

**XXIV Конгресс
педиатров России**
с международным участием



**Союз
педиатров
России**

**АКТУАЛЬНЫЕ
ПРОБЛЕМЫ
ПЕДИАТРИИ**

Москва, 3–5 марта 2023 г.



к 150-летию
Г.Н. Сперанского

**СБОРНИК
МАТЕРИАЛОВ
КОНГРЕССА**

www.congress-pediatr-russia.ru





СБОРНИК ТЕЗИСОВ XXIV КОНГРЕССА ПЕДИАТРОВ РОССИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ «АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПЕДИАТРИИ»

Москва, 3–5 марта 2023 г.



Уважаемые коллеги, значком «Союз педиатров России» отмечены тезисы, которые, с точки зрения правильности планирования исследования и описания полученных результатов, заслуживают внимания каждого педиатра!

ЧАСТЬ I



ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ И АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ВРОЖДЕННЫХ АНОМАЛИЙ СРЕДИ НОВОРОЖДЕННЫХ, ПОСТУПИВШИХ В СТАЦИОНАР ЗА ПЕРИОД 2015–2018 ГГ.

Азизова Н.А., Рагимова Н.Д.

*Научно-исследовательский институт педиатрии им. К.Я. Фараджевой,
Баку, Азербайджанская Республика*

Актуальность. Врожденные пороки развития являются важными причинами младенческой и детской смертности, заболеваемости и инвалидности среди детей. Врожденные пороки можно определить как структурные или функциональные аномалии, выявляемые при рождении, обусловленные воздействием генетических и внешних факторов в период эмбриогенеза и морфогенеза.

Цель исследования. Проанализировать частоту и структуру врожденных пороков развития среди новорожденных, поступивших в Научно-исследовательский институт педиатрии в период с 2015 по 2018 г.

Пациенты и методы. На основании статистических показателей НИИ педиатрии им. К.Я. Фараджевой, ретроспективно проанализированы истории болезни 33 963 пациентов, находившихся на лечении в стационаре в течение 2015–2018 гг. и проанализирована частота встречаемости и структура всех мальформаций. Так, в 2015 г. из 9099 больных у 607, в 2016 г. из 8564 больных у 728, в 2017 г. из 8505 больных у 768, в 2018 г. из 7795 у 844 новорожденных отмечались врожденные аномалии.

Результаты. В результате исследования выявлено следующее: врожденные сердечно-сосудистые аномалии (Боталлов проток, тетрада Фалло, транспозиция магистрального сосуда) — у 1200 (40,7%); дефекты брюшной стенки (омфалоцеле, гастрошизис) — у 780 (26,4%); аномалии пищеварительной системы при рождении (атрезия пищевода, стеноз привратника, атрезия двенадцатиперстной кишки, болезнь Гиршпрунга, синдром Ледда, аноректальная мальформация, атрезия прямой кишки) — у 512 (17,1%); врожденные урогенитальные аномалии (агенезия почек, поликистозная почка, гипоплазия, экстрофия мочевого пузыря) — у 179 (6%); врожденные аномалии центральной нервной системы (гидроцефалия, расщелина позвоночника) у 57 (1,9%); диафрагмальные грыжи у 12 (0,4%); функциональные нарушения (муковисцидоз, наследственная энзимопатия глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы, врожденный гипотиреоз, болезнь Помпе) — у 77 (2,6%); множественные врожденные аномалии — у 67 (2,3%); черепно-лицевые аномалии (микроцефалия, анэнцефалия, краниосиностоз, орофациальные дефекты) — у 24 (0,8%); кожные аномалии (ихтиоз, буллезный эпидермолиз) — у 22 (0,7%); врожденные аномалии опорно-двигательного аппарата — у 13 (0,4%), врожденные аномалии дыхательной системы (врожденная доленая эмфизема, агенезия легких) — у 4 (0,1%).

Заключение. По нашим исследованиям, частота врожденных аномалий у пациентов составила в 2015 г. 6,6%, в 2016 г. — 8,5%, в 2017 г. — 9%, в 2018 г. — 10,8%. Среди врожденных аномалий по системам первое место занимают аномалии сердечно-сосудистой системы (40,7%), затем следуют дефекты брюшной стенки и аномалии желудочно-кишечного тракта. Учитывая высокий показатель детской смертности, заболеваемости и инвалидизации в результате врожденных аномалий, исследования, направленные на изучение частоты и структуры мальформаций в антенатальном и неонатальном периодах, имеют важное практическое значение.

ТУБЕРКУЛЕЗ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Аксенова В.А., Клевно Н.И., Казаков А.В., Сокольская Е.А., Романенко В.А.

ФГБУ «НМИЦ ФПИ» Минздрава России, Москва, Российская Федерация

Актуальность. Нарушения в работе Т-клеточного звена иммунитета при онкологических заболеваниях приводят к развитию синдрома иммунологической недостаточности. В результате пациенты с онкологическими заболеваниями подвергаются высокому риску развития туберкулеза.

Цель исследования. Изучить особенности развития, клинических проявлений и диагностики туберкулеза у детей и подростков с онкологическими заболеваниями.

Пациенты и методы. Проведен поиск систематических обзоров рандомизированных контролируемых исследований, когортных исследований, обзорных статей и серий клинических случаев в MeSH PubMed и Google Scholar с 01.02.2017 по 21.11.2022, посвященных проблеме развития туберкулеза у детей и подростков с онкологическими заболеваниями. Составлен обзор литературы из 95 источников с уровнями доказательности 1a, 1b, 2a, 2b, 3a, 3b и 27 публикаций с уровнем доказательности C.

Результаты. Установлено статистически значимое повышение риска развития туберкулеза у детей и подростков с онкологическими заболеваниями. У детей и подростков с лимфогранулематозом, неходжкинской лимфомой, хроническим лимфолейкозом, остеосаркомой и другими онкологическими заболеваниями вследствие развития синдрома иммунологической недостаточности результаты иммунодиагностики могут быть ложноотрицательными. Наиболее часто требуется проведение дифференциальной диагностики между туберкулезом внутригрудных лимфатических узлов с лимфогранулематозом, лимфолейкозом и лимфосаркомой. Современные методы лучевой диагностики (ПЭТ/КТ ОГК) без сопоставления с данными клинико-лабораторного обследования не позволяют провести достоверную дифференциальную диагностику между онкологическим процессом и туберкулезным поражением органов средостения. У детей с онкологическими заболеваниями в посттрансплантационный период чаще развиваются распространенные и осложненные формы туберкулеза, а также генерализованные формы с внелегочным поражением.

Заключение. Дети и подростки с онкологическими заболеваниями являются группой риска по развитию туберкулеза. Дети, перенесшие трансплантацию солидных органов и гемопоэтических стволовых клеток, подвергаются повышенному риску заболеваемости и смертности от туберкулеза. Дети всех возрастных групп с онкологической патологией должны быть консультированы фтизиатром на протяжении всего периода лечения.



ПРОБЛЕМЫ КОМОРБИДНОСТИ У ДЕТЕЙ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Аксенова В.А., Клевно Н.И., Казаков А.В., Сокольская Е.А.,
Романенко В.А., Пахлавонова А.Д.

ФГБУ «НМИЦ ФПИ» Минздрава России, Москва, Российская Федерация

Актуальность. Наличие отягощенного преморбидного фона оказывает негативное влияние на течение туберкулезного процесса. Решение проблем коморбидности туберкулеза у детей позволит улучшить социальный прогноз и качество их жизни.

Цель исследования. Изучить структуру фоновой патологии у детей и подростков с активным туберкулезным процессом, проанализировать влияние отягощенного преморбидного фона на течение туберкулеза.

Пациенты и методы. Проанализированы истории болезни детей, госпитализированных в ФГБУ «НМИЦ ФПИ» Минздрава России в 2018–2022 гг. За 4-летний период были госпитализированы 1542 ребенка с туберкулезом различных локализаций, из них 1277 поступили впервые. Проанализированы структура фоновой патологии, данные комплексного обследования, эффективность и безопасность противотуберкулезной химиотерапии и фоновой патологии. Все дети с фоновой патологией консультированы педиатром, профильными специалистами и клиническим фармакологом.

Результаты. Из 1277 впервые поступивших пациентов 996 детей (78%) имели отягощенный преморбидный фон, из них у 817 детей (64%) установлено более двух сопутствующих и/или фоновых диагнозов. Преобладали заболевания ЖКТ (344 ребенка): у 337 детей — гастрит, язва желудка и/или 12-перстной кишки; у 4 детей — воспалительные заболевания кишечника; у 3 детей — синдром Жильбера. У 228 детей диагностированы заболевания глаз: миопия, диабетическая ангиоретинопатия и катаракта. Патология ЛОР-органов, в основном гипертрофия аденоидов, диагностирована у 247 детей. Из эндокринных заболеваний преобладал инсулинзависимый сахарный диабет — 58 детей. Госпитализированы 25 детей с ревматологическими заболеваниями, 19 детей с онкологическими заболеваниями: 14 детей с лимфогранулематозом, 3 ребенка после трансплантации ГСК по поводу острого лейкоза, 2 ребенка с саркомой (остеосаркома, саркома мягких тканей). Аллергопатология диагностирована у 32 детей, гинекологические заболевания — у 23; заболевания кроветворной системы — у 54, мочевыводящей системы — у 43: инфекции мочевыводящей системы, диабетическая нефропатия; ЦНС — у 15; врожденные пороки развития бронхолегочной системы — у 25; ВИЧ-инфекция — у 24. В 100% случаев достигнута положительная динамика туберкулезного процесса и фоновой/сопутствующей патологии.

Заключение. Более 75% детей с туберкулезом органов дыхания и внелегочных локализаций имели отягощенный преморбидный фон. Факторами, влияющими на течение и исход туберкулеза, являются синдром иммунологической недостаточности, наличие противопоказаний к назначению ряда противотуберкулезных препаратов, проблемы межлекарственного взаимодействия и развития нежелательных побочных реакций. При достижении положительной динамики в терапии сопутствующих заболеваний повышается эффективность лечения туберкулеза и приверженность пациентов лечению.



ОЦЕНКА ОСВЕДОМЛЕННОСТИ О МАММОЛОГИЧЕСКОМ И РЕПРОДУКТИВНОМ ЗДОРОВЬЕ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

Алексеева М.А., Якубова Л.Р., Пархоменко А.В., Гуменюк О.И.,
Черненко Ю.В., Курмачёва Н.А.

ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России,
Саратов, Российская Федерация

Актуальность. За последние годы среди женского населения отмечается тенденция к увеличению уровня гинекологической и экстрагенитальной патологии, одной из причин которого является их низкая информированность в этом вопросе. Поэтому именно со школьной скамьи необходимо следить за здоровьем репродуктивной системы и молочных желез.

Цель исследования. Оценить осведомленность девочек-подростков в вопросах маммологического и репродуктивного здоровья.

Пациенты и методы. В рамках исследования было проведено анкетирование и обучение 117 девочек подросткового возраста (средний возраст $15,2 \pm 1,8$ года), учащихся средних общеобразовательных учреждений. При анкетировании использовалась авторская анкета по субъективной оценке девочками-подростками параметров своего маммологического и репродуктивного здоровья.

Результаты. По результатам анкетирования девочек-подростков выявлено, что на учете у гинеколога с гинекологическими заболеваниями состоят 4% анкетированных. Травмы молочных желез, выделения из сосков отмечены у 9% обследуемых, боли в молочных железах, не связанные с менструацией, — у 16%, боли в молочных железах в период их роста — у 51% респонденток. Циклические масталгии, отягощенная наследственность по заболеваниям молочной железы выявлены у каждой седьмой девушки. Постоянно ведут менструальный календарь всего 14% анкетированных, 73% из них ведут календарь нерегулярно. При оценке овариально-менструального цикла выявлено, что средний возраст начала менструаций составляет 12 лет, средняя продолжительность цикла — 31 день, менструации — 5 дней. Дисменорея выявлена у 65% девушек. Практически каждая десятая респондентка пропускает занятия в связи с дисменореей, которая сопровождается головокружениями и обмороками. Обращает на себя внимание тот факт, что практически половина опрошенных (47%) считает болезненные менструации и масталгии вариантом нормы. При дополнительном обследовании девушек с масталгиями и дисменореей патология молочных желез выявлена у каждой третьей пациентки, гинекологические заболевания — в 18% случаев.

Заключение. Определена недостаточная осведомленность девочек-подростков по вопросам маммологического и репродуктивного здоровья, низкая мотивация контроля менструаций. В то же время выявлена высокая частота масталгии, дисменореи, заболеваний молочных желез у девочек подросткового возраста. Полученные результаты диктуют необходимость внедрения образовательных программ для просвещения молодого женского населения о репродуктивной системе и маммологическом здоровье.

ЕСТЬ ЛИ СВЯЗЬ МЕЖДУ СТЕПЕНЬЮ ТЯЖЕСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И УРОВНЕМ IGE В СЫВОРОТКЕ КРОВИ?

Алигаджиева К.М., Гусев Я.С., Воротникова Н.А.

ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, Саратов, Российская Федерация

Актуальность. Бронхиальная астма (БА) у детей в большинстве случаев — atopическое заболевание, связанное с гиперпродукцией иммуноглобулинов (Ig) класса E, обусловленное взаимодействием генетических и средовых факторов с формированием хронического персистирующего воспаления в дыхательных путях.

Цель исследования. Проанализировать содержание общего уровня IgE в сыворотке крови пациентов с БА в зависимости от степени тяжести данной патологии.

Пациенты и методы. Проведен анализ 100 пациентов в возрасте 3–18 лет (ф. 003/у) с диагнозом БА отделения детской пульмонологии УКБ № 1 им. С.Р. Миротворцева СГМУ в период 2020–2022 гг. Диагноз БА установлен на основании критериев, изложенных в Национальной программе «БА у детей» (2017) и GINA (2020–2021). Уровень общего IgE исследован методом твердофазного хемилюминесцентного иммуноферментного анализа с применением диагностических тест-систем производства ЗАО «Вектор Бест»; диапазон определения — 0,1–50000, единицы измерения — МЕ/мл.

Результаты. Гендерный состав пациентов: мальчики — 70% ($n = 70$), девочки — 30% ($n = 30$); распределение по возрасту: дети-дошкольники 3–7 лет (11 человек) — 11%; младшие школьники 7–11 лет (21 человек) — 21%, старшие школьники 11–17 лет (68 человек) — 68%. Из 100 пациентов ОДП 51 человек (1-я группа) получал комбинированную базисную терапию ингаляционными глюкокортикостероидами (ИГКС) в сочетании с генно-инженерными биологическими препаратами (ГИБП) — омализумабом, дупилумабом, меполизумабом. Остальные 49 человек (2-я группа) находились на противовоспалительной терапии БА только ИГКС. В 1-й группе больных среднетяжелое течение БА диагностировано у 22 человек (43,1%), тяжелое контролируемое течение — у 17 человек (33,4%), тяжелое неконтролируемое — у 12 (23,5%) пациентов. Больных с легким течением БА не было. Среднее арифметическое общего уровня Ig E при среднетяжелом течении БА — 688,3 МЕ/мл, при тяжелом — 991,5 МЕ/мл. Во 2-й группе пациентов легкое персистирующее течение диагностировано в 6,1% случаев ($n = 3$), при этом средний уровень общего IgE составил 125,4 МЕ/мл; среднетяжелое течение БА определялось у 75,5% больных ($n = 37$), средний уровень общего IgE у этих пациентов — 486,8 МЕ/мл, остальные 9 детей (18,4%) имели тяжелое течение заболевания, и средний уровень общего IgE у них составил 1621,2 МЕ/мл.

Заключение. Достоверной связи между уровнем общего IgE в сыворотке крови больных БА и степенью тяжести БА у пациентов, находящихся на ГИБП, не установлено, коэффициент корреляции Спирмена (ρ) равен $-0,025$. Связь между исследуемыми признаками — обратная, зависимость признаков статистически не значима ($p > 0,05$).

КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Алиева А.М., Мусаев А.А.

*Научно-исследовательский институт педиатрии им. К.Я. Фараджевой,
Баку, Азербайджанская Республика*

Актуальность. Некротический энтероколит (НЭК) является наиболее опасным гастроэнтерологическим заболеванием, вызывающим высокую смертность среди недоношенных новорожденных. Изучение развития болезни в сторону хирургической стадии НЭК было давним приоритетом исследований.

Цель исследования. Изучение клинико-биохимических особенностей заболевания НЭК у недоношенных новорожденных детей.

Пациенты и методы. В исследование были включены 68 детей с НЭК и 32 условно здоровых недоношенных новорожденных ребенка младше 37 нед беременности с массой тела менее 2500 г. Дети были разделены на 2 группы: больные и контрольная группа, которые также были разделены на 2 подгруппы (с массой более и менее 1500 г). Наряду с клиническим течением заболевания изучали уровень белка S100A12 в динамике методом иммуноферментного анализа (ИФА, ELISA).

Результаты. Гестационный возраст младенцев составил $32,4 \pm 2,77$ нед в группе пациентов, $32,7 \pm 3,33$ нед — в контрольной группе, а масса тела при рождении составила $1673 \pm 546,9$ и $1782,5 \pm 610,2$ г соответственно.

Поступили в стационар 16 (23,5%) пациентов в тяжелом, 48 (70,6%) — в очень тяжелом, 4 (5,9%) — в преагональном состоянии.

В начале заболевания наблюдались неспецифические признаки: понижение температуры тела, потеря жидкости, постоянный метеоризм, кровавый стул, рвота желчью, приступы апноэ, брадикардия. Усиление метеоризма, метаболический ацидоз, сепсис, ДВС-синдром, дыхательная недостаточность привели к хирургической стадии, перфорации и смерти.

Так, 21,4% (15) пациентов имели перфорацию с ухудшением состояния (11 детей с низкой массой тела и 4 ребенка с очень низкой массой тела), 23,5% (16) детей погибли (6 детей с низкой массой тела и 10 детей с очень низкой массой тела).

В образце стула пациентов оценивался белок S100A12 в динамике.

По сравнению со здоровой группой уровень S100A12 значительно повышался в начале НЭК, снижался в динамике после противовоспалительного медикаментозного лечения.

У пациентов с перфорацией уровень S100A12 достиг критического предела, снижения от проведенного лечения не наблюдалось.

Заключение. Таким образом, можно сделать вывод, что осложненное течение НЭК, несмотря на проводимое медикаментозное лечение, отсутствие снижения уровня S100A12 дает основания думать о хирургической стадии НЭК.

ПЕРВИЧНЫЕ ИММУНОДЕФИЦИТЫ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН

Алискандиева З.А., Алискандиев А.М., Абдулмуслимов М.Т., Махачев Б.М., Абакаров С.С.

*ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Махачкала, Республика Дагестан, Российская Федерация
ГБУ РД «Детская республиканская клиническая больница им. Н.М. Кураева»,
Махачкала, Республика Дагестан, Российская Федерация
ГБУ РД «Детская городская клиническая больница», Махачкала,
Республика Дагестан, Российская Федерация*

Актуальность. Первичные иммунодефициты (ПИД) — актуальная проблема современной медицины в связи с тяжестью течения, высоким процентом летальности и инвалидизации, а также сложностью диагностики и лечения. ПИД представляют собой гетерогенную группу врожденных дефектов клеток иммунной системы, которые клинически чаще всего проявляются в виде рецидивирующих инфекционных и аутоиммунных заболеваний разной степени тяжести, а также злокачественных новообразований. ПИД имеют общую распространенность приблизительно 1 : 10000. Как можно более ранняя диагностика этих состояний должна быть приоритетом для системы здравоохранения.

Цель исследования. На примере популяции Республики Дагестан (РД) проанализировать заболеваемость ПИД, дать клиническую характеристику этой патологии на сегодняшний день в регионе.

Пациенты и методы. Проведено открытое проспективное исследование с участием 30 пациентов с различными формами ПИД, постоянно проживающих в РД в период с 2020 по 2022 г. Обследование, верификацию диагноза и лечение проводили согласно медицинским стандартам (протоколам) диагностики и лечения больных с аллергическими заболеваниями и нарушениями иммунной системы. Подтверждение диагноза, в том числе и молекулярно-генетические исследования, в основном проводили в НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева.

Результаты. Заболеваемость ПИД в РД, по нашим данным, на 2022 г. составила 30 на 886 359 детей и подростков, или 3,4 на 100 тыс. населения. Также отмечена более высокая заболеваемость среди мальчиков — составила 22 (73,3%), среди девочек — 8 (23,7%). Достоверно чаще заболеваемость данной патологией наблюдалась у детей, проживающих в городских условиях, — 20 (66,7%), в сельских — у 10 (33,3%) детей. Более половины детей проживали в низменной зоне РД. Среди детей от 3 до 7 лет ПИД наблюдался у 7 (23,3%), а в возрасте от 7 до 14 лет выявлялся у 17 (56,7%) наблюдаемых. В структуре ПИД в РД преобладали комбинированные иммунодефициты (35,3%), реже регистрировались ПИД с дефектом гуморального звена (25%), еще реже — фагоцитарные и клеточные (по 8,2% соответственно). ПИД с аутовоспалительным синдромом — семейная средиземноморская лихорадка — наблюдался у 7 больных (23,3%). За время наблюдения умер 1 ребенок в возрасте 10 лет с диагнозом «комбинированный иммунодефицит, недифференцированный вариант». Несвоевременность диагностики оказывает негативное влияние на результаты терапии. Наиболее благоприятный исход для этих пациентов достигается трансплантацией гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК) — в РД их проведено 12, или генной терапией, начатой до манифестации заболеваний.

Заключение. Таким образом, идет процесс регистрации больных с ПИД в РД. Количество выявляемых больных растет, поэтому необходима ранняя диагностика, которая значительно повышает эффективность лечения. С 2023 г., с введением скрининга для выявления наследственной патологии с рождения, в том числе и ПИД, ожидаются своевременная диагностика данной патологии и лучшие результаты лечения.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ В ДИНАМИКЕ: НА ПИКЕ РОСТА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И В ПЕРИОД УЛУЧШЕНИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ

Амосова Е.А., Порецкова Г.Ю., Санталова Г.В.

*ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Самара, Российская Федерация*

Актуальность. При современных тенденциях снижения заболеваемости по туберкулезу (ТБ) по-прежнему главным направлением в системе противотуберкулезных мероприятий остается раннее выявление заболевания у детей из групп риска.

Цель исследования. Сравнить социальные факторы риска (ФР) развития ТБ у детей в динамике: на пике роста заболеваемости (2006–2007 гг.) и в период улучшения эпидемиологической ситуации (2020–2021 гг.).

Пациенты и методы. Проведены анализ медицинской документации и анкетный опрос подростков 12–17 лет. В 2006–2007 гг. — 60 человек, больных ТБ, и 32 человека в 2020–2021 гг. Контрольную группу в 2020–2021 гг. составили 33 человека. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы Statistica 10. Достоверность различий в группах сравнения признавали при $p = 0,05$. Использовали расчет отношения шансов (ОШ) и многофакторное моделирование — логистическую регрессию.

Результаты. При анализе социальных факторов в 2006–2007 гг. отмечалось, что дети с локальными формами ТБ в 4,5 раза (15%) чаще проживали в многодетных семьях, в неполных семьях — 33,3%, были сиротами — 26,7%. ТБ у родителей в анамнезе выявлен в 45% случаев. Материальный доход был ниже МРОТ у 56,7% семей. При оценке материально-бытовых условий детей отмечалось проживание в общежитиях — 13,3% случаев, в частных домах без удобств — 23,3%. Достоверно важным ФР было проживание детей с человеком, бывшим в исправительных учреждениях, — 11,7% случаев, с родителями-мигрантами — 6,7%.

Оценка социальных условий в 2020–2021 гг. показала повышение качества жилья — большинство детей проживали в благоустроенных квартирах, но 22% опрошенных указали, что жилое помещение нуждается в среднем, 25% — в капитальном ремонте, а 27% детей не имели отдельной комнаты. Установлено, что 28% детей инфицировались ТБ в семьях с неудовлетворительными жилищными условиями. Среди опрошенных 31% воспитывались в неполных семьях, треть семей числились как неблагополучные.

Низкий материальный доход был в 15% семей, у 69% — средний достаток. При анализе питания дети с ТБ в 25% случаев указали на отсутствие разнообразия в рационе, а 16% пожаловались на недостаточность объема питания.

Заключение. Наблюдение показало, что социальные факторы остаются одними из основных ФР развития туберкулеза. Расчет ОШ продемонстрировал, что в неблагополучных семьях риск развития ТБ выше в 1,3 раза, при низком материальном достатке семьи и отсутствии изолированного жилья — в 1,5 раза. На основании 19 ФР проведены построение логистической модели и расчет вклада каждого ФР в развитие ТБ у детей. Полученная модель высокой чувствительности и специфичности, безошибочность прогноза более 94,4%.

В наблюдении отмечена позитивная динамика роста материального благосостояния семей и улучшения их жилищных условий.

ВАКЦИНАЦИЯ КВАДРИВАЛЕНТНОЙ ВАКЦИНОЙ ПРОТИВ ГРИППА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, ПОЛУЧИВШИХ ИММУНИЗАЦИЮ ПРОТИВ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Андреева Н.П.^{1, 2}, Костинов М.П.^{3, 4}

¹ ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова», Чебоксары, Российская Федерация

² БУ «Городская детская клиническая больница» Минздрава Чувашии, Чебоксары, Российская Федерация

³ ФГБНУ «НИИВС им. И.И. Мечникова», Москва, Российская Федерация

⁴ ИПО ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Российская Федерация

Актуальность. Пандемия новой коронавирусной инфекции оказала большое влияние на здравоохранение. Если эпидсезон 2021–2022 гг. характеризовался низкой заболеваемостью гриппом, то сезон 2022–2023 гг. был сложным, что требует изучения вопросов иммунизации у детей.

Цель исследования. Проанализировать результаты иммунизации детей против гриппа, получивших ранее вакцинацию против коронавирусной инфекции.

Пациенты и методы. В исследование включили 385 детей и подростков в возрасте 12–17 лет, привитых в 2021 г. против новой коронавирусной инфекции: 1-я группа — 12–14 лет (118 человек) и 2-я группа — 15–17 лет (267 человек). В 2022 г. 100 человек получили вакцинацию против гриппа с использованием квадринавалентной вакцины. Проводился анализ эффективности иммунизации против коронавирусной инфекции и гриппа по сравнению с детьми, не получившими вакцинопрофилактику.

Результаты. При анализе побочных проявлений после иммунизации (ПППИ) обращает на себя внимание то, что в раннем поствакцинальном периоде количество детей и подростков, не имевших никаких ПППИ на введение вакцины против коронавирусной инфекции, составило более 65%. При анализе поствакцинального периода после иммунизации против гриппа ПППИ характеризовались местными проявлениями в виде гиперемии и болезненности в месте введения вакцины в обеих группах. Клиническая эффективность вакцинации против коронавирусной инфекции характеризовалась отсутствием у получивших иммунизацию заболеваемости коронавирусной инфекцией, требовавшей госпитализации. При этом у детей 12–14 лет уровень IgG составил $1007,8 \pm 89,54$ АЕ/ml, у подростков 15–17 лет соответственно $1\ 200,2 \pm 100,67$ АЕ/ml. Клиническая эффективность вакцинации квадринавалентными вакцинами против гриппа характеризовалась отсутствием заболеваемости как гриппом, так и коронавирусной инфекции в сезон 2022–2023 гг.

Заключение. Вакцинация против гриппа у детей и подростков, получивших иммунизацию против новой коронавирусной инфекции, в возрастной категории 12–17 лет показала хорошие результаты по профилю безопасности и требует дальнейшего изучения клинико-иммунологической и эпидемиологической эффективности.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА

Аракелян А.Л.¹, Сурков А.Н.¹, Скворцова Т.А.², Никитин А.В.²

¹ ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского» Минобрнауки России, Москва, Российская Федерация

² ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ», Москва, Российская Федерация

Актуальность. При воспалительных заболеваниях кишечника (ВЗК) характерно выраженное снижение качества жизни (КЖ) пациентов, однако для педиатрической популяции литературных данных недостаточно.

Цель исследования. Изучение КЖ детей с ВЗК в сравнении с пациентами с гликогеновой болезнью (ГБ) и здоровыми детьми.

Пациенты и методы. Проведено ретроспективное одномоментное одноцентровое исследование. За период 01.2022–01.2023, обследованы 182 ребенка, проходивших стационарное обследование и лечение в отделении гастроэнтерологии для детей НИИ педиатрии и охраны здоровья детей НКЦ №2 ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского», а также в отделении гастроэнтерологии ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ». Основную группу (ОГ) составил 71 пациент с ВЗК, группу сравнения (ГС) — 28 детей с ГБ, группу контроля (ГК) — 83 относительно здоровых ребенка. Язвенный колит (ЯК) был у 24 пациентов, болезнь Крона (БК) — у 47 пациентов. КЖ детей оценивали с помощью общего опросника Pediatric Quality of Life Inventory — PedsQL™ 4.0, включавшего следующие параметры: физическое функционирование (ФФ), эмоциональное функционирование (ЭФ), социальное функционирование (СФ), функционирование в школе (ФШ).

Результаты. Пациенты ОГ и ГС оценивали свое КЖ статистически значимо ниже по всем аспектам, чем дети из ГК ($p < 0,001$). Показатели КЖ детей с ЯК и БК не различались по всем аспектам ($p > 0,05$). Пациенты из ГС оценивали свое КЖ ниже практически по всем аспектам, чем дети с БК ($p < 0,001$). При сравнении КЖ детей с ЯК и детей из ГС статистически значимые различия были выявлены только по показателям СФ — 85,0 [60,0; 91,3] и 70,0 [60,0; 82,5] баллов ($p < 0,001$) и ФФ — 69,5 [55,3; 78,8] против 59,0 [40,0; 78,0] баллов ($p < 0,001$). По остальным параметрам различий не было. Длительность заболевания не коррелирует ни с одним из показателей КЖ ($p > 0,05$). По данным корреляционного анализа выявлено, что чем выше клиническая активность заболевания у детей ОГ, тем ниже показатели их КЖ.

Заключение. Течение основного заболевания у детей с ВЗК статистически значимо снижает КЖ по всем аспектам по сравнению со здоровыми детьми, однако в сравнении с детьми с ГБ их КЖ значимо выше, что, вероятно, обусловлено различными механизмами патогенеза. Исследование КЖ пациентов с хронической патологией дает возможность полноценного комплексного анализа состояния здоровья ребенка и повышает эффективность оказываемой ему медицинской помощи.

ОЦЕНКА ВЕГЕТОВИСЦЕРАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ШКОЛЬНИКОВ-ПОДРОСТКОВ С ДЕЗАДАПТАЦИЕЙ

Арзикулов А.Ш., Абдумухтарова М.З.

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Актуальность. Анализ литературных данных свидетельствует, что среди подростков школьного возраста значительно чаще, чем в детском возрасте, встречаются нарушения адаптации, что связано с вегетативно-эндокринной пертурбацией и повышением эмоциональной возбудимости и реактивности переходного периода.

Цель исследования. Изучить частоту основных клинических симптомов психовегетативного характера у школьников-подростков с дезадаптацией.

Пациенты и методы. В работе применен клинико-популяционный подход к выбору и анализу материала. Обследованы 312 школьников-подростков с нарушением адаптации, обучающихся в общеобразовательных школах. Были использованы эпидемиологический, клинико-психологический и инструментальные методы исследования. Применялись общепринятые клинические (общий анализ крови, мочи, кала, рентгенография грудной клетки, черепа), биохимические (общий белок, остаточный азот, мочевины, калий и кальций в сыворотке крови, ревмопробы) анализы, проводились консультации узких специалистов.

Результаты. Дезадаптация выявлена в общей популяции у 312 школьников (20,8%), соответственно у 159 девочек (10,6%) и 153 мальчиков (10,2%). Анализ предъявляемых детьми и подростками с нарушениями адаптации жалоб показал ее массивную соматизацию, которая характеризовалась полиморфными вегетовисцеральными нарушениями в различных органах и системах, нарушениями терморегуляции и альгическими проявлениями. Клинически у обследованных школьников с дезадаптацией из жалоб психовегетативного генеза обнаруживалось достоверное увеличение вялости, адинамичности — 21 (14,8%), отмечались также подвижность, тревожность — 26 (18,0%), повышенная утомляемость — 29 (21,2%), повышенная потливость, акроцианоз — 30 (22,0%), гиперемия лица, ладоней и подошв — 42 (29,7%), головные боли — 42 (30,0%), плохая переносимость душных помещений — 33 (23,0%), поверхностный сон — 48 (34,0%), дермографизм — 35 (25,0%), приглушенность тонов на основании сердца — 6 (4,2%), боли в эпигастрии, вокруг пупка, по ходу кишечника — 35 (24,8%), нарушение аппетита — 29 (20,6%). Только у 20,6% обследованных с дезадаптацией психовегетовисцеральные нарушения отмечаются в одной системе, у 79,7% детей они носили полисистемный характер.

Заключение. Высокая частота симптомов вегетовисцеральных нарушений и их полиморфность и полисистемный характер (пищеварительная, кожная, респираторная, двигательная, сердечно-сосудистая, выделительная, эндокринная системы) у наших школьников указывают на возможную роль вегетативного дисбаланса в генезе манифестации дезадаптации у школьников-подростков.

ФЕТАЛЬНЫЙ АЛКОГОЛЬНЫЙ СИНДРОМ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ПЕДИАТРА

Артемьева В.С.¹, Аникина К.А.¹, Гуменюк О.И.¹, Черненко Ю.В.¹,
Балашова Е.В.², Макунина Ю.Ю.²

¹ ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России,
Саратов, Российская Федерация

² УКБ № 1 им. С.Р. Миротворцева ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ
им. В.И. Разумовского» Минздрава России, Саратов, Российская Федерация

Актуальность. Употребление алкоголя женщиной во время беременности повышает риск рождения ребенка с фетальной алкогольной интоксикацией или фетальным алкогольным синдромом (ФАС). Дифференциальная диагностика ФАС затруднена вследствие многообразия клинических проявлений.

Цель исследования. Изучение особенностей клинической картины и результатов молекулярно-генетической диагностики детей с ФАС.

Пациенты и методы. Проведен анализ анамнеза жизни и истории болезней пятерых детей (трех мальчиков и двух девочек) в возрасте от полутора до двух лет (двое мальчиков — из монохориальной диамниотической двойни). Всем пациентам проведено полногеномное секвенирование ДНК. Секвенирование генома выполнено в медико-генетической лаборатории «Эвоген» при поддержке благотворительного фонда медико-социальных генетических проектов помощи «Геном жизни».

Результаты. Из анамнеза известно, что все наблюдаемые дети были рождены преждевременно на сроке гестации от 26 до 32 нед, матери до и во время беременности употребляли алкоголь. При объективном осмотре обращали на себя внимание множественные стигмы дизэмбриогенеза, характерные для ФАС: микроцефалия, треугольное лицо, микростомия, короткие и узкие глазные щели, эпикант, горизонтальный и вертикальный нистагм, ретинопатия, сглаженный губной желобок, тонкая верхняя губа, нарушение прикуса, низкий лоб, широкая плоская переносица, низко посаженные ушные раковины, короткая шея, трезубец на ногах, сандалевидная щель. Также отмечались дефицит массы тела, резидуально-органическое поражение ЦНС, нарушение психомоторного и психоречевого развития, стойкая гиперплазия вилочковой железы и структурные аномалии сердца (открытое овальное окно). По результатам полногеномного секвенирования ДНК патологических вариантов в геноме у обследованных детей не обнаружено. В связи с чем пациентам был поставлен диагноз «фетальный алкогольный синдром».

Заключение. Несмотря на отсутствие патогенных вариантов генов при полногеномном секвенировании, у обследованных пациентов выявлены многочисленные морфологические аномалии и задержка психомоторного, речевого развития, являющиеся последствиями тератогенного воздействия алкоголя на плод во время беременности, нарушающие качество жизни и дальнейшую социализацию детей. Развитие ФАС, как и употребление алкоголя — предотвратимые факторы при наличии приверженности к здоровому образу жизни.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КИНЕЗИОТЕЙПИРОВАНИЯ ПРИ ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ В УСЛОВИЯХ ДСМР ГБУ РО «ОДКБ»

Астен А.А., Юнак Л.Н., Гасанова Ш.А., Маслова Ш.А., Андреева М.Г.

*ГБУ РО «Областная детская клиническая больница», Ростов-на-Дону,
Российская Федерация*

Актуальность. Кинезиотейпирование — это эффективный немедикаментозный метод, который в настоящее время используется в детской реабилитации, в том числе и в логопедии.

Цель исследования. Изучить воздействие метода кинезиологического тейпирования в комплексной работе логопеда.

Пациенты и методы. За период с апрель по октябрь 2022 г. в условиях ДСМР проводилось кинезиотейпирование группе пациентов с расстройствами речи в количестве 50 человек. Среди них дети с дизартрией различной степени тяжести в структуре неврологической патологии — 71%; страдающие алалией — 15%, специфическими нарушениями речи при РАС — 6%, заиканием — 8%. Использовались кинезиотейпы и кросс-тейпы, на курс 10 процедур при ежедневных занятиях с логопедами.

Результаты. За счет использования тейпирования у логопеда появилась возможность управлять тонусом мышц лица пациентов. На фоне лечения наблюдается значительное улучшение эффективности логопедической работы, направленной на коррекцию мышечного тонуса артикуляционного аппарата, нарушений звукопроизношения, а также процесса глотания и жевания, улучшения почерка и мелкой моторики. В основе тейпирования лежит мануальная терапия — коррекция функций организма путем воздействия на поверхность тела. Механизмы воздействия тейпов на речевую мускулатуру: нейрорефлекторный, эффект «лифтинга», эффект «дискомфортного натяжения». При работе с детьми метод кинезиотейпирования наиболее удобен и эффективен благодаря постоянному воздействию, которое не причиняет неудобств ребенку, безболезненно воздействует на связки и мышцы без всяких лекарств и ограничений, имеет минимальное количество противопоказаний: лихорадка, нарушение целостности кожи, дерматологические заболевания, индивидуальная непереносимость.

Заключение. Таким образом, кинезиотейпирование имеет большое значение в работе логопеда, способствует более эффективной коррекционной работе.

ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ШКОЛЬНИКОВ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ

Аширова Л.Э., Богачева С.М., Писоцкая Ю.В., Устюжанина Д.В.

ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Краснодар, Российская Федерация

Актуальность. Артериальная гипертензия (АГ) остается одной из наиболее актуальных проблем современной медицины. По данным эпидемиологических исследований, отмечается рост как высокого нормального артериального давления (АД), так и АГ среди детей и подростков.

Цель исследования. Изучить структуру факторов риска эссенциальной артериальной гипертензии у школьников Краснодарского края.

Пациенты и методы. Проведен анализ историй болезни 76 детей в возрасте от 12 до 17 лет (медианный возраст — $14,1 \pm 1,9$ года), находившихся в отделении кардиологии ГБУЗ «ДГКБ г. Краснодара» за период 2020–2021 гг. с клиническим диагнозом «эссенциальная АГ». Из них 69% ($n = 53$) юноши и 31% ($n = 23$) — девушки.

К АГ относили состояние, при котором уровень систолического артериального давления (САД) и/или диастолического артериального давления (ДАД) был более или равен значению 95-го перцентиля АД в популяции для соответствующего возраста, пола и роста.

Результаты. По результатам суточного мониторирования артериального давления обследуемые были разделены на 3 группы: группа I — пациенты с феноменом АГ «белого халата» — 22 человека (28,9%); индекс времени (ИВ) АГ у них не превышал 25%. Группа II — пациенты с лабильной АГ — 26 человек (34,2%); диапазон значения ИВ АГ — 25–50%; группа III — пациенты со стабильной АГ — 28 человек (36,8%).

В ходе проведенного исследования выявлено, что среди факторов риска АГ отягощенный наследственный анамнез встречается у 81,5% ($n = 62$) обследуемых и наиболее часто — в группе со стабильной АГ — 50% ($n = 38$). Избыточная масса и ожирение встречаются у 39,6% ($n = 30$) и с одинаковой частотой во всех 3 группах: 14,4% ($n = 11$), 13,2% ($n = 10$), 12% ($n = 9$).

Заключение. Изучение факторов риска АГ у детей и подростков имеет важное диагностическое значение в структуре современной медицины.

ОТ АНТЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ДО ОПЕРАЦИИ: ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА С ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНЬЮ ГИДРОНЕФРОЗА

Бибенина А.А., Мокрушина О.Г., Левитская М.В., Шумихин В.С.

ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва,
Российская Федерация

Актуальность. Гидронефроз (ГН) является наиболее часто диагностируемым пороком развития. Антенатальная диагностика — важный этап в выявлении группы внутриутробных детей с тяжелой степенью ГН.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения детей с ГН тяжелой степени, основываясь на данных антенатальной ультразвуковой диагностики и постнатальных методах обследования (биохимических маркерах повреждения почечной ткани, статической сцинтиграфии почек (радиоизотопное исследование; РИИ)).

Пациенты и методы. С 2012 по 2021 г. был пролечен 51 ребенок с тяжелой степенью гидронефроза. Критериями включения были толщина паренхимы ≤ 5 мм, лоханка ≥ 30 мм, значительное обеднение кровотока, повышение индекса резистентности, предварительное отведение мочи. Антенатально в III триместре у 78% расширение лоханки составляло 23 мм, толщина паренхимы — 5 мм, что потребовало перевода ребенка из родильного дома в хирургический стационар. На основании антенатальной диагностики дети были разделены на 2 группы в соответствии со сроками установки нефростомы: в неонатальном периоде (раннее отведение мочи ($n = 26$)) и грудном возрасте (позднее отведение мочи ($n = 26$)).

Результаты. Вторым этапом проводилась пластика прилоханочного отдела мочеточника. Отдаленные результаты лечения оценивались через 1, 3, 5 лет по следующим критериям: оценка уродинамики, функции почки, инфекционных осложнений с использованием УЗИ почек с доплерографией и/или компьютерной томографии с внутривенным контрастированием, статического РИИ, биохимических исследований мочи с определением микроальбумина и соотношения, а также оценки общего анализа мочи и мониторинга микробиологического статуса.

При сравнении 2 групп достоверное увеличение толщины почечной паренхимы, улучшение почечного кровотока выявлено в 1-й группе при одинаковой динамике уменьшения размеров почечной лоханки ($p = 0,0389$). При анализе данных статического РИИ и биохимического анализа мочи в 1-й группе снизилась степень тяжелых поражений почечной паренхимы и микроальбуминурии по сравнению со 2-й группой, где было выявлено 2 случая формирования нефрогенной гипертонии, что потребовало назначения гипотензивных препаратов.

Заключение. Раннее своевременное оказание хирургической помощи группе детей с гидронефрозом тяжелой степени позволяет улучшить функцию почечной паренхимы в долгосрочном прогнозе.



ОЦЕНКА СТАТУСА ВИТАМИНА D У ДЕТЕЙ, СОСТОЯЩИХ ПОД ПАЛЛИАТИВНЫМ НАБЛЮДЕНИЕМ

Безлер Ж.А., Бомберова Л.А., Легкая Л.А.

ГУ «Республиканский клинический центр паллиативной медицинской помощи детям», Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Дефицит витамина D рассматривается как мировая проблема, учитывая значимость и важность его роли в организме, в том числе как регулятора экспрессии генов, ассоциированных с многочисленными процессами: репарацией органов и тканей, иммунитетом, воспалением.

Цель исследования. Оценить статус обеспеченности витамином D у детей, находящихся под паллиативным наблюдением.

Пациенты и методы. Уровень витамина D (25(OH)D) в сыворотке крови определяли методом электрохемилюминесценции у 117 паллиативных пациентов в возрасте 6 мес – 11,5 лет (средний возраст $4,5 \pm 2,6$ года), мальчиков — 56,4%, девочек — 43,6%. Распределение детей по возрасту: 1 год — 8 (6,8%), 1–3 года — 49 (41,9%), 4–6 лет — 41 (35%), 7–11 лет — 19 (16,2%). Все дети получали профилактическую дозу витамина D.

Уровень 25(OH)D представлен медианой (*Me*) и 1-м и 3-м квартилями.

Результаты. В структуре основных заболеваний у детей преобладали множественные врожденные пороки и хромосомные болезни (44,4%) и тяжелая неврологическая патология (46,1%). Низкий статус витамина D регистрировался у 64 пациентов (54,7%), при этом дефицит витамина D (менее 20 нг/мл) — у 31 ребенка (26,5%), медиана 25(OH)D составила 16,2 [10,1–17,7] нг/мл; у 7/31 отмечался тяжелый дефицит витамина D — 7,7 [5,9–8,1] нг/мл. Недостаточность витамина D выявлялась у 33 пациентов (28,2%) — 24,9 [22,2–27,9] нг/мл. Нормальная обеспеченность витамином D (от 30 до 50 нг/мл) обнаружена у 40,2% пациентов — 34,6 [32,6–40] нг/мл, высокий уровень витамина D (50–100 нг/мл) 61,3 [53,9–68,2] нг/мл регистрировался в единичных случаях (4,3%).

Статистически значимых различий в уровнях 25(OH)D и частоте регистрации дефицита и недостаточности витамина D в зависимости от пола и возраста детей не выявлено.

В зависимости от исходного уровня 25(OH)D пациентам были назначены лечебные или профилактические дозы холекальциферола. После первого курса холекальциферола уровень 25(OH)D нормализовался у 37/64 пациентов (57,8%).

Заключение. У паллиативных пациентов, несмотря на проведение профилактики гиповитаминоза D, выявлен низкий статус обеспеченности витамином D (54,7%). Таким образом, дети с тяжелыми хроническими заболеваниями, находящиеся под паллиативным наблюдением, составляют группу риска по развитию дефицита витамина D и нуждаются в регулярном контроле его уровня в сыворотке крови с целью своевременной профилактики костных и внекостных проявлений низкой обеспеченности организма витамином D.

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ МИОФИБРОБЛАСТИЧЕСКОЙ ОПУХОЛИ ЛЕГКОГО У РЕБЕНКА

Белых Н.А.¹, Захарова А.В.¹, Пизнюр И.В.¹, Бурдукова А.О.²,
Макаркина Е.П.², Раева Г.Ф.², Скобликова О.А.², Лашко А.Ю.³,
Панина А.И.³

¹ ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, Рязань, Российская Федерация

² ГБУ РО «Городская детская поликлиника № 3», Рязань, Российская Федерация

³ ГБУ РО «Городская клиническая больница № 11», Рязань, Российская Федерация

Актуальность. Воспалительная миофибробластическая опухоль — редкий вид новообразования с неопределенным биологическим потенциалом, для которого характерна гетерогенность гистологических и молекулярно-генетических изменений, лежащих в основе ее развития.

Цель исследования. Представление клинического случая воспалительной миофибробластической опухоли верхней доли левого легкого у пациента 8 лет.

Пациенты и методы. Анализ клинического случая и первичной медицинской документации.

Результаты. Девочка от 4-й беременности, 3-х срочных родов, массой тела 3620 г. В ноябре 2020 г. поступила в ГКБ № 11 г. Рязани с жалобами на субфебрильную температуру тела, одышку. По результатам обследования был выставлен диагноз: «Внебольничная пневмония, сегментарная, левосторонняя, верхнедолевая, ДН 1-й степени». На фоне проведенного лечения на рентгенограммах грудной клетки сохранялись изменения в верхней доле левого легкого, в дальнейшем выявлено объемное образование в верхней доле левого легкого. При обследовании в РНИМУ им. Пирогова (г. Москва) на КТ грудной клетки в проекции S верхней доли левого легкого определяется вытянутой формы образование, 45 × 25 × 43 мм, с интенсивными включениями и четким контуром, прилежит и, очевидно, тесно связано с корнем левого легкого. В феврале 2021 г. выполнена операция — верхнедолевая туморлобэктомия слева. Диагноз: «Воспалительная миофибробластическая опухоль верхней доли левого легкого». В августе 2021 г. проведена КТ грудной клетки — данных за наличие свежих очаговых и инфильтративных изменений нет.

Заключение. Воспалительная миофибробластическая опухоль является уникальным видом новообразования. Промежуточный биологический потенциал опухоли обуславливает склонность к множественным локальным рецидивам. Клинические и лабораторные признаки данной неоплазии неспецифичны и вариабельны.

ОСОБЕННОСТИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ Г. РЯЗАНИ

Белых Н.А., Панферухина А.Ю.

ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, Рязань, Российская Федерация

Актуальность. Пищевое поведение (ПП) подростков является актуальной проблемой ввиду возрастных особенностей отношения к себе и своему телу, перестройки самооценки, формирования новых интимно-личностных отношений, повышения значимости внимания со стороны представителей противоположного пола.

Цель исследования. Изучить особенности пищевого поведения у подростков г. Рязани.

Пациенты и методы. Проведено одномоментное поперечное исследование с участием 213 детей в возрасте от 12 до 17 лет (мальчики — 94, девочки — 119). Всем детям проводились антропометрия с расчетом индекса массы тела (ИМТ) и анкетирование с применением опросника оценки образа собственного тела и голландского опросника оценки ПП. Дети были распределены на 2 группы: от 12 до 14 лет — 1-я группа ($n = 88$), от 15 до 17 лет — 2-я группа ($n = 125$).

Результаты. Отклонение ИМТ от нормальных значений было выявлено у 39,4% подростков. Избыточная масса тела чаще регистрировалась у подростков 1-й группы ($p = 0,044$) и была статистически значимо выше среди мальчиков ($p = 0,017$).

Среди респондентов 58,2% были удовлетворены своим телом. Легкая неудовлетворенность наблюдалась у 10,3%, выраженная — у 7,0%, тяжелая — у 24,4%. Мальчики были чаще удовлетворены своим телом ($p = 0,004$).

Расстройства ПП имели 84,5% детей, у 53,3% отмечалось сочетание: у 14,4% — ограничительного, эмоциогенного и экстернального ПП; у 26,1% — ограничительного и эмоциогенного; у 6,7% — ограничительного и экстернального; у 6,1% — эмоциогенного и экстернального. Частота экстернального переедания была значимо выше в 1-й группе ($p = 0,017$), за счет мальчиков ($p < 0,001$), а девочки были более склонны к эмоциогенному перееданию ($p = 0,002$). Во 2-й группе чаще отмечалась ограничительная модель ПП ($p = 0,029$). Зарегистрировано статистически значимое преобладание экстернального ПП у детей с избыточной массой тела ($p = 0,029$), а эмоциогенного — с ожирением ($p < 0,001$). Выявлена прямая корреляционная взаимосвязь между степенью неудовлетворенности собственным телом и эмоциогенным ($p = 0,008$), экстернальным ($p = 0,029$) и ограничительным ПП ($p = 0,014$).

Заключение. Подростки младшего возраста в большей степени подвержены расстройствам ПП, связанным с перееданием. Для старших подростков более характерна ограничительная модель ПП. Склонность к различным видам переедания чаще отмечается у подростков с избыточной массой тела и ожирением.

ИССЛЕДОВАНИЕ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ РОДИТЕЛЕЙ О РОЛИ ВИТАМИНА D В ОРГАНИЗМЕ И ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ЕГО НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Белых Н.А.¹, Сологуб М.А.¹, Пизнюр И.В.¹, Анисеева Н.А.¹, Деева Ю.В.¹,
Стежкина Е.В.¹, Бурдукова А.О.², Макаркина Е.П.², Скобликова О.А.²,
Пронина Е.В.², Раева Г.Ф.²

¹ ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, Рязань, Российская Федерация
² ГБУ РО «Городская детская поликлиника № 3», Рязань, Российская Федерация

Актуальность. Данные крупномасштабных исследований показывают, что витамин D участвует в регуляции многочисленных функций в организме, а его дефицит является фактором риска многих заболеваний. В связи с этим вызывает интерес осведомленность родителей об этом микронутриенте.

Цель исследования. Изучить осведомленность родителей детей, находящихся под наблюдением педиатрической службы, о роли витамина D в организме и возможностях профилактики витамин-D-дефицита.

Пациенты и методы. Для исследования была разработана анкета, которая включала открытые и закрытые вопросы. Первичный материал был получен с помощью метода анкетного опроса 235 родителей детей, наблюдающихся в городских детских поликлиниках № 3 и № 7 г. Рязани. Статистическая обработка данных была проведена с помощью пакета Microsoft Office Excel.

