

ВОПРОС – ОТВЕТ

Е.А. Ершова, начальник юридического отдела ГБУЗ «ГП № 3 ДЗМ»

Ключевые слова: медицинское страхование, обязанности и права пациента и медицинской организации

Keywords: health insurance, duties and rights of the patient and the medical organization

В данной статье публикуются ответы на вопросы, присланные нашими читателями

Вопрос. *Как осуществляется обязательное медицинское страхование детей?*

Ответ. Согласно п. 5 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28 февраля 2011 года № 158н, обязательное медицинское страхование детей со дня рождения до дня государственной регистрации рождения осуществляется страховой медицинской организацией, в которой застрахованы их матери или другие законные представители. После дня государственной регистрации рождения ребенка и до достижения им совершеннолетия либо после приобретения им дееспособности в полном объеме и до достижения им совершеннолетия обязательное медицинское страхование осуществляется страховой медицинской организацией, выбранной одним из его родителей или другим законным представителем.

Вопрос. *Каков порядок получения полиса ОМС единого образца?*

Ответ. Оформление (получение) полиса ОМС застрахованным производится в заявительном порядке при выборе или замене страховой медицинской компании. Порядок подачи заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации застрахованным лицом определяется Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28 февраля 2011 года № 158н.

Обратиться за получением полиса гражданин может как лично, так и через своего представителя.

К заявлению о выборе (замене) страховой медицинской организации прилагаются следующие документы или их заверенные копии, необходимые для регистрации в качестве застрахованного лица:

1) для детей после государственной регистрации рождения и до 14 лет, являющихся гражданами Российской Федерации:

- свидетельство о рождении;
- документ, удостоверяющий личность законного представителя ребенка;
- страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) (при наличии);

2) для граждан Российской Федерации в возрасте 14 лет и старше:

- документ, удостоверяющий личность (паспорт гражданина Российской Федерации, временное удостоверение личности гражданина Российской Федерации, выдаваемое на период оформления паспорта);
- СНИЛС (при наличии);

3) для лиц, имеющих право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах», – удостоверение беженца, или свидетельство о рассмотрении ходатайства о признании беженцем по существу, или копия жалобы на решение о лишении статуса беженца в Федеральную миграционную службу с отметкой о ее приеме к рассмотрению, или свидетельство о предоставлении временного убежища на территории Российской Федерации;

4) для иностранных граждан, постоянно проживающих в Российской Федерации:

- паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина;

- вид на жительство;

- СНИЛС (при наличии);

5) для лиц без гражданства, постоянно проживающих в Российской Федерации:

- документ, признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства;

- вид на жительство;

- СНИЛС (при наличии);

6) для иностранных граждан, временно проживающих в Российской Федерации:

- паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина, с отметкой о разрешении на временное проживание в Российской Федерации;

- СНИЛС (при наличии);

7) для лиц без гражданства, временно проживающих в Российской Федерации:

- документ, признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства, с отметкой о разрешении на временное проживание в Российской Федерации;

- либо документ установленной формы, выдаваемый в Российской Федерации лицу без гражданства, не имеющему документа, удостоверяющего его личность;

- СНИЛС (при наличии);

8) для представителя застрахованного лица:

- документ, удостоверяющий личность;

- доверенность на регистрацию в качестве застрахованного лица в выбранной страховой медицинской организации, оформленная

в соответствии с ч. 1 ст. 185 Гражданского кодекса Российской Федерации;

9) для законного представителя застрахованного лица:

- документ, удостоверяющий личность и (или) документ, подтверждающий полномочия законного представителя.

На время изготовления полиса выдается временное свидетельство, подтверждающее оформление полиса и удостоверяющее право на бесплатное оказание медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая.

Вопрос. *Каковы сроки действия полиса ОМС единого образца?*

Ответ. Гражданам Российской Федерации, а также постоянно проживающим на территории Российской Федерации иностранным гражданам и лицам без гражданства (то есть имеющим вид на жительство) полис выдается без ограничения срока действия.

Лицам, имеющим право на получение медицинской помощи в соответствии с Федеральным законом «О беженцах», полис выдается на срок пребывания, указанный в их документах.

На срок действия разрешения на временное проживание полис выдается временно проживающим на территории России иностранным гражданам и лицам без гражданства (имеющим отметку УФМС РФ о разрешении на временное проживание, которое, как правило, выдается на 3 года).

