Г/э, х20, В-клеточная гиперплазия и выраженная лимфоидная инфильтрация с формированием лимфоидных фолликулов.

Из анамнеза данных о клинических проявлениях не было никаких. В единичных случаях (3случаях) сопровождалась изменениями функции щитовидной железы в виде тиреотоксикоза (хошитокикозом), или сопровождалась гипотиреозом (4случая). Так же у пациенток имелись случаи, сопровождающиеся аутоиммунными заболеваниями, такими как системная красная волчанка (7случаев), ревматоидным артритом (5 случаев).

Заключение: при диагностике узловых форм тиреоидитов многие специалисты формулируют диагноз по гистологической картине, не учитывая сложность аутоиммунных различий, что в свою очередь влияет на дальнейшую тактику лечения. По совокупности данных с учетом гистологического заключения, эндокринолог в дальнейшем назначает оптимальное лечения для каждого пациента.

1. Абросиомов А.Ю., Казанцева И.А., Лушников Е.Ф. Морфологическая диагностика заболеваний щитовидной железы: Цветной атлас. – М.: ООО «МК», 2012.
2. Хмельницкий О.К. Цитологическая и гистологическая диагностика заболеваний щитовидной железы: Руководство. – СПб.: Сотис, 2002.
3. Шапиро Н.А., Камнева Т.Н. Цитологическая диагностика заболеваний щитовидной железы: Цветной атлас. – М, 2003.
4. Дей П., Аспирационная пункция тонкой иглой: Практическая медицина. – М, 2014.
5. Боташева В.С., Севрикова О.П., В-клетки щитовидной железы, Вестник Ставропольского Государственного университета 74/2011, С-59-62

Рындина Е.С.

Психологический статус подростков с морбидным ожирением

*ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
(Россия, Санкт-Петербург)*

doi:10.18411/spc-15-04-2018-13

idsp: 000001:spc-15-04-2018-13

Введение: Серьезной проблемой современного мира стало увеличение численности детей страдающих ожирением и особенно морбидным ожирением. Тактика лечения ожирения включает модификацию образа жизни, пищевого поведения и поведенческих привычек, что у категории подростков с морбидным ожирением часто бывает неэффективным в силу недостаточной приверженности к терапии.

Цель: Изучить психоэмоциональный статус у подростков с морбидным ожирением для оптимизации комплексного лечения.

Методы и материала: На базе 2 педиатрического отделения ЛОГБУЗ «Детская клиническая больница» и СПб ГКУЗ "Детский санаторий "Березка" проведено анкетирование 46 подростков с ожирением. Дети были разделены на две группы: в первую вошли пациенты с ИМТ $\geq 120\%$ от 95-ой перцентиле (морбидное или же «экстремальное» ожирение) – 25 человек; вторую составили дети и подростки с ИМТ ≥ 95 -ой перцентиле для возраста и пола (ожирение) – 21 человек. Гендерный анализ исследуемых групп показал достоверную значимость преобладания девочек (52% и 62%, $p < 0,05$) над мальчиками (48% и 38%, $p < 0,05$). Для анкетирования использовали 7 анкет: Гиссенский опросник (GBV); Шкала самооценки депрессии Цунга (Z-SDS); Шкалы самооценки уровня тревожности Ч.Д Спилбергера-Ю.Л. Ханина; Госпитальная шкалы тревоги и депрессии (HADS); Тест отношения к приему пищи (EAT-26); Голландский опросник пищевого поведения (DEBQ) и Опросник по оценке качества жизни (SF-36). Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью пакета прикладных программ Microsoft Excel. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты: Анализ Гиссенского опросника соматических жалоб GBV больных детей показал, что субъективная картина физических страданий у детей с морбидным ожирением ниже, чем у детей с обычным ожирением (24% и 33%, $p < 0,05$), что затрудняет их мотивацию к лечению.

Диагностика ситуационной и личностной тревожности по тесту Спилбергера – Ханина выявила, что в группе детей с морбидным ожирением в большинстве случаев отмечается умеренный уровень личностной тревожности (60% и 48%, $p < 0,05$), в то время как у детей с ожирением в 48% случаев имело место очень высокие показатели личностной тревожности, которая прямо коррелирует с наличием невротического конфликта, с эмоциональными и невротическими срывами и психосоматическими заболеваниями (24% и 48%, $p < 0,05$). Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии (HADS) также выявила реже встречающийся высокий уровень клинической тревоги у детей с морбидным ожирением (8% и 24%, $p < 0,05$) при одинаковой частоте субклинической тревоги (28% и 24%, $p > 0,05$).

Наше исследование выявило легкую степень депрессии ситуационного или невротического генеза у 4-х пациентов из обеих исследуемых групп и субдепрессивное состояние или маскированную депрессию лишь у одного пациента. Различий между группами не получено (8% и 9,5%, $p > 0,05$).