Результаты. Основной целью витаминопрофилактики родители считали полезность для здоровья (24%, $n = 56$), для правильного развития ребенка (20%, $n = 47$), для укрепления иммунитета (9%, $n = 21$), для профилактики рахита (8%, $n = 19$). При этом 16% респондентов ($n = 38$) не владели знаниями о витамине D. Наличие хронического заболевания у своего ребенка отметили 22% ($n = 52$) респондентов. Атопический дерматит имели 14% ($n = 7$) детей, хронический тонзиллит — 7% ($n = 4$), избыточную массу тела — 29% ($n = 15$), сколиоз — 23% ($n = 12$), бронхиальную астму — 34% ($n = 18$). На вопрос о длительности пребывания в летнее время на солнце 56% ($n = 131$) родителей ответили: «Весь день», 41% ($n = 95$) респондентов отметили 2–4 часа в день, 3% ($n = 9$) опрошенных — менее 2 часов в день. На вопрос о выезде в теплые страны или на море, 71% ($n = 167$) опрошенных ответили положительно; на вопрос, можно ли дефицит витамина D восполнить с пищей, 54% ($n = 127$) респондентов ответили утвердительно. Среди источников информации о витамине D 52% ($n = 123$) опрошенных указали средства массовой информации, 33% ($n = 78$) — медицинских работников.

Заключение. Результаты анкетирования продемонстрировали, что родители не в полном объеме владеют информацией об эффектах витамина D, что обуславливает необходимость активизации просветительской работы с населением о пользе саплементации витамина D для профилактики витамин-D-дефицита.

ЧАСТОТА ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЯ У ДЕВОЧЕК МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ПО ДАННЫМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА

Беляева Е.В.¹, Фадеева А.В.², Ушакова С.А.¹, Халидуллина О.Ю.¹,
Куличенко М.П.²

¹ ГБУЗ ТО «Тюменский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Тюмень, Российская Федерация

² ГАУЗ ТО «Городская поликлиника № 5», Тюмень, Российская Федерация

Актуальность. Избыточная масса тела и ожирение у детей входят в число основных проблем современного педиатрического здравоохранения в связи с высокой распространенностью, риском раннего развития кардиометаболических осложнений, а также низкой эффективностью разрешенных методов лечения.

Цель исследования. Оценить частоту избыточной массы тела и ожирения у девочек младшего школьного возраста при проведении профилактического медицинского осмотра в декретированном возрасте.

Пациенты и методы. Проведено одномоментное клиническое исследование специально организованной выборки девочек 10-летнего возраста, декретированного для проведения профилактического медицинского осмотра несовершеннолетних. Обследовано 156 девочек, обучающихся в 4-х классах одной из общеобразовательных школ Тюмени. Оценка физического развития проводилась антропометрическими методами, включая измерение длины и массы тела, окружности талии (ОТ) и бедер (ОБ), расчета индекса массы тела (ИМТ) в соответствии с рекомендациями ВОЗ (2007). Критерии оценки ИМТ устанавливались по стандартным отклонениям ИМТ (SDS, z-score) соответственно возрасту и полу. Проведено комплексное изучение физического развития с использованием компьютерной программы ВОЗ AnthroPlus (2009). Статистическая обработка результатов выполнена в программном пакете IBM «SPSS 17.0»

Результаты. Проведенная оценка данных антропометрии и расчетного ИМТ показала, что для большинства детей характерны параметры физического развития, характеризующиеся как нормальные. Показатели медианы (*Me*) и межквартильного размаха [Q_1 ; Q_3] в выборке составили для ИМТ 16,71 [15,43; 19,07] кг/м², для ОТ 58 [54,3; 64] см. Избыточная масса тела и ожирение, по данным проведенного исследования, встречалась у 10-летних девочек с частотой 20,5%. При этом избыточная масса тела почти в 2 раза превышала частоту ожирения: 12,8% против 7,7% соответственно. Среди выделенной подгруппы девочек с ожирением в 41,7% случаев отмечена II степень (SDS ИМТ 2,6–3,0), у 33,3% — III степень (SDS ИМТ 3,1–3,9) и у 25% — I степень (SDS ИМТ 2,0–2,5).

Заключение. Выявление высокой частоты избыточной массы тела и ожирения у девочек в возрасте 10 лет требует всестороннего анализа возможных причин, приводящих к их развитию, и пристального внимания педиатров и родителей к организации питания и физической активности детей.

ВЗАИМОСВЯЗЬ СОСТАВА КИШЕЧНОЙ МИКРОБИОТЫ С РАЗВИТИЕМ АТОПИИ У МЛАДЕНЦЕВ 6–12 МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ

Беляева И.А.^{1, 2, 3}, Турти Т.В.^{2, 3, 4}, Бомбардилова Е.П.³, Садчиков П.Е.^{2, 3}, Шукенбаева Р.А.²

¹ ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ», Москва, Российская Федерация

² ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Российская Федерация

³ ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского» Минобрнауки России, Москва, Российская Федерация

⁴ НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента, Москва, Российская Федерация

Актуальность. Этапное созревание иммунной системы слизистой оболочки кишечника требует постоянной стимуляции со стороны развивающегося микробиоценоза желудочно-кишечного тракта. Качественные нарушения и уменьшение видового разнообразия микробиоты у детей первых месяцев жизни приобретают особое значение, поскольку неблагоприятные воздействия на микробиоту в критические периоды онтогенеза создают предпосылки для формирования отсроченной патологии. Характер стартовых изменений микробиоты у младенцев из группы риска по аллергическим заболеваниям не изучен.

Цель исследования. Анализ связей между составом кишечной микробиоты и уровнем пищевой сенсибилизации у детей с проявлениями аллергии в возрасте 6–12 мес, что позволит впоследствии наметить пути профилактического вмешательства.

Пациенты и методы. У младенцев 6–12 мес с проявлениями атопической болезни (кожные и гастроинтестинальные аллергические реакции) исследовали состав кишечной микробиоты (культуральный метод) и уровни пищевой сенсибилизации методом алергочип ISAC IMMUNOCAP; результаты подвергнуты корреляционному анализу.

Результаты. у 35 доношенных младенцев симптомы аллергии чаще проявлялись кожными изменениями (папулезная сыпь у 74%), реже — желудочно-кишечными (колики, срыгивания, разжиженный стул или запоры — у 20% детей). Более половины детей (67%) имели наследственную отягощенность по аллергии; у трети детей выявлены факторы, нарушающие становление микробиоценоза: рождение путем кесарева сечения, перинатальное использование антибиотиков, раннее прекращение исключительно грудного вскармливания. У 40% детей выявлено повышение общего IgE; у 13 (37%) — уровней sIgE, в т.ч. к аллергенам яичного белка, сывороточному альбумину коровьего молока, антигенам арахиса, сои, рыбы (треска). При оценке кишечной микробиоты снижение уровней бифидобактерий выявлено у 8, лактобактерий — у 3 детей; повышенное содержание клостридий — у подавляющего большинства (27 детей); у 20 детей — повышение уровней *Citrobacter* spp. Нередко выявлялись *Enterobacter* spp., *Serratia* spp., *Morganella* spp., различные штаммы *Escherichia coli*. Корреляционный анализ выявил достоверную положительную связь уровней общего IgE с повышенным содержанием в микробиоте клостридий ($R = 0,31$). Увеличенный уровень *Proteus* spp. положительно ассоциирован с sIgE к овомукоиду и аллергену трески ($R = 0,49$ и $0,32$). Положительная связь установлена для повышения частоты выделения *Citrobacter* spp. и уровня sIgE к овальбумину ($R = 0,34$). При обнаружении в микробиоте *Raoultella* spp. повышается вероятность увеличения титра антител к овальбумину ($R = 0,52$). Наши данные согласуются с результатами исследований, в которых указывается на программирующую роль микробиоценоза кишечника в формировании атопии.

Заключение. Значительные индивидуальные различия в микробиоте детей с проявлениями аллергии являются основанием для дальнейшего исследования факторов, влияющих на бактериальную колонизацию кишечника, с целью разработки методов ее направленной коррекции.

ОСОБЕННОСТИ СТАНОВЛЕНИЯ КИШЕЧНОЙ МИКРОБИОТЫ У МЛАДЕНЦЕВ ПЕРВЫХ ТРЕХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ С РАННИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ АЛЛЕРГИИ

Беляева И.А.^{1, 2, 3}, Турти Т.В.^{2, 3, 4}, Бомбардинова Е.П.³, Садчиков П.Е.^{2, 3}, Шукенбаева Р.А.²

¹ ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ», Москва, Российская Федерация

² ФГАОУ ВО «РНМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Российская Федерация

³ ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского» Минобрнауки России, Москва, Российская Федерация

⁴ НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента, Москва, Российская Федерация

Актуальность. В последние годы изучаются особенности состава кишечного микробиоценоза при различных патологических состояниях у детей. Согласно гипотезе «старых друзей», микробы-комменсалы играют важную роль в тонкой настройке иммунных регуляторных механизмов. Поэтому нарушения процесса микробной колонизации могут являться фактором риска развития аллергических заболеваний. В настоящее время характер стартовых изменений кишечной микробиоты у детей с аллергией изучен недостаточно.

Цель исследования. Анализ связей между количественным и качественным составом кишечной микробиоты и уровнем пищевой сенсибилизации у детей первых трех месяцев жизни с начальными проявлениями аллергии.

Пациенты и методы. У младенцев первых трех месяцев жизни с кожными и гастроинтестинальными симптомами атопии исследовали состав кишечной микробиоты с помощью культурального метода и уровня пищевой сенсибилизации методом алергочип ISAC IMMUNOCAP. Анализ полученных данных был проведен с использованием пакета статистических программ Tibco Statistica 10 (TIBCO Software Inc., США).

Результаты. Обследование проводилось у 50 доношенных детей, среди которых 37 (74%) имели наследственную отягощенность по аллергии. Помимо этого, в анамнезе пациентов имелись факторы, нарушающие становление микробиоценоза, такие как рождение путем кесарева сечения — 23 ребенка (46%), перинатальное использование антибиотиков — 5 детей (10%), раннее прекращение исключительно грудного вскармливания — 31 ребенок (62%). Кожные и/или гастроинтестинальные симптомы аллергии манифестировали у 36 (72%) детей уже на первом месяце жизни, у 14 (28%) детей — на втором месяце. Установлена положительная связь между рождением путем кесарева сечения и появлением сухости кожи в первые 3 мес жизни ($R = 0,285$). Отягощенный семейный алергоанамнез был положительно связан с экссудативными кожными симптомами ($R = 0,281$). Гастроинтестинальные симптомы аллергии проявлялись у половины детей коликами, срыгиваниями, разжиженным стулом, у трети наблюдались запоры.

При проведении иммунологических исследований у 10 (20%) детей было выявлено повышение IgE; у 5 (10%) — sIgE к аллергенам яичного белка, сывороточному альбумину коровьего молока, антигенам сои, креветки. Примечательно, что куриное яйцо, соя, креветка в рацион ребенка еще не вводились. При оценке кишечной микробиоты снижение уровня бифидобактерий было выявлено у 4 (8%) детей, снижение лактобактерий — у 42 (84%) пациентов. У детей, имеющих в анамнезе факторы, нарушающие становление микробиоценоза, выявлен избыточный рост *Klebsiella* spp. — у 24 (48%), лактозонегативной *Escherichia coli* — у 39 (78%), гемолизующей *Escherichia coli* — у 12 (24%), клостридий — у 20 (40%), *Pseudomonas* spp. — у 3 (6%).

Установлена положительная корреляция отягощенной по атопии наследственности и содержания лактозонегативной *Escherichia coli* в стартовой кишечной микробиоте младенцев ($R = 0,306$). Выявлена связь раннего искусственного вскармливания смесями на основе белков коровьего молока с дизонтогенезами кишечной микробиоты — повышенным уровнем энтерококков (ОШ 1,91, ДИ 0,84; 4,3). При повышенном содержании *Pseudomonas aeruginosa* регистрировалась положительная сильная связь с sIgE к белкам коровьего молока ($R = 0,816$). При высоком содержании лактозонегативной *Escherichia coli* чаще выявлялись повышенные уровни sIgE к белкам куриного яйца, креветке ($R = 0,286$; 0,331 соответственно).

Заключение. Результаты исследования демонстрируют значительные индивидуальные различия состава микробиоты и связь отдельных ее характеристик с повышенными уровнями сенсибилизации младенцев, что свидетельствует о важной роли нарушений становления микробиоты в генезе аллергических заболеваний у детей и о возможной саногенетической значимости коррекции этих нарушений.



ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАПОРЫ У ДЕТЕЙ Г. КРАСНОДАРА: РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ

Богачева С.М., Писоцкая Ю.В., Устюжанина Д.В., Аширова Л.Э.,
Бурлуцкая А.В.

ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Краснодар, Российская Федерация

Актуальность. Частота запора среди детского составляет от 3 до 32%. Запор — затрудненное, замедленное и/или недостаточное опорожнение кишечника, сопровождающееся болезненными ощущениями. Функциональные запоры составляют 95% и более, органические — 5% и менее.

Цель исследования. Оценить характер и течение хронических запоров у детей г. Краснодара.

Пациенты и методы. На базе ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 3» и ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 9» Минздрава Краснодарского края проведено ретроспективное когортное одномоментное исследование, проанализированы амбулаторные карты детей, находящихся под наблюдением в поликлиниках с 2017 по 2022 г. Рассматривались такие данные, как возраст, клинические проявления, анализ анамнеза жизни и болезни детей.

Результаты. Выявлено, что диагноз «запор» выставлен у 325 детей. Согласно Римским критериям IV пересмотра, распределение детей по возрасту было следующим: 104 (32%) ребенка до 4 лет и 221 (68%) ребенок старше 4 лет. В группе детей до 4 лет у 65 (62,5%) отмечалась дефекация до 2 раз в неделю, у 39 (37,5%) — до 1 раза. Болезненность акта дефекации в этой группе отмечали 65 (62,5%) из 104 детей, плотная консистенция кала была характерна для всех больных. При этом стул большого диаметра присутствовал у большинства — 91 (87,5%). В группе детей старше 4 лет у 142 (64,2%) исследуемых в неделю преобладал стул до 2 раз, 1 раз характерен был для 79 (35,7%) детей. У 91 (41,2%) ребенка было указание на болезненность при акте дефекации либо плотный кал в анамнезе. Большой диаметр каловых масс отмечался у 104 (47,05%). Эпизоды недержания были в 51 (23,07%) случае из 221. Для более объективной оценки используется Бристольская шкала форм кала, 1-й тип каловых масс присущ 104 (32%) из 325 детей, 2-й тип — 156 (48%), 3-й тип — 52 (16%) и смешанный — 13 (4%). Дебют запоров часто приходится на период формирования гигиенических навыков. Здоровый ребенок достигает необходимой физиологической зрелости для приучения к горшку в возрасте от 18 до 24 мес. Раннее высаживание на горшок или, наоборот, задержка с обучением гигиеническим навыкам часто приводят к формированию запоров. В период физиологической зрелости приучения к туалетным навыкам вошел 221 (68%) ребенок из 325, оставшиеся 79 (24%) слишком поздно приобрели навыки, 26 (8%) — слишком раннее высаживание. В этиологии также большое значение отводится алиментарным факторам и физической активности. Так, режим питания соблюдали 182 (56%) ребенка из 325, режим двигательной активности — 273 (84%). По результатам диагностики (лабораторная и инструментальная) лишь у 13 (4%) детей была выявлена органическая причина запора, у 312 (96%) детей запор носил функциональный характер.

Заключение. Согласно полученным результатам, в подавляющем большинстве случаев запоры носят функциональный характер. Большинство детей с хроническим запором — это дети старше 4 лет. Причиной запоров у детей являются различные факторы, такие как приобретение туалетного навыка, алиментарные факторы, двигательная активность.



ДИНАМИКА ПРОВСПАЛИТЕЛЬНЫХ МАРКЕРОВ ПРИ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ И ОЧЕНЬ НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Бойдак М.П.¹, Прилуцкая В.А.², Свирская О.Я.¹, Пристром И.Ю.¹

¹ ГУ «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя», Минск, Республика Беларусь

² УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Использование провоспалительных маркеров для верификации инфекционного процесса распространено в неонатальной практике, однако особенности их содержания в динамике раннего неонатального периода (РНП) у недоношенных с экстремально низкой (ЭНМТ) и очень низкой (ОНМТ) массой тела дискутируются.

Цель исследования. Оценить динамику и значимость провоспалительных маркеров у недоношенных новорожденных с ЭНМТ и ОНМТ при диагностике инфекционно-воспалительных заболеваний.

Пациенты и методы. Обследованы 48 детей, получавших лечение в отделении реанимации. Гестационный возраст — 29 (27–33) нед, масса тела — 1190 (700–1700) г. Пациенты разделены на 3 группы: группа 1 — с ЭНМТ ($n = 18$), группа 2 — с ОНМТ ($n = 17$), группа 3 — сравнения ($n = 13$). Детей с инфекцией (ГрА) — 29 (60,5%), без инфекционного процесса (ГрБ) — 19 (39,5%). В динамике РНП (1-е и 3-7-е сут) определяли уровни интерлейкина-6 (IL-6), С-реактивного белка (СРБ), прокальцитонина (РСТ).

Результаты. Нами не выявлено значимых различий уровней провоспалительных маркеров в 1-е сут жизни в группах наблюдения с учетом массы тела. Установлены статистически значимо ($p < 0,05$) более высокие уровни IL-6 (203 (119–270) пг/мл), СРБ (2,1 (1,4–2,9) мг/мл) и РСТ (0,58 (0,36–1,65) нг/мл) у пациентов с инфекционно-воспалительными заболеваниями (врожденная пневмония, инфекции, специфичные для перинатального периода) по сравнению с пациентами без инфекционного процесса. На 3–7-е сут жизни содержание РСТ недоношенных с ЭНМТ было достоверно выше, чем у пациентов группы сравнения (группа 1 — 8,5 (2,7–15,5) нг/мл, группа 3 — 2,65 (1,15–4,53) нг/мл, $H = 4,16$, $z_{1-3} = 3,59$, $p_{1-3} = 0,031$). Различий концентрации IL-6 и СРБ на 3–7-е сут между тремя группами не обнаружено. Среди обследованных недоношенных с инфекционно-воспалительными заболеваниями и без инфекционной патологии уровни IL-6 на 3–7-е сут не различались ($p = 0,564$). Показатели СРБ и РСТ были выше у инфицированных новорожденных и составили 6,2 (4,3–8,8) мг/мл и 8,3 (4,2–14,3) нг/мл против 2,8 (1,6–4,9) мг/мл ($p < 0,05$) и 0,8 (1,1–2,7) нг/мл ($p < 0,05$) у пациентов без инфекции.

Заключение. Масса тела недоношенных детей не оказывала значимого влияния на содержание исследуемых провоспалительных маркеров в первые сутки жизни. Полученные данные свидетельствуют о статистически значимых различиях у новорожденных с инфекционно-воспалительными заболеваниями. В динамике РНП на 3–7-е сут уровень РСТ был выше у детей с ЭНМТ, что может быть обусловлено как более тяжелым инфекционно-воспалительным процессом на фоне крайней незрелости недоношенных, так и его генерализацией.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ, ОСЛОЖНЕННЫМ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Бокова Т.А.^{1, 2}, Карташова Д.А.¹, Бевз А.С.¹, Шишулина Е.Е.¹

¹ ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского», Москва, Российская Федерация

² ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Российская Федерация

Актуальность. Одну из главных ролей в поддержании гомеостаза организма играет согласованное функционирование вегетативной нервной системы (ВНС).

Цель исследования. Определить особенности функционирования ВНС у детей с метаболическим синдромом (МС).

Пациенты и методы. Обследован 81 ребенок с МС (IDF, 2007) в возрасте 10–16 лет (мальчиков — 45, девочек — 36). Комплексное обследование включало сбор анамнеза, анкетирование по дифференциально-диагностическим таблицам А.М. Вейна, кардиоинтервалографию (КИГ) с оценкой исходного вегетативного тонуса (ИВТ) и вегетативной реактивности (ВР).

Результаты. Наиболее часто отмечались жалобы на раздражительность (82%), колебания настроения (92%), кардиалгии на фоне эмоциональных нагрузок (65%), головную боль (88%). Преобладала симпатикотония (49%), у 27% в виде гиперсимпатикотонии. Нормальный ИВТ регистрировался только у 35% детей. Наиболее выраженное нарушение ИВТ отмечалось у лиц мужского пола, средний показатель ИВТ у мальчиков был выше, чем у девочек — $88,28 \pm 11,28$ усл. ед. к $67,56 \pm 15,92$ усл. ед. ($p < 0,05$). У 66% детей имелись признаки СВД по смешанному типу, у 22% — симпатикотонический тип СВД, а у 8% — ваготонический. Только у 4% детей количество клинических признаков ваго- и симпатикотонии находилось в пределах нормы. Отмечалось преобладание гиперсимпатикотонического варианта ВР (47%), асимпатикотонический вариант выявлен у 18% детей.

Заключение. У детей с МС имеется повышение активности симпатического отдела ВНС с преобладанием гиперсимпатикотонии, свидетельствующее о напряжении компенсаторно-приспособительных механизмов регуляции. Установлены наиболее выраженные нарушения вегетативной регуляции у лиц мужского пола. У каждого пятого ребенка регистрируется асимпатикотонический вариант ВР, свидетельствующий об истощении компенсаторно-приспособительных механизмов регуляции.

СОЧЕТАНИЕ *SITUS INVERSUS* И ТРАНСПОЗИЦИИ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ У РЕБЕНКА

Бордюгова Е.В.¹, Дубовая А.В.¹, Черткова И.С.²

¹ ГОУ ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», Донецк, Российская Федерация

² Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака, Донецк, Российская Федерация

Актуальность. Первичная цилиарная дискинезия — редкое, генетически неоднородное заболевание, обусловленное нарушением подвижности реснитчатого аппарата клеток, проявляющееся рецидивирующими респираторными инфекциями, синуситами и в 50% случаев — зеркальным расположением внутренних органов.

Цель исследования. Анализ клинического наблюдения ребенка раннего возраста с сочетанием *situs inversus* и транспозиции магистральных сосудов.

Пациенты и методы. Медицинская документация девочки И., 3 лет, с рождения и по настоящее время находящейся под нашим наблюдением. Использовались клинические, лабораторные, инструментальные (эхокардиография (ЭхоКГ), суточное мониторирование электрокардиограммы (ЭКГ) и артериального давления (АД), мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) органов грудной клетки с ангиографией и др., генетические методы исследования (кариотипирование).

Результаты. Ребенок от первой беременности, во время которой у плода выявлен врожденный порок сердца (ВПС) — транспозиция магистральных сосудов, *situs viscerum inversus totalis*, единственная артерия пуповины. Роды первые, в срок. Родилась с задержкой внутриутробного развития II ст. Оценка по шкале APGAR — 5/5 баллов. С рождения состояние крайней тяжести. Проведены реанимационные мероприятия, искусственная вентиляция легких, инфузия алпростана. В возрасте 14 дней выполнена баллонная атриосептостомия, в 18 дней — резекция коарктации аорты; артериальное переключение; ушивание дефекта межпредсердной перегородки; закрытие функционирующего артериального протока. Искусственное кровообращение продолжено в течение 3 сут, края грудины сведены на 6-е сут. Отмечались полиорганная недостаточность, реперфузионный синдром, синдром капиллярной утечки. По данным МСКТ длительно регистрировали снижение пневматизации легочной ткани, диффузное усиление легочного рисунка за счет сосудистого и интерстициального компонентов, клинически сохранялась дыхательная недостаточность, тахипноэ, хрипы. Окулистом выявлен двусторонний врожденный стеноз носослезного протока. В дальнейшем ежемесячно болеет респираторными инфекциями. За последний год перенесла пневмонию и 2 раза бронхит. Запланировано исследование подвижности реснитчатого аппарата верхних дыхательных путей.

Заключение. Таким образом, наличие ВПС, одним из главных компонентов которого является транспозиция магистральных сосудов, в сочетании с обратным расположением внутренних органов, двусторонний врожденный стеноз носослезного канала, рекуррентные респираторные инфекции, в том числе неоднократно пневмония и бронхит, позволяют предположить диагноз. В результате гипоксии, обусловленной ВПС и поражением легких, пациентка отстает в физическом и психоречевом развитии. Необходимо исключить хронический синусит, обусловленный первичной цилиарной дискинезией.

ПРИМЕНЕНИЕ ИМПЛАНТОВ В ХИРУРГИИ ВРОЖДЕННЫХ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖ У ДЕТЕЙ

Борисов С.А.

*ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Екатеринбург, Российская Федерация*

Актуальность. Вопрос выбора метода пластики купола диафрагмы при врожденных диафрагмальных грыжах на сегодняшний день остается нерешенным. В различных исследованиях имеет место стойкий процент рецидивов и осложнений, связанных с применением различных синтетических и биологических имплантов.

Цель исследования. Представить результаты пластики купола диафрагмы синтетическими протезами и биологическими имплантами у детей с врожденной диафрагмальной грыжей.

Пациенты и методы. Проведен ретроспективный анализ 28 историй болезни детей в период 2012–2022 гг., оперированных по поводу врожденной диафрагмальной грыжи в возрасте от 1 д 15 лет. Методом выбора пластики диафрагмы у пациентов с малым размером дефекта стала пластика собственными тканями. В случаях с дефектом, не позволяющим закрыть его первичным швом без натяжения, применена проленовая сетка в комбинации с имплантом «пермакол». Оценка послеоперационных результатов основывалась на клиническом и рентгенологическом исследованиях. В среднем дети провели в стационаре $15,14 \pm 6,1$ сут.

Результаты. «Сэндвич-имплант» из проленовой сетки и биологического материала «пермакол» по биомеханическим свойствам, безусловно, отличается от нормальной мышечной ткани, однако не препятствует подвижности диафрагмы и поддержанию ее тонуса, тем самым не препятствует расправлению легкого, что подтверждено клинически и рентгенологически в первые послеоперационные сутки. При рентгенологическом контроле мы не наблюдали явления парадоксального движения импланта, описанного в литературе, даже при дефектах значительной площади. Из осложнений у одного пациента зарегистрирована ранняя спаечная кишечная непроходимость — 2,5%. Однако это осложнение неспецифично и не связано непосредственно с применением импланта. Рецидивов диафрагмальной грыжи при пластике диафрагмы «сэндвич-имплантом» не было. У одного пациента в послеоперационном периоде выявлено жидкостное перидиафрагмальное скопление, расцененное как киста диафрагмы, которое было купировано пункцией под контролем УЗИ-навигации. Скопление экссудата возникло в фиксированном в виде дубликатуры грыжевом мешке. Оба осложнения успешно ликвидированы. Дети выписаны в удовлетворительном состоянии, проводится динамическое наблюдение торакальным хирургом.

Заключение. Метод пластики дефекта зависит от возможности наложить первичный шов без натяжения. При отсутствии таковой с хорошими и отличными послеоперационными результатами создания полноценной грудобрюшной преграды используются синтетические биосовместимые импланты. Применение «сэндвич-импланта» из проленовой сетки и биологического материала «пермакол» не приводит к каким-либо анатомо-функциональным нарушениям диафрагмы, легкого и органов брюшной полости.



ОПТИМИЗАЦИЯ ЭНХОНДРАЛЬНОГО ОКОСТЕНЕНИЯ ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ ПРИ СПАСТИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРИ ДЦП В ДОШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ

Босых В. Г., Ярыгин Н. В.

*Московский государственный медико-стоматологический университет (МГМСУ)
им. А. И. Евдокимова, Москва, Российская Федерация*

Актуальность. Нестабильность тазобедренных суставов как предиктор коксартроза при ДЦП, как нами было показано ранее, наблюдается в виде диспластической и спастической формы в 70% случаев. Однако даже раннее начало лечения с использованием методов консервативной коррекции при этой патологии к 3–4 годам не приводит к устранению нестабильности, формируется передний подвывих бедра. Поэтому разработка и внедрение малотравматичных методов коррекции оссификации крыши вертлужной впадины с использованием биостимулирующих веществ, в частности коллоста, представляются актуальными.

Цель исследования. Оценка эффективности применения коллоста в качестве биостимулятора при нарушении оссификации крыши вертлужной впадины у больных со спастической нестабильностью (СНТБС) при ДЦП в дошкольном возрасте, обусловленной гипотрофией.

Пациенты и методы. Под наблюдением находились 26 детей со СНТБС в возрасте 3,2–4,6 года (медиана — 3,9) с отрицательной динамикой в развитии тазобедренного сустава, ацетабулярным индексом (АИ) в 26–28°. Всем детям с целью уточнения характера патологии проведена контрастная артропневмография омнипаком передним доступом по Santa Croce. Оценка потенциала развития крыши впадины осуществлялась анализом состояния лимбуса по высоте и протяженности и АИ по хрящевым образованиям сустава. При АИ в 0–5° ставили показания к биостимуляции коллостом. Операция проводилась одновременно с устранением вальгизации и патологической антеторсии проксимального конца бедренной кости через дополнительный разрез в положении на спине. Отверстие в подвздошной кости на 1 см выше крыши впадины в сагиттальной плоскости диаметром 6 мм создавалось под рентгенологическим контролем. В отверстие вводился коллост в виде пластинки. Рана ушивалась наглухо. Контрольная рентгенограмма проводилась через 3 и 7 мес с оценкой АИ, индекса Реймерса по костным ориентирам. Осложнений после операций не отмечено.

Результаты. Анализ результатов биостимуляции показал достоверное уменьшение АИ по костным ориентирам на 3–5° с 26–28° до значений в 23–25°, что свидетельствует о выраженном стимулирующем остеогенном эффекте операции.

Заключение. Таким образом, при умеренных степенях нарушения оссификации вертлужной впадины при СНТБС у детей с ДЦП в дошкольном возрасте к операции межвертельной деторсионно-варизирующей остеотомии при сохранении потенциала к росту и развитию впадины необходимо добавлять биостимуляцию крыши впадины коллостом. По-видимому, адсорбция тромбоцитов, лейкоцитов на нитях коллагена с последующим высвобождением активных факторов роста влечет активизацию остеогенных клеток и хондроцитов в крыше и в лимбусе, что и приводит к интенсивной оптимизации остеогенеза и хондрогенеза и, как следствие, — к значительному уменьшению степени нестабильности тазобедренного сустава. Данная методика достаточно проста и может быть использована в любых ортопедических отделениях областных больниц и в санаториях восстановительного типа для детей с ДЦП.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И РАССТРОЙСТВАМИ ПОВЕДЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Булычева Е.В.

*ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Оренбург, Российская Федерация*

Актуальность. Особенности психического здоровья детей и подростков в различные возрастные периоды характеризуются диспропорциями в уровне и темпе нервно-психического развития, которые могут усугубляться на фоне действия стрессогенных факторов в различных сферах жизнедеятельности. В этой связи является важным непрерывный мониторинг заболеваемости психическими расстройствами для понимания необходимости разработки корректирующих профилактических мероприятий.

Цель исследования. Провести анализ заболеваемости детей и подростков психическими расстройствами и расстройствами поведения в Российской Федерации.

Пациенты и методы. Анализ статистических данных проведен на основании выкопировки из сборника Росстата «Семья и дети России. 2021» абсолютных значений заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения детей и подростков в возрасте 0–17 лет, состоявших под наблюдением на конец исследуемых годов (2015–2021 гг.). Для расчета распространенности заболеваемости на 10 000 детей использовались данные численности детского населения Российской Федерации в возрасте 0–14 лет Росстата «Демография» / «Распределение населения по возрастным группам» (<https://rosstat.gov.ru/folder/12781>).

Результаты. В настоящее время большая часть психических расстройств регистрируется среди детей в возрасте 0–14 лет (73,6%), которая сохраняется на протяжении последних 7 лет. В этой же возрастной группе с 2015 к 2021 г. наблюдается динамика снижения заболеваемости психическими расстройствами на 0,17%, тогда как среди подростков 15–17 лет, напротив, увеличивается на 2,7%. Вызывает особую тревогу тот факт, что среди детей от 0 до 14 лет с установленными психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ, до 81,5% страдают наркоманией. Аналогичная картина установлена и среди подростков 15–17 лет. Несмотря на то, что с 2015 по 2021 г. число детей и подростков с диагнозом «наркомания» снижается на 32,3–40,8%, требуется совершенствование системы профилактики употребления психоактивных веществ среди детей и подростков.

Заключение. Полученные данные определяют необходимость научного обоснования и внедрения комплексных мер, направленных на своевременное выявление факторов риска ухудшения психического здоровья, коррекцию истощенных ресурсов личности детей и подростков.

ОБ АКТУАЛЬНОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ВРАЧЕБНО-ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ ВРАЧАМИ-ПЕДИАТРАМИ

Булычева Е.В.

*ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Оренбург, Российская Федерация*

Актуальность. Проведение врачебно-профессиональной консультации подростков является важным профилактическим мероприятием, которое в будущем определяет сохранение здоровья при действии факторов производственной среды, обеспечение высокой производительности труда, а также профессиональной надежности специалиста.

Цель исследования. Обосновать необходимость проведения врачебно-профессиональной консультации врачами-педиатрами.

Пациенты и методы. Анализ статистических данных профессиональной занятости подростков в возрасте 15–17 лет проведен на основании выкопировки из сборника Росстата «Семья и дети России. 2021». На примере г. Оренбурга проведен анализ заболеваемости подростков возрасте 15–17 лет по данным официальной статистики; дана характеристика безопасности рабочих мест на промышленных предприятиях Оренбургской области по данным государственного доклада «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Оренбургской области в 2021 году».

Результаты. В период с 2016 по 2021 г. отмечено резкое снижение безработных подростков в 3,5 раза среди юношей и в 3,2 раза среди девушек. Среди работающих 40,16% подростков являются квалифицированными работниками сельского и лесного хозяйства, рыбоводства и рыболовства; 29,35% подростков — неквалифицированные рабочие и 16,61% — работники сферы обслуживания и торговли, охраны граждан и собственности. В общей структуре заболеваемости первое ранговое место занимали болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (21,68%), второе ранговое место — болезни органа глаза и его придаточного аппарата (18,61%), третье место — болезни мочеполовой системы (11,50%). В 2021 г. доля рабочих мест на промышленных предприятиях, не соответствующих санитарным нормам, составила 19,1% по вибрации; 8,8% — по параметрам микроклимата; 4,9% — по параметрам освещенности.

Заключение. Необходимость решения вопросов профессиональной ориентации ставит перед врачами-педиатрами задачу поиска реальных путей разработки и применения на практике эффективной системы определения профессиональной направленности подростков.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ИНФОРМАЦИОННО-КОММУНИКАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Булычева Е.В., Бегун Д.Н.

*ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Оренбург, Российская Федерация*

Актуальность. Первого октября 2018 г. был утвержден паспорт федерального проекта «Цифровая образовательная среда», входящий в национальный проект «Образование». Целью этого проекта является создание условий для внедрения к 2024 г. современной и безопасной цифровой образовательной среды, обеспечивающей формирование ценности к саморазвитию и самообразованию у обучающихся образовательных организаций всех видов и уровней, путем обновления информационно-коммуникационной инфраструктуры, подготовки кадров, создания федеральной цифровой платформы. В связи с этим у врачей-педиатров появилось очень важное направление профилактической работы, связанное с контролем безопасности использования информационно-коммуникационных средств при обучении детей и подростков школьного возраста.

Цель исследования. Провести анализ использования информационно-коммуникационных технологий при обучении детей и подростков в образовательных организациях.

Пациенты и методы. Анализ статистических данных проведен на основании выкопировки из краткого статистического сборника Росстата «Образование в цифрах: 2022», в котором содержатся основные показатели, характеризующие в динамике развитие общего образования, в Российской Федерации за период 2018–2022 гг. В исследовании были использованы данные Росстата, Минпросвещения России, Минобрнауки России, Федерального казначейства, ОЭСР, а также собственные разработки Института статистических исследований и экономики знаний Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики».

Результаты. В современных образовательных организациях обеспеченность обучающихся персональными компьютерами за два года увеличилась на 7,54%. При этом также увеличилось число компьютерной техники с доступом к интернету на 7,50%. В организации работы обучения с использованием интернет-технологий важной является скорость передачи данных. Показано, что в каждой четвертой общеобразовательной организации использовался интернет со скоростью 2,0–29,9 Мбит/с; в каждой третьей общеобразовательной организации — 29,2 Мб/с и в каждой пятой общеобразовательной организации — 100 Мб/с и выше. От 23,2 до 82,7% общеобразовательных организаций использовали в виде специальных программных средств, доступных для обучающихся, электронные журналы и дневники (82,7%), обучающие компьютерные программы (59,4%), электронные версии учебной литературы (45,9–54,2%), программы компьютерного тестирования (44,8%). За период 2019–2022 гг. зарегистрирован рост численности учащихся, использующих электронное обучение, на 31,5%, и в 3,7 раза — численности учащихся, использующих дистанционные образовательные технологии.

Заключение. Очевидно, что полученные данные свидетельствуют об активной цифровизации начального, основного и среднего общего образования, что актуализирует в работе врача-педиатра акцентирование внимания педагогического сообщества, родителей детей и подростков на необходимости строгого контроля соблюдения санитарных правил по использованию информационно-коммуникационных технологий при организации учебного процесса.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ АКТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Булычева Е.В.¹, Булычев В.В.²

¹ ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Оренбург, Российская Федерация

² ГБУЗ «Оренбургский областной клинический противотуберкулезный
диспансер», Оренбург, Российская Федерация

Актуальность. Туберкулез до настоящего времени сохраняет статус серьезной медицинской и социальной проблемы (Романова М.А., Мордык А.В., 2018). Особое внимание следует уделять проблеме туберкулеза в детском возрасте и решению вопроса своевременной выявляемости данной нозологии (Цыганкова Е.А., Мордык А.В., Турица А.А., 2014).

Цель исследования. Провести анализ заболеваемости детей активным туберкулезом в Российской Федерации.

Пациенты и методы. Анализ статистических данных проведен на основании выкопировки из сборника Росстата «Семья и дети России. 2021» абсолютных значений заболеваемости активным туберкулезом детей в возрасте 0–14 лет, состоявших под наблюдением на конец исследуемых годов (2010–2021 гг.). Для расчета распространенности заболеваемости активным туберкулезом на 10 000 детей использовались данные численности детского населения Российской Федерации в возрасте 0–14 лет Росстата «Демография»/ «Распределение населения по возрастным группам» (<https://rosstat.gov.ru/folder/12781>).

Результаты. Болезни органов дыхания среди детей в возрасте до 14 лет занимают первое ранговое место (68,9%). При этом доля заболеваемости активным туберкулезом из этого числа составляет лишь 0,0053%. Но проблема активного туберкулеза в педиатрии является важной. Это связано с тем, что, несмотря на внедрение скринингового обследования детей и подростков на туберкулез в условиях общей лечебной сети, которое отражено в Приказе Минздрава России от 29 декабря 2014 г. № 951 «Об утверждении методических рекомендаций по совершенствованию диагностики и лечения туберкулеза органов дыхания», в период с 2014 по 2018 г. уровень заболеваемости практически не изменялся и был в пределах 1,04–1,72 на 10 000 детей. Лишь за последние два года наблюдается тенденция существенного снижения заболеваемости туберкулезом — в 1,8 раза (с 1,04 в 2018 г. до 0,59 в 2021 г.). Полученные данные являются результатом внедрения комплексной системы противотуберкулезных мероприятий. Оказание противотуберкулезной помощи детям и подросткам имеет главным образом профилактическое направление — предупреждение заражения туберкулезом, своевременное выявление впервые инфицированных, диспансерное наблюдение детей и подростков с повышенным риском заболевания туберкулезом и больных туберкулезом с целью предупреждения развития болезни.

Заключение. Выявленная динамика снижения заболеваемости туберкулезом детей свидетельствует об эффективности проводимой планомерной работы по предупреждению туберкулеза у детей в Российской Федерации в течение многих десятилетий. Для предотвращения ухудшения ситуации с заболеваемостью детей туберкулезом необходимо активно внедрять мероприятия по выявлению и нивелированию факторов риска.



СИНДРОМ МАКЛА – УЭЛЛСА: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Буренкина В.В., Шахова Н.В., Фуголь Д.С.

ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Барнаул, Российская Федерация

Актуальность. Криопирин-ассоциированные периодические синдромы (КАПС) представляют собой группу редких аутовоспалительных заболеваний, которая включает семейный холодовый аутовоспалительный синдром, синдром Макла – Уэллса и хронический младенческий неврологический кожно-артикулярный синдром, в основе патогенеза КАПС лежит мутация гена *NLRP3*, кодирующего белок криопирин, что приводит к неконтролируемой активации инфламмосомы и повышению экспрессии интерлейкина (IL) 1. Сыпь и лихорадка являются самыми первыми и частыми симптомами КАПС, и нередко пациенты длительное время наблюдаются у врачей разных профилей с неверными диагнозами. Несмотря на то, что КАПС относятся к чрезвычайно редким заболеваниям, недостаточный уровень знаний большинства врачей об аутовоспалительных синдромах позволяет говорить о гиподиагностике этих состояний.

Цель исследования. Представить клинический случай синдрома Макла – Уэллса у ребенка 4 лет.

Пациенты и методы. Мать мальчика 4 лет обратилась к врачу аллергологу-иммунологу с жалобами на наличие у ребенка сыпи, локализованной на туловище, конечностях, не сопровождающейся зудом, не исчезающей при приеме антигистаминных препаратов, на периодические боли в суставах нижних конечностей. Из анамнеза заболевания известно, что сыпь появилась с первых дней жизни ребенка. Мальчик неоднократно консультирован врачами-дерматологами и аллергологами-иммунологами, которые наблюдали его с диагнозами «атопический дерматит», «хроническая крапивница». Неоднократно получал местную противовоспалительную терапию глюкокортикостероидами и ингибиторами кальциневрина, системными антигистаминными препаратами без эффекта. Кроме высыпаний, у ребенка с первых месяцев жизни отмечались стойкий лейкоцитоз в пределах 20–23 тыс./мкл, периодическое повышение СОЭ до 20–30 мм/ч без клинико-лабораторных признаков инфекционного процесса, железодефицитная анемия. С 3-летнего возраста появились периодические боли в суставах нижних конечностей. Показатели общего анализа крови в первые три года жизни: 1 год — гемоглобин 108 г/л, лейкоциты 20 тыс./мкл, СОЭ 17 мм/ч; 2 года — гемоглобин 107 г/л, лейкоциты 23 тыс./мкл, СОЭ 23 мм/ч; 3 года — гемоглобин 114 г/л, лейкоциты 19 тыс./мкл, СОЭ 19 мм/ч; 4 года — гемоглобин 107 г/л, лейкоциты 23 тыс./мкл, СОЭ 23 мм/ч.

Результаты. Объективный статус при обращении к врачу аллергологу-иммунологу: физическое развитие среднее, гармоничное. Нервно-психическое развитие соответствует возрасту. Самочувствие ребенка не нарушено. На лице, туловище, верхних и нижних конечностях пятнисто-папулезная, уртикароподобная сыпь. Со стороны внутренних органов — без патологии. По данным лабораторного обследования выявлен лейкоцитоз — 21 тыс./мкл, СОЭ — 30 мм/ч, СРБ — 17 мг/л. Признаков инфекционного процесса на момент обследования нет. Для уточнения диагноза ребенок госпитализирован в отделение иммунологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева». При поступлении данные лабораторных и инструментальных исследований: гемоглобин — 114 г/л, лейкоциты — 21,8 тыс./мкл, тромбоциты 455 — тыс./мкл, СОЭ — 77 мм/ч, СРБ — 17 мг/л. Иммунофенотипирование лимфоцитов — значимого дефицита основных субпопуляций лимфоцитов не выявлено: CD3⁺ — 6,23 тыс./мкл, CD4⁺ — 3,96 тыс./мкл, CD8⁺ — 1,86 тыс./мкл, CD19⁺ — 1,66 тыс./мкл. Иммуноглобулины сыворотки крови — в пределах референсных значений. Антинуклеарный скрининг (anti-dsDNA, ANA, антифосфолипидный синдром) — аутоантитела не обнаружены. УЗИ органов брюшной полости — признаки внутрибрюшной лимфаденопатии, диффузных изменений паренхимы поджелудочной железы. При осмотре глазного дна в щелевой лампе — признаки воспаления дисков зрительных нервов. Люмбальная пункция — цитоз 21,5/мм³. МРТ головного мозга с внутривенным контрастированием — без патологии. Молекулярно-генетическое исследование: секвенирование нового поколения (NGS, лаборатория НМИЦ ДГОИ, иммунологическая панель) мутация в гене *NLRP3 c.913G>A, p.Asp305Asn* в гетерозиготном состоянии. Исходя из данных анамнеза (уртикароподобная сыпь с первых дней жизни, эпизоды артралгии), результатов физического обследования (распространенная пятнисто-папулезная, уртикароподобная сыпь), лабораторных и инструментальных методов обследования (лейкоцитоз, повышение СОЭ и СРБ вне признаков инфекционного процесса, воспаление дисков зрительных нервов, повышенный цитоз в ликворе), а также результатов молекулярно-генетического исследования (патогенная мутация в гене *NLRP3*), ребенку выставлен диагноз: «Первичное иммунодефицитное состояние: аутовоспалительный синдром — криопирин-ассоциированный периодический синдром (синдром Макла – Уэллса) (мутация в гене *NLRP3 c.913G>A, p.Asp305Asn* в гетерозиготном состоянии)». Осложнение: «Застой дисков зрительных нервов. Неврит зрительных нервов».

Пациенту инициирована патогенетическая терапия моноклональным антителом к IL-1β — канакинумабом в дозе 5 мг/кг 1 раз в 8 нед. После первого введения препарата отмечена положительная динамика — полное разрешение сыпи, лейкоциты снизились до 15,8 тыс./мкл, СОЭ — 25 мм/ч, СРБ — 7,5 мг/л. Лабораторные показатели после 4-го введения канакинумаба: лейкоциты — 9,8 тыс./мкл, СОЭ — 7 мм/ч, СРБ — отрицательно.

Заключение. В представленном клиническом случае высыпания на коже ребенка, появившиеся с первых дней жизни, были приняты за заболевания кожи — хроническую крапивницу и атопический дерматит, несмотря на отсутствие эффекта от антигистаминных и топических противовоспалительных препаратов. Артралгия, признаки воспаления в виде стойкого лейкоцитоза, ускорения СОЭ при отсутствии очагов инфекции длительное время не принимались во внимание, что привело к задержке постановки диагноза, отсутствию адекватной терапии и развитию осложнения в виде неврита зрительных нервов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НЕПРЕРЫВНОГО МОНИТОРИНГА ГЛЮКОЗЫ КРОВИ У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1-ГО ТИПА

Бурлуцкая А.В., Бутенко А.А., Статова А.В., Махрова И.А.

*ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Краснодар, Российская Федерация*

Актуальность. Распространенность сахарного диабета (СД) неуклонно растет, представляет собой медико-социальную проблему здравоохранения. Фактором управления и снижения риска развития осложнений СД является достижение адекватного и безопасного контроля гликемии.

Цель исследования. Оценить эффективность использования непрерывного мониторинга глюкозы (НМГ) крови у детей с СД 1-го типа.

Пациенты и методы. В исследовании приняли участие 49 детей с СД 1-го типа. Создан опросник для оценки эффективности системы НМГ. Проведены анализ показателей гликозилированного гемоглобина, уровня глюкозы крови натощак и в течение дня, оценка результатов осмотра невролога, окулиста.

Результаты. В исследовании приняли участие 49 детей с СД 1-го типа. Средний возраст составил 11 лет. Большая часть детей (93%) болеет СД 1-го типа более 1 года. 76,6% детей используют шприц-ручки для введения инсулина, 23,3% — помповую терапию. У 23,3% больных с СД 1-го типа выявлены хронические осложнения СД, большая часть (76,7%) осложнений не имеет. 93% больных с СД 1-го типа используют систему НМГ крови, из которых 70% обучены управлению системой НМГ. Все дети отметили облегчение в отслеживании гликемии в течение суток, у 12,5% отмечались расхождения в показателях гликемии по результатам НМГ и исследования с помощью глюкометра. При установке системы НМГ 72,5% больных с СД 1-го типа не отметили дискомфорта, у 12,5% отмечалась местная реакция на пластырь для крепления датчика, у 10% — образование кровоподтека, 5% отметили дискомфорт во сне и при движении. 97,5% детей отметили облегчение при расчете дозы инсулина с системой НМГ; 92,5% — снижение эпизодов гипо- и гипергликемии; у 60% отмечено улучшение показателей гликозилированного гемоглобина, у 77,5% уменьшилась вариабельность показателей гликемии в течение суток.

Заключение. При использовании НМГ все больные с СД 1-го типа отметили облегчение контроля гликемии. 2/3 детей не испытывают дискомфорта при установке системы НМГ. Больше 90% пациентов с СД 1-го типа отметили уменьшение эпизодов гипо- и гипергликемии в течение суток, более 70% — уменьшение вариабельности показателей гликемии в течение суток, 60% — улучшение показателей гликозилированного гемоглобина.

УПРАВЛЯЕМЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПОДРОСТКОВ Г. КРАСНОДАРА

Бурлуцкая А.В., Савельева Н.В., Черненко В.А.

*ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Краснодар, Российская Федерация*

Актуальность. В детской популяции распространенность артериальной гипертензии (АГ) — от 2,4 до 18%, в зависимости от возраста и избранных критериев. Существенный вклад в формирование АГ вносят факторы риска. Выявление факторов риска необходимо для целенаправленной профилактики АГ у подростков.

Цель исследования. Выявление управляемых факторов риска возникновения АГ среди подростков г. Краснодара.

Пациенты и методы. На базе двух общеобразовательных школ г. Краснодара было проведено анонимное анкетирование 343 учеников 6–11-го классов. В анкету входили вопросы, содержащие сведения о гиподинамии, курении, нарушениях в питании и употреблении алкоголя.

В исследование вошли подростки 11–17 лет. Учащиеся были разделены на 2 группы: I — ученики средних классов (6–8-й классы, 11–14 лет) — 232 человека (мальчиков — 52,6%, девочек — 47,4%), II — учащиеся старших классов (9–11-й классы, 15–17 лет) — 111 человек (мальчиков — 54,1%, девочек — 45,9%).

Результаты. В результате исследования выявлено, что гиподинамия (общая продолжительность физических нагрузок менее 3 ч в неделю) в I группе выявлена у 40,9%, во II группе этот процент оказался выше — 57,7%. Кроме того, около половины опрошиваемых подростков (I группа — 47,8%, II группа — 58,5%) имели косвенные признаки гиподинамии — это использование гаджетов (компьютерные игры, социальные сети) более 3 ч в день. Среди обследованных подростков регулярно (ежедневно) курили 7,8% в I группе и 19,8% во II группе. Известно, что несбалансированное питание (преобладание в рационе большого количества легкоусвояемых углеводов: фастфуд, газированные напитки, макаронные и хлебобулочные изделия) в совокупности с гиподинамией могут привести к развитию ожирения и нарушению углеводного и липидного обмена. В нашем исследовании отмечено, что употребление фастфуда и газированных напитков 3 и более раза в неделю отмечено у 21,1% подростков I группы и 44,1% — II группы. Употребление алкоголя (слабоалкогольные напитки 1–3 раза в неделю) отметили 1,7% учеников средних классов и 9,9% респондентов старших классов.

Заключение. Таким образом, практически каждый второй подросток имеет такой фактор риска, как гиподинамия. Регулярное курение выявлено у 7,8% подростков средних классов и 19,8% подростков старших классов. Достаточно частое употребление фастфуда и газированных напитков отмечено у опрошиваемых подростков — 21,1% в I группе и 44,1% во II группе. Практически каждый десятый подросток старших классов употребляет слабоалкогольные напитки.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПОДРОСТКОВ

Бурлуцкая А.В., Триль В.Е.

ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Краснодар, Российская Федерация

Актуальность. Согласно модели сердечно-сосудистого континуума, артериальная гипертензия (АГ) и метаболические предикторы (дислипидемия (ДЛП), нарушения обмена мочевой кислоты, гомоцистеина, нарушения гемостаза) являются независимыми факторами риска (ФР) формирования кардиоваскулярных катастроф.

Цель исследования. Изучить распространенность и структуру метаболических факторов риска у подростков с эссенциальной АГ.

Пациенты и методы. В отделении кардиологии ГБУЗ «ДГКБ г. Краснодара» Минздрава Краснодарского края проведено обследование 76 подростков в возрасте от 12 до 17 лет (медиана возраста — $14,1 \pm 1,9$ года) с верифицированным клиническим диагнозом эссенциальная АГ. Исследуемые метаболические факторы риска АГ: липидный спектр сыворотки крови (критерии нормолипидемии — Clinical Practice Recommendations for Pediatric Dyslipidemia, 2019), уровень мочевой кислоты (рекомендации Европейской антиревматической лиги (EULAR), 2015), гомоцистеина и D-димера.

Результаты. Исследование показало, что среди подростков с эссенциальной АГ ДЛП верифицированы у 23,6% ($n = 18$). Анализ структуры ДЛП показал преобладание изолированных форм — 55,5% ($n = 10$): гиперхолестеринемия — у 33,2%, гипертриглицеридемия — у 22,3%. Второе место занимают комбинированные формы ДЛП — 33,4% ($n = 6$), третье место принадлежит 2а типу (по Фредриксону) — 11,1% ($n = 2$). Изолированная альфа-гипохолестеринемия выявлена у 16,7% ($n = 3$). Гиперурикемия (ГУ), которая является значимым проатерогенным фактором риска АГ, встречается у 10,5% ($n = 8$) подростков. Высокий уровень гомоцистеина (ГЦ) является независимым ФР сердечно-сосудистых заболеваний. Исследование показало, что среди подростков с АГ гипергомоцистеинемия встречается у 5,3% ($n = 4$). Наличие в плазме крови D-димера свидетельствует об образовании и деградации фибринового сгустка внутри сосудистого русла и отражает активацию как гемостаза, так и фибринолиза. Диапазон нормальных значений D-димера не превышает 500 нг/мл. Избыток D-димера свидетельствует об активации фибринолиза, которой предшествует усиление коагуляционного каскада с избыточным образованием нерастворимого фибрина. Высокий уровень D-димера выявлен у 3,9% ($n = 3$) подростков с АГ.

Заключение. Исследование показало широкое распространение метаболических ФР АГ у подростков: ДЛП — 23,6%, ГУ — 10,5%, гипергомоцистеинемии — 5,3%, высокого уровня D-димера — 3,9%. Наличие у подростка нескольких предикторов позволяет заподозрить коморбидный характер АГ. На ранних этапах эти нарушения носят обратимый характер, проявляясь начальными стадиями эндотелиальной дисфункции на фоне выраженного окислительного стресса и метаболических нарушений. При длительном сохранении эндотелиальной дисфункции структурные нарушения становятся малообратимыми.

ОЦЕНКА УРОВНЯ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА У ПАЦИЕНТОВ С ДИАБЕТИЧЕСКИМ КЕТОАЦИДОЗОМ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Быков Ю.В.^{1, 2}, Батулин В.А.¹, Воробьева А.П.², Вартанян А.А.¹

¹ ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Ставрополь, Российская Федерация

² ГБУЗ СК «Городская детская клиническая больница им. Г.К. Филиппского»,
Ставрополь, Российская Федерация

Актуальность. Диабетический кетоацидоз (ДКА) является острым метаболическим осложнением сахарного диабета (СД) 1-го типа, требующим неотложной помощи. Диагностика оксидативного стресса (ОС) является актуальным направлением современной медицины, в том числе и при СД.

Цель исследования. Оценка уровня ОС на фоне ДКА у пациентов детского возраста с СД 1-го типа.

Пациенты и методы. В исследование вошли 74 ребенка: I группа — 50 пациентов с ДКА; II группа — 24 условно здоровых пациента. Группу пациентов с ДКА разделили на две подгруппы: в 1-ю подгруппу вошли 27 пациентов с ДКА на фоне впервые выявленного СД 1-го типа, во 2-ю подгруппу — 23 пациента с ДКА на фоне хронического течения. Методом иммуноферментного анализа в плазме крови оценивались следующие показатели, ассоциированные с ОС: малоновый диальдегид (МДА), продукты окисления протеинов (ПОП), 8-изопрастан (8-ИП), 8-дезоксигуанозин (8-ДГ). С целью оценки различия средних величин использовали критерии Манна – Уитни и Краскела – Уоллиса.

Результаты. Выявлено повышение средних показателей 8-ИП — 91,645 [80,17–139,32] Pg/ml и 8-ДГ — 512,41 [413,72–586,08] Pg/ml у пациентов I группы, по сравнению со II группой условно здоровых пациентов: 78,495 [66,68–92,03] Pg/ml и 404,1 [285,5–455,25] Pg/ml соответственно. Средние значения МДА и ПОП не отличались от показателей условной нормы. Выявлено максимальное повышение показателей 8-ИП и 8-ДГ у пациентов с ДКА на фоне хронического течения СД 1-го типа по сравнению с пациентами с ДКА с впервые выявленным СД 1-го типа.

Заключение. Обнаружено повышение некоторых маркеров ОС на фоне ДКА у пациентов с СД 1-го типа. Выраженность проявлений ОС при ДКА увеличивалось по ходу течения основного заболевания. Раннее выявление маркеров ОС при СД 1-го типа на фоне ДКА может улучшить результаты лечения и прогноз заболевания.



ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ КАРТИНА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ КИШЕЧНИКА, ВЫЗВАННЫХ КАМПИЛОБАКТЕРОМ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Валялов К.А., Ревуненков Г.В.

НИИ педиатрии и охраны здоровья детей НКЦ №2 ФГБНУ
«РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского» Минобрнауки России,
Москва, Российская Федерация

Актуальность. Одной из наиболее частых этиологических форм в структуре острых кишечных инфекций у детей является кампилобактериоз. У большинства больных заболевание протекает с поражением толстой кишки, что делает ультразвуковое исследование незаменимым в диагностике симптома пораженного полого органа.

Цель исследования. Оценить патологические изменения кишечника у ребенка с течением острой кишечной инфекции при помощи ультразвукового метода исследования.

Пациенты и методы. Мальчик, 8 лет, болен первые сутки, обратился с жалобами на боль в животе, повышение температуры тела до фебрильных значений, многократный жидкий стул с кровью, двукратную рвоту. Живот доступен поверхностной и глубокой пальпации во всех отделах, безболезненный. Было проведено исследование общего анализа крови, С-реактивного белка, ПЦР анализа кала на основные группы вирусных и бактериальных кишечных инфекций, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

Результаты. По результатам ультразвукового исследования были выявлены значительные изменения толстой и слепой кишок на всем протяжении. Отмечалось резкое утолщение стенки толстой кишки от 4,5–6,0 мм в проксимальных отделах до 3,5 мм в дистальных отделах, повышение ее эхогенности за счет подслизистого слоя, снижение ее структурности; в режиме ЦДК — умеренное усиление кровотока. В просвете определялось жидкостное содержимое в небольшом количестве. Петли тонкой кишки не были дилатированы, стенки не изменены, перистальтика прослеживалась обычная, направленная. По ходу брыжейки тонкой кишки визуализировались множественные увеличенные до 15 × 6 мм лимфатические узлы правильной овальной формы, с сохранной архитектоникой и неизменной эхогенностью. Проведенные лабораторные исследования показали сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышение С-реактивного белка до 42 мг/л, положительную ПЦР на *Campylobacter* spp. По результатам обследования была назначена антибактериальная терапия. При контрольном ультразвуковом исследовании органов брюшной полости через три дня отмечалась положительная динамика в виде уменьшения толщины кишечной стенки до 3,0–3,5 мм, дифференцировка слоев стенки прослеживалась четко, эхогенность пришла в норму.

Заключение. Ультразвуковое исследование является приоритетным методом лучевой диагностики патологии кишечника у детей и предоставляет возможность эффективно диагностировать топографию инфекционного поражения кишечника, определить степень утолщения стенки кишки, выраженность изменений ее структуры и кровотока. Ценность метода обусловлена своей неинвазивностью, простотой в применении и широкой доступностью; позволяет проводить динамическое наблюдение по результатам лечения, что может помочь в корректировании подобранной терапии.

СТЕПЕНЬ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ВАКЦИНАЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ КАРЕЛИЯ

Варламова Д.Д., Зарипова Ю.Р., Варламова Т.В.

*ФГБОУ ВО «Петрозаводский государственный университет», Петрозаводск,
Российская Федерация*

Актуальность. В 2021 г. Государственный институт русского языка им. А.С. Пушкина назвал словом года «спутник». Кроме того, такие слова, как «антипрививочник» и «антиваксер», стали встречаться в 3 раза чаще. ВОЗ в 2019 г. среди 10 глобальных угроз для человечества назвала отказ от вакцинации. Международное социологическое исследование, проведенное в 67 странах мира, показало, что уровень скептицизма населения России по отношению к вакцинации детей составил 17% против среднемирового 5,8%. Таким образом, недоверие населения к вакцинации в настоящее время является крайне актуальной проблемой.

Цель исследования. Оценить степень приверженности вакцинации населения Республики Карелия.

Пациенты и методы. Методы включали в себя разработку анкеты из 20 вопросов на бумажном носителе и базе электронных сервисов Google. Статистическая обработка материала проводилась с использованием стандартного пакета Microsoft Office 2010. В анкетировании приняли участие 402 человека (79,4% женщин и 20,6% мужчин): 45,3% — 18–25 лет, 32,1% — 25–45 лет, 15,7% — 45–65 лет. Социальный статус: 21% респондентов были работниками бюджетной сферы, 7% — служащие, 6,5% — домохозяйки, наемные рабочие, самозанятые, 6,2% — предприниматели.

Результаты. 75% опрошенных считают, что профилактические прививки необходимы. 82% человека указали, что знают свой прививочный статус. У 51% сделаны все прививки. 69% человек привиты против новой коронавирусной инфекции, 66,9% — против дифтерии и столбняка, 62,4% — против кори, 56,5% — против гепатита В, 42% — против гриппа, 57,2% — против краснухи, 36% — против эпидпаротита, 28,9% — против пневмококковой инфекции. Охват вакцинацией против новой коронавирусной инфекции обусловлен пандемией и активной прививочной кампанией, чего не скажешь про грипп. Низкая заболеваемость гриппом в последние два года на фоне ограничительных карантинных мероприятий привела к уменьшению бдительности по отношению к этому высококонтагиозному и серьезному заболеванию и, как следствие, к недостаточной его вакцинопрофилактике. Необходимо отметить, что Республика Карелия является эндемичным регионом по клещевому энцефалиту, однако всего лишь 0,2% респондентов отметили, что они привиты против данного заболевания. В качестве источников информации по вакцинации 62,9% человек указали медицинских работников, 49,3% — место работы или учебы, 45% — интернет, 12,2% — телевидение, 11,7% — книги. В качестве причин отказа от вакцинации 40,5% опрошенных ответили, что боятся поствакцинальных осложнений, 35,4% — указали наличие медицинских противопоказаний, 13,5% считают, что лучше переболеть. 247 респондентов имеют детей, среди которых полностью вакцинированы 52%, не вакцинированы — 18,6%. При этом 88% знают об опасности, риске заражения и осложнениях инфекционных заболеваний.

Заключение. Таким образом, большинство опрошенных считают, что вакцинация необходима. Проведенная работа демонстрирует, что с помощью современных технологий и программных средств следует постоянно проводить мониторинг мнения населения относительно необходимости вакцинации для своевременного принятия управленческих решений и формирования стойкой приверженности профилактике вакциноуправляемых заболеваний.

ГЛИКИРОВАННЫЙ ГЕМОГЛОБИН КАК ПОКАЗАТЕЛЬ КОМПЕНСАЦИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Варламова Т.В.^{1, 2}, Зарипова Ю.Р.¹, Хомякова Е.В.²

¹ ФГБОУ ВО «Петрозаводский государственный университет»,
Петрозаводск, Российская Федерация

² ГБУЗ «Детская республиканская больница», Петрозаводск,
Российская Федерация

Актуальность. Республика Карелия (РК) входит в группу регионов с высокой распространенностью сахарного диабета 1-го типа (СД 1): более 200 случаев на 100 тыс. населения. За последние 20 лет заболеваемость СД 1 среди детей и подростков в РК возросла в 3,4 раза, преимущественно за счет дебюта в раннем возрасте.

Цель исследования. Анализ показателей среднего уровня гликированного гемоглобина (HbA1c) среди детей и подростков с СД 1 в РК.

Пациенты и методы. Первичная заболеваемость СД 1 на 100 тыс. детского населения в РК в 2021 г. составила 31,7 (в 2019 г. — 24,4). Одним из показателей компенсации СД 1 является уровень HbA1c. Так, в РК в 2022 г. средний показатель HbA1c среди детей до 14 лет с СД 1 составил 8,35%, среди подростков 15–17 лет — 9,62%. Данные показатели коррелируют с другими регионами.

Результаты. Чем выше уровень HbA1c, тем чаще развиваются осложнения СД 1. Так, среди детей до 14 лет с СД 1 в РК диабетическая полинейропатия (доклиническая стадия) была выявлена в 4,35% случаев, нефропатия — в 3,11%, среди подростков 15–17 лет — соответственно в 11,6 и 23,7%.

Заключение. Ухудшение показателей компенсации СД 1 в подростковом возрасте свидетельствует об уменьшении приверженности терапии, снижении частоты контроля гликемии и, как следствие, развитии осложнений. Перспективными являются регулярное обучение в «Школе диабета», применение непрерывного мониторинга уровня глюкозы, которые повышают мотивацию к компенсации СД 1.



КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА СТЕПЕНИ РЕЗИСТЕНТНОСТИ К РЕСПИРАТОРНЫМ ИНФЕКЦИЯМ У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ: ИССЛЕДОВАНИЕ «СЛУЧАЙ – КОНТРОЛЬ»

Виноградова Т.В., Касаткин Д.С.

ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Ярославль, Российская Федерация

Актуальность. В последние годы отмечается неуклонный рост числа беременностей у пациенток с рассеянным склерозом (РС), часть из них возникает на фоне патогенетической терапии. Резистентность к инфекциям может служить интегративным показателем здоровья ребенка.

Цель исследования. Изучить уровень резистентности к респираторным инфекциям детей первого года жизни от матерей с РС в сравнении с детьми от здоровых матерей, в том числе влияние терапии матери.

Пациенты и методы. 46 детей от матерей с РС и 46 детей от здоровых матерей (контроль), одномоментная оценка в возрасте 12 мес. Часть детей основной группы имели в первом триместре экспозицию патогенетической терапии: 12 — глатирамера ацетат, 16 — интерферон бета, 2 — финголимод. Степень резистентности Jos — число острых инфекционных заболеваний / 12 мес. Ребенок считался часто болеющим, если он в течение года переносил 4 и более острых заболевания.

Результаты. Частота инфекций в основной группе составляет 2,70 (ДИ 2,18–3,22), что достоверно выше ($p = 0,001$), чем в контроле — 1,33 (ДИ 0,98–1,67). Частота встречаемости нулевой инфекционной заболеваемости в основной группе — 6,5% (3 детей), в контрольной — 23,9% (11 детей) ($p = 0,020$). Основную массу инфекций в исследуемых популяциях составили респираторные инфекции. Хорошая резистентность ($Jos < 0,32$) отмечена у 67,4 и 93,5% соответственно ($\chi^2 = 9,95$, $p = 0,002$). Сниженный уровень резистентности (0,33–0,49) наблюдался у 11 (23,9%) и 3 (6,5%) детей соответственно ($p = 0,020$). Низкий уровень (0,5–0,6) был отмечен в основной группе ($n = 4$). К группе часто болеющих детей согласно критерию были отнесены 15 детей (32,6%) от матерей с РС, при этом процентное отношение детей к выборке в целом по данному показателю было достоверно выше ($p = 0,002$), чем в группе контроля — 3 детей (6,5%). При анализе получаемой терапии получены близкие к достоверности различия групп ($p = 0,064$), при этом частота инфекционных заболеваний детей от наивных в отношении лечения пациенток составила 3,00 (ДИ 2,22–3,78), от получавших глатирамера ацетат — 3,33 (ДИ 2,39–4,28), а в группе интерферона была существенно ниже — 2,00 (ДИ 1,00–3,00).

Заключение. Показатель индекса резистентности в группе детей от матерей с РС чаще имеет сниженный и низкий уровень. Риск развития инфекции у детей основной группы был выше (RR 2,06, $p = 0,002$) по сравнению с контрольной. Риск попадания детей в категорию длительно и часто болеющих в основной группе также был значительно выше (RR 5,00, $p = 0,007$). Использование матерью интерферона уменьшало этот риск примерно в 2 раза, т.е. делало сопоставимым с инфекционными рисками детей группы контроля (RR 0,46, $p = 0,024$).

СОЧЕТАНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1-ГО ТИПА И СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Власенко Н.Ю.¹, Павлинова Е.Б.¹, Устьян Л.А.², Юдицкая Т.А.³,
Юнгман Н.В.³, Каргаполова К.И.³, Кузнецова П.В.³, Зейнуллина А.Т.¹

¹ ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Омск, Российская Федерация

² БУЗОО «Городская детская клиническая больница» № 2 им. В.П. Бисяриной»,
Омск, Российская Федерация

³ БУЗОО «Областная детская клиническая больница», Омск,
Российская Федерация

Актуальность. Поражение кожи при сахарном диабете 1-го типа (СД 1) может быть проявлением сопутствующих аутоиммунных заболеваний или осложнением длительного, плохо компенсированного заболевания.

Цель исследования. Описание клинического случая пациента с сочетанием СД 1 и системной склеродермии (ССД) с целью информирования врачей-педиатров.

Пациенты и методы. Наблюдение ребенка с диагнозом: «Сахарный диабет 1-го типа. Ювенильная системная склеродермия, диффузная форма: феномен Рейно, поражение кожи диффузного типа, склеродактилия, маскообразность лица, интерстициальное поражение легких, иммунологические (АНА+) и микроциркуляторные (данные КНЛ); ФН1».

Девочка, 11 лет, больна СД 1 с 1 года. Классическая манифестация, в дебюте тяжелый кетоацидоз. Находится на интенсифицированной инсулинотерапии Аспарт и Деглюдек в дозе 2 ЕД/кг/сут. Не достигает целевых значений.

Результаты. В возрасте 8 лет стала отмечать повышенную сухость кожи, далее появились чувство «стянутости» кожи, ограничение сжатия пальцев кистей в кулак, появилось чувство нехватки воздуха. Врачами по месту жительства данные проявления расценивались как осложнения СД 1. В течение 3 лет пациентка не наблюдалась эндокринологом. При госпитализации в эндокринологическое отделение сохранялись вышеперечисленные жалобы, отмечались лабильные цифры гликемии. Отмечалось тотальное поражение кожи в виде индурации, кожа на верхних веках депигментирована. Лицо амимичное, истончение губ и кончика носа, «рыбий» рот. Отмечается сгибательная контрактура локтевых, лучезапястных суставов, мелких суставов кистей рук, тугоподвижность коленных суставов. Предположили наличие системной склеродермии (ССД). Проведена консультация ревматолога. Диагноз подтвержден лабораторными (повышен титр антинуклеарных антител, положительный антинуклеарный фактор) и инструментальными методами исследованиями (КТ-картина интерстициальных изменений в легких). В терапии преднизолон, метотрексат. Пациентка была направлена для дальнейшего обследования и коррекции терапии в Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой. Диагноз ССД подтвержден, продолжена терапия преднизолоном со снижением дозы, назначен микофенолата мофетил. Отмечается положительная динамика проявлений болезни.

Заключение. В работе врача с пациентами с СД 1 важно проводить регулярный скрининг на ранние симптомы осложнений СД, осуществлять раннюю диагностику и лечение сопутствующих аутоиммунных заболеваний. Регулярный и грамотный самоконтроль, использование современных аналогов инсулина ультракороткого и пролонгированного действия позволяют проводить необходимую патогенетическую иммуносупрессивную терапию без ухудшения показателей гликемии.



ОТ ДЕБЮТА ОБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА ДО АСТМЫ

Волшенкова П.А., Волохова Т.В., Воротникова Н.А.

ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России,
Саратов, Российская Федерация

Актуальность. Существует мнение, что распространенность бронхиальной астмы (БА) у детей выше на территориях с высокой урбанизацией, однако имеются данные, что в последние годы отмечается рост заболеваемости БА у детей из сельской местности. Это послужило основанием для проведения данного исследования.

Цель исследования. Установить средние сроки постановки диагноза «бронхиальная астма» у детей и подростков Саратовского региона.

Пациенты и методы. На базе отделения детской пульмонологии (ОДП) УКБ № 1 им. С.Р. Миротворцева СГМУ с 2020 по 2022 г. изучены данные объективного и лабораторно-инструментального обследования 100 пациентов в возрасте 3–18 лет (ф. 003/у) с диагнозом БА. При постановке диагноза БА учитывали критерии, изложенные в Национальной программе «Бронхиальная астма у детей» (2017) и GINA (2021).

Результаты. Распределение по полу: мальчики ($n = 70$) — 70%, девочки ($n = 30$) — 30%. Распределение по возрасту: дети-дошкольники 3–7 лет (11 человек) — 11%; младшие школьники 7–11 лет (21 человек) — 21%, старшие школьники 11–17 лет (68 человек) — 68%.

В г. Саратове и в крупных районных центрах (г. Балаково, г. Балашов, г. Аткарск, г. Татищево) проживают 89 человек (89%), 11 человек (11%) — жители сельской местности.

В сельской местности проживают 11 человек (с. Песчанка, с. Марфино, с. Озинки, с. Шевыревка). Для пациентов г. Саратова и крупных райцентров дебют бронхообструктивного синдрома (БОС) пришелся на возраст $5,3 \pm 0,1$ года, а диагноз БА им выставлен в течение последующих $1,4 \pm 0,5$ года.

В то время как для пациентов, проживающих в сельской местности, — 11 человек — диагноз БА ставился в средние сроки $2,8 \pm 0,5$ года от дебюта БОС.

При этом следует отметить, что первичный диагноз БА у детей, проживающих в сельской местности, не ставился в течение $3,7 \pm 0,2$ года, несмотря на объективные критерии, имеющиеся у этой категории больных.

Дебют бронхиальной астмы приходится на диапазон до 3 лет у 4 пациентов ($n = 4$), а после 3 лет — у 7 пациентов ($n = 7$).

Заключение. Детям и подросткам областного центра диагноз БА впервые устанавливался в $6,3 \pm 0,6$ года. Для пациентов, проживающих в сельской местности, диагноз БА выставлялся в более поздние сроки — в среднем в возрасте $8,4 \pm 0,5$ года, в течение $3,7 \pm 0,2$ года.



СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННЫХ ДИВЕРТИКУЛОВ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ

Врублевский С.Г., Врублевская Е.Н., Врублевский А.С., Оганисян А.А.,
Валиев Р.Ю., Туров Ф.О.

*ГБУЗ «НПЦ специализированной медицинской помощи детям ДЗМ»,
Москва, Российская Федерация
ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России,
кафедра детской хирургии, Москва, Российская Федерация*

Актуальность. Дивертикул мочевого пузыря представляет собой выступ слизистой оболочки уротелия через мышечные слои мочевого пузыря. Дивертикулы мочевого пузыря могут быть как врожденными (первичными), так и приобретенными (вторичными). Частота встречаемости данного заболевания составляет 1,7% от всех пороков развития мочевых путей у детей. В детской популяции в большинстве случаев встречаются врожденные дивертикулы, строение стенок которых аналогично строению мочевого пузыря.

Цель исследования. Оценить эффективность эндовидеохирургического лечения детей с диагнозом «дивертикул мочевого пузыря».

Пациенты и методы. В хирургическом отделении «НПЦ спецмедпомощи детям ДЗМ» в период с 2020 по 2022 г. пролечены 5 пациентов, которым было выполнено хирургическое вмешательство в объеме дивертикулэктомии. Трём пациентам проведена пневмозикоскопическая дивертикулэктомия и двоим пациентам — лапароскопическая дивертикулэктомия. У всех детей причиной госпитализации послужила инфекция мочевыводящих путей, сопровождающаяся симптомами дизурии. Обследование пациентов включало в себя ультразвуковое исследование почек и мочевого пузыря, микционную цистографию в положении 3/4, окончательный диагноз устанавливался после выполнения диагностической цистоскопии и визуализации дивертикула. Во всех случаях с учетом клинических проявлений заболевания, анатомических особенностей локализации и размера дивертикула, объема мочевого пузыря, возраста пациента были выполнены оперативные вмешательства с применением радикальной малоинвазивной эндовидеохирургии с резекцией дивертикула и ушиванием дефекта полого органа.

Результаты. Средние размеры дивертикула составляли от 2,5 см в диаметре и более. В послеоперационном периоде проводилось стандартное лечение, включавшее в себя антибактериальную, инфузионную и анальгетическую терапию. Среднее время операции составило 92 ± 20 мин. Среднее время пребывания в стационаре после операции — 6 сут. Уретральный катетер был удален на 4–5-е сут после операции. В нашем исследовании только в 1 случае была выполнена неоуретероимплантация. Выполнение одномоментной неоимплантации и дивертикулэктомии зависело от наличия общей стенки дивертикула и мочеточника. При катamnестическом обследовании через 6 и 12 мес отмечались нормализация клинического анализа мочи и посева мочи, купирование дизурических симптомов. При контрольных ультразвуковых исследованиях данных за нарушения уродинамики не выявлено.

Заключение. Хирургическое лечение дивертикула мочевого пузыря с использованием эндовидеохирургических методов лечения является безопасной и эффективной операцией и может рассматриваться как достойная альтернатива открытым методам. Выбор между лапароскопической и пневмозикоскопической методиками зависел от размеров и локализации дивертикула, объема мочевого пузыря, а также возраста ребенка.

ОЦЕНКА ОТДЕЛЬНЫХ ПАРАМЕТРОВ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У ДЕТЕЙ С ТИПИЧНЫМ ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ (ГУС)

Выходцева Г.И.¹, Колесникова О.И.¹, Киричек Е.Ю.¹, Новикова Л.М.²,
Махова Е.Г.³

¹ ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Барнаул, Российская Федерация

² КГБУЗ «Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства»,
Барнаул, Российская Федерация

³ КГБУЗ «Городская детская больница № 1, г. Барнаул», Барнаул,
Российская Федерация

Актуальность. Гемолитико-уремический синдром (ГУС) у детей является одной из причин острой почечной недостаточности. Оценка отдельных показателей системы гемостаза имеет важное значение для оценки тяжести патологического процесса и выбора тактики ведения детей с ГУС.

Цель исследования. Определить состояние отдельных лабораторных показателей и параметров системы гемостаза у детей с ГУС для оценки тяжести течения патологического процесса.

Пациенты и методы. Проведено аналитическое исследование клинико-лабораторных проявлений типичного ГУС по материалам 11 историй болезней детей, находившихся на лечении в Краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства». Средний возраст детей составил 33 [12,0; 57,0] месяца. Гендерный состав был следующим: 6 девочек, 5 мальчиков. У всех детей были выполнены общеклинические лабораторные обследования и проведено исследование отдельных параметров сосудисто-тромбоцитарного и коагуляционного звеньев системы гемостаза.

Результаты. Анемия зарегистрирована у всех пациентов (100%). Уровень гемоглобина в среднем по группе составил 63,0 [56,0; 66,9] г/л, уровень свободного гемоглобина в среднем по группе был 0,38 [0,07; 0,8] г/л. ЛДГ была повышена у всех больных детей (100%), показатель в среднем по группе составил 3845,0 [2680,0; 4490,0] U/l, что являлось неспецифическим маркером течения деструктивных процессов. Показатели сывороточного уровня мочевины и креатинина достигали 37,0 [23,4; 39,0] ммоль/л и 486,54 [224,3; 544,69] мкмоль/л соответственно, СКФ была снижена у всех пациентов (100%), в среднем по группе составила 15,2 [9,17; 36,0] мл/мин/1,73м³. Снижение тромбоцитов (Тц) в общем анализе крови отмечалось у 9 (82%) пациентов, уровень Тц в среднем по группе был 62,0 [43,0; 120,0] × 10⁹/л (Тц min — 19,0 × 10⁹/л). Индуцированная агрегация Тц в среднем по группе была следующей: индуцированная адреналином — 52,0 [45,5; 54,5] %, индуцированная АДФ — 53,0 [49,0; 56,5] %, коллагеном — 53,5 [46,0; 62,5] %, ристомисином — 70,0 [62,5; 72,5] %. Активность фактора Виллебранда в среднем по группе составила 78,0 [67,0; 92,0] %: у 3 (27%) детей отмечалось снижение активности фактора Виллебранда до 65,0 [62,0; 67,0] % как маркера эндотелиоза. Концентрация РФМК по ортофенантролиновому тесту (ОФТ) в среднем по группе составила 220,0 [170,0; 260,0] мкг/мл. Оценка концентрации РФМК по ОФТ свидетельствовала о высокой тромбинемии у 8 (73%) детей и составила 240,0 [215,0; 270,0] мкг/мл; у 3 (27%) пациентов уровень тромбинемии был умеренный (120,0 [60,0; 170,0] мкг/мл).

Заключение. Сниженные показатели количества тромбоцитов сочетались с изменениями в сосудисто-тромбоцитарном звене гемостаза в виде снижения индуцированной агрегации тромбоцитов как результат потребления функционально активных тромбоцитов в процессе микротромбообразования. Изменения параметров коагуляционного звена системы гемостаза у детей с ГУС носили индивидуальный характер у отдельных обследованных пациентов, свидетельствовали о течении ДВС-синдрома и требовали индивидуального подхода в терапии.

ФОРМИРОВАНИЕ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

Выходцева Г.И.¹, Хасанова Ю.Л.², Махова Е.Г.³, Ковярова Е.Б.²

¹ ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Барнаул, Российская Федерация

² КГБУЗ «Городская детская больница, г. Бийск», Бийск, Российская Федерация

³ КГБУЗ «Городская детская больница № 1, г. Барнаул», Барнаул,
Российская Федерация

Актуальность. Персистирующая кристаллурия может приводить к отложению кристаллов в ткани почки и развитию асептического тубулоинтерстициального воспаления, а также к их адгезии, что служит основой развития мочекаменной болезни. Регистрируется широкое распространение дизметаболических нарушений и на их фоне инфекций мочевой системы в детской популяции. Крупный регион Российской Федерации Алтайский край является высокоэндемичным районом по заболеваемости оксалатно-кальциевым нефролизом среди взрослых.

Цель исследования. Изучить частоту формирования конкрементов у детей с инфекцией мочевыводящей системы (ИМС) и кристаллурией.

Пациенты и методы. В условиях отдельной территории Алтайского края на материалах обследования 782 пациентов с ИМС изучены ведущие факторы риска, определяющие развитие мочекаменной болезни у детей. Полученная информация открывает новые возможности для осуществления наблюдения за детьми с ИМС и кристаллурией как группой риска по развитию мочекаменной болезни.

Среди 782 пациентов с ИМС преобладали дети в возрасте от 7 до 14 лет — 386 (49,4%); в возрасте от 3 до 7 лет было 225 (28,8%), от 1 года до 3 лет — 108 (13,8%) и в возрасте от 0 до 1 года — 63 (8%) ребенка. При оценке гендерных различий среди детей с ИМС регистрировалось преобладание девочек.

Результаты. Инфекция органов мочевой системы в акушерско-гинекологическом анамнезе матерей обследованных детей с ИМС зарегистрирована в 43%, мочекаменной болезнью страдали 11,7% родственников детей с ИМС. У детей с ИМС анализ структуры и частоты кристаллурии показал, что оксалатно-кальциевая кристаллурия регистрировалась у 71,6% детей и статистически значимо преобладала среди других видов кристаллурий ($\varphi = 18,438$, $p < 0,01$), в 15,6% случаев регистрировалась уратная кристаллурия, в 12,8% — фосфатная кристаллурия. Течение мочевого синдрома у детей с ИМС и кристаллурией усугублялось гематурией, канальцевой протеинурией, оксалурией, которые регистрировались уже в раннем возрасте, но достоверно чаще данные проявления нарастали к возрасту 7–14 лет. При этом у каждого второго ребенка регистрировалась высокая частота положительного теста на кальцифилаксию, который имел тенденцию к увеличению частоты с возрастом. Течение микробно-воспалительного процесса характеризовалось активностью энзимов мочи. Положительная корреляционная связь между показателями энзимов мочи, белков острой фазы и показателями оксалурии указывала на связь активности воспалительного процесса с метаболическими нарушениями. У детей с ИМС и кристаллурией по данным ультразвуковой локации структуры повышенной эхогенности в паренхиме почек отмечены у каждого третьего ребенка. У 2,7% детей с ИМС и кристаллурией зарегистрировано формирование конкрементов от 5 до 10 мм с четкой акустической дорожкой. В возрасте до 3 лет данные УЗ-признаки не выявлены, в возрасте от 3 до 7 лет и от 7 до 14 лет конкремент визуализировался соответственно у 2,1 и 4,1% детей этих возрастов.

Заключение. Полученная информация открывает новые возможности для осуществления наблюдения за детьми с ИМС и кристаллурией как группой риска по развитию мочекаменной болезни.

СОДЕРЖАНИЕ АМИНОКИСЛОТ В СТУЛЕ МЛАДЕНЦЕВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА ВСКАРМЛИВАНИЯ

Гаевская Е.А., Тихон Н.М., Матусевич В.И., Глазев А.А., Клиса С.Д.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Республика Беларусь

УО «Гродненский государственный университет им. Янки Купалы», Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Известно, что интестинальные микроорганизмы имеют разную метаболическую активность, то есть по-разному метаболизируют компоненты пищи, потребляемой человеком. Соответственно, предполагается, что по содержанию метаболитов в стуле можно косвенно судить о составе микробиоты кишечника. В некоторых публикациях имеются данные о связи концентрации фекального β -аланина с кишечным дисбиозом, в частности с увеличением численности *Clostridium* и *Escherichia* spp. Есть исследования, в которых рассматривают концентрацию орнитина в стуле у детей как маркер воспалительных заболеваний кишечника. Поиск новых фекальных маркеров, определяющих состав микробиоты, является предметом активного научного поиска. Вид вскармливания ребенка на первом году жизни оказывает существенное влияние на состав кишечной микробиоты.

Цель исследования. Изучить содержание фекальных аминокислот у младенцев с различным видом вскармливания.

Пациенты и методы. Работа выполнялась на базе УО «Гродненский государственный медицинский университет» и УО «Гродненский государственный университет им. Янки Купалы», научно-исследовательская лаборатория «Биохимии биологически активных веществ». Для участия в исследовании был отобран 31 ребенок в возрасте от 1 мес до 1 года. Качественное и количественное определение свободных аминокислот и их дериватов осуществляли методом ВЭЖХ с помощью жидкостного хроматографа HP-Agilent 1100 (Agilent Technologies, США). Статистический анализ выполнен с использованием программы Statistica 10. Количественные переменные представлены в виде медианы, нижнего и верхнего квартилей ($Me [Q_1; Q_3]$). Качественные переменные описывали абсолютными (n) и относительными частотами (%). Две независимые группы сравнивали с помощью U -критерия Манна – Уитни, проводился непараметрический корреляционный анализ по Спирмену. Статистически значимыми различия в группах были приняты на уровне $p \leq 0,05$, для промежуточных значений $0,05 < p \leq 0,10$ обсуждали тенденцию к различиям.

Результаты. Всего в исследование случайным образом был отобран 31 ребенок. 71% детей ($n = 22$) был на грудном вскармливании и 29% ($n = 9$) — на искусственном вскармливании. Нами была выявлена статистически значимая связь между типом вскармливания и концентрацией ряда аминокислот в стуле. Например, у детей на искусственном питании были достоверно более низкие цифры таурина ($r = 0,36, p = 0,048$), а также с тенденцией к достоверности более низкие концентрации гидроксипролина ($r = 0,33, p = 0,07$) и аргинина ($r = 0,33, p = 0,07$) в стуле, чем у детей на естественном вскармливании. Фекальная концентрация цитруллина была более высокой у детей на искусственном вскармливании, чем на естественном ($r = 0,33, p = 0,07$). У детей на грудном вскармливании медиана концентрации таурина составила 1,43 мкмоль/г (0,45; 4,57), в то время как на искусственном вскармливании была равна 0,29 мкмоль/г (0,03; 1,35), медиана концентрации аргинина на грудном вскармливании — 0,41 мкмоль/г (0,05; 1,13), на искусственном вскармливании — 0,17 мкмоль/г (0,10; 0,23), фекальная концентрация гидроксипролина на грудном и искусственном вскармливании — соответственно 0,05 мкмоль/г (0,02; 1,30) и 0,03 мкмоль/г (0,02; 0,04). Медиана концентрации цитруллина в стуле у детей на искусственном вскармливании была равна 0,68 мкмоль/г (0,28; 1,21), что выше концентрации у детей на грудном вскармливании — 0,29 мкмоль/г (0,20; 0,74).

Заключение. Вид вскармливания детей на первом году жизни оказывает значимое влияние на профиль фекальных аминокислот. У детей на искусственном вскармливании была достоверно ниже фекальная концентрация таурина и с тенденцией к достоверности более низкие концентрации гидроксипролина, аргинина и более высокие — цитруллина, чем у детей на грудном вскармливании.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ С НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Галашевская А.А.¹, Почкайло А.С.¹, Водянова О.В.^{1,2}, Чепурок Д.А.²,
Сосновская Е.И.²

¹ ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
Минск, Республика Беларусь

² УЗ «Минская областная детская клиническая больница», а/г Лесной,
Республика Беларусь

Актуальность. Дети с неврологической патологией представляют собой гетерогенную группу и нередко имеют множественные факторы риска, приводящие к нарушению плотности и структуры кости, включая развитие вторичного остеопороза, в особенности при снижении двигательной активности.

Цель исследования. Оценить состояния минеральной плотности костной ткани (МПКТ) и представить частоту выявления остеопороза и нарушений плотности кости у детей с неврологической патологией с учетом их способности к самостоятельному передвижению.

Пациенты и методы. В исследование включены 436 детей в возрасте 2–18 лет (медиана 9,4 (6,0; 12,5) года) с различной неврологической патологией, включая детский церебральный паралич (35,6%), нервно-мышечные (29,8%) и другие неврологические заболевания (34,6%). Оценка МПКТ проводилась с использованием метода двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии по педиатрическим программам исследования поясничного отдела позвоночника (L1–L4) и всего тела без включения костей черепа (total body less head; TBLH). МПКТ при z -score $\leq -2,0$ SD расценивалась как «низкая МПКТ».

Результаты. В зависимости от способности к самостоятельному передвижению пациенты были распределены на 2 группы: 1-я группа (53,7%; $n = 234$) — дети, способные ходить самостоятельно или с использованием специальных технических средств, 2-я группа (46,3%; $n = 202$) — дети, не способные к самостоятельному передвижению. Группы исследования были сопоставимы по полу и возрасту ($p > 0,05$). Установлено, что во 2-й группе в обеих областях исследования медиана z -score МПКТ была значимо ниже ($p < 0,001$) и составила при исследовании по программе TBLH $-0,3$ ($-1,9; 2,1$) vs $1,0$ ($-0,3; 2,7$) SD, в L1–L4 — $-2,3$ ($-3,5; -1,4$) vs $-0,7$ ($-1,5; 0,3$) SD. Во 2-й группе низкая МПКТ регистрировалась в 4 раза чаще по сравнению с 1-й группой (65,8% ($n = 133$) vs 16,7% ($n = 39$), $p < 0,001$). При сборе анамнеза не установлено значимых различий в наличии переломов в исследуемых группах (в 1-й группе — у 14,1% ($n = 33$), во 2-й группе — у 13,9% ($n = 28$); $\chi^2 = 0,01$, $p = 0,942$). На основании наличия значимого анамнеза переломов и снижения z -score МПКТ в 1-й группе вторичный остеопороз верифицирован у 1,7% ($n = 4$), а во 2-й группе — у 8,9% ($n = 18$) детей. Таким образом, во 2-й группе остеопороз регистрировался в 5 раз чаще ($p < 0,001$).

Заключение. У детей с неврологической патологией, не способных к самостоятельному передвижению, установлена более высокая частота регистрации низкой МПКТ и вторичного остеопороза. Осведомленность о повышенном риске развития нарушений костной плотности, в том числе остеопороза, и рутинный мониторинг состояния костной ткани у этих детей должны находиться в центре внимания врачей-специалистов различного профиля, включая врачей-педиатров.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АКТИВНОСТИ КРЕАТИНФОСФОКИНАЗЫ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У МАЛЬЧИКОВ С МЫШЕЧНОЙ ДИСТРОФИЕЙ ДЮШЕННА

Галашевская А.А.¹, Почкайло А.С.¹, Зайцев Д.В.², Лазарчик И.В.²

¹ ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
Минск, Республика Беларусь

² УЗ «Минская областная детская клиническая больница», а/г Лесной,
Республика Беларусь

Актуальность. Мышечная дистрофия Дюшенна (МДД) — одна из наиболее тяжелых форм наследственных мышечных дистрофий с манифестацией в возрасте 2–5 лет и быстро прогрессирующим течением. Значительное повышение активности креатинфосфокиназы (КФК) в сыворотке крови считается ранним доклиническим маркером МДД.

Цель исследования. Изучить возрастные особенности активности КФК в сыворотке крови у мальчиков с МДД.

Пациенты и методы. Исследование выполнялось в Республиканском центре детского остеопороза, функционирующем на базе УЗ «Минская областная детская клиническая больница». В исследование включены 54 мальчика с МДД в возрасте от 1,5 до 16,5 лет. Выполнено в динамике 109 исследований КФК в сыворотке крови. Медиана возраста детей на момент забора крови для исследования составила 10,0 (7,5; 11,5) лет. Выделены следующие возрастные группы пациентов: 1,5–6 лет ($n = 18$), 7–11 лет ($n = 65$), 12–16,5 лет ($n = 26$). Данные представлены в формате медианы и интерквартильного размаха: Me (LQ_{25} ; UQ_{75}).

Результаты. У мальчиков с МДД в 100% случаев отмечалось повышение активности КФК в диапазоне 1295–29610 Ед/л, превышающее верхний предел нормы в 7–155 раз. Медиана показателя КФК в сыворотке крови в возрастной группе 1,5–6 лет составила 16745 (9750; 19970) Ед/л, 7–11 лет — 7430 (6240; 11045) Ед/л, 12–16,5 лет — 3393 (2741; 4677) Ед/л. Выявлены значимые межгрупповые различия в активности КФК ($p < 0,01$) с более высокими значениями КФК в младшей возрастной группе. По мере взросления ребенка наблюдалось статистически значимое снижение активности КФК. В ходе проведения корреляционного анализа определялась сильная отрицательная связь высокой степени значимости между КФК и возрастом пациентов на момент обследования ($rs = -0,75$; $p < 0,001$).

Заключение. Установлено, что у мальчиков с МДД прослеживается отчетливая тенденция к снижению активности КФК по мере взросления ребенка. Выявленные особенности следует учитывать в ходе динамического наблюдения за пациентом с МДД.

ЧАСТОТА И СТРУКТУРА КОСТНЫХ ПЕРЕЛОМОВ У ДЕТЕЙ С НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Галашевская А.А.¹, Почкайло А.С.¹, Зайцев Д.В.², Лазарчик И.В.²

¹ ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
Минск, Республика Беларусь

² УЗ «Минская областная детская клиническая больница», а/г Лесной,
Республика Беларусь

Актуальность. Переломы костей у детей с тяжелой неврологической патологией, особенно сопровождаемой снижением двигательной активности вплоть до полной иммобилизации, являются распространенной клинической проблемой.

Цель исследования. Проанализировать частоту и локализацию костных переломов у детей с неврологической патологией в зависимости от их способности к самостоятельному передвижению.

Пациенты и методы. Исследование проведено в республиканском центре детского остеопороза, функционирующем на базе УЗ «Минская областная детская клиническая больница». В исследование включены 436 детей в возрасте 2–18 лет (медиана: 9,4 (6,0; 12,5) года) с различной неврологической патологией, включая детский церебральный паралич (35,6%), нервно-мышечные (29,8%) и другие неврологические заболевания (34,6%). Сведения о частоте и локализации костных переломов получены при сборе анамнеза и изучении медицинской документации пациентов.

Результаты. Включенные в исследование пациенты с неврологической патологией в зависимости от способности к самостоятельному передвижению были разделены на 2 группы: 1-я группа (53,7%; $n = 234$) — дети, способные ходить самостоятельно или с использованием специальных технических средств, 2-я группа (46,3%; $n = 202$) — дети, не способные к самостоятельному передвижению. Группы исследования были сопоставимы по полу и возрасту ($p > 0,05$). Не выявлено значимых различий в частоте регистрации переломов в исследуемых группах (в 1-й группе — у 14,1%, $n = 33$; во 2-й группе — у 13,9%, $n = 28$; $\chi^2 = 0,01$, $p = 0,942$). Следовательно, у каждого седьмого пациента с неврологической патологией вне зависимости от его способности к самостоятельному передвижению имелся как минимум один перелом в анамнезе. У пациентов 1-й группы выявлено 55 переломов, во 2-й группе — 50 переломов (суммарно — 105). Установлено, что наиболее частой локализацией перелома в 1-й группе были лучевая/локтевая кости (30,9%; $n = 17$), на втором месте — большеберцовая/малоберцовая кости (20,0%; $n = 11$), на третьем — кости стопы (14,5%; $n = 8$). Во 2-й группе наиболее часто встречались переломы большеберцовой/малоберцовой костей (32,0%; $n = 16$), далее следовали переломы бедренной (24,0%; $n = 12$) и плечевой (12,0%, $n = 6$) костей.

Заключение. В нашем исследовании у каждого седьмого ребенка с неврологической патологией выявлены костные переломы в анамнезе. При этом их частота не имела отличий в зависимости от способности пациента к самостоятельному передвижению, однако отмечались различия в структуре переломов по локализации. У пациентов, способных к самостоятельному передвижению, преобладали переломы костей предплечья, у пациентов, не способных к самостоятельному передвижению, наиболее частой локализацией были переломы длинных трубчатых костей нижних конечностей.

СОВРЕМЕННЫЕ СПОСОБЫ ОПТИМИЗАЦИИ РАЦИОНОВ ДЕТСКОГО ПИТАНИЯ

Георгиева О.В., Пырьева Е.А.

ФГБУН «Федеральный исследовательский центр питания, биотехнологии и безопасности пищи», Москва, Российская Федерация

Актуальность. Одной из мер, направленных на улучшение структуры питания детей, служит включение в их рацион специализированных продуктов, изготовленных с учетом физиологических особенностей детей определенного возраста и с применением инновационных технологий.

Цель исследования. Разработать новую категорию продуктов детского питания с целью оптимизации формирования рационов питания подрастающего поколения.

Пациенты и методы. К перспективным направлениям относится производство блюд высокой степени готовности, позволяющих сформировать ежедневное меню приема пищи для детей раннего и дошкольного возраста. Максимально приблизить органолептические свойства блюд промышленного производства к домашним позволяют современные технологии, в частности «Cook and Chill», предусматривающие кратковременную высокотемпературную обработку и вакуумную упаковку готовой продукции при соблюдении санитарно-гигиенических требований к продуктам детского питания.

Результаты. Ассортимент готовых блюд на различной основе, разработанный ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии», отвечающий физиологическим потребностям и возможностям детского организма, включает первые блюда, вторые блюда (сочетающие кулинарное изделие и гарнир), блюда для завтрака (полдника). Сформированы особые требования к показателям безопасности указанных продуктов детского питания, которые по сравнению с продукцией массового потребления включают повышенные требования к сырью, технологии приготовления, консистенции и степени измельчения, соответствующие требованиям к показателям качества продуктов и блюд, используемых при организации детского питания. Высокая пищевая ценность «готовых» продуктов детского питания достигается за счет подбора сырья, специально разработанных рецептур и технологий, обеспечивающих заданный химический состав блюд в соответствии с возрастными потребностями. В продуктах детского питания лимитируется содержание соли, специй, применяются «щадящая» термическая обработка и процесс упаковки, максимально сохраняющие исходную пищевую ценность, используют разрешенную потребительскую упаковку для гарантированного срока годности готовых продуктов, тщательно контролируются сроки годности.

Заключение. К новым путям оптимизации детского питания относится расширение его ассортимента за счет блюд высокой степени готовности, предназначенных для детей различных возрастных категорий, в том числе ранних возрастных групп, изготовленных с учетом особенности возрастной вкусовой перцепции, определяющей восприятие пищи ребенком, и с применением инновационных технологий.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТОПИЧЕСКОГО АНТИМИКОТИКА В НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ АКНЕ НОВОРОЖДЕННЫХ У ДЕТЕЙ С 10-ГО ДНЯ ЖИЗНИ

Гехт М.А.

ЛПУ «Родильный дом № 2», Санкт-Петербург, Российская Федерация
Семейная клиника «Роддом на Фурштадской», Санкт-Петербург,
Российская Федерация

Актуальность. Акне новорожденных, или неонатальные угри, или неонатальный цефалический пустулез — это преходящий дерматоз, который возникает между второй и четвертой неделями жизни новорожденного ребенка. Неонатальные угри встречаются у 20% новорожденных. Высыпания множественные, носят распространенный характер — на коже лица (больше щек), подбородка, шеи, заушной области, передней поверхности грудной клетки в виде папулопустул, папул на эритематозном фоне. На сегодняшний день нет четких представлений о микробиоте кожи новорожденных. После рождения кожа и слизистые оболочки младенца подвергаются воздействию различных микробов матери и окружающей среды, которые могут колонизировать кожу новорожденного. Ранее проведенные исследования говорят о том, что грибковая флора рода *Pityrosporum ovale* или *Malassezia furfur* обнаруживается при рождении у 11%, а в возрасте трех недель — у 52% новорожденных. Примерно у 2/3 колонизированных данным микроорганизмом новорожденных развиваются пустулы. *Malassezia furfur* — это липофильный дрожжевой грибок, который сапрофитирует на богатых сальными железами участках, особенно кожи головы, и только при определенных обстоятельствах приводит к появлению симптомов. Возбудитель может передаваться от матери к новорожденному во время родов и после рождения. После латентного периода в 2–3 нед у новорожденного развивается типичная клиническая картина в области волосистой части головы, лица и затылка.

Цель исследования. Изучение эффективности топического наружного препарата на основе 2% кетоконазола.

Пациенты и методы. Обследованы 37 детей в возрасте от 10 дней до 1,5 мес, из которых мальчиков — 21 человек, девочек — 16 человек. В работе были использованы крем с содержанием 2% кетоконазола и обычный туалет кожи новорожденного в виде очищения при помощи марлевого тампона, смоченного дистиллированной водой. Пациенты были разделены на 2 группы: детям 1-й группы (19) применялся 2% кетоконазол в виде крема на все пораженные участки в качестве монотерапии 2 раза в сутки, детям 2-й группы (18) применялся только ежедневный туалет кожи. До и после применения проводилась визуальная диагностика путем очного осмотра на приеме у педиатра 1 раз в 7 дней. Длительность наблюдения терапии составила 14 дней.

Результаты. При бактериологическом исследовании отделяемого с поверхности кожи до лечения у больных 1-й и 2-й групп получен рост *Malassezia furfur* в среднем титре 5×10^7 . При бактериальном исследовании через 14 дней у больных 1-й (19) группы получен скудный рост бактерий *Malassezia furfur* в среднем титре 1×10^2 , у больных 2-й (18) группы — *S. epidermidis* и *Malassezia furfur* в среднем титре 5×10^5 .

Заключение. При ведении новорожденных 1-й группы, у которых в качестве наружной терапии использовался крем с содержанием 2% кетоконазола, лабораторно имело место уменьшение бактериального обсеменения, клинически — снижение количества элементов и общего воспалительного фона кожи. Побочных реакций в виде проявления сухости, эритемы при использовании крема с содержанием 2% кетоконазола выявлено не было. У новорожденных 2-й группы клинических изменений в виде уменьшения проявления воспалительных явлений и количества элементов, а также снижения титра по лабораторным показателям не было.

ОСОБЕННОСТИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ (ГЭРБ) НА ФОНЕ ИНФЕКЦИИ *H. PYLORI* У ДЕТЕЙ В АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Гидаятова Л.А., Мамедова Ф.М., Гаджиева У.К., Мамедова С.Н.,
Гасанова Н.С., Сафарова И.А.

Азербайджанский медицинский университет, Баку, Азербайджанская Республика

Актуальность. В настоящее время одной из актуальных проблем детской гастроэнтерологии является изучение распространенности гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) у детей. Особый интерес представляет связь инфекции *H. pylori* с распространенностью и степенью тяжести ГЭРБ у детей.

Цель исследования. Изучение влияния степени колонизации *H. pylori* на эндоскопическую картину ГЭРБ у детей.

Пациенты и методы. Под нашим наблюдением находились 30 детей в возрасте 6–17 лет. Для верификации диагноза всем пациентам проводилась эзофагогастродуоденоскопия с прицельной биопсией нижней трети пищевода и пилороантрального отдела желудка. С целью определения степени обсемененности *H. pylori* использовали гистопатологическое исследование биоптатов с окраской по методу Романовского – Гимзе.

Результаты. На основании проведенного нами исследования у 12 пациентов (40%), имевших клинические признаки ГЭРБ, была выявлена эндоскопически негативная форма. У 18 (60%) имелись эндоскопические признаки эзофагита, из которых у 14 (78%) был выявлен катаральный эзофагит, а у 4 (22%) — эрозивный эзофагит I степени.

Степень обсемененности *H. pylori* при эндоскопически позитивной форме ГЭРБ была выше, чем при негативной форме и составила 67% против 41,7%, причем наиболее высокий процент наблюдался у пациентов с эрозивным эзофагитом и составил 75%.

Заключение. Таким образом, инфекция *H. pylori* встречается чаще у пациентов с позитивной эндоскопической формой ГЭРБ, что требует дополнительного, более тщательного исследования.

РЕГИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ СУРДОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ. ВЫЗОВЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Гизятов Р.Х.

ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» Минздрава России, Казань, Российская Федерация

Актуальность. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), на 2019 г. в мире 466 млн человек страдают от потери слуха, а из них 34 млн — это дети (7% от всех людей с нарушениями слуха в мире). В России с нарушением слуха испытывают затруднения около 600 тыс. детей. Несомненно, это большие цифры для заболеваемости, и с каждым годом они только увеличиваются. Но, главное, тугоухость у ребенка в будущем повлияет на психоэмоциональное, лингвистическое развитие, из-за чего в дальнейшем ему будет труднее приспособиться к окружающей среде. Кроме того, по данным ВОЗ, ежегодно для решения вопросов реабилитации пациентов с тугоухостью тратится в районе 700 млрд долларов (это социальные пособия, сектор здравоохранения, создание детских воспитательных учреждений особого типа и специализированные школы). Также стоит отметить, что, по данным ВОЗ, у 60% детей с тугоухостью изначально можно было бы предотвратить возникновение данного заболевания и в последующем сохранить часть денег, которые выделяются для реабилитации, и направить в другие русла здравоохранения.

Цель исследования. Изучение эпидемиологии детской тугоухости в Республике Татарстан.

Пациенты и методы. Материал и методы исследования — 4000 амбулаторных карт обратившихся и находящихся на диспансерном учете и 1100 анкет обратившихся в отделение сурдологии консультативной поликлиники № 2 ГАУЗ «Детская республиканская клиническая больница МЗ РТ» (г. Казань) и ГБУЗ «Центр реабилитации слуха» (г. Набережные Челны) за 2016–2019 гг. Проведен ретроспективный анализ данных, полученных из амбулаторных карт и в ходе анкетирования пациентов и их законных представителей.

Результаты. По данным Всемирного отчета по слуху (ВОЗ), частота встречаемости тугоухости у новорожденных составляет 0,2%, у детей до 1 года — 0,4%, от 1 до 4 лет — 1%, от 5 до 9 лет — 1,5%, от 10 до 14 лет — 1,7%, от 15 до 19 лет — 1,9%. На регион Центральная/Восточная Европа и Центральная Азия (включая Российскую Федерацию) приходится 1,2 млн детей с 25%-ной тугоухостью (1,5% от детского населения).

В России на конец 2019 г. насчитывается около 10% слабослышащих — это 14,6 млн человек, из которых 220 тыс. человек — официально зарегистрированные инвалиды по слуху. Дети — 600 тыс. (2,2% от всего количества детей).

В Республике Татарстан на конец 2019 г. на учете состояли 883 (1,1% от общего числа детей) ребенка с нарушением слуха. С каждым годом отмечается рост обращаемости детей с нарушением слуха: 2017 г. — 3993 человека, 2018 г. — 3963 человека, 2019 г. — 4267 человек. Более 65% детей, находящихся на диспансерном учете, имеют высокую степень тугоухости и глухоту. Чаще нарушением слуха страдают в возрасте 1–3 лет (в г. Казани — 41%, в г. Набережные Челны — 64%). Анализ данных показал, что в г. Казани чаще нарушение слуха встречается у мальчиков (72%), в г. Набережные Челны — у девочек (70%). Больше всего обращаются городские жители: г. Казань — 76%, г. Набережные Челны — 90%. В г. Казани нарушение слуха 2-й степени выявлено у 55% обследованных, в г. Набережные Челны 4-я степень — у 44%. Основная причина врожденного нарушения слуха — гипоксия вследствие обвития пуповины (г. Казань — 13%, г. Набережные Челны — 11%); приобретенного нарушения слуха — хронический средний отит (г. Казань — 15%, г. Набережные Челны — 18%).

Заключение. По данным проведенного исследования можно выявить, что встречаемость тугоухости среди детского населения Республики Татарстан остается на высоком уровне и отмечается рост заболеваемости.

Среди основных факторов риска следует отметить генетическую предрасположенность, акушерский анамнез матерей (антенатальный и неонатальный период).

В ходе настоящего исследования нами было выявлено: недостаточно эффективная организация взаимодействия АПУ и сурдоцентров; остается низкой укомплектованность врачами-сурдологами; материально-техническая база детских сурдоцентров требует обновления; низкая информированность родителей о факторах риска развития нарушений слуха у детей и др.

ОСОБЕННОСТИ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ ПО СТОЙКИМ НАРУШЕНИЯМ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА

Гладких О.А.

*ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Оренбург, Российская Федерация*

Актуальность. Сегодня для установления категории «ребенок-инвалид» в России пациенту необходимо иметь одновременно заболевание со стойким нарушением функции не менее 40%; ограничения жизнедеятельности и необходимость в мероприятиях реабилитации и абилитации.

Цель исследования. На основе анализа распределения детей-инвалидов по стойким нарушениям функций организма установить основные направления медицинской реабилитации и абилитации.

Пациенты и методы. Использованы данные Минтруда России, формы № 7-Д (собес) за 2021 г. по Российской Федерации. Применены статистический и аналитический методы исследования.

Результаты. В 2021 г. в России впервые признаны инвалидами 73 818 детей. При этом у одного ребенка-инвалида могут быть несколько нарушенных функций и ограничений жизнедеятельности. Так, у 24 193 (32,7%) детей-инвалидов при первичном переосвидетельствовании отмечалось нарушение психических функций, у 13 587 (18,4%) — нарушения нейромышечных и скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций, у 8 527 (11,6%) — функций эндокринной системы и метаболизма, а у 7 075 (9,5%) — функций системы крови и иммунной системы.

На повторном переосвидетельствовании подтверждена инвалидность у 282 059 детей. У 88 506 (31,4%) детей-инвалидов отмечалось нарушение психических функций, у 54 284 (19,2%) — нарушения нейромышечных и скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций, у 21 451 (7,6%) — функций системы крови и иммунной системы, а у 6 729 (2,3%) — функций эндокринной системы и метаболизма.

Заключение. Таким образом, анализ распределения детей-инвалидов в России в динамике от установления первичной инвалидности до результата переосвидетельствования по стойким нарушениям функций организма выявляет высокую нуждаемость в медицинской реабилитации при нарушениях психических и статодинамических функций. Это позволяет планировать объем мероприятий по медицинской реабилитации и абилитации, санаторно-курортному лечению, закупки лекарственных препаратов и технических средств реабилитации.

ИЗУЧЕНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ ТУГОУХОСТИ

Глушаков И.А., Глушакова В.Д.

ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России,
Саратов, Российская Федерация

Актуальность. Тугоухость определяется как нарушение слуха, затрудняющее восприятие речи, и классифицируется на нейросенсорную, кондуктивную и смешанную. В каждом втором клиническом случае тугоухость ассоциирована с генетическими синдромами (Matsunaga T., 2022).

Цель исследования. Изучение генетических аспектов тугоухости у детей.

Пациенты и методы. Проведен анализ историй болезни и результатов полногеномного секвенирования ДНК пациентов в возрасте 1–18 лет ($n = 12$), находившихся на диспансерном учете у невролога и/или сурдолога по поводу тугоухости и на обследовании в клинике детских болезней УКБ № 1 им. С.Р. Миротворцева г. Саратова. Секвенирование генома выполнено в медико-генетической лаборатории «Эвоген» при поддержке благотворительного фонда медико-социальных генетических проектов помощи «Геном жизни».

Результаты. У обследованных пациентов встречались: односторонняя (право- или левосторонняя) кондуктивная тугоухость ($n = 3$), двусторонняя нейросенсорная тугоухость ($n = 9$). Из общих особенностей фенотипа: лицевой дизморфизм, кифосколиоз, вальгусная деформация стоп, сандалевидная щель, трезубец стоп. При проведении полногеномного секвенирования ДНК выявлены патогенные варианты в генах: *ANKRD11* (KBG-синдром), *FIG4* (синдром Юниса – Варона), *PHF6* (синдром Борьесона – Форсмана – Лемана), *ARID1A* (синдром Коффина – Сирис II типа), *ARID2* (синдром Коффина – Сирис VI типа), *KMT2D* (синдром Кабуки, тип I), *SHANK3* (синдром Фелана – Макдермида), *PPP3CA* (эпилептическая энцефалопатия развития, тип 91) с гетерозиготным носительством патогенного варианта в генах *GJB2* и *SLC26A4* (несиндромальная нейросенсорная тугоухость), *DYNC1H1* (аутосомно-доминантная умственная отсталость, тип 13) и *UBE2A* (X-сцепленная умственная отсталость, тип 30). У одной пациентки с гарголизмом, клапанным пороком сердца и контрактурой суставов — мутация в гене *IDUA* (мукополисахаридоз 1-го типа). У двух пациентов патогенных вариантов не обнаружено.

Заключение. У пациентов с нейросенсорной тугоухостью в 90% случаев выявлены те или иные патогенные варианты генов. Нейросенсорная тугоухость в сочетании со стигмами дизэмбриогенеза является показанием для проведения молекулярно-генетического обследования, в частности полногеномного секвенирования ДНК.

ПРОБЛЕМЫ И ДОСТИЖЕНИЯ В ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ НА ПРИМЕРЕ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ

Головки О.В., Заришняк Н.В.

*ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Оренбург, Российская Федерация*

Актуальность. Для того чтобы понять, как меняется ситуация в сельском здравоохранении в результате процессов, происходящих в рамках реализации проекта «Здравоохранение», необходим периодический анализ ситуации в оказании медицинской помощи жителям сельской местности.

Цель исследования. Оценка организации медицинской помощи детям, проживающим в сельской местности Оренбургской области.

Пациенты и методы. С целью оценки организации медицинской помощи детям сельской местности в Оренбургской области проведено ретроспективное исследование за период 2016–2020 гг. Источником информации служили данные государственного бюджетного учреждения здравоохранения Оренбургской области «Медицинский информационно-аналитический центр» (МИАЦ). Статистическая обработка данных проведена с помощью пакета прикладных программ Statistica 10.0 и Excel.

Результаты. Установлено снижение численности населения Оренбургской области в сельской местности, уменьшение количества амбулаторно-поликлинических учреждений, врачебных амбулаторий и ФАПов. Отмечается увеличение мощности поликлиник — на 5,8% (с 196,8 до 213,9); снижение показателя обеспеченности педиатрическими и инфекционными койками (44,0%; 9,5%); обеспеченность врачами педиатрами (на 10 000 населения) снизилась на 11,6% (2016 г. — 18,1; 2020 г. — 16,0). Заболеваемость детей (0–14 лет), подростков (15–17 лет) сократилась соответственно на 17,6% (в городах — на 14,5%, в районах — на 15,9%) и 20,2% (в городах — на 10,7%, в районах — на 30,9%). Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми) сократилась на 50% (с 6,5‰ в 2016 г. до 3,7‰ в 2020 г.). В сельской местности младенческая смертность в среднем была на 40% выше, чем в городских поселениях.

Заключение. Структурные изменения сельского здравоохранения связаны с сокращением численности сельского населения и оптимизацией здравоохранения. Выявлены положительная тенденция в заболеваемости, уменьшение смертности детей и подростков в сельской местности, но отмечается рост заболеваемости по отдельным классам нозологий, сохраняются отличия показателей смертности детей и подростков сельской местности от городского населения.

ТРУДНОСТИ ВЕДЕНИЯ ЮВЕНИЛЬНОГО ДЕРМАТОМИОЗИТА СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМ РЕФРАКТЕРНЫМ ТЕЧЕНИЕМ

Головченко Н.Н., Сульженко М.Ю., Андреева Л.В., Друпова В.И.

ГУ Луганской Народной Республики «Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки», Луганск, Луганская Народная Республика, Российская Федерация

Актуальность. Ювенильный дерматомиозит (ЮДМ) — тяжелое прогрессирующее системное заболевание с преимущественным поражением поперечнополосатой мускулатуры, кожи и сосудов микроциркуляторного русла.

Чаще всего ЮДМ дебютирует в возрасте от 4 до 10 лет, чаще болеют девочки. Летальный исход отмечают преимущественно в первые годы болезни на фоне высокой активности процесса и при кризовом течении. В последние десятилетия тяжелая функциональная недостаточность при ЮДМ развивается не более чем в 5% случаев, а доля летальных исходов колеблется в пределах 1,5–10,0%.

Цель исследования. Представлен случай злокачественного рефрактерного течения ювенильного дерматомиозита.

Пациенты и методы. Ребенок М, 9 лет, поступила в кардиоревматологическое отделение ЛРДКБ с жалобами на резкие боли в мышцах ног, рук, невозможность самостоятельного передвижения, невнятность речи, гнусавость голоса, высыпания на коже лица и конечностей. Заболела остро, когда поднялась температура до 38,5 °С без катаральных явлений. В течение 3 нед появились вышеуказанные жалобы.

Результаты. При поступлении состояние тяжелое, обусловленное болевыми ощущениями в конечностях, явлениями токсикоза, нарушениями микроциркуляции. Глотание возможно, но небольшими порциями, поперхивается даже при глотании жидкой пищи. На лице яркая эритема, отечность губ, хейлит. На коже бедер, голени яркое сетчатое и древовидное ливедо, синюшность в области передней поверхности коленных суставов, тыльной поверхности кистей, капиллярит на ладонях. Гиперестезия кожи, пальпация мышц конечностей резко болезненна, активные движения невозможны из-за боли. При дополнительном обследовании: креатинкиназа — 5539,2 МЕ/л; ЛДГ — 1509 МЕ/л, Скрининг ANA (антиядерные антитела), иммунофлуоресценция (РНИФ) 1 : 100. ANA-профиль — отрицательный; СРБ — 6 мг/л, АЛТ — 386,0 МЕ/л, АСТ — 127,0 МЕ/л.

Начато лечение противовоспалительными препаратами: пульс-терапия Солу-Медролом 500 мг в/в капельно в течение 5 дней + Эндоксан 200 мг на 6-й день, Медрол внутрь — 40 мг/сут (из расчета 2 мг/кг по преднизолону), антикоагулянтами (гепарин), дезагрегантами (дипиридамол + пентоксифиллин). На фоне лечения состояние сначала улучшилось: уменьшился болевой синдром со стороны скелетных мышц. На 10-е сут состояние ухудшилось за счет развития псевдобульбарного синдрома.

Заключение. Несмотря на проводимую терапию, состояние ребенка ухудшалось за счет нарастания полиорганной недостаточности, мозговой комы II, ОПН в стадии анурии, усугубления ДВС-синдрома в стадии гипокоагуляции. Смерть наступила от полиорганной недостаточности, развившейся на фоне сепсиса, осложнившегося ДВС-синдромом вследствие тяжелой иммуно- и миелосупрессии в ответ на патогенетическую терапию ювенильного дерматомиозита. Трудности в ведении пациента связаны с высокой активностью аутоиммунного процесса, злокачественным, рефрактерным течением и миопатическим кризом.

ИММУНОДИАГНОСТИКА И ВАКЦИНАЦИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, ЗАБОЛЕВШИХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Горбач Л.А.

ГУ «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя», Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Пандемия коронавирусной инфекции SARS-CoV-2 отрицательно повлияла на выявление туберкулеза. В 2020 г. число выявленных случаев туберкулеза уменьшилось до 5,8 млн, или на 18%, по сравнению с уровнем 2019 г. Особенно пострадало выявление туберкулеза среди детского населения.

Цель исследования. Изучение и сравнение результатов иммунодиагностики туберкулеза и вакцинации БЦЖ у детей и подростков до выявления у них туберкулеза органов дыхания, не состоящих под диспансерным наблюдением.

Пациенты и методы. Исследование проведено в двух группах. Первая группа включала 50 детей в возрасте 1–14 лет, вторая — 110 подростков в возрасте 15–17 лет с впервые выявленным туберкулезом органов дыхания. В исследование включены дети и подростки, которые не состояли на учете в противотуберкулезном диспансере до выявления у них заболевания. Анализировались данные иммунодиагностики и вакцинации БЦЖ за весь период до выявления заболевания. Обработка материала проводилась с помощью вычисления критерия хи-квадрат (χ^2).

Результаты. Выявлено, что наиболее часто в обеих группах встречался пропуск виража туберкулиновой пробы. Он отмечался у 64,0% детей первой группы и у 64,5% подростков второй группы, различие недостоверно: $\chi^2 = 0,004$, $p > 0,05$. На втором месте по частоте было тубинфицирование. Оно зарегистрировано у 8,0% детей и у 18,2% подростков, различие недостоверно: $\chi^2 = 2,795$, $p > 0,05$. Третье место по частоте занимала гиперергическая реакция. Она наблюдалась у 4,0% детей и у 4,5% подростков, различие недостоверно: $\chi^2 = 0,024$, $p > 0,05$. Нарастание туберкулиновой чувствительности зарегистрировано у 2,0% детей и у 3,6% подростков, различие недостоверно: $\chi^2 = 0,304$, $p > 0,05$. Отказ от иммунодиагностики и химиопрофилактики отмечен у 4,0% детей и у 6,4% подростков, различие недостоверно: $\chi^2 = 0,362$, $p > 0,05$. Отсутствие рубца БЦЖ наблюдалось у 6,0% детей и у 2,7% подростков, различие недостоверно: $\chi^2 = 1,020$, $p > 0,05$. У 4,0% детей первой группы в анамнезе был отказ от вакцинации БЦЖ, у подростков отказа от вакцинации не отмечено. Различие между группами по данному показателю достоверно: $\chi^2 = 4,456$, $p = 0,035$. У 8% детей отмечался малый размер рубца БЦЖ, ни у одного подростка этого не наблюдалось. Различие между группами по данному показателю достоверно: $\chi^2 = 9,026$, $p = 0,003$.

Заключение. Установлено, что у детей и подростков с туберкулезом органов дыхания часто встречался пропуск виража туберкулиновой пробы, реже — тубинфицирование, гиперергическая реакция, нарастание туберкулиновой чувствительности, отказ от иммунодиагностики и химиопрофилактики. Получены достоверные различия по результатам вакцинации БЦЖ у детей и подростков. Результаты исследования подтверждают значимость вакцинации БЦЖ для профилактики туберкулеза в детском возрасте.

ИЗМЕНЕНИЕ НЕКОТОРЫХ БИОХИМИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ У ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

Гордеева О.Б.^{1, 2}, Доброток А.В.¹, Овчинников Д.С.¹, Алешенко Н.Л.¹, Солошенко М.А.¹

¹ НИИ педиатрии и охраны здоровья детей НКЦ №2 ФГБНУ
«РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского» Минобрнауки России, Москва,
Российская Федерация

² Кафедра факультетской педиатрии педиатрического факультета ФГАОУ ВО
«РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Российская Федерация

Актуальность. В настоящее время последствия COVID-19 остаются не до конца изученными. Для детей характерна менее выраженная клиническая симптоматика, что не исключает случаев тяжелого течения заболевания и развития последствий данной инфекции и требует своевременной диагностики.

Цель исследования. Изучить уровень некоторых биохимических показателей в сыворотке крови у детей с хроническими заболеваниями, перенесших COVID-19.

Пациенты и методы. Обследованы 143 пациента от 3 мес до 17 лет включительно, страдающих хроническими заболеваниями. В первую группу включили 80 пациентов (42 девочки, 38 мальчиков), перенесших COVID-19 в легкой форме в течение последних 3–6 мес. Во вторую — 63 ребенка (33 девочки, 30 мальчиков), не болевших COVID-19. Исследовали ферритин, СРБ, гомоцистеин с помощью автоматического биохимического анализатора. Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с помощью критериев Фишера и Краскела – Уоллиса.

Результаты. Установлено, что медиана ферритина составила 32 (21; 41) мкг/л, интервал от 5 до 112 мкг/л. При исследовании уровня ферритина у пациентов из первой и второй групп статистически значимых отличий не выявлено.

Незначительное повышение уровня СРБ наблюдалось в группе детей, перенесших COVID-19, — 11,8% ($n = 17$) и в контрольной группе — 7,7% ($n = 11$) пациентов. Умеренное повышение уровня СРБ выявлено у 5,6% ($n = 8$) пациентов из первой группы и у 4,2% ($n = 6$) пациентов из второй группы.

Медиана гомоцистеина составила 5,70 (4,5; 6,75) мкмоль/л, интервал колебался от 3,4 до 13,4 мкмоль/л. Повышение уровня гомоцистеина наблюдалось у 24,5% ($n = 35$) в группе детей, перенесших инфекцию коронавируса типа, и у 19,5% ($n = 28$) пациентов во второй группе.

Заключение. Возможно, уровень ферритина отражает воспалительный ответ и нарушение в обмене железа при COVID-19 в острый период. Повышенный уровень СРБ может быть связан с пролонгированным воспалительным ответом, сохраняющимся после перенесенной COVID-19 в течение нескольких месяцев. Повышенный уровень гомоцистеина сигнализирует о наличии дефицитов витаминов группы В (В₆, В₁₂, В₉) и высоком риске повреждения эндотелия у детей, перенесших COVID-19.

Таким образом, после перенесенной коронавирусной инфекции нового типа у детей необходимо оценивать не только клинический анализ крови, но и такие показатели, как СРБ, гомоцистеин, витамины группы В в период реконвалесценции.

ПРИОБРЕТЕННЫЕ ТРОМБОЦИТОПАТИИ У ДЕТЕЙ

Гордеева О.Б.^{1, 2}, Доброток А.В.¹, Овчинников Д.С.¹, Солошенко М.А.¹

¹ НИИ педиатрии и охраны здоровья детей НКЦ №2 ФГБНУ
«РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского» Минобрнауки России, Москва,
Российская Федерация

² Кафедра факультетской педиатрии педиатрического факультета ФГАОУ ВО
«РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Российская Федерация

Актуальность. Тромбоцитопатии — сложная для диагностики группа заболеваний. При этом диагноз обычно ставится по наличию геморрагического синдрома, но исследование функции тромбоцитов не проводится. Известно, что тромбоцитопатии могут развиваться на фоне дефицитов различных витаминов.

Цель исследования. Изучить состояние агрегационной функции тромбоцитов и оценить уровень микроэлементов у детей с геморрагическим синдромом.

Пациенты и методы. В исследование включены 38 от 3 мес до 17 лет включительно пациентов с наличием геморрагического синдрома на момент осмотра и/или в анамнезе. Были разделены на 3 возрастные группы: I — 0–4 года (10 пациентов), II — 5–9 лет (14 пациентов), III — 10–18 лет (14 пациентов). Всем детям исследовали агрегацию тромбоцитов цельной крови и уровень элементов в сыворотке с помощью автоматических анализаторов. Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с помощью критериев Фишера и Краскела – Уоллиса.

Результаты. Геморрагический синдром на момент осмотра выявлен у 18,6% ($n = 8$) детей (экхимозы, носовые кровотечения, нарушения менструального цикла). У трети детей в виде рецидивирующих носовых кровотечений. У 9% ($n = 4$) девочек — длительные меноррагии. У остальных пациентов геморрагии — в анамнезе. Гипоагрегация тромбоцитов: с TRAP — у 16 пациентов (43%), более половины случаев — дети II группы ($p = 0,04$); с АДФ — у трети пациентов с преобладанием во II группе; с коллагеном — у трети пациентов с преобладанием в I группе. Сочетанная гипоагрегация наблюдалась у 32% среди всех пациентов. Выявлен дефицит витамина D у 10 пациентов (Me (IQR) = 18 (16,20), недостаточность — у 14 человек (Me (IQR) = 27 (24,27) ($p = 0,001$)). Дефицит витамина B_{12} — у 10 человек ($p = 0,03$), недостаточность — у 14 человек. Среди этих пациентов сочетанный дефицит витамина B_{12} и витамина D в 9 случаях. Сочетание АДФ-индуцированной гипоагрегации и снижения уровня кобаламина (как дефицит, так и недостаточность) — у 5 пациентов. Сочетание коллаген-индуцированной гипоагрегации и пониженного уровня витамина D (как дефицит, так и недостаточность) отмечалось у 12 детей. При статистическом анализе установлена взаимосвязь умеренной силы между дефицитом витаминов D и B_{12} и гипоагрегацией тромбоцитов.

Заключение. Тромбоцитопатии могут наблюдаться при нарушении функции тромбоцитов на фоне дефицита витаминов D и B_{12} . Учитывая, что дефицит микроэлементов в настоящее время приобрел масштабы «эпидемии» среди детской популяции, детям с геморрагическим синдромом не стоит ограничиваться оценкой количества тромбоцитов в клиническом анализе крови, а следует проводить диагностический поиск с учетом агрегационной функции тромбоцитов и уровня витаминов в крови.

ОЦЕНКА НУТРИТИВНОГО СТАТУСА ДОШКОЛЬНИКОВ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

Грицинская В.Л.

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, Санкт-Петербург, Российская Федерация

Актуальность. Начало систематического обучения в образовательной школе для детей является важным жизненным этапом. Длительность, течение и исход адаптации к школе в значительной степени зависят от состояния здоровья, в том числе от уровня и гармоничности физического развития ребенка.

Цель исследования. Дать оценку нутритивного статуса детей мегаполиса перед поступлением в школу.

Пациенты и методы. Обследованы 3643 ребенка (1808 мальчиков и 1835 девочек) в возрасте 6–7,5 лет, посещающих подготовительные группы образовательных учреждений в разных районах Санкт-Петербурга. Нутритивный статус оценивался по соответствию массо-ростового индекса (ВМІ) нормативам WHO Growth Reference 2007. Выделены варианты нутритивного статуса: гармоничное физическое развитие (ГФР), дефицит массы тела (ДМТ), недостаточность питания (НП), избыточная масса тела (ИзМТ) и ожирение.

Результаты. У $65,4 \pm 0,8\%$ детей было ГФР. Дисгармоничные варианты физического развития были обусловлены повышенным питанием (ИзМТ — $10,7 \pm 0,5\%$; ожирение — $12,9 \pm 0,5\%$), реже — недостаточным питанием (ДМТ — $7,4 \pm 0,4\%$; НП — $3,6 \pm 0,3\%$). У девочек чаще ($67,6 \pm 1,1\%$), чем у мальчиков, регистрировалось ГФР ($63,1 \pm 1,0\%$; $p = 0,0039$). Распространенность недостаточного питания у мальчиков и девочек существенно не различалась: ДМТ — $7,6 \pm 0,6\%$ и $7,2 \pm 0,6\%$; НП — $3,8 \pm 0,4\%$ и $3,4 \pm 0,4\%$ соответственно. ИзМТ также одинаково часто отмечалась у мальчиков ($11,0 \pm 0,7\%$) и девочек ($10,3 \pm 0,7\%$). Ожирение чаще регистрировалось у мальчиков ($14,5 \pm 0,8\%$), чем у девочек ($11,5 \pm 0,7\%$; $p = 0,0058$).

Заключение. Нами выявлена высокая распространенность дисгармоничных вариантов физического развития, обусловленных повышенным питанием, что совпадает с результатами других исследований. По данным ряда авторов, в стране за последнее десятилетие распространенность ИзМТ среди детей 6–9 лет составляет 11,8–57%, а ожирение — 6–31%.

Полученные данные являются предпосылкой для более глубокого анализа причин и разработки региональных профилактических программ.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЭНДОТЕЛИНА-1 ПРИ ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ У ДЕТЕЙ

Гунькова Е.В., Вялкова А.А., Чеснокова С.А.

ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Оренбург, Российская Федерация

Актуальность. Эндотелин-1 (Э-1) осуществляет продолжительную вазоконстрикцию, вызывая повышение периферического сосудистого сопротивления, снижение почечного кровотока с уменьшением СКФ, инициирует развитие нефросклероза и артериальной гипертензии.

Цель исследования. Установить патогенетическое значение Э-1 при гемолитико-уремическом синдроме (ГУС) у детей.

Пациенты и методы. Обследованы 74 ребенка в возрасте от 3 мес до 17 лет: реконвалесценты ГУС с исходом в хронические заболевания почек (ХЗП, $n = 38$), реконвалесценты ГУС с благоприятным исходом без признаков ХЗП ($n = 36$). Всем детям проведено комплексное обследование с оценкой показателей структурно-функционального состояния почек и уровня Э-1 крови методом ИФА (Cloud-Clone Corp., США).

Результаты. У детей-реконвалесцентов ГУС с исходом в ХЗП установлено статистически значимое повышение Э-1. У детей-реконвалесцентов ГУС с исходом в ХЗП выявлена обратная корреляционная взаимосвязь Э-1 с показателем СКФ: снижение показателя СКФ ассоциирует с повышением уровня Э-1 ($r = -0,819$; $p < 0,05$). Между уровнем микроальбуминурии (МАУ) и Э-1 у детей-реконвалесцентов ГУС с исходом в ХЗП выявлена прямая корреляционная взаимосвязь: по мере нарастания микроальбуминурии отмечается повышение Э-1 крови ($r = 0,641$; $p < 0,05$). Установлена обратная корреляционная связь показателей внутривисочечной гемодинамики (V_s , V_d) и Э-1: у детей-реконвалесцентов ГУС с ХЗП уменьшение параметров внутривисочечной гемодинамики ассоциирует с увеличением продукции Э-1 (V_s : $r = -0,679$; V_d : $r = -0,837$; $p < 0,05$). У детей, перенесших ГУС с формированием ХЗП, по мере увеличения концентрации Э-1 нарастает частота артериальной гипертензии ($r = 0,531$; $p < 0,05$).

Заключение. Доказанная взаимосвязь уровня Э-1 с показателями артериального давления, параметрами внутривисочечного кровотока, СКФ, уровнем МАУ подтверждает возможность рассматривать эндотелин-1 как предиктор поражения почек у детей, перенесших ГУС.

НЕОНАТАЛЬНЫЙ АБСТИНЕНТНЫЙ СИНДРОМ

Гурина Л.Н.¹, Хоха И.В.², Денисик Н.И.³

¹ УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Республика Беларусь

² ГУ «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя», Минск, Республика Беларусь

³ УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница», Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Неонатальный абстинентный синдром (НАС) — проявление опиоидной зависимости у новорожденного вследствие хронического употребления опиоидов матерью. Рост во всем мире новорожденных с синдромом неонатальной абстиненции — актуальная проблема медицины.

Цель исследования. Анализ физического развития и ведущих клинических синдромов раннего неонатального периода у новорожденных с неонатальным абстинентным синдромом.

Пациенты и методы. Провели анализ 7 медицинских карт новорожденных, матери которых во время беременности употребляли опиаты. Оценили физическое развитие детей после рождения с помощью центильных кривых. Клинические синдромы НАС и тяжесть их проявлений определяли с помощью шкалы Финнеган. Степень выраженности абстинентных расстройств у новорожденных оценивали по сумме баллов: легкая форма синдрома — 6–13 баллов, среднетяжелая — 14–16 баллов, более 16 баллов — тяжелая.

Результаты. Показатели физического развития при рождении у 6 детей соответствовали гестационному возрасту. Один ребенок родился маловесным, меньше 10-го центиля по массе тела. В асфиксии легкой степени родился один ребенок. Ранние проявления НАС (первые 6 ч после рождения) диагностированы у 4 детей, поздние — через 26 ч — у 3 новорожденных. Абстинентный неонатальный синдром у всех новорожденных проявлялся выраженным беспокойством, тревожным, кратковременным сном, мраморностью кожных покровов, мышечной дистонией, запрокидыванием головы, тремором конечностей, навязчивым сосанием, срыгиванием, рвотой, тахикардией, тахипноэ, миоклониями. Тяжесть НАС по шкале Финнеган была от 14 до 20 баллов, что соответствовало среднетяжелой и тяжелой формам.

Заключение. Неонатальный абстинентный синдром имел тяжелые и среднетяжелые клинические формы. Преобладал синдром возбуждения центральной нервной системы, который в дальнейшем осложнился судорожным синдромом, вегетативными нарушениями. Показатели физического развития у 86% новорожденных (6 случаев из 7) от матерей с наркотической зависимостью не выходили за пределы нормативных величин и соответствовали гестационному возрасту.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНАЛОГА СОМАТОСТАТИНА И ИММУНОСУПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ХИЛОПЕРИТОНЕУМА И ХИЛОТОРАКСА У ДЕТЕЙ

Гурская А.С., Наковкин О.Н., Фисенко А.П., Баязитов Р.Р., Сулавко М.А., Ахмедова Д.М., Карнута И.В., Петрова Н.В., Скворцова В.А., Екимовская Е.В., Клепикова А.А.

ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России, Москва, Российская Федерация

Актуальность. Хилоперитонеум и хилоторакс — редкие для периода новорожденности патологические состояния с высокой летальностью, методика диагностики и лечения которых однозначно не определена.

Цель исследования. Анализ результатов применения терапии октреотидом и первого в Российской Федерации опыта применения иммуносупрессивной терапии в лечении хилоперитонеума и хилоторакса у новорожденных и детей грудного возраста.

Пациенты и методы. Проведен анализ 9 случаев хилезного выпота. При накоплении жидкости в брюшной/грудной полости по данным УЗИ выполнялось дренирование, анализировался состав отделяемого. Для снижения лимфореи назначались полное парентеральное питание, консервативная терапия синтетическим аналогом соматостатина — октреотидом. При отсутствии эффекта принималось решение о назначении иммуносупрессивной терапии сиролимусом.

Результаты. Согласно нашим наблюдениям, консервативное лечение октреотидом в дозировке 5–10 мкг/кг/ч оказалось эффективным в 5 из 9 случаев, осложнений терапии не отмечено. У 4 детей отмечалось отсутствие эффекта от проводимой терапии в течение двух недель, что заставило принять решение о назначении иммуносупрессивной терапии сиролимусом в дозировке 0,1–0,2 мг/сут по жизненным показаниям. На протяжении всего лечения сиролимусом поддерживалась концентрация в плазме крови на уровне 8–14 нг/мл. Длительность терапии составила от 2 до 4 мес. Отмена терапии проводилась под контролем общего и биохимического анализов крови. В 1 случае развитие осложнений (артрит коленных суставов, угнетение белого ростка крови) потребовало отмены терапии, но к этому моменту эффект от лечения был достигнут, рецидива хилоперитонеума не отмечено. Данных за рецидив хилусного выпота не получено ни у одного из пролеченных детей.

Заключение. Учитывая редкость данной патологии, в настоящее время требуется более доскональное изучение патогенеза формирования хилезных выпотов, проведение дальнейших исследований с целью выработки общепринятого протокола диагностики и лечения. До момента составления клинических рекомендаций назначение иммуносупрессивной терапии следует рассматривать индивидуально, в ведении таких пациентов необходим мультидисциплинарный подход.

АНАЛИЗ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ

Гущина М.М., Килина А.В.

*ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия»
Минздрава России, Ижевск, Российская Федерация*

Актуальность. Болезни органов дыхания (БОД) — ведущая патология в структуре детской заболеваемости. Диспансерное наблюдение (ДН) позволяет своевременно выявлять патологию, предупреждать развитие обострений, разрабатывать программы профилактики и реабилитации.

Цель исследования. Оценить приверженность к противорецидивному лечению у детей с БОД в условиях педиатрических участков городских и сельских поликлиник.

Пациенты и методы. Оценка медицинской документации формы № 112/у, формы № 30/у у 70 рандомно отобранных детей с БОД, находящихся на ДН в 8 городских и сельских детских поликлиниках Удмуртской Республики, объективный осмотр детей, анкетирование, оценка комплаентности пациентов с помощью опросника Мориски – Грина (ММАС-4).

Результаты. Среди исследуемых преобладали мальчики (64%; $n = 45$), дети в возрасте 7–12 лет (48,5%; $n = 34$), а также пациенты городских поликлиник (88,6%; $n = 62$). Доля детей с функциональными отклонениями (рецидивирующий бронхит, обструктивный ларинготрахеит) составила 10%, 80% детей наблюдались с бронхиальной астмой (БА). БА имела персистирующее течение. Легкая степень заболевания была установлена у 64,3% пациентов, среднетяжелая — у 35,7%. Аллергический ринит изолированно установлен у 10% детей и у 77% детей с БА. Регулярно ДН проводилось у 26,7% детей с БА, остальные обращались к врачу по необходимости. Ежегодную вакцинацию против гриппа прошел каждый пятый ребенок, от гемофильной инфекции были привиты 57% детей, от пневмококковой инфекции — 54%, коклюша, дифтерии, столбняка — 85%. Уровень достигнутого комплаенса между врачом и пациентом оценивался с помощью опросника Мориски – Грина, в исследовании приняло участие 67 детей с БОД. У 10% ($n = 7$) детей с БОД приверженность лекарственной терапии расценена как «полная», у 25,7% ($n = 18$) — как «недостаточная», у 60% ($n = 42$) установлено «отсутствие приверженности».

Заключение. Установлена недостаточная приверженность к противорецидивному лечению у каждого четвертого пациента, ее отсутствие — у половины детей с БОД в амбулаторных условиях, нерегулярное наблюдение с нарушением принципа превентивности.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СУДОРОЖНОГО СИНДРОМА В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ НОВОРОЖДЕННЫХ ОБЛАСТНОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА ИМ. И.Д. ЕВТУШЕНКО Г. ТОМСКА ЗА ПЕРИОД С ЯНВАРЯ 2020 ПО ДЕКАБРЬ 2021 Г.

**Девальд Э.В.¹, Перфильев В.Ю.¹, Мирошниченко А.Г.², Желев В.А.¹,
Дружинина В.Н.¹, Турсунхужаев У.Д.¹**

¹ ГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Томск, Российская Федерация

² ГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Томск, Российская Федерация

Актуальность. В мире распространенность судорог у доношенных новорожденных составляет 1–3 на 1000 живорождений, у недоношенных новорожденных — 10–130 на 1000 живорождений. При этом региональные особенности распространенности и частота судорожного синдрома у новорожденных с различной патологией в России изучены мало.

Цель исследования. Определить частоту встречаемости неонатальных судорог в Областном перинатальном центре им. И.Д. Евтушенко (далее — ОПЦ) в г. Томске за период с января 2020 по декабрь 2021 г.

Пациенты и методы. В исследование включены все младенцы, выписавшиеся из ОПЦ с диагнозом «неонатальные судороги» в период с января 2020 по декабрь 2021 г. Для расчетов и статистической обработки использовалась компьютерная программа Microsoft Office Excel 2017 (Microsoft Corporation, США).

Результаты. За 2 года в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных (далее — ОРИТН) ОПЦ поступили 94 пациента с неонатальными судорогами, что составляет 1,2 случая на 100 живорождений. В 38 из 94 случаев судороги наблюдались у доношенных детей (40,4%), в 56 — у недоношенных (59,6%). Распространенность судорог среди доношенных детей составила 0,6 случаев на 100 живорождений, а недоношенных — 6,3 случая на 100 живорождений. Среди детей с крайней незрелостью распространенность судорог составила 45 случаев на 100 живорождений (36 пациентов из 80). В 2 случаях судороги явились основной причиной поступления в ОРИТН (1 доношенный и 1 недоношенный ребенок). В остальных случаях они являлись сопутствующим состоянием или осложнением основного диагноза: недоношенность или крайняя незрелость (42 случая, 44,7%), гипоксически-ишемическая энцефалопатия (26 случаев, 27,7%), внутриутробная инфекция (4 случая, 4,3%), врожденные аномалии развития, не связанные с ЦНС (4 случая, 4,3%), абдоминальная катастрофа (4 случая, 4,3%), бронхолегочная дисплазия (2 случая, 2,1%), внутрижелудочковое кровоизлияние 4-й степени (2 случая, 2,1%), другие причины (10 случаев, 10,6%). Летальные исходы наступили в 11 случаях (11,7%): 10 недоношенных и 1 доношенный ребенок.

Заключение. Частота встречаемости неонатальных судорог в ОПЦ за период с января 2020 по декабрь 2021 г. не отличается от их распространенности в мире. Чаще всего неонатальные судороги фиксировались у недоношенных пациентов, а также у новорожденных с гипоксически-ишемической энцефалопатией. Смертность среди новорожденных с судорогами в ОПЦ не превышает мирового показателя.

ОСОБЕННОСТИ КИШЕЧНОЙ МИКРОБИОТЫ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Девялтовская М.Г., Михаленко Е.П., Никитченко Д.Ю., Андреева И.Н., Мазур О.Ч.

ГУ «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя», Минск, Республика Беларусь
Институт генетики и цитологии Национальной академии наук Беларуси, Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Микробиота кишечника принимает активное участие в развитии и гомеостазе иммунной и нервной систем (Кайбышева В.О., 2020). Нормальная микробиота кишечника препятствует образованию метаболитов, повреждающих ЦНС (Дорошкевич Я., 2021).

Цель исследования. Провести анализ образцов ДНК бактерий кишечной микробиоты недоношенных новорожденных детей с использованием технологии секвенирования нового поколения.

Пациенты и методы. В исследование включены 10 детей, у которых проведен анализ кишечной микробиоты. Средний гестационный возраст детей при рождении составил $30 \pm 3,5$ нед. Пациенты обследовались в раннем неонатальном периоде.

Результаты. У участников исследования отбирали в стерильные контейнеры меконий. Отобранные образцы замораживали при температуре минус 20°C , хранили и транспортировали образцы при данной температуре. После выделения и очистки тотальной ДНК и подготовки библиотек было выполнено секвенирование переменных участков V3–V4 гена *16S* рРНК. Полученные данные визуализировали, провели оценку качества прочтений и тримминг некачественных оснований, анализ регионов V3–V4.

В представленных образцах обнаружены бактерии порядков *Clostridiales*, в частности *Ruminococcus bromii* и *Gemmiger formicilis* — 60 и 50% соответственно. 20% недоношенных детей имеют в составе кишечной микробиоты представителей бактерий рода *Clostridium Veillonella parvula*. У 30% пациентов в образцах мекония выявлены бактерии семейства *Bacteroidaceae*, *Prevotellaceae* порядка *Bacteroidales*.

Заключение. Для недоношенных новорожденных детей в раннем неонатальном периоде характерно присутствие в меконии бактерий порядков *Clostridiales*, в частности *Ruminococcus bromii* и *Gemmiger formicilis* — 60 и 50% соответственно. В большинстве случаев недоношенные новорожденные дети рождаются путем кесарева сечения, и контакта с вагинальной микрофлорой матери не происходит. Микрофлора недоношенных детей не отличается видовым разнообразием.

Результаты исследования кишечной микробиоты будут учитываться при разработке новых методов лечения недоношенных новорожденных детей.

СЕМЕЙНЫЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА АЛЬПОРТА У ДЕТЕЙ

Деева Ю.В.¹, Глотова И.А.¹, Хубезова И.Е.², Пивоварова И.Н.³,
Гаврилова В.В.³

¹ ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, Рязань, Российская Федерация
² ГБУ РО «Городская детская поликлиника № 1», Рязань, Российская Федерация
³ ГБУ РО «Городская детская поликлиника № 3», Рязань, Российская Федерация

Актуальность. Синдром Альпорта (СА) — это наследственное заболевание почек, вызванное аномалиями $\alpha 3$ -, $\alpha 4$ - или $\alpha 5$ -цепей в коллагене IV типа. Частота регистрации в мире — 1 на 50 000 новорожденных. В Российской Федерации 17 : 100 000 населения.

Цель исследования. Представить клинический случай СА, выявленный у 2 детей в семье.

Пациенты и методы. Анализ клинического случая, первичной медицинской документации (форма № 112/у).

Результаты. В семье мать страдает хроническим гломерулонефритом. Дедушка имеет хроническую почечную недостаточность, тугоухость.

У мальчика М., 2001 г., в возрасте 1 мес отмечались изменения в анализах мочи: протеинурия — до 0,123 г/л, гематурия — до 20–25 в п/зр. В возрасте 1 года диагностирован хронический тубулоинтерстициальный нефрит.

Спустя 5 лет была проведена нефробиопсия — гистологическая картина соответствовала диагнозу «синдром Альпорта».

В возрасте 7 лет у ребенка была диагностирована хроническая двусторонняя сенсоневральная тугоухость 2-й степени.

Уже в возрасте 15 лет мальчик был переведен на аппаратный перитонеальный диализ. В дальнейшем пациент неоднократно был оперирован по поводу диализного перитонита, на данный момент переведен на гемодиализ.

В этой же семье в 2012 г. родилась девочка. В 1 мес у ребенка появились изменения в анализе мочи (лейкоциты — 16–18 в п/зр, эритроциты — 10–15 в п/зр). В возрасте 8 мес у пациентки был диагностирован СА без нарушения функции почек. В настоящее время у девочки сохраняются изменения в анализе мочи: протеинурия, периодически гематурия.

Заключение. Представленный клинический случай демонстрирует, что СА тяжелее протекает у мальчиков, даже если дети из одной семьи, что согласуется с данными медицинской литературы.

Синдром прогностически благоприятен у пациентов, если гематурия протекает без протеинурии, тугоухости и нарушения зрения.

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

Дженалаев Б.К.¹, Досмагамбетов С.П.¹, Тусупкалиев А.Б.¹,
Роскидайло Е.В.², Ли Д.В.²

¹ НАО «Западно-Казахстанский медицинский университет
им. Марата Оспанова», Актобе, Республика Казахстан

² Центр охраны материнства и детства, Актобе, Республика Казахстан

Актуальность. Распространенность гинекологических заболеваний у девочек составляет от 10 до 35%. Дифференциальная диагностика острого аппендицита и гинекологических заболеваний у девочек все еще представляет актуальную проблему.

Цель исследования. Изучение частоты и особенностей острых гинекологических патологических состояний у девочек-подростков, повышение качества дифференциальной диагностики с острым аппендицитом.

Пациенты и методы. В клинику детской хирургии Западно-Казахстанского г. Актобе в 2021–2022 гг. госпитализированы 724 девочки с болевым абдоминальным синдромом, у 576 (79,5%) из них исключена острая хирургическая патология брюшной полости. Всестороннее обследование включало общеклиническое и гинекологическое обследование, ультразвуковое сканирование, компьютерную томографию, МРТ, консультацию детского гинеколога.

Результаты. Возраст девочек составил 14–17 лет. Больные поступали с жалобами на боль в правой подвздошной области, над лоном, на однократную и многократную рвоту, повышение температуры тела. Выявить отчетливую взаимосвязь заболевания с нарушением менструального цикла не всегда представлялось возможным. При перекруте кисты яичника и придатка отмечались светлые промежутки. Во всех случаях сохранялся болевой синдром. При кистах больших размеров в брюшной полости при пальпации определялось объемное образование. У 5 детей с сохраняющимся болевым синдромом при УЗИ органов малого таза выявлялись кисты придатков с признаками перекрута. У 148 (20,4%) во время лапароскопической диагностики выявлена патология внутренних гениталий, которая была представлена у 98 детей рефлюксом маточной крови, у 30 детей — кистами яичников и придатков, у 5 детей — перекрутом кист яичника, у 11 детей — апоплексий яичника, у 4 детей — кровоизлиянием в полость кисты. У 64 детей на фоне гинекологической патологии выполнена попутная аппендэктомия в связи с выявлением вторичного аппендицита.

Заключение. У девочек пубертатного возраста болевой абдоминальный синдром в 20,4% случаев связан с патологией внутренних гениталий. Неотложные состояния у девочек 14–17 лет требуют проведения экстренных дифференциально-диагностических мероприятий с обязательным УЗИ и лапароскопическим обследованием, при необходимости с привлечением подросткового гинеколога.



ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ВИТАМИНОМ D И ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА РЕЦЕПТОРА ВИТАМИНА D *FokI* (*rs2228570*) У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ В ЮЖНОМ РЕГИОНЕ РОССИИ

Джумагазиев А.А., Шилина Н.М., Сорокина Е.Ю., Отто Н.Ю.,
Безрукова Д.А., Сосиновская Е.В.

ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Астрахань, Российская Федерация

Актуальность. Дефицит витамина D является универсальным фактором риска развития различных многофакторных заболеваний. Выясняется, что на дефицит витамина D может влиять ожирение. Вклад в развитие дефицита витамина D вносит и генетический полиморфизм генов рецептора витамина D.

Цель исследования. Изучить обеспеченность витамином D детей южного региона (Астраханской области) Российской Федерации в зависимости от величины индекса массы тела (ИМТ) и полиморфизма *FokI* (*rs2228570*) гена *VDR*.

Пациенты и методы. Идентификация полиморфизма *rs2228570* гена *VDR* проводилась у 60 детей с ожирением (36 мальчиков и 24 девочки), медиана возраста — 13 [6,3; 17,11] лет. Для определения полиморфных *rs2228570* гена *VDR* методом ПЦР на амплификаторе модели PicoReal (США) использовали набор реагентов производства компании ООО «Генотехнология». Статистической обработка проводилась в Microsoft Excel с помощью сводных таблиц и описательных статистик из подключаемого пакета анализа Statistika 10.0. Для проверки равенства средних значений в двух выборках использован критерий Стьюдента.

Результаты. При частотном сравнении генотипов полиморфизма гена *VDR FokI* (*rs2228570*) у детей с ожирением установлено, что наибольшую группу составили дети с генотипом AG — 26 детей (43,3%), на втором месте — пациенты с генотипом AA — 25 детей (41,7%), на третьем — с GG — 9 (15%). Данные показатели соответствуют европейской популяции, статистически достоверных различий выявлено не было ($p > 0,05$). Дефицит витамина D и его недостаточность чаще регистрируются при генотипе AA и AG гена *VDR FokI* (*rs2228570*), тогда как нормальный уровень витамина D (> 30 нг/мл) у детей с ожирением ассоциируется с генотипом GG ($\varphi_{эмп} = 2,073$; $p < 0,05$). При наличии аллеля A (AA, AG) достоверно чаще регистрируется показатель витамина D ниже оптимального значения (< 30 нг/мл), чем при доминировании аллеля G ($\varphi^*_{эмп} = 2,044$; $p < 0,05$).

Заключение. Установлена взаимосвязь полиморфизма гена *VDR FokI* (*rs2228570*) и уровня витамина D в сыворотке детей с ожирением, проживающих в Астраханской области. Данные по генотипированию полиморфизма гена *VDR FokI* (*rs2228570*) у детей с ожирением в Астраханской области выявили соответствие популяционным показателям в Европейской части России. Ассоциация между ожирением у детей и обеспеченностью витамином D зависит от генотипа гена *VDR FokI* (*rs2228570*): генотипы AA и AG ассоциированы с дефицитом и недостаточностью витамина D. Нормальный уровень витамина D (> 30 нг/мл) у детей с ожирением чаще ассоциируется с генотипом GG.

ПАТОГНОСТИЧЕСКОЕ СОЧЕТАНИЕ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ ФАКУЛЬТАТИВНЫХ СИМПТОМОВ В ДИАГНОСТИКЕ НЕДИАБЕТИЧЕСКОГО КЕТОАЦИДОЗА У ДЕТЕЙ

Дмитрачков В.В.¹, Лапковский В.И.², Тюшников О.И.², Дмитрачкова О.В.³

¹ УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Республика Беларусь

² УЗ «4-я городская детская клиническая больница», Минск, Республика Беларусь

³ ГУ «Республиканский клинический центр паллиативной медицинской помощи детям», Минск, Республика Беларусь

Актуальность. В детском возрасте ацетонемическое состояние (АС) — одно из часто встречающихся патологических состояний. Среди госпитализируемых детей увеличился удельный вес детей с АС — в 2,1 раза. Существует деление симптомов на патогностические и факультативные.

Цель исследования. Выделить патогностическое сочетание факультативных симптомов в клинической картине недиабетического кетоацидоза (НДКА), развивающегося у детей с хирургической патологией челюстно-лицевой области в раннем послеоперационном периоде.

Пациенты и методы. Группа наблюдения — 105 детей с НДКА: 36 девочек, 69 мальчиков (1–18 лет: раннего возраста — 29,5%, дошкольного — 37,1%, младшего и старшего школьного — 19 и 14,3%; подгруппы: 1-я подгруппа — дети после оперативных вмешательств по поводу врожденных пороков развития или травм — 65,7%, 2-я подгруппа — с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области — 34,3%.

Результаты. У 84,8% (85,5% детей 1-й подгруппы, 83,3% детей 2-й подгруппы) НДКА манифестировал тошнотой и рвотой: у 74,6% на 1-е сут после оперативного вмешательства, у 16,9% — на 2-е, у 8,5% — на 3-и сут (во 2-й подгруппе у 66,7% — на 2-е сут после первичной хирургической обработки, у 33,3% — на 3-и сут). Рвота упорная, повторная, желудочным содержимым, приводящая к эндотоксикозу с эксикозом. У 58,4% рвота с элементами стереотипии в анамнезе. У 11,4% НДКА манифестировал болевым абдоминальным синдромом: эпигастрий, околопупочная область, средне- и слабовыраженный, через 1–2 ч у всех — рвота. Всего болевой абдоминальный синдром зафиксирован у 63,8%, у 11,9% + симптомы раздражения брюшины. Через 1–1,5 ч — лихорадка (суб- и фебрильная (91,4%), бледная (7,6%)). У 4 детей НДКА манифестировал повышением температуры. Через 4–5 ч у 81,9% детей диарея, тахикардия (92,4%), тахипноэ (63,8%), снижение диуреза (36,2%). На фоне диспептического синдрома эндотоксикоз у 96,2%: вялость, заторможенность (94,1%), цефалгии (43,6%), фотофобия (13,9%). Первичный диагноз «ОРИ (?)» — у 82,9%. НДКА заподозрен при появлении запаха «ацетона» изо рта (70,5%), чаще едва уловимого. Лабораторно: кетонурия, изотонический эксикоз (89,5%), гипокалиемия (21%). КЩС — компенсированный/декомпенсированный метаболический ацидоз; повышение гематокрита (78,1%), лейкоцитоз + сдвиг влево (92,4%), повышение СОЭ (83,8%); глюкоза — норма. Исключение диабетического кетоацидоза: НДКА — отсутствие гипергликемии и «диабетического» анализа.

Заключение. Для НДКА нет патогностических симптомов. Выявление сочетания «стереотипия + повторная рвота + запах изо рта» обосновывает включение в диагностический поиск АС. Иная симптоматика — малоспецифична, в клинической картине на первом плане болевой абдоминальный и диспептический синдромы, маскирующие НДКА. Не всегда имеется прямая зависимость между степенью кетоацидоза, определяемой лабораторно, и выраженностью его клинических проявлений.

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ И КЛИНИКИ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ

Дмитрачкова О.В.¹, Никифорова Т.А.², Каминская Д.О.², Кулибаба А.Е.², Стасив А.И.²

¹ ГУ «Республиканский клинический центр паллиативной медицинской помощи детям», Минск, Республика Беларусь

² Белорусский государственный медицинский колледж, Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Инородные тела (ИТ) дыхательных путей — частая патология, угрожающая жизни ребенка, требует оказания неотложной медпомощи. Ранняя диагностика, правильная тактика лечения снижают смертность детей с ИТ. На детский возраст приходится 80–97% случаев аспирации ИТ.

Цель исследования. Изучить некоторые особенности эпидемиологии, клинической картины ИТ дыхательных путей у детей.

Пациенты и методы. Проанализированы 40 медицинских карт стационарного больного детей, находившихся на лечении в 3-й ГДКБ с ИТ дыхательных путей (группа наблюдения). Изучены жалобы при поступлении, анамнез, клинико-рентгенологическая симптоматика, результаты оперативного лечения. Данные обработаны методом вариационной статистики (Statistika 6.0).

Результаты. В группе наблюдения 37,5% девочек и 62,5% мальчиков ($p < 0,05$); грудных детей — 12,5%, раннего возраста — 60% ($p < 0,001$), старше 3 лет — 27,5%. 67,5% детей — поступление в 1-е сут. заболевания ($p < 0,05$) из поликлиник (27,5%), «СП» (32,5%), других лечебных учреждений (20%), 8 детей — без направления. У 72,5% ($p < 0,001$) в анамнезе данные, подтверждающие ИТ бронхов (ИТБ) или носа (ИТН). У 80% ИТБ, у 20% ($p < 0,001$) — ИТН. Жалобы при ИТБ: кашель (90%), затруднение дыхания (47,2%), слюноотечение, рвота (3,1%); при ИТН: гнойное отделяемое, неприятный запах из носа (75%). Катаральные явления — 20% детей. У 43,8% (ИТБ) аускультативно — бронхообструкция; у 42,9% — участки ослабленного дыхания. У 65,5% детей с ИТБ при рентгенографии органов грудной клетки: типичная R-картина у 81% детей ($p < 0,001$), у 9,5% инфильтративные тени в легких — острая пневмония — обращение через неделю после аспирации. Всем детям осуществлена прямая ларинготрахеобронхоскопия (ПЛТБС), 6% — повторно. При ИТБ обнаружены семечки, орехи — 50% ($p < 0,05$), фрукты, овощи — 15,6%, канцтовары — 12,5%, игрушки — 6,3%, метизы — 6,3%; по 3,1% жевательная резинка, фольга, зуб. При удалении ИТН: игрушки (50%), батарейка для часов (12,5%), семена тыквы (12,5%), заклепка, кожаный ремешок (12,5%). При ПЛТБС ИТ чаще в правом главном бронхе (53,1%), у 40,6% удалены из левого главного бронха, у 1 пациента — из обоих главных бронхов, у 3,1% ИТ было в правом верхнедолевом бронхе.

Заключение. ИТ дыхательных путей чаще встречаются у мальчиков (обусловлено психологическими особенностями), у детей раннего возраста (обусловлено познавательными особенностями, неполноценным пережевыванием, изменением рациона). Около трети родителей не придают значения эпизоду аспирации, несвоевременно обращаются за помощью. Длительное стояние ИТ приводит к развитию гнойных осложнений. Анамнез помогает заподозрить аспирацию, способствует диагностике. ИТБ чаще локализуется в правом главном бронхе. Чаще среди ИТ фигурируют семечки и орехи (нельзя давать детям раннего возраста), мелкие предметы и игрушки, что говорит об отсутствии контроля родителей.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ 0–18 ЛЕТ ИЗ ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ ЗОНЫ С ПЕРИОДИЧЕСКИМ КОНТРОЛЕМ И 16-Й ГОРОДСКОЙ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 20 ЛЕТ

Добродей А.И.

УЗ «16-я городская детская поликлиника», Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Детское население в 5-й Чернобыльской зоне с периодическим радиационным контролем с загрязнением почв по цезию-137 до 5 кюри/км² (г. Микашевичи Лунинецкого района Брестской области) продолжает проживать спустя 35 лет после аварии на Чернобыльской атомной электростанции (ЧАЭС) 26.04.1986 с убылью на 47% в связи с выездом в другую местность, снижением рождаемости. Тогда радиоактивное облако, атмосферно переносимое, содержало много радионуклидов, трансураны. Период полного распада многих радиоактивных веществ составляет тысячи лет (плутоний — 238, 239, 240, цирконий — 95). В процессе радиоактивного распада нестабильные частицы атомов воздействуют на клетки нашего организма на атомном и молекулярном уровнях. Нестабильные частицы провоцируют разрыв связей внутри молекул ДНК.

Цель исследования. Оценка структуры врожденных пороков развития (ВПР) у детей 0–18 лет из Чернобыльской 5-й зоны в сравнении со структурой ВПР на 2 педиатрических участках 16-й городской детской поликлиники г. Минска.

Пациенты и методы. Проведено исследование с обработкой статистических данных выявленных ВПР в 5-й Чернобыльской зоне (г. Микашевичи) у всего детского населения в количестве 3488 детей от 0 до 18 лет за период 1997–2017 гг. и в 16-й детской поликлинике г. Минска — 1537 детей от 0 до 18 лет за период 2001–2020 гг. Критерии включения: наличие ВПР у детей 0–18 лет. Критерии исключения: малые пороки развития. Обследованные пациенты с ВПР (г. Микашевичи) и лица контрольной группы (дети 16-й детской поликлиники г. Минска) были сопоставимы по полу, возрасту, методам обследования. При исследовании использованы следующие источники информации: годовые отчеты, выявление ВПР при всеобщей диспансеризации методом сплошного осмотра, при обращении к врачу, по результатам лабораторно-инструментальных исследований, осмотров узкими специалистами.

Результаты. За 20-летний период наблюдения (1997–2017 гг.) после аварии на ЧАЭС в Чернобыльской 5-й зоне в выборке 3488 детей 0–18 лет в структуре из 127 ВПР (мальчики — 61, девочки — 66) ВПС — 75, что составляет 59,9% (Q21.0, Q22.1, Q25.0, Q23.8, Q20.3, Q24.8, Q22.1, Q23.0, Q28.9) (мальчики — 32, девочки — 43); ВАМП — 20, что составляет 15,8% (Q63, Q62.0, Q60.3, Q64.1) (мальчики — 9, девочки — 11); ВПР нервной системы — 7, что составляет 5,5% (Q03, Q04, Q05, Q06, Q85, Q90) (мальчики — 4, девочки — 3); ВПР костной системы — 8, что составляет 6,2% (Q65, Q66.3, Q69.9, Q70.0, Q70.2, Q71.3, Q72.8, Q76.6) (мальчики — 5, девочки — 3); ВПР прямой кишки — 2, что составляет 1,6% (Q42) (мальчики — 2, девочки — 0); ВПР толстого кишечника — 3, что составляет 2,3% (Q40, Q41, Q43) (мальчики — 1, девочки — 2); ВПР тонкого кишечника — 1, что составляет 0,8% (Q40.0) (мальчики — 1, девочки — 0); ВПР периферических сосудов — 1, что составляет 0,8% (Q27) (мальчики — 0, девочки — 1); ВПР органов зрения — 1, что составляет 0,8% (Q11.2) (мальчики — 1, девочки — 0); ВПР диафрагмы — 2, что составляет 1,6% (Q79.0) (мальчики — 2, девочки — 0); ВПР черепа и лица — 2, что составляет 1,6% (Q30) (мальчики — 1, девочки — 1); ВПР губы и неба, что составляет 4,2% (Q37.9) (мальчики — 2, девочки — 2).

За период наблюдения 20 лет (2001–2020 гг.) в контрольной группе в выборке 1537 детей 0–18 лет в структуре из 69 ВПР ВПС — 22, что составляет 32% (Q21.0, Q22.1, Q23.8) (мальчики — 12, девочки — 10); ВАМП — 28, что составляет 40% (Q60, Q60.3, Q61, Q62.0, Q62.2, Q63, Q63.2) (мальчики — 11, девочки — 17); ВПР нервной системы — 1, что составляет 1,4% (Q04) (мальчики — 1, девочки — 0); ВПР периферических сосудов — 1, что составляет 1,4% (Q27) (мальчики — 0, девочки — 1); ВПР тонкого кишечника — 1, что составляет 1,4% (Q40.0) (мальчики — 1, девочки — 0); ВПР органов зрения — 2, что составляет 2,8% (Q12.0, Q10.0) (мальчики — 0, девочки — 2); ВПР губы и неба — 3, что составляет 4,2% (Q37.9, Q38) (мальчики — 1, девочки — 2); ВПР кожи — 1, что составляет 1,4% (Q82) (мальчики — 0, девочки — 1). Следует отметить высокую частоту ВПР почек ($\chi^2 = 17,6$, $p < 0,001$) и сердца ($\chi^2 = 23,1$, $p < 0,01$), причем ВАМП более значимы у детей г. Минска. Характерен более широкий спектр ВПС у детей 5-й Чернобыльской зоны (Q25.0, Q25.1, Q20.3, Q25.6), а в Минске выявлена однотипность ВПС (Q21.0, Q22.1, Q23.8). Выявляется больше ВПР органов пищеварения, нервной системы в Чернобыльской 5-й зоне. Пол особого значения не имел, хотя девочек в 5-й Чернобыльской зоне было больше, чем в 16-й детской поликлинике г. Минска ($\chi^2 = 2,99$; $p = 0,084$).

Заключение. Следует отметить рост ВПР за последние 20 лет, хотя статистически значимой разницы не выявлено. И все же при сопоставлении количества обследованных детей можно заметить, что выявлен рост на 12% ВПР у детей 16-й детской поликлиники г. Минска по сравнению с 5-й Чернобыльской зоной.

ЕДИНАЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ СРЕДА В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ — УСЛОВИЕ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ ШКОЛЬНИКОВ

Долотова Н.В.¹, Кочерова О.Ю.¹, Слабинская Т.В.²

¹ *ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова»
Минздрава России, Иваново, Российская Федерация*

² *Департамент здравоохранения Ивановской области, Иваново,
Российская Федерация*

Актуальность. Важным этапом формирования здоровья и профилактики его нарушений у детей является обучение в школе. В связи с этим единая профилактическая среда в образовательной организации представляется основным условием здоровьесбережения школьников.

Цель исследования. Создать модель единой среды в школе для профилактики заболеваний, формирования здорового образа жизни, сохранения и укрепления здоровья детей при межведомственном взаимодействии систем здравоохранения и образования.

Пациенты и методы. Во всех школах Иванова и Ивановской области начиная с 2017 г. реализуется проект «Межведомственное сопровождение здоровья школьников с использованием автоматизированных технологий», разработанный в 2006 г. по инициативе Правительства Ивановской области, направленный на создание межведомственной интеграции при сопровождении ребенка в образовательном учреждении для укрепления его здоровья. Использовались информационно-аналитические, организационного эксперимента, статистический методы.

Результаты. В школах г. Иванова и области создана модель единой профилактической среды, включающая взаимодействие и координацию медицинских, педагогических работников, обучающихся и родителей; создание единого информационного пространства; внедрение оздоровительных мероприятий, организацию правильного питания, в том числе детям, требующим индивидуального подхода к питанию; совершенствование оздоровительной и спортивной структуры; оптимизацию физического воспитания; управление здоровьем на межведомственном уровне с применением автоматизированной программы; создание медико-педагогических межведомственных школьных команд; организацию места работы школьного врача, медицинской сестры с автоматизированной программой профилактических осмотров обучающихся; создание кабинетов здоровья, организацию отрядов волонтеров. Ее внедрение способствует улучшению показателей здоровья школьников: снизилось число часто болеющих детей с 15 до 10%; улучшились показатели эмоционального состояния у 9,3% детей, памяти — у 18,4%; улучшились показатели физической подготовленности: силовых качеств — у 11,8% детей, скоростных качеств — у 9% школьников; повысилась удовлетворенность у 94% родителей качеством медико-психолого-педагогического сопровождения.

Заключение. Внедрение модели единой профилактической среды в школе позволяет оптимизировать состояние здоровья обучающихся, нормализовать их образ жизни, повлиять на мотивацию быть здоровым.

ОЦЕНКА ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ВИТАМИНОМ D ДЕТЕЙ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Дунаева Е.И.¹, Почкайло А.С.¹, Нестерович Ю.В.², Зарецкая Е.М.²

¹ ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», Минск, Республика Беларусь

² УЗ «4-я городская детская клиническая больница», Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Дети с ревматической патологией находятся в группе риска по развитию дефицита витамина D вследствие избегания инсоляции и изменения метаболизма витамина D под воздействием аутоиммунного процесса и приема иммуносупрессивных препаратов.

Цель исследования. Оценить обеспеченность витамином D детей с ревматическими заболеваниями.

Пациенты и методы. В исследование включены 72 ребенка (33,3% мальчиков и 66,7% девочек) с ювенильными идиопатическим артритом, ювенильным дерматомиозитом, системной красной волчанкой и другими ревматическими заболеваниями в возрасте от 3 до 17 лет, обследованных в Республиканском центре детского остеопороза. Медиана возраста пациентов составила 12,55 (9,5; 14,7) года. Определение уровня 25-гидроксивитамина D (25(OH)D) проводилось методом электрохемилюминесценции.

Результаты. Медиана сывороточной концентрации 25(OH)D в обследованной когорте пациентов оказалась в диапазоне, соответствующем недостаточности витамина D, и составила 22,35 (14,6; 27,47) нг/мл; минимальное значение по всей когорте 25(OH)D — 3 нг/мл, максимальное — 70 нг/мл. Дефицит и недостаточность витамина D выявлены у 38,9% (28/72) и у 44,4% (32/72) детей соответственно, суммарно — у 83,3% (60/72) пациентов. Оптимальная обеспеченность 25(OH)D зарегистрирована лишь у 13,9% (10/72) обследованных детей с ревматической патологией, высокая обеспеченность витамином D — у 2,8% (2/72) пациентов.

Заключение. Распространенность недостаточности и дефицита витамина D у детей с ревматической патологией высока — более 80%. Оптимальный уровень витамина D важен для профилактики остеопороза, обеспечения контроля ревматического заболевания. Пациентам данной категории требуется рутинный мониторинг обеспеченности витамином D, а также индивидуальный подход в назначении профилактических и лечебных доз витамина D.

ТЕЧЕНИЕ COVID-19 У ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЕЙ

Ермохина Д.А.¹, Сулейманова З.Я.²

¹ ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Российская Федерация

² НИИ педиатрии и охраны здоровья детей НКЦ №2 ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского» Минобрнауки России, Москва, Российская Федерация

Актуальность. В начале 2020 г. была объявлена всемирная пандемия, вызванная новым вирусом — SARS-CoV-2. При изучении данных научной литературы были обнаружены лишь единичные публикации о течении COVID-19 у детей с отягощенным аллергологическим анамнезом.

Цель исследования. Изучить особенности течения новой коронавирусной инфекции (COVID-19) у детей с аллергической патологией.

Пациенты и методы. Ретроспективное исследование проводилось на базе НИИ педиатрии и охраны здоровья детей НКЦ №2 «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского» за период с января 2020 по сентябрь 2022 г. Под наблюдением находились 155 детей от 1 до 17 лет, перенесших COVID-19, из них все дети были осмотрены педиатром, аллергологом-иммунологом, проведены необходимая лабораторная диагностика и инструментальное обследование.

Результаты. Из 155 детей, переболевших COVID-19, аллергическая патология диагностирована у 77 (49,7%) пациентов. Были проанализированы следующие симптомы: в группе детей с аллергической патологией кашель наблюдался чаще на 1,29% ($p > 0,01$), проявления ринита — на 9,67% ($p > 0,01$), кожная сыпь различного характера — на 0,65% ($p > 0,01$), диарея — на 1,93% ($p > 0,01$), жалобы на головную боль — на 6,43% ($p > 0,01$). Одышка наблюдалась у детей из обеих групп (в 1,3% случаев в каждой группе).

Заключение. Таким образом, не было выявлено существенных различий в симптомах, сопровождавших течение COVID-19, у детей с отягощенным анамнезом и контрольной группы. В то же время у детей основной группы указанные симптомы встречались чаще. Необходимы дальнейшие исследования для подтверждения выводов на большей выборке пациентов.

КОРРЕКЦИЯ ДИСЭЛЕМЕНТОЗОВ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО И РАННЕГО ВОЗРАСТА, РОДИВШИХСЯ В УСЛОВИЯХ МАТЕРИНСКОГО ПРЕНАТАЛЬНОГО СТРЕССА

Ершова И.Б., Васендина М.В., Козина С.Ю.

*ГУ Луганской Народной Республики «Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки», Луганск, Луганская Народная Республика, Российская Федерация
ГУ «Луганская городская многопрофильная детская больница № 3», Луганск, Луганская Народная Республика, Российская Федерация*

Актуальность. Взаимообусловленность дистресса и элементного дисбаланса является актуальной темой современной медицины. Крайне малоизученным является вопрос об особенностях элементного гомеостаза у детей, развитие которых проходило в условиях пренатального стресса, вызванного проведением активных боевых действий. Еще менее изученной является проблема коррекции микроэлементозов у вышеназванной категории детей.

Цель исследования. Изучение особенностей и оптимизация элементного баланса у детей грудного и раннего возраста, родившихся в условиях материнского пренатального стресса.

Пациенты и методы. Под нашим наблюдением находились 126 новорожденных доношенных детей. Дети были разделены на 2 группы: основную (72 (57,14%) ребенка), внутриутробное развитие которых проходило во время проведения активных боевых действий, и контрольную (53 (42,40%) ребенка), пренатальное развитие которых проходило в мирных условиях. Коррекционный комплекс предусматривал применение витаминно-минерального препарата, содержащего макро- и микроэлементы для детей грудного и раннего возраста.

Результаты. Анализируя содержание макро- и микроэлементов в волосах у детей групп сравнения, мы установили, что у детей основной группы наблюдался дисбаланс микроэлементов, характеризующийся снижением таких эссенциальных элементов, как цинк, железо, медь, калий, магний, марганец, селен, и повышением токсических микроэлементов — кадмия, хрома и свинца. Применение витаминно-минерального комплекса детьми раннего возраста и их матерями во время лактации способствовало повышению уровня таких элементов, как медь — в 1,4 раза, цинк — в 1,2 раза, магний — в 1,29 раза. Достоверно отличались в основной группе детей до и после коррекции и другие микроэлементы: уровень калия повысился в 1,19 раза, марганца — в 1,07 раза, а селена — в 1,34 раза. Содержание токсических элементов в волосах детей, находящихся в стрессогенной обстановке проведения боевых действий, показало значительное снижение уровня таких элементов, как свинец — в 1,74 раза, кадмий — в 2,61 раза, хром — в 1,33 раза в результате лечения.

Заключение. Выявленный дисэлементоз у детей с предшествующим пренатальным материнским стрессом, обусловленным боевыми действиями, корригировался под влиянием применения витаминно-минерального комплекса. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости внедрения контроля элементного статуса детей с отягощенным пренатальным фоном в практическую деятельность для оптимизации элементного баланса.

ПРИКОРМ ГЛАЗАМИ РОДИТЕЛЕЙ

Жданова И.А., Лукиша А.Н., Осадчая Е.И., Краковец И.В., Картавцева А.В., Смычкова Е.В.

ГБУЗ «Детская краевая клиническая больница» Минздрава Краснодарского края, Краснодар, Российская Федерация

Актуальность. Неадекватное питание на первом году жизни повышает риск развития аллергических заболеваний, ожирения, метаболического синдрома. Знание и выполнение родителями положений Национальной программы оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации снижает эти риски.

Цель исследования. Оценить соответствие знаний матерей о питании детей первого года жизни современным требованиям.

Пациенты и методы. Проведено анонимное анкетирование 98 женщин в возрасте от 19 до 43 лет, имеющих детей в возрасте от 0 до 12 мес. Среди опрошенных преобладали матери со средним образованием (69%). Отбор респондентов проводился случайным сплошным методом.

Результаты. Большинство женщин (85%) считают грудное вскармливание оптимальным для ребенка. 95,2% женщин в вопросах о сроках введения прикорма и выборе первого продукта опираются на рекомендации участкового педиатра. 85,7% считают оптимальным введение прикорма в возрасте 4–6 мес, но фактически в эти сроки прикорм введен лишь у 66,7% детей. 14,2% женщин начали вводить прикорм с 3–4 мес, 19% — с 7–9 мес. Все дети с поздним введением прикорма находились на грудном вскармливании. В качестве первого прикорма 61,9% мам предпочитают безмолочную кашу, 19% — фруктовое пюре, 1,5% — яблочный сок. 48% вводят в рацион мясо в возрасте 7–8 мес, 42,3% — после 9 мес и лишь 9,7% — с 6 мес. Неадаптированные кисломолочные продукты в 52,1% вводятся после 9 мес. 57% опрошенных отдают предпочтение продуктам прикорма промышленного производства, 19% — комбинируют их с продуктами домашнего. К году 14,7% детей получают питание с общего стола. 61% матерей знают об органическом детском питании.

Заключение. Сроки, порядок и последовательность введения прикорма, утвержденные в Национальной программе оптимизации вскармливания детей первого года жизни, направлены на оптимальное обеспечение возрастных потребностей ребенка в энергии и питательных веществах, способствующее нормальному росту и развитию. Несмотря на высокий уровень информированности матерей о правильном питании детей первого года жизни, на практике положения Национальной программы реализуются родителями в недостаточном объеме.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ

Жданова И.А., Лукиша А.Н., Осадчая Е.И., Краковец И.В., Картавцева А.В., Смычкова Е.В., Дудий С.Е.

ГБУЗ «Детская краевая клиническая больница» Минздрава Краснодарского края, Краснодар, Российская Федерация

Актуальность. Коронавирусная инфекция — триггер, способный запустить практически любую патологию. Постковидный синдром (ПКС) — новый, еще мало изученный феномен в педиатрической практике, развивающийся у 30% детей, перенесших новую коронавирусную инфекцию COVID-19.

Цель исследования. Изучить особенности развития и течения постковидного синдрома у детей после перенесенной инфекции COVID-19.

Пациенты и методы. С января 2021 по март 2022 г. под наблюдением находились 63 ребенка, у которых был диагностирован ПКС. Отбор проводился сплошным методом. Возраст пациентов от 6 мес до 17 лет. Из них дети до 1 года — 5 человек (7,9%), 1–5 лет — 11 (17,5%), 5–10 лет — 16 (25,4%), 10–17 лет — 31 (49,2%). Девочек — 32 (50,8%), мальчиков — 31 (49,2%). COVID-19 подтвержден методом ПЦР у 22,2%, ретроспективно по ИФА — у 77,8% детей.

Результаты. Контакт с инфекцией происходил в семейных очагах — 78,1% и в социуме (школы, детские сады) — 21,9%. При обращении в детский консультативно-диагностический центр 98,7% детей жаловались на утомляемость и слабость, 27,3% — на нарушение сна, 12,3% — на головные боли и снижение памяти; боли в животе отмечались у 17,1% детей, нарушение терморегуляции — у 15,8%, изменение вкуса и обоняния — у 4,7%, конъюнктивит — у 3,9%, поредение волос — у 3,6%, боли в суставах — у 2,9%, ортостатическая гипотензия — у 4,8% детей. 25% школьников отметили, что не справляются с занятиями, которыми занимались до болезни. У 2 детей до года (3,2%) отмечались судороги, у 1 подростка (1,6%) развились панические атаки. По данным анамнеза, перенесенная коронавирусная инфекция привела к увеличению частоты ОРВИ у 34% детей (в основном 1–5 лет), тонзиллитов — у 16,2% (среди подростков), обострению дерматита или появлению кожных высыпаний — у 15,3%, синдрому раздраженного кишечника — у 15%, колебаниям артериального давления — у 9,7% детей. Статистически значимой зависимости между тяжестью течения COVID-19 и развитием ПКС нет.

Заключение. Постковидный синдром способен значительно ухудшить качество жизни ребенка на протяжении месяцев после перенесенной коронавирусной инфекции. Основные проявления ПКС у детей представлены астенической и неврологической симптоматикой. Дети, перенесшие COVID-19, нуждаются в диспансерном наблюдении для оценки и динамического контроля состояния здоровья и при необходимости — для проведения лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ ИНТЕРЛЕЙКИНА 4 (IL4) И РЕЦЕПТОРА ИНТЕРЛЕЙКИНА 4 (IL4RA) ПРИ РАЗВИТИИ АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Завада А.Н., Беляева Л.М., Чижевская И.Д., Чакова Н.Н., Ниязова С.С., Мытько Ю.А., Воловик Н.О.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Республика Беларусь

Институт генетики и цитологии Национальной академии наук Беларуси, Минск, Республика Беларусь

Межрайонный детский аллергологический кабинет, Минск, Республика Беларусь
ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», Минск, Республика Беларусь

Актуальность. В последние годы ведутся исследования в поиске конкретных генов, вовлеченных в наследование бронхиальной астмы (БА) и формирование различных фенотипов заболевания. Многочисленные сообщения указывают на гиперпродукцию IL-4 при аллергической БА. В литературных данных были предоставлены доказательства того, что полиморфизмы IL4 связаны с общими уровнями IgE и потенциально с астмой и другими фенотипами, связанными с аллергией. IL-4 представляет собой цитокин Th2, который играет важную роль в регуляции IgE. Он запускает переключение изотипа с IgM на IgE, индуцирует дифференцировку T-клеток в фенотип Th2 и играет критическую роль в индукции и поддержании аллергии. Ген IL4 был картирован на хромосоме 5q31, где также были связаны астма и атопия. Также IL-4 действует через рецептор IL-4 (IL-4R).

В исследованиях проведенных ранее сообщалось, что полиморфизмы в промоторной области гена IL4, по-видимому, коррелируют с повышенной активностью IL-4, вторичной по отношению к модификации транскрипции гена IL4. В этом смысле была выдвинута гипотеза, что аллель T может быть связан с тяжестью астмы. Несмотря на успехи, достигнутые в изучении патогенеза БА, многие этапы формирования и модификации течения этого заболевания в настоящее время не совсем ясны.

Поиск генетических маркеров, контролирующих ключевые звенья патогенеза БА, является одной из актуальных задач медицинской генетики.

В частности, наиболее перспективным является выявление ассоциации полиморфных локусов генов-кандидатов с риском развития тяжелых форм БА у детей.

Наиболее частым изменением структуры генов является полиморфизм единичных нуклеотидов (single-nucleotide polymorphism; SNPs). SNPs обуславливают влияние генетического полиморфизма на фенотип заболевания и предопределяют различия в клинических проявлениях одной и той же нозологической формы (тяжесть течения, частоту обострения, чувствительность к фармакотерапии, темп прогрессирования и др.).

Выявление взаимосвязей комплексов генов, особенностей функционирования цитокиновой сети и факторов риска заболевания позволит приблизить понимание механизмов формирования тяжелых неконтролируемых форм БА в детском возрасте, а значит — усовершенствовать лечение и профилактические меры.

Цель исследования. Оценить распределение частот генотипов полиморфных локусов генов IL4, IL4Ra у белорусских детей с различной степенью тяжести БА.

Пациенты и методы. Изучено распределение частот генотипов полиморфных локусов генов IL4, IL4Ra у 323 белорусских детей в возрасте от 5 до 17 лет с различной степенью тяжести БА. Группу контроля составили 55 практически здоровых детей.

Интермиттирующий вариант течения БА был у 38 (11,7%) детей, персистирующая легкая БА — у 153 (47,4%), среднетяжелая БА — у 105 (32,5%) и тяжелая БА — у 27 (8,4%) детей. У пациентов с БА преобладала легкая степень тяжести этого заболевания (59,1%).

Результаты. В группе пациентов с интермиттирующей степенью тяжести БА распределение генотипов полиморфизма C-590T гена IL4 достоверно отличалось от распределения в группах с персистирующим течением ($\chi^2 = 10,7$, $p = 0,004$). Генотип 590TT в этой группе встречался достоверно чаще по сравнению с группами с персистирующим легким, среднетяжелым и тяжелым вариантами течения БА, что указывает на его протективную значимость (OR = 0,24; 95% CI: 0,09–0,60; $\chi^2 = 8,68$, $p = 0,003$). Вместе с тем наши исследования не выявили статистически достоверных различий ($p > 0,05$) в распределении генотипов 590CC и 590CT гена IL4 в зависимости от тяжести течения БА.

Изучение полиморфизмов генов IL4, IL4Ra у детей Республики Беларусь показало, что у пациентов с интермиттирующей степенью тяжести БА генотип 590TT гена IL4 обнаруживался достоверно чаще по сравнению с группами с персистирующим легким, среднетяжелым и тяжелым вариантами течения БА. Выявление данного генотипа у ребенка позволяет считать, что он имеет повышенную генетическую предрасположенность к развитию БА, в частности риск развития интермиттирующей ее формы.

Заключение. Определение совокупности генов, отвечающих за формирование предрасположенности к атопической БА как одному из частых гетерогенных заболеваний дыхательных путей у детей, является важным направлением научных исследований в области медицины. Изучение полиморфизмов генов IL4, IL4Ra у детей Республики Беларусь показало, что в группе пациентов с легкой интермиттирующей степенью тяжести БА генотип 590TT полиморфного локуса -590C>T гена IL4 обнаруживался достоверно чаще по сравнению с группами с персистирующим легким, среднетяжелым и тяжелым вариантами течения БА, что указывает на его протективную значимость в прогрессировании этого заболевания.



ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ КРИТЕРИЕВ ПЕРИНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА ПРИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОМ ВЫБОРЕ СТАРТОВОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ПОДДЕРЖКИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В ОТДЕЛЕНИИ НЕОНАТАЛЬНОЙ РЕАНИМАЦИИ

Завьялов О.В.^{1, 2}, Пасечник И.Н.¹, Игнатко И.В.³

¹ ЦГМА Управления делами Президента РФ, Москва, Российская Федерация

² ГБУЗ «ГКБ им. С.С. Юдина ДЗМ», Москва, Российская Федерация

³ ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Российская Федерация

Актуальность. Недоношенность — актуальная медико-организационная и социальная проблема современной перинатологии. Частота преждевременных родов составляет от 4,5 до 11,5%. Синдром дыхательного расстройства (СДР) новорожденного — основная клиническая нозология недоношенных детей в раннем неонатальном периоде. В последнее время проведение стартовой респираторной поддержки (СРП) в составе комплексной терапии СДР у новорожденных основано на международной стратегии раннего проведения минимальной инвазивности искусственной вентиляции легких (ИВЛ) в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН).

Цель исследования. Оценить эффективность критериев прогностической значимости перинатального скрининга при дифференцированном выборе стартовой респираторной поддержки у недоношенных детей в отделении неонатальной реанимации.

Пациенты и методы. Ретроспективно-проспективный анализ проведен в ОРИТН родильного дома Перинатального центра ГКБ им С.С. Юдина г. Москвы за 2018–2022 гг. Разработаны дизайн, критерии включения и исключения НИР. Клинический протокол одобрен локальным этическим комитетом больницы. Проанализированы истории развития 90 пациентов, временной промежуток — первые 168 ч (ранний неонатальный период). Средняя масса тела детей — 850 ± 149 г, средний гестационный возраст — 28 ± 4 нед. В каждой группе пациенты дополнительно распределены по сроку гестации в неделях: 24–25, 26–27, 28–29, 30–31. В родильном зале / операционной стандартная стабилизация клинического состояния и/или реанимационные мероприятия всем пациентам проводились согласно клиническим рекомендациям РАСПМ и РОН. В зависимости от проведения СРП, наличия спонтанного дыхания (СД), неонатальной оценки степени тяжести дыхательных нарушений по шкале Сильвермана – Андерсен (С-А), определения предуктальной сатурации (SpO_2) и респираторного индекса (PaO_2/FiO_2) были разработаны 3 основные группы критериев перинатального скрининга (КПС): 1) анамнестический; 2) клинический; 3) инструментальный.

Результаты. В результате проведенной НИР для каждой группы СРП сформированы основные КПС: 1) группа СРП — ИВЛ в режиме SIMV (synchronized inspiratory mandatory ventilation) через эндотрахеальную трубку (ЭТТ): СД — отсутствует, оценка по шкале С-А ≥ 6 баллов, $SpO_2 < 88\%$, $PaO_2/FiO_2 < 200$; 2) группа СРП — неинвазивная вентиляция легких (НВЛ) в режиме DUOPAP (duo positive airway pressure) через назальные канюли (НК): СД — стабильное, $SpO_2 = 92\%$, $PaO_2/FiO_2 > 300$; 3) группа СРП — НВЛ в режиме DUOPAP через НК / ИВЛ в режиме SIMV через ЭТТ: СД — пограничное, оценка по шкале С-А — 4–5 баллов, $SpO_2 = 88–92\%$, $PaO_2/FiO_2 = 250–300$. В процессе НИР разработаны «разрешающие» КПС СРП: НВЛ-DUOPAP — 30–60% курс антенатальной стероидной профилактики (АСП) РДС плода, безводный промежуток (БП) < 6 ч, хориамнионит (ХМ) — отсутствует, гестационный сахарный диабет (ГСД) — нет/диета, показатели кровотока в системе «мать – плацента – плод» — норма, синдром задержки роста плода (СЗРП) — нет/невыраженный, отсутствие рентгенографической картины врожденной пневмонии (ВП), допамин < 3 мкг/кг/мин, С-реактивный белок (СРБ) < 5 мг/л, прокальцитонин (ПКТ) < 2 нг/мл. В процессе НИР выявлены «ограничивающие» КПС СРП: НВЛ-DUOPAP: отсутствует и/или 30% курс АСП РДС плода, БП > 12 ч, ХМ — наличие/выраженный, ГСД — инсулинотерапия, показатели кровотока в системе «мать – плацента – плод» — признаки нарушения, выраженный СЗРП, рентгенографическая картина ВП, допамин > 5 мкг/кг/мин, СРБ > 5 мг/л, ПКТ > 6 нг/мл.

Заключение. Сформированные критерии разработанных групп перинатального скрининга являются важным дополнительным клинко-прогностическим и организационно-тактическим эффективным инструментом, позволяющим наиболее комплексно совершенствовать дифференцированный выбор стартовой респираторной поддержки у недоношенных детей в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных в раннем неонатальном периоде.



САРКОПЕНИЯ У ДЕТЕЙ: ПРИЧИНЫ, ДИАГНОСТИКА, КЛИНИКА, ВОЗМОЖНОСТИ ТЕРАПИИ

Завьялова А.Н., Новикова В.П., Кузнецова Ю.В.

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, Санкт-Петербург, Российская Федерация

Актуальность. В педиатрии описаны единичные случаи или малые группы наблюдения саркопении, чаще среди пациентов с ожирением. Пациенты с детским церебральным параличом (ДЦП) и разной степенью моторной активности по шкале GMFCS стали моделью для изучения саркопении у детей.

Цель исследования. Изучить частоту встречаемости и предикторы развития саркопении у детей с ДЦП, разработать критерии диагностики и возможные пути диетотерапии.

Пациенты и методы. Оценен компонентный состав тела методом биоимпедансометрии у 810 детей от 3 до 18 лет с дисфагией (3–5-й уровень EDACS). Возрастные группы: первое детство — № 1 — 252 ребенка, второе — № 2 — 269, подростковый и юношеский возраст — № 3 — 289. Изучено состояние жировой (ЖМ), активной клеточной (АКМ) и безжировой массы (БЖМ) в зависимости от возраста, способа и вида питания. Гастростомированным пациентам оценен микробиом 3 биотопов — рот, желудок, кал — методом 16S rRNA. Статистическая обработка — IBM SPSS Statistics 26.

Результаты. Наиболее выраженные нарушения в компонентном составе тела (КСТ) выявлены в группе 3: преобладание ЖМ над АКМ и высокий процент дефицита БЖМ ($p = 0,001$; $p < 0,001$). На основании различий в соотношении % ЖМ и % АКМ у детей с нутритивным дефицитом (НД) выделены два кластера, не отличающиеся по возрастному и гендерному составу. В 1-м кластере (10% от всей выборки) пациенты имели НД по данным ИМТ ($11,57 \text{ кг/м}^2$) (ДИ 10,09–12,86), ($p < 0,001$), ниже 5-го перцентиля, во втором кластере ИМТ был $12,5 \text{ кг/м}^2$ (ДИ 11,08–13,98), что соответствует 1–3-му центильному коридору ($p < 0,002$). Площадь под ROC-кривой, соответствующей взаимосвязи % АКМ с номером кластера, составила $0,994 \pm 0,002$ (95% ДИ 0,993–0,999) ($p < 0,001$). При % АКМ меньше 37 дети были с проявлениями саркопении. Площадь под ROC-кривой, соответствующей взаимосвязи % ЖМ с номером кластера, составила $0,968 \pm 0,015$ (95% ДИ 0,938–0,998) ($p < 0,001$). При % ЖМ $> 30,5$ прогнозируется высокий риск саркопении (чувствительность 96,3% и специфичность 91,2%). Выявлено истощение микробиома всех биотопов у гастростомированного пациента, получающего исключительно искусственное питание. Индекс Шеннона: рот = 2,17, с преобладанием патогенов; гастростома = 1,95, у 50% *Helicobacter pylori*; кал = 2,2.

Заключение. Частота саркопении у детей с ДЦП — 10%. Критерии диагностики: сочетание % ЖМ $> 30,5$ и % АКМ < 37 по КСТ. Предикторами саркопении являются IV–V уровень по GMFCS, подростковый и юношеский возраст, низкий ИМТ, дефицит белковой и энергетической составляющей в рационе, истощение микробиома кишечной трубки. Кормление стомированных детей, имеющих мальнутрицию, смесями на основе глубокогидролизованного белка со среднепочечными триглицеридами с адекватным расчетом калорийности предупреждает развитие саркопении.

ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ: МНЕНИЕ ВЗРОСЛЫХ РЕСПОНДЕНТОВ, В ТОМ ЧИСЛЕ ОТНОСИТЕЛЬНО ВАКЦИНАЦИИ СВОИХ ДЕТЕЙ

Зарипова Ю.Р., Варламова Д.Д., Варламова Т.В.

*ФГБОУ ВО «Петрозаводский государственный университет», Петрозаводск,
Российская Федерация*

Актуальность. Пандемия новой коронавирусной инфекции вновь обнажила проблему антивакцинального настроения среди населения, в том числе и по отношению к вакцинации детей. Ограничительные карантинные мероприятия, приостановления плановой работы в медицинских организациях привели к снижению охвата вакцинацией и, как следствие, к настроенности среди родителей. В период локдауна было огромное множество фальшивой информации, связанной с COVID-19 (инфодемия), что привело к активности противников вакцинации и повлияло на массовое сознание.

Цель исследования. Оценить отношение родителей к вакцинации детей против новой коронавирусной инфекции.

Пациенты и методы. Методы включали в себя анкетирование родителей на бумажном носителе и базе электронных сервисов Google. Статистическая обработка материала проводилась с использованием стандартного пакета Microsoft Office 2010. В анкетировании приняли участие 402 человека (79,4% женщин и 20,6% мужчин), 247 (61%) из них имели детей. Вопросы включали в себя отношение к проведению вакцинации против новой коронавирусной инфекции родителей и их детей.

Результаты. 70,6% взрослых респондентов привиты против новой коронавирусной инфекции. При этом 30,3% отметили, что испытывали принуждение к вакцинации. Среди причин отказа от вакцинации 50,3% ответили, что не уверены в безопасности и эффективности вакцин, 19,7% боятся побочных реакций после прививки, 14,3% имели медотвод, 13% ссылались на наличие антител, перенесенного заболевания, веру в естественный иммунитет, принципиальный отказ от всех прививок. При наличии выбора между отечественной и импортной вакциной 28,4% выберут отечественную, 27,3% — импортную, 24,3% — без разницы и 15,5% — не определились в своем выборе. Сомнения в эффективности и безопасности новых вакцин против COVID-19 у 50% взрослых респондентов привело к высокому проценту отказа от вакцинации их детей — 45%, а также к неопределенности в принятии решения — 26%. Только 12% родителей вакцинировали своих детей, 11,7% запланировали это сделать.

Заключение. Итогами настоящего исследования является недостаток доверия к эффективности вакцин, отсутствие надлежащей информации в достаточном количестве и боязнь побочных эффектов. Перед здравоохранением стоит серьезная задача по устранению этих барьеров.

ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ДЕТЕЙ С ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

Зарянкина А.И., Цыкуненко Я.А., Яромич К.А.

*УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель,
Республика Беларусь*

Актуальность. Самой частой патологией у детей являются острые заболевания органов дыхания. Более 60% детей, обращающихся за помощью, имеют инфекции респираторного тракта. В среднем ребенок до 3 лет болеет острыми респираторными инфекциями (ОРИ) 4–6 раз в год.

Цель исследования. Изучить нозологическую структуру и степень тяжести как показания к госпитализации детей с ОРИ в период пандемии COVID-19.

Пациенты и методы. Проведен анализ 389 медицинских карт стационарных пациентов с ОРИ, находящихся на лечении в Гомельской областной детской клинической больнице (Республика Беларусь) с декабря 2020 по декабрь 2021 г. Всем детям в приемном отделении проводилось ПЦР-обследование на SARS-CoV-2.

Данные описаны с указанием абсолютных значений и процентных долей. Статистический метод — χ^2 — критерий Пирсона. Статистически значимым уровнем ошибки считали $p < 0,05$.

Результаты. В 49,9% ($n = 194$, $N = 389$) случаев дети госпитализировались с острым ринофарингитом: 59,0% ($n = 114$, $N = 194$) — в тяжелом состоянии, 41,0% ($n = 80$, $N = 194$) — в состоянии средней степени тяжести, $p < 0,05$. С острым ларинготрахеитом — 23,1% ($n = 90$, $N = 389$): 33,3% ($n = 30$, $N = 90$) — со стенозом, 66,7% ($n = 60$, $N = 90$) — без стеноза. В 53,0% ($n = 16$, $N = 30$) дети со стенозирующим ларинготрахеитом госпитализированы в состоянии средней степени тяжести, 47,0% ($n = 14$, $N = 30$) — в тяжелом состоянии, $p > 0,05$. Без стеноза: 57,0% ($n = 34$, $N = 60$) — средней степени тяжести, 43,0% ($n = 26$, $N = 60$) — в тяжелом состоянии, $p > 0,05$. С острым бронхитом госпитализированы 17,2% ($n = 67$, $N = 389$): 71,6% ($n = 48$, $N = 67$) — с обструкцией, 28,4% ($n = 19$, $N = 67$) — без обструкции, $p < 0,05$. С обструктивным бронхитом 64,6% ($n = 31$, $N = 48$) поступили в состоянии средней степени тяжести, 35,4% ($n = 17$, $N = 48$) — в тяжелом, $p < 0,05$. С простым бронхитом 63,0% ($n = 12$, $N = 19$) госпитализированы в тяжелом состоянии, 37,0% ($n = 7$, $N = 19$) — средней степени тяжести, $p > 0,05$. С COVID-19 госпитализированы 9,8% ($n = 38$, $N = 389$): 58,0% ($n = 22$, $N = 38$) — в тяжелом состоянии, 42,0% ($n = 16$, $N = 38$) — в состоянии средней степени тяжести, $p > 0,05$.

Заключение. Достоверно чаще в тяжелом состоянии госпитализировались дети с острым ринофарингитом, острым бронхитом, новой коронавирусной инфекцией (заболеваниями, которые не требуют неотложной помощи). Дети с острым ларинготрахеитом со стенозом и без стеноза, острым обструктивным бронхитом в большинстве случаев госпитализировались в состоянии средней степени тяжести. Это заболевания, которые, особенно у детей раннего возраста, могут потребовать неотложной помощи на любом этапе болезни.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ ОБМЕНА МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ У ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЧЕК

Зокиров Н.З.^{1, 2}, Зокирова З.Ф.³, Алексеева О.П.², Смирнова А.И.¹, Тихонова А.Ш.²

¹ ФГБУ «ФНКЦ детей и подростков ФМБА России», Москва, Российская Федерация

² Академия постдипломного образования ФГБУ «ФНКЦ ФМБА России», Москва, Российская Федерация

³ ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России, Москва, Российская Федерация

Актуальность. Известно, что мочевая кислота (МК) является конечным продуктом обмена пуриновых оснований у человека. Долгое время повышенный уровень МК ассоциировался лишь с развитием подагры. Об гиперурикемии (ГУ) судят, когда концентрация мочевой кислоты в сыворотке крови превышает пороговое значение 360 мкмоль/л (6 мг/дл). По данным различных авторов, обменная нефропатия составляет от 27 до 64% в структуре заболеваемости мочевыделительной системы у детей, а в повседневной практике врача-педиатра синдром обменных нарушений в моче отмечается практически у каждого третьего больного. В многочисленных исследованиях у взрослых пациентов было продемонстрировано наличие прямой связи между повышенным уровнем мочевой кислоты (ГУ) и развитием эндотелиальной дисфункции, метаболического синдрома, тубулоинтерстициального нефрита, хронической болезни почек, а также смертностью больных, особенно с ишемической болезнью сердца. Данные негативные последствия ГУ делают ее целью для дальнейшего изучения.

Цель исследования. Оценить распространенность ГУ у детей с различными заболеваниями почек.

Пациенты и методы. В исследование были включены 194 пациента 10–17 лет ($14,5 \pm 0,4$ года) за период 2021–2022 гг. с различными заболеваниями почек. В условиях стационара было проведено комплексное обследование в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи пациентам с данной патологией. Кровь для определения уровня мочевой кислоты и электролитов забирали в 1-е сут госпитализации. Исследование проводили на биохимическом анализаторе АВВОТТ Architect. По результатам обследования пациенты были разделены на 2 группы: первую группу составили 24 ребенка, у которых уровень мочевой кислоты в сыворотке крови был выше 360 мкмоль/л, вторую — группу сравнения (контрольную) — 170 детей с нормальным уровнем мочевой кислоты (120–320 мкмоль/л).

Результаты. Диагностически значимая ГУ установлена у 12,37% (24) детей, что составило менее 1/4 от всех обследованных лиц. Проводился анализ распространенности ГУ в зависимости от нозологической формы патологии почек. Вторичная ГУ регистрировалась у 4,12% (8) детей с тубулоинтерстициальным нефритом смешанного генеза в сочетании с ожирением 1–2-й степени; у 3,09% (6) — с мочекаменной болезнью, у 3,09% (6) — с вторичной артериальной гипертензией и у 0,97% (2) детей с гломерулярной болезнью. Первичное нарушение обмена мочевой кислоты, генетически детерминированное (синдром Келли – Сигмиллера с доказанной мутацией), осложненное хронической болезнью почек 2–3-й стадии и тофусным артритом выявлено у 0,97% (2) детей.

Заключение. Таким образом, выявленная ГУ в сыворотке крови у определенной части детей с различными заболеваниями почек свидетельствует о наличии у них нарушений обмена мочевой кислоты. Прслеживается частая встречаемость вторичной урикозурической нефропатии при многих заболеваниях почек, особенно в тех случаях, когда присутствуют ожирение, артериальная гипертензия и мочекаменная болезнь. Не исключается и диагностирование первичного нарушения обмена мочевой кислоты у детей с проявлениями хронической болезни почек и тофусного артрита.

ОПЫТ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ У ДЕТЕЙ С БЕССИМПТОМНОЙ БАКТЕРИУРИЕЙ

Зокиров Н.З.^{1,2}, Зокирова З.Ф.³, Смирнова А.И.¹, Давыдова О.Л.⁴, Тихонова А.Ш.²

¹ ФГБУ «ФНКЦ детей и подростков ФМБА России», Москва, Российская Федерация

² Академия постдипломного образования ФГБУ «ФНКЦ ФМБА России», Москва, Российская Федерация

³ ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России, Москва, Российская Федерация

⁴ ГУЗ «Детская городская поликлиника № 91 ДЗМ», Москва, Российская Федерация

Актуальность. Доказано, что иммунизация детей вакцинальными препаратами является одним из наиболее важных и высокоэффективных противоэпидемических мероприятий, применяемых в борьбе за снижение заболеваемости и ликвидацию инфекционных болезней. К сожалению, по настоящее время в практике педиатра существуют неоправданные медицинские отводы от вакцинации. Одной из нередких причин медицинского отвода от вакцинации является наличие бессимптомной бактериурии (ББ) у детей, особенно после перенесенной инфекции мочевыводящих путей (ИМП). Согласно российским клиническим рекомендациям «Инфекции мочевыводящих путей» (возрастная категория — дети) под бессимптомной бактериурией подразумевается наличие бактерий в моче в концентрации 10^5 колониеобразующих единиц (КОЕ) и более бактериальных клеток в мл по меньшей мере в двух посевах мочи, у пациентов без каких-либо признаков ИМП. Распространенность ББ у детей составляет 1–3%, причем данное состояние встречается примерно у 1% дошкольников: у 1,2–1,8% девочек и у 0,03% мальчиков и нередко у детей после перенесенной инфекции мочевыводящих путей в состоянии ремиссии (1,5–14,5%). Значимость ББ в детском возрасте недостаточно изучена, отсутствуют стандарты диагностики и рекомендации, что бесспорно затрудняет выбор рациональной терапии и, нередко, проведение вакцинации у этой категории пациентов.

Цель исследования. Изучить особенности течения бессимптомной бактериурии до и после плановой иммунизации у детей.

Пациенты и методы. Под наблюдением находились 118 практически здоровых детей в возрасте от 1 до 16 мес, из них: 68 — с первичной ББ; 50 — после перенесенной ИМП в стадии ремиссии. По степени выраженности колонизации микробных тел в моче дети разделены на 2 группы: 1-я группа ($n = 48$) — с менее 10^5 КОЕ/мл (не значимая ББ) и 2-я группа ($n = 70$) — более 10^5 КОЕ/мл (значимая ББ). Длительность наблюдения составила от 1 до 6 мес.

Критерии включения в исследование: диагностированная ББ; принадлежность ребенка к I или II группе здоровья. Критерии исключения: признаки активности бактериальной инфекции (длительная лихорадка, значимая лейкоцитурия и эритроцитурия, изменения в анализах крови, характерные для бактериального процесса); отказ родителей от участия в исследовании; наличие воспалительных заболеваний наружных половых органов. Обязательное обследование до и через 7–14–30 дней после вакцинации при ББ включало: общий анализ мочи; анализ мочи по Нечипоренко; общий анализ крови. Посев мочи на стерильность и чувствительность к антибиотикам проводился до и через 30 дней после вакцинации, а УЗИ почек и мочевого пузыря — однократно перед вакцинацией.

Результаты: плановая иммунизация всеми вакцинами против управляемых инфекций проводилась вакцинальными препаратами, разрешенными в Российской Федерации, и согласно национальному календарю профилактических прививок (приказ Минздрава России № 1122н от 6 декабря 2021 г.). У детей 1-й группы поствакцинальный период характеризовался хорошей переносимостью с сохраненной незначимой бактериурией в течение 1–5 мес. У детей 1-й группы в 2,54% (3 ребенка) выявлена транзиторная невыраженная лейкоцитурия без признаков активности инфекции мочевых путей. Проводимая иммунизация вакцинальными препаратами детей 2-й группы тоже характеризовалась хорошей переносимостью, однако у 8 (6,77%) отмечалась значимая бактериурия: степень колонизации микробных тел в моче увеличилась с 10^5 КОЕ/мл до 10^8 КОЕ/мл. У этих же детей наблюдались транзиторная невыраженная лейкоцитурия, микрогематурия (у 3 детей — 2,54%), субфебрилитет (у 4 детей — 3,38%) без признаков активации ИМП (в анамнезе у данной категории детей 1,5–2 года назад была верифицирована ИМП). В дальнейшем проведение иммунизации не сопровождалось рецидивом ИМП.

Заключение: Таким образом, проведенное исследование свидетельствует о возможности безопасной вакцинопрофилактики детей с бессимптомной бактериурией, ББ не может являться причиной медицинских отводов для вакцинации. Проводимая иммунизация не сопровождалась нарастанием бессимптомной бактериурии и нарастанием признаков активности инфекции мочевыводящих путей у детей. Факт транзиторного появления мочевого синдрома и субфебрилитета после иммунизации у детей 2-й группы требует дополнительного уточнения.

АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ КЛИНИЧЕСКИХ ИЗОЛЯТОВ *STREPTOCOCCUS PYOGENES* В РОССИИ: РЕЗУЛЬТАТЫ МНОГОЦЕНТРОВОГО ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ «ПЕГАС 2020–2021»

Иванчик Н.В., Чагарян А.Н., Микотина А.В., Андреев В.А.

НИИ антимикробной химиотерапии ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России, Смоленск, Российская Федерация

Актуальность. *Streptococcus pyogenes* (β -гемолитический стрептококк группы А; БГСА) — один из наиболее распространенных бактериальных возбудителей инфекций, вызывающий различные заболевания, из которых наибольшее значение имеют стрептококковый тонзиллофарингит и инфекции кожи и мягких тканей. В последние годы в мире отмечен рост резистентности БГСА к макролидам, линкозамидам, тетрациклину и фторхинолонам. *S. pyogenes* — микроорганизм с повышенными питательными потребностями, определение его чувствительности к антимикробным препаратам (АМП) имеет методологические особенности и, как правило, микробиологическими лабораториями практически не проводится. Терапия инфекций, вызванных *S. pyogenes*, в большинстве случаев носит эмпирический характер.

Цель. Изучить профиль чувствительности к антимикробным препаратам клинических штаммов *S. pyogenes*, выделенных в различных регионах России в 2020–2021 гг.

Материалы и методы. В исследование включено 370 клинических изолятов *S. pyogenes*, выделенных в 14 городах России (Воронеж, Казань, Киров, Москва, Мурманск, Набережные Челны, Новороссийск, Северск, Смоленск, Тольятти, Томск, Улан-Удэ, Южно-Сахалинск, Ярославль) в 2020–2021 гг. Видовая идентификация проведена методом MALDI-TOF масс-спектрометрии (Microffex-LT, Biotyper System, Bruker Daltonics, Германия); определение чувствительности ко всем АМП — методом последовательных разведений в катион-сбалансированном бульоне Мюллера – Хинтона (OXOID, Великобритания) с добавлением лизированной лошадиной крови (итоговая концентрация 5%) (E&O Laboratories Ltd, Шотландия) и β -никотинамидадениндинуклеотида (20 мг/л) (Fluka, BioChemika, Швейцария) в соответствии с требованиями Европейского комитета по определению чувствительности к АМП (EUCAST, v.13.0) и стандарта ISO 20776-1 (2019); категории чувствительности определяли на основании пограничных значений минимальных подавляющих концентраций (МПК). Для контроля качества определения чувствительности использовали контрольный штамм *Streptococcus pneumoniae* ATCC 49619.

Результаты. Все 370 клинических изолятов *S. Pyogenes* сохраняли 100% чувствительность к бензилпенициллину и цефтаролину: МПК₅₀ и МПК₉₀ этих препаратов — 0,008 и 0,008 мг/л для бензилпенициллина, 0,004 и 0,008 мг/л — для цефтаролина, расположенные в зоне высокой чувствительности, свидетельствуют о стабильности популяции БГСА с точки зрения чувствительности к бета-лактамам. 81,6% изолятов *S. pyogenes* чувствительны к эритромицину, что позволяет рассматривать их как чувствительные к 14- и 15-членным макролидам; уровень чувствительности к клиндамицину составил 94,9%. Респираторные фторхинолоны высоко активны в отношении *S. pyogenes*: 100% изолятов чувствительны к моксифлоксацину, 100% — при увеличенной экспозиции к левофлоксацину (категория чувствительности при стандартном режиме дозирования для левофлоксацина в отношении *S. pyogenes* отсутствует). Тетрациклин активен в отношении 74,1% изолятов, триметоприм-сульфаметоксазол — 99,7% изолятов; ванкомицин, даптомицин, линезолид и тедизолид продемонстрировали 100% активность.

Заключение. В настоящее время большинство классов антимикробных препаратов сохраняют высокую активность в отношении *S. pyogenes*.



ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТАКТИКИ «CLIP AND DROP» В СЛУЧАЕ МНОЖЕСТВЕННЫХ ПЕРФОРАЦИЙ ТОНКОЙ И ТОЛСТОЙ КИШКИ НА ФОНЕ ГАНГРЕНОЗНО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА

Игнатъев Е.М., Свиридов А.А., Годяцкий А.Г.

НИУ «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», Белгород, Российская Федерация

Актуальность. Наиболее тяжелыми и жизнеугрожающими заболеваниями ЖКТ у детей являются некротический энтероколит (НЭК) и перфорации желудочно-кишечного тракта. При данных заболеваниях летальность достигает 80–100%, достигая пика у пациентов с сопутствующими патологиями и молниеносными формами заболевания. Выбор метода хирургического лечения панинестинального некротического энтероколита противоречив, так как прежде всего применяется тотальная резекция кишки.

Цель исследования. Демонстрация случая применения тактики “clip and drop back” у ребенка с гангренозно-некротическим энтероколитом.

Пациенты и методы. Ребенок мужского пола. Роды преждевременные на сроке 31–32 нед на фоне субтотальной отслойки плаценты. Масса тела при рождении — 2100 г. Оценка по шкале APGAR — 1/3 балла. Врожденная генерализованная инфекция с септическим течением, вызванная *S. pasteurii*, *S. maltophilia*, дрожжеподобными грибами. На 20-е сут лечения в ОПН у ребенка возникла клиническая картина НЭК, в связи с чем ребенок был переведен в ОРИТН. На 21-е сутки, на фоне проводимого лечения у ребенка возникла клинико-рентгенологическая картина перфорации полого органа брюшной полости, в экстренном порядке переведен в хирургический стационар. Ребенку выполнено этапное оперативное лечение. На I этапе ребенок был экстренно взят в операционную в крайне нестабильном состоянии. Интраоперационная картина представлена каловым перитонитом, множественными сегментарными участками некроза толстой кишки с перфорациями кишечной стенки до уровня селезеночного угла, перфорациями тонкой кишки в дистальной ее части. 5 участков тонкой и толстой кишки с признаками некроза и перфорациями были резецированы. Были выведены две пары кишечных стом — двустольная еюностома и илеоколостома. с погружением двух сегментов условно жизнеспособной кишки по методике “clip and drop back”. Общая длина резецированного участка кишечника составила 50 см. В последующем при лапаротомии погруженные «отключенные» участки кишечника оказались жизнеспособными, без признаков ишемии и некроза. В 2 операционных этапа наложены анастомозы между участками кишечника, выполнено закрытие энтеростомы.

Результаты. Послеоперационные периоды протекали без осложнений. Интестинальные нарушения в позднем послеоперационном периоде не выявлены.

Заключение. Некротические изменения кишечника и связанная с ними вероятность перфорации кишечной стенки являются грозными осложнениями энтероколита у детей раннего возраста. Применение методики “clip and drop back” позволяет справиться со сложными интраоперационными ситуациями, когда имеются множественные перфорации и участки некроза кишечника, а также повысить шансы на избежание получения синдрома «короткой кишки».

ОСОБЕННОСТИ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПОСТСТРЕПТОКОККОВОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ

Имаева Л.Р.¹, Ахметшин Р.З.¹, Валеева Д.С.², Ширяева Г.П.¹

¹ ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Уфа, Республика Башкортостан, Российская Федерация

² ГБУЗ «Республиканская детская клиническая больница», Уфа, Республика Башкортостан, Российская Федерация

Актуальность. Острый постстрептококковый гломерулонефрит (ОПСГН) является одним из часто встречающихся вариантов гломерулонефрита в детском возрасте. Тяжелое течение ОПСГН может привести к развитию жизнеугрожающих осложнений.

Цель исследования. Изучить клинико-иммунологические особенности тяжело протекающего острого постстрептококкового гломерулонефрита (ГН) с нефритическим синдромом в дебюте у детей и исходы заболевания.

Пациенты и методы. В исследование вошли 40 детей в возрасте 2–17 лет с ОПСГН высокой степени активности. Критерием оценки степени тяжести являлись выраженность, длительность сохранения отеочно-го синдрома, артериальной гипертензии (АГ), мочевого синдрома (макрогематурия, протеинурия) и наличие осложнений (острое повреждение почек — ОПП, острая сердечная недостаточность — ОСН, ангиоспастическая энцефалопатия — АЭ).

Результаты. Наиболее часто ОПСГН тяжело протекал у мальчиков (64%) в возрасте 7–11 лет (47,5%). В контрольной группе преобладали девочки (67%) школьного возраста (70%). У больных ОПСГН (95%) были жалобы на головные боли, уменьшение количества выделяемой мочи; периодические боли в животе и в поясничной области — в 100% случаев. Распространенные отеки и макрогематурия выявлялись у всех больных. Продолжительность макрогематурии составляла $10,5 \pm 1,5$ сут, а у 4 — 16–23 сут. Систолическое АД составляло 160 ± 20 мм рт. ст., диастолическое — $95,5 \pm 10$ мм рт. ст.; сохранялось в течение 10–15 дней. По данным УЗИ выявлялись увеличение размеров почек, гиперэхогенность и утолщение паренхимы почек (100%), гидроторакс (6%), гидроперикард (15%). ОСН развилась в 15% случаев, ОПП — в 80%, АЭ — в 5%. У 1 (2,5%) из 40 больных развитие ОПП сочеталось с ОСН, острой печеночной недостаточностью, отеком головного мозга, комой II–III степени. Была выявлена достоверная положительная корреляция между количеством эритроцитов в моче через 1 год от начала болезни с ОПП в дебюте ОПСГН, с уровнем комплемента крови, титром АСЛО крови.

Заключение. У 3 из 40 пациентов, перенесших ОПСГН в тяжелой форме, возникли повторные обострения заболевания через 1–2 года, что рассматривалось как переход острого ГН в хронический. При морфологическом исследовании нефробиоптата у всех 3 пациентов выявлялся мезангиопролиферативный ГН, а при иммуногистохимическом исследовании диагностирована IgA-нефропатия. Несмотря на тяжесть дебюта ОПСГН, через 5 лет у большинства детей (92,5%) наблюдалась клинико-лабораторная ремиссия заболевания.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВРОЖДЕННОЙ ПНЕВМОНИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Исмоилова Ш.С., Шамсиев Ф.М., Мусажанова Р.А., Жалилов А.Х.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии, Ташкент, Республика Узбекистан

Актуальность. Длительная внутриутробная гипоксия вызывает повреждение легкого, снижает дренажные функции воздухоносных путей, приводит к дефициту и недостаточной активности легочных макрофагов, что является благоприятным фоном для развития пневмонии.

Цель исследования. Изучить особенности клинического течения врожденной пневмонии у новорожденных детей и определить предикторы развития.

Пациенты и методы. Обследовано 35 новорожденных с врожденной пневмонией (ВП), находившихся в отделениях реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН) и выхаживания маловесных новорожденных в Перинатальном центре Сурхандарьинской области (г. Термез). В процессе выполнения работы использованы общеклинические методы исследования. Данные обрабатывали методом вариационной статистики Фишера – Стьюдента.

Результаты. У новорожденных с ВП реакция при осмотре чаще проявлялась беспокойством (62,9%), чем вялостью (37,1%). Гипертермия наблюдалась у 40,0% новорожденных. В 65,7% наблюдали ослабление физиологических рефлексов. Кожные покровы были бледными в 22,9% случаев. У большинства детей отмечался акроцианоз 77,3%. Со стороны органов дыхания тахипноэ превалировало над брадипноэ (62,9% и 37,1% соответственно). Отмечалось ослабленное дыхание (74,3%). У большинства детей отсутствовал сосательный рефлекс (60,0%). При анализе рентгенологического исследования новорожденных с ВП выявлялись двусторонние очаговые пневмонии — у 54,2%, правосторонние очаговые — у 31,4% и реже — левосторонние очаговые пневмонии — у 14,3% детей. При трансплацентарном пути инфицирования особое место занимали цитомегаловирусная и герпетическая инфекции, которые были выявлены у 22,9% новорожденных. Также были выявлены грамотрицательные микроорганизмы в 77,1% случаев, среди которых преобладали энтеробактерии — у 66,7%, которые были представлены *Pseudomonas aeruginosa* (38,9%), *Escherichia coli* (27,8%) и *Klebsiella pneumoniae* (33,3%).

Заключение. Таким образом, в ходе анализа анамнестических данных матерей новорожденных детей с диагнозом врожденной пневмонии были выявлены предикторы риска и развития: отягощенный акушерский анамнез, мужской пол ребенка, асфиксия. Выявлены характерные клинические особенности внутриутробных пневмоний у новорожденных и определены в этиологической структуре цитомегаловирусная, герпетическая инфекции и грамотрицательные микроорганизмы.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ЦЕЛИАКИИ СРЕДИ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Камилова А.Т., Азизова Г.К., Умарназарова З.Е., Абдуллаева Д.А.,
Геллер С.И., Азимова Н.Д.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
педиатрии, Ташкент, Узбекистан*

Актуальность. Целиакия поражает примерно 1% населения, хотя диагностируется лишь у части пациентов.

Цель исследования. Определить частоту встречаемости целиакии среди детей с патологией органов пищеварения в Республике Узбекистан.

Пациенты и методы. На основании первоначального скрининга осмотрены 400 пациентов от 6 мес до 16 лет с жалобами на вздутие и боли в животе, рвоту, неустойчивый стул, запоры, низкий рост, рефрактерную анемию, белково-энергетическую недостаточность. Из них детально обследованы 206 детей с подозрением на целиакию. Первоначально всем детям определяли антитела к тканевой трансглутаминазе (АТТГ IgA), общий иммуноглобулин А (IgA), далее по показаниям проводили биопсию залуковичного отдела двенадцатиперстной кишки с гистоморфологией по Marsh и определение HLA 2-го класса. Результаты подвергали статистической обработке с помощью программы Statistica 13.3 (StatSoft Inc., США).

Результаты. Из 206 обследованных детей диагноз целиакии подтвержден у 11 (5,3%). Мальчиков было 5 (45,5%) девочек — 6 (54,5%). Средний возраст составил $7,6 \pm 1,7$ года. Основными симптомами у обследованных являлись вздутие и урчание в животе — 9 (81,8%), диарея — 5 (45,4%), боли в животе — 9 (81,8%), отставание в росте — 6 (54,5%), снижение массы тела — 9 (81,8%), снижение массо-ростового показателя тяжелой и умеренной степени — 5 (45,4%). У 9 из 11 детей АТТГ IgA были выше референсных значений более чем в 10 раз, но учитывая тот факт, что обследование на антиэдомизиальные антитела в Республике Узбекистан не проводится, было решено проверить у этих пациентов HLA 2-го типа, которые подтвердили предрасположенность к целиакии у всех детей этой группы. Наличие гаплотипов DQ2 было установлено у 2 детей, DQ8 — у 7 и DQ 7 — у 2 пациентов. У 2 из 11 пациентов значения АТТГ IgA не достигали десятикратного увеличения, и в дальнейшем им проведено эндоскопическое исследование с биопсией залуковичного отдела луковицы двенадцатиперстной кишки с гистоморфологическим исследованием по Marsh и определение HLA 2-го класса, у обоих больных выявлены гистоморфологические изменения по Marsh 3b и гаплотип DQ8 соответственно.

Заключение. Таким образом, частота выявления целиакии в группах детей с жалобами гастроэнтерологического профиля в Республике Узбекистан составила 5,3%. Первые результаты программы скрининга подтверждают высокую распространенность недиагностированной целиакии в Республике Узбекистан.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И КОРРЕКЦИИ ЗАИКАЮЩИХСЯ ДЕТЕЙ В СИСТЕМЕ СЕМЕЙНОЙ ГРУППОВОЙ ЛОГОПСИХОТЕРАПИИ

Карпова Н.Л.¹, Яковистенко А.Д.², Янченко И.В.³

¹ ФГБНУ «Психологический институт РАО», Москва, Российская Федерация

² Речевая академия «Слово за слово», Самара, Российская Федерация

³ Центр речи Янченко, Таганрог, Российская Федерация

Актуальность. Нарушением речевого общения в форме заикания страдает 1,5–2,5% населения — дети, подростки, взрослые. Вызывая нарушения личности, заикание затрудняет социальную адаптацию, получение образования. Необходим комплексный подход и работа с семьей.

Цель исследования. Восстановление нарушенного речевого общения в групповом процессе через преобразование внутрисемейных отношений, освоение специальных речевых технологий, развитие коммуникативных свойств личности.

Пациенты и методы. Система семейной групповой логопсихотерапии (СГЛПТ) Ю.Б. Некрасовой – Н.Л. Карповой для подростков и взрослых адаптирована с 2002 г. для дошкольников (2–4 и 5–7 лет) и младших школьников (в составе разновозрастных групп). Проводится логопсихологическая диагностика на подготовительном и завершающем этапах. Методы: авторская (Ю.Б. Некрасова) речевая технология; нейрокоррекция, кинезитерапия, библиотерапия; театрализация и кинотерапия.

Результаты. С учетом большого рецидива при лечении заикающихся разных возрастных групп в системе СГЛПТ учитывается динамика речевых и личностных показателей, связанных с речевым общением. У абсолютного большинства участников происходят положительные изменения в речевом и личностном планах. Тяжесть речевых нарушений не однозначно соотносится с тяжестью коммуникативных проблем, но восстановление речи зависит от личностного роста. Наибольший личностный рост отмечен у младших подростков в разновозрастных группах. При активном участии родителей в ходе 3-месячного курса формируются навыки плавной диалогической речи: у детей 2–4 лет с эффективностью 50–60%, 5–7 лет — 40–50%, у младших школьников — 20–30%. Результативность 80–90% достигается при условии участия заикающихся всех возрастов в дальнейших поддерживающих курсах, которые разработаны в системе СГЛПТ. Завершающими являются курсы ораторского мастерства и онлайн-школа «Правильная речь». Успешные выпускники участвуют в городских конкурсах чтецов, в профессиональных театрах и работают соруководителями групп семейной логопсихотерапии.

Заключение. СГЛПТ эффективна для детей разного возраста при высокой мотивационной включенности самих заикающихся и их родителей. Результативность повышается при включении в коррекционный процесс в более раннем возрасте. Для полного восстановления речи разработана система поддерживающих логопсихотерапевтических курсов. Эффективность зависит от осуществления установки на личностно-речевые изменения родителей ребенка. В тяжелых случаях заикания необходимо проведение индивидуальной или семейной психотерапии.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ С РАС

Каталкина К.С., Сулейманова З.Я.

ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва,
Российская Федерация
НИИ педиатрии и охраны здоровья детей НКЦ №2 ФГБНУ
«РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского» Минобрнауки России, Москва,
Российская Федерация

Актуальность. В последние годы во многих странах наблюдается неуклонный рост распространенности расстройства аутистического спектра (РАС) среди детского населения. Важно отметить, что у детей с РАС отмечается высокий уровень коморбидных состояний, влияющих на симптомы и течение основного заболевания. Среди них особая роль принадлежит аллергическим заболеваниям, которые могут усиливать поведенческие нарушения, такие как тревожность, гиперактивность, нарушение сна и раздражительность у детей с РАС. Нередко эти симптомы связывают только с основными проявлениями РАС, не учитывая влияние коморбидности, в том числе аллергологической, вследствие неполной диагностики аллергических заболеваний. В то же время, по данным литературы, распространенность аллергопатологии при РАС недостаточно изучена.

Цель исследования. Изучить особенности диагностики аллергической патологии у детей с нарушением нейронтогенетического развития с симптомами РАС.

Пациенты и методы. Одномоментное несравнительное исследование проводилось на базе НИИ педиатрии и охраны здоровья детей НКЦ №2 ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского». В исследование были включены 64 ребенка с РАС, их них 45 мальчиков и 19 девочек. Возраст детей составил от 1 года до 17 лет, медианный возраст — 10 лет. Все пациенты были осмотрены психиатром, педиатром, аллергологом-иммунологом. Всем детям в соответствии с рекомендациями по использованию молекулярной диагностики, разработанной экспертами EAACI (EAACI Molecular Allergology User's Guide), проведен подход «снизу вверх» (bottom-up approach) с использованием аллергочипа ISAC, содержащего 112 компонентов из 51 источника аллергенов, и ALEX, позволяющего определить 282 анализа, 156 экстрактов и 125 компонентов, также определен общий IgE. Для обработки информации использованы статистические методы.

Результаты. В ходе исследования у 34 (53%) пациентов обследуемой группы выявлена аллергическая патология. Аллергический ринит диагностирован у 16 пациентов (25%), атопический дерматит — у 9 (14%), поллиноз — у 3 (5%), бронхиальная астма — у 3 (5%), пищевая аллергия — у 3 (5%). Мультиморбидность (3 и более аллергических заболевания) отмечена у 4 пациентов, которые имели более тяжелое течение основного расстройства. По данным молекулярной аллергодиагностики, сенсибилизация в группе детей с РАС и сопутствующей аллергической патологией имела в 28 (43,8%) случаях. Стоит отметить, что у 28 (43,8%) пациентов из обследуемой группы на момент осмотра не установлена аллергическая патология, однако у 13 (46%) из них была обнаружена сенсибилизация к различным (ингаляционным, пищевым) аллергенам и яду осы. Поливалентная сенсибилизация отмечена у 8 (12,5%) детей с РАС.

Заключение. Выявлен высокий уровень распространенности аллергической патологии в обследуемой группе детей с РАС. Несмотря на отсутствие клинических проявлений аллергии, у детей с нарушением нейронтогенетического развития с симптомами РАС обнаружена высокая частота встречаемости латентной сенсибилизации. В структуре аллергических нозологий преобладали аллергический ринит и атопический дерматит. Полученные данные позволяют оптимизировать подходы к организации педиатрической помощи детям с РАС.

ПРИМЕНЕНИЕ БЕРЕЖЛИВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Ким А.В., Гурьева Н.А., Шарафутдинова Л.Л., Затулкин В.А.,
Каканов А.М., Ушкац А.К.

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, Санкт-Петербург, Российская Федерация

Актуальность. На сегодняшний день технологии бережливого производства имеют широкое применение во многих сферах деятельности, в том числе положительный опыт применения в здравоохранении. Курс на внедрение данных технологий в медицинских организациях определен и контролируется государством.

Цель исследования. Представить результаты внедрения технологий бережливого производства в деятельность стоматологических поликлиник, оказывающих медицинскую помощь детскому населению.

Пациенты и методы. Проанализированы результаты хронометража нахождения пациентов в регистратуре и на приеме врача стоматолога-терапевта, социологического исследования пациентов, законных представителей детей до 15 лет (688 человек) и медицинского персонала (359 сотрудников) одной из детских стоматологических поликлиник Санкт-Петербурга. Анкетирование проводилось анонимно. Среди медицинских работников в опросе участвовали представители администрации, врачебный и средний медицинский персонал.

Результаты. Общее время, затрачиваемое пациентом и законным представителем в регистратуре, сократилось на 10 мин. Количество перемещений регистратора уменьшилось на 31,0%, пройденное расстояние — на 38,0%. Время приема врача стоматолога-терапевта сократилось на 32,3%. Расчет времени добавления ценности на приеме пациентов показал 71,3% ценности, что соответствует целевому значению критериев бережливого производства.

Социологический опрос сотрудников показал увеличение уровня понимания основ бережливого производства на 67,6%. Удовлетворенность своим рабочим местом увеличилась на 60,1%. Отметим положительный эффект от внедрения технологий бережливого производства в различных структурных подразделениях 89,6% сотрудников. Сотрудники административного аппарата и заведующие выделяют значимость в постоянном продолжении совершенствования процессов.

Удовлетворенность пациентов и законных представителей обслуживанием увеличилась на 58,0%. Отметим сокращение временных затрат в регистратуре 74,2%. Положительные изменения в работе регистратуры зафиксировали 90,0% респондентов; в приеме врача стоматолога-терапевта — 73,0%; в работе дежурного врача стоматолога-терапевта — 69,0%; в системе навигации — 82,0%; в процессе записи на прием — 80,0%.

Заключение. Таким образом, учитывая результаты применения бережливых технологий в деятельности стоматологической поликлиники, оказывающей медицинскую помощь детям, можно сделать вывод о целесообразности и оправданности внедрения подобных организационных и инфраструктурных изменений. При этом достигнуты улучшения показателей эффективности во всех процессах, в которых внедрялись бережливые технологии.

ОРГАНИЗАЦИЯ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ В 2019–2021 ГГ.

Кириченко И.Я., Ипполитова М.Ф., Рослова З.А.

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, Санкт-Петербург, Российская Федерация

Актуальность. Санаторно-курортный этап лечения является важной частью медицинской помощи, направленной на восстановление здоровья, реабилитацию и профилактику заболеваний.

Цель исследования. Изучить проведение санаторно-курортного лечения (СКЛ) в Санкт-Петербурге в 2019–2021 гг.

Пациенты и методы. Оказание медицинской помощи в сфере санаторно-курортного лечения для детей в возрасте от 1,5 до 17 лет оказывается в 12 детских санаториях Санкт-Петербурга. Общая коечная мощность детских санаториев Санкт-Петербурга составила 2308 коек по следующим профилям: пульмонологические, кардиологические, ревматологические, гастроэнтерологические, нефрологические, психоневрологические, ортопедические, травматологические, онкологические, туберкулезные, педиатрические.

Результаты. В детских санаториях Санкт-Петербурга получили СКЛ в 2021 г. 22 030 детей, в 2020 г. — 15 888, в 2019 — 21 456, из них в 2021 г. — 924 ребенка-инвалида; в 2020 г. — 767; в 2019 г. — 1197. Всего в 2021 г. свое право на бесплатное обеспечение СКЛ реализовали 1828 детей-инвалидов — жителей Санкт-Петербурга; в 2020 г. — 1612; в 2019 г. — 1870. В 2021 г. детей, получивших лечение в детских санаториях Санкт-Петербурга: дошкольного возраста — 5912 человек; в 2020 г. — 5042; в 2019 г. — 8050, школьников — 14 338; в 2020 г. — 9420; в 2019 г. — 15 847, подростков — 1780; в 2020 г. — 1426; в 2019 г. — 1601. В отделениях «мать и дитя» пролечено 1948 детей в 2021 г.; в 2020 г. — 1447; в 2019 г. — 2149, из них детей-инвалидов — 444; в 2020 г. — 424; в 2019 г. — 672. Средняя продолжительность лечения в 2021 г. составила 33,7 койко-дня; в 2020 г. — 19,4 койко-дня; в 2019 г. — 20,7 койко-дня, в санаториях туберкулезного профиля — 78,6 койко-дня; в 2020 г. — 62,15 койко-дней.

Заключение. По результатам нашего исследования можно сделать вывод, что процесс развития оздоровительных мероприятий в отношении детей и подростков в Санкт-Петербурге развивается и увеличивается количество детей, имеющих возможность получить СКЛ. В 2020 г. число детей, получивших санаторно-курортное лечение, было меньше, чем в 2019 г. Это объясняется особыми организационными условиями оказания медицинской помощи на данном этапе в период ограничительных мероприятий, связанных с профилактикой распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19.



ВЫБОР СПОСОБА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРОКСИМАЛЬНОЙ ГИПОСПАДИИ

Коварский С.Л.^{1, 2}, Захаров А.И.¹, Соттаева З.З.^{1, 2}, Струянский К.А.¹,
Текотов А.Н.^{1, 2}, Пепеляева И.М.²

¹ ГБУЗ «ДГКБ им. Н.Ф. Филатова ДЗМ», Москва, Российская Федерация

² ФGAOУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Российская Федерация

Актуальность. Одной из проблем в хирургии гипоспадии являются проксимальные формы, при которых частота осложнений, по данным различных авторов, достигает от 10 до 68%. До сих пор оптимальная тактика лечения не определена.

Цель исследования. Провести сравнительный анализ результатов одномоментных и этапных уретропластик у детей с проксимальными формами гипоспадии.

Пациенты и методы. С 2016 по 2021 г. в отделении урологии было прооперировано 87 детей с проксимальными формами гипоспадии. С 2016 по 2019 г. применялась одномоментная пластика, а с 2019 г. — только двухэтапные операции по методике Бракка. Были сформированы 2 группы: 1-я группа ($N = 67$) — дети, оперированные одномоментным способом (Hodgson III, onlay-tube); 2-я группа ($N = 20$) — дети, оперированные двухэтапным способом.

Результаты. В 1-й группе в послеоперационном периоде выявлено 20 (29,85%) осложнений, во 2-й группе — 7 (35%) осложнений. В 1-й группе наибольшее число осложнений составляли стеноз анастомоза искусственной и естественной уретры ($N = 9$) и свищи в этой области ($N = 7$). Во 2-й группе чаще всего встречались свищи уретры: в дистальном ($N = 3$) и в проксимальном ($N = 1$) отделах. Также в двух случаях отмечалось рубцевание трансплантата, вследствие чего был повторно выполнен первый этап операции Бракка. Случаев остаточной деформации не выявлено ни в 1-й, ни во 2-й группе.

Заключение. Несмотря на схожий процент осложнений, отсутствие статистически значимых различий ($p = 0,783$) между группами, необходим дальнейший анализ. Число пациентов в группах различно, что не позволяет сделать окончательные выводы.

ГЕМАТУРИЯ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ПЕДИАТРА

Козловский А.А.

*УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель,
Республика Беларусь*

Актуальность. В последние годы отмечается увеличение числа больных с патологией почек, которая сопровождается изолированным мочевым синдромом. К наименее изученному патологическому синдрому в педиатрической практике относится гематурия, которая составляет около 30–35% случаев. В детской популяции гематурия встречается с частотой 0,2–4% и увеличивается с возрастом.

Цель исследования. Определить клинико-лабораторные особенности изолированной гематурии у детей Гомельской области.

Пациенты и методы. Проведен анализ историй болезни 32 детей с изолированной гематурией, находившихся на стационарном лечении в педиатрическом отделении № 5 учреждения «Гомельская детская клиническая больница» за период с августа по октябрь 2022 г. Определены особенности генеалогического, медико-биологического анамнеза и клинико-параклинических проявлений заболевания.

Результаты. Изолированная гематурия встречалась у детей с одинаковой частотой независимо от пола (по 16 человек). Средний возраст обследованных мальчиков составил $9,25 \pm 0,97$ годы, девочек — $12,25 \pm 0,72$ года; $p = 0,019$. У 20 детей (62,5%) дебют заболевания отмечался в возрасте от 1 до 3 лет. Средний возраст выявления гематурии составил $3,6 \pm 0,34$ года. Достоверно чаще мочевого синдрома диагностировался у детей из сельской местности по сравнению с городскими жителями (87,5 и 28,0% соответственно; $p < 0,001$).

Из перенесенных заболеваний 87,5% обследованных указали на рецидивирующие острые респираторные инфекции. Генеалогический анамнез по нефроурологическим заболеваниям (врожденные аномалии развития почек, хронический пиелонефрит, мочекаменная болезнь) был отягощен у 16 пациентов (50,0%).

По количеству эритроцитов в моче микрогематурия выявлена у 28 детей (87,5%), умеренная гематурия — у 4 пациентов (12,5%).

После проведенного обследования только у 8 детей (25,0%) не была установлена причина изолированной гематурии. У 20 пациентов (62,5%) диагностирована пиелокаликэктазия, у 12 (37,5%) — повышенная подвижность почки. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс, дистопия почки и кисты почек выявлены с одинаковой частотой — по 4 случая (по 12,5%).

Заключение. Таким образом, изолированная гематурия наиболее часто встречается у пациентов с врожденными аномалиями развития органов мочевой системы. Раннее выявление причины изолированной гематурии и коррекция выявленных нарушений могут повлиять на прогноз заболевания — снизить частоту хронизации патологического процесса и инвалидизации детского населения.

СЕЗОННЫЕ ВАРИАЦИИ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ВИТАМИНОМ D ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА ГОМЕЛЯ

Козловский А.А.¹, Новик Т.Д.¹, Борисова А.В.²

¹ УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель, Республика Беларусь

² ГУЗ «Гомельская центральная городская детская клиническая поликлиника», Гомель, Республика Беларусь

Актуальность. В последние годы проблема обеспеченности витамином D детского населения активно изучается во всем мире. Проведенные эпидемиологические исследования свидетельствуют о высокой распространенности недостаточности витамина D среди детей, проживающих в разных странах и регионах.

Цель исследования. Оценить обеспеченность витамином D детского населения, проживающего в г. Гомеле, в разные сезоны года.

Пациенты и методы. Методом сплошной выборки был проведен ретроспективный анализ содержания витамина D у 536 детей (228 мальчиков и 308 девочек) в возрасте от 1 до 17 лет (средний возраст — $9,91 \pm 0,22$ года), проживающих в г. Гомеле. Лабораторное обследование детей выполнялось с сентября 2021 по август 2022 г. Определение 25(OH)D в сыворотке крови проводили методом хемилюминесцентного иммуноанализа на базе Гомельской центральной городской детской клинической поликлиники.

Результаты. У детей, проживающих в г. Гомеле, выявлена низкая обеспеченность витамином D — $29,06 \pm 0,75$ нг/мл. Адекватный уровень витамина D (30–100 нг/мл) имели лишь 211 детей (39,4%). Недостаточность 25(OH)D (20–30 нг/мл) установлена у 143 обследованных (26,7%), дефицит (10–19 нг/мл) выявлен у 150 (28,0%), выраженный дефицит (менее 10 нг/мл) — у 26 (4,8%) обследованных. Уровень с возможным проявлением токсичности витамина D (концентрация 25(OH)D — более 100 нг/мл) диагностирован у 6 детей (1,1%).

Установлена статистически значимая разница показателей обеспеченности витамином D в зависимости от сезона года. Наиболее высокий уровень 25(OH)D в сыворотке крови выявлен в летние месяцы ($33,36 \pm 1,13$ нг/мл) и весной ($30,19 \pm 1,14$ нг/мл), низкие — зимой и осенью ($22,26 \pm 1,86$ нг/мл и $27,20 \pm 2,09$ нг/мл соответственно). Достоверно чаще нормальные показатели метаболита витамина D выявлены у детей летом (54,6%) и весной (47,1%) по сравнению с осенними и зимними месяцами (26,3 и 15,3% соответственно). Выраженный дефицит 25(OH)D диагностировался у каждого пятого ребенка в феврале; в осенне-зимний период он встречался в 6,3 и 12,1% случаев соответственно.

Заключение. Результаты исследования указывают на широкую распространенность гиповитаминоза D среди детского населения г. Гомеля и свидетельствуют о необходимости дальнейшего изучения обеспеченности детского населения Гомельской области витамином D с последующей разработкой и внедрением в практическое здравоохранение региональной программы ранней диагностики и коррекции недостаточности витамина D.

АНАЛИЗ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА ДЛЯ ДЕТЕЙ С ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В АЛТАЙСКОМ КРАЕ

Колесникова О.И.¹, Румянцев А.А.², Барышева Е.Е.², Медникова Л.В.²,
Выходцева Г.И.¹, Сероклинов В.Н.¹, Мироненко И.И.¹

¹ ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Барнаул, Российская Федерация

² КГБУЗ «Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства»,
Барнаул, Российская Федерация

Актуальность. В связи с улучшением показателей выживаемости детей с онкологической патологией возросла потребность в дальнейшем наблюдении этих пациентов. В 2015 г. на базе КГБУЗ «АККЦОМД» открыто отделение дневного стационара для детей, в штате которого размещены койки по профилю «детская онкология».

Цель исследования. Провести анализ работы отделения дневного стационара для детей Краевого клинического центра охраны материнства и детства (г. Барнаул) за 2021 г.

Пациенты и методы. Было проанализировано 239 историй болезни детей с онкологической и гематологической патологией, находившихся на госпитализации в отделении дневного стационара для детей в 2021 г. Оценивались пол, возраст госпитализированных детей, проведенное количество койко-дней в стационаре, профиль оказания помощи, исходы госпитализации.

Результаты. В 2021 г. в дневном стационаре для детей КГБУЗ «АККЦОМД» было 239 госпитализаций пациентов с онкологической и гематологической патологией. На долю пациентов с онкологической патологией пришлось 82,9% случаев, доброкачественные образования — 2,9%, гематологические заболевания — 14,2%. Распределение по полу: мальчики — 53,7%, девочки — 46,3%. Возрастные особенности: 0,4% — дети до года, 7,8% — дети 1–3 лет, 20,8% — дети 4–6 лет, 29,4% — дети 7–11 лет, 23,1% — дети 12–14 лет, 18,5% — дети 15–17 лет. Средняя продолжительность госпитализации — 8,7 койко-дней. В структуре заболеваний преобладали: 33,5% — острый лейкоз; 16,0% — злокачественные опухоли почек; 6,7% — лимфогранулематоз; 5,4% — неходжкинская лимфома; 4,2% — нейробластома; 3,8% — рак щитовидной железы; 3,3% — опухоли головного мозга; 2,5% — злокачественные опухоли яичника; 2,1% — гепатобластома; 1,7% — злокачественные опухоли костей; 1,7% — ретинобластома; 2,1% — гистиоцитоз Ларгенганса; 2,9% — доброкачественные образования различных локализаций. Исходы госпитализации были удовлетворительными у 99,2% детей, у 2 детей зарегистрирован рецидив заболевания — 0,8%.

Заключение. Анализ работы онкологических коек дневного стационара для детей показал свою значимость. Необходимость стационарной помощи максимальна у лиц 7–11 лет (29,4%). В ходе исследования было выявлено преобладание таких заболеваний, как острый лейкоз, злокачественные новообразования почек, лимфогранулематоз, неходжкинская лимфома, нейробластома, рак щитовидной железы. Полученные удовлетворительные результаты госпитализации в 99,2% случаев отражают высокую преимуществом этапов оказания медицинской помощи детям с онкологической патологией в Алтайском крае.

ДИСПЛАЗИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ АРИТМОГЕННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ЭКСТРАСИСТОЛИЕЙ

Конопко Н.Н.¹, Тонких Н.А.^{2, 3}

¹ ДМЦ Управления делами Президента РФ, Москва, Российская Федерация

² ГОУ ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», Донецк, Российская Федерация

³ Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака, Донецк, Российская Федерация

Актуальность. Взаимосвязь дисплазии соединительной ткани (ДСТ) с нарушениями ритма сердца подтверждена многими исследователями. Является ли ДСТ одним из факторов развития осложнений: дилатации полостей сердца, пароксизмальной тахикардии, сердечной недостаточности?

Цель исследования. Поиск наиболее значимых факторов, влияющих на развитие осложнений идиопатической экстрасистолии (ИЭС) у детей с оценкой вклада дисплазии соединительной ткани.

Пациенты и методы. Объектом исследования явились 196 пациентов обоего пола в возрасте от 2 нед до 18 лет с ИЭС. Катамнез наблюдения составил 10 лет. Критерии включения: исключение структурной патологии миокарда, первичных электрических, обменных заболеваний, сохранение аритмии после лечения сопутствующей патологии. У каждого было изучено влияние 135 различных показателей на исход аритмии, в результате чего была построена модель прогнозирования течения ИЭС.

Результаты. ИЭС наблюдалась у детей всех возрастных групп с наибольшим удельным весом в 11–14 лет, у мальчиков достоверно чаще, чем у девочек. У 44,2% человек топика аритмии была наджелудочковой, у 55,8% — желудочковой. У 59,2% (116 человек) отмечен благоприятный прогноз; 25% (49 человек) имели осложнения в виде дилатации полостей сердца, миокардиальной дисфункции, пароксизмальной тахикардии, что явилось основанием констатации неблагоприятного варианта; у 15,8% (31 человек) аритмогенные осложнения отсутствовали, однако и положительной динамики не отмечено — неопределенный прогноз заболевания. У 17,7% (35 человек) пациентов с осложнениями количество ЭС не превышало 5 тыс. в сутки, что свидетельствует об относительной значимости количественной характеристики ЭС в прогнозе ее течения. Наличие ДСТ отмечено у 84,2% (165) больных. Достоверно чаще ($p < 0,01$) регистрировались гипермобильность суставов (56,5%), долихостеномелия (50,3%), арахнодактилия (44,7%), деформация грудной клетки (31,1%), плоскостопие (32,4%). Среди висцеральных проявлений наиболее часто встречалась миопия (26,1%) и ангиодисплазия (13,3%).

Заключение. У больных с неблагоприятным вариантом течения документировано наличие множественных абберрантно расположенных хорд, трабекул — и отсутствие их у детей с благоприятным течением аритмии. У пациентов с неблагоприятным течением ИЭС признаки ДСТ выявлены статистически чаще в сравнении с благоприятным и неопределенным прогнозом. Высокая степень ДСТ как возможная морфологическая основа аритмии является значимым фактором в развитии аритмогенных осложнений у детей с идиопатической экстрасистолией.



СЛУЧАЙ ПОЧЕЧНОГО ТУБУЛЯРНОГО АЦИДОЗА У РЕБЕНКА

Конюх Е.А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно,
Республика Беларусь

Актуальность. Частота встречаемости различных тубулопатий составляет от 0,6 до 1,2 случая на 1 млн человек. Данные о распространенности ренального тубулярного ацидоза (РТА) отсутствуют.

Цель исследования. Анализ клинико-лабораторных данных и этапов диагностического поиска у ребенка с РТА.

Пациенты и методы. Проанализированы карта стационарного пациента УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница» и выписка из карты стационарного пациента нефрологического отделения № 1 Центра детской нефрологии и заместительной почечной терапии г. Минска.

Результаты. Девочка К., 2 года 9 мес, поступила в неврологическое отделение УЗ «ГОДКБ» с жалобами мамы на снижение двигательной активности ребенка, изменение походки у девочки при отсутствии болевого синдрома. Накануне госпитализации после сна девочка не могла встать на ноги.

При обследовании исключены органическое поражение нервной системы, врожденные миопатии и объемный процесс головного мозга. При поступлении лабораторная картина была следующей. КОС: снижение рН крови до 7,287, рСО₂ — до 22,4 мм рт. ст. и сНСО₃ — до 10,5 ммоль/л. Ионограмма крови: снижение содержания К⁺ (2,52 ммоль/л), повышение уровня Cl⁻ (116,1 ммоль/л). В моче выявлена протеинурия до 0,1 г/л. При УЗИ почек отмечены гиперэхогенный мозговой слой паренхимы обеих почек, уплотнение стенок сосудов собирательной системы. Признаков гипокалиемии на ЭКГ зарегистрировано не было. Почасовой диурез составлял 5,3–6,9 мл/кг/час.

В динамике К⁺ — 4,2 ммоль/л, Cl⁻ — 107,0 ммоль/л, рН — 7,38, рСО₂ — 39,6 мм рт. ст., сНСО₃ — 22,9 ммоль/л на фоне перорального приема растворов KCl и бикарбоната натрия. На основании данных клинико-лабораторного и инструментального исследования выставлен диагноз: «Дистальный ренальный тубулярный ацидоз». Начатую терапию рекомендовано продолжить длительно.

Заключение. Таким образом, проявления гипокалиемии в виде мышечной слабости явились первыми и основными жалобами у ребенка с РТА при отсутствии клинических признаков хронического, постепенно углублявшегося метаболического ацидоза.

СКРИНИНГОВОЕ АНКЕТИРОВАНИЕ ПО ВЫЯВЛЕНИЮ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА И ДРУГИХ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПЕРВОКЛАССНИКОВ ГОРОДА СМОЛЕНСКА

Королева А.Е., Бекезин В.В.

*ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Смоленск, Российская Федерация*

Актуальность. По данным эпидемиологических исследований распространенность аллергического ринита (АР) у детей в мире колеблется от 4 до 32%; в России эти показатели достигают 10–24% и во многом зависят от региона проживания ребенка.

Цель исследования. Изучить частоту встречаемости АР и других аллергических заболеваний у детей 7–8 лет г. Смоленска по данным анкетирования родителей.

Пациенты и методы. Поперечное исследование детей 7–8 лет было проведено в 2017 г. в 3 школах г. Смоленска. Всего было роздано 400 анкет, из них заполненными возвращено 379 (94,75%). Анкета включала вопросы о наличии у ребенка врачом-верифицированного диагноза АР, других аллергических заболеваний, наследственности по атопии, возрасте детей на момент дебюта АР, наличии мультиморбидности у детей с АР. Статистическая обработка проведена с использованием пакета программ Microsoft Excel 2003.

Результаты. По данным анкетирования родителей выявлено, что 202 ребенка из 379 (53,4%) имели врачом-верифицированный диагноз аллергического заболевания. Средний возраст детей составил $7,7 \pm 0,02$ года. Установлено, что АР встречался у 18,2%, в то время как другие аллергические заболевания отмечались несколько реже. Так, атопический дерматит — у 11,9%, бронхиальная астма — у 2,9%, пищевая аллергия — у 12,2%, инсектная аллергия — у 12,4%, аллергический конъюнктивит — у 3,97%. Анализ данных 69 детей с АР выявил, что в данной когорте мальчиков было 38 (55, 07%). Круглогодичный АР (КАР) отмечался у 79,7% (55/69) детей, из них у 54,5% (30/55) детей отмечались симптомы сезонного АР (САР); только САР отмечался у 20,3% (14/69) детей. У детей дебют КАР отмечается с 12–24 мес жизни (10,10%), достигая максимума в возрасте 37–60 мес (22,10%). Тогда как САР чаще всего дебютирует в возрасте 5 лет и старше (13,0%). Наследственность по атопии отягощена у 50,7%. У детей с АР выявлена мультиморбидность, а именно наличие атопического дерматита — в 47,8% случаев, бронхиальной астмой — в 10,1%, пищевой аллергии — в 30,4%, аллергического конъюнктивита — в 15,9%.

Заключение. По данным скринингового исследования установлено, что более половины детей-первоклассников имеют одно или несколько аллергических заболеваний. Наиболее частым из них является АР, который преимущественно встречается у детей с наследственной отягощенностью по атопии, характеризуется мультиморбидностью и дебютирует в разные возрастные периоды в зависимости от этиологии заболевания.

КОМПЕТЕНТНОСТЬ РОДИТЕЛЕЙ В ВОПРОСЕ О ВИТАМИНЕ D

Корончик Е. В.

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно,
Республика Беларусь*

Актуальность. Проблема дефицита витамина D на сегодняшний день остается одной из наиболее актуальных. Результаты многочисленных исследований указывают на важную роль витамина D в организме человека и на негативные последствия, связанные с его недостаточностью.

Цель исследования. Оценить компетентность родителей в вопросах о витамине D.

Пациенты и методы. Было проведено анонимное добровольное онлайн-анкетирование, в котором приняли участие 152 родителя г. Гродно, имеющие детей в возрасте 0–17 лет. Анкета была создана на основе базы сервиса Google-формы. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием онлайн-калькулятора (openpi.com/Proportion/Proportion.htm).

Результаты. Среди респондентов было 98% лиц женского пола и 2% мужского пола. Установлено, что 98,7% осведомлены о витамине D. Из всех опрошенных уровень витамина D определяли у 23,7% детей респондентов. При этом у 13,2% он был в пределах референсных значений, у 10,5% имелись отклонения. Более половины родителей (55,9%) принимали самостоятельно витамин D, в то время как их дети в 20,4% не получали препараты данного витамина. Анализ сроков приема детьми препаратов витамина D показал, что 52,6% получали их сезонно в осенне-зимне-весенний период, 13,8% — непрерывно в течение года, 13,2% — только после перенесенных заболеваний. Установлено, что 38,21% детей получали их в первой половине дня (до 15:00), 36,2% — в любое время суток, 5,3% — во второй половине дня (после 15:00). По результатам опроса, более половины детей (66,4%) получали витамин D как монотерапию, 13,2% — в комплексе с мультивитаминами. Среди лекарственных форм витамина D 44,1% респондентов предпочли форму таблеток/капсул, в свою очередь, 41,4% их детей получали жидкий масляный раствор, 23,7% — таблетки/капсулы, 14,5% — жидкий водный раствор. Практически все респонденты (95,4%) отметили, что не наблюдали побочных эффектов во время приема препаратов как ими, так и их детьми, однако 4,6% имели побочные явления.

Заключение. Большинство родителей осведомлены о витамине D. Более половины из них принимают препараты сами в профилактической дозе и дают своим детям. Отмечают предпочтительное применение препаратов в осенне-зимне-весенний период. Большинство детей получают витамин D в первой половине дня, в форме жидкого масляного раствора, в монотерапии. Имеется низкая лабораторная диагностика уровня витамина D, что, возможно, повлияет на своевременное выявление дефицитных состояний.

ДИАГНОСТИКА ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

Котлубаев Р.С.¹, Баканов А.А.², Фролова Е.А.^{1, 2}, Калинина Ю.А.^{1, 2}

¹ ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Оренбург, Российская Федерация

² ГАУЗ «Оренбургская областная детская клиническая больница»,
Оренбург, Российская Федерация

Актуальность. Оренбургская область входит в число эндемичных регионов по эхинококкозу в Российской Федерации. Более 70% заболевших — это дети и лица молодого возраста.

Цель исследования. Сравнительная оценка методов диагностики эхинококка на ранних стадиях заболевания и оценка возможностей этих диагностических приемов для дифференциальной диагностики между паразитарными и непаразитарными кистозными образованиями, а также динамики послеоперационного периода.

Пациенты и методы. С 2000 г. по настоящее время в Центре детской хирургии г. Оренбурга пролечено более 400 детей в возрасте от 1 года до 15 лет с эхинококкозом различной локализации. Поражение печени отмечено у 73% из них (в 50% случаев изолированное поражение печени, а в 23% — в сочетании с поражением других органов). Всем больным проводились рентгенологические и ультразвуковые исследования. Компьютерная томография органов грудной и брюшной полости осуществлялась на мультиспиральном компьютерном томографе Aquilion Toshiba. Иммуноферментный анализ крови (ИФА) проводился с использованием тест-системы «Эхинококк IgG-стрип».

Результаты. Единичные кисты выявлены у 280 больных, множественные — у 125 пациентов, их количество варьировало от 2 до 8 кист. Проведенные ультразвуковые исследования показали, что размер кист колебался от 10 до 200 мм, а объем — от 10 до 1200 мл. Эхинококковые кисты с множественными дочерними пузырями отмечены у 12 больных. Компьютерная томография позволяла определить пространственное расположение кист, их соотношение с желчными протоками, кровеносными сосудами. Использование серологической диагностики показало серопозитивный результат у всех больных. Титр антител колебался от 1 : 64 до 1 : 3200 на момент установления диагноза. Использование УЗИ в послеоперационном и отдаленном периодах позволяло отследить динамику облитерации остаточной полости.

Заключение. Применение вышеуказанных методов диагностики позволяет не только выявить эхинококковые кисты различной локализации, но и судить о топографо-анатомических особенностях, взаимоотношениях с окружающими органами, отслеживать динамику облитерации кист.

ОСОБЕННОСТИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ

Кочетова О.В.¹, Шангареева З.А.², Файзуллина Р.М.², Санникова А.В.^{2, 3}, Мананова А.Ф.^{2, 3}, Викторов В.В.², Шаверская А.Г.², Хамова М.С.², Астафурова О.А.²

¹ ФГБУН «Институт биохимии и генетики» Уфимского федерального исследовательского центра РАН, Уфа, Республика Башкортостан, Российская Федерация

² ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет», Уфа, Республика Башкортостан, Российская Федерация

³ ГБУЗ РБ «Городская детская клиническая больница № 17», Уфа, Республика Башкортостан, Российская Федерация

Актуальность. Современная ситуация глобального роста числа взрослых и детей с ожирением неутешительная. Общеизвестно, что конституционально-экзогенное (простое) ожирение обусловлено избыточным поступлением высококалорийной пищи в условиях гиподинамии и наследственной предрасположенности. Актуальная проблема роста ожирения в современном обществе может быть решена в том числе профилактикой нарушений пищевого поведения.

Цель исследования. Изучить особенности пищевого поведения у подростков с избыточной массой тела и/или ожирением.

Пациенты и методы. Проведено исследование «случай – контроль» 217 подростков 10–18 лет (средний возраст — 13,5 [10; 17] лет). Из них 107 человек с избытком массы тела ($n = 72$) и ожирением ($n = 35$) и 110 человек с нормальной массой тела (группа контроля), сопоставимые по возрасту ($p = 0,673$) и полу ($p = 0,731$). Оценка параметров физического развития подростков проводилась по индексу массы тела согласно справочным таблицам ВОЗ. Типы пищевого поведения изучали по опроснику DEBQ (Dutch Eating Behavior Questionnaire — Голландский опросник пищевого поведения), разработанному и валидированному для европейских популяций. Далее сравнивали пищевое поведение у подростков основной и контрольной групп по критерию χ^2 с коррекцией Йейтса.

Результаты. Выявлены статистически значимые различия при сравнении детей с избыточной массой тела и ожирением и контрольной группы по шкале «Ограничительное пищевое поведение» ($p = 0,0003$). Ограничительное пищевое поведение (средний балл — 2,6) имели 62,6% (67 из 107) обследуемых с избыточной массой тела и ожирением против 38,2% (41 из 110) подростков с нормальной массой тела ($\chi^2 = 12,9411$; $p = 0,001$).

Эмоциогенное пищевое поведение (средний балл — 2,0) имели 56,1% (60 из 107) подростков с избыточной массой тела и ожирением против 42,7% случаев (47 из 110) у подростков с нормальной массой тела, однако различия не достигли статистической значимости ($\chi^2 = 3,3509$; $p = 0,067$). Экстернальное пищевое поведение (средний балл — 2,8) встречалось у 36,4% (39 из 107) подростков с избыточной массой тела и ожирением против 43,6% (52 из 110) подростков с нормальной массой тела ($\chi^2 = 2,1847$; $p = 0,139$).

Таким образом, в настоящем исследовании наиболее распространенными формами нарушения пищевого поведения у подростков с избыточной массой тела и ожирением были ограничительное (62,6%) и на уровне тенденции эмоциогенное (56,1%). Изменения правильного пищевого стереотипа характеризуют своеобразный психоэмоциональный облик пациентов с избыточным жиротложением. Профилактика нарушений пищевого поведения может способствовать снижению распространенности избыточной массы тела и/или ожирения у подростков.

Заключение. Нарушение пищевого поведения тесно связано с избыточной массой тела и/или ожирением подростков. Формирование пищевого поведения происходит в детском и подростковом возрасте, поэтому очень важно рекомендовать родителям уделять внимание развитию правильных пищевых привычек у детей.

ПАТОЛОГИЯ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ОШИБКАМИ ИММУНИТЕТА

Кубанова Л.Т., Козьмова Н.А., Барычева Л.Ю.

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Ставрополь, Российская Федерация

Актуальность. Спектр респираторных осложнений при первичных иммунодефицитах широк и включает инфекции верхних и нижних дыхательных путей, интерстициальные и гранулематозные заболевания, злокачественные новообразования, бронхиальную астму.

Цель исследования. Характеристика заболеваний дыхательных путей у детей с врожденными ошибками в системе иммунитета в Ставропольском крае.

Пациенты и методы. В исследование включены 63 ребенка, 23 из них относились к группе дефектов антителообразования, 12 — к комбинированным иммунодефицитам, 16 имели четко очерченные синдромальные дефекты иммунитета, 8 — дефекты фагоцитоза, 4 — дефекты иммунной регуляции. Диагноз устанавливали на основании клинико-лабораторных данных в соответствии с критериями Европейского общества иммунодефицитов (2018).

Результаты. У пациентов с комбинированными нарушениями иммунитета диагноз верифицировался раньше, чем у остальных, в возрасте $1,0 \pm 0,7$ года, $p = 0,01$, позже всего диагноз устанавливался в группе гуморальных дефицитов, в $5,1 \pm 1,6$ года, $p = 0,01$. Самым частым респираторным проявлением являлась пневмония (52%), преобладающая в группах дефектов фагоцитоза (75%), иммунной дисрегуляции (75%) и комбинированных дефицитов (75%), однако эти данные не показали статистической значимости ($p = 0,387$). Далее по частоте следовали рецидивирующие гнойные синуситы (28,6%) и отиты (20,6%). У 4,8% больных развились гнойные эндобронхиты.

Среди легочных осложнений был распространен пневмофиброз (19%). Хроническими обструктивными заболеваниями (бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь легких) страдали 11,1% пациентов. Бронхоэктазы и эмфизема развились у 7,9% больных. У 3 детей с дефектами фагоцитоза диагностирован гранулематоз легких. Реже встречались хронические ателектазы (3,2%) и интерстициальная болезнь легких (3,2%). У 80% умерших пациентов с первичными иммунодефицитами легочные осложнения являлись основной причиной смерти.

Заключение. Респираторные фенотипы у пациентов с первичными иммунодефицитами зависят от типа и тяжести иммунологического дефекта. Раннее выявление и лечение патологии легких у пациентов с врожденными дефектами иммунитета имеет решающее значение для сокращения инвалидизации и смертности у этой категории больных.



ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ИНТЕРЛЕЙКИНОВ ПРИ ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Кузьмина Е.С., Барычева Л.Ю., Минасян М.М., Кузнецова В.В.

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Ставрополь, Российская Федерация

Актуальность. Известно, что унаследованные генетические полиморфизмы генов интерлейкинов могут приводить к измененной продукции про- и противовоспалительных цитокинов при гипоксической энцефалопатии (ГИЭ) у новорожденных и модифицировать заболевание.

Цель исследования. Определить полиморфизм генов IL-1 β 31C>T (*rs1143627*) и TNF- α 308G>A (*rs1800629*) у новорожденных детей с ГИЭ II–III степени.

Пациенты и методы. Обследованы 96 детей русской национальности с ГИЭ II–III степени. Генотипирование SNP IL-1 β 31C>T (*rs1143627*) и TNF- α 308G>A (*rs1800629*) проводили методом Restriction Fragment Length Polymorphism с использованием многоканального амплификатора «Терцик» и диагностических тест-систем «SNP-экспресс» ООО НПФ «Литех». Степень риска развития неблагоприятного неврологического исхода оценивали по величине отношения шансов (ОШ). Контрольную группу составили 25 здоровых новорожденных.

Результаты. У новорожденных с ГИЭ более распространенным по сравнению с контрольной группой был минорный аллель IL-1 β 31T (62 и 46,7%; ОШ 1,86; 95% ДИ 1,03–3,34; $p = 0,04$) и гомозиготный по данному аллелю генотип — 31T/T (41,7 и 20%; ОШ 2,86; 95% ДИ 1,07–7,63; $p = 0,03$). Статистически значимая ассоциация развития ГИЭ была установлена с генотипами высокой экспрессии IL-1 β — TT+CT (ОШ 3,09; 95% ДИ 1,26–7,61; $p = 0,01$). Установлены различия в полиморфизме гена IL-1 β (–31C/T) в зависимости от исхода. У детей с неблагоприятным неврологическим исходом и умерших детей чаще встречались аллель IL-1 β 31T (71,8%; ОШ 2,52; 95% ДИ 0,97–6,53; $p = 0,049$) и генотип TT (59,0%; ОШ 1,99; 95% ДИ 0,99–3,99; $p = 0,049$).

Выявлено, что у младенцев с ГИЭ наличие мутантного аллеля TNF- α 308A (ОШ 4,29; 95% ДИ 1,75–10,52) и гомозиготного генотипа по мутантному аллелю A308A (ОШ 6,24; 95% ДИ 0,79–49,02) увеличивало риск развития заболевания. Неблагоприятные неврологические последствия и летальный исход чаще отмечались у обладателей аллеля TNF- α 308A (48,7%; ОШ 2,97; 95% ДИ 1,45–6,08; $p = 0,003$) и генотипа TNF- α A308A (33,3%; ОШ 3,63; 95% ДИ 1,05–12,52; $p = 0,035$).

Заключение. Таким образом, можно предполагать, что носительство мутантных аллелей IL-1 β 31T, TNF- α 308G и гомозиготных генотипов IL-1 β 31T/T, TNF- α G308G увеличивает вероятность развития гипоксически-ишемической энцефалопатии и неблагоприятных неврологических исходов.

ПРОБЛЕМЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЦЕЛЕВОГО УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Кулакова Е.Н., Настаушева Т.Л.

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж, Российская Федерация

Актуальность. Эффективность терапии артериальной гипертензии (АГ) у детей и подростков с хронической болезнью почек (ХБП) зависит от выбранного целевого уровня артериального давления (АД). Достижение этого уровня должно обеспечить замедление прогрессирования ХБП и профилактику ранних сердечно-сосудистых заболеваний.

Цель исследования. Определить стратегию выбора целевого АД для детей и подростков с ХБП на основании сравнительного обзора современных российских и международных рекомендаций 2016–2022 гг.

Пациенты и методы. Для сравнительного обзора отобраны следующие публикации: российские рекомендации «Хроническая болезнь почек» (2022) и «Артериальная гипертензия у детей и подростков» (2020); Рекомендации KDIGO по контролю АД у пациентов с ХБП (2021); Рекомендации Европейского общества АГ по лечению АГ у детей и подростков (2016); Американское руководство по скринингу и тактике ведения детей и подростков с АГ (2017); консенсусный документ Европейского общества кардиологов «Артериальная гипертензия у детей и подростков» (2022).

Результаты. В соответствии с рекомендациями KDIGO (2021) и Американскими рекомендациями (2017), целевым для детей и подростков с ХБП определен уровень среднего АД (mean arterial pressure (MAP)) за 24 ч по данным суточного мониторирования АД (СМАД) ниже 50-го перцентиля по полу, возрасту или росту. Европейские рекомендации 2016 и 2022 гг. ориентируют на среднесуточный уровень систолического и диастолического АД по данным СМАД для пациентов младше 16 лет ниже 50-го перцентиля при ХБП с протеинурией и ниже 75-го перцентиля при ХБП без протеинурии. Эксперты KDIGO отмечают, что АД ниже 90-го перцентиля по данным офисного (клинического) измерения аускультативным методом является допустимой альтернативой при использовании обновленных нормативных таблиц, представленных в Американских рекомендациях (2017). Применение обновленных таблиц поддержано европейскими специалистами в 2022 г. Целевой уровень АД для подростков 16 лет и старше отдельно указан в Европейских рекомендациях 2016 и 2022 гг., а именно: для подростков с ХБП и протеинурией — менее 125/75 мм рт. ст., без протеинурии — менее 130/80 мм рт. ст. Российские рекомендации (2020 и 2022 гг.) по выбору целевого уровня АД преимущественно ориентированы на Европейские рекомендации 2016 г.

Заключение. Для текущей клинической практики целевой уровень офисного (клинического) АД для пациентов младше 16 лет с ХБП должен быть менее 90-го перцентиля по полу, возрасту и росту в соответствии с нормативными таблицами 2017 г. Среднее АД (MAP) менее 50-го перцентиля по данным СМАД как критерий эффективности терапии рационально использовать в научных исследованиях. Определение целевого уровня АД для подростков с ХБП, в том числе на этапе завершения наблюдения в детской нефрологической службе и при переходе в медицинскую организацию для взрослых, требует дальнейших исследований.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Курмачёва Н.А., Свинарёв М.Ю., Черненко Ю.В., Гуменюк О.И.

ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России,
Саратов, Российская Федерация

Актуальность. В России, по данным ряда исследований, число старшеклассников с хроническими заболеваниями удваивается по сравнению с первоклассниками, что свидетельствует о существенном ухудшении здоровья современных подростков.

Цель исследования. Провести анализ состояния здоровья школьников Саратовской области по результатам профилактических осмотров за 2021 г.

Пациенты и методы. Проанализированы материалы официальной статистической отчетности регионального Министерства здравоохранения по результатам профилактических осмотров школьников Саратовской области за 2021 г.

Результаты. Выявлено существенное уменьшение числа школьников с I группой здоровья к моменту окончания обучения. По итогам 2021 г. доля совершенно здоровых детей в младшей школе (1–4-й классы) составила 18,1%, в средней школе (5–9-й классы) — уже 15,6%, а у старшеклассников (10–11-й классы) — только 14,9%. Количество детей с функциональными отклонениями (II группа здоровья) также уменьшалось: от 60,1% среди младших классов, 57,9% в средней школе до 53,5% среди выпускников. И наоборот, росла когорта школьников с хроническими заболеваниями (III группа здоровья). Если в 1–4-м классах таких было 20,5%, то в середине обучения — 24,7%, а к окончанию школы — уже 28,4%. Более того, с 1,3 до 3,2% суммарно возросла доля обучающихся с IV и V группами здоровья. Общее число детей с хронической патологией к окончанию школы увеличилось в 1,4 раза. В диспансерной группе подростков 15–17 лет лидирующие позиции занимают «школьно-обусловленные» заболевания: болезни глаза и его придаточного аппарата, заболевания органов пищеварения и костно-мышечной системы.

Заключение. Число детей с хроническими заболеваниями в Саратовской области к окончанию школы возрастает в 1,4 раза, а количество здоровых старшеклассников снижается с 18,1 до 14,9% по сравнению с младшеклассниками. Необходимо совершенствование мероприятий по профилактике школьно-обусловленных заболеваний и оздоровлению детей в образовательных учреждениях.

ЗНАЧЕНИЕ КОЛИЧЕСТВЕННЫХ И КАЧЕСТВЕННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛАКТОБАКТЕРИЙ В РАЦИОНЕ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ

Куяров А.В., Дудко Е.Ф., Куяров А.А.

БУ ВО Ханты-Мансийского автономного округа — Югры «Сургутский государственный университет», Сургут, Российская Федерация

Актуальность. Эффективность рационального питания — важное условие для гармоничного роста, нормального функционального состояния организма и резистентности к неблагоприятным факторам внешней среды, что особенно актуально для детей в условиях урбанизированного Севера.

Цель исследования. Оценить значение количественных и качественных показателей лактобактерий в рационе питания детей урбанизированного Севера.

Пациенты и методы. Проведена оценка рациона питания, бактериологические и биохимические исследования кисломолочных продуктов и микрофлоры кишечника у 243 детей в ряде дошкольных учреждений г. Сургута. Идентификация микроорганизмов проводилась методом времяпролетной масс-спектрометрии (MALDI TOF MS) с помощью анализатора микроорганизмов BioMerieux VITEK MS MALDI-TOF. Определение лизоцимной активности лактобактерий проведено с использованием метода ИФА с тест-набором «Agra Quant».

Результаты. Определен диапазон количества жизнеспособных клеток лактобактерий, их видовой состав, а также степень их лизоцимной активности в кисломолочных продуктах. Установлено, что из идентифицированных лактобактерий наиболее часто определялись представители видов *Lactobacillus delbrueskii*. Важно, что более половины изолятов лактобактерий (78,4%) не проявляли или обладали низкой степенью лизоцимной активности. Оценка микробиоценоза кишечника позволила выявить у подавляющего большинства детей дошкольного возраста дисбиотические изменения, обусловленные значительным снижением количества лактобактерий (87,2% случаев), из которых преобладали *Lactobacillus delbrueskii* с низкой лизоцимной активностью. У детей с эубиозом наблюдалось большее видовое разнообразие лактобактерий по сравнению с показателями у детей с дефицитом лактобактерий. Уменьшение количества лактобактерий в кишечнике сопровождалось увеличением количества лактозонегативных *Escherichia coli*, коагулазоотрицательных стафилококков и уменьшением типичных *Escherichia coli*.

Заключение. Проведенные бактериологические и биохимические исследования продуктов рациона питания и микрофлоры кишечника на примере организованных детей урбанизированного Севера показывают необходимость использования в комплексе профилактических и оздоровительных мероприятий микробиологический аспект в оценке рационального питания детей, основанного на определении количества и лизоцимной активности лактобактерий в рационе питания.

ДЛИТЕЛЬНАЯ РЕСПИРАТОРНАЯ ПОДДЕРЖКА ДЕТЯМ, НАХОДЯЩИМСЯ ПОД ПАЛЛИАТИВНЫМ НАБЛЮДЕНИЕМ, ПО ДАННЫМ РЕСПУБЛИКАНСКОГО РЕГИСТРА

Легкая Л.А., Бомберова Л.А., Безлер Ж.А.

ГУ «Республиканский клинический центр паллиативной медицинской помощи детям», Минск, Республика Беларусь

Актуальность. В Республике Беларусь с 2009 г. проводится длительная респираторная поддержка (искусственная вентиляция легких, ИВЛ) детям на дому как альтернатива их длительного нахождения в стационаре, что повышает качество жизни семьи, доступность коек в отделении реанимации и интенсивной терапии и снижает расходы больницы.

Цель исследования. Провести сравнительный анализ нозологической структуры заболеваний у детей, получающих длительную ИВЛ, и режима респираторной поддержки по данным Регистра детей, нуждающихся в паллиативной помощи.

Пациенты и методы. Проанализирована структура заболеваний детей, находящихся на длительной ИВЛ, в 2022 г. по сравнению с 2017 г. В 2017 г. на инвазивной ИВЛ находился 41 ребенок, из них на дому — 65,8% (27/41), в домах ребенка — 17% (7/41), в стационарах — 17% (7/41). В 2022 г. ИВЛ получали 124 ребенка: на дому — 72,6% (90/124), в домах ребенка — 17,8% (22/124), в стационарах — 9,6% (12/124); на инвазивной ИВЛ было 89 детей (71,8%), на неинвазивной ИВЛ (НИВЛ) — 35 (28,2%).

Результаты. В 2022 г. в структуре заболеваний детей, находящихся на ИВЛ, первое место занимали болезни нервной системы (НС) — 101/124 (81,5%): из них пациенты со спинальной мышечной атрофией (G12) — 41/101 (40,6%), с болезнями нервно-мышечного синапса и мышц (G70–G73) — 22/101 (21,8%); с другими нарушениями НС (G90–G99) — 22/101 (21,8%); дегенеративными болезнями центральной НС (G30–G32) — 9/101 (8,9%), с церебральным параличом и другими паралитическими синдромами (G80–G83) — 5/101 (5%). Единичные случаи представлены другими заболеваниями НС. НИВЛ получают преимущественно дети с нейро-мышечными заболеваниями: G12 — 22/35 детей (62,9%), G70–G73 — 11/35 детей (31,4%).

В сравнении с 2017 г. в структуре болезней НС увеличился удельный вес болезней нервно-мышечного синапса и мышц с 3 до 21%, снизился удельный вес других нарушений НС с 25 до 21,8%. Удельный вес детей, получающих НИВЛ, увеличился с 2,4 до 28,2%.

На втором месте в структуре заболеваний находятся врожденные аномалии и хромосомные нарушения (Q00–Q99) — 18/124 (14,5%), 17/18 детей (94,4%) получают инвазивную ИВЛ.

Заключение. Число детей на ИВЛ на дому в 2022 г. — 6,0 на 100 тыс. детей (мировые данные — 4,24–6,75 на 100 тыс. детей). С 2017 по 2022 г. изменились условия проведения ИВЛ детям, увеличилось количество детей на ИВЛ на дому в 3,3 раза. Отмечается рост числа детей на НИВЛ за счет раннего выявления изменений состояния дыхательной системы у детей с нейро-мышечными заболеваниями и назначения им длительной респираторной поддержки в неинвазивном режиме. В структуре заболеваний болезни НС остаются на первом месте.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ ДЕТЕЙ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Лекомцева О.И., Бриткова Т.А., Субботина Я.Ю., Борисова Е.А.,
Пустовалова А.Д.

*ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия»
Минздрава России, Ижевск, Российская Федерация*

Актуальность. Внебольничная пневмония (ВП) — актуальная проблема в структуре заболеваний органов дыхания детского населения, определяемая высокой распространенностью, низким процентом вакцинации от пневмококковой инфекции, разнообразием этиологических агентов, высоким удельным весом госпитализации, летальности (причина смертности 15% детей младше 5 лет во всем мире) и хронизации процесса, нерациональной антибиотикотерапией.

Цель исследования. Изучить динамику заболеваемости ВП среди детского населения в Удмуртской Республике (УР) за последние 10 лет.

Пациенты и методы. Был проведен анализ государственных докладов «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения Удмуртской Республики» по заболеваемости ВП у детей.

Результаты. Анализ данных показал, что распространенность ВП у детей в УР за последние 10 лет составила $1271,20 \pm 307,37$ на 100 тыс. детей, по Российской Федерации (РФ) данные в среднем составили $790,87 \pm 205,84$ на 100 тыс. детей. Средний темп роста в УР равнялся 6,10%, а средний темп прироста — 8,42%. На территории УР на протяжении последних лет отмечался высокий уровень заболеваемости со значительным превышением показателей заболеваемости среди детского населения в РФ. Показатели в УР имели тенденцию к росту с 2012 по 2015 г., затем отмечалось снижение заболеваемости с 2015 по 2017 г. Это связано с тем, что с 2014 г. в УР начата вакцинация детей против пневмококковой инфекции в рамках Национального календаря профилактических прививок. С 2017 до 2019 г. прослеживался резкий подъем заболеваемости. Стоит отметить, что именно в 2017 г. уровень охвата детей прививкой против пневмококковой инфекции был 88,9%, что существенно ниже данных за другие года. Среди детей в возрасте до 17 лет чаще ВП болели дети в возрасте 1–2 лет, удельный вес которых в общей структуре заболевших детей доходил до 42,0% в 2014 г.

Заключение. Таким образом, в УР отмечается неизменно высокий уровень заболеваемости внебольничной пневмонией по сравнению со средними данными по России. При этом прослеживается корреляция между уровнем заболеваемости ВП и охватом вакцинацией детей от пневмококковой инфекции. Данная проблема требует особого внимания к представленному заболеванию, а также к его профилактике с помощью прививок от пневмококковой инфекции, которые существенно снижают риск возникновения ВП.

АДАПТИРОВАННОСТЬ СТУДЕНТОВ К ОБУЧЕНИЮ В ВЫСШЕЙ ШКОЛЕ — ПЕРВЫЕ УРОКИ ПОСТКОВИДНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Лисица И.А., Лисовский О.В., Панкратова П.А., Близнякова Д.С.

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, Санкт-Петербург, Российская Федерация

Актуальность. Использование дистанционного режима обучения школьников старших классов, связанное с санитарно-противоэпидемическими ограничениями, вызванными пандемией COVID-19, неоднозначно отразилось на способности обучаться в высших медицинских вузах.

Цель исследования. Проанализировать адаптированность студентов I курса к обучению практическим навыкам оказания медицинской помощи после дистанционного обучения в школе, определить перспективы образовательных инноваций.

Пациенты и методы. При стабилизации эпидемиологической обстановки начало занятий у студентов I курса в Санкт-Петербургском государственном педиатрическом медицинском университете проводится в очном режиме с сентября 2022 г. В октябре 2022 г. проведено социологическое исследование по определению степени адаптированности студентов в вузе (Т.Д. Дубовицкой, А.В. Крылова). Определена адаптированность студентов к учебной группе и учебной деятельности.

Результаты. Проведено анонимное исследование 554 студентов I курса, обучающихся по специальности «педиатрия», средний возраст — 18,5 года. Распределение по полу — 122 юноши (22,02%) и 432 девушки (77,98%) — соответствует для I курса специальности «педиатрия». Период первичной адаптации к обучению на I курсе формально прошел удовлетворительно. Для определения уровней адаптации по шкалам использованы следующие значения: 12–16 баллов — высокий уровень; 6–12 — средний; менее 6 баллов — низкий уровень адаптации. В среднем у анкетированных уровень адаптированности к учебной группе составил 13,11 (у юношей — 12,78; у девушек — 13,2). Высокие показатели адаптированности отмечены в 393 анкетах — 70,94% (81 юноша, 312 девушек); средняя — у 137 (24,73%) обучающихся (36 и 101 соответственно); низкий уровень — у 24 студентов (4,33%) (5 и 19 соответственно). Средняя адаптированность к учебной нагрузке — 10,1 (у юношей — 10,48; у девушек — 10,0). Высокий уровень выявлен у 176 (31,77%) студентов (48 юношей и 128 девушек); средний — у 261 (47,11%) человека (45 и 216 соответственно); низкий — у 117 (21,11%) респондентов (29 и 88 соответственно).

Заключение. Выявлены преимущественно средние значения адаптированности студентов, что может свидетельствовать о неполном понимании студентами системы высшего медицинского образования. У студентов с низкими значениями по шкале адаптации к учебной деятельности есть угроза неуспеваемости, что определяет необходимость курирования и наставничества со стороны преподавательского состава. Постковидная образовательная эпоха требует изменения подходов и образовательных концепций при сохранении содержательной части.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА КАК ФАКТОР АДАПТАЦИИ К ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЕ

Лисовский О.В., Близнякова Д.С., Лисица И.А., Панкратова П.А., Колосюк В.А.

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, Санкт-Петербург, Российская Федерация

Актуальность. Изучение видов реагирования на стрессовые ситуации и особенности пищевого поведения позволяют выявить дезадаптивные копинг-стратегии у детей школьного возраста и своевременно использовать психологические методы коррекции нарушений на ранних стадиях.

Цель исследования. Выявить основные виды поведенческих реакций у детей в образовательной среде.

Пациенты и методы. Исследование проводилось на кафедре общей медицинской практики Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета. В исследование вошли дети старшего подросткового возраста — 152 школьника. Средний возраст детей — 15,4 года. Ученики 8-го класса составили основную группу — 51 (33,6%) человек, в 9-м классе — 37 (24,3%), в 10-м — 22 (14,5%) и в 11-м классе — 42 (27,6%) ученика. Юношей — 53 (34,9%), девушек — 99 (65,1%).

Результаты. Анкетирование проводилось по методике Ильчика (Шкала оценки пищевого поведения). Баллы распределялись в семь субшкал и переводились в стеннаины. Для определения тревожно-депрессивных проявлений использованы Госпитальная шкала оценки тревоги и депрессии (HADS) и методика Хейма, позволяющие выявить основные виды реагирования подростков. Суммарный балл тревоги и депрессии использован для расчета коэффициента корреляции и качественного распределения по шкале выраженности. При оценке пищевого поведения у детей выявлены основные состояния поведенческих характеристик, связанные с фиксацией на образе тела (булимия, стремление к худобе). Эмоциональные характеристики отражались в отстраненном восприятии себя (недоверии в межличностных отношениях, неудовлетворенности телом и неэффективности). При оценке корреляции между шкалами выявлена достоверную связь тревоги и булимии среди учеников 9-го и 11-го классов (коэффициент — 0,44), тревоги и интероцептивной некомпетентности в 10-м классе (коэффициент — 0,45), а также депрессии и булимии в 11-м классе (коэффициент — 0,32).

Заключение. Использование Госпитальной шкалы тревоги и депрессии, оценка пищевого поведения и метод Хейма являются доступными способами изучения личностных характеристик и копинг-стратегий подростков в школе. Своевременная диагностика психического здоровья позволяет сформировать адаптационные ресурсы школьников и при необходимости использовать психологические методы коррекции нарушений.

ОТДЕЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ РАЗВИТИЯ ГЛУБОКО НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Лукашова Ю.В.¹, Михеева Д.А.²

¹ СПб ГБУЗ «Детский городской многопрофильный клинический центр высоких медицинских технологий им. К.А. Раухфуса», Санкт-Петербург, Российская Федерация

² ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Российская Федерация

Актуальность. Высокий уровень бесплодных пар, составляющих в Российской Федерации от 8 до 21%, потребовал широкого внедрения вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). Комплекс методов экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) и переноса эмбрионов в полость матки расширил возможности науки и по праву считается одним из самых выдающихся достижений XX в. Параллельно нарастает необходимость оценки последствий применения указанных методов при лечении бесплодия. Это подтверждают литературные данные по частоте выявляемой патологии у новорожденных. Количество беременностей в результате ЭКО составляет 1–2% всех родов в западных странах, тогда как в России эта доля ниже. До настоящего времени не утихают споры между сторонниками и противниками рассматриваемых технологий в силу мощной гормональной подготовки к овуляции, способной повлиять на состояния здоровья будущей матери и ребенка.

Цель исследования. Провести сравнительный анализ основных характеристик развития глубоко недоношенных детей, рожденных с использованием вспомогательных репродуктивных технологий и в естественном цикле.

Пациенты и методы. В исследуемые группы вошло 23 ребенка, рожденных при помощи ВРТ, и 23 рожденных в естественном цикле. Срок гестации у всех детей до 28-й нед. Исследование проводилось ретроспективно на основании медицинской документации, анкетирования родителей и включало: данные анамнеза — заболевания и возраст матери, количество беременностей, чем закончились предыдущие, много- / одноплодная беременность, родоразрешение; клинические данные — пол, антропометрические показатели при рождении, оценка по шкале APGAR, длительность ИВЛ; исход.

Результаты. При сравнении групп установлено, что: масса тела при рождении меньше у рожденных после ВРТ (медиана при СБ — 740 г, при ВРТ — 700 г); возраст матери несколько выше при ВРТ (медиана при СБ — 33 года, при ВРТ — 34 года); болезни репродуктивной сферы чаще встречались у матерей, чьи дети родились после ВРТ ($p < 0,01$); многоплодные беременности наступали чаще после ВРТ ($p < 0,01$); более низкий балл на 5-й мин по шкале Апгар у детей, рожденных с помощью ВРТ (медиана при ВРТ — 56, при СБ — 66).

Заключение. Предварительные результаты показали более высокий уровень факторов риска антенатального периода в группе детей, рожденных с использованием ВРТ, что отрицательно влияет на течение раннего, неонатального и постнеонатального периодов. Расширение поиска даст возможность конкретизировать отличия в развитии детей обеих групп и внести коррективы в лечебную тактику.

АНЕМИЯ ДАЙМОНДА–БЛЕКФАНА (СЛУЧАЙ УСПЕШНОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК)

Луныкова М.А.¹, Горлицева А.Е.¹, Юдакова М.С.², Федина Н.В.¹

¹ ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, Рязань, Российская Федерация

² ГБУ РО «ОДКБ им. Н.В. Дмитриевой», Рязань, Российская Федерация

Актуальность. Анемия Даймонда–Блекфана (АДБ) — редкая, генетически детерминированная форма врожденной аплазии эритроидного ростка кроветворения, характеризующаяся прогрессирующей анемией, рефрактерной к терапии железом, в сочетании с врожденными пороками развития. В Рязанской области на 2022 г. существует четыре пациента с АДБ, трое — дети. Лечение анемии включает регулярные гемотрансфузии, хелаторную терапию, а также проведение трансплантации стволовых клеток.

Цель исследования. Демонстрация клинического случая трансплантации гемопоэтических стволовых клеток пациенту с тяжелым гемотрансфузионнозависимым течением АДБ.

Пациенты и методы. Анализ клинического случая и первичной медицинской документации.

Результаты. Пациент А., 13 лет, диагноз АДБ установлен с 2 мес. В связи с прогрессирующей тяжелой анемией с 1,5 мес начал получать гемотрансфузии эритроцитарной массы. С 2 мес назначена глюкокортикоидная терапия преднизолоном и лейцином без эффекта, гемотрансфузии каждые 1,5–2 мес, хелаторная терапия. В динамике уменьшение интервалов между трансфузиями до 2–3 нед, появление реакции на трансфузию в виде гиперемии и зуда кожи. В возрасте 7 лет пациенту проведено генетическое исследование: обнаружена гетерозиготная мутация во 2-м экзоне гена *RPS19*. Семейный анамнез по АДБ не отягощен, у родителей пациента данная мутация не обнаружена. В 2020 г. в связи с ухудшением состояния пациент обследован НМИЦ ДГОИ им. Д. Рогачева, подобран гаплоидентичный донор (отец) и проведена аллогенная трансплантация стволовых клеток (ТГСК). Ранняя реакция трансплантат против хозяина (РТПХ) с поражением желудочно-кишечного тракта (ЖКТ): фебрильная нейтропения, энтероколит (нейтропенический, аденовирусный), тифлит; аденовирусная виремия, пневмония. Получал циклоспорин, антибактериальную, противогрибковую, противовирусную терапию. В августе 2020 г., через 180 сут после трансплантации, состояние ребенка было стабильным. В декабре 2020 г. перенес подтвержденный COVID-19, ухудшение с января 2021 г.: рвота без лихорадки, боли, метеоризм, жидкий стул, гипоальбуминемия. Вирусные и бактериальные кишечные инфекции исключены. Данное состояние расценено как поздняя РТПХ с поражением ЖКТ, прием буденофалька привел к клинико-лабораторному улучшению. Через 360 сут после ТГСК признаков РТПХ нет, с августа 2021 г. начата редукция дозы циклоспорина. В октябре 2021 г., через 1 год 8 мес после ТГСК, иммуносупрессивная терапия отменена, трансплантант функционирует удовлетворительно. В настоящее время ребенок стабилен, гемотрансфузионно независим, уровень гемоглобина в пределах возрастной нормы.

Заключение. Данный случай демонстрирует впервые примененную трансплантацию гемопоэтических стволовых клеток у пациента с АДБ в Рязанской области с положительным исходом.

АНГИОМИОЛИПОМЫ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТА С ТУБЕРОЗНЫМ СКЛЕРОЗОМ

Макарова Т.П., Самойлова Н.В., Кидрачева Р.Р., Нигаманова А.У.,
Мельникова Ю.С.

ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» Минздрава России, Казань, Российская Федерация

Актуальность. Туберозный склероз — генетически детерминированное заболевание с полисистемным характером поражения организма. Частота встречаемости данной патологии в Российской Федерации — 1:7000.

Цель исследования. Демонстрация клинического случая с длительным бессимптомным развитием осложнений со стороны почек у пациента с туберозным склерозом.

Пациенты и методы. Пациент С. — мальчик в возрасте 15 лет 4 мес.

Результаты. Пациент поступил в отделение нефрологии с жалобой на изменение цвета мочи до бурого в каждой порции с 11.11.2022. В анамнезе заболевания пациента — диагностированные пренатально на сроке 32 нед множественные рабдомиомы сердца, по поводу чего в 2 мес госпитализирован в отделение кардиохирургии ДРКБ. В 5 мес — госпитализация в Детскую городскую больницу № 8 г. Казани с жалобами на приступы потери сознания до 5 серий в день. Клинический диагноз: симптоматический синдром Веста. По совокупности клинических данных в 1 год 7 мес выставлен диагноз: туберозный склероз. В ноябре 2022 г. госпитализация в нефрологическое отделение ДРКБ. Состояние пациента тяжелое, психоэмоциональное состояние нарушено. В общем анализе мочи — макрогематурия, лейкоцитурия, протеинурия. На УЗИ от 13.11.2022 обе почки увеличены в размере за счет патологических образований, экзогенность повышена. КТ от 15.11.2022: признаки ангиолипоматоза обеих почек. МРТ ГМ от 23.11.2022: проявления туберозного склероза в виде множества субэпендимальных узлов, субкортикальных туберсов с признаками кальцинации.

Заключение. В раннем возрасте пациенту клинически выставляется диагноз туберозного склероза без генетического подтверждения. Заболевание несет полиорганный характер. Пренатально были диагностированы множественные рабдомиомы сердца. В 5-месячном возрасте — симптоматический синдрома Веста, усиление неврологической патологии. В настоящее время имеются осложнения в виде роста ангиомиолипом обеих почек (более 4 см). Пациенту рассматривается хирургическое лечение с целью предотвращения осложнений в виде кровотечений, прогрессирования ХБП.



ОСОБЕННОСТИ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ШКОЛЬНИКОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Маклакова О.А., Штина И.Е., Валина С.Л.

Федеральный научный центр медико-профилактических технологий управления рисками здоровью населения, Пермь, Российская Федерация

Актуальность. Среди эндокринной патологии избыточное питание занимает одну из ведущих позиций. За последнее 10 лет прирост первично выявленного ожирения составил 34,8%. В патогенезе формирования избыточного питания важную роль играют хронический стресс и нарушение вегетативной регуляции.

Цель исследования. Изучить особенности неврологического статуса у школьников с избыточной массой тела.

Пациенты и методы. Проведено клиническое обследование 40 школьников с избыточным питанием (средний возраст — $10,6 \pm 0,42$ года), 100 учащихся с нормальной массой тела (средний возраст — $10,7 \pm 0,83$ года). Группы сопоставимы по гендерному признаку и социально-экономическому показателю ($p > 0,05$). Выполнена лабораторная диагностика, кардиоинтервалография, нейропсихологическое тестирование (тест Филлипса). Анализ данных выполнен методами описательной, сравнительной статистики, применено математическое моделирование.

Результаты. Результаты исследования показали, что патология нервной системы встречалась у 35,0% школьников группы наблюдения (25,0% — в группе сравнения, $p = 0,06$), при этом головные боли напряжения регистрировалась в 2,5 раза чаще у детей с избыточной массой тела (25,0%), чем в группе сравнения (10,0%; $p = 0,007$). У детей группы наблюдения уровень кортизола в крови был в 1,2 раза выше ($286,8 \pm 18,5$ против $247,8 \pm 18,3$ нмоль/см³; $p = 0,003$), при этом получена умеренная прямая корреляционная зависимость между значениями ИМТ и кортизолом ($r = 0,33$; $p = 0,002$). У детей с избыточным питанием в 5,4 раза чаще регистрировали исходную гиперсимпатикотонию (23,9 против 4,4%; $\chi^2 = 20,0$; $p < 0,001$). Установлена связь умеренной силы между ИМТ и исходным вегетативным тонусом (V Крамера = 0,33; $p < 0,001$). Гиперсимпатикотоническая вегетативная реактивность встречалась у каждого второго обследованного ребенка ($p > 0,10$). Средние уровни общей тревожности, страха самовыражения, страха ситуации проверки знаний были в 1,3–1,5 раза выше у детей с избыточным питанием ($p = 0,08–0,002$), при этом 25,0–67,5% из них имели повышенные значения ($p = 0,09–0,001$). Установлена вероятность влияния показателя ИМТ на уровень страха ситуации проверки знаний ($R^2 = 0,60$; $p < 0,0001$) и общей тревожности ($R^2 = 0,67$; $p < 0,0001$).

Заключение. У каждого четвертого школьника с избыточной массой тела отмечаются головные боли напряжения, которые сопровождаются увеличением уровня кортизола, активацией симпатической нервной системы, повышением уровня общей тревожности и развитием страха самовыражения и страха ситуации проверки знаний. Полученные данные свидетельствуют о необходимости проведения психолого-педагогической коррекции при реализации профилактических мероприятий у детей с избыточной массой тела.

ОЦЕНКА ДИСАВТОНОМИИ У ДЕТЕЙ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

Мамедова Ф.М., Гидаятова Л.А., Тагизаде Т.Г., Гаджиева У.К.,
Гасанова Н.С., Сафарова И.А.

Азербайджанский медицинский университет, Баку, Азербайджанская Республика

Актуальность. Дисавтономия, или дисфункция симпатических или парасимпатических компонентов вегетативной нервной системы, достаточно часто наблюдается у пациентов, перенесших COVID-19. В случаях когда у выздоровевших изначально имеются вегетативные нарушения (как при дисплазии соединительной ткани), этот процесс может серьезно ухудшить качество жизни.

Цель исследования. Изучение в динамике особенностей дисавтономии у детей с дисплазией соединительной ткани, перенесших COVID-19.

Пациенты и методы. Под нашим наблюдением находилось 18 детей в возрасте 12–17 лет с дисплазией соединительной ткани, которые в течение последних 3 мес перенесли COVID-19. Состояние вегетативного статуса определялось с помощью шкалы COMPASS 31 (инструмент самооценки, состоящий из шести разделов вегетативных функций). Повторное исследование с помощью шкалы COMPASS 31 было проведено спустя 3 мес после первоначального.

Результаты. При первичном исследовании вегетативных симптомов было установлено, что средняя оценка пациентов по шкале COMPASS 31 составила $47,3 \pm 12,4$ из 100. Большая часть жалоб была связана с разделом ортостатической непереносимости (orthostatic intolerance), подобные симптомы наблюдались у 83,3% обследованных. Менее частыми были жалобы из раздела вазомоторных нарушений, которые в основном проявлялись упорной головной болью у 66,7% детей. При повторной оценке спустя 3 мес наблюдалось повышение среднего балла по шкале COMPASS 31 ($63,6 \pm 14,7$ из 100). При этом жалобы из разделов ортостатической непереносимости и вазомоторных нарушений практически сравнялись и отмечались у 72,2 и 77,8% пациентов соответственно. Помимо этого, увеличился процент жалоб из раздела гастроинтестинальных нарушений (у 27,8 и 44,4% детей соответственно)

Заключение. Очевидно, что COVID-19 вызывает различные проявления дисавтономии, которые с течением времени имеют тенденцию к усилению. Даже с учетом изначальной вегетативной дисфункции у детей с дисплазией соединительной ткани такая тенденция требует наблюдения в динамике для своевременного предотвращения более значимых расстройств, способных нарушить процесс учебы и полноценной адаптации в постковидном периоде.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ

Мамедова С.Н., Мусаев С.Н.

Азербайджанский медицинский университет, Баку, Азербайджанская Республика

Актуальность. До настоящего времени некоторые вопросы этиологии ревматических заболеваний (РЗ) остаются не до конца выясненными. В роли триггерных факторов в развитии РЗ могут быть различные инфекционные агенты, что требует дальнейшего изучения данной проблемы.

Цель исследования. Установить влияние коронавирусной инфекции на возникновение и течение РЗ у детей.

Пациенты и методы. Ретроспективно проведен анализ истории болезни 5 больных с первичным клиническим диагнозом ювенильный идиопатический артрит, имеющих контакт с коронавирусной инфекцией. Дети находились на стационарном лечении в отделении детской кардиоревматологии учебно-терапевтической клиники Азербайджанского медицинского университета. Возраст пациентов — 7–16 лет, из них 3 девочек и 2 мальчика. Были детально изучены анамнез, клиническая картина, результаты лабораторно-инструментальных методов обследования.

Результаты. Из анамнеза известно, что у всех обследуемых до болезни жалоб на боли в суставах, а также нарушений со стороны опорно-двигательной системы не отмечалось. Сведения о травмах и перенесенной инфекции не было. Со слов родителей за 7–9 нед до заболевания был контакт с коронавирусной инфекцией, однако явных клинических признаков у детей не отмечалось. Начальные проявления заболевания — жалобы на быструю утомляемость, снижение аппетита. Признаки поражения опорно-двигательного аппарата наблюдались в виде припухлости суставов, а также локального повышения температуры, ограничения движения. У 4 больных отмечалась утренняя скованность в суставах около 4 ч, у 1 — более 4 ч. Моноартрит наблюдался у 1, олигоартрит — у 3 и полиартрит — у 1 больного. Преобладало поражение суставов нижних конечностей. Был проведен анализ определения антител к ядерным антигенам и ДНК, а также анализ на инфекции. Количественный анализ на IgG-антитела к коронавирусу SARS-CoV-2 был положительный у всех обследованных. У больных отмечалось повышение островоспалительных маркеров крови. Ревматоидный фактор был серонегативный у 4 и серопозитивный у 1 пациента. Антистрептолизин и туберкулиновая проба были отрицательными. На рентгенограмме отмечались признаки артрита I–II стадии.

Заключение. Результат ретроспективного анализа показал, что прослеживается определенная связь между коронавирусной инфекцией и поражением опорно-двигательного аппарата. В условиях пандемии можно ожидать рост ревматических заболеваний, что требует продолжения исследования с оценкой результатов. Всем пациентам при наличии в анамнезе контакта с коронавирусной инфекцией необходимо определение IgG-антител против SARS-CoV-2. Ранняя диагностика и своевременное начало адекватной терапии позволят изменить неблагоприятный прогноз заболевания.

СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

Мамедова С.Н., Мусаев С.Н.

Азербайджанский медицинский университет, Баку, Азербайджанская Республика

Актуальность. Ювенильная системная склеродермия (ЮССД) — хроническое аутоиммунное заболевание соединительной ткани неизвестной этиологии, развивающееся в возрасте до 16 лет и характеризующееся фиброзно-склеротическими изменениями кожи, подлежащих тканей и висцеральных органов.

Цель исследования. Изучить некоторые параметры сердечно-сосудистой системы при ЮССД.

Пациенты и методы. Обследовано 16 больных ЮССД в возрасте от 9 до 17 лет, из них 11 девочек и 5 мальчиков. Длительность болезни — от 3 до 6 лет. Острый вариант течения отмечался у 2 пациентов, подострый — у 9, хронический вариант течения выявлен у 5 детей. У всех больных был тщательно собран анамнез, проведено клиническое, лабораторно-инструментальное обследование, в том числе электрокардиография (ЭКГ) и эхокардиография (Эхо-КГ).

Результаты. Жалобы на боли в области сердца предъявляли 3 детей, на сердцебиение — 5 детей. У 3 детей отмечалась артериальная гипотония. При аускультации сердца на верхушке выслушивалось приглушенность I тона у 4, систолический шум различной интенсивности — у 3 пациентов. На ЭКГ у 4 пациентов выявлено нарушение проводимости в виде частичной блокады правой ножки пучка Гиса, у 1 — укорочение интервала PQ, у 3 — нарушение процесса реполяризации, у 1 — умеренная гипертрофия левого желудочка, у 2 — снижение внутрижелудочковой проводимости, у 5 больных — нарушение обменных процессов в миокарде. У 8 детей наблюдались различные виды нарушения ритма: синусовая тахикардия — у 3 больных, синусовая аритмия — у 4 и желудочковая экстрасистолия — у 1 пациента. При проведении Эхо-КГ у 2 больных наблюдалось расширение полости левого желудочка, у 2 — гипертрофия миокарда левого желудочка, у 1 пациента — пролапс митрального клапана.

Заключение. Дети крайне редко предъявляют жалобы на ранние проявления изменения со стороны сердечно-сосудистой системы. Клинически малосимптомное течение патологии со стороны сердца при ЮССД может быть связано с применением базисной терапии по поводу основного заболевания, что может скрывать клинические проявления со стороны сердечно-сосудистой системы. Принято считать, что при ЮССД в основном имеются изменения со стороны микроциркуляторного русла, а это приводит к запоздалой диагностике кардиоваскулярной патологии при данном заболевании. Включение ЭКГ и Эхо-КГ в обязательные инструментальные методы обследований будет способствовать выявлению ранних изменений в сердечно-сосудистой системе при ЮССД.

ИЗМЕНЕНИЕ СЫВОРОТОЧНОГО УРОВНЯ КАЛЬЦИЯ ПРИ НЕКРОТИЧЕСКОМ ЭНТЕРОКОЛИТЕ У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Маммадова Т.А.

Научно-исследовательский институт педиатрии им. К.Я. Фараджевой, Баку, Азербайджанская Республика

Актуальность. Некротический энтероколит (НЭК) — опасная болезнь неонатального периода. Повышение частоты встречаемости НЭК у доношенных новорожденных делает актуальной разработку новых маркеров для его раннего выявления. Гипоксия и инфекция являются важными факторами риска НЭК у новорожденных.

Цель исследования. Выявление нового маркера для ранней диагностики НЭК у доношенных новорожденных, объясняющих патогенез заболевания. Изучение изменения сывороточного уровня ионов кальция (Ca^{+2}) при НЭК у доношенных детей.

Пациенты и методы. Обследовано 100 больных доношенных новорожденных с НЭК и 30 условно здоровых. Критерием включения было наличие НЭК у этих детей. Группы исследования формировали в зависимости от стадии развития заболевания. Возраст детей соответствовал сроку гестации ≤ 37 нед. В крови у них определялся уровень ионов кальция. Определение разницы в средних числах между группами было выполнено по критерию Манна–Уитни. Диагностическая способность биомаркера определялась с помощью ROC-анализа (receiver operating characteristic).

Результаты. В крови у больных с НЭК и младенцев контрольной группы был определен сывороточный уровень ионов кальция. У контрольной группы значение биомаркера Ca^{+2} — 2,07 (1,99; 2,19). В крови у больных НЭК доношенных новорожденных наблюдалось понижение Ca^{+2} в зависимости от стадии заболевания. Сравнивая уровень этого биомаркера в плазме крови больных с НЭК и контрольной группы, можно заметить статистически значимое понижение Ca^{+2} ($p < 0,01$). Также при сравнении показателя этого биомаркера у больных групп было выявлено изменение его уровня по мере развития степени тяжести НЭК. То есть с ухудшением состояния больного происходит все большее понижение Ca^{+2} . Проведенный анализ для определения параметра исследуемого маркера, который может быть использован для ранней идентификации и оценки степени тяжести НЭК, показал, что площади под кривыми как предиктор заболеваемости и ухудшения клинического течения были следующие: Ca^{+2} (AUC = 96,62%; ДИ: (93,47%; 99,79%)). Был определен пороговый уровень для биомаркера и составлен алгоритм тестирования, позволяющий проводить раннюю диагностику НЭК у доношенных новорожденных. Составлен следующий критический уровень исследованного биомаркера, определяющий группу риска новорожденных по заболеванию НЭК: $\text{Ca}^{+2} < 1,96$ ммоль/л.

Заключение. На основании данных нашего исследования можно сказать, что при НЭК в сыворотке крови у доношенных новорожденных происходит статистически значимое понижение Ca^{+2} . Изменение уровня этого биомаркера в зависимости от стадии заболевания позволяет не только идентифицировать НЭК, но и обнаружить тяжелые случаи болезни. Составленный алгоритм тестирования даст возможность провести раннюю диагностику НЭК у доношенных новорожденных, перенесших пре- и постнатальную гипоксию.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Мамчиц Л.П.¹, Гандыш Е.В.¹, Родцевич Я.А.²

¹ УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель, Республика Беларусь

² ГУЗ «Гомельская центральная городская детская клиническая поликлиника», Гомель, Республика Беларусь

Актуальность. Данные об эпидемиологии, клинических особенностях COVID-19 накапливаются и широко обсуждаются во всем мире. В середине 2021 г. появились сведения о так называемом постковидном синдроме. Последствия перенесенного COVID-19 требуют изучения и разработки эффективных мер профилактики.

Цель исследования. Выявление факторов риска развития постковидного синдрома у детей и подростков, перенесших COVID-19.

Пациенты и методы. Проанализированы данные 2728 пациентов, находящихся на амбулаторном лечении на базе ГУЗ «Гомельская центральная городская детская поликлиника» за период с октября 2020 по май 2022 г. Детально изучены медицинские карты 155 пациентов, из них постковидный синдром развился у 40 человек, что составило 25,8%. Для обработки данных использованы общепринятые статистические методы с применением программ WinPEr1 2016, Microsoft Excel, уровень значимости определяли при $p \leq 0,05$.

Результаты. У детей и подростков чаще регистрировались случаи с легкими и среднетяжелыми формами заболевания, у 96,7% выявлялась клиническая тетрада симптомов, включающая выраженную слабость с нарушением сна, головную боль, потливость, лихорадку до 38,5 °С. Все обследуемые не были привиты вакциной и инфицированы посредством контакта 1-го уровня. Ни одна семья не имела статус «социально опасное положение», все дети жили в хороших условиях. Обследованные нами дети и подростки имели следующие показатели массы тела: нормальный ИМТ — у 48,40% детей и подростков; повышенный — у 12,90; пониженный — у 38,70%. Самыми распространенными постковидными симптомами были сухой кашель (58%), жесткое дыхание (35,5%), боль в горле (38,7%), гиперемия зева (83,87%), слабость (38,7%) и тахикардия (22,58%). Постковидные симптомы чаще отмечались в возрастной группе 14–17 лет через 2–6 нед в большинстве случаев у пациентов, имевших в анамнезе сопутствующую хроническую патологию ($RR = 3,0$; ДИ: (1,86; 4,83); $OR = 9,56$; ДИ: (2,87; 31,81); $\chi^2 = 13,54$; $p = 0,001$). Длительность сохранения симптомов составляла 4–12 нед. Среди факторов риска развития постковидного синдрома статистически значимо установлено ожирение у детей ($RR = 3,75$; ДИ: (2,23; 6,30); $OR = 12,0$; ДИ: (3,36; 47,58); $\chi^2 = 21,87$; $p = 0,001$).

Заключение. У детей и подростков отмечается доминирующий характер постковидных симптомов со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем, что требует разработки и применения эффективных мер вторичной профилактики. Особое значение в системе оздоровительных мероприятий имеет дыхательная гимнастика под врачебным контролем. Важны коррекция питания и оптимальный режим двигательной активности.

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ОРГАНИЗМА У СТУДЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

Мамчиц Л.П., Гандыш Е.В., Масыкин В.Б.

УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель, Республика Беларусь

Актуальность. Пандемия COVID-19 поставила перед специалистами здравоохранения новые задачи, связанные с выявлением, диагностикой заболевания, оказанием медицинской помощи, реабилитацией. Актуально изучение последствий, связанных с перенесенной новой коронавирусной инфекцией.

Цель исследования. Изучение развития постковидных изменений у студентов, перенесших COVID-19, и оценка их функционального состояния.

Пациенты и методы. В исследовании приняли участие 103 студента I–VI курсов медицинского университета в возрасте 18–24 лет: 56 человек, перенесших COVID-19 с января 2021 по апрель 2022 г. Контрольную группу ($n = 47$) составили студенты, не болевшие COVID-19. Общим условием включения в группу было отсутствие хронической патологии. Проанализированы жизненный индекс (ЖИ), индекс устойчивости к гипоксии (ИУГ), кардиореспираторный индекс (КРИ), адаптационный потенциал (АП). Использованы программы WinPEpi 2016, Microsoft Excel.

Результаты. Все студенты группы наблюдения перенесли COVID-19 в среднетяжелой форме и проходили лечение амбулаторно. Спустя 2–6 нед после перенесенной инфекции у них отмечались постковидные симптомы, которые сохранялись в среднем в течение 4–12 нед. Самыми распространенными постковидными симптомами были снижение обоняния (47,46%), снижение настроения (47,0%), головная боль (30,51%), одышка (22,03%), боли в мышцах (22,03%), нарушение памяти и внимания (18,64%), сухой кашель (8,47%), слабость (23,73%) и учащенное сердцебиение (19,84%). Практически у каждого пятого исследованного отмечалась тахикардия, которая длилась более 6 нед.

Резкое увеличение КРИ, которое отмечалось у 23 (41,01%) студентов основной группы, свидетельствует о перенапряжении сердечно-сосудистой системы, 16 (28,9%) имели напряжение уровня адаптации. Отклонения в показателе КРИ встречались в 8,52 раза чаще в исследуемой группе ($OR = 8,52$; ДИ: (3,46; 20,97); $\chi^2 = 21,72$; $p = 0,001$). При расчете интегрального показателя, характеризующего частоту отклонений в каждом показателе, установлено, что отклонения от референтных уровней хотя бы в одном из показателей в 5,09 раза чаще у переболевших COVID-19, чем в контрольной группе ($OR = 5,09$; ДИ: (2,89; 8,97); $\chi^2 = 31,67$; $p = 0,001$).

Заключение. Значимость постковидного синдрома определяется существенным влиянием на состояние здоровья переболевших в отдаленные периоды после болезни, а именно на функциональное состояние различных органов и систем, в первую очередь дыхательной и сердечно-сосудистой, на физическое развитие, качество жизни людей, что требует разработки и применения эффективных мер вторичной профилактики и реабилитации.

РЕКОНСТРУКЦИЯ ТОТАЛЬНЫХ ПОРТОСИСТЕМНЫХ ШУНТОВ В СЕЛЕКТИВНЫЙ ШУНТ У ДЕТЕЙ

Маргарян С.Р.

ГБУЗ «ДГКБ им. Н.Ф. Филатова ДЗМ», Москва, Российская Федерация

Актуальность. На сегодняшний день для лечения детей с портальной гипертензией (ПГ) по ряду причин преимущественно накладываются тотальные портосистемные шунты (ПСШ) (чаще всего спленоренальный шунт (СРШ) «бок-в-бок» и спленосупраренальные шунты (ССРШ)). При них тотальный сброс крови из системы воротной вены в нижнюю полую вену может привести к таким осложнениям, как легочная артериальная гипертензия (ЛАГ), уменьшение портальной перфузии печени (ППП), печеночная недостаточность (ПН), гипераммониемия и печеночная энцефалопатия (ПЭ). Профилактика перечисленных осложнений остается актуальной проблемой; до недавнего времени кроме трансплантации печени другого оперативного метода для решения данной проблемы не было. В ДГКБ им. Н.Ф. Филатова предложен новый, оптимальный метод лечения — конверсия часто применяющихся тотальных ПСШ (СРШ «бок-в-бок», ССРШ) в селективный шунт типа дистального спленоренального шунта (ДСРШ), представивший многообещающий результат — улучшение ППП и купирование признаков ПЭ.

Цель исследования. Выяснение эффективности предложенного метода лечения в профилактике ЛАГ, ПН, гипераммониемии, ПЭ на основании лабораторных, инструментальных исследований и нейропсихологического обследования.

Пациенты и методы. В проспективное исследование было включено 14 детей с портальной гипертензией, оперированных ранее (наложение СРШ «бок-в-бок» / ССРШ) и перенесших предложенный метод лечения (перевод тотальных ПСШ в селективный). Реконструкция шунтов осуществлялась с 2020 г. путем перекрытия просвета селезеночной вены (с помощью клипсы/лигатуры) между его устьем и анастомозом с использованием лапаротомического (включая минидоступ) или лапароскопического доступов. Все пациенты были обследованы до и после реконструкции шунтов (определение уровня аммиака в крови, УЗИ органов брюшной полости с доплерометрией и доплерографией, ангиография, МРТ головного мозга, Эхо-КГ, ФЭГДС).

Результаты. У 10 детей были отмечены признаки улучшения ППП (на УЗИ и ангиографии). Снижение уровня аммиака в крови отмечалось также у 10 детей. У 2 пациентов на МРТ было выявлено купирование косвенных признаков накопления солей марганца в головном мозге. Большинству детей в послеоперационном периоде не требовалось проведение большого объема анальгезии (эпидурального обезболивания), гепаринотерапии (тромбоз шунта не наблюдался ни у одного пациента). Большинство пациентов не нуждалось в лечении в условиях отделения реанимации, а также в долгом нахождении в стационаре (самый ранний срок выписки из стационара — 2-е послеоперационные сутки).

Заключение. В плане обеспечения ППП после физиологического — мезопортального шунта (применим только при 34% случаев внепеченочной формы ПГ) самым предпочтительным является селективный — ДСРШ; его главный недостаток — тромбоз шунта — ограничивает практическое применение. При использовании предложенного нами метода конверсии тотальных ПСШ в селективный шунт риск тромбоза исключается. Это объясняется тем, что не накладывается новый анастомоз, нет новой линии шва. Разработанный метод лечения, направленный на улучшение венозной перфузии печени, является перспективным в профилактике/лечении таких осложнений, как ЛАГ, ПН, ПЭ у детей с ПГ после наложения часто применяющихся в практике СРШ «бок-в-бок» и ССРШ.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НАЗНАЧЕНИЯ НЕБУЛАЙЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ СРЕДИ ПЕДИАТРОВ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ЗВЕНА

Маскаленчик Т.Г., Мулярчик О.С., Томчик Н.В.

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно,
Республика Беларусь*

Актуальность. Небулайзерная терапия — разновидность физиотерапевтической методики, которая заключается в доставке лекарственных препаратов в нижние дыхательные пути посредством специального устройства (небулайзера).

Цель исследования. Оценить распространенность назначения небулайзерной терапии среди педиатров амбулаторно-поликлинического звена.

Пациенты и методы. Было проведено добровольное анонимное онлайн-анкетирование 45 врачей-педиатров г. Гродно. Анкета была создана на основе базы сервиса Google-формы и включала следующие разделы: распространенность использования небулайзеров, техника проведения ингаляции. Обработка данных проводилась при помощи программ Microsoft Office Excel 2015 и Statistika 10.0 (SNAXAR207F394425FA-Q).

Результаты. Установлено, что 80% педиатров часто прибегают к небулайзерной терапии, редко — 20%. Используют в 80% при бронхиальной астме; ларингитах — 57,8; пневмониях — 33,3; ОРВИ — 31,1; простых бронхитах — 2,2; обструктивных бронхитах — 4,4%. С помощью небулайзеров назначают бронхолитики 91,1% врачей; солевые растворы — 73,3; муколитики — 51,1; минеральную воду — 31,1; антисептики — 15,6; инъекционные растворы — 6,7; настои и отвары трав — 4,4%. Среди опрошенных 97,8% врачей в качестве растворителя рекомендуют использовать физиологический раствор; 4,4% — дистиллированную воду; 2,2% — кипяченую воду; 2,2% — водопроводную воду. Установлено, что 64,4% педиатров запрещают использовать небулайзер при лихорадке, 35,6% — разрешают. При проведении ингаляций детям старше 5 лет 55,6% врачей-педиатров рекомендуют использовать маску, 44,4% — мундштук. Установлено, что 48,9% респондентов считают, что длительность ингаляций зависит от возраста ребенка, 46,7% рекомендуют проводить ингаляции, пока не закончится раствор, 5–7 мин — 2,2% врачей, 3–4 мин — 2,2% врачей. Полоскания ротовой полости после ингаляций не рекомендуют 46,7% врачей, 46,7% рекомендуют полоскание только после ингаляции стероидных препаратов, 6,7% — полоскания после каждой ингаляции.

Заключение. Назначение небулайзерной терапии распространено среди врачей-педиатров. Чаще всего к ней прибегают при лечении бронхиальной астмы. Из лекарственных средств, используемых для ингаляций с помощью небулайзера, преобладают бронхолитики.



СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ПОЗДНИХ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ВЫРАЖЕННОЙ ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ

Матвеева Е.А., Харламова Н.В., Малышкина А.И., Филькина О.М.

ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова»
Минздрава России, Иваново, Российская Федерация

Актуальность. Актуальность исследования определяется тем, что вопрос о состоянии здоровья поздних недоношенных детей с выраженной задержкой внутриутробного развития (ЗВУР), родившихся с массой тела менее 1500 г, остается недостаточно изученным.

Цель исследования. Изучить состояние здоровья поздних недоношенных детей, родившихся с массой тела менее 1500 г, в неонатальном периоде и в возрасте 1 года.

Пациенты и методы. Было выполнено проспективное исследование по изучению состояния здоровья в неонатальном периоде 162 детей с гестационным возрастом от 34 до 36 нед и 6 дней (основная группа — 124 ребенка с массой тела при рождении менее 1500 г, группа сравнения — 38 детей с массо-ростовыми показателями, соответствующими гестационному возрасту). На первом году жизни прослежены исходы у 61 ребенка, родившегося с выраженной ЗВУР.

Результаты. Уточнены факторы риска выраженной ЗВУР у поздних недоношенных детей, к которым относятся нарушения маточно-плацентарной перфузии, угроза прерывания беременности, преэклампсия, маловодие. Поздние недоношенные дети с выраженной ЗВУР по сравнению с поздними недоношенными с нормальным физическим развитием при рождении имеют более низкую оценку по шкале Апгар, чаще нуждаются в лечении в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) и респираторной поддержке. В неонатальном периоде у детей с выраженной ЗВУР чаще диагностируются врожденная пневмония, внутрижелудочковые кровоизлияния (ВЖК) и ранняя анемия недоношенных. У них с частотой не более 3% диагностируются заболевания, характерные для глубоконедоношенных детей: ретинопатия недоношенных, бронхолегочная дисплазия и некротизирующий энтероколит. В 1 год у большинства детей с выраженной ЗВУР регистрировалось нормальное физическое (86,1%) и нервно-психическое (91%) развитие. Последствия перинатального поражения ЦНС диагностированы у 26,2% детей, белково-энергетическая недостаточность — у 16,7%, железодефицитная анемия — у 6,6%. Ни одного случая инвалидности не было зарегистрировано.

Заключение. Поздние недоношенные дети с выраженной ЗВУР рождаются в тяжелом состоянии и нуждаются в лечении в условиях ОРИТ. Неонатальный период у них часто осложняется врожденной пневмонией, ВЖК и ранней анемией недоношенных. Ретинопатия недоношенных, бронхолегочная дисплазия и некротизирующий энтероколит выявляются в малой доле случаев и не приводят к инвалидизации. В возрасте 1 года большинство детей имеют нормальное физическое и нервно-психическое развитие.

ЧАСТОТА И ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Мацюк Т.В., Сидоренко А.Д.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. При заболеваниях верхних отделов пищеварительного тракта в патологический процесс часто вторично вовлекается поджелудочная железа (ПЖ) в силу своего анатомического расположения. Степень этого вовлечения весьма разнообразна и сложна для диагностики вследствие многообразия этиологических факторов и неспецифичности клинических проявлений заболеваний ПЖ.

Цель исследования. Установить частоту и возрастные особенности структуры заболеваний ПЖ у детей и подростков Гродненской области.

Пациенты и методы. Обследовано 110 детей и подростков с заболеваниями ПЖ, находившихся на обследовании и лечении в педиатрическом отделении УЗ «ГОДКБ» за 5-летний период (2015–2020 гг.). Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью программы Statistic (версия 10.0).

Результаты. Общее количество пациентов с заболеваниями ПЖ за период с 01.01.2015 по 31.12.2020 составило 296 человек. В структуре заболеваний ПЖ преобладали пациенты с функциональными нарушениями (вторичным реактивным панкреатитом или диспанкреатизмом — 230 человека, 77,7% обследованных) по сравнению с пациентами с хроническим панкреатитом (ХП) — 44 случая (14,9%, $p < 0,001$), 22 человека вошли в группу других уточненных заболеваний ПЖ. Анализ динамики по годам показал снижение частоты ХП. Так, в 2015 г. было диагностировано 12 случаев, в 2020 г. — только 4. При этом отмечался прирост частоты реактивных состояний ПЖ: в 2015 г. диагноз диспанкреатизм был выставлен 34 пациентам, в 2020 г. — 57. Частота встречаемости заболеваний ПЖ увеличивалась с возрастом детей: так, у детей 1–3 лет заболевания ПЖ диагностированы в 18,2% случаев; 4–6 лет — в 20,0%; 7–12 лет — в 30,9%; 13–17 лет — в 30,9% случаев ($p < 0,01$). Поражения ПЖ чаще диагностировались у девочек (62,73% случаев).

Заключение. В структуре заболеваний ПЖ у детей и подростков преобладают реактивные поражения ПЖ, частота вовлечения в патологический процесс ПЖ зависит от возраста ребенка, чаще встречается у детей младшего и старшего школьного возраста, имеет гендерные различия (чаще диагностируется у девочек).

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СЕЛЕНА В ГРУДНОМ МОЛОКЕ КАК ПОДХОД К ОЦЕНКЕ СЕЛЕНОВОГО СТАТУСА РЕБЕНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА

Мачнева И.В., Лебедева Е.Н., Карнаухова И.В., Азарова Е.В., Вялкова А.А.

*ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Оренбург, Российская Федерация*

Актуальность. В настоящее время широко признано, что первые 1000 дней жизни, от момента зачатия до двух лет после родов, представляют собой уникальный и важный период в развитии младенцев. Установлено, что женское молоко представляет собой единственный источник селена для ребенка первого полугодия жизни. По обобщенным данным современных исследований содержание селена в грудном молоке колеблется в широких пределах — от 3 до 84 мкг/л.

Цель исследования. Определение содержания селена в грудном молоке женщин Оренбургской области.

Пациенты и методы. В исследовании участвовали 49 женщин, постоянно проживающих в Оренбургской области. Их средний возраст составил $26,3 \pm 0,65$ года. Все женщины получали витаминно-минеральные комплексы, включающие данный микроэлемент. Для анализа использовалась утренняя порция молока. Количественное определение селена было проведено методом атомно-адсорбционного анализа на спектрометре «Квант-2А», пробоподготовку осуществляли методом сухого озоления.

Результаты. Определение селена в грудном молоке кормящих женщин Оренбургской области было проведено впервые. Среднее содержание селена в исследуемых образцах молока составило $22,56 \pm 0,97$ мкг/л при максимуме 40 мкг/л и минимуме 15 мкг/л. Вариабельность концентрации селена в грудном молоке отмечается многими авторами. Это может быть связано со значительными региональными различиями в его содержании в продуктах питания и питьевой воде, а также обусловлено составом принимаемого витаминно-минерального комплекса. Единственным источником селена на первом году жизни является грудное молоко, что позволяет по содержанию этого микроэлемента оценивать селеновый статус ребенка. Для детей первого года жизни норма потребления селена составляет 10–12 мкг/сут. Селен является важнейшим компонентом антиоксидантной системы защиты организма, обладает иммуномодулирующим действием, участвует в биосинтезе тиреоидных гормонов. Селен относится к эссенциальным микроэлементам и имеет основополагающее значение для полноценного развития ЦНС, а его дефицит в раннем возрасте может оказать существенное влияние на когнитивные функции.

Заключение. Анализ селенового статуса сопряжен со значительными трудностями его определения, а также высокой вариабельностью показателей и их зависимостью от внешних факторов. Наши результаты показали необходимость широких популяционных исследований в данном направлении.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С РАЗРЫВОМ ПОЧКИ

Меновщикова Л.Б.^{1,2}, Коварский С.Л.^{1,2}, Захаров А.И.¹, Гуревич А.И.¹, Соттаева З.З.^{1,2}, Струянский К.А.¹, Пепеляева И.М.²

¹ ГБУЗ «ДГКБ им. Н.Ф. Филатова ДЗМ», Москва, Российская Федерация

² ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Российская Федерация

Актуальность. Травма почки занимает около 5% от всех травм у детей, более 60% — от травм мочевыделительной системы. Тактика значительно различается в зависимости от степени травмы по классификации AAST.

Цель исследования. Оценка отдаленных результатов лечения детей с травмой почки, находившихся в отделении урологии в 2022 г.

Пациенты и методы. В 2022 г. в нашем отделении находилось трое детей с травмой почки. Механизм травмы у двух мальчиков — травма поясничной области при падении, у третьего — удар в поясничную область. У всех детей при поступлении отмечались макрогематурия и боли в поясничной области. С целью диагностики детям было выполнено УЗИ и КТ с в/в контрастированием.

Результаты. У всех детей при проведении УЗИ выявлены паранефральная гематома, повреждение паренхимы. У одного ребенка по данным КТ отмечался небольшой разрыв паренхимы без повреждения ЧЛС, что соответствовало III степени травмы почки по классификации AAST. Ребенку проводилась консервативная терапия, при наблюдении в динамике гематома не нарастала. У двух детей отмечался разрыв паренхимы с повреждением ЧЛС, что соответствовало IV степени травмы почки. В этих случаях были выполнены люмботомия, ревизия и ушивание разрывов почки. При динамическом наблюдении жалоб пациенты не предъявляли. Через 6 мес по данным УЗИ у всех детей кровоток регистрируется равномерно, до капсулы, не изменен. По данным статической нефросцинтиграфии функция почек в пределах нормы.

Заключение. Дети с травмой почки нуждаются в дифференцированном подходе. При стабильном состоянии и ненарастающих экстраренальных осложнениях показана консервативная терапия. При повреждении ЧЛС, сосудистой ножки, при признаках продолжающегося кровотечения показано оперативное лечение. Методом оценки функции почки является ультразвуковой контроль с доплерометрией и статическая нефросцинтиграфия.

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ МЫШЕЧНОЙ ДИСТРОФИЕЙ ДЮШЕННА – БЕККЕРА

Меньшикова Е.А., Дмитрачкова О.В., Безлер Ж.А.

ГУ «Республиканский клинический центр паллиативной медицинской помощи детям», Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Прогрессирующая мышечная дистрофия (ПМД) Дюшенна–Беккера — наследственное нервно-мышечное заболевание с прогрессирующей мышечной слабостью, атрофией скелетных мышц. ПМД часто сопровождается кардиомиопатией (возраст дебюта варьирует) с нарушениями ритма и проводимости (НСРП).

Цель исследования. Определить частоту, характер изменения сердечного ритма и проводимости (НСРП) у детей и подростков, страдающих ПМД Дюшенна–Беккера.

Пациенты и методы. Группа наблюдения (ГрН) — 34 детей и подростков с генетически подтвержденным диагнозом ПМД, находившихся на лечении в Республиканском клиническом центре паллиативной медицинской помощи детям, срок наблюдения — от 1 до 5 лет. Проводилась электрокардиография (ЭКГ) 1–2 раза в год.

Результаты. Различные варианты НСРП встречались у 25 детей ГрН (73,5%), чаще — номотопные нарушения ритма: у 72% детей чаще синусовая тахикардия (94,4%), нестабильный синусовый ритм (5,6%). Блокады (БЛ) наблюдались в 24% случаев от всех НСРП: у всех этих детей имелось замедление внутрижелудочкового проведения — внутрижелудочковые (ВЖБЛ), исключительно неполная БЛ правой ножки пучка Гиса (НБПНПГ).

Диагностировались также: укорочение интервала PQ — 15 детей (44,1%), укорочение интервала QT — 5 детей (14,7%), умеренное укорочение интервала QT — 18 пациентов (52,9%), синдром ранней реполяризации желудочков (СРРЖ) — 24%; высоковольтная ЭКГ в грудных отведениях — у 31 ребенка (91,2%). У 23,5% пациентов регистрировались ЭКГ-признаки изменений в миокарде желудочков; у 8,8% детей с ПМД — признаки гипертрофии желудочков. Зубец Q: больше возрастной нормы в III стандартном отведении у 20,6% (7 детей), из них больше 5 мм — у 57,1% (4 ребенка); более возрастной нормы в отведениях V5, V6 — 26,5% (9 детей), из них больше 5 мм — у 33,3% (3 ребенка).

Заключение. У детей, страдающих ПМД, НСРП встречаются часто, с преобладанием случаев номотопных нарушений и наличием ВЖБЛ (НБЛПНПГ). У некоторых имеются ЭКГ-признаки СРРЖ, ЭКГ-феномены укороченного интервала PQ, интервала QT. Очевидно, что пациентам с ПМД следует проводить превентивное динамическое комплексное кардиологическое обследование — до появления жалоб со стороны сердечно-сосудистой системы для раннего выявления кардиомиопатии и своевременного начала кардиопротективной терапии.

ВАКЦИНАЛЬНЫЙ СТАТУС НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Михайлов В.С., Зарипова Ю.Р.

ФГБОУ ВО «Петрозаводский государственный университет», Петрозаводск,
Российская Федерация

Актуальность. Недоношенные дети относятся к группе высокого риска по восприимчивости к инфекционным заболеваниям, многие из которых являются опасными по последствиям и не всегда имеют эффективное и безопасное лечение. При этом недоношенные дети дают адекватный ответ на вакцинацию, а частота реакций и осложнений у них даже ниже, чем у доношенных.

Цель исследования. Проанализировать вакцинальный статус недоношенных детей в рамках Национального календаря прививок и современных рекомендаций.

Пациенты и методы. Методы включали в себя ретроспективный анализ медицинских карт ($n = 83$) стационарного больного (форма № 003/у) ГБУЗ РК «РПЦ» за период 2019–2021 гг., историй развития ребенка (форма № 112/у) детских поликлиник г. Петрозаводска ($n = 21$), данные региональной информационно-аналитической медицинской системы «ПроМед» ($n = 63$). Количество детей — 83, средний гестационный возраст — 27 нед \pm 4 дня, средняя масса при рождении — 838 г. Статистическая обработка материала с использованием стандартного пакета Microsoft Office 2010.

Результаты. 43% детей были привиты, 57% — не вакцинированы в полном объеме. Минимальный возраст начала вакцинации в исследовании — 5 мес постнатальной жизни, максимальный — 17 мес. Средний возраст начала вакцинации БЦЖ-М — 10 мес, гепатита В — 7 мес, пневмококковой инфекции — 10 мес, АКДС + полиомиелит + гемофильная инфекция — 7 мес, корь + краснуха + паротит — 18 мес. Однако известно, что вакцинация недоношенных детей должна проводиться в соответствии с хронологическим (постнатальным) возрастом согласно Национальному календарю профилактических прививок. Начало вакцинации, поданным большинства документов, должна быть с возраста 2 мес (8 нед). Среди причин отсутствия вакцинации в 63% случаев указан медицинский отвод, 11% — отказ от вакцинации. К медицинским отводам были отнесены тяжесть состояния в неонатальном периоде — 76%, отклонения в неврологическом статусе — 12%, отклонения в лабораторных показателях — 6%.

Заключение. На основании полученных данных выявлены сложности иммунизации недоношенных, приводящие к необоснованной задержке вакцинации. Педиатрам и неонатологам необходимо знать актуальную информацию по особенностям вакцинации недоношенных детей, безопасности прививок, чтобы в полной мере понимать важность безотлагательной вакцинации и корректно консультировать родителей.



КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЫ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ В ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА

Михайлова Е.В., Каральский С.А., Малинина Н.В., Кошкин А.П.,
Матвеева М.А.

ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России,
Саратов, Российская Федерация

Актуальность. Заболеваемость менингококковой инфекцией (МИ) имеет тенденцию к росту, несмотря на применение мер специфической вакцинопрофилактики. Клинический полиморфизм, отсутствие патогномичных признаков в первые часы болезни определяют трудности ранней диагностики, и это является причиной поздней госпитализации, развития осложнений.

Цель исследования. Показать необходимость специфической профилактики МИ.

Пациенты и методы. Описание клинического случая.

Результаты. При объективном осмотре отмечалось крайне тяжелое состояние ребенка, обусловленное явлениями инфекционно-токсического шока и менингеальным синдромом. Ребенок очень вялый, заторможенный. На вопросы отвечает односложно, ориентирован в месте нахождения и времени. Сознание — оглушение. Шкала комы Глазго — 14 баллов. На кожных покровах лица, туловища, верхних и нижних конечностях, ягодицах обильная звездчатая геморрагическая сыпь, от мелких петехий до крупных экхимозов, на ягодицах размерами от 0,5 см до 10 × 20 см с участками некрозов в центре. Конечности пастозные, отеков нет. Видимые слизистые влажные, бледные, в ротовой полости петехии на мягком небе и щеках, умеренная инъекция сосудов склер. Гемодинамика нестабильная с тенденцией к гипотензии АД 70 и 45 мм рт. ст., тоны сердца приглушены, тахикардия — до 160 уд./мин, пульс слабого наполнения и напряжения. Выражены ригидность мышц затылка, положительный симптом Кернига с двух сторон. Очаговые знаки отрицательные, рефлексы живые, D = S. В гемограмме лейкоцитоз, повышение сегментоядерных нейтрофилов до 68%, легкая степень анемии — гемоглобин 98 г/л. Исследование спинно-мозговой жидкости (СМЖ) при поступлении: цитоз — 114×10^6 /л, лимфоциты — 70%, нейтрофилы — 30%, белок — 1,0, реакция Нонне-Апельта (+), реакция Панди (++) . При повторном исследовании СМЖ через 3 дня — цитоз — 650×10^6 /л, нейтрофилы — 80%, лимфоциты — 20%. Посев СМЖ на флору (менингококк) — не выявлено. ИФА с менингококковым антигеном — специфические антитела к менингококковым антигенам серогруппы В в титре 1:20. Проведена антибиотикотерапия (цефтриаксон); дезинтоксикационная терапия; заместительная терапия — иммуноглобулин человека нормальный; гормонотерапия. Ребенок выписан в удовлетворительном состоянии на 44-й день, с клиническим выздоровлением. Заключительный диагноз: менингококковая инфекция, генерализованная форма. Менингококкемия, менингококковый менингит, тяжелая форма. Осложнение: инфекционно-токсический шок 2-й степени. Рубцовые изменения на месте экхимозов.

Заключение. Данный клинический случай наглядно показывает тяжелую форму менингококковой инфекции у ребенка без специфической профилактики с формированием тяжелых осложнений. Отсутствие патогномичных признаков в первые часы болезни затрудняет своевременную диагностику и лечение менингококковой инфекции. При клиническом исследовании цереброспинальной жидкости не всегда удается обнаружить в первые дни классические признаки менингококкового гнойного менингита, поэтому важно проводить комплексное обследование детей. Тяжесть состояния и вероятность летального исхода подчеркивают необходимость специфической профилактики МИ.

ПОЗДНЯЯ ДИАГНОСТИКА ВРОЖДЕННОЙ ЧАСТИЧНОЙ ВЫСОКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ: СЕРИЯ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ

Морозов Д.Д.

ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Российская Федерация

Актуальность. Около 2–31% врожденной высокой кишечной непроходимости (ВКН) составляют частичные варианты обструкции двенадцатиперстной кишки, причиной которых является большой спектр заболеваний. Требуется проведение широкой дифференциальной диагностики с более частыми заболеваниями. Все вышеперечисленное в 50% ведет к поздней диагностике.

Цель исследования. Представить клинические случаи поздней диагностики частичной ВКН у детей, вызванные редкими хирургическими патологиями.

Пациенты и методы. Два ребенка, поступившие в ДГКБ им. Н.Ф. Филатова с жалобами на хроническую рвоту, неудовлетворительную прибавку в весе, неспособность к усвоению должного объема питания в возрасте старше 1 мес. Выполняли стандартный комплекс обследований, включающий обзорную рентгенографию органов брюшной полости (ОБП), оценку пассажа контрастного вещества по ЖКТ, ирриграфию, УЗИ ОБП. В одном случае применили компьютерную томографию.

Результаты. У одного пациента была диагностирована частичная дуоденальная непроходимость вследствие мембраны двенадцатиперстной кишки с перфорацией. Было выполнено хирургическое лечение — лапароскопическое иссечение мембраны двенадцатиперстной кишки, дуоденопластика. Во втором случае у ребенка установлен диагноз — кистозное удвоение двенадцатиперстной кишки. Выполнено оперативное лечение в объеме лапароскопического удаления энтерокисты, ушивания стенки двенадцатиперстной кишки. Послеоперационный период протекал без осложнений, дети выписаны здоровыми. При трехлетнем наблюдении жалоб нет.

Заключение. Пациенты с частичной кишечной непроходимостью часто страдают от поздней диагностики и задержки хирургического лечения врожденных пороков развития, являющихся причиной жалоб. Дети с хронической рвотой, задержкой физического развития, непереносимостью соответствующего возрасту объема питания должны быть обследованы на предмет наличия хирургической причины частичной ВКН. Необходимы исследования и меры для совершенствования пре- и постнатального выявления частичной ВКН.

МОДИФИЦИРУЕМЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА СИНДРОМА ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ МЛАДЕНЦЕВ ПО ДАННЫМ АНКЕТИРОВАНИЯ

Мулярчик О.С., Томчик Н.В.

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно,
Республика Беларусь*

Актуальность. Под синдромом внезапной смерти младенцев (СВСМ) понимают внезапную неожиданную смерть младенца до 1 года с началом фатального эпизода во время сна, причина которой остается необъяснимой после полного дообследования, включающего полное вскрытие трупа, обзор обстоятельств смерти и истории болезни.

Цель исследования. Оценить модифицируемые факторы риска СВСМ.

Пациенты и методы. Было проведено добровольное анонимное анкетирование 75 матерей г. Гродно, имеющих детей в возрасте от 2 нед до 11 мес, рожденных в сроке от 31 до 42 нед. Анкета была создана на основе базы сервиса Google-формы. База данных и обработка полученных результатов выполнены при помощи программ Microsoft Office Excel 2015 и Statistic 10.0 (SNAXAR207F394425FA-Q).

Результаты. Установлено, что медиана возраста наблюдаемых детей составила 6 мес, интерквартильный размах — 4–9. На грудном вскармливании находилось 62,7% младенцев (95%-й ДИ: 50,73–73,57); на искусственном — 29,3% (95%-й ДИ: 19,38–40,98); на смешанном — 8% (95%-й ДИ: 2,993–16,6). Установлено, что 25,3% детей (95%-й ДИ: 15,99–36,7) имели срыгивания во время сна, у 6,7% (95%-й ДИ: 2,20–14,88) отмечались эпизоды кратковременной остановки дыхания. Выявлено, что в своей кроватке спали 65% младенцев (95%-й ДИ: 53,46–75,96); совместно с матерью — 20% (95%-й ДИ: 42,75–66,21); чередовали — 15% (95%-й ДИ: 7,556–24,730). Выявлено, что 86,7% укрывали ребенка одеялом (95%-й ДИ: 76,84–93,42); мягкие бортики в кроватке использовали 64% родителей (95%-й ДИ: 52,09–74,77); мягкий матрас — 21,3% (95%-й ДИ: 12,71–32,32); подушку — 46,7% (95%-й ДИ: 35,05–58,55), что клали ребенку в кроватку мягкие игрушки 17,3% опрошенных (95%-й ДИ: 9,565–27,81). Установлено, что 54,7% младенцев (95%-й ДИ: 42,75–66,21) спали на спине; 33,3% (95%-й ДИ: 22,86–45,17) — на боку; 12% (95%-й ДИ: 5,636–21,56) — на животе. Выявлено, что температура в комнате, где спали младенцы, составляла от 20 до 27 °С, $Me = 22$ (21–24) °С. Установлено, что 72% младенцев (95%-й ДИ: 60,44–81,76) пользовались пустышкой, а 28% (95%-й ДИ: 18,24–39,56) — нет.

Заключение. По данным анкетирования выявлены следующие модифицируемые факторы риска СВСМ: большинство родителей использовали в кроватке младенца одеяло, мягкие бортики и подушку; каждый второй ребенок спал в позиции лежа на животе или на боку; треть детей спала совместно с мамой. Необходимо проведение просветительской работы среди родителей младенцев по данной тематике.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИ ЮВЕНИЛЬНОМ ДЕРМАТОМИОЗИТЕ

Мусаев С.Н., Мамедова И.А., Мамедова С.Н.

*Азербайджанский медицинский университет, Баку,
Азербайджанская Республика*

Актуальность. Ювенильный дерматомиозит (ЮДМ) — хроническое, тяжелое, прогрессирующее иммуновоспалительное заболевание кожных покровов, мышц и сосудов микроциркулярного русла, встречающееся у детей до 16 лет, нередко протекает с поражением внутренних органов, в первую очередь желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Основной причиной изменения, наблюдаемого в ЖКТ, является распространенное поражение сосудов с развитием нарушения питания слизистой оболочки, с поражением гладкой мускулатуры и нервной проводимости. Развитие эзофагита, гастродуоденита, энтероколита при этом могут быть обусловлены как катаральным воспалением, так и эрозивно-язвенным процессом. Тяжелые поражения ЖКТ (кровотечения, перфорация) нередко приводят к летальному исходу.

Цель исследования. Изучение некоторых особенностей состояния верхних отделов ЖКТ у больных ЮДМ.

Пациенты и методы. Нами было обследовано 20 больных с диагнозом ЮДМ в возрасте от 8 до 15 лет, у которых наряду с клиническими признаками основного заболевания отмечались изменения со стороны ЖКТ. Длительность заболевания — от 2 до 8 лет. Контрольную группу составляли 22 детей в возрасте от 8 до 16 лет с диагнозом хронический гастродуоденит (ХГД). У пациентов основной и контрольной групп был тщательно собран анамнез, проведены объективные общеклинические, рутинные лабораторные и инструментальные (в том числе рентгенологическое и эндоскопическое исследование ЖКТ) методы исследования.

Результаты. Из анамнеза стало известно, что наследственная отягощенность по гастропатологии у детей с ХГД отмечалась чаще, чем у детей с ЮДМ (у 10 и 2 больных соответственно). При проведении эндоскопического исследования больным с ЮДМ эзофагит с локализацией процесса в дистальном отделе пищевода был диагностирован у 12 (60%) детей. У пациентов с диагнозом ХГД эзофагит был обнаружен у 16 (72,7%) пациентов. Надо отметить, что у 2 (9,1%) пациентов с ЮДМ была выявлена эрозия кардиального отдела пищевода. Нарушение моторики пищевода наблюдалось у 13 больных с ЮДМ и у 5 больных с ХГД. При этом гастроэзофагальный рефлюкс выявлен у 7 больных основной группы и у 6 детей с ХГД. Инструментальные методы обследования выявили признаки хронического гастрита у 15 детей с ЮДМ. При проведении эндоскопии у 8 (40%) с ЮДМ и у 2 (9,1%) детей с ХГД отмечалась повышенная ранимость слизистой оболочки желудка. Признаки дуоденита наблюдалось у 7 больных контрольной группы и у 3 больных с ЮДМ.

Заключение. Нарушение моторики пищевода часто наблюдалось у пациентов с ЮДМ, эзофагит чаще был у больных с ХГД. Вероятно, у детей с ЮДМ на фоне микроциркуляторных расстройств и миопатического синдрома непрерывный прием глюкокортикоидов и нестероидных противовоспалительных препаратов способствует ранимости слизистой оболочки верхних отделов ЖКТ и возникновению эрозий. Учитывая полученные данные, всем больным с дерматомиозитом на ранней стадии заболевания необходимо проводить рентгенологическое и эндоскопическое исследование ЖКТ. Ранняя диагностика и своевременное адекватное лечение ЮДМ позволяют остановить прогрессирование патологического процесса со стороны ЖКТ.

ПРОФИЛАКТИКА ПРЕСТУПНОСТИ С ПОМОЩЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ И КОРРЕКЦИИ ОТКЛОНЯЮЩЕГОСЯ ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В ШКОЛЬНОЙ СРЕДЕ

Мусатова Л.А.¹, Краснова Л.И.¹, Смирнова О.К.²

¹ *Медицинский институт ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет», Пенза, Российская Федерация*

² *Детский консультативно-диагностический центр ГБУЗ «Пензенская областная детская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова», Пенза, Российская Федерация*

Актуальность. При определении степени актуальности проблемы детской и подростковой преступности и способов ее профилактики в фокусе внимания специалистов педиатрических профилей оказываются методы раннего выявления отклонений в поведении школьников и оценка распространенности их отдельных типов с учетом гендерной принадлежности школьников. Под отклоняющимся поведением понимаются проявления скрытой и/или явной агрессии, направленной ребенком как против других лиц, так и против самого себя, которые требуют психологической коррекции.

Цель исследования. Анализ распространенности различных типов отклоняющегося поведения у школьников 1–11-х классов для профилактики преступности.

Пациенты и методы. Исследование проведено в апреле 2022 г. на базе МБОУ СОШ № 65/23 г. Пензы. Проанализировано 1019 анкет учащихся с помощью следующих методик: Шкала манипулятивного отношения (Т. Бант), Шкала враждебности (В. Кук, Д. Медлей), Шкала доверия (М. Розенберг), анкеты по выявлению трудновоспитуемых в классе, Тест для оценки агрессивности в отношениях (А. Ассингер), Методика диагностики эгоцентризма у подростков (Т.И. Пашуков), модифицированный вариант методики «Незаконченные предложения» (Дж. Сакс, С. Леви).

Результаты. Исследовано 1019 анкет учащихся 1–11-х классов, среди которых 509 принадлежали мальчикам, 510 — девочкам. У 19 (1,9%) детей выявлено отклоняющееся поведение в виде девиантного (случаи чрезмерно яркой выраженности у детей и подростков таких черт, как демонстративность, упрямство, провокация, стремление к лидерству) и деструктивного (гневливость со вспышками агрессии) поведения. Из них деструктивное поведение проявляют 2 (11%) ребенка, девиантное — 17 (89%). Установлены особенности распределения случаев отклоняющегося поведения в зависимости от пола. Отклоняющееся поведение встречается у 12 (63%) мальчиков и 7 (37%) девочек. Проанализирована частота выявления отклоняющегося поведения у школьников 1–11-х классов. Выявлены различия в следующих показателях: соотношение частоты встречаемости девиантного и деструктивного поведения среди школьников, соотношение распространенности отклоняющегося поведения среди мальчиков и девочек.

Заключение. В 1,9% исследованных случаев у школьников 1–11-х классов выявляется отклоняющееся поведение. Девиантное поведение у обследованных школьников встречается в 8,5 раза чаще, чем деструктивное. По гендерному признаку отклоняющееся поведение превалирует у мальчиков (63%). Выявленные закономерности необходимо использовать при определении наиболее приемлемых способов психологической коррекции отклоняющегося поведения для профилактики преступности у школьников.

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ФЕРМЕНТОЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТА, СТРАДАЮЩЕГО МУКОПОЛИСАХАРИДОЗОМ, ТИП II (МПС II, СИНДРОМ ХАНТЕРА) С РЕАКЦИЕЙ ГИПЕРЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ПРЕПАРАТАМ ИДУРОНАТ-2-СУЛЬФАТАЗЫ

Мушегян Ж.Г., Зазьян А.В., Юсуфова А.Ю.

*ГБУ РО «Детская городская больница № 1», Ростов-на-Дону,
Российская Федерация*

Актуальность. Пациенты с мукополисахаридозом, тип II (МПС II), нуждаются в пожизненной ферментозаместительной терапии (ФЗТ) идуронат-2-сульфатазой, восполняющей дефицит эндогенного фермента. Наиболее частой нежелательной реакцией на введение препарата являются реакции гиперчувствительности немедленного типа.

Цель исследования. Представить клинический случай — проведение ФЗТ пациенту с синдромом Хантера с реакцией гиперчувствительности к препаратам идуронат-2-сульфатазы по жизненным показаниям.

Пациенты и методы. Пациент — мальчик 8 лет, страдающий синдромом Хантера с аллергией на препараты идуронат-2-сульфатазы (идурсульфазы и идурсульфазы бета). В связи с жизненной необходимостью получения идуронат-2-сульфатазы был применен персонализированный протокол ФЗТ, проведена десенситизация.

Результаты. Благодаря индивидуальному персонализированному протоколу проведения ФЗТ, разработанному специалистами НИИ педиатрии и охраны здоровья детей ЦКБ РАН, пациенту, страдающему МПС II с устойчивыми аллергическими реакциями на введение идуронат-2-сульфатазы, а именно назначение циклоспорина и омализумаба, премедикации препаратами левоцетиризин и дексаметазон, введение препарата идурсульфазы бета с нарастанием дозы и скорости инфузии привело к полному отсутствию нежелательной реакции в виде гиперчувствительности, которая сохраняет возможности проведения ФЗТ по жизненным показаниям.

Заключение. Описанный клинический случай введения препарата идурсульфазы бета может быть полезен при разработке необходимого руководства по ведению пациентов с синдромом Хантера, страдающих аллергией на препараты идуронат-2-сульфатазы.

ЮВЕНИЛЬНЫЙ ИДИОПАТИЧЕСКИЙ АРТРИТ: КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ

Мысливец М.Г.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно,
Республика Беларусь

Актуальность. Ювенильный идиопатический артрит (ЮИА) — одна из основных проблем педиатрической кардиоревматологии. При этом наблюдается неуклонная тенденция к росту данной патологии в мире. Подобная ситуация характерна и для детского населения Республики Беларусь, несмотря на постоянно совершенствующиеся диагностические подходы, применяемые с целью раннего выявления ЮИА.

Цель исследования. Установить связь между маркерами воспаления, клинико-функциональными показателями течения ЮИА и уровнем витамина D (25(OH)D) в сыворотке крови.

Пациенты и методы. Обследовано 56 пациентов с разными вариантами ЮИА в возрасте от 2 до 17 лет. Все пациенты были включены в исследование после получения информированного согласия родителей / законных представителей и ознакомлены с протоколом обследования. Концентрацию 25(OH)D определяли путем вычисления разницы коэффициентов поглощения света опытных и контрольных образцов на иммуноферментном анализаторе SUNRISETSCAN (Австрия) с использованием тест-систем 25-ОН Vitamin D (total) ELISA (США) согласно прилагаемой инструкции.

Результаты. У пациентов с ЮИА медиана содержания 25(OH)D составила 16,1 (12,5; 20,8) нг/мл. При олигоартикулярном варианте уровень 25(OH)D в сыворотке крови — 17,0 (12,5; 20,1) нг/мл, полиартикулярном, РФ+ — 13,2 (9,3; 15,7) нг/мл, полиартикулярном, РФ– — 15,7 (12,4; 23,1) нг/мл, системном — 20,7 (7,1; 24,3) нг/мл, а при спондилоартрите — 16,8 (13,2; 20,4) нг/мл. Дальнейший анализ показал, что у пациентов с ЮИА концентрация 25(OH)D отрицательно коррелировала с показателями длительности утренней скованности ($r_s = -0,4; p < 0,0007$) и оценкой боли пациентом/родителем по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) ($r_s = -0,4; p < 0,006$). Содержание 25(OH)D у пациентов, имеющих I (16,1 (12,9; 20,9) нг/мл) и II (12,8 (10,1; 15,7) нг/мл) степень активности заболевания, было ниже по сравнению с детьми без активности — 20,0 (18,6; 30,8) нг/мл, ($p < 0,03$). Взаимосвязь выявлена между концентрацией 25(OH)D и показателями, отражающими лабораторную активность ЮИА. Содержание 25(OH)D в сыворотке крови отрицательно связано с уровнями СОЭ ($r_s = -0,4; p < 0,001$), СРБ ($r_s = -0,4; p < 0,006$) и серомукоида ($r_s = -0,3; p < 0,01$). У пациентов с ЮИА достоверно повышалось значение показателя JADAS 27 при снижении концентрации 25(OH)D в сыворотке крови ($r_s = -0,4; p < 0,002$).

Заключение. При повышении лабораторной активности заболевания отмечается снижение концентрации 25(OH)D в сыворотке крови у детей с ЮИА. Уровень 25(OH)D в сыворотке крови детей с ЮИА взаимосвязан с показателями длительности утренней скованности, JADAS 27 и визуальной аналоговой шкалы при оценке боли пациентом/родителем.



ЗНАЧЕНИЕ МАТРИКС-МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗЫ-2 В ДИАГНОСТИКЕ НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ

Насирова С.Р., Мехтиева С.А.

*Научно-исследовательский институт педиатрии им. К.Я. Фараджовой,
Баку, Азербайджанская Республика*

Актуальность. Некротический энтероколит (НЭК) — тяжелое заболевание у новорожденных, сопровождающееся различными неотложными состояниями — гипоксией при рождении, респираторным дистресс-синдромом, врожденными пороками сердца и т.д. Несмотря на большое количество научных исследований, посвященных НЭК, его патогенез, ранняя диагностика и тактика лечения до сих пор до конца не изучены. Особое внимание в последние годы уделяется изучению биохимических маркеров в диагностике и патогенезе заболевания. Среди них важное место занимает система матриксных металлопротеиназ.

Матрикс-металлопротеиназы (ММП) — семейство цинк-зависимых внеклеточных эндопептидаз, способных расщеплять все типы белков внеклеточного матрикса. В настоящее время идентифицировано более 20 ферментов, входящих в семейство ММП. Одним из них, имеющих диагностическое значение, считается ММП-2. Повышение концентрации тканевых ингибиторов ММП-2 в плазме крови свидетельствует о развитии генерализации воспалительного процесса.

Цель исследования. Определить значения ММП-2 в диагностике некротического энтероколита у новорожденных.

Пациенты и методы. Для выполнения поставленных задач обследовано 110 больных НЭК новорожденных. Обследованные дети поступили в Научно-исследовательский институт педиатрии из родильных домов г. Баку и районов. Эти дети были разделены по стадиям течения НЭК на следующие группы: I — 49 больных с I стадией НЭК, II — 48 больных со II стадией НЭК, III — 13 больных с III стадией НЭК. Контрольную группу составили 30 условно здоровых новорожденных.

Оценивалось общее состояние обследуемых детей. Состояние 12 ($10,9 \pm 3\%$) новорожденных при поступлении в институт было тяжелым, 88 ($80 \pm 3,8\%$) — очень тяжелым, а 10 ($9,1 \pm 2,7\%$) — преагональным. Масса тела поступивших в больницу детей колебалась в пределах 650–4200 г, рост — 33–54 см, окружность головы — 27–37 см, окружность грудной клетки — 26–36 см.

У 50 детей с НЭК был определен уровень матрикс-металлопротеиназы 9 (ММП-9) в сыворотке крови новорожденных с НЭК при поступлении и в динамике через 7 дней после лечения методом иммуноферментного анализа. Полученные результаты были обработаны с использованием современных медицинских статистических методов.

Результаты. В результате обследований было установлено, что у больных НЭК уровень ММП-2 по сравнению с контрольной группой повышен в I группе в 6,9 раза ($309,4 \pm 15,4$), во II группе — в 8,3 раза ($374,1 \pm 23,4$), а в III группе — в 10,7 раза ($480,8 \pm 87,8$). Установлено, что значительное повышение уровня ММП-2 пропорционально течению НЭК у новорожденных. Кроме того, была зафиксирована прямая связь между стадиями заболевания и уровнем ММП-2.

Заключение. Повышение уровня ММП-2 в крови у новорожденных с НЭК свидетельствует о начале острого воспалительного процесса, который изменяется в зависимости от интенсивности воспаления, интоксикации, степени тяжести и продолжительности патологического процесса.

ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ВИТАМИНОМ В₁₂ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Насырова К.И.^{1, 2}, Сулейманова З.Я.²

¹ ФGAOУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Российская Федерация

² НИИ педиатрии и охраны здоровья детей НКЦ №2 ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского» Минобрнауки России, Москва, Российская Федерация

Актуальность. В мире растет распространенность расстройств аутистического спектра (РАС). Одной из причин, усугубляющих симптомы РАС, является дефицит витамина В₁₂ (цианокобаламина). Витамин В₁₂ оказывает многостороннее воздействие на организм. Он участвует в метилировании гомоцистеина, поддерживает метаболизм нейромедиаторов, таких как серотонин, дофамин, регулирует работу генов и половых гормонов. Дефицит витамина В₁₂ является возможной причиной анемии. Влияние витамина В₁₂ на развитие и функционирование нервной системы доказано, но роль в патогенезе РАС остается малоизученной.

Цель исследования. Исследовать уровень витамина В₁₂ в крови у детей с РАС.

Пациенты и методы. Проведено одномоментное несравнительное клиническое исследование на базе ФГБНУ «НИИ педиатрии и охраны здоровья детей (НКЦ № 2) РНЦХ имени академика Б.В. Петровского». В исследовании участвовали 69 детей с РАС в возрасте от 1 до 17 лет, из них 51 мальчик и 18 девочек. Дети обследуемой группы консультированы психиатром, осмотрены педиатром. Проведена лабораторная диагностика показателей клинического и биохимического анализов крови, в том числе показателей витамина В₁₂.

Результаты. При исследовании недостаточный уровень витамина В₁₂ в сыворотке крови определен у 25 (36,2%) детей с РАС, среди других показателей с возможной связью с анемией 7 пациентов — со сниженным гемоглобином, 12 — с увеличенной ЛЖСС. Значