявление патологии и начало реабилитационных мероприятий, что обеспечивают программы аудиологического скрининга детей разного возраста, включая школьников. В Российской Федерации аудиологический скрининг школьников не проводится. **Цель исследования** — изучение распространенности и структуры нарушений слуха у учащихся массовой и коррекционной (для детей с нарушениями зрения) школ для определения стратегии внедрения аудиологического скрининга школьников в Российской Федерации. **Методы.** Исследование проводилось у детей двух групп, у которых ранее не диагностировались нарушения слуха: группа 1 — учащиеся 1–4-х классов общеобразовательной школы, группа 2 — учащиеся 1–4-х классов коррекционной школы для детей с нарушениями зрения (г. Санкт-Петербург). Скрининговый этап включал отоскопию, тимпанометрию, регистрацию отоакустической эмиссии, скрининговую тональную аудиометрию. Дети с выявленными отклонениями от нормы в дальнейшем проходили комплексное диагностическое обследование слуха в СПб ГКУЗ «Детский городской сурдологический центр» с целью подтверждения наличия нарушения слуха и дифференциальной диагностики заболевания. Основным показателем исследования — доля (%) детей с подтвержденной патологией слуха в каждой группе. Дополнительный показатель — доля различных патологических состояний в структуре нарушений слуха, включая долю стойких нарушений и степень тугоухости. **Методы исследования:** отоскопия, тимпанометрия, скрининговая и стандартная тональная пороговая аудиометрия, речевая аудиометрия, регистрация отоакустической эмиссии и слуховых вызванных потенциалов. **Результаты.** Среди 183 детей массовой школы при аудиологическом скрининге отклонения от нормы были выявлены у 23%. Из них патология слуха была подтверждена у 19,7% детей. У большинства детей была диагностирована преходящая кондуктивная тугоухость I–II степени, у 3,9% обследованных диагностировано стойкое нарушение слуха (сенсоневральная тугоухость). Среди 148 обследованных учащихся коррекционной школы для детей с нарушениями зрения общая доля детей с подтвержденной патологией слуха достоверно не отличалась, но среди них было в 2,5 раза больше детей со стойкой тугоухостью и детей с более тяжелым снижением слуха. **Заключение.** Полученные данные подтверждают обоснованность проведения аудиологического скрининга у школьников. Необходимы дополнительные исследования, направленные на разработку протокола аудиологического скрининга детей школьного возраста с учетом особенностей организации сурдологической службы и образовательной системы в Российской Федерации.

Ключевые слова: тугоухость, аудиологический скрининг, нарушения слуха у детей

Для цитирования: Туфатулин Г.Ш., Королева И.В. Одномоментное исследование состояния слуха у учащихся начальных классов в массовой и коррекционной школах. *Российский педиатрический журнал*. 2022;3(3):441–447. doi: <https://doi.org/10.15690/rpj.v3i3.2463>

ОБОСНОВАНИЕ

Нарушение слуха отрицательно влияет на речевое, коммуникативное, когнитивное и эмоционально-волевое развитие ребенка, ограничивая его возможности обучения и социализации. Установлено, что при ранних выявлении патологии слуха и начале реабилитационных мероприятий последствия нарушений слуха у ребенка могут быть предотвращены. Эти данные позволили внедрить программы универсального аудиологического скрининга новорожденных более чем в 40 странах мира [1].

Важность скрининговых исследований слуха продемонстрирована и у детей старших возрастных групп, что обусловлено возможностью развития отсроченной и прогрессирующей тугоухости, а также возникнове-

ния приобретенной патологии слуха [2]. В ряде стран (Польша, Бельгия, Словения, Израиль, Нидерланды, США, Австралия, Великобритания, Ирландия) уже действуют программы аудиологического скрининга при поступлении ребенка в школу [3–7]. Целесообразность аудиологического скрининга у школьников обусловлена высокой распространенностью приобретенных и отсроченных врожденных нарушений слуха и заболеваний уха, низкой обращаемостью родителей детей с односторонним или небольшим снижением слуха к врачу-оториноларингологу с жалобами. Актуальность аудиологического скрининга у школьников определяется также негативным влиянием тугоухости на обучение и академическую успеваемость детей [8].

Частота выявляемой патологии существенно различается в зависимости от социально-экономического уровня развития страны [9]. В Финляндии распространенность нарушений слуха, по данным школьного скрининга, составляет 2,5%, в Дании — 3,6%, а в Нигерии — 13,6%, в Саудовской Аравии — 13%, в Египте — 20,9% [10–12]. В Йемене при обследовании 2200 учащихся школ в возрасте 6–9 лет патология выявлена у 10,6% детей, причем самой частой причиной снижения слуха являлся экссудативный средний отит (6%), а сенсоневральная тугоухость (СНТ) была диагностирована у 1,6% детей [9]. В Польше аудиологический скрининг более 71 тыс. первоклассников выявил проблемы со слухом у 14% детей, из них в 58% случаев родители не предъявляли жалоб, 27% детей ранее не были обследованы, 41% не получали сурдологической помощи [13].

Исследования слуха у детей дошкольного и школьного возраста проводились и в России [14–16]. Тугоухость I–II степени была обнаружена у 35,9% воспитанников детских садов в возрасте 2–7 лет [15]. Основной причиной тугоухости был экссудативный средний отит (30,2% детей), в 5,8% случаев диагностирована СНТ [15]. Обследование учащихся начальных классов г. Уфы выявило у 14,4% детей патологию слуха, вызванную экссудативным отитом [17].

Существенный интерес с точки зрения распространенности нарушений слуховой функции представляют отдельные группы детей. Например, минимальное доклиническое снижение слуха в диапазоне 15–25 дБ, а также центральные расстройства слуха рассматриваются как одна из причин задержки развития речи и овладения системой родного языка не только у детей с расстройствами речи,

но и с другими нарушениями развития [1, 2]. Известны единичные исследования этой проблемы. Так, у детей логопедических групп в 38,7% случаев диагностирован экссудативный отит, а в 12,4% случаев — СНТ, что было достоверно чаще, чем у детей в массовых детских садах (26,6 и 3,2% соответственно) [15]. Эти данные позволяют говорить об особой актуальности массовых обследований слуха у детей в коррекционных образовательных учреждениях несурдологического профиля.

Цель исследования

Изучение распространенности и структуры нарушений слуха у учащихся начальных классов массовой и коррекционной (для детей с нарушениями зрения) школ, у которых ранее не диагностировались нарушения слуха, с целью определения стратегии внедрения аудиологического скрининга школьников в Российской Федерации.

МЕТОДЫ

Дизайн исследования

Одномомментное двухэтапное исследование. Первый этап — скрининговое аудиологическое обследование детей 1–4-х классов в образовательных организациях (рис. 1). Второй этап — диагностическое аудиологическое обследование детей с отклонениями от нормы, выявленными на первом этапе, в сурдологическом центре.

Условия проведения исследования

Первый этап — скрининговое аудиологическое обследование проводилось у детей двух групп, у которых ранее не диагностировались нарушения слуха: группа 1 — уче-

Gaziz Sh. Tufatulin^{1, 2, 3}, Inna V. Koroleva^{1, 3}

¹ Center of Pediatric Audiology, Saint Petersburg, Russian Federation

² North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint Petersburg, Russian Federation

³ Saint-Petersburg Research Institute of Ear, Throat, Nose and Speech of the Ministry of Healthcare in Russian Federation, Saint-Petersburg, Russian Federation

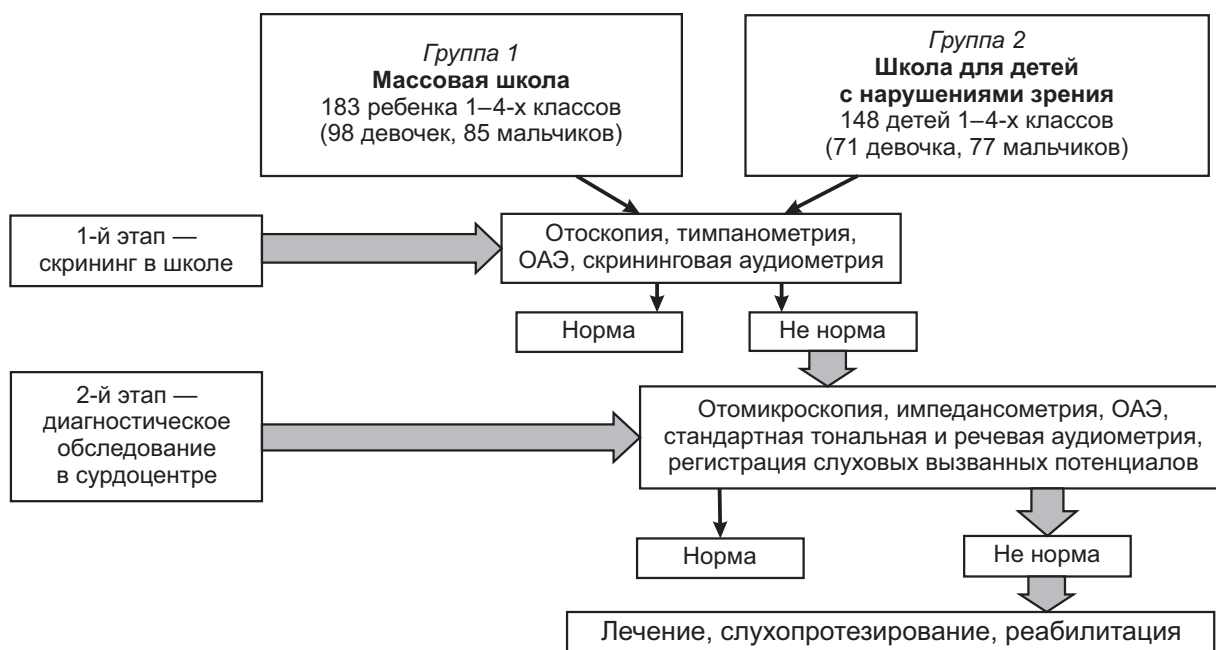
Cross-Sectional Study of Hearing Status in Primary Students in Mainstream and Special Schools

Background. The only way to prevent the negative outcomes of hearing loss in children (speech, mental, learning, socialization disorders) is early diagnosis of the pathology and rehabilitation onset. It can be provided by hearing screening programs for children of different ages, including school-age children. Hearing screening is not performed among school-age children in Russian Federation. **Objective.** The aim is to study the prevalence and structure of hearing disorders in students in mainstream and special (for children with visual impairments) schools to determine the strategy for implementing hearing screening of school-age children in Russian Federation. **Methods.** The study included children of two groups who had not previously been diagnosed with hearing disorders: group 1 — students of 1–4 grades of mainstream school, group 2 — students of 1–4 grades of special school (children with visual impairments) (St. Petersburg). The screening stage included otoscopy, tympanometry, otoacoustic emissions, pure tone audiometry. Children with any problems later underwent a complex hearing examination at Center of Pediatric Audiology (St Petersburg) to confirm the presence of hearing disorder and for disease differential diagnosis. The major indicator in this study is the percent (%) of children with confirmed hearing disorder in each group. The additional indicator is the proportion of various pathological conditions in hearing disorders' structure (persistent disorders and hearing loss degree included). Study methods: otoscopy, tympanometry, pure tone audiometry, speech audiometry, otoacoustic emissions and auditory brainstem responses. **Results.** We have revealed abnormalities in 23% of 183 children from mainstream school. Hearing disorders were confirmed in 19.7% of children. Most children were diagnosed with temporary mild and moderate conductive hearing loss, whereas 3.9% were diagnosed with permanent (sensorineural) hearing loss. The total percent of children with confirmed hearing disorder was not significantly different in 148 children from special school. Therefore, they have 2.5 times more cases of permanent hearing loss and children with more severe hearing disorder. **Conclusion.** The obtained data confirm the hearing screening relevance in school-age children. Further studies are required to develop hearing screening protocol for school-age children considering the features of audiological service and educational system in Russian Federation.

Keywords: hearing loss, school-age hearing screening, hearing disorders in children

For citation: Tufatulin Gaziz Sh., Koroleva Inna V. Cross-Sectional Study of Hearing Status in Primary Students in Mainstream and Special Schools. *Rossiiskij pediatrieskij zurnal — Russian Pediatric Journal*. 2022;3(3):441–447. doi: <https://doi.org/10.15690/rpj.v3i3.2463>

Рис. 1. Дизайн исследования
Fig. 1. Study design



Примечание. ОАЭ — отоакустическая эмиссия.
Note. OAE (ОАЭ) — otoacoustic emissions.

ники 1–4-х классов ГБОУ «Средняя общеобразовательная школа № 518» Выборгского района г. Санкт-Петербурга (массовая школа); группа 2 — ученики 1–4-х классов коррекционной школы для детей с нарушениями зрения ГБОУ «Школа-интернат № 1 им. К.К. Грота» г. Санкт-Петербурга. Обследование проводилось в школе, в медицинском кабинете (уровень фонового шума не превышал 40 дБ УЗД).

Второй этап — диагностическое аудиологическое обследование проводилось в СПб ГКУЗ «Детский городской сурдологический центр» детям с выявленными отклонениями от нормы с целью подтверждения наличия заболевания, дифференциальной диагностики патологии слуха, разработки программы реабилитации.

Первый этап проводился с декабря 2019 по декабрь 2021 г., второй этап — с января 2020 по февраль 2022 г.

Критерии соответствия

Критерии включения: все учащиеся 1–4-х классов двух вышеозначенных школ, родители которых дали информированное согласие на участие ребенка в исследовании. Критерии невключения: отказ родителей от участия ребенка в исследовании, учащиеся 5-го класса и старше.

Описание критериев соответствия (диагностические критерии)

Неприменимо.

Подбор участников в группы

В исследование включались все дети, которые обучались в 1–4-х классах массовой и коррекционной (для детей с нарушениями зрения) школ, за исключением тех детей, родителями которых не было подписано добровольное информированное согласие.

Целевые показатели исследования

Основной показатель исследования

Основным показателем исследования являлась доля (%) детей, имеющих подтвержденные (по данным второго этапа) нарушения слуха в каждой из групп. При определе-

нии понятий «норма» и «патология» слуха использовалась Международная классификация тугоухости (ВОЗ, 1997).

Дополнительные показатели исследования

Дополнительным показателем исследования являлась доля отдельных патологических состояний в структуре нарушений слуха (заболеваний уха), включая долю стойких нарушений и степень тугоухости.

Методы измерения целевых показателей

Протокол обследования включал следующие методы: отоскопия, тимпанометрия (зондирующий тон — 226 Гц), регистрация отоакустической эмиссии (ОАЭ) (первоначально — задержанной вызванной ОАЭ; если она не регистрировалась, то проводилась регистрация ОАЭ на частоте продукта искажения; критерий прохождения теста — отношение сигнал/шум не менее 6 дБ), скрининговая тональная пороговая аудиометрия по воздушной проводимости на частотах 500, 1000, 2000, 4000 Гц. При выявлении патологии ребенок направлялся в детский сурдологический центр для подтверждения наличия нарушения слуха, дифференциальной диагностики заболевания и определения дальнейшей тактики реабилитации. В сурдологическом центре применялись следующие методы аудиологического обследования: отомикроскопия, акустическая импедансометрия, стандартная тональная пороговая аудиометрия по воздушной и костной проводимости, регистрация ОАЭ, речевая аудиометрия, при необходимости — регистрация слуховых вызванных потенциалов.

Переменные (предикторы, конфаундеры, модификаторы эффекта)

Неприменимо.

Статистические процедуры

Принципы расчета размера выборки

Размер выборки определялся общим количеством детей, соответствующих критериям включения, в двух школах (расчет не проводился).

Статистические методы

Результаты исследования заносились в общую матрицу с применением программы Microsoft Office Excel 2016. Статистическая обработка данных проводилась в программе Statistica 10 на персональном компьютере с операционной системой Windows 10 (Professional edition). В отношении номинальных переменных для сравнительного анализа был использован критерий χ^2 для таблиц 2×2 и для произвольных таблиц. За уровень достоверности был принят $p < 0,05$.

Этическая экспертиза

Исследование одобрено Локальным этическим комитетом ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, протокол № 6 от 02.09.2019.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Формирование выборки исследования

Выборка обследуемых детей формировалась исходя из количества обучающихся в 1–4-х классах общеобразовательной и коррекционной школ, на базе которых проводилось исследование (с учетом информированного добровольного согласия родителей).

Характеристики выборки (групп) исследования

Группа 1 включала 183 учащихся (85 мальчиков, 98 девочек) ГБОУ «Средняя общеобразовательная школа № 518» Выборгского района г. Санкт-Петербурга. Группа 2 — 148 учащихся (77 мальчиков, 71 девочка) ГБОУ «Школа-интернат № 1 им. К.К. Грота» Красногвардейского района г. Санкт-Петербурга для детей с нарушениями зрения. Возраст детей в обеих группах — от 6 до 11 лет (средний возраст — $8,85 \pm 2,7$ года). У всех детей ранее не выявлялись нарушения слуха. Дети группы 2 имели следующие заболевания органа зрения: миопия высокой степени, частичная атрофия зрительного нерва, центральные дистрофии сетчатки, ретинопатия недоношенных, отслойка сетчатки, афакия, авитрия, различные виды косоглазия, астигматизм. У части детей имелись дополнительные неврологические диагнозы, в том числе ДЦП. У детей в группе 1 отсутствовала сопутствующая патология, потенциально способная повлиять на результаты исследования. Дизайн исследования схематично представлен на рис. 1.

Основные результаты исследования

В группе 1 (массовая школа) по результатам скрининга были выявлены отклонения от нормы у 42 (23%) детей. Из них после углубленного обследования патология слуха была подтверждена у 36 детей (19,7%). У 6 детей в школе не зарегистрирована ОАЭ при нормальных порогах слуха. При обследовании в сурдоцентре в условиях шумоизолированной камеры ОАЭ у всех 6 детей была зарегистрирована.

В коррекционной школе для детей с нарушениями зрения (группа 2) отклонение от нормативных значений при скрининге слуха было обнаружено у 31 учащегося (20,9%). При этом после полного обследования патология слуха была подтверждена у 28 детей (18,9%), что, по-видимому, также связано с недостаточно тихими условиями проведения скрининга в школе.

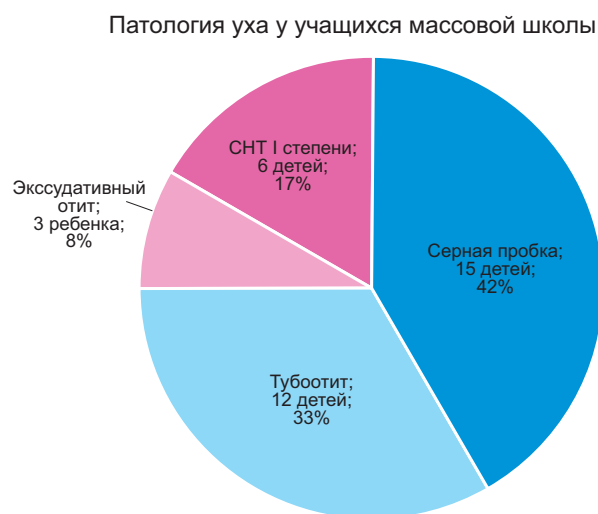
Достоверных различий в распространенности нарушений слуха у школьников, обучающихся в массовой и коррекционной школах, обнаружено не было (критерий $\chi^2 = 0,030$; $p > 0,05$). Гендерные различия в частоте встречаемости нарушений слуха в двух группах были недостоверны, хотя у мальчиков патология выявлялась несколько чаще.

Дополнительные результаты исследования

При анализе структуры выявленной патологии оказалось, что у детей группы 1 превалирует патология наружного и среднего уха: серные пробки и воспаление среднего уха (83%, 30 детей) — острый средний серозный отит (код H65.0 по МКБ-10) в стадии тубоотита или в секреторной стадии (экссудативный средний отит) (рис. 2). Эта патология приводит к преходящей тугоухости I–II степени по типу нарушения звукопроводения (кондуктивная тугоухость). У 6 детей (17%) диагностировано стойкое нарушение слуха, обусловленное патологией рецепторного аппарата внутреннего уха: СНТ I степени.

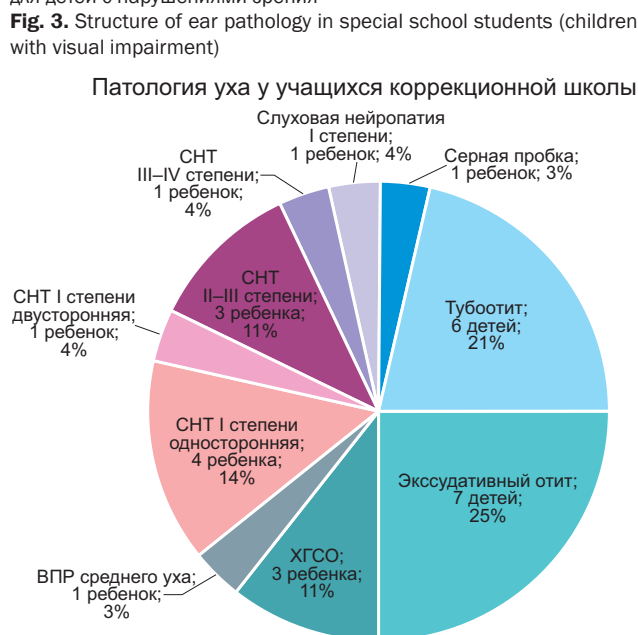
Структура патологии слуха у учащихся школы для детей с нарушениями зрения была более разнообразна (рис. 3).

Рис. 2. Структура патологии уха у учащихся массовой школы
Fig. 2. Structure of ear pathology in mainstream school students



Примечание. СНТ — сенсоневральная тугоухость.
Note. SNHL (CHT) — sensorineural hearing loss.

Рис. 3. Структура патологии уха у учащихся коррекционной школы для детей с нарушениями зрения
Fig. 3. Structure of ear pathology in special school students (children with visual impairment)



Примечание. СНТ — сенсоневральная тугоухость; ВВП — врожденные пороки развития; ХГСО — хронический гнойный средний отит.
Note. SNHL (CHT) — sensorineural hearing loss; CDs (ВВП) — congenital ear abnormalities; CSOM (ХГСО) — chronic suppurative otitis media.

Таблица. Распределение детей группы 2 с выявленной стойкой тугоухостью ($n = 14$) по степеням

Table. Distribution of children from Group 2 with diagnosed hearing loss ($n = 14$) by degrees

Степень тугоухости	Количество детей
Односторонняя I степени	4
Двусторонняя I степени	3
Двусторонняя II степени	2
Двусторонняя, I и III степень	1
Двусторонняя, II и III степень	3
Двусторонняя, III и IV степень	1

Причем в 54% случаев (14 детей) выявлена стойкая тугоухость: СНТ, заболевания спектра слуховых (аудиторных) нейропатий, хронический гнойный средний отит, аномалии развития среднего уха. У 26% детей нарушение слуха было обусловлено патологией внутреннего уха или слухового нерва. Различия в частоте встречаемости стойкой тугоухости у детей обеих групп были достоверны (критерий $\chi^2 = 8,145$; $p < 0,05$).

У детей этой группы была диагностирована тугоухость не только легкой, но и средней и даже тяжелой степени (см. таблицу). Существенно, что во всех случаях диагноз ставился впервые.

Родители детей с преходящей кондуктивной тугоухостью (серные пробки, тубоотит, экссудативный средний отит) были информированы о патологии уха у ребенка, влиянии этой патологии на его обучение, им было рекомендовано пройти лечение у врача-оториноларинголога в поликлинике по месту жительства.

Все дети со стойкой тугоухостью были поставлены на учет в детском городском сурдологическом центре для динамического наблюдения. 4 детям из группы 2 с выявленной СНТ II, III и IV степени было проведено первичное бинауральное слухопротезирование слуховыми аппаратами. После слухопротезирования у всех детей отмечалась положительная динамика в слухоречевом, коммуникативном и интеллектуальном развитии, академической успеваемости, улучшение поведения.

ОБСУЖДЕНИЕ

Резюме основного результата исследования

Результаты проведенного аудиологического скрининга демонстрируют, что 23% учащихся начальных классов общеобразовательной школы имеют патологию слуха — преходящую или стойкую. Аналогичные результаты были получены в коррекционной школе несурдологического профиля — для детей с нарушениями зрения. Существенно, что во всех случаях это были первично диагностированные нарушения. Хотя различия в частоте выявленных нарушений слуха у детей двух групп были недостоверны, среди учащихся с нарушениями зрения достоверно чаще встречалась стойкая тугоухость — и в частности СНТ. У них также чаще наблюдалась тугоухость более высокой степени по сравнению с учащимися общеобразовательной школы.

Ограничения исследования

Полученные данные о распространенности нарушений слуха в популяции младших школьников в целом согласуются с результатами зарубежных авторов при скрининге больших популяций детей (до 95 тыс.), что позволяет считать основной результат исследования репрезентативным. Однако на результаты исследования структуры нарушений слуха мог повлиять размер выборки. Исследование состо-

яния слуха у школьников в Санкт-Петербурге в настоящий момент продолжается в двух школах в виде пилотного проекта по аудиологическому скринингу при зачислении детей в 1-й класс. Структура патологии будет уточняться по мере набора данных.

В настоящем исследовании проводился также сравнительный анализ распространенности и структуры нарушений слуха у детей общеобразовательной школы и коррекционной школы для детей с нарушениями зрения. Исследуемые группы были сопоставимы по возрасту и полу. Оценка результатов исследования в сравниваемых группах проводилась у всех субъектов по единым критериям с применением одинаковых методов.

Ограничением исследования является сопоставление результатов условно здоровых детей и детей с одним нарушением (зрения). Возможно, при обследовании детей в коррекционных школах другого профиля (для детей с интеллектуальными, речевыми, двигательными и другими нарушениями) данные могут отличаться.

В масштабных популяционных скрининговых исследованиях слуха у школьников обычно оценивается доля детей, прибывших на диагностическое обследование, от всех направленных на него по результатам скрининга. Особенностью представленной работы является взаимодействие сурдологического центра и образовательных организаций, что позволило выполнить диагностическое обследование всем детям с выявленными нарушениями по результатам скрининга, провести дифференциальную диагностику и необходимые реабилитационные мероприятия. Очевидно, что со значительным увеличением объема выборки добиться этого будет сложнее, что повлияет на результат.

На распространенность выявленной воспалительной патологии среднего уха (экссудативный средний отит, тубоотит) мог повлиять период, в который проводилось исследование: известно о повышении заболеваемости в осенне-зимний сезон. Набор и обследование участников проводились в течение двух лет, но неравномерно по временам года: осенью, зимой и весной (в течение учебного года).

О валидности результатов позволяет говорить комплексный подход (применение нескольких аудиологических методов обследования) как на скрининговом, так и на диагностическом этапах исследования.

Интерпретация результатов исследования

Даже небольшое снижение слуха отрицательно влияет на развитие всех психических процессов ребенка. Глубокая потеря слуха резко ограничивает возможности обучения, социализации ребенка, а впоследствии — овладения профессией, трудоустройства. Возможность предотвращения или минимизации последствий слуховой депривации у ребенка в результате раннего выявления патологии слуха, использования современных медицинских методов и технических средств реабилитации обосновало экономическую целесообразность универсального аудиологического скрининга новорожденных. Его внедрение способствовало существенному снижению возраста диагностики врожденной тугоухости, прежде всего глубокой степени. Выявляемость небольшой и односторонней тугоухости, а также приобретенных, прогрессирующих и отсроченных врожденных нарушений слуха продолжает сохранять свою актуальность и стимулирует проведение массовых обследований слуха у детей школьного возраста, внедрение программ аудиологического скрининга школьников в ряде стран [18].

Анализ результатов, полученных в разных исследованиях [3–8], демонстрирует значительный разброс данных о частоте встречаемости нарушений слуха, выявляемых

аудиологическим скринингом у детей старшего возраста, — от 2,5 до 35,9%. Возможны несколько причин этого:

1) разный возраст детей (от 2 до 9 лет);

2) различия в методах, применяемых при проведении скрининга и последующей диагностики, включая диагностические критерии постановки диагноза «нарушение слуха»;

3) реальные различия в распространенности нарушений слуха у детей в разных странах (обусловлены комплексом обстоятельств — национальным генотипом, эффективностью системы здравоохранения в области акушерства, оториноларингологии и др.).

В настоящем исследовании доля учащихся массовой школы, у которых выявлена патология слуха, составляла 23%, что находится примерно в середине диапазона встречаемости нарушений слуха, выявляемых в аудиологическом скрининге школьников в разных публикациях [9–13]. При анализе структуры выявленной патологии слуха все нарушения нами были разделены на преходящие и стойкие, поскольку в их отношении требовались разные действия. При диагностике преходящего нарушения слуха по типу кондуктивной тугоухости (серная пробка, тубоотит, экссудативный отит) ребенок направлялся к врачу-оториноларингологу по месту жительства. Дети со стойкой (сенсоневральной) тугоухостью ставились на учет в сурдологическом центре. Доля таких детей была достоверно меньше и составляла 3,9% от общего числа обследованных этой группы.

Несмотря на то, что общая доля детей с подтвержденной патологией слуха среди учащихся школы для детей с нарушениями зрения достоверно не отличалась, оказалось, что в этой группе в 2,5 раза больше детей со стойкой тугоухостью и детей с более тяжелым снижением слуха. Предположительно, это может быть следствием воздействия общих патологических факторов, вызывающих нарушения слуха и зрения (один из них — недоношенность), а также наследственной синдромальной патологией. В пользу этого свидетельствует и характер нарушений зрения у детей с диагностированной СНТ — частичная атрофия зрительного нерва, центральные дистрофии сетчатки, ретинопатия недоношенных, астигматизм.

Очевидно, что у детей с основным заболеванием — нарушением зрения — выявленная сопутствующая тугоухость оказывает особенно негативное влияние на их речевое, когнитивное и психоэмоциональное развитие, обучение. Особого внимания требуют случаи первичной диагностики тугоухости тяжелой степени. Родители и педагоги этих детей обращали внимание на то, что дети плохо реагируют на звуки, имя, имеют трудности в понимании речи и развитии собственной устной речи, но объясняли это наличием у ребенка неврологической патологии, в частности, один из детей страдал ДЦП и имел диагноз «задержка психического развития». Нельзя исключить, что эта задержка в значительной степени была вторичной — следствием тугоухости и методики обучения, не учитывающей эту проблему ребенка. Слухопротезирование 4 детей с выявленной тугоухостью II–IV степени, обучающихся в коррекционной школе, а также учет педагогами особенностей слухового восприятия детей в учебном процессе способствовали прогрессу их слухоречевого, коммуникативного и когнитивного развития, улучшению поведения и академической успеваемости.

Таким образом, полученные данные подтверждают обоснованность проведения аудиологического скрининга у школьников. Однако необходимы дополнительные исследования, направленные на разработку протокола скрининга с учетом особенностей организации сурдологической службы и образовательной системы в Российской

Федерации. Установленные закономерности обосновывают целесообразность внедрения аудиологического скрининга у школьников, начиная с детей, обучающихся в коррекционных школах несурдологического профиля.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В настоящем исследовании продемонстрирована высокая распространенность (23%) первично диагностированной патологии слуха у учащихся начальных классов общеобразовательной школы. Это подтверждает целесообразность последующего развития в Российской Федерации системы педиатрического аудиологического скрининга и распространения его на детей школьного возраста. Для этого необходимы дальнейшие исследования с целью уточнения методики скрининговых обследований слуха у детей старшего возраста, критериев отбора детей на диагностический этап и др.

Комплексное диагностическое обследование детей с выявленными отклонениями показало, что нарушения относятся к преходящей и стойкой тугоухости. Это определяет необходимость различной маршрутизации детей в зависимости от указанной характеристики. Обнаружено, что хотя частота встречаемости первично выявленных нарушений слуха у учащихся коррекционной школы для детей с нарушениями зрения в целом такая же, структура нарушений слуха у них другая. В частности, у учащихся школы для детей с нарушениями зрения в 3 раза чаще выявлялась стойкая тугоухость, а также тугоухость более значительной степени. Это обосновывает целесообразность внедрения скрининга слуха, начиная с детей, обучающихся в коррекционных школах несурдологического профиля.

ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ

Авторы выражают признательность администрации Государственного бюджетного общеобразовательного учреждения «Школа-интернат № 1 им. К.К. Грота» Красногвардейского района г. Санкт-Петербурга, Государственного бюджетного общеобразовательного учреждения «Средняя общеобразовательная школа № 518» Выборгского района г. Санкт-Петербурга, родителям детей за предоставленную возможность обследования детей и заинтересованность в вопросе здорового слуха у учащихся.

ACKNOWLEDGEMENTS

The authors express gratitude to the administration of State Budgetary General Education Institution “Boarding School № 1 named after K.K. Grot” of Krasnogvardeysky district in Saint Petersburg, the State Budgetary General Education Institution “Secondary school № 518” of Vyborg district in Saint Petersburg, and parents for the opportunity to examine their children and interest in healthy hearing among students.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Отсутствует.

FINANCING SOURCE

Not specified.

РАСКРЫТИЕ ИНТЕРЕСОВ

Авторы статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

DISCLOSURE OF INTEREST

Not declared.

ORCID

Г.Ш. Туфатулин

<https://orcid.org/0000-0002-6809-7764>

И.В. Королева

<https://orcid.org/0000-0001-8909-4602>

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ / REFERENCES

1. WHO. *World report on hearing*. Geneva: World Health Organization; 2021.
2. Joint Committee on Infant Hearing. Year 2019 position statement: Principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs. *Journal of Early Hearing Detection and Intervention*. 2019;4(2):1–44. doi: <https://doi.org/10.15142/fptk-b748>
3. Prieve BA, Schooling T, Venediktov R, Franceschini N. An evidence-based systematic review on the diagnostic accuracy of hearing screening instruments for preschool and school-age children. *J Am Acad Audiol*. 2015;24(2):250–267. doi: https://doi.org/10.1044/2015_AJA-14-0065
4. Denys S, De Laat J, Dreschler W, et al. Language-Independent Hearing Screening Based on Masked Recognition of Ecological Sounds. *Trends Hear*. 2019;23:2331216519866566. doi: <https://doi.org/10.1177/2331216519866566>
5. Sarafraz M, Ahmadi K. A practical screening model for hearing loss in Iranian school-aged children. *World J. Pediatr*. 2009;5(1):46–50. doi: <https://doi.org/10.1007/s12519-009-0008-3>
6. Denys S, Hofmann F, Luts H, et al. School-Age Hearing Screening Based on Speech-in-Noise Perception Using the Digit Triplet Test. *Ear Hear*. 2018;39(6):1104–1115. doi: <https://doi.org/10.1097/AUD.0000000000000563>
7. Skarzynski H, Piotrowska A. Screening for pre-school and school-age hearing problems: European Consensus Statement. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2012;76(1):120–121. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2011.10.016>
8. Skarzynski H, Piotrowska A, Skarżyński H. Prevention of communication disorders – screening pre-school and school-age children for problems with hearing, vision and speech: European Consensus Statement. *Med Sci Monitor*. 2012;18(4): SR17–SR21. doi: <https://doi.org/10.12659/msm.882603>
9. Альшарджаби И., Цыганкова Е.Р. Распространенность тугоухости среди учеников начальных классов в столице Йемена Сана // *Вестник оториноларингологии*. — 2014. — № 2. — С. 54–57. [Al-Sharjabi EA, Tsygankova ER. The prevalence of hearing impairment among the elementary school pupils in the city of Sana, the capital of Yemen. *Bulletin of Otorhinolaryngology = Vestnik Oto-Rino-Laringologii*. 2014;(2):54–57. (In Russ).]
10. Al-Abduljawad KA, Zakzouk SM. The prevalence of sensorineural hearing loss among Saudi children. *Int Congr Ser*. 2003;1240(3):199–204. doi: [https://doi.org/10.1016/S0531-5131\(03\)00913-0](https://doi.org/10.1016/S0531-5131(03)00913-0)
11. Olusanya BO, Okolo AA, Ijoduola GT. The hearing profile of Nigerian school children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2000;55(3):173–179. doi: [https://doi.org/10.1016/S0165-5876\(00\)00393-1](https://doi.org/10.1016/S0165-5876(00)00393-1)
12. Taha AA, Pratt SR, Farahat TM, et al. Prevalence and risk factors of hearing impairment among primary-school children in Shebin El-kom District, Egypt. *Am J Audiol*. 2010;19(1):46–60. doi: [https://doi.org/10.1044/1059-0889\(2010/09-0030](https://doi.org/10.1044/1059-0889(2010/09-0030)
13. Skarzynski P, Kochanek K, Skarżyński H. Hearing screening program in school-age children in Western Poland. *J Int Adv Otol*. 2011;7:194–200.
14. Игнатова И.А., Покидышева Л.И. Мониторинг слуха и факторы риска, способствующие развитию патологии слуха школьников г. Красноярск // *Российская оториноларингология*. — 2011. — № 3. — С. 58–62. [Ignatova IA, Pokidyshva LI. Monitoring of hearing and the risk factors contributing to the development of pathology of hearing students in Krasnoyarsk. *Russian Otorhinolaryngology = Rossiyskaya Otorinolaringologiya*. 2011;(3):58–62. (In Russ).]
15. Коваленко С.Л. Опыт аудиологического скрининга детей массовых и логопедических групп детских садов // *Вестник оториноларингологии*. — 2008. — № 2. — С. 56–58. [Kovalenko SL. Experience in audiological screening of children from ordinary and logopedic groups of kindergartens. *Bulletin of Otorhinolaryngology = Vestnik Oto-Rino-Laringologii*. 2008;(2):56–58. (In Russ).]
16. Пашков А.В., Наумова И.В., Намазова-Баранова Л.С. и др. Тональная аудиометрия с применением скринингового переносного комплекса в группах учащихся // *Российская оториноларингология*. — 2020. — Т. 19. — № 6. — С. 50–56. — doi: <https://doi.org/10.18692/1810-4800-2020-6-50-56> [Pashkov AV, Naumova IV, Namazova-Baranova LS, et al. Puretone audiometry using portable screening system in groups of students. *Russian Otorhinolaryngology = Rossiyskaya Otorinolaringologiya*. 2020;19(6):50–56. (In Russ). doi: <https://doi.org/10.18692/1810-4800-2020-6-50-56>]
17. Мирхайдарова З.М., Ахмадеева Э.Н., Савельева Е.Е. Распространенность патологии органа слуха среди учащихся начальных классов г. Уфы // *Медицинский вестник Башкортостана*. — 2009. — Т. 4. — № 1. — С. 36–39. [Mirkhaidarova ZM, Akhmadeeva EN, Savelyeva EE. The prevalence of the hearing organ pathology among pupils of elementary school in Ufa. *Bashkortostan Medical Journal*. 2009;4(1):36–39. (In Russ).]
17. WHO. *Hearing screening: considerations for implementation*. Geneva: World Health Organization; 2021.

Статья поступила: 11.08.2022, принята к печати: 25.09.2022
The article was submitted 11/08/2022, accepted for publication 25/09/2022

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / ABOUT THE AUTHORS

Туфатулин Газиз Шарифович, д.м.н. [Gaziz Sh. Tufatulin, MD, PhD]; **адрес:** Российская Федерация, 194356, Санкт-Петербург, ул. Есенина, 26, корпус 4А [address: 26/4A, Esenina str., St. Petersburg, 194356, Russian Federation], **телефон:** +7 (812) 338-02-03; **e-mail:** Dr.Tufatulin@mail.ru; **SPIN-код:** 2802-5522

Королева Инна Васильевна, д.п.н., профессор [Inna V. Koroleva, MD, PhD]; **телефон:** +7 (812) 338-02-03; **e-mail:** prof.inna.koroleva@mail.ru; **SPIN-код:** 5428-3801

Одной из важнейших задач Союза педиатров России с момента основания является повышение уровня информированности не только специалистов, но и родителей маленьких пациентов. Именно поэтому издательство «ПедиатрЪ» выпускает специальные просветительские книги и брошюры для родителей, в которых можно найти ответы на вопросы о наиболее распространенных проблемах здоровья детей и подростков, освещенных с позиций доказательной медицины. Эту инициативу активно поддерживает Министерство здравоохранения Российской Федерации.

Осенью и зимой дети чаще болеют острыми респираторными инфекциями, в том числе гриппом. При этом кашель — одна из наиболее распространенных жалоб. Он может звучать «ужасно», но одновременно с этим не быть признаком серьезной болезни. Кашель является жизненно важным рефлексом, который помогает защитить дыхательные пути.

Каких видов бывает кашель, как можно помочь ребенку с кашлем, когда вызывать врача? Какие существуют вирусы гриппа? Как эффективно и безопасно защититься от этой инфекции? Как помочь ребенку, если он заболел ангиной? Можно ли предотвратить острый тонзиллит? Очевидно, что у педиатров первичного звена с ограниченным временем на прием пациента должна быть заготовлена структурированная информация для родителей, причем в простой для восприятия форме.

Ответы на многие актуальные вопросы заботливых родителей вы можете найти на страницах нашей новой рубрики.

Кашель

Является одной из наиболее распространенных жалоб. Он может звучать по-разному и при этом не быть признаком серьезного заболевания. Кашель — это жизненно важный рефлекс, который помогает защитить или очистить дыхательные пути.

448



ВИДЫ КАШЛЯ

Самыми распространенными видами кашля являются:

- «лающий»;
- спастический (коклюш);
- сухой или влажный;
- кашель с хрипами;
- дневной и ночной;
- кашель, приводящий к рвоте;
- непрекращающийся кашель;
- психогенный кашель.

«Лающий» кашель. Такой кашель обычно вызван обструкцией (сужением) верхних дыхательных путей. Чаще всего «лающий» кашель свидетельствует о течении острогубного ларингита — круп (воспаление гортани с сужением ее просвета за счет отека слизистой оболочки, выступающей респираторный тракт изнутри), причиной которого являются респираторные вирусы (в 80% случаев вирус парагриппа). У детей раннего возраста (до 3 лет) дыхательные пути уже и короче, и если начинается отек слизистой оболочки, то развивается выраженное затруднение дыхания. Как правило, круп развивается у детей раннего возраста, у некоторых отмечаются повторные эпизоды. В старшем возрасте дыхательные пути не такие узкие и, соответственно, круп возникает значительно реже.

Симптомы крупы обычно развиваются вечером, ночью, нередко в предутренние часы.

Несколько десятилетий назад причиной крупы очень часто являлась дифтерийная палочка (*Corynebacterium diphtheriae*), и только благодаря массовой вакцинации от дифтерии ее роль в развитии крупы значительно сократилась.

Спастический кашель (коклюш). Коклюш — это инфекция дыхательных путей, вызываемая бактериями *Bordetella pertussis* и сопровождающаяся спастическим кашлем. Во время течения коклюша дети испытывают приступообразный изнуряющий кашель, часто до рвоты. Кашлевые пароксизмы заканчиваются шумным вдохом, называемым репризой. В дополнение к кашлю могут беспокоить насморк, чихание и невысокая температура.

Коклюшем можно заболеть в любом возрасте, но наиболее тяжело он протекает у детей в возрасте до 1 года, не получивших курса необходимых прививок, в том числе прививки против коклюша, которая входит в состав вакцины АКДС (дифтерия, столбняк, коклюш). У таких малышей мучительный кашель может закончиться остановкой дыхания и привести к смертельному исходу. Болезнь очень заразна, поэтому всем детям следует выполнить трехкратную вакцинацию от коклюша в возрасте 3; 4,5 и 6 месяцев, далее — ревакцинацию в 18 месяцев. Также рекомендуется введение ревакцинирующих (бустерных) доз вакцины от коклюша дошкольникам в 6 лет и подросткам в 12–13 лет. Для этого применяется ацеллюлярная (бесклеточная) вакцина против коклюша с уменьшенным количеством антигена и низкой реактогенностью, что объясняет меньшее количество поствакцинальных реакций. Чтобы защитить от коклюша детей первых 6 месяцев жизни, еще не успевших получить полный курс вакцинации от этой болезни, проводят так называемую «кочконную» вакцинацию всех членов семьи еще до рождения младенца — прививают беременных женщин и всех, кто будет контактировать с малышом (папу, бабушек, дедушек, нянь и т.д.).

Сухой или влажный кашель. При сухом кашле мокрота не выделяется, и, как правило, он возникает в начале болезни. Если кашель сопровождается мокротой, то такой кашель называют влажным — обычно он свидетельствует о завершаю-

щем этапе воспаления и активном процессе очищения дыхательных путей. Оба вида кашля могут сопровождаться различными хрипами.

Кашель с хрипами. Хрипящий или свистящий звук при выдохе можно услышать при спазме и отеке нижних дыхательных путей. Такой кашель развивается при вирусном бронхите или бронхолите, приступе астмы. Кашель сопровождается хрипами и при аспирации инородного тела. Если ребенок начал кашлять после вдыхания постороннего предмета, например кусочка пищи, косточки или мелкого предмета (игрушки, пуговицы), срочно обратитесь к врачу.

Дневной кашель. Если кашель беспокоит только в определенных ситуациях в дневное время, обратите внимание на причину его возникновения. На улице — холодный воздух или физическая активность, в доме — например, дым (особенно табачный), освежитель воздуха, контакт с домашними животными могут спровоцировать кашель у ребенка.

Если у ребенка кашель, невысокая температура и насморк, вероятно, он переносит острую респираторную вирусную инфекцию. Но если кашель сопровождается лихорадкой выше 39 °С, ребенок ослаблен, отказывается от еды и питья и отмечается одышка, для исключения пневмонии следует немедленно обратиться к врачу.

Ночной кашель. Кашель сам по себе часто усиливается ночью. При острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ) слизь из носа и пазух может стекать по задней стенке глотки и вызвать рефлекторный кашель во время сна.

При обострении астмы кашель также усиливается в ночное время, потому что дыхательные пути более чувствительны ночью. Кроме того, под утро снижается секреция глюкокортикостероидов, являющихся нашими «внутренними лекарствами» от астмы.

Кашель, приводящий к рвоте. Дети зачастую кашляют так сильно, что это может вызвать у них рвотный рефлекс. У кашляющего ребенка с ОРВИ или обострением астмы в желудок попадает много слизи, что вызывает тошноту или рвоту. Обычно это не является поводом для тревоги, исключая те случаи, когда рвота не прекращается. К рвоте может приводить и кашель при коклюше.

Непрекращающийся кашель. Кашель, вызванный ОРВИ, может длиться несколько недель, особенно если вирусные инфекции следуют одна за другой. Астма, аллергия или хроническая инфекция в околоносовых пазухах или дыхательных путях также могут вызывать затяжной кашель. Если кашель не прекращается 3 недели и более, необходимо обратиться к врачу.

Психогенный кашель. Развитие психогенного кашля связано с особенностями работы головного мозга и кашлевого центра, который в нем расположен. Встречается он не так часто, как остальные виды кашля, и требует специфического лечения.



ЛЕЧЕНИЕ КАШЛЯ

Причиной кашля чаще всего является вирусная инфекция, которая проходит самостоятельно (или лечится симптоматически) за несколько дней (реже длится до 2–4 недель), не вызывая никаких осложнений. Такие ситуации не требуют антибактериальной терапии, так как действие антибиотиков направлено только на бактерии.

Помочь ребенку справиться с кашлем и быстрее выздороветь может применение растительного лекарственного препарата Бронхипрет, обладающего комплексным действием — отхаркивающим, муколитическим, противовоспалительным и бронхолитическим. Препарат имеет натуральный состав растительных экстрактов, традиционно используемых в лечении кашля (тимьян и плющ в форме сиропа для детей старше 1 года, тимьян и первоцвет в таблетках Бронхипрет ТП для детей старше 12 лет). Лечение Бронхипретом хорошо переносится, а сам препарат в форме сиропа имеет приятный вкус, что важно для маленьких детей.

При «лающем» кашле (крупе) препаратами выбора являются глюкокортикостероиды. Обязательно обсудите со своим педиатром тактику действий, дозировку и методы введения препаратов.



КАК ЕЩЕ МОЖНО ПОМОЧЬ РЕБЕНКУ С КАШЛЕМ?

- При «лающем» кашле (крупе) включите горячую воду в ванной и закройте дверь, чтобы пар заполнил всю комнату. Вдыхание влажного пара может принести облегчение.
- В спальне на время сна можно использовать увлажнитель воздуха с холодным типом испарения.
- Иногда кратковременное пребывание на свежем воздухе также может облегчить кашель.
- Охлажденные сладкие напитки могут успокоить раздраженное горло. Не давайте газированные напитки или кислый сок, так как они могут усилить неприятные ощущения и кашель.
- Если у ребенка обострение астмы, следуйте рекомендациям вашего лечащего врача.
- Противокашлевые пастилки подходят для детей старшего возраста, дети до 3 лет могут подавиться ими.



ЧТО ЛУЧШЕ НЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ В ЛЕЧЕНИИ КАШЛЯ?

Противокашлевые препараты без назначения врача принимать запрещено, так как при пневмонии, например, вы ими нанесете ребенку большой вред.

Не стоит использовать препараты с отхаркивающим действием при отсутствии четких показаний (например, бронхит с трудноотделяемой мокротой), они могут также нанести вред, приводя к так называемому «заболачиванию» легких, способствуя затяжному течению болезни и дополнительному повреждению бронхов и легких.

С осторожностью следует использовать безрецептурные комбинированные препараты (с двумя или более действующими веществами), так как они увеличивают частоту побочных эффектов у детей и имеют высокий риск передозировки.

Не рекомендованы к применению комбинированные препараты, содержащие антигистаминные препараты 1-го поколения, так как их активное использование повышает риск внезапной смерти ребенка.

Не давайте ребенку (особенно в возрасте до 3 лет) безрецептурные препараты от кашля без консультации врача.



КОГДА ВЫЗЫВАТЬ ВРАЧА?

Безотлагательно следует обратиться к врачу, если ребенок кашляет и при этом:

- слабый, капризный или раздражительный;
- обезвожен (отмечается головокружение, сонливость, сухость или липкость во рту, западение глазных яблок, плач с обильными слезами или без них, редкое мочеиспускание);
- тяжело дышит;
- дышит быстрее обычного;
- высоко лихорадит (с температурой 39,5 °C и выше);
- кашляет с кровью;
- хрипит при выдохе;
- возраст ребенка менее 3 месяцев;
- кашель по характеру напоминает кашель при коклюше — приступообразный, спастический, с репризой на вдохе;
- появился цианоз (синюшность) кожи губ, лица;
- появилось шумное дыхание;
- при сатурации $\leq 95\%$ (на пульсоксиметре).

Острый тонзиллит

Острый тонзиллит (ангина) — это воспаление миндалин, которые помогают иммунной системе защитить организм от инфекций.

Воспаленные миндалины выглядят красными и отечными, могут быть покрыты желтыми или беловатыми наложениями или пятнами. У ребенка с острым тонзиллитом могут наблюдаться следующие симптомы:

- боль в горле;
- лихорадка;
- неприятный запах изо рта;
- увеличение «желез» (лимфатических узлов) в области шеи;
- проблемы с глотанием.

Дети с острым тонзиллитом могут ощущать недомогание, головную боль, боль в животе или отсутствие аппетита.

✓ **ОСТРЫЙ ТОНЗИЛЛИТ МОЖЕТ ВЫЗЫВАТЬСЯ ВИРУСАМИ, ТАКИМИ КАК:**

- аденовирус;
- вирус гриппа;
- вирус Эпштейна – Барр.

Его также могут вызывать бактерии, чаще всего стрептококки группы А или даже коринебактерии дифтерии. Изредка тонзиллит может быть проявлением неинфекционных болезней.

Любой человек в любом возрасте может заболеть тонзиллитом, но чаще всего болеют дети и подростки в возрасте от 5 до 15 лет.

✓ **ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ТОНЗИЛЛИТА**

«На глаз» отличить вирусный тонзиллит от стрептококкового очень трудно.

Раньше считалось, что наложения на миндалинах бывают только при бактериальной инфекции, таких пациентов в срочном порядке начинали лечить антибиотиками. Позднее было доказано, что многие вирусы также вызывают появление наложений, поэтому сегодня этот признак не является поводом для начала антибиотикотерапии.

Для диагностики острого тонзиллита применяются:

- экспресс-тест, который дает результат в течение нескольких минут;
- микробиологическое исследование отделяемого со слизистой оболочки горла (дает результат в течение нескольких дней).

Если экспресс-тест на стрептококк отрицательный, по результатам микробиологического исследования можно установить окончательный диагноз.

✓ **ЛЕЧЕНИЕ**

Лечение зависит от того, чем вызван острый тонзиллит:

- если вирусом, то организм будет бороться с инфекцией самостоятельно;
- если стрептококком, то врач назначит антибиотик.

Важно не прерывать антибактериальную терапию ранее указанного врачом срока, даже если ваш ребенок стал чувствовать себя лучше через несколько дней, — иначе инфекция может повториться. Полный курс лечения также позволит предотвратить более серьезную проблему со здоровьем, вызываемую β-гемолитическим стрептококком группы А, при которой развивается ревматизм и поражается в первую очередь сердце.

✓ **КАК ВЫ МОЖЕТЕ ПОМОЧЬ РЕБЕНКУ ЧУВСТВОВАТЬ СЕБЯ ЛУЧШЕ?**

Убедитесь, что ваш ребенок пьет много жидкости и достаточно отдыхает. Если глотание причиняет боль, предлагайте жидкую или мягкую пищу. Некоторые дети предпочитают теплые еду и напитки, такие как суп или сладкий чай. Другим детям нравится охлаждающий эффект замороженной пищи (молочные коктейли, смузи, мороженое). Старшие дети могут сосать сладкие леденцы или пастилки от боли в горле.

При выраженном болевом синдроме можно дать обезболивающее средство (ибупрофен). Не давайте препараты, содержащие ацетилсалициловую кислоту, в связи с риском развития синдрома Рея с поражением печени и мозга.

✓ **ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ ОСТРЫЙ ТОНЗИЛЛИТ ЗАРАЗНЫМ?**

Острый тонзиллит заразен. Чихание и кашель могут способствовать распространению микробов от одного человека к другому.

✓ **МОЖНО ЛИ ПРЕДОТВРАТИТЬ ОСТРЫЙ ТОНЗИЛЛИТ?**

Старайтесь держать детей подальше от больных острым тонзиллитом и убедитесь, что члены вашей семьи регулярно и тщательно моют руки.

Если у кого-то в семье острый тонзиллит, держите его посуду и столовые приборы отдельно и мойте их в горячей мыльной воде. Нельзя делиться едой, напитками, салфетками или полотенцами с другими членами семьи. Используйте новую зубную щетку после выздоровления.

Грипп

Грипп — это острая респираторно-вирусная инфекция, передающаяся воздушно-капельным путем. Наиболее часто вспышки заболевания наблюдаются в осенне-зимний период. Вирус передается при разговоре, кашле, чихании, реже — контактным путем через общие предметы гигиены, посуду.

✓ КТО МОЖЕТ ЗАБОЛЕТЬ?

Заболеть гриппом может любой человек — независимо от пола и возраста.

К группе повышенного риска развития заболевания и возникновения осложнений относятся:

- беременные женщины;
- дети в возрасте до 5 лет;
- пожилые люди;
- пациенты с хроническими заболеваниями;
- лица с ослабленным иммунитетом;
- работники здравоохранения и образования.

✓ КАК РАСПОЗНАТЬ ИНФЕКЦИЮ?

Грипп имеет ярко выраженное начало заболевания, сопровождающееся:

- повышением температуры до 38–40 °С;
- ознобом;
- выраженными болями в суставах и мышцах;
- головной болью;
- недомоганием;
- сухим кашлем;
- першением в горле.

Заболевание продолжается 7–14 дней, далее наступает выздоровление.

Однако в 20% случаев могут возникнуть серьезные осложнения гриппа, наиболее частые среди которых:

- бронхит;
- пневмония;
- миокардит;
- менингит;
- энцефалит.

Для беременной женщины, перенесшей гриппозную инфекцию, существует угроза преждевременных родов и врожденных пороков развития ребенка!

✓ ВИРУСЫ ГРИППА

Существует **4 типа вирусов** сезонного гриппа — типы А, В, С и D. Именно вирусы гриппа А и В вызывают у людей сезонные эпидемии этой болезни.

Вирусы гриппа типа А подразделяются на подтипы в зависимости от состава поверхностных белков гемагглютинина (НА) и нейраминидазы (НА), классифицируются и обозначаются с учетом географического происхождения штамма, его порядкового номера, года выделения и индекса поверхностных белков. Наиболее распространены следующие штаммы:

- подтип возбудителя H1N1, вызвавший пандемию испанского гриппа в 1918 г. и свиного гриппа в 2009 г.;
- вирус гриппа H1N2, эндемичный для людей, свиней и птиц;
- подтип вируса H2N2, ставший причиной пандемии азиатского гриппа в 1957 г.;
- подтип H3N2, вызвавший пандемию гонконгского гриппа в 1968 г.;
- вирус гриппа H5N1, ставший причиной пандемии птичьего гриппа в 2004 г.

Вирусы гриппа В делятся на линии. Актуальные в данное время вирусы гриппа типа В принадлежат к линиям В/Ямагата и В/Виктория.

✓ ЗАЩИТА ОТ ГРИППА

Вакцинация — наиболее эффективный и безопасный способ защиты от гриппа.

Кокон-вакцинация беременных на любом сроке защитит как саму будущую маму, так и малыша от развития пороков внутренних органов, а после рождения — от опасной для младенца инфекции.

Дети первого года жизни начинают вакцинироваться с 6-месячного возраста. Дети первых трех лет жизни прививаются половинной дозой вакцины. Дети, ранее не привитые и не болевшие гриппом, прививаются двукратно с интервалом в 4 недели.

Вакцинация против гриппа должна проводиться каждый сезон, учитывая ежегодную смену циркулирующих штаммов возбудителя этой болезни. Традиционно вакцинальные кампании проходят в сентябре-октябре, до начала эпидемического подъема острой респираторной заболеваемости.

Взрослые могут предотвратить передачу вируса гриппа детям первых месяцев жизни, пожилым и ослабленным болезнью родным, сделав прививку себе.

Современные вакцины для профилактики гриппа чаще всего содержат лишь частицы вируса, то есть являются инактивированными (убитыми), а значит — безопасными.

Гораздо реже используется живой ослабленный вирус гриппа, тогда вакцинный препарат вводится путем впрыскивания в нос.

Сплит-вакцины имеют в своем составе крупные фрагменты вируса гриппа и содержат как поверхностные, так и внутренние белки возбудителя.

Субъединичные вакцины состоят только из очищенных поверхностных антигенов вируса гриппа — гемагглютинаина и нейраминидазы. Кроме этого, прививки из семейства субъединичных адъювантных вакцин против гриппа дополнительно содержат «помощников» (они называются «адъюванты»), усиливающих иммунологическую защиту, развивающуюся в результате действия вакцины.

Благодаря адъюванту сниженное втрое количество антигенов вируса позволяет достичь схожей эффективности с другими противогриппозными вакцинами, содержащими традиционный объем вирусной нагрузки. Это способствует хорошей переносимости вакцины у пациентов с аллергическими заболеваниями.

Вакцина не содержит консервантов и антибиотиков.

В ближайшие годы традиционные трехвалентные вакцины против гриппа будут полностью заменены четырехвалентными, содержащими одновременно 2 подтипа вируса гриппа А и 2 линии вируса гриппа В. Например, в состав вакцины сезона 2020/2021 входили 2 подтипа вируса А (H1N1 и H3N2) и 2 линии вируса В (Yamagata и Victoria). Их преимуществом является более широкая защита от разнообразия возбудителя, максимально распространенного в эпидемическом сезоне.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рекомендует использовать в вакцинах для профилактики гриппа концентрацию гемагглютинаина не менее 15 мкг на один штамм, что значительно повышает эффективность иммунизации.

С 2019 г. в Российской Федерации зарегистрирована и широко применяется четырехвалентная инактивированная гриппозная вакцина, содержащая два антигена вируса гриппа типа А (подтипы А (H1N1) и А (H3N2)) и два антигена вируса гриппа типа В (линия Yamagata и линия Victoria) в общем количестве 60 мкг гемагглютинаина (15 × 4) в одной дозе вакцины, что соответствует всем рекомендациям ВОЗ. Вакцина не содержит консервантов, адъювантов и иммуномодуляторов и одобрена для иммунизации детей с 6 месяцев, беременных женщин и взрослых до 60 лет.

Грипп у детей (Г.Н. Сперанский, 1960 г.)

Георгий Несторович Сперанский (1873–1969) — один из основоположников отечественной педиатрии, 150-летие которого мы будем праздновать в 2023 году, — был активным популяризатором медицинских знаний, его брошюры неоднократно переиздавались в СССР и за рубежом. Так, например, брошюра «О гриппе»¹, написанная целых 62 года назад, в 1960 году, актуальна и сегодня. В ней можно найти много полезной информации о здоровье детей, профилактике и лечении гриппа и ответы на вопросы, до сих пор важные для родителей:

1. Почему грипп, даже легко протекающий, опасен для маленького ребенка?
2. Каковы признаки гриппа и острого катара верхних дыхательных путей?
3. Какие бывают осложнения при гриппе и катаре верхних дыхательных путей?
4. Какие мероприятия должны проводить родители, чтобы предупредить заболевание ребенка гриппом и катаром верхних дыхательных путей?
5. Как закалывать ребенка раннего возраста?
6. Необходимо ли соблюдать твердый распорядок дня ребенка?
7. Что следует предпринять до прихода врача?

Прочитайте замечательную брошюру Г.Н. Сперанского, ведь нам так важно сохранить золотой фонд профессионального наследия наших великих предшественников.

Грипп — заболевание очень распространенное; все настолько к нему привыкли, что почти перестали считать его опасным. Нередко врач в начале болезни не может определить, чем болен ребенок; родители волнуются, им приходят в голову всякие опасные заболевания — менингит, тиф и т.п. Но наконец, выяснив картину заболевания, врач говорит: «У вашего ребенка грипп». «Просто грипп, — радуется мать, — у меня сразу отлегло от сердца!» Правильна ли такая точка зрения, можно ли спокойно относиться к этому заболеванию вообще и у ребенка особенно? Оказывается, нет.

Дело в том, что грипп, как и всякая заразная болезнь, может протекать в разнообразных формах в зависимости от характера возбудителя, от состояния организма больного, от условий, в которых живет пациент. Но даже легко протекающий грипп вызывает значительные нарушения в организме, особенно детском, нередко сопровождается серьезными осложнениями.

Под названием «грипп» в настоящее время понимают болезнь, вызываемую гриппозными вирусами — мельчайшими микробами, видимыми только при помощи особого электронного микроскопа. Эти вирусы можно выделить из слизи носа и горла больных.

В быту нередко гриппом неправильно называют другие заболевания — острые катары верхних дыхательных путей. Эти болезни по многим признакам действительно сходны с настоящим вирусным гриппом. Однако они вызываются не гриппозными вирусами, а так называемыми аденовирусами или другими различными микробами, населяющими слизистую оболочку верхних дыхательных путей. Катары верхних дыхательных путей менее заразны, чем грипп, и протекают обычно легче. Но для детей, особенно маленьких, они также являются довольно серьезными заболеваниями.

Родители должны знать, как можно предохранить ребенка от гриппа и катаров верхних дыхательных путей.



ПРИЗНАКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГРИППОМ И ОСТРЫМ КАТАРОМ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Как было сказано выше, грипп вызывается вирусами. В настоящее время выявлено несколько разновидностей гриппозных вирусов, и соответственно этому существуют различные виды вирусного гриппа. Вспышки гриппа бывают иногда в виде больших эпидемий.

Катар верхних дыхательных путей появляется отдельными вспышками в течение года; он менее заразен, имеет ограниченное распространение.

Заболевание гриппом начинается обычно внезапным повышением температуры, нередко до 39–40 °С, и значительным общим недомоганием. Дети теряют аппетит, становятся вялыми, капризными, спят беспокойно. Иногда наряду с лихорадкой появляется рвота. В тот же день или через 1–2 дня могут появиться (но не обязательно) насморк, кашель, резкая краснота в горле, а иногда боль при глотании. Очень часто на 1-й или 2-й день дети жалуются на боль в ухе, которая сравнительно быстро проходит. Заложенный нос и частый сухой кашель мешают грудному ребенку сосать. Такое состояние продолжается в течение 3–6 дней. В дальнейшем, если нет каких-либо осложнений, состояние ребенка начинает постепенно улучшаться. Температура, высокая в первые 2–3 дня, снижается, кашель делается мягче, реже; сон становится спокойнее. Постепенно восстанавливается аппетит. Однако это еще не значит, что наступает полное выздоровление. Приблизительно спустя неделю после кажущегося благополучия могут вновь появиться все признаки заболевания. Это так называемая вторая волна гриппа.

Не у всех детей заболевание гриппом протекает одинаково. Одни переносят его более легко и сравнительно быстро справляются с острым периодом болезни. У других заболевание с самого начала протекает тяжело: в первые дни у них бывает рвота, иногда судороги, дети лежат, не поднимая головы, или мечутся в постели, вскрикивают во сне. У некоторых болезнь начинается с грубого «лающего» кашля, а ночью внезапно появляется при повышенной температуре приступ удушья — это состояние называется ложным крупом. Ребенок задыхается, не может лежать, покрывается потом, его мучает частый кашель, грубый, со свистом, нередко болезненный. Через 1–2 часа кашель делается мягче, дыхание легче, и ребенок засыпает.

Вирусы гриппа быстро повреждают слизистую оболочку дыхательных путей, что облегчает воздействие на нее микробов, постоянно обитающих на самой слизистой оболочке, в окружающем больного воздухе и на предметах. Размножение таких микробов, постоянных спутников человека, и вызывает осложнения. Кроме того, вирусы выделяют яд, который отравляет организм и снижает таким образом его сопротивляемость другим заболеваниям (туберкулезу и др.).

¹ Сперанский Г.Н. Грипп у детей. М.: Государственное издательство медицинской литературы МЕДГИЗ; 1960. 16 с.

После перенесенного гриппа организм на некоторое время (до 2 лет) становится невосприимчивым к тому виду вируса, который вызвал заболевание.

В противоположность гриппу катар верхних дыхательных путей развивается чаще постепенно. Насморк и кашель наблюдаются всегда с первых дней заболевания; общее состояние нарушается обычно значительно меньше, чем при гриппе.

В большинстве случаев катар верхних дыхательных путей протекает нетяжело, реже, чем грипп, сопровождается осложнениями. Легкие формы нередко протекают без повышения температуры или при слегка повышенной температуре (37,2–37,3 °С), с небольшим кашлем и едва заметным насморком. Есть дети, которые переносят это заболевание на ногах.

Некоторые дети, особенно расположенные к катаральным процессам, заболевают вновь вскоре после того, как они выздоровели. Это может повторяться в течение всей осени и зимы и прекратиться только в теплые солнечные дни. Такие дети требуют к себе особого внимания, врачебного наблюдения, так как за повторными катарами дыхательных путей нередко скрываются начальные стадии туберкулеза или хронические заболевания уха, горла и носа.



ОСЛОЖНЕНИЯ ГРИППА И ОСТРОГО КАТАРА ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Как уже было сказано, гриппу часто сопутствуют осложнения, многие из которых могут быть очень опасны для жизни ребенка. Иногда эти осложнения появляются чуть ли не с самого начала болезни, в других случаях — после окончания острого периода, когда уже снизилась температура и ребенок, казалось бы, начал поправляться.

Осложнения гриппа и сопутствующие ему болезни могут затрагивать различные органы.

На первое место среди осложнений следует поставить воспаление среднего уха — той глубоко лежащей части уха, которая узкой трубкой соединена с глоткой, а от слухового прохода отделена барабанной перепонкой. В некоторых случаях это осложнение легко распознать, так как, кроме значительного повышения температуры, оно вызывает и сильную боль: дети старшего возраста жалуются на боль в ухе, а маленькие отчаянно кричат, не спят ночи, пока не затихнет воспаление или пока накопившийся в полости среднего уха гной не прорвется наружу.

У маленьких детей воспаление среднего уха может вызвать очень тяжелые явления, особенно когда оно распространяется на соседние части уха, на кость и вызывает общее отравление организма с признаками воспаления мозга или мозговых оболочек. В таких случаях иногда необходимо хирургическое вмешательство.

Другим частым осложнением гриппа является воспаление легких. У детей различных возрастов это заболевание протекает по-разному: у детей старше 3 лет — сравнительно легко, у маленьких детей гриппозное воспаление легких часто является очень тяжелым заболеванием, которое сильно подрывает здоровье ребенка и может служить причиной его смерти.

Воспаление легких при гриппе обычно начинается новым повышением температуры и одышкой, то есть учащенным дыханием. Одышка нередко сопровождается стоном, раздуванием ноздрей, а у детей первых месяцев жизни — появлением пенистой слюны на губах. Кашель бывает короткий, отрывистый. Лицо иногда краснеет, но чаще оно бледно, нередко вокруг губ и на губах заметен синеватый оттенок. Дыхание затруднено также и тем, что при воспалении легких у маленьких детей появляется вздутие живота.

Третьим осложнением, нередко возникающим при гриппе, является воспаление мочевого пузыря и почечных лоханок. Чаще это заболевание бывает у девочек. Моча становится мутной, выделяется маленькими порциями, содержит гной; ребенок мочится чаще обычного, причем мочеиспускание бывает болезненным. Температура в первые дни заболевания иногда повышается до 40 °С; пропадает аппетит, общее состояние ухудшается. Зачастую заболевание затягивается на много недель.

Дети до 1,5–2 лет во время гриппа нередко болеют диареей, которая с трудом поддается лечению, пока не закончится основное заболевание.

Все эти осложнения вызывают ослабление здоровья ребенка, малокровие и т.д. Кроме того, грипп, даже если он протекал в легкой форме, может способствовать обострению туберкулеза, хронической дизентерии и ревматизма.

Острый катар верхних дыхательных путей значительно реже, чем грипп, сопровождается осложнениями. Но и это заболевание нельзя считать абсолютно безопасным для ребенка! При отсутствии лечения, несоблюдения соответствующего режима у детей, больных катаром верхних дыхательных путей, особенно младшего возраста, могут развиваться те же опасные осложнения, какие бывают при гриппе.

Ребенку, больному гриппом или катаром верхних дыхательных путей, необходимо наблюдение врача и своевременное правильное лечение. Большую ошибку делают матери, которые, не вызывая к заболевшему ребенку врача, «лечат» его сами, по совету соседей и родственников.



КАК ПРЕДУПРЕДИТЬ ЗАБОЛЕВАНИЕ РЕБЕНКА ГРИППОМ И ОСТРЫМ КАТАРОМ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Как уже указывалось, грипп более заразен, чем острый катар верхних дыхательных путей. Но при обоих этих заболеваниях заражение происходит одинаково.

Возбудители их содержатся в слизи, выделяемой больными, и передаются здоровым по воздуху. При чиханье, кашле, сморкании не в платок слизь разбрызгивается и вместе с мелкими частицами пыли попадает в дыхательные пути. Загрязненные слизью предметы — носовые платки, полотенца, руки больных — служат источником инфекции, особенно для детей, которые заражаются легче взрослых, а затем сами служат источником распространения болезни в семье.

Резкие перемены температуры воздуха, сырость, ветер, вызывающие быстрое охлаждение тела (простуду), благоприятствуют заболеванию гриппом и катаром дыхательных путей; вероятно, именно поэтому эти заболевания учащаются в осеннее и весеннее время.

Возможность заражения вирусным гриппом, а также катаром верхних дыхательных путей больше там, где происходит скопление людей: в школах, магазинах, транспорте. Тесные, душные, пыльные помещения тоже способствуют распространению этих заболеваний.

В условиях города, где люди обычно тесно соприкасаются, избежать общения с больным гриппом или катаром верхних дыхательных путей довольно трудно, поэтому нужно так воспитывать ребенка, чтобы его организм сам стойко сопротивлялся инфекции.

Некоторые дети, даже если они соприкасаются с больными, не заболевают, так как хороший уход и гигиенические мероприятия повышают сопротивляемость организма ребенка и делают его устойчивым к заражению.

К сожалению, во многих семьях еще существует ряд вредных для здоровья предрассудков; главный из них — это боязнь простуды. Конечно, следует избегать чрезмерного охлаждения, но видеть всюду только простуду и бороться с ней укутыванием — это значит лишать ребенка возможности приспосабливаться к переменам температуры воздуха, изнеживать его.

Для того чтобы ребенок хорошо переносил перемену погоды, его нужно закалять. Как же это делать?

Прежде всего необходимо организовать возможно более длительное пребывание ребенка на свежем воздухе, частое и продолжительное проветривание помещения, в котором он живет, и его постельных принадлежностей. Надо приучить ребенка днем спать на воздухе; по возможности и ночной сон нужно проводить при открытой форточке.

Примером положительного влияния привычки к постоянно открытым окнам и к проветриванию помещения может служить то, что дети, больные туберкулезом и находящиеся в специальных санаториях, проводят почти целый день на воздухе и, несмотря на ослабленность организма, редко заболевают катаром верхних дыхательных путей.



Рис. 1. Проветривание комнаты и уборка помещения влажным способом

Очень важно не кутать детей; одевать их на время прогулки так, чтобы они не возвращались домой потными. Необходимо приучать ребенка к влажным обтираниям всего тела с последующим растиранием кожи; к ежедневному мытью водой комнатной температуры (не выше 20 °С) не только лица, рук, но шеи и ног, к систематическому купанию с последующим обливанием.



Рис. 2. Обливание ребенка

В целях повышения сопротивляемости организма ребенка важно также давать ему достаточное по количеству и качеству питание, причем всегда в определенные часы.

Ребенок должен вовремя, в одни и те же часы, ложиться спать, вставать, гулять, играть и т.д.

Спокойное, ровное отношение к ребенку родителей и вообще взрослых, а также его пребывание среди детей обеспечивают нормальное развитие нервной системы, а следовательно, и постоянно бодрое настроение.

Все сказанное играет большую роль в укреплении организма, однако не исключает необходимости всячески оберегать ребенка от возможности заразиться гриппом и катаром верхних дыхательных путей. Нельзя допускать его к больным с насморком и кашлем, нельзя позволять посторонним брать на руки маленьких детей, целовать их и т.д.

Каждого заболевшего члена семьи необходимо изолировать от остальных. Если нет отдельной комнаты, кровать больного надо отгородить ширмой или завесить простыней, дать больному отдельную посуду, полотенце, носовые платки.



Рис. 3. Мать, больная гриппом, за ширмой

Если мать заболела гриппом или острым катаром верхних дыхательных путей, она должна, прежде чем взять ребенка на руки, закрыть нос и рот маской. Ей нужно чаще мыть руки, держать подальше от ребенка свой носовой платок. Загрязненные больным платки и полотенца не надо держать в комнате, где находится ребенок. Перед стиркой такое белье необходимо замачивать в растворе мыла или в дезинфицирующем растворе (по указанию врача) и обязательно кипятить.

Попытки предохранения от гриппа и катаров верхних дыхательных путей назначением ребенку кальцекса и т.п. бесполезны и могут быть даже вредны, так как отвлекают внимание родителей от главного — от проведения гигиенических мероприятий и закаливания детей.



Рис. 4. Если мать больна гриппом, при кормлении ребенка она должна надевать маску

Советскими учеными предложена специальная предохранительная прививка против вирусного гриппа. Заболеваемость гриппом в коллективах (рабочие на заводах, учащиеся в школах, маленькие дети в детских учреждениях) после прививок уменьшается в 3–4 раза. Недалеко то время, когда эти прививки будут иметь повсеместное применение.



ЧТО НУЖНО ПРЕДПРИНЯТЬ ДО ПРИХОДА ВРАЧА

Лечение гриппа и катара верхних дыхательных путей должно назначаться в каждом отдельном случае врачом. До прихода врача необходимо принять следующие меры. Ребенок, у которого уже есть признаки острого заболевания — насморк, кашель, краснота в зеве, повышенная температура — должен быть оставлен в постели по возможности в полном покое, на обычной диете с увеличением количества питья. Других детей к заболевшему допускать нельзя. Комнату следует особенно тщательно проветривать, хорошо укрыв ребенка одеялом. Полотенце, салфетка, посуда у больного должны быть отдельными. Температуру у ребенка следует измерять 3 раза в день и записывать.

Как указано выше, грипп не заканчивается с падением температуры до нормы. Выздоровливающий ребенок еще требует заботы и внимания. Можно с разрешения врача не укладывать его на целый день в постель, но нужно учитывать при этом, что ребенок находится еще в периоде выздоровления, который характеризуется пониженным аппетитом, общей слабостью, потливостью, капризами и склонностью к осложнениям и другим заболеваниям.

После острого заболевания дыхательных путей ребенок нуждается в общеукрепляющем лечении, назначаемом врачом (полноценное, богатое витаминами питание, широкое пользование чистым воздухом, гигиенические ванны и т.д.).

* * *

Правда познавательна?

Обещаем, мы продолжим эту традицию — представлять на ваш суд гениальные произведения Г.Н. Сперанского — и в новом году. Очень надеемся, что дыхание истории позволит нам больше ценить настоящее и с уверенностью смотреть в будущее.



XXIV КОНГРЕСС ПЕДИАТРОВ РОССИИ

с международным участием

«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПЕДИАТРИИ»

3–5 марта 2023 года

г. Москва, Краснопресненская набережная, 12, Центр международной торговли

Уважаемые коллеги!

Союз педиатров России приглашает вас принять участие в работе XXIV Конгресса педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии» и информирует, что Конгресс будет проходить в гибридном формате.

В рамках Конгресса проводятся I Рабочее совещание детских сурдологов-оториноларингологов и педиатров, II Конгресс педиатров Восточной Европы и Центральной Азии, II Всероссийская вакцинальная Ассамблея «Защита поколения», III Всероссийская конференция с международным участием «Приоритеты и задачи развития социальной педиатрии», III Форум для родителей пациентов, IV Саммит медицинских специалистов и организаторов здравоохранения «Нутритивные компоненты программирования здоровья», IV Всероссийская конференция детских дерматологов, V Всероссийский семинар «Страховая медицина в охране здоровья детей», V Всероссийский Форум «Волонтеры — детям России», VI Гиппократовский медицинский форум, XII Евразийский форум по редким болезням, XIII Форум детских медицинских сестер, XVI Международный форум детских хирургов, урологов-андрологов и травматологов-ортопедов.

Программа Конгресса включает вопросы организации медицинской помощи детям, в том числе первичной, охраны репродуктивного здоровья детей и подростков, питания здорового и больного ребенка, вакцинопрофилактики, высокотехнологичных методов диагностики и лечения болезней детского возраста, школьной медицины и другие актуальные проблемы педиатрии.

При успешном прохождении аккредитации Координационным советом по развитию непрерывного медицинского и фармацевтического образования Министерства здравоохранения Российской Федерации участники Конгресса, в том числе участвующие онлайн, будут обеспечены 12 образовательными кредитами.

На церемонии открытия Конгресса — 3 марта 2023 года — будут подведены итоги конкурсов:

- «Детский врач 2022 года»
- «Детская медицинская сестра 2022 года»
- «Медицинская организация педиатрического профиля 2022 года»
- «Образовательное учреждение высшего образования педиатрического профиля 2022 года»
- «Профессиональное образовательное учреждение педиатрического профиля 2022 года»
- «Лучший художественно-исторический очерк по истории российской педиатрии»

А также пройдет награждение пациентских организаций и фондов, помогающих детям и их семьям.

На церемонии закрытия Конгресса — 5 марта 2023 года — будут подведены итоги Конкурса научных работ молодых ученых.

К участию в конкурсах приглашаются все желающие. Подробная информация об участии в конкурсах размещена на сайте www.congress-pediatr-russia.ru

Заявки принимаются:

- на публикацию тезисов — до 25 декабря 2022 г. в электронной форме на сайте www.congress-pediatr-russia.ru
- на доклады и симпозиумы — до 25 декабря 2022 г. в электронной форме на сайте www.congress-pediatr-russia.ru
- на участие в конкурсах «Детский врач 2022 года», «Детская медицинская сестра 2022 года», «Медицинская организация педиатрического профиля 2022 года», «Образовательное учреждение высшего образования педиатрического профиля 2022 года», «Профессиональное образовательное учреждение педиатрического профиля 2022 года» — до 15 января 2023 г. по электронному адресу: konkurs@pediatr-russia.ru и по почтовому адресу: 117335, Москва, ул. Вавилова, д. 81, корп. 1, этаж 2, помещение № XLIX, офис 2-8
- на участие в конкурсе «Лучший художественно-исторический очерк по истории российской педиатрии» — до 30 января 2023 г. по электронному адресу: konkurs@pediatr-russia.ru
- на Конкурс научных работ молодых ученых — до 30 января 2023 г. в электронной форме на сайте www.congress-pediatr-russia.ru

Постерные доклады будут оцениваться в дни работы Конгресса. Конкурс будет проходить в формате онлайн на сайте www.congress-pediatr-russia.ru

Научную программу Конгресса и специализированных мероприятий дополняют экспонаты проходящей 3–5 марта 2023 г. 30-й Международной медицинской выставки «Здоровье матери и ребенка 2023». Заявки на участие принимаются по электронному адресу: expo@pediatr-russia.ru

Информацию по вопросам участия в Конгрессе и выставке можно получить по телефону в Москве: +7 (499) 132-02-03

а также на сайтах:

www.congress-pediatr-russia.ru, www.pediatr-russia.ru,

www.spr-journal.ru, www.academy-pediatrics.ru

e-mail: info@pediatr-russia.ru





- Большой выбор медицинской литературы
- Низкие цены
- Удобная форма регистрации
- Разные варианты доставки
- Оперативная обратная связь
- Актуальные новости от Союза педиатров России

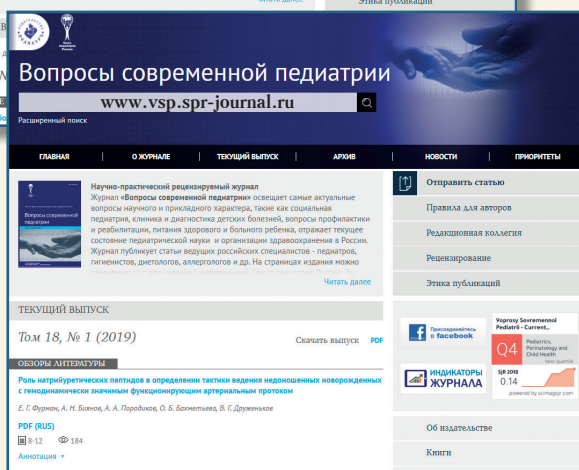
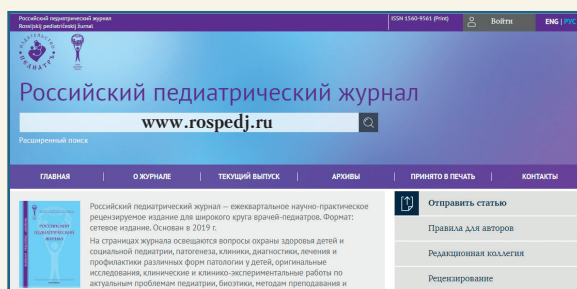
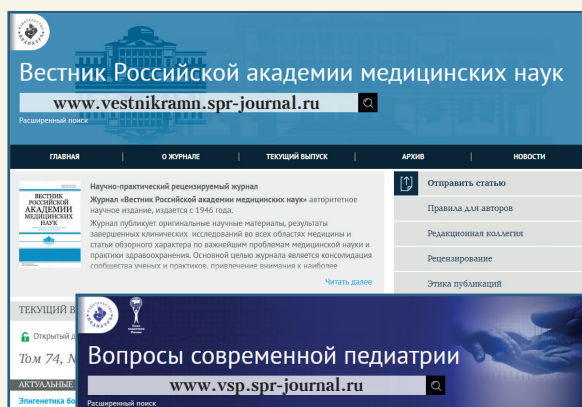
Электронная библиотека журналов издательства Союза педиатров России «ПедиатрЪ»

Приглашаем вас посетить новые сайты журналов издательства и оценить их преимущества.

- Электронные версии журналов в открытом доступе, за исключением последнего года выпуска журнала «Вестник российской академии медицинских наук»
- Возможность разместить статью на сайте с помощью электронной редакции
- Подписка на журналы последнего года выпуска (на статью, номер, год) — по ценам редакции

Преимущества для авторов журналов:

- полное соответствие сайтов журналов Издательства требованиям зарубежных реферативных баз данных (Scopus, Web of Science, PubMed и др.);
- присутствие журналов в различных базах данных, таких как РИНЦ, OCLC, WorldCat, Open Archives, iNeicon, Research Bible, Akademic Keys, Ciberleninka, VINITI RAN Referativnyi Zhurnal, Ulrich's Periodicals Directory, Google Scholar и др.;
- размещение по желанию автора дополнительных материалов к статье (видео, презентации);
- все журналы входят в Перечень ВАК



+7 (499) 132-02-07
+7 (916) 650-01-27



sales@spr-journal.ru



www.spr-journal.ru

