



ПЕДИАТРИЯ

СЕГОДНЯ

Октябрь
2026 № 6 (53)

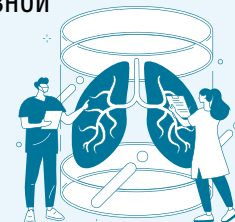
Сайт издателя – www.abvpress.ru

Целиакия – системное
иммунное заболевание 2

Портрет пациента
с аллергией 5

Аутизм:
что генетика знает
сегодня 6

Контроль
за туберкулезной
инфекцией 7



От главного редактора



Исмаил Магомедович
ОСМАНОВ

заслуженный врач России, заслуженный врач города Москвы, главный внештатный специалист педиатр Департамента здравоохранения города Москвы, профессор, д. м. н.

Дорогие коллеги!

Педиатрия XXI века перестала быть «медициной для маленьких взрослых». Сегодня это самостоятельная дисциплина, где здоровье ребенка рассматривается как непрерывный процесс – от антенатального периода до совершеннолетия. И Россия здесь не догоняет, а задает стандарты.

За последнее десятилетие детская смертность в стране снизилась более чем в два раза, а младенческая достигла исторического минимума – 3,6 промилле за первое полугодие 2025 года. Десять регионов уже имеют показатель ниже 2 промилле. Это не абстрактные цифры, а тысячи спасенных жизней.

Как это реализуется? Через системность. Федеральный проект «Развитие детского здравоохранения» охватил более 99 % детских поликлиник – оснащение, комфортная среда, доступность записи. Построена или реконструирована 21 детская больница. Национальный проект «Семья» предусматривает переоснащение 180 детских больниц и поставку более 500 передвижных комплексов для выездных осмотров.

Но главное – это доклиническая диагностика. Расширенный неонатальный скрининг охватывает 40 заболеваний: за два года обследовано 3,2 млн новорожденных, почти у 1800 подтвержден диагноз, все обеспечены терапией, в том числе через фонд «Круг добра». Россия вошла в топ-10 стран по выживаемости детей с онкозаболеваниями – 83 % общей двухлетней выживаемости, а при ретинобластоме и нефробластоме – 97–98 %.

Впереди – возможное включение в Национальный календарь с 2027 года вакцинации против ВПЧ и менингококка, а также развитие таргетной терапии и геномной диагностики. Но за любой технологией стоит человек – врач, который вовремя заметил, и семья, которая ему поверила. Сохраним каждую жизнь вместе.



Оформить
подписку



АБВ-пресс
в Telegram

Вектор

Коммуникация как клинический инструмент

Долгое время медицинская система строилась вокруг одной главной задачи – корректно поставить диагноз и следовать клиническим рекомендациям. Коммуникация между врачом и пациентом не рассматривалась как важный аспект и воспринималась как нечто второстепенное.



Андрей Николаевич
КОРСУНОВ

врач-педиатр, гематолог консультативного отделения НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева, ассистент кафедры пропедевтики детских болезней РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Новая культура общения

За последние годы в медицине выстроилось несколько моделей взаимоотношений «врач – пациент», наиболее распространенными из которых являлись инженерная (пациент воспринимается не как личность, а как сломавшийся механизм, который врачу нужно починить) и патерналистская (врач выступает как авторитарная фигура и принимает все решения без согласования с пациентом).

К концу XX века ситуация изменилась: люди стали более информированными, а исследования показали, что без доверия и понимания лечение не работает. В итоге к 1970-м годам медицинское сообщество столкнулось с кризисом коммуникации: врачи перебивали пациентов уже через несколько секунд после начала их рассказа, фиксировали далеко не все проблемы, не выясняли, как человек относится к своей болезни, что о ней думает, чего боится и какие ожидания связывает с визитом.

В 1996 году специалисты в области медицинской коммуникации Джонатан Сильверман (Кембриджский университет) и Сюзанн Керц (Университет Калгари) предложили Калгари-Кембриджскую модель – структурированный подход, который дает врачу конкретные инструменты для выстраивания диалога и помогает наладить доверительные отношения с пациентом.

Пять этапов, переводящих разговор в лечение

Калгари-Кембриджская модель описывает медицинскую консультацию как последовательность пяти этапов, каждый из которых решает опре-

На первом этапе важно установить доверительный контакт с пациентом и выяснить истинную причину обращения, не перебивая и давая высказаться.

Второй этап – сбор информации. Важно установить текущие жалобы и предысторию болезни. На этом этапе врачу важно увидеть полноценную картину: не только симптомы болезни, но и мысли, опасения и ожидания пациента.

Третий этап – физикальный осмотр. Врач не просто проводит осмотр, но и комментирует свои действия, объясняя их смысл. Это позволяет снизить лишнюю тревогу пациента и делает его соучастником процесса.

Пять этапов Калгари-Кембриджской модели



деленную задачу и логично сменяет предыдущий.

Первый этап – начало консультации. Включает знакомство с пациентом и определение причин обращения.

Четвертый этап – объяснение и планирование. Включает предоставление информации о диагнозе и обсуждение плана лечения.

» с. 3

Трудный диагноз

От «классической диареи» к системному иммунному заболеванию

Целиакия у детей перестала быть «болезнью с диареей». Сегодня это системное иммунное заболевание, которое диагностируют по серологическим алгоритмам, лечат диетой и оценивают по качеству жизни. Разбираемся, когда можно обойтись без биопсии и почему психологическое бремя — не менее важная часть ведения.



Екатерина Игоревна ГРЯЗНОВА
врач-гастроэнтеролог
консультативно-
диагностического центра
РДКБ, ассистент кафедры
госпитальной педиатрии
им. академика В.А. Таболина
ИМД ФГАОУ ВО РНИМУ
им. Н.И. Пирогова, к. м. н.

Маскировка клинической картины
Целиакия не всегда проявляется классической диареей и потерей веса. Действующие российские клинические рекомендации (2026) подчеркивают, что заболевание может протекать под маской гастроэнтерологических, эндокринных или гематологических патологий. Настораживающими признаками в отношении целиакии являются железодефицитная анемия неясного генеза, рецидивирующая абдоминальная боль, стойкие запоры, афтозный стоматит, изолированное повышение трансаминаз, снижение минеральной плотности кости, а также задержка полового развития, хроническая усталость и раздра-

Селективный путь без биопсии
Выход руководства Европейского общества детской гастроэнтерологии, гепатологии и нутрициологии (ESPGHAN) по диагностике целиакии (2020) ознаменовал смену парадигмы: при определенных условиях диагноз может быть установлен без дуоденальной биопсии. Ключевой порог таков: у симптомного ребенка уровень антител к тканевой трансглутаминазе IgA (TGA-IgA) должен достигать более чем 10-кратного превышения верхней границы нормы, а второй образец крови должен быть положительным по анти-эндомизиальным антителам (EMA-IgA). При соблюдении этих критериев