Вопрос. *В каких случаях необходимо переоформить полис ОМС?*

Ответ. В соответствии с Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28 февраля 2011 года № 158н, переоформление полиса осуществляется в случаях:

- изменения фамилии, имени, отчества, места жительства;

- замены паспорта или свидетельства о рождении вследствие исправления (уточнения) даты рождения, места рождения застрахованного лица;

- установления неточности или ошибочности сведений, содержащихся в полисе.

Вопрос. *В какой срок необходимо уведомить страховую медицинскую организацию об изменении фамилии, имени, отчества, места жительства?*

Ответ. Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28 февраля 2011 года № 158н, предусмотрено, что застрахованные лица обязаны уведомить страховую медицинскую организацию об изменении фамилии, имени, отчества, места жительства в течение одного месяца со дня, когда эти изменения произошли.

Вопрос. *Обязан ли гражданин предъявлять полис ОМС при обращении за медицинской помощью?*

Ответ. В соответствии с п. 1 ч. 2 ст. 16 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» застрахованные лица обязаны предъявить полис обязательного медицинского страхования при обращении за медицинской помощью, за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи.

Вопрос. *Какими правами наделен пациент, в том числе застрахованный по ОМС, при обращении за медицинской помощью?*

Ответ. Статьей 19 Федерального закона № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» закреплено право каждого на медицинскую помощь. Кроме того, при обращении за медицинской помощью и ее получении пациент имеет право на:

1) выбор врача и выбор медицинской организации;

2) профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию в медицинских организациях в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;

3) получение консультаций врачей-специалистов;

4) облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными методами и лекарственными препаратами;

5) получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;

6) получение лечебного питания в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях;

7) защиту сведений, составляющих врачебную тайну;

8) отказ от медицинского вмешательства;

9) возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании ему медицинской помощи;

10) допуск к нему адвоката или законного представителя для защиты своих прав;

11) допуск к нему священнослужителя, а в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях – на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, проведение которых возможно в стационарных условиях, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок медицинской организации.

Вопрос. *Может ли мать круглосуточно пребывать в больнице со своим ребенком?*

Ответ. Матери, законному представителю ребенка или одному из членов семьи предоставляется право на бесплатное совместное нахождение с ребенком в детской больнице в течение всего периода лечения независимо от возраста ребенка. При совместном нахождении с ребенком до достижения им возраста 4 лет, а с ребенком старше данного возраста – при наличии медицинских показаний плата за создание условий пребывания в стационаре, включая предоставление спального места и питания, с указанных лиц не взимается (ст. 51 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»). Оплата производится за счет средств бюджета города Москвы и МГФОМС.

Вопрос. *Как в российском законодательстве регламентировано право пациента на информацию о состоянии здоровья?*

Ответ. Согласно ст. 22 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», каждый имеет право получить в доступной для него форме имеющуюся в медицинской организации информацию о состоянии своего здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи.

Информация о состоянии здоровья предоставляется пациенту лично (о здоровье несовершеннолетних и недееспособных граждан – их законным представителям) лечащим врачом или другими медицинскими работниками, принимающими непосредственное участие в медицинском обследовании и лечении.

Информация о состоянии здоровья не может быть предоставлена пациенту против его воли. В случае неблагоприятного прогноза развития заболевания информация должна сообщаться в деликатной форме гражданину или его супругу (супруге), одному из близких родственников (детям, родителям, усыновленным, усыновителям, родным братьям и родным сестрам, внукам, дедушкам, бабушкам), если пациент не запретил сообщать им об этом и (или) не определил иное лицо, которому должна быть передана такая информация.

Пациент либо его законный представитель имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получать на основании такой документации консультации у других специалистов. Кроме того, пациент либо его законный представитель имеет право на основании письменного заявления получать отражающие состояние здоровья медицинские документы, их копии и выписки из медицинских документов. Основания, порядок

и сроки предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них устанавливаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Вопрос. *Как часто гражданин, застрахованный по ОМС, может менять страховую медицинскую организацию и в каких случаях?*

Ответ. Федеральным законом от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28 февраля 2011 года № 158н, регламентировано, что осуществить замену страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин, он имеет право один раз в течение календарного года не позднее 1 ноября либо чаще в случае изменения места жительства или прекращения действия договора о финансовом обеспечении – путем подачи заявления во вновь выбранную страховую медицинскую организацию.

