

АНАЛИЗ ИНФОРМИРОВАННОСТИ РОДИТЕЛЕЙ ПО ВОПРОСАМ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ В КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Федяшина Е.С., Патрушева С.С.

Научный руководитель: к. м. н., доцент Любезнова О.Н.
Кафедра инфекционных болезней
Кировский государственный медицинский университет

Актуальность исследования: в настоящее время одним из факторов снижения охвата вакцинацией детей является тенденция к увеличению числа отказов от проведения профилактических прививок со стороны родителей [1, 2, 3].

Цель исследования: оценить уровень информированности по вопросам вакцинопрофилактики родителей в Кировской области.

Материалы и методы: проанкетировано 159 человек (средний возраст — $30,58 \pm 5,9$). Среди опрошенных — 86,8% женщины. 74,8% — лица в возрасте от 21 до 35 лет.

Результаты: большинство родителей (68,6%) считают вакцинацию эффективным средством профилактики инфекционных заболеваний. Половина респондентов относятся к ней положительно, а 2,5% категорически против. Среди причин отказа можно выделить: боязнь побочных эффектов от вакцин — 17,0%, недоверие вакцинам — 8,8%, недоверие медицинским работникам — 1,9%. Перед проведением вакцинации половина опрошенных подписывают информированное добровольное согласие на вакцинацию, а 5,7% не знают, что это такое. Только каждому пятому пациенту до проведения прививки врач подробно рассказывает о вакцине и заболевании (в том числе о возможных побочных реакциях). 34% родителей ответили, что их детей наблюдают в поликлинике в течение 30 минут после вакцинации. По данным анкетирования, 74,8% опрошенных родителей получают сведения о прививках от врачей, 27,7% находят информацию в интернете. 70,4% респондентов хотели бы узнать больше о вакцинации.

Выводы: уровень информированности родителей по вопросам вакцинопрофилактики в Кировской области недостаточный. Необходимо организовать активную просветительскую работу по данному вопросу среди родителей, а также в первичном звене здравоохранения.

Литература

1. Ивардава М. Вакцинопрофилактика: рекомендации врачам и родителям. Педиатрическая фармакология. 2011;8(6):127–131.
2. Ильина С.В., Намазова-Баранова Л.С., Баранов А.А. Вакцинация для всех: простые ответы на непростые вопросы: Рук. Для врачей. М.: ПедиатрЪ, 2016. 204 с.
3. Покровский В.И., Пак С.Г., Брико Н.И., Данилкин Б.К. Инфекционные болезни и эпидемиология: Учебник.— 3 изд., испр. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. 1007 с.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГНОЙНОГО МЕНИНГИТА ЛИСТЕРИОЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ У НОВОРОЖДЕННОГО

Чепелева Д.С., Шакмаева М.А.

Научные руководители: к. м. н., доцент Каплина Т.А., к. м. н., доцент Субботина М.Д.
Кафедра инфекционных заболеваний у детей им. проф. М.Г. Данилевича
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Актуальность исследования: в 2016 г. в России 4000 человек перенесли листериозный менингит. Доля листериозных менингитов составляет 3–5% от общего числа всех бактериальных менингитов [1, 2, 3].

Цель исследования: оценить особенности течения листериозного менингита у ребенка периода новорожденности.

Материалы и методы: клинико-лабораторный анализ истории болезни ребенка 12 дней, госпитализированного в инфекционное отделение № 7 ДГКБ № 5 им. Н.Ф. Филатова в ноябре 2018 г.

Результаты: девочка поступила в ДГКБ № 5 на 3 день болезни с жалобами на лихорадку до 39,1 С, вялость, снижение аппетита и диуреза. Диагноз при поступлении: ОРВИ, ИМВП? Ребенок от III беременности, роды срочные 37/38 недель, m — 3140 г, рост — 51 см, Апгар — 8/9 б. Состояние тяжелое, повышена судорожная готовность. Большой родничок 2,0 × 1,5 см, нормотичен. Умеренная гиперемия слизистых полости рта. Лимфатические узлы не увеличены. ЧСС — 140 в мин., ЧД — 46 в мин., дыхание пуэрильное, хрипов нет. Живот вздут, пупочная ранка с сукровичным отделяемым, печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, селезенка не увеличена. Менингеальные симптомы — отрицательные. В гемограмме: тромбоцитоз, лейкоцитоз, нейтрофилез. Исследование спинномозговой жидкости: цитоз — 7680 третей, нейтрофильного характера, белок — 2,53 г/л. ПЦР ликвора: *Listeria monocytogenes* (+). Обследование матери на листериоз — результат отрицательный.

Выводы: клинико-лабораторными особенностями течения листериозного менингита у ребенка периода новорожденности (12-ти дней) явилось острое начало заболевания, фебрильная лихорадка, выраженный синдром интоксикации, отсутствие при поступлении менингеальных симптомов, выраженные изменения спинномозговой жидкости (высокий плеоцитоз нейтрофильного характера, медленная санация ликвора).

Литература

1. Покровский В.И. Инфекционные болезни. 2013. С. 648–654.
2. Кареткина Г.Н. Листериоз. // Лечащий врач. 2009. № 9.
3. Яковлев С.В. Бактериальные менингиты в отделении интенсивной терапии // Consilium Medicum. 2001. № 11.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МИКСТИНФЕКЦИИ МИКОПЛАЗМЕННОЙ И ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ (ВЭБ И ЦМВ) ЭТИОЛОГИИ У РЕБЕНКА 16 ЛЕТ

Чепелева Д.С., Шакмаева М.А., Попова И.А.

Научные руководители: к. м. н., доцент Каплина Т.А, к. м. н., доцент Субботина М.Д.
Кафедра инфекционных заболеваний у детей им. проф. М.Г. Данилевича
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Актуальность исследования: показатель заболеваемости детей инфекционным мононуклеозом различной этиологии в 2017 г. составил 37,4 на 100 тыс. нас. В 10–20% случаев пневмонии у детей обусловлены микоплазменной инфекцией [1, 2, 3].

Цель исследования: оценить особенности течения микстинфекции (микоплазменной, ВЭБ и ЦМВ этиологии) у ребенка 16 лет.

Материалы и методы: клинико-лабораторный анализ истории болезни ребенка 16 лет, госпитализированного в инфекционное отделение № 1 СПбГПМУ в 2018 г.

Результаты: девочка поступила на 9 сут. заболевания с жалобами на боль в горле, увеличение лимфатических узлов, фебрильную лихорадку до 39,7 С в течение 9 дней. Диагноз при поступлении: инфекционный мононуклеоз? Состояние тяжелое, лихорадит. Налеты в лакунах миндалин островчатые. Лимфатические узлы шейные, затылочные — до 3 см, плотные, болезненные при пальпации. ЧСС — 91 в мин. ЧД — 18 в мин. Дыхание жесткое, хрипов нет. Живот мягкий, чувствительный в правом подреберье, печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, селезенка не увеличена. В гемограмме: лейкоцитоз — $19,7 \times 10^9/\text{л}$, лимфоцитоз — 69%, моноцитоз — 13,5%, атипичные мононуклеары — 27%; биохимический анализ крови: АЛТ — 321 Ед/л, АСТ — 228 Ед/л, билирубин — 24,1 мкмоль/л. ИФА: антитела IgM к ЦМВ, ВЭБ, *Mycoplasma pneumoniae* — положительно. Маркеры гепатитов А, В, С — отрицательно. Rg органов грудной клетки: инфильтративные изменения в S7, S8 правого легкого. Получала комплексную терапию с положительным терапевтическим эффектом.