Нарушение пищевого поведения согласно тесту EAT-26 отмечалось одинаково часто в изучаемых группах (23% и 24%, $p > 0,05$). В то же время, согласно голландскому опроснику пищевого поведения DEBQ, ограничительный (68% и 81%, $p < 0,05$) и экстернальный (40% и 48%, $p < 0,05$) типы пищевого поведения у детей с морбидным ожирением отмечался реже, при одинаковой частоте эмоциогенного типа пищевого поведения (32% и 29%, $p > 0,05$). У детей с морбидным ожирением чаще отмечался «период пищевого вознаграждения», когда происходит бесконтрольный прием пищи (28% и 19%, $p < 0,05$).

Качество жизни, согласно опроснику SF-36, в обеих группах не имело достоверных различий по всем шкалам.

Выводы: Психоэмоциональный статус детей с морбидным ожирением характеризуется «примирением» со своим физическим состоянием, снижением тревожности и депрессии, меньшими попытками ограничений в еде. Все эти особенности способствуют нежеланию лечиться и ведут к прогрессированию болезни.

Их следует учитывать в формировании мотивации к терапии при составлении лечебных программ.

1. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/key_facts.
2. Dennis M. Styne, Silva A. Arslanian, Ellen L. Connor, Ismaa Sadaf Farooqi, M. Hassan Murad, Janet H. Silverstein, Jack A. Yanovski; Pediatric Obesity—Assessment, Treatment, and Prevention: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline, The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, Volume 102, Issue 3, 1 March 2017, Pages 709–757.
3. Сорвачева Т.Н., Петеркова В.А., Титова Л.Н., Пырьева Е.А., Витебская А.В. Ожирение у подростков. //Лечащий врач, 2006, №4, с. 50-54
4. Павловская Е.В., Строкова Т.В., Сурков А.Г., Каганов Б.С. Ожирение у детей и подростков – современный взгляд на проблему. Вопросы детской диетологии. 2008; 6(4): 27-36.
5. Петеркова В.А., Ремизов О.В.. Ожирение в детском возрасте. В кн. Ожирение: этиология, патогенез, клинические аспекты/Под ред. Дедова И.И., Мельниченко Г.А. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006, с. 312-329.
6. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты/ Учебное пособие / Под ред. Д.Я. Райгородского. – Самара: Бахрах-М, 2001. — 672 с.

Токарева Е.В., Бучкина Н.Н., Смирнова С.А.

Опыт использования алгоритма обследования у фтизиатра детей, которым не проводилась туберкулинодиагностика в Колпинском районе Санкт-Петербурга

ГБУЗ «ПТД 4»

(Россия, Санкт-Петербург)

doi:10.18411/spc-15-04-2018-14

idsp: 000001:spc-15-04-2018-14

Аннотация

В статье описывается применяемый в ГБУЗ «ПТД 4» г. Санкт-Петербурга «Алгоритм обследования у фтизиатра детей, которым не проводилась туберкулинодиагностика», согласно рекомендациям организационно-методического отдела СПб ГБУЗ «Городской противотуберкулезный диспансер». Показано, что использование данного алгоритма в Колпинском районе Санкт-Петербурга позволяет улучшить работу по раннему выявлению туберкулеза у детей.

Ключевые слова: дети, туберкулез, туберкулинодиагностика, алгоритм обследования, диаскин-тест, квантифероновый тест.

Туберкулез является одним из самых распространенных в мире инфекционных заболеваний. По данным ВОЗ треть населения Земли в настоящее время инфицирована микобактерией туберкулеза. Сложные социально-экономические условия жизни населения, увеличения числа штаммов возбудителей заболевания, устойчивость к лекарственным препаратам, являются одними из основных причин напряженной эпидемиологической ситуации по туберкулезу в России, в т.ч. в Санкт-Петербурге [1]. В Колпинском районе Санкт-Петербурга эпидемическую обстановку по туберкулезу следует оценивать в настоящее время как весьма напряженную. Среди детей имеет место увеличение показателя заболеваемости туберкулезом, что связано с внедрением во фтизиопедиатрию инновационных методов ранней диагностики туберкулеза [2, 3, 4]. Увеличилась частота отказов от проб Манту.

Между тем, согласно СП 3.1.2.3114-13 «Профилактика туберкулеза», в целях раннего выявления заболевания у детей туберкулинодиагностика проводится вакцинированным против туберкулеза детям с 12-месячного возраста и до достижения возраста 18 лет. Внутрикожную пробу с туберкулином (далее - проба Манту 2 ТЕ) ставят 1 раз в год, независимо от результата предыдущих проб. Дети, направленные на консультацию в противотуберкулезный диспансер, родители или законные представители которых не представили в течение 1 месяца с момента постановки