



ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ У ДЕТЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Е.В. Баракина, Д.О. Иванов, В.А. Резник, М.В. Редькина, В.Н. Тимченко, Т.М. Чернова, В.Ф. Суховецкая, Т.А. Каплина, О.В. Булина
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург, Россия

Difficulties in diagnosing infectious diseases in children in outpatient settings

E.V. Barakina, D.O. Ivanov, V.A. Reznik, M.V. Red'kina, V.N. Timchenko, T.M. Chernova, V.F. Suhoveckaja, T.A. Kaplina, O.V. Bulina
Saint-Petersburg State Pediatric Medical University, Saint-Petersburg, Russia

Резюме

Инфекционные болезни занимают ведущее место в патологии детей и подростков, составляя 70–80 % в структуре заболеваемости и причин смертности. Недооценка врачами-педиатрами клинических проявлений инфекционных болезней является причиной того, что данная патология вовремя не диагностируется, что приводит к неадекватной терапии, утяжелению течения и хронизации процесса.

Цель: оценить характер патологии и причины направления детей участковыми врачами-педиатрами на консультацию к врачу-инфекционисту консультативно-диагностического центра.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ медицинской документации 532 детей в возрасте 0–17 лет, обратившихся за специализированной медицинской помощью к врачу-инфекционисту консультативно-диагностического центра Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета в 2021–2023 гг.

Результаты: установлены наиболее частые диагнозы направления к врачу-инфекционисту: «Часто болеющий ребенок» (31,0 %), «Длительный кашель» (20,7 %), «Стрептококковая инфекция» (15,6 %), «Инфекционный мононуклеоз» (13,7 %), «Сальмонеллез, длительное бактериовыделение сальмонелл» (10,2 %), «Врожденная герпес-вирусная инфекция» (8,8 %). Выявлены непосредственные причины обращения за специализированной медицинской помощью: недостаточный клинический эффект от проводимой терапии в амбулаторных условиях (36,3 %); отсутствие эрадикации инфекционного патогена из организма ребенка (25,8 %), необходимость проведения углубленного лабораторного и инструментального обследования (24,2 %), желание родителей получить специализированную медицинскую помощь в учреждении экспертного уровня (13,7 %).

Заключение: в амбулаторно-поликлинических условиях у врачей-педиатров имеются трудности при постановке диагноза пациентам с инфекционной патологией, что обусловлено недостаточной настороженностью к различным детским инфекциям, отсутствием возможности углубленного лабораторного и инструментального обследования. Кроме того, для постановки

Abstract

Infectious diseases occupy a leading place in the pathology of children and adolescents, accounting for 70–80 % of the structure of morbidity and causes of mortality. Underestimation of clinical manifestations of infectious diseases by pediatricians is the reason that this pathology is not diagnosed in time, which leads to inadequate therapy, worsening of the course and chronicity of the process.

Purpose of the study. Assess the nature of the pathology and the reasons for referring children by district pediatricians for consultation with an infectious disease specialist at the consultative and diagnostic center (CDC).

Materials and methods. A retrospective analysis of the medical records of 532 children aged 0–17 years who sought specialized medical care from an infectious disease specialist at the Clinical Diagnostic Center of the St. Petersburg State Pediatric Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation in 2021–2023 was conducted.

Results and discussions. The most frequent diagnoses for referral to an infectious disease specialist were: «frequently ill child» (31.0 %), «prolonged cough» (20.7 %), «streptococcal infection» (15.6 %), «infectious mononucleosis» (13.7 %), «salmonellosis, prolonged excretion of salmonella» (10.2 %), «congenital herpesvirus infection» (8.8 %). The immediate reasons for seeking specialized medical care were identified: insufficient clinical effect from the therapy performed in outpatient settings (36.3 %); lack of eradication of the infectious pathogen from the child's body (25.8 %); the need for in-depth laboratory and instrumental examination (24.2 %), the desire of parents to receive specialized medical care in an expert-level institution (13.7 %).