Вопрос. *Какую информацию и каким образом медицинские организации должны предоставлять пациентам?*

Ответ. В соответствии со ст. 20 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» медицинские организации обязаны:

- размещать на своем официальном сайте в сети Интернет информацию о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи;
- предоставлять застрахованным лицам, СМО и ТФОМС (в Москве – МГФОМС) сведения о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи, показателях доступности и качества медицинской помощи, перечень которых устанавливается в территориальной программе обязательного медицинского страхования.

Информационные стенды должны быть размещены в медицинских организациях в доступных для пациентов местах. 

АЛГОРИТМ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ЦЕЛИАКИИ

А.Ф. Махнева, А.Н. Бекишева, Научный центр педиатрии и детской хирургии МЗ РК, г. Алматы

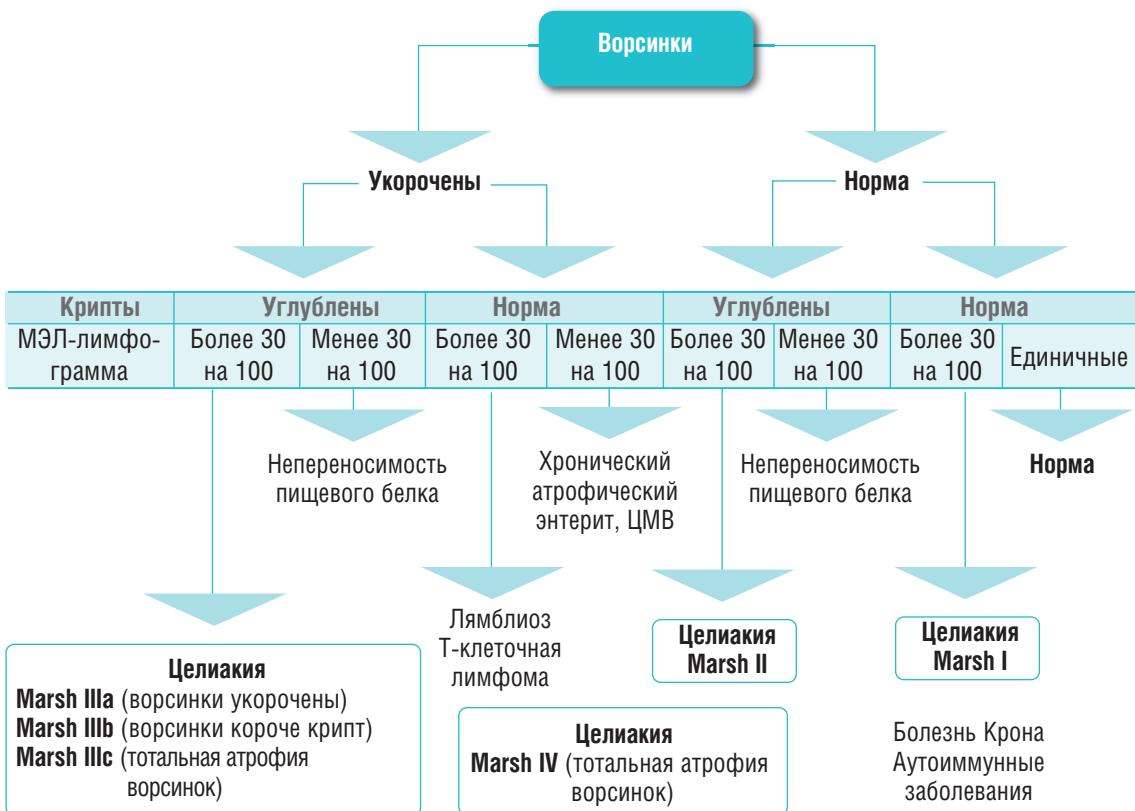
Целиакия – хроническое генетически детерминированное заболевание, характеризующееся непереносимостью глютена и развитием гиперрегенераторной атрофии слизистой оболочки тонкой кишки.

Исследуя биоптат слизистой оболочки тонкой кишки при подозрении на целиакию, патоморфологу необходимо исключить ряд заболеваний со сходной клинической картиной, таких как хронический энтерит, лямблиоз, непереносимость пищевого белка и сои, имеющих к тому же сходные морфологические проявления.

Для повышения достоверности морфологической диагностики целиакии нами предложен алгоритм, который включает описание ворсинок, крипт, МЭЛ-лимфограмму и позволяет облегчить постановку диагноза (см. схему).

Первая горизонтальная строка выделяет две группы заболеваний, сопровождающихся укорочением ворсин тонкой кишки и с нормальным размером ворсин. Во второй горизонтальной строке критерием оценки является наличие углубления крипты тонкой кишки и нормальная глубина крипты. В третьей горизонтальной строке критерий – количество межэпителиальных лимфоцитов менее 30 на 100 клеток или более 30 на 100 клеток.

Таким образом, данный алгоритм охватывает обязательные для оценки структурные изменения тонкой кишки, тем самым облегчая дифференциальную диагностику между морфологически схожими заболеваниями.



РВОТЫ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

О.Н. Пучнина, Н.И. Колягина, ГУЗ «Областная детская больница», ООО «Здоровый малыш», г. Липецк

Повторяющиеся рвоты являются проблемой для детей с различными заболеваниями и в любом возрасте – начиная с раннего возраста до подросткового.

Рвота может быть клиническим проявлением ряда гастроэнтерологических заболеваний: ГЭРБ, гастродуоденит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, эрозивные поражения гастродуоденальной зоны, панкреатит, холецистит, функциональные нарушения моторики желудочно-кишечного тракта, желчнокаменная болезнь, аномалии ЖКТ, синдромы мальабсорбции, воспалительные заболевания кишечника. При перечисленной патологии рвота чаще всего сочетается с болями в животе, реже без болевого синдрома; могут отмечаться тошнота, изжога, отрыжка. Причинами рвоты могут быть острые хирургические патологии органов брюшной полости, бактериальные, вирусные, паразитарные инфекции системы пищеварения, пищевая аллергия, заболевания нервной системы, обменные и эндокринные расстройства. У детей раннего возраста возникают ацетонемические рвоты.

Рецидивирующие рвоты у детей требуют тщательного обследования, уточнения причины, проведения дифференциальной диагностики и после установления диагноза – правильного лечения.

Проанализировано 79 историй болезни детей в возрасте от 3 до 15 лет, пролеченных в ГУЗ «Областная детская больница» г. Липецка за последние 6 лет, в клинике заболеваний у которых отмечалась неоднократная рвота (дети поступали в отделение гастроэнтерологии).

Для уточнения гастроэнтерологической патологии проводилось следующее обследование: ЭГДС, УЗИ органов брюшной полости и почек, внутрижелудочная pH-метрия, рентгеноскопия желудка с досмотром эвакуации через 1, 3, 6 часов (по показаниям), обследование на хеликобактерную инфекцию (хелпил-тест и серологическое обследование), обследование на глистные инвазии, зоонозы, определение ацетона в моче, КОС, исследование биоценоза кишечника (по показаниям), определение антител к глиадину и тканевой трансглутаминазе, исследование крови (ИФА) на ЦМВ, ВЭБ, ВПГ, хламидии, токсоплазмы; МРТ органов брюшной полости. В тех случаях, когда рвота не могла быть объяснена наличием выявленной патологии органов пищеварения, были выполнены МРТ или РКТ головного мозга, ЭЭГ, рентгенография черепа, РЭГ; дети были проконсультированы неврологом. В результате у детей была выявлена следующая патология:

- у 8 детей (из них 1 дошкольник и 7 школьников: 4 мальчика и 3 девочки) язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, ассоциированная с НР;
- у 2 детей школьного возраста хроническая частичная дуоденальная непроходимость (оба прооперированы, один из них – в НЦЗД РАМН);
- у 1 мальчика 10 лет стенозирующая форма болезни Крона с локализацией в тонкой кишке (оперативное лечение);
- у 4 детей гастроптоз (дети 8–13 лет), из них 2 с синдромом Пайера;
- у 13 детей имели место эрозивные поражения гастродуоденальной зоны (4 дошкольника и 9 детей 9–15 лет);
- 5 детей с ГЭРБ, из них 3 с эрозивным эзофагитом (4 школьника, 1 ребенок 5 лет);
- 3 ребенка с ацетонемической рвотой (все в возрасте 3 лет);
- 10 детей имели выраженные гастродуодениты с ДГР, 2 из них с ДГР+ГЭР, у 9 из этих детей НР+;
- у 8 детей выявлен лямблиоз (5 школьников и 3 дошкольника);
- у 1 ребенка аскаридоз;
- у 1 девочки 12 лет диагностирована атипичная форма целиакии (подтверждена морфологически в РДКБ);
- 5 дошкольникам поставлен диагноз «рецидивирующий панкреатит» (у всех детей с высокими показателями амилазы крови и мочи, у 2 с кетозом, изменениями поджелудочной железы при УЗИ и у 2 при МРТ);
- у 1 мальчика 9 лет выявлена ЖКБ;
- у 1 мальчика 6 лет с атопическим дерматитом рвота расценена как проявление пищевой аллергии;
- у 7 детей старшего возраста диагностирована вегетососудистая дистония (у 6 из них склонность к артериальной гипертензии);
- у 1 ребенка выявлена опухоль головного мозга (оперирован в федеральном центре, проводится ПХТ);

- у 7 дошкольников рвота была одним из симптомов вегетовисцеральных приступов (с выраженной пароксиз-мальной активностью на ЭЭГ);

- у 1 ребенка 3 лет микстинфекция: ВЭБ+ЦМВ.

Адекватное лечение с учетом выявленной патологии позволило выписать детей с улучшением или выздоровлением. Таким образом, рецидивирующие рвоты у детей требуют углубленного обследования у гастроэнтеролога, невролога, по показаниям – консультации и лечения у хирурга, аллерголога, иногда инфекциониста или психолога, с целью уточнения диагноза и эффективного лечения.

ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

Н.Н. Ахпаров, С.Б. Сулейманова, Э.А. Ойнарбаева, Научный центр педиатрии и детской хирургии МЗ РК, г. Алматы

Среди гастроэнтерологических заболеваний гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) признана распространенной патологией с агрессивно воздействующими на организм ребенка факторами и создающая серьезную угрозу больному возможными осложнениями.

В последние годы все большее внимание привлекает гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь в педиатрии, частота возникновения которой в общей популяции населения составляет от 7 до 20%, а у детей колеблется, по данным разных авторов, от 2–4% до 8,7–49% (Siewert J, Retal., 1996; Avansino J, Retal., 1999).

Цель. Усовершенствование методов диагностики гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у детей.

Материалы и методы. За период с 1994 по 2013 г. под диспансерным наблюдением находилось 210 пациентов, из которых стационарное оперативное лечение получили 56 больных, 154 пациента получают амбулаторное консервативное лечение. По возрастной категории все дети подразделены на три группы: у стационарных пациентов: от раннего грудного возраста до года – 27 детей (48%); от года до 3 лет – 19 (34%); от 3 до 8 лет – 10 (18%); по амбулаторной группе детей: от раннего грудного возраста до года – 148 детей (96%), от года до 3 лет – 6 (4%).

На раннем амбулаторном уровне применен способ неинвазивной диагностики (пробы на соску). Для изучения особенностей данной патологии в условиях стационара использован диагностический комплекс: эзофагогастроскопия с прицельной биопсией слизистой пищевода, ультрасонография желудка, эзофагография с контрастированием споследующем определением эвакуаторной функции желудка, цитологическое исследование рефлюктата, дополнительного проведения РН-мониторирования, сфинктероманометрии.

Результаты. По клиническим проявлениям можно выделить в виде:

1) респираторных проявлений: так, апноэ отмечалось у 19 (9%) детей; аспирационная пневмония у 137 (65%) детей; такие, как ложный круп, кашель, удушье, у 42 (20%) детей; обструктивные заболевания дыхательных путей у 89 (42%);

2) нарушений питания: пациенты с замедленным опорожнением желудка в количестве 210 (100%); снижение веса у 210 (100%) детей, при этом гипотрофия I ст. у 174 (83%) пациентов, гипотрофия II ст. у 19 (9%); в виде рвоты у 210 (100%) детей; запоры у 125 (60%) детей; ночная регургитация (симптом «мокрой подушки») у 39 (19%) детей;

3) симптомов со стороны пищевода: проявления в виде диспептических расстройств у 207 детей; болей за грудиной у 182 детей;

4) неврологических расстройств (считается, что связаны с рефлюкс-эзофагитом (синдром Сандифера)) – отмечалось у 68 (32%) пациентов.

По данным эзофагофиброскопии, эзофагиты по активности выраженности воспаления: катаральный – 171 (81%) наблюдений; эрозивный – 24 (11%); пептическая структура – 9 (4%); метаплазия слизистой пищевода (пищевод Барретта) – 1 (0,5%).

На эзофагографии – в положении Тренделебурга изменение градуса угла Гиса у 151 (72%), «симптом ревущего слона» выявлен у 170 (81%), на серии отсроченных снимков контрастное вещество оставалось еще в желудке у 68 детей.

Таким образом, предлагаемый нами способ диагностики «пробы на соску» предоставляет возможность постановки предварительного диагноза на раннем этапе.

Проведение комплекса методов диагностики и сравнительный анализ полученных данных позволяет определить природу гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, что принципиально важно в выборе тактики лечения, способствующего лучшему восстановлению анатомо-физиологической деятельности желудочно-кишечного тракта.

ОСОБЕННОСТИ СТАНОВЛЕНИЯ ЭКЗОГЕННОЙ ФУНКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Н.Г. Попова, С.В. Гевондян, Е.Н. Доровская, Ю.Н. Славинская, ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия», ГБУЗ «Забайкальский краевой перинатальный центр», г. Чита

Цель исследования: изучить особенности становления экзогенной функции поджелудочной железы у недоношенных детей.

Материалы и методы. Проведен анализ характера копрограммы и протеолитической активности кала (ПАК) у 31 ребенка, рожденных на СГ 28–32 недели, чьим матерям проводилась предродовая подготовка дексаметазоном от 1 до 5 суток для профилактики РДС. Дети были разделены на три группы: 10 детей, чьим мамам дексаметазон вводился перед родами однократно (1-я группа), 11 детей, чьи мамы получили глюкокортикоиды двукратно, (2-я группа) и 10 детей, чьим мамам дексаметазон вводился трехкратно (3-я группа). Обработку полученных данных проводили с использованием пакета STATISTICA 6.1 для Windows (StatSoft Inc., США).

Результаты и их обсуждение. Мы обратили внимание, что у детей 1-й группы ПАК достоверно выше ($p<0,002$), чем во 2-й и 3-й группах, и в среднем составила 1:4 (1-я группа) против 1:2 (2-я группа) и 1:1 или «не определяется» (3-я группа). При анализе характера копрограммы у детей 1-й группы достоверно реже ($p<0,01$) отмечался нейтральный жир, чем у детей 2-й и 3-й группы. С целью коррекции липополитической активности кала назначался Креон 10 000 ЕД из расчета 1000 ЕД/кг/сут, на фоне терапии которым у детей 1-й группы ПАК составила 1:5 уже через 7 дней ($p<0,01$ при сравнении с 3-й группой), во 2-й группе – через 10 дней ($p<0,05$ при сравнении с 3-й группой). В 3-й группе через 5 дней применения Креона ПАК оставалась крайне низкой, а у 4 детей не определялась, у 6 детей составила 1:1, что потребовало перерасчета дозы – 2000 ЕД/кг/сут. Данная доза вводилась в течение еще 10 дней, прежде чем показатели ПАК достигли 1:5 у 7 детей, 3 малышам креонотерапия была продолжена до 15 дней для достижения нормативных показателей. При оценке характера копрограммы отмечались нейтральные жиры во всех группах. Однако, если в 1-й группе единичные капли нейтрального жира отмечались до 5-го дня жизни ($p<0,001$ при сравнении с 3-й группой), при анализе на 7-й день купировались полностью, то у детей 2-й группы тенденция к снижению количества нейтрального жира отмечалось с 7-го дня ($p<0,05$ при сравнении с 3-й группой), к 10-м суткам у 7 детей капли нейтрального жира не определялись, у 4 – единичные капли фиксировались до 12 суток. В 3-й группе нейтральный жир в значительном количестве фиксировался на 10-й день лечения креоном, тенденция к снижению отмечается с 14-го дня терапии и полностью исчезла из копрограммы на 16-й день у 7 детей и на 20-й день – у 3 малышей.

Выводы. Нарушение экзогенной функции поджелудочной железы ребенка на фоне дородового введения дексаметазона должно диагностироваться и корректироваться как можно раньше во избежание тяжелых осложнений.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ЭКВИВАЛЕНТЫ ХОЛЕСТЕРИНОВОГО ХОЛЕЛИТИАЗА У ДЕТЕЙ

Е.В. Шутова, Харьковская медицинская академия последипломного образования, кафедра педиатрической гастроэнтерологии и нутрициологии

По данным Центра медицинской статистики МЗ Украины за 2012 г., частота желчнокаменной болезни (ЖКБ) в детском возрасте в Украине – 0,2 на 1000 детей. По регионам Украины ЖКБ составляет 0,1–2,7% – 4,3% в структуре гастроэнтерологических заболеваний.

Диагностика ЖКБ на стадии сформировавшихся камней не вызывает сомнений. В то же время диагностика предкаменной стадии ЖКБ включает комплекс уточняющих клинических, лабораторных и инструментальных методик. Выявление сформированных желчных конкрементов у детей ставит задачу выбора тактики дальнейшего лечения. Диагностика начальных проявлений ЖКБ у детей позволяет предупредить формирование камневой стадии заболевания.

Цель исследования. Изучить особенности клинического течения и метаболические эквиваленты предкаменной стадии желчнокаменной болезни у детей.

Материалы и методы. Проведено комплексное обследование 80 детей с ЖКБ в возрасте 5–18 лет (мальчики – 35 (42,7%), девочки – 45 (57,3%)), находившихся на лечении в гастроэнтерологическом отделении ГДКБ № 19 г. Харькова. Из них: у 38 (52,5%) пациентов диагностирована ЖКБ (II стадия) – 1-я группа; у 42 (52,5%) – ЖКБ (I стадия) – 2-я группа. Диагностический алгоритм включал: анализ клинико-анамнестических данных, УЗИ билиарного тракта с функциональной нагрузкой, биохимические анализы крови («печеночные пробы», липидный профиль, аполипопротеины Апо А1 и Апо В); дуоденальное зондирование (при I стадии ЖКБ), микроскопия желчи в поляризованном свете; электронная микроскопия желчи. По данным проведенного исследования в группе наблюдения преимущественное большинство составили девочки (57,3%). Длительность заболевания от 1 до 3 лет и более встречалась у детей 1-й группы в 2 раза чаще, чем во 2-й группе: 65% и 27% соответственно ($p<0,05$), что подтверждает диагностическую значимость этого фактора в генезе формирования холелитиаза у детей. Ведущее значение имеет отягощенный анамнез по ЖКБ: у 15 (39,4%) детей с ЖКБ (II ст.) и у 13 (31,1%) детей с ЖКБ (I ст.). У 31 ребенка (38,7%) с ЖКБ отягощен семейный анамнез по заболеваниям ЖКТ другой локализации.

Результаты. Преобладающим синдромом у обследованных детей был диспепсический – 75 случаев (94,3%). У детей с болями в животе при I ст. ЖКБ отмечалась локализации: в правом подреберье и эпигастрции (21 – 50,0%); в правом подреберье у 16 (38,1%), у 5 (11,9%) не имела четкой локализации. Клиническая картина ЖКБ у детей не имеет специфических проявлений, и клинические признаки обусловлены функциональными и органическими заболеваниями ЖВП, а также сочетанной патологией пищеварительного тракта.

При анализе результатов биохимического исследования крови, на основании расчета коэффициента корреляции Спирмена, выявлена достоверная ($p=0,0097$) достаточно ощутимая положительная корреляция между абсолютными показателями Апо А1 и общего холестерина ($R=0,64$), достоверная ($p=0,0328$) достаточно ощутимая положительная корреляция между абсолютными показателями Апо-В и общего холестерина ($R=0,55$). При проведении микроскопии желчи в поляризованном свете у 28 (98%) случаев выявлены признаки литогенной желчи. При исследовании образцов пузырной желчи при I ст. ЖКБ методом электронной микроскопии были выявлены многослойные везикулы типа мультиламеллярных липосом у 11 (91,7%), что подтверждает литогенность желчи.

Таким образом, к особенностям камневой стадии ЖКБ в детском возрасте можно отнести бессимптомное течение. ЖКБ на начальной характеризуется субклиническим течением и может быть выявлена лишь после морфологического исследования желчи и использования данных УЗИ, биохимического исследования крови. К метаболическим эквивалентам холестеринового холелитиаза можно отнести нарушение липидного обмена с повышением в сыворотке крови общего холестерина, ЛПНП и ЛПОНП, снижением ЛПВП, а также нарушения в системе Апо А1 и Апо В.

Однонаправленные изменения показателей липидного обмена в группе детей с ЖКБ на I и II ст. заболевания свидетельствуют о возможности ранней диагностики холелитиаза с учетом изучаемых показателей.

МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ЛЯМБЛИОЗА У ДЕТЕЙ

Р.Р. Кильдиярова, ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия», г. Ижевск; В.Е. Милейко, «Синтана СМ», г. Санкт-Петербург

В формировании хронической гастроэнтерологической патологии у детей огромное значение отводится роли перенесенных инфекционных и паразитарных заболеваний, причем наибольшую информативную значимость имеет лямблиоз.

Согласно рабочему протоколу диагностики лямблиоза у детей, принятому на конгрессе детских гастроэнтерологов в 2013 г. (М.), при заболевании любой формой и носительстве лямблей (L) проводят серологические, трехкратные копрологические, бактериологические исследования, обнаружение L в биоптате двенадцатиперстной кишки (ДПК) гистологическим методом или методом ПЦР. «Золотой» стандарт имеет сложности в обнаружении L; недостаток серологического способа – наличие ложноположительных или ложноотрицательных результатов; эндоскопические и пр. исследования с биопсией или метод ПЦР проводятся редко.

Целью явилась разработка нового метода неинвазивной диагностики лямблиоза у детей с эрозивно-язвенными поражениями слизистой оболочки желудка и ДПК.

Обследовано 244 ребенка в возрасте от 6 до 15 лет, из них 45 пациентов с язвенной болезнью (ЯБ) ДПК и 149 – с множественными эрозиями желудка и ДПК в детской городской клинической больнице № 5 г. Ижевска, составившие основную группу. В группе сравнения было 50 детей с хроническим поверхностным гастродуоденитом (ГД). У всех заболевания ассоциированы с *Helicobacter pylori* (НР). Диагноз верифицировали эзофагогастродуоденоскопией. НР диагностирован по присутству содержания амиака, измеренного индикаторными трубками ИТ-НН3 (ТУ 2291-50042073-001-2012, изготовитель ООО «Синтана СМ») в воздухе ротовой полости по методу УВТ-НН3 (вариант для индикаторных трубок ИТ-НН3, изготовитель ООО «Синтана СМ») после воздействия раствора карбамида на слизистую желудка; результатам уреазного и морфологического исследования биоптатов. Лямблиоз диагностировали копрологическими и серологическими методами. В основе теста по методу УВТ-НН3 для быстрого неинвазивного определения инфекции НР в одном из случаев лежит анализ воздуха на содержание амиака, который осуществляется по изменению цвета адсорбента индикаторной трубки ИТ-НН3 со светло-коричневого на темно-синий в результате количественной адсорбции и топохимической аналитической реакции.

По данным соматического отделения детской городской клинической больницы № 5 г. Ижевска, за период 2004–2010 гг. доля эрозивных ГД составила 9,2%, ЯБ ДПК – 4,3%; наибольший процент составил поверхностный ГД – 47,5%. Пациенты основной группы имели впервые выявленные острые эрозии в 100% случаев и впервые установленный диагноз ЯБ ДПК в 86,6% случаев. Сопутствующий диагноз – лямблиоз кишечника – диагностирован у каждого третьего ребенка: в 33,5% случаев при эрозивном ГД, 33,3% – ЯБ и 30% – при поверхностном ГД.

Предлагаемый неинвазивный метод УВТ-НН3 нами использован для диагностики лямблиоза кишечника. Учитывая, что НР – уреазопродуцент, понятна оценка содержания амиака в воздухе ротовой полости и диагностика НР-инфекции. Согласно нашим представлениям L «протаскивают» НР за слизистую оболочку желудка, что в последующем может привести к хроническому воспалительному и эрозивно-язвенному процессам, что имелось в исследуемых основной и контрольной групп.

Методика УВТ-НН3 является самым простым и эффективным тестом для диагностики инфекции НР и нами рекомендуется для скрининга лямблиоза. Высокое содержание амиака (более 2 мм) до воздействия карбамида (С1) наблюдалось у всех пациентов основной и контрольной групп в активной фазе воспалительного процесса. Повышение содержания амиака после воздействия карбамида (С2) более 6 мм отмечено во всех случаях совместной инвазии L и НР.

Таким образом, с помощью методики УВТ-НН3 возможна диагностика не только НР-инфекции, но и сопутствующего лямблиоза кишечника путем исследования биоматериала (воздуха ротовой полости) по увеличению уровня нагрузочной концентрации амиака более 6 мм и его прироста в воздухе ротовой полости.