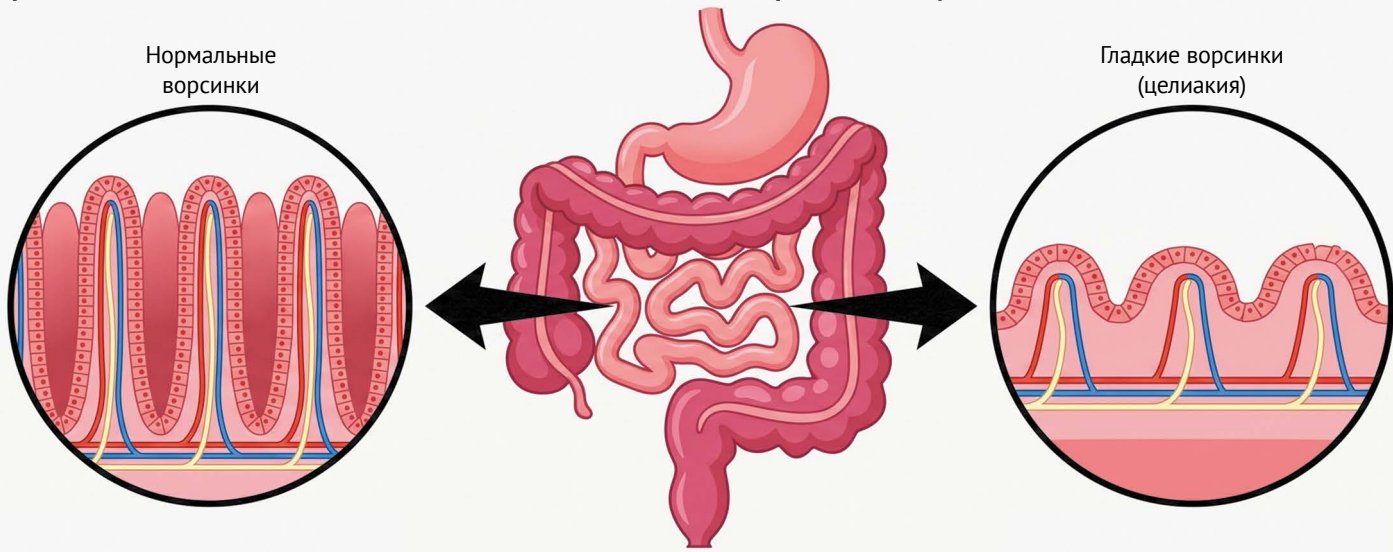
прогностическая ценность. Исследование ученых из Турции показало, что среди детей, соответствовавших критериям ESPGHAN для диагностики без биопсии, положительная прогностическая ценность составила 98,7 %. Однако выполнение этой стратегии требует строгого условия — определения общего сывороточного IgA для исключения селективного дефицита IgA, иначе TGA-IgA может дать ложноотрицательный результат. При дефиците IgA следует переходить на IgG-основанные тесты (например, TGA-IgG).

Тем не менее международный аудит качества, охвативший 129 педиатрических центров в 28 странах, выявил тревожную реальность: между проблемами в знаниях педиатров существует значительный разрыв. Например, почти четверть центров ошибочно использовали антитела к деамидированному глиадину (DGP) или антиглиадиновые антитела (AGA) вместо TGA-IgA у детей младше двух лет, тогда как эти антитела часто дают транзиторные положительные результаты у здоровых младенцев и не имеют четкой связи с последующим риском целиакии.

Границы доказательств
Дискуссия о влиянии характера раннего вскармливания на риск развития целиакии ведется уже давно. Обновленный позиционный документ ESPGHAN

Только цифры
Целиакия — это иммуноопосредованное системное заболевание, триггером которого выступает глютен у генетически предрасположенных лиц. Патология может поражать любые возрастные группы. За последние 50 лет выявляемость целиакии значительно выросла, во многом благодаря повышению осведомленности врачей и совершенствованию диагностики.
Например, в Великобритании число зарегистрированных пациентов увеличилось в четыре раза. Тем не менее целиакией страдает примерно один из ста жителей страны, а это означает, что порядка 64 % больных (около 500 тыс. человек) остаются недиагностированными. Данная статистика обнажает ключевую проблему: выявление патологии все еще далеко от идеала, особенно при ее атипичном или «неклассическом» течении.

Морфологические изменения слизистой оболочки тонкой кишки при целиакии у детей



жительность. При наличии подобных необъяснимых симптомов целиакию необходимо включать в алгоритм дифференциальной диагностики.
и согласии семьи биопсия может быть пропущена.
Научное обоснование данного подхода — чрезвычайно высокая

(2024) формулирует однозначные выводы: грудное вскармливание (независимо от его объема, продолжительности или исключительности) не снижает риск возникновения заболевания. Кроме того, сроки введения глютена в период с 4-го до 12-го месяца жизни никак не влияют на последующую частоту развития патологии.

По данным обсервационных исследований, избыточное потребление глютена в период введения прикорма и в первые годы жизни (особенно в возрасте 2–3 лет, а по некоторым данным, до 5 лет) коррелирует с повышенным риском развития целиакии у детей из групп высокого риска. Тем не менее точные критерии безопасного порога до сих пор не определены из-за дефицита доказательной базы. В связи с этим в настоящее время невозможно сформулировать строгие

Диагностика целиакии у детей (ESPGHAN, 2020/2022)

Ситуация	Действие	Примечание
TGA-IgA < 10 × ВГН	Биопсия обязательна	Даже при положительных EMA
TGA-IgA ≥ 10 × ВГН + EMA-IgA (+)	Диагноз без биопсии (при согласии семьи)	Только после исключения дефицита IgA
Селективный дефицит IgA	IgG-тесты (TGA-IgG, DGP-IgG) + биопсия	AGA и DGP не использовать у детей <2 лет
Противоречивые результаты (серология ↔ гистология)	«Потенциальная целиакия» → наблюдение	Не назначать диету до верификации

Примечание: TGA-IgA — антитела к тканевой трансглутаминазе класса IgA; EMA-IgA — антитела к эндомизию класса IgA; ВГН — верхняя граница нормы; IgA — иммуноглобулин A; IgG — иммуноглобулин G; DGP-IgG — антитела к дезаминированному глиадину класса IgG; AGA — антитела к глиадину; ESPGHAN — Европейское общество детской гастроэнтерологии, гепатологии и нутрициологии.

“ Современное ведение целиакии должно включать психологическую поддержку как рутинный компонент, а не как необязательное дополнение

количественные нормативы потребления глютена как для популяции в целом, так и для младенцев с наследственной предрасположенностью (носителей HLA-рисков). Данный подход отражает классический принцип доказательной медицины: отсутствие однозначных стандартов исключает необоснованные жесткие ограничения.

Долгосрочное ведение

Тактика лечения пациента после установления диагноза отнюдь не сводится к выписке рецепта на безглютеновую диету. Позиционный документ ESPGHAN по ведению и наблюдению (2022), основанный на систематическом обзоре 2775 публикаций, сформулировал 37 рекомендаций. Они охватывают частоту наблюдения, оценку приверженности, догоняющий рост, коррекцию анемии, тактику при сохраняющемся высоком титре антител, оценку качества жизни и переход во взрослую медицинскую службу.

Ключевой практический момент — пересмотр ритма наблюдения: после нормализации титра TGA-IgA, при хорошей приверженности и отсутствии симптомов интервал может быть увеличен до 12–24 месяцев. Кроме того, поскольку у детей с целиакией иммунный ответ на вакцину против гепатита В может быть снижен, в ходе наблюдения следует определять титр антител к HBs-антигену и при необходимости проводить дополнительную вакцинацию.

Окно высокого риска — переходный возраст. Его нельзя игнорировать. ESPGHAN рекомендует, чтобы педиатр в заключительном отчете подробно зафиксировал диагностический процесс, траекторию роста, приверженность диете и сопутствующие состояния, сформировав полноценный «паспорт целиакии» для передачи взрослому специалисту.

Психологическое бремя болезни

Качественное исследование психоэмоционального статуса детей с целиакией в возрасте 8–13 лет выявило глубокие внутренние барьеры, связанные с контролем над заболеванием. Ученые выделяют два доминирующих паттерна поведения: навязчивое стремление контролировать окружающую среду (включая действия третьих лиц) и непреходящее чувство угрозы, перерастающее в гипербдительность.

Главным триггером тревоги как у детей, так и у их родителей выступает риск перекрестного загрязнения пищи глютеном. Ситуация усугубляется в точках общественного питания, где семья неизбежно сталкивается с невозможностью полностью отследить кулинарный процесс. Любой случайный «срыв»

диеты и последующее ухудшение состояния (так называемый феномен glutened) способны полностью разрушить доверие к заведению или повару. Подобный уровень постоянного стресса деструктивно влияет на качество жизни, провоцирует социальную изоляцию и вынуждает пациентов превентивно и необоснованно ужесточать рацион. Именно поэтому современный протокол ведения целиакии должен рассматривать психологическую поддержку не как факультативную опцию, а как обязательный компонент рутинной практики.

• Целиакия у детей сегодня — это системное иммунное заболевание, требующее интегративного подхода



• Диагностика смещается к серологическим алгоритмам с селективным отказом от биопсии



• Лечение целиакии остается диетическим, но оценивается по глубине ремиссии, а не по симптомам



• Эффективное ведение пациентов невозможно без признания психологического бремени для ребенка и семьи и без готовности врача выйти за рамки привычной модели «диагноз → диета → наблюдение»

Вектор

« с. 1

На этом этапе важно изложить информацию пациенту доступным языком и совместно с ним выбрать план лечения, который подходит в его случае.

Пятый этап — завершение консультации. Подведение итогов и договоренность о дальнейших действиях. По завершении консультации врачу важно убедиться, что пациент уходит с ясным пониманием плана дальнейших действий и у него не осталось дополнительных вопросов по лечению.

Навык разговора

В педиатрии коммуникация — это условие, при котором лечение вообще становится возможным. В кабинете всегда три стороны: врач, ребенок и родитель. И если хотя бы одна из них выпадает из разговора, страдает результат.

Ребенок часто остается в роли молчаливого наблюдателя. Взрослые обсуждают его здоровье между собой, а он не понимает, что происходит, и начинает бояться. Между тем дети — даже маленькие — способны выражать свои переживания, если им дать пространство. Подростки прямо хотят, чтобы их слышали и учитывали их мнение.

Врач признает их чувства: «Я вижу, что вы много сделали, чтобы разобраться в ситуации». Объясняет план понятным языком, без терминов, проверяет понимание: «Расскажите, как вы поняли, что нужно делать дома?» Не перебивает, дает высказаться. Учитывает ожидания и предпочтения при выборе лечения.

Когда родитель понимает план и согласен с ним, он выполняет рекомендации. Когда не понимает или не доверяет — не выполняет. Это прямой путь к тому, что даже правильное лечение не сработает. Кроме того, родитель часто становится «переводчиком» между врачом и ребенком, но если он сам не понял, то передаст ребенку искаженную картину. Поэтому объяснять нужно обоим сразу, проверяя, что понял каждый.

Как удерживать треугольник

Врач переключается между ребенком и родителем, не теряя контакта ни с одним из них. Обращается к ребенку, потом к родителю и снова к ребенку. Следит за реакцией обоих. Если родитель отвечает за ребенка, мягко возвращает вопрос: «А что ты сам думаешь?» Если ребенок замол-

“ Калгари-Кембриджская модель требует внимания к тому, как врач говорит, слушает и объясняет. Это внимание окупается доверием, пониманием и результатом лечения

Как взаимодействовать с ребенком

Врач представляется ребенку первому — это сигнал: «тебя видят». Садится так, чтобы быть на уровне его глаз, а не возвышаться над ним. Комментирует свои действия: «Сейчас я послушаю твое сердечко, будет немного прохладно». Задает вопрос сначала ребенку, даже если тот еще плохо говорит, и только потом уточняет у родителя. Спрашивает, чего он боится, что думает о своей болезни. Для маленьких детей использует игру, простые слова, мягкую интонацию. Для подростков — уважение к автономии, время наедине без родителей, объяснение конфиденциальности. Когда врач обращается к ребенку напрямую, это снижает тревогу и формирует доверие. А доверие — основа того, что ребенок не будет сопротивляться лечению и визитам к врачу.

Как взаимодействовать с родителями

Родители — вторая сторона, и с ними тоже не все просто. Они часто тревожатся, устают, чувствуют себя виноватыми. Им важно не просто получить информацию, а почувствовать, что врач видит в них союзника, а не помеху.

кает — не давит, делает паузу. Меняет стиль общения в зависимости от возраста ребенка и состояния родителя. Это требует конкретных навыков, а не просто доброго отношения.

Калгари-Кембриджская модель дает врачу инструмент, чтобы удерживать этот треугольник. Она помогает начать разговор с ребенком, не потеряв контакта с родителем, объяснить план понятно обоим, проверить, что все поняли, и договориться о следующих шагах. В педиатрии это не роскошь, а необходимость: без разговора, в котором слышны все три голоса, лечение не работает. Ребенок, которого видят, меньше боится. Родитель, которого слышат, выполняет рекомендации. Врач, который удерживает треугольник, достигает результата.

Таким образом, Калгари-Кембриджская модель — это не просто «еще одна схема разговора». Это результат десятилетий наблюдений и выводов о том, почему одни консультации работают, а другие — нет. Модель помогает выстроить разговор так, чтобы ни один голос не остался в тени: обратиться к ребенку напрямую, не потеряв родителя, объяснить план понятно обоим, проверить, что все поняли, и договориться о следующих шагах.

Список источников



Случай из практики

Повторная реконструкция лоханочно-мочеточникового сегмента у ребенка 3 лет с врожденным гидронефрозом

У ребенка 3 лет с врожденным гидронефрозом через 3 года после первичной пиелопластики развился рецидив стеноза лоханочно-мочеточникового сегмента, потребовавший повторной лапароскопической реконструкции.



**Алексей Сергеевич
РАНШАКОВ**

врач — детский уролог-андролог, детский хирург ФНКЦ детей и подростков ФМБА России, ассистент кафедры детской хирургии Российского университета медицины Минздрава России



**Елена Владимировна
ФЕДОРОВА**

врач — детский уролог-андролог, детский хирург ФНКЦ детей и подростков ФМБА России, доцент кафедры детской хирургии Российского университета медицины Минздрава России, к. м. н.



**Кирилл Николаевич
ТОЛСТОВ**

заведующий хирургическим отделением, врач — детский уролог-андролог, доцент кафедры детской хирургии Российского университета медицины Минздрава России, к. м. н.

Анамнез и диагностика

Мальчик 3 лет, внутриутробно на 21-й неделе выявлено расширение чашечно-лоханочной системы (ЧЛС) правой почки до 7 мм. На 30-й неделе — расширение

до 15 мм справа. Поступил для обследования в стационар в возрасте 3 месяцев.

По данным УЗИ почек и мочевого пузыря, правая почка увеличена в размерах, лоханка смешанного типа, экстраренальный компонент — 28 мм, интратренальный — 24 мм. Чашечки расширены. Толщина паренхимы — 4–5 мм. Кортико-медуллярная дифференцировка снижена, кровоток ослаблен в подкапсульных отделах. Индекс почечной массы — 0,55 %. Левая почка обычных размеров, лоханка — 5 мм, чашечки не расширены, дифференцировка сохранена, кровоток до капсулы. Индекс массы почки — 0,22 %.

Выполнена внутривенная урография (рис. 1). По данным последней отмеча-

склеротическими изменениями. Представлена очагами фиброза.

По данным контрольного обследования через 12 месяцев после оперативного лечения, ЧЛС правой почки не расширена. Верхняя чашечка расширена до 6 мм, средняя и нижняя не расширены. Толщина

“ Через 3 года после хирургического лечения по данным УЗИ выявлено расширение ЧЛС правой почки до 32 мм, уменьшение толщины паренхимы, обеднение кровотока, сглаженность кортико-медуллярной дифференцировки

Рисунок 1. Экскреторная урограмма



ется выраженное расширение ЧЛС правой почки, рисунок чашечек сливается с лоханкой. Мочеточник не визуализируется. Отток контрастного вещества замедлен более 150 минут.

Учитывая выраженное нарушение оттока мочи, снижение толщины паренхимы, принято решение о выполнении пиелопластики справа.

Первичное оперативное лечение

Выполнена лапароскопическая пиелопластика справа. Причина гидронефроза — выраженное сужение в области лоханочно-мочеточникового соединения на протяжении 15 мм. В ЧЛС правой почки установлен внутренний стент, сформирован пиелоуретеральный анастомоз. Послеоперационный период протекал без особенностей. Ребенок выписан из стационара на пятые сутки. По данным гистологического исследования, стенка мочеточника с выраженными

Для контрольного обследования пациент был госпитализирован. По данным КТ-урографии, отмечается выраженное расширение ЧЛС правой почки до 28 мм, увеличение линейных размеров почки. Проба с диуретиком отрицательная, после введения диуретика опорожнения ЧЛС не произошло.

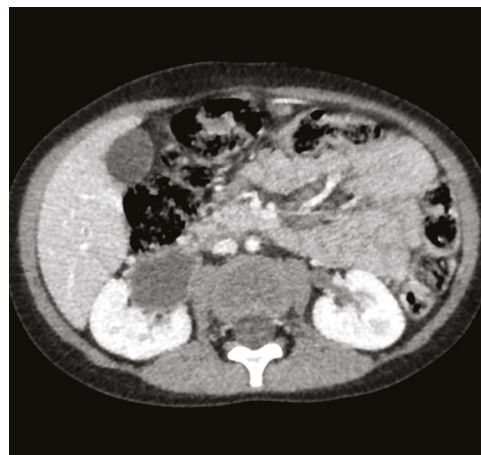
В связи с сохранением отрицательной динамики (по данным КТ-урографии, выраженное нарушение оттока мочи) пациенту выполнено стентирование правой почки (рис. 2). Установлен внутренний стент Ch 4,7. На стенте ЧЛС правой почки сократилась до 10 мм, однако после удаления стента ситуация вернулась к той, которая была до стентирования.

Выполнена статическая нефросцинтиграфия, отмечается снижение захвата радиофармпрепарата паренхимой правой почки до 73 %.

Повторная реконструкция

Учитывая отрицательную динамику

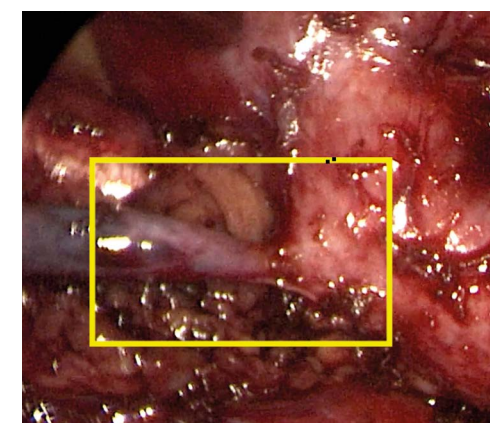
Рисунок 2. КТ-урография



состояния паренхимы (снижение объема функционирующей паренхимы по данным статической нефросцинтиграфии, прогрессирование расширения ЧЛС), принято решение о повторном оперативном лечении.

Ребенок поступил повторно на реконструкцию анастомоза лоханочно-мочеточникового сегмента справа. Оперативное лечение выполнено лапароскопическим доступом, продолжительность оперативного вмешательства составила около 3,5 часа. Интраоперационно выявлено сужение в области лоханочно-мочеточникового сегмента справа. Иссечена зона сужения в пределах здоровых тканей (рис. 3). Сформирован анастомоз на стенте Ch 4,7. Зона сужения составила около 8 мм. Послеоперационный период протекал без особенностей.

Рисунок 3. Интраоперационная картина при повторной лапароскопической реконструкции. Зона сужения в области лоханочно-мочеточникового сегмента справа (выделена рамкой)



Динамика наблюдения

Через 3 года после хирургического лечения по данным УЗИ выявлено расширение ЧЛС правой почки до 32 мм, уменьшение толщины паренхимы, обеднение кровотока, сглаженность кортико-медуллярной дифференцировки.

Ребенок выписан домой в удовлетворительном состоянии на четвертые сутки послеоперационного периода. Стент удален через месяц.

Результат и выводы

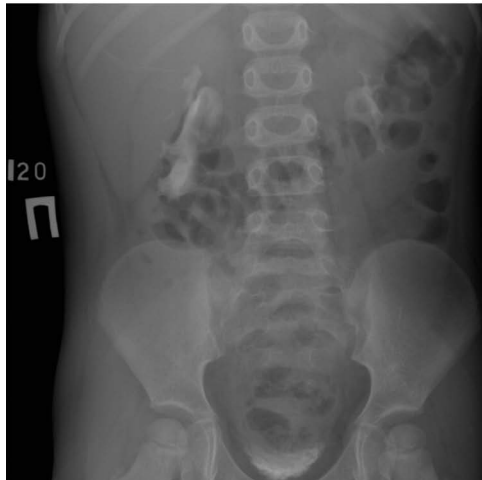
Контрольное обследование через год после оперативного лечения показывает уменьшение размеров лоханки правой почки, прогрессивное нарастание толщины паренхимы (рис. 4, 5). Индекс массы почки увеличен относительно нормы, однако остается в рамках стабильных значений.

По данным экскреторной урографии, функция почек своевременная, отток контрастного вещества справа замедлен, однако выраженного нарушения уродинамики справа нет, контрастное вещество отходит из правой почки в пределах 90 минут после введения. Контрольную сцинтиграфию планируется провести в декабре 2026 года.

В качестве заключения к данному клиническому случаю хочется сделать акцент на важности комплексного послеоперационного наблюдения за пациентом в течение нескольких лет после оперативного лечения.

Важно обращать внимание не только на такие характеристики, как переднезадний размер лоханки, но и на сохранность дифференцировки тканей, увеличение индекса массы почки. При этом у рассматриваемого пациента на всем протяжении наблюдения никогда

Рисунки 4, 5. Экскреторные урограммы через год после повторной реконструкции



не было инфекции мочевыводящих путей и изменений в общем анализе мочи (ОАМ), что в целом подтверждает современные публикации о нечастых изменениях ОАМ при стенозе лоханочно-мочеточникового сегмента.

На заметку клиницисту

Портрет пациента с аллергией на орехи и арахис

До половины всех анафилактических реакций у детей в Европе и Америке связаны с сенсibilизацией к арахису и древесным орехам. Термостабильные белки Ara h 2, 6 и перекрестная сенсibilизация определяют тяжесть реакций и низкий риск спонтанной толерантности.



Александр Юрьевич
БАБКО

врач-педиатр, аллерголог-иммунолог, ассистент кафедры факультетской педиатрии ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Термическая обработка усиливает аллергенность

Орехи и арахис — пищевые аллергены из «большой восьмерки», ассоциированные с системными реакциями и низким риском спонтанного наступления иммунной толерантности. Интересный факт: большая часть пациентов с пищевой аллергией имеют перекрестную сенсibilизацию к более чем одному продукту из данной группы [1–6].

Арахис принадлежит к семейству бобовых, содержащих в составе термостабильные и термолабильные белки. Примечательно, что после термической обработки арахис не только сохраняет способность вызывать аллергическую реакцию, но и может усиливать свои свойства, что связано с уменьшением доли жира при нагревании и увеличением доли белка в приготовленном продукте, гликированием и повышением связей в молекулах.

Среди известных эпитопов выделяют Ara h 1–9, которые вносят различный вклад в структуру симптомов при аллергии на арахис. Так, например, Ara h 5, 8 и 9 — это белки, связанные с перекрестной реакцией на пыльцу и пищевые продукты (синдром оральной аллергии). Сенсibilизация к эпитопам чаще встречалась в литературных данных на территории России, чем в других странах [1–3, 5]. Наличие антител IgE к Ara h 2, а также к Ara h 6, Ara h 1 и Ara h 3 наиболее тесно связано с системными реакциями (в том числе анафилаксией) на арахис ввиду того, что данные эпитопы являются термостабильными [1, 6, 7].

Факторами риска развития аллергических реакций считаются тяжелый атопический дерматит и/или аллергия на куриные яйца и молоко у детей грудного и раннего возраста; использование средств по уходу за кожей, содержащих сырое арахисовое масло;

степень потребления арахиса в семье и географические особенности проживания [1]. Менее 5–10 % пациентов с аллергией на арахис имеют клинические реакции на другие бобовые.

Древесные орехи: пары высокого риска

Семена и орехи принадлежат к гетерогенной группе продуктов, которые также содержат термолабильные и термостабильные эпитопы. Примечательно, что среди представителей данной группы аллергенов выделяют сочетания, которые характеризуются высоким риском перекрестной реакции, так называемые пары орехов:

- кешью и фисташка;
- грецкий орех и пекан;
- миндаль и фундук.

Специфические IgE к арахису перекрестно реагируют с эпитопами пекана, миндаля, бразильского ореха и фундука, а также с вышеперечисленными парами древесных орехов, что обуславливает возможность возникновения симптомов у пациента при их употреблении.

Согласно данным одного из российских исследований, у детей наиболее

Практический портрет пациента

По данным отечественных публикаций и мировой литературы можно составить фенотип пациента с аллергией на орехи и арахис: чаще всего это ребенок дошкольного или школьного возраста с отягощенным анамнезом по атопическим заболеваниям, таким как атопический дерматит или пищевая аллергия на молоко и яйцо, в раннем детстве. Возраст первичной сенсibilизации и проявления первой реакции обычно приходятся на первые два года жизни, хотя аллергия на данные продукты может возникнуть и позднее указанного срока.

Согласно исследованиям, у детей более старшего возраста преобладает перекрестная оральная аллергия (оральный аллергический синдром при употреблении орехов).

Наличие таких симптомов, как крапивница, ангиоотеки, одышка, риноконъюнктивит, рвота, диарея, падение артериального давления, заставляет думать о более грозной форме пищевой аллергии — анафилаксии. Данное состояние служит поводом к экстрен-

52,6 %

анафилаксий у детей в России индуцировано пищевыми триггерами (орехами, бобовыми, семенами)

17 %

проходится на долю кедрового ореха (лидер среди древесных орехов)

5 %

вызвано арахисом (ведущий триггер среди семейства бобовых)

часто встречался синдром перекрестной аллергии при определении спектра сенсibilизации методом мультиплексных чипов: 63 человека (82 %) имели положительные IgE без наличия симптомов, восемь (47 %) — симптомы со стороны полости рта при употреблении сырых орехов. Однако три пациента (18 %) имели симптомы при наличии сенсibilизации к белкам запаса орехов [2].

Данные российского регистра

В Педиатрическом московском регистре анафилаксии за 2022–2025 годы среди доказанных пищевых триггеров чаще всего подозревали древесные орехи. Более половины (52,6 %) всех анафилактических реакций, связанных с орехами и бобовыми, были индуцированы именно орехами деревьев. Среди специфических триггеров в 17 % случаев фигурировал кедровый орех и лишь в 5 % — арахис [6].

ному обращению за помощью, а также к дальнейшему наблюдению у врача — аллерголога-иммунолога с обучением технике введения адреналина на догоспитальном этапе оказания помощи. Дальнейшее решение об элиминации других продуктов из рациона и расширении диеты принимает врач — аллерголог-иммунолог [4].

Развитие толерантности может происходить у детей с аллергией на арахис и орехи, хотя данное явление возникает нечасто (приблизительно в 10–20 % случаев у детей раннего возраста) и может персистировать пожизненно, что еще раз подчеркивает важность освещения данной проблемы в педиатрическом звене.



Список источников

Научный взгляд

Аутизм: что генетика знает сегодня

Генетическими причинами можно объяснить лишь часть случаев, связанных с расстройством аутистического спектра. Но ранняя диагностика, включающая возрастные тесты от M-CHAT до AQ-Adolescent, помогает своевременно выявить патологию и правильно подобрать инструменты, меняющие траекторию развития ребенка.



Ирина Олеговна
ЕГОРОВА

врач-невролог,
Морозовской детской
клинической больницы

Почему это «спектр»

По данным ряда исследований, расстройство аутистического спектра (РАС) — одно из самых распространенных нарушений нейроразвития. РАС диагностируется у 1 из 36 детей, при этом мальчики страдают в 3–4 раза чаще. За этими цифрами стоит длительная эволюция взглядов: от «детской шизофрении» и «холодной матери» до современного понимания спектра с двумя ядерными признаками — устойчивым дефицитом социальной коммуникации и ограниченными, повторяющимися паттернами поведения и интересов.

Термин «спектр» отражает колоссальную вариативность проявлений. У одного ребенка РАС — это отсутствие речи и глубокая интеллектуальная недостаточность, у другого — субклинические трудности в социальном взаимодействии при высоком IQ и сохранной речи. Сопутствующие состояния — правило, а не исключение: двигательные нарушения у 79 %, желудочно-кишечные проблемы — до 70 %, эпилепсия — до 30 %, интеллектуальная недостаточность — у 45 %, нарушения сна — у 50–80 %. Поэтому РАС требует мультидисциплинарного подхода, а не узкой психиатрической оптики. За каждым диагнозом стоит ребенок с уникальным набором сильных и слабых сторон, и это принципиально меняет тактику помощи.

Генетические категории

Наследуемость РАС оценивается в 40–80 %. Архитектура крайне гетерогенна: сотни генов ассоциированы с РАС, но известные патогенные варианты объясняют лишь 10–20 % случаев. У большинства детей причина остается неидентифицированной — либо из-за комбинации множества вариантов с малым эффектом, либо из-за неизвестных механизмов.

Ключевые категории генетических факторов:

- *De novo* вариации — мутации, отсутствующие у родителей, но возникшие в половых клетках. Чаще связаны с тяжелыми формами и интеллектуальной недостаточностью.
- Унаследованные варианты — передаются от родителей, которые сами могут не иметь диагноза, но находиться в «расширенном фенотипе» с субклиническими аутистическими чертами.
- Вариации числа копий (CNV) — делеции или дупликации крупных участков хромосом. Классический пример — регион 15q11-q13.
- Эпигенетические модификаторы — изменения экспрессии генов без изменения последовательности ДНК, модулирующие тяжесть фенотипа.

Наличие «гена аутизма» — упрощение. Речь идет о конвергентных сигнальных путях, нарушение которых на ранних этапах нейроразвития приводит к сходным клиническим проявлениям через разные механизмы. Это объясняет, почему два ребенка с одинаковым диагнозом могут иметь совершенно разные генетические причины.

“ Наследуемость РАС оценивается в 40–80 %, но известные патогенные варианты объясняют лишь 10–20 % случаев

Парадигма помощи

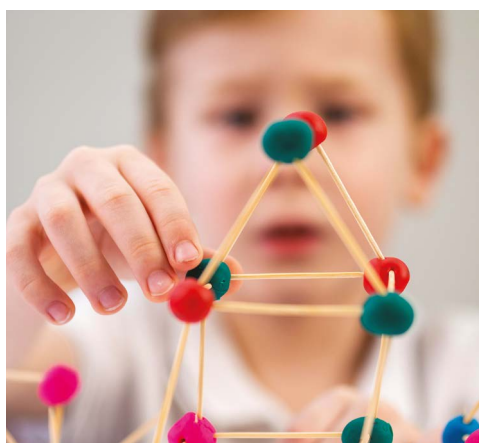
Современная система работы с РАС строится на трех принципах: раннее выявление, функциональная оценка и персонализированное вмешательство. Раннее выявление критично потому, что нейропластичность, максимальная в первые годы жизни, и своевременная коррекция способны существенно улучшить исходы. Функциональная оценка определяет сильные и слабые стороны ребенка, а не просто «ставит ярлык». Персонализированное вмешательство учитывает генетический и фенотипический профили, хотя пока это скорее цель, чем реальность.

Методы раннего вмешательства

Наиболее изученным подходом остается прикладной анализ поведения (Applied Behavior Analysis, ABA), основанный на принципах оперантного обусловливания. Метаанализы подтверждают его эффективность в развитии речи, социальных навыков и снижении проблемного поведения. Альтернатива — модель

Early Start Denver Model (ESDM), сочетающая поведенческие техники с игровой терапией и вовлечением родителей; она показала улучшение когнитивных и языковых показателей при начале до 2,5 лет. Развивающие отношения-ориентированные подходы (DIR/Floortime) делают акцент на эмоциональной связи и индивидуальных различиях ребенка.

Важно: ни один метод не является универсальным. Выбор определяется профилем ребенка, возрастом, доступностью специалистов и готов-



ностью семьи к интенсивным занятиям — обычно 20–40 часов в неделю. Ключевой предиктор успеха — не конкретная методика, а раннее начало и последовательность.

Фармакогеномика для пациента

Генетические исследования РАС продолжают накапливать данные, но клиническая трансляция пока ограничена. Генетическое тестирование (CMA, WES) рекомендовано при наличии сопутствующих нарушений, дисморфических признаков или семейного анамнеза, но рутинный скрининг всех детей с РАС пока не стал стандартом. Перспективы связаны с развитием фармакогеномики, таргетных вмешательств и более точной стратификацией пациентов по биологическим подтипам, а не только по поведенческим критериям. Но уже сегодня главный ресурс — это раннее выявление и системная поддержка семьи. Аутизм нельзя «вылечить», но можно создать условия, в которых ребенок реализует свой потенциал.

Инструменты скрининга и оценки по возрастам

Диагностический арсенал РАС структурирован по возрастным диапазонам, что отражает разные задачи: скрининг в раннем детстве, углубленная оценка в школьном возрасте и выявление субклинических черт у подростков.

Раннее детство и дошкольный возраст (2–4 года):

- M-CHAT-R/F — скрининговый опросник для родителей детей 16–30 месяцев; первичный инструмент, выявляющий детей, нуждающихся в углубленном обследовании;
- CARS-2 ST — стандартная форма шкалы детского аутизма для детей от 2 лет с ограниченной вербальной способностью или низкими когнитивными показателями;
- SRS-2 Preschool — шкала социальной отзывчивости для детей 2,5–4,5 лет, оценивающая социальную осведомленность и реципрокную коммуникацию.

Детство и школьный возраст (от 4 до 11 лет):

- AQ-Child — опросник аутистического спектра для детей 4–11 лет, 50 пунктов, заполняется родителями;
- CAST — скрининговый инструмент из 39 пунктов для клинических и образовательных учреждений, возраст от 4 до 11 лет;
- CARS-2 HF — высокофункциональная форма для детей от 6 лет, способных говорить, с высоким IQ, улавливающая более тонкие черты.

Широкие возрастные диапазоны и подростковый возраст (от 2 до 15+ лет):

- ASRS — стандартизированная шкала для оценки социальных, коммуникативных и поведенческих паттернов у детей от 2 до 15 лет;
- AQ-Adolescent — опросник для подростков 12–15 лет, заполняемый родителями.

Эти инструменты не заменяют клиническую диагностику, но структурируют наблюдение и позволяют своевременно направлять ребенка к специалистам. Важно подчеркнуть: ни один скрининговый тест не является диагнозом — положительный результат лишь показание к углубленной оценке. Цифровой скрининг демонстрирует отличную точность, но, как показывают исследования, сталкивается с проблемой низкой приверженности: родители не всегда доводят начатое обследование до конца.



Список источников

Научный взгляд

Контроль за туберкулезной инфекцией с использованием иммунологических тестов

Туберкулез остается одной из наиболее опасных инфекций, несмотря на накопленные знания. Контроль за туберкулезной инфекцией — важнейшая задача здравоохранения.



Марина Федоровна
ГУБКИНА

профессор кафедры
фтизиатрии ИКМ
ФГАОУ ВО РНИМУ
им. Н.И. Пирогова, д. м. н.

Система первичного обследования

Туберкулезная инфекция характеризуется многообразием проявлений: от первичного инфицирования *M. Tuberculosis* (микобактерии туберкулеза, МБТ) до локального процесса. Первичное инфицирование устанавливается по «виражу» туберкулиновых реакций (конверсия отрицательной пробы Манту в положительную, не связанную с вакцинацией, или нарастание реакции на 6 мм и более за год).

Ряд факторов (медико-биологических, социальных, эпидемиологических) снижает защитные механизмы иммунитета, провоцируя развитие болезни у лиц с латентной инфекцией. Группы риска — дети раннего возраста и подростки, у которых туберкулез может иметь быстро прогрессирующее течение.

В России применяется массовое скрининговое обследование здорового населения и выборочный скрининг групп риска. Скрининг — это система первичного обследования клинически бессимптомных лиц для выявления заболевания. Лица с положительными результатами направляются к врачу.

Иммунологические тесты

Основу скрининга у детей и подростков составляют кожные иммунологические тесты. В России используют два вида:

1. **Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л** (очищенный туберкулин Линникова). Препарат содержит более 200 антигенов, высокочувствителен.
2. **Проба с АТР** (аллерген туберкулезный рекомбинантный). Содержит белки ESAT-6/CFP10, отсутствующие в штаммах БЦЖ (сокращение от *Bacillus Calmette – Guérin*, BCG — вакцина против туберкулеза) и большинстве нетуберкулезных микобактерий.

Оба теста вызывают реакцию гиперчувствительности замедленного типа (ГЧЗТ).

Проба Манту может быть положительной как при поствакцинальной аллергии (сформированный иммунитет), так и при инфекционной аллергии (инфицирование вирулентным штаммом). Дифференцировать их не всегда легко, возможны парааллергические реакции.

Проба с АТР положительна только при наличии вирулентного штамма МБТ. Однако отрицательный результат не исключает латентную инфекцию, так как для положительного ответа необходимо накопление достаточной микробной популяции. Отсюда рекомендации:

- отрицательная проба с АТР не используется для отбора на ревакцинацию БЦЖ;
- сомнительная и положительная реакции — показание для обследования в противотуберкулезном диспансере (ПТД), включая КТ органов грудной клетки.

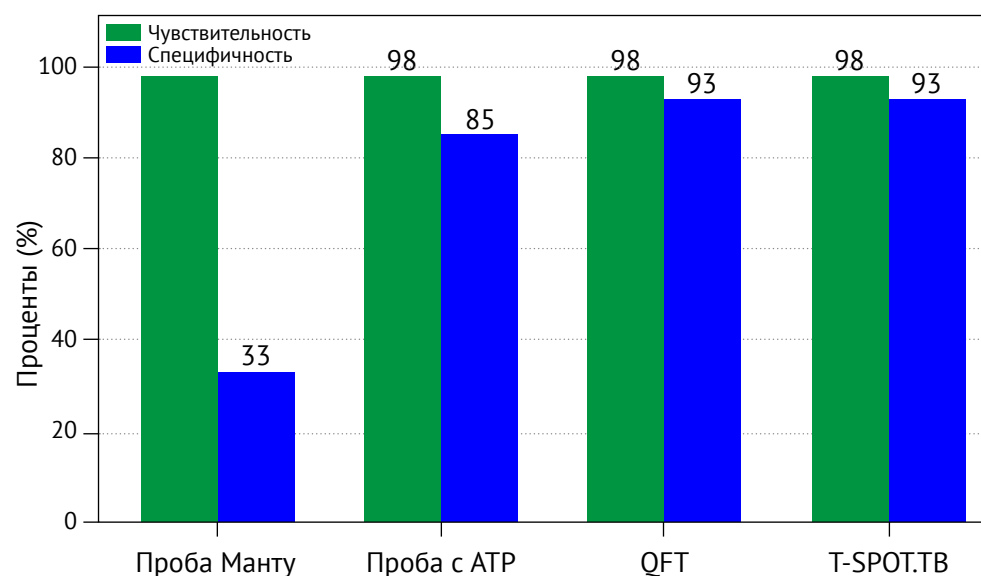
зависит от возраста (мокрота, смывы, промывные воды желудка, кал).

При установлении диагноза — направление в стационар. При выявлении остаточных изменений проводится дообследование для уточнения

Показания для направления к фтизиатру

- Изменения туберкулиновой чувствительности («вираж», нарастание, гиперергия).
- Положительная или сомнительная реакция на АТР.
- Положительный IGRA-тест.
- Патологические изменения на флюорограмме у подростков.
- В 15–20 % случаев туберкулез у детей манифестирует остро, маскируясь под бронхиты, пневмонии, аутоиммунные заболевания. В таких случаях диагноз устанавливается поздно.

Сравнительная характеристика иммунологических тестов на туберкулез



Альтернативные тесты

Лабораторные IGRA-тесты (Interferon Gamma Release Assay) основаны на высвобождении INF- γ под воздействием антигенов CFP-10/ESAT-6. Существуют два типа:

- измерение продукции INF- γ Т-лимфоцитами;
- определение количества Т-лимфоцитов, продуцирующих INF- γ .

Результаты оценивает лаборатория, интерпретирует врач-фтизиатр.

Тактика обследования

Дети с измененными результатами тестов или подозрением на туберкулез должны пройти обследование в ПТД. Обязательны лучевые методы (приоритет — КТ). Микробиологическое исследование (включая ПЦР) показано лицам с симптоматикой и патологическими изменениями на рентгене. Материал

активности: активный процесс — химиотерапия, неактивный — противорецидивный курс. При исключении туберкулеза решается вопрос о профилактической терапии.