Conclusion. In outpatient settings, pediatricians have difficulties in diagnosing patients with infectious pathology, which is due to insufficient alertness to various childhood infections and the lack of opportunity for in-depth laboratory and instrumental examination.

In addition, to establish a final diagnosis, a multidisciplinary approach is often required with the participation of doctors of various specialties (otolaryngologist, allergist, neurologist, audiologist, etc.).

заключительного диагноза нередко требуется мультидисциплинарный подход с участием врачей различных специальностей (оториноларинголог, аллерголог, невролог, сурдолог и др.).

Ключевые слова: трудности диагностики, инфекционные болезни, часто болеющий ребенок.

Key words: difficulties of diagnostics, infectious diseases, frequently ill child.

Введение

Инфекционные болезни занимают ведущее место в патологии детей и подростков, составляя около 75–80% всех случаев заболеваний. В структуре детской смертности инфекционные причины регистрируются в 80% случаев. За последние 5 лет в 2,5 раза увеличилось число детей в возрасте до 1 года, умерших от генерализованных форм инфекций, в том числе вирусной этиологии (62%), большинство из которых не распознаются прижизненно [1].

Недооценка участковыми врачами-педиатрами клинических проявлений инфекционных болезней является причиной того, что данная патология не диагностируется или регистрируется как «соматическая» (пневмония, бронхит, артрит и пр.). Это приводит к неадекватной терапии, утяжелению течения и хронизации процесса. [2]

Цель исследования — оценить характер патологии и причины направления детей участковыми врачами-педиатрами на консультацию к врачу-инфекционисту консультативно-диагностического центра (КДЦ) с целью совершенствования оказания медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях.

Материалы и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ медицинской документации детей в возрасте 0–17 лет, об-

ратившихся за консультацией к врачу-инфекционисту в КДЦ Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета в 2021–2023 гг.

Статистический анализ выполнен с использованием аналитической системы Statistica. Результаты качественных признаков выражены в абсолютных числах (n) с указанием долей (%) и расчетом 95% доверительного интервала (ДИ) по Клопперу – Пирсону. Различия между группами проводились с использованием критерия Хи-квадрат Пирсона (χ^2) и считались значимыми при уровне $p < 0,05$.

Результаты исследования и обсуждение

КДЦ является структурным подразделением Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, обеспечивает высококвалифицированную консультативно-диагностическую медицинскую помощь детям из Санкт-Петербурга и других регионов России [3].

В КДЦ оказывается консультативная помощь детям по 28 специальностям, в том числе по инфекционным болезням.

В 2021–2023 гг. проконсультировано 532 ребенка. Среди наиболее частых диагнозов направления: «Часто болеющий ребенок», «Длительный кашель», «Стрептококковая инфекция (повышение антистрептолизина-О, повторные высевы *Str. pyogenes*)» и др. (табл. 1).

Таблица 1

Диагнозы направления участковых врачей-педиатров к врачу-инфекционисту КДЦ, чел. (%)

Диагноз	2021 г.	2022 г.	2023 г.	Всего
Часто болеющий ребенок	42 чел. (26,3%) (ДИ = 19,6 – 33,8%)	56 чел. (34,1%) (ДИ = 26,9 – 41,9%)	67 чел. (32,2%) (ДИ = 25,9 – 39,0%)	165 чел. (31,0%) (ДИ = 27,1 – 35,1%)
Длительный кашель	27 чел. (16,9%) (ДИ = 11,4 – 23,6%)	35 чел. (21,3%) (ДИ = 15,3 – 28,4%)	48 чел. (23,0%) (ДИ = 17,5 – 29,4%)	110 чел. (20,7%) (ДИ = 17,3 – 24,4%)
Стрептококковая инфекция (повышение антистрептолизина-О, повторный высев <i>Str. pyogenes</i>)	32 чел. (20,0%) (ДИ = 14,1 – 27,0%)	24 чел. (14,6%) (ДИ = 9,6 – 21,0%)	27 чел. (13,1%) (ДИ = 8,7 – 18,3%)	83 чел. (15,6%) (ДИ = 12,6 – 19,0%)
Инфекционный мононуклеоз, диспансерное наблюдение	34 чел. (21,3%) (ДИ = 15,2 – 28,4%)	16 чел. (9,8%) (ДИ = 5,7 – 15,4%)	23 чел. (11,1%) (ДИ = 7,1 – 16,1%)	73 чел. (13,7%) (ДИ = 10,9 – 16,9%)
Сальмонеллез, гастроинтестинальная форма, негладкое течение (длительное бактериовыделение <i>Salmonella</i>)	12 чел. (7,5%) (ДИ = 3,9 – 12,7%)	18 чел. (11,1%) (ДИ = 6,6 – 16,8%)	24 чел. (11,5%) (ДИ = 7,5 – 16,7%)	54 чел. (10,2%) (ДИ = 7,7 – 13,0%)

Диагноз	2021 г.	2022 г.	2023 г.	Всего
Врожденная герпес-вирусная инфекция?	13 чел. (8,0%) (ДИ=4,4–13,5%)	15 чел. (9,1%) (ДИ=5,2–14,6%)	19 чел. (9,1%) (ДИ=5,6–13,9%)	47 чел. (8,8%) (ДИ=6,6–11,6%)
Всего	160 чел. (100%)	164 чел. (100%)	208 чел. (100%)	532 чел. (100%)

Как видно из таблицы 1, около трети пациентов – 165 чел. (31,0%) направлены с диагнозом «Часто болеющий ребенок» количество таких детей возрастает – с 26,3% в 2021 г. до 32,2% в 2023 г. ($\chi^2 = 17,82$, $p = 0,05$).

В группу часто болеющие дети включают пациентов с повторными эпизодами острых респираторных инфекций более 8 раз в год [4]. Наиболее высокая заболеваемость респираторными инфекциями отмечается у детей дошкольного и младшего школьного возраста, пик заболеваемости приходится на первые годы посещения детских образовательных учреждений. [5]. Частые респираторные инфекции могут приводить к формированию хронического тонзиллита, который носит рецидивирующий характер и обостряется практически при каждом респираторном заболевании [6]. Детей с частыми эпизодами респираторных инфекций принято выделять в особую группу диспансерного наблюдения и рассматривать их как угрожаемых по формированию рецидивирующих и хронических форм бронхолегочных заболеваний [7].

При сборе анамнеза у 165 человек (100%) выявлено, что количество эпизодов респираторных инфекций составляло от 5 до 9 случаев в год и регистрировалось у детей дошкольного возраста, что обусловлено началом посещения детских образовательных организаций. При этом количество курсов антибактериальной терапии достигало 5 в год. При анализе

медицинской документации (форма 112/у), установлено, что во всех случаях ставился диагноз «Острый ринофарингит». При этом лабораторных обследований (клинический анализ крови, общий анализ мочи, биохимические исследования крови и др.) и консультаций специалистов (аллерголог, пульмонолог и др.) не проводилось. Следует отметить, что все пациенты неоднократно консультированы оториноларингологами по месту жительства. При этом патологии со стороны ЛОР-органов, согласно медицинской документации (форма 112/у) выявлено не было. Бактериологическое исследование отделяемого из ротоглотки на флору не проводилось, тем не менее, детям назначались полоскания ротоглотки растворами антисептиков курсами 5 дней.

Однако у 65 человек (39,4%) при фарингоскопии на консультативном приеме выявлены клинические признаки хронического тонзиллита: казеозно-гнойные пробки в лакунах небных миндалин, рубцовые спайки между миндалинами и небными дужками, гиперемия краев небно-язычных (передних) дужек, отечность передних и задних дужек.

По результатам бактериологического исследования в ротоглотке у 59 обследованных (90,8%) были обнаружены: патогенные стрептококки (стрептококк группы А (СГА), пневмококк), а также условно-патогенная флора (золотистый стафилококк, гемофильная палочка типа В, грибы рода *Candida*) в патогенных значениях (табл. 2).