Особые группы риска

Дети из очага туберкулезной инфекции и лица с иммуносупрессией (ВИЧ, лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов, ГИБП) требуют особого внимания. Наиболее уязвимы новорожденные.

Вакцинация БЦЖ обладает протективным эффектом (80 %), предотвращая мiliary туберкулез и менингит. Однако иммунитет формируется только через 8 недель, поэтому контакт с больным в этот период крайне опасен.

Контроль начинается до рождения: все взрослые из окружения беременной должны пройти флюорографию.

ВИЧ-инфекция — самая проблемная группа. Сочетание ТБ/ВИЧ приводит к быстрому прогрессированию. Вертикальная передача ВИЧ решается вакцинацией в роддоме при условии проведения трехэтапной профилактики и отрицательного результата ПЦР.

Пациенты на ГИБП (ингибиторы ФНО- α) подвержены молниеносному прогрессированию туберкулеза. Перед назначением требуется скрининг (иммунологические тесты + низкодозовая КТ). При латентной инфекции — профилактическая терапия, при остаточных изменениях — противорецидивный курс. При развитии локального процесса ГИБП отменяются.

Сложность контроля при иммуносупрессии в том, что любые тесты могут давать ложноотрицательные результаты, а симптоматика имитирует неспецифические воспаления.

Профилактика и скрининг

Контроль не ограничивается выявлением латентной инфекции. Важнейшая задача — предупреждение заболевания у групп риска через профилактическую (превентивную) терапию. Показания: положительные пробы с АТР или IGRA, а также дети в раннем периоде первичной инфекции. В обновленных клинических рекомендациях (2024) представлены схемы и продолжительность терапии.

Кожные тесты при массовом скрининге проводятся ежегодно, в группах риска — два раза в год, по показаниям — внепланово. Контроль осуществляется совместно педиатрической и фтизиатрической службами. Результативность определяется не только регулярностью скрининга, но и своевременностью направления к фтизиатру лиц с неадекватными реакциями.



Список источников

Практикум

Чек-лист подготовки к сезону ОРВИ ребенка с онкогематологическим анамнезом

Пациенты с онкогематологическими заболеваниями — группа высокого риска осложненного течения ОРВИ. Подготовка к сезону требует системного подхода: вакцинация, диагностика, маршрутизация и обучение семьи. Разбираем пошаговый алгоритм, который поможет защитить самого уязвимого пациента и не упустить опасные состояния.



**Мария Сергеевна
РАЙКОВИЧ**
врач-педиатр, ассистент
кафедры инфекционных
болезней у детей ИМД
РНИМУ им. Н.И. Пирогова

О чем важно проинформировать семью

Пациентам и их родителям необходимо разъяснять меры, снижающие риск инфицирования и распространения респираторных вирусов: регулярное мытье рук с мылом или обработка антисептиками, ношение масок при контакте с заболевшими, влажная уборка, проветривание, изоляция заболевшего члена семьи, использование индивидуальной посуды

“**Вакцинация окружения — важная составляющая стратегии «кокона», снижающая риск заноса инфекции в семью**

и полотенец, исключение посещения коллективов при симптомах ОРВИ до выздоровления.

Врачу следует доступно информировать о необходимости соблюдения данных мер, акцентируя, что в комплексе с вакцинацией они позволяют существенно снизить риск инфицирования иммунокомпрометированного ребенка.

Особая стратегия

Ключевым компонентом подготовки является вакцинация против гриппа и других респираторных инфекций. Вакцинация от гриппа проводится инактивированными вакцинами с 6 месяцев. Оптимальное время ее проведения — до конца октября — ноября с учетом прогнозируемого подъема заболеваемости и сроков формирования иммунного ответа. Плановую иммунизацию отсрочивают при остром заболевании средней и тяжелой степени тяжести, а также в периоды обострения хронических патологий.

Заместительная терапия иммуноглобулином и иммуносупрессивная терапия не являются противопоказаниями для введения инактивированных вакцин. После трансплантации гемопоэтических стволовых клеток инактивированные вакцины вводят не ранее 6–12 месяцев при удовлетворительной иммунореактивности (CD4+≥200/мкл, В-лимфоциты ≥50/мкл). При введении противогриппозной вакцины до 6 месяцев после трансплантации показано введение двух доз. Пациентам, получавшим ритуксимаб в посттрансплантационном периоде, вак-

цинация не показана ранее 6 месяцев после последнего введения [1].

Необходимо проверить полноту иммунизации пациента против пневмококковой, менингококковой и гемофильной инфекции типа b, что особенно актуально при иммуносупрессии и асплении в связи с высоким риском инвазивных бактериальных инфекций.

Вакцинация окружения — важная составляющая стратегии «кокона», снижающая риск заноса инфекции в семью. Следует актуализировать график прививок контактных лиц согласно Национальному календарю и эпидемическим показаниям.

Когда и какие тесты использовать

При появлении симптомов ОРЗ у иммунокомпрометированного пациента рекомендовано широкое применение экспресс-тестов для выявления антигенов гриппа и SARS-CoV-2 [2]. Положительный результат позволяет избежать необоснованного назначения антибиотиков, своевременно инициировать этиотропную терапию гриппа в терапевтическое окно (первые 24–72 часа) и снизить частоту необоснованных исследований.

При выраженном экссудативном тонзиллите показан стрептатест [3].

При отрицательных результатах экспресс-тестов целесообразна ПЦР-диагностика для выявления альтернативных патогенов [4].

У иммунокомпрометированных пациентов, не получающих профилактики ко-тримоксазолом, необходима настороженность в отношении пневмоцистной инфекции, которая может дебютировать со стертой картины ОРЗ, но стремительно прогрессировать до интерстициального поражения легких [5].

Таким образом, подготовка ребенка с онкогематологическим анамнезом к сезону ОРВИ требует комплексного подхода, объединяющего вакцинопрофилактику, раннюю этиологическую диагностику и маршрутизацию при появлении симптомов. Соблюдение данного алгоритма позволит минимизировать риски осложнений у наиболее уязвимой группы пациентов.



Четкие критерии для вызова скорой помощи

Показания к экстренной госпитализации возникают при наличии хотя бы одного из следующих состояний.

- 1 Тяжелая дегидратация: невозможность питья, запавший родничок, сухость слизистых, олигурия
- 2 Гемодинамическая нестабильность: тахикардия, «мраморность» кожи, акроцианоз, гипотония
- 3 Нарушения сознания: сонливость, сопор, отсутствие реакции на раздражители, выраженная вялость
- 4 Дыхательная недостаточность: тахипноэ, раздувание крыльев носа, втяжение уступчивых мест грудной клетки, апноэ >15 секунд, SpO₂ < 94 %
- 5 Судороги, интенсивная головная боль
- 6 Геморрагическая сыпь
- 7 Многократная рвота

У пациентов должны быть актуальные контактные данные лечащего врача, адрес и контактный телефон приемного отделения стационара, куда следует обращаться при ухудшении состояния.



Список источников