Таблица 2

Результаты микробиологического исследования отделяемого из ротоглотки у обследуемых детей (чел./%)

Возбудитель	2021 г.	2022 г.	2023 г.	Всего
Стрептококк группы А	8 чел. (61,5%) (ДИ=31,6–86,1%)	12 чел. (63,2%) (ДИ=38,4–83,7%)	13 чел. (48,2%) (ДИ=28,7–68,1%)	33 чел. (55,9%) (ДИ=42,2–68,8%)
Золотистый стафилококк	2 чел. (15,4%) (ДИ=1,9–45,4%)	2 чел. (10,5%) (ДИ=1,3–33,1%)	5 чел. (18,5%) (ДИ=6,3–38,1%)	9 чел. (15,3%) (ДИ=7,2–27,0%)
Пневмококк	2 чел. (15,4%) (ДИ=1,9–45,4%)	0 чел. (0%)	4 чел. (14,8%) (ДИ=4,2–33,7%)	6 чел. (10,2%) (ДИ=3,8–20,8%)
Грибы рода <i>Candida</i>	0 чел. (0%)	2 чел. (10,5%) (ДИ=1,3–33,1%)	1 чел. (3,7%) (ДИ=0,1–19,0%)	3 чел. (5,1%) (ДИ=1,1–14,1%)
Гемофильная палочка типа В	1 чел. (7,7%) (ДИ=0,2–36,0%)	3 чел. (15,8%) (ДИ=3,4–39,6%)	4 чел. (14,8%) (ДИ=4,2–33,7%)	8 чел. (13,5%) (ДИ=6,0–25,0%)
Всего	13 чел. (100%)	19 чел. (100%)	27 чел. (100%)	59 чел. (100%)

Анализ результатов посевов отделяемого показал, что у большинства детей в ротоглотке обнаружился СГА (55,9%, $n = 33$ [ДИ = 42,2 – 68,8%]). Всем пациентам назначались антибиотики системного действия (амоксциллин 50 мг/кг 3 раза в сутки; кларитромицин 7,5 мг/кг 2 раза в сутки) курсом 10 дней. В соответствии с клиническими рекомендациями [8] все пациенты с признаками хронического тонзиллита направлялись для дальнейшего лечения и диспансерного наблюдения к врачу-оториноларингологу.

При сборе анамнеза у 35 чел. (21,2%), направленных с диагнозом «Часто болеющий ребенок», выяснено, что пациенты в течение 2–3 недель жалуются на повышение температуры тела до 38,0°C ($n = 35$, 100%), затруднение носового дыхания ($n = 35$, 100%), храп по ночам ($n = 35$, 100%). При объективном осмотре у всех детей обнаружены гипертрофия небных миндалин до 2–3 степени и увеличение периферических лимфоузлов, преимущественно тонзиллярных и заднешейных, до 1,5–2,5 см, в трети случаев ($n = 26$, 74,3%) наблюдалась гепатомегалия до 3,0–3,5 см из-под края реберной дуги, у половины детей ($n = 19$, 54,3%) – спленомегалия до 1,5–2,0 см. При углубленном лабораторном обследовании в крови у всех выявлены маркеры острого инфекционного мононуклеоза, вызванного вирусом Эпштейна – Барр (ВЭБ) (ДНК ВЭБ и IgM к раннему антигену возбудителя), что потребовало назначение противовирусной терапии: инозин пранобекс 50 мг/кг 3 раза в сутки 10 дней, интерферон альфа-2b суппозитории ректальные 150 000 – 500 000 МЕ в зависимости от возраста 5 дней. При диспансерном наблюдении пациентов в течение года, проводимого в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколом лечения) [9], негладкого течения заболевания не наблюдалось.

Таким образом, у часто болеющих детей наиболее ведущими причинами являются: хронический тонзиллит (39,4%), инфекционный мононуклеоз ВЭБ-этиологии (21,2%), что необходимо учитывать при обследовании таких пациентов в амбулаторных условиях.

В течение анализируемого периода 110 чел. (20,7%) направлены на консультацию к врачу-инфекционисту с жалобами на длительный кашель (более 2–3 недель) (см. табл. 1). Количество таких детей за 3 года увеличилось с 16,9% в 2021 г. до 23,0% в 2023 г. Согласно санитарным правилам [10], ребенок, кашляющий в течение 7 календарных дней и более, должен быть обследован на возбудителей коклюшной инфекции. Однако ни одному пациенту обследование на коклюш по месту жительства не проведено. В то же время при лабораторном обследовании в КДЦ у 15 человек (13,6%) в возрасте старше 10 лет получен положительный

результат ПЦР из ротоглотки на *B. pertussis*, в связи с чем назначена антибактериальная (кларитромицин 7,5 мг/кг 2 раза в сутки 7 дней) и симптоматическая терапия (бутамират в возрастных дозировках).

У 18 человек (16,4%) при выяснении причины кашля выявлены аускультативные изменения в легких: жесткое дыхание, сухие хрипы по всем полям. При лабораторном обследовании обнаружена микоплазменная инфекция – микоплазменный бронхит (в крови обнаружены IgM к *M. pneumoniae*, положительный результат ПЦР мазка из ротоглотки к *M. pneumoniae*), на рентгенограмме органов грудной клетки выявлено усиление легочного рисунка. На фоне проводимой антибактериальной (кларитромицин 7,5 мг 2 раза в сутки 7 дней) и патогенетической (бутамират, карбоцистеин в возрастных дозировках) терапии отмечена отчетливая положительная динамика.

У 77 человек (70%) в крови выявлено повышение общего IgE, в связи с чем пациенты направлены к аллергологу с диагнозом «Аллергический трахеобронхит» для дальнейшего углубленного обследования и специфического лечения.

Таким образом, в настоящее время отсутствует настороженность врачей-педиатров в отношении коклюшной инфекции и атипичных возбудителей (хламидийная, микоплазменная инфекция) в амбулаторных условиях. Кроме того, длительно кашляющих детей необходимо направлять на консультацию к врачу-аллергологу-иммунологу для раннего выявления аллергической бронхолегочной патологии.

С диагнозом «Стрептококковая инфекция» (повторные высевы *Str. pyogenes*, повышение антистрептолизина-О в крови) были направлены 83 чел. (15,6%) (см. табл. 1). При сборе анамнеза обнаружено, что у всех пациентов отмечают боли в горле в осенне-зимний период в течение длительного времени (более 2 лет). У 5 человек (6%) в анамнезе отмечалось развитие осложнений в виде паратонзиллярного абсцесса. Всем пациентам назначены антибиотики системного действия (амоксциллин 50 мг/кг 3 раза в сутки, цефуроксим 125–250 мг 2 раза в сутки; цефексим 9 мг/кг 1 раз в сутки, кларитромицин 7,5 мг/кг 2 раза в сутки курсом 10 дней, местная терапия (препараты антисептиков в виде спрея (гексорал 1 впрыск 3 раза в сутки 5 дней) и таблеток (грамидин, гексорал табс детям с 4 лет по 1–2 таблетки 4 раза в сутки 5–6 дней) для рассасывания). При контрольных обследованиях у 23 человек (27,7%) достигнута санация от возбудителя. Дети с повторными высевами *Str. pyogenes* ($n = 60$; 72,3%), согласно клиническим рекомендациям [8], направлялись к врачу-оториноларингологу с диагнозом «Хронический тонзиллит» для проведения промывания лакун

небных миндалин растворами антисептиков. При исследовании функции небных миндалин у 21 человека (25,3%) отмечено наличие декомпенсированной формы хронического тонзиллита, что потребовало проведения тонзиллэктомии.

Ввиду отсутствия врача-инфекциониста в поликлинике по месту жительства 73 человек (13,7%) направлены в КДЦ для диспансерного наблюдения после перенесенного инфекционного мононуклеоза. Все пациенты осматривались каждые 3 мес. в течение года, с проведением обязательного лабораторного (клинический анализ крови, биохимические исследования (АЛТ, АСТ, общий билирубин и его фракции), форма 50 и т.д.), инструментального (ультразвуковое исследование органов брюшной полости и лимфатических узлов) обследований и консультации врачей-специалистов (оториноларинголог и др.). За время диспансерного наблюдения отмечена положительная динамика: сокращение гепато- и спленомегалии, уменьшение размеров лимфатических узлов. Период наблюдения протекал гладко, осложнения у пациентов не регистрировались.

За период наблюдения пролечено 54 человека (10,2%) с повторным выделением сальмонелл из кала. Количество таких пациентов возрастает — с 7,5% в 2021 г. до 10,2% в 2023 г. (см. табл. 1). Все пациентам назначались: сальмонеллезный бактериофаг внутрь по 5–25 мл 3 раза в сутки в зависимости от возраста 7 дней, внутрь КИП по 1–2 дозы 2 раза в сутки 5 дней, детям с 3 лет ликолипид 1 мг 1 раз в сутки 10 дней, сорбенты (смекта, неосмектин 1–2 порошка 2 раза в сутки 3–5 дней), препараты, нормализующие микрофлору кишечника (линекс, аципол, энтерол, курсами 2–3 недели). У 46 человек (85,2%) после одного курса терапии в анализе кала сальмонеллы не обнаружены. 7 людям (13,0%) потребовалось назначение 2 курсов ликолипида для санации от возбудителя, 1 человеку (1,8%) — 3 курсов [11].

47 детей (8,8%) в возрасте от 3 до 6 мес. направлены к инфекционисту с диагнозом «Врожденная герпес-вирусная инфекция?» (см. табл. 1). Причинами консультации явились отклонения в клиническом анализе крови, проведенном при плановом осмотре в возрасте 2 мес. (нейтропения (менее 800 кл/мл), лейкоцитоз до $15–20 \times 10^9$ /л, ускоренная СОЭ до 20 мм/ч и более). В динамике количество таких пациентов возросло с 8,1% в 2021 г. до 9,1% в 2023 г. При сборе анамнеза выяснилось, что все дети имели отягощенный акушерский анамнез (аборты, токсикозы, угроза прерывания беременности, преждевременные роды на 32–36-й неделе), в настоящее время состоят на учете у невролога с диагнозом «Перинатальная энцефалопатия». При углубленном исследовании крови, мочи, слюны методом ПЦР обнаружена ДНК цитомега-

ловируса, в крови обнаружены положительные антитела IgM и низкоавидные IgG к цитомегаловирусу. Учитывая, что недиагностированная ЦМВИ в раннем возрасте, особенно субклиническая форма, в дальнейшем может привести к неблагоприятным последствиям (нейросенсорная тугоухость, зрительные расстройства, неврологические и когнитивные нарушения) [12, 13], пациентам рекомендуется проводить противовирусную терапию [14]. Всем детям назначался интерферон альфа-2b (суппозитории ректальные 150 000 МЕ 2 раза в сутки 5 дней, всего 3 курса с интервалом 5 дней). При контрольных исследованиях после лечения ДНК цитомегаловируса в крови, моче, слюне не обнаруживалась, отмечалась нормализация показателей в клиническом анализе крови. При изучении катамнеза детей в течение 1 года неблагоприятного исхода не отмечалось. Все дети осмотрены врачом сурдологом — патологии слухового нерва не выявлено.

Заключение

В настоящее время отмечается возрастание роли инфекционных агентов в патологии детей и подростков.

Участковые врачи-педиатры наиболее часто направляют на консультацию к врачу-инфекционисту КДЦ детей с диагнозами: «Часто болеющий ребенок» (31,0%); «Длительный кашель» (20,7%); «Стрептококковая инфекция» (15,6%); «Инфекционный мононуклеоз» (13,7%); «Сальмонеллез, длительное бактериовыделение сальмонеллы» (10,2%); «Врожденная герпес-вирусная инфекция» (8,8%). При этом непосредственными причинами обращения за специализированной медицинской помощью являются: недостаточный клинический эффект от проводимой терапии в амбулаторных условиях (36,3%); отсутствие эрадикации инфекционного патогена из организма ребенка (25,8%); необходимость проведения углубленного лабораторного и инструментального обследования (24,2%); желание родителей получить специализированную медицинскую помощь в учреждении экспертного уровня (13,7%).

В амбулаторно-поликлинических условиях имеются трудности при постановке диагноза пациентам с инфекционной патологией, что обусловлено в том числе недостаточной осторожностью врачей-педиатров к различным инфекционным болезням. Кроме того, для постановки заключительного диагноза требуется мультидисциплинарный подход с участием врачей различных специальностей (оториноларинголог, аллерголог, невролог, сурдолог и др.).

Актуальной задачей является совершенствование непрерывного медицинского образования медицинскими работниками первичного звена здра-

вохранения по различным вопросам диагностики, профилактики и лечения инфекционных заболеваний у детей.

Литература

1. Эсауленко Е.В. Возрастающая роль инфекционных болезней в современном мире и значимость непрерывного медицинского образования специалистов для успешной борьбы с ними. Вестник Новгородского государственного университета. 2020 г. № 3(119). С. 4–9.
2. Мазанкова Л.Н. Инфекционные болезни у детей: актуальность и междисциплинарные аспекты подготовки педиатров в системе последипломного образования врачей. / Л.Н. Мазанкова, С.Г.Госбунов. // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2012. – 1. – С. 4-7.
3. Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет: страницы истории / Д.О. Иванов, Г.Л. Микиртычан, Ю.С. Александрович [и др.], ред. Д.О. Иванов. – СПб.: СПбГПМУ, 2020. – 608 с.
4. Романцов М.Г. Синдром «часто болеющий ребенок». / М.Г. Романцов, И.Ю. Мельникова, И.В. Сарвилина // Антибиотики и химиотерапия. – 2012. – Т. 57, № (9–10). – С. 8–16.
5. Аvezova Г.С. Часто болеющие дети: распространённость и факторы риска / Г.С. Аvezova, С.М. Косимова // European research. – 2017. – С. 79–80.
6. Морозов С.А. Часто болеющие дети. Современный взгляд педиатра. / С.А. Морозов // РМЖ. Медицинское обозрение – 2019. – №8. – С. 7–9.
7. Житникова Л.М. Применение витаминного антиоксидантного комплекса у часто болеющих детей и детей с атопией. / Л.М. Житникова // Инфекционные болезни – 2011. – №9(4). С. 70–74.
8. Хронический тонзиллит. Федеральные клинические рекомендации, 2021 г. С. 48. https://cr.minzdrav.gov.ru/clin_recomend.
9. Клинические рекомендации (протокол лечения) оказания медицинской помощи детям, больным инфекционным мононуклеозом. 2013 г. С. 70. <http://niidi.ru/dotAsset/a6816d03-b0d9-4d37-9b09-540f48e3ed43.pdf6>.
10. Санитарные правила и нормы 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней». XXXVII. Профилактика коклюша. <https://docs.cntd.ru/document/573660140>.
11. Клинические рекомендации Сальмонеллез у детей. 2021 год. С. 44. https://cr.minzdrav.gov.ru/clin_recomend
12. Карпова А.А. Врожденная цитомегаловирусная инфекция: диагностика, лечение и профилактика / А.А. Кар-

пова, М.В. Нароган, Н.Ю. Карпов // Рос вестн перинатол и педиатр. – 2017. – Т. 62. – №1. С. 10–18.

13. Хижак Я.Р. Врожденная цитомегаловирусная инфекция: новые ответы на старые проблемы / Я.Р. Хижак, Е.А. Саркисян, А.А. Комарова, В.А. Миронова, И.В. Журавлева, М.А. Саркисян // Детские инфекции – 2024. – Т23 (2). С. 31–38.
14. Чернова Т.М. Возможности терапии врожденной цитомегаловирусной инфекции у амбулаторных детей / Т.М. Чернова, Е.В. Баракина, Р.З. Заркуа // Медицинский совет. – 2016. – №7. – С. 101–103.

References

1. Jesaulenko E.V. Vestnik Novgorodskogo gosudarstvennogo universiteta. 2020; № 3(119): 4-9. (in Russian).
2. Mazankova L.N. Rossijskij vestnik perinatologii i pediatrii. 2012; 1: 4-7. (in Russian).
3. Saint Petersburg State Pediatric Medical University: Pages of History. / D.O. Ivanov, G.L. Mikirtichan, Ju.S. Aleksandrovich. SPb.: SPbGPMU. 2020. P. 608. (in Russian).
4. Romancov M.G. Antibiotiki i himioterapija. 2012; T. 57, №(9–10); 8–16. (in Russian).
5. Avezova G.S. European research. 2017; 79–80. (in Russian).
6. Morozov S.L. RMZh. Medicinskoe obozrenie. 2019; №8: 7–9. (in Russian).
7. Zhitnikova L.M. Infekcionnye bolezni. 2011; №9 (4):70–74. (in Russian).
8. Hronicheskij tonzillit. Federal'nye klinicheskie rekomendacii, 2021; https://cr.minzdrav.gov.ru/clin_recomend. (in Russian).
9. Klinicheskie rekomendacii (protokol lechenija) okazaniya medicinskoj pomoshhi detjam, bol'nym infekcionnym mononukleozom. 2013. 70. <http://niidi.ru/dotAsset/a6816d03-b0d9-4d37-9b09-540f48e3ed43.pdf6>. (in Russian).
10. Sanitarnye pravila i normy 3.3686-21 «Sanitarno-jepidemiologicheskie trebovanija po profilaktike infekcionnyh boleznej». XXXVII. Profilaktika kokljusha. <https://docs.cntd.ru/document/573660140>. (in Russian).
11. Klinicheskie rekomendacii Sal'monellez u detej. 2021. 44. https://cr.minzdrav.gov.ru/clin_recomend. (in Russian).
12. Karpova A.L. Rossijskij vestnik perinatologii i pediatrii. 2017; T.62; №1; 10-18. (in Russian).
13. Hizhak Ja.R. Detskie infekcii. 2024; T23 (2); 31-38. (in Russian).
14. Chernova T.M. Medicinskij sovet. 2016; №7; 101-103. (in Russian).

Авторский коллектив:

Баракина Елена Владимировна – доцент кафедры инфекционных заболеваний у детей им. профессора М.Г. Данилевича Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, к.м.н.; +7-911-900-19-92, e-mail: elenabarakina@mail.ru

Иванов Дмитрий Олегович – заведующий кафедрой неонатологии с курсами неврологии и акушерства и гинекологии ФП и ДПО, ректор Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, д.м.н., профессор, главный внештатный неонатолог МЗ РФ; тел.: 8(812)416-52-51, e-mail: doivanov@yandex.ru

Резник Виталий Анатольевич – главный врач клиники Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, д.м.н.; e-mail: klinika.spb@gmail.com

Редькина Мария Васильевна – заведующая консультативно-диагностическим центром, ассистент кафедры педиатрии им. профессора А.Ф. Тура Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета; тел.: 8(812)337-03-00, e-mail: kdc-grma@mail.ru

Тимченко Владимир Николаевич — заведующий кафедрой инфекционных заболеваний у детей им. профессора М.Г. Данилевича Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, д.м.н., профессор; e-mail: timchenko220853@yandex.ru

Чернова Татьяна Маратовна — доцент кафедры инфекционных заболеваний у детей им. профессора М.Г. Данилевича Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, к.м.н.; e-mail: t-chernova@mail.ru

Суховецкая Вера Феготовна — доцент кафедры инфекционных заболеваний у детей им. профессора М.Г. Данилевича Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, к.м.н.; e-mail: detinfection@mail.ru

Каплина Татьяна Анатольевна — доцент кафедры инфекционных заболеваний у детей им. профессора М.Г. Данилевича Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, к.м.н.; e-mail: detinfection@mail.ru

Булина Оксана Владимировна — доцент кафедры реабилитологии ФП и ДПО Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, к.м.н.; e-mail: detinfection@mail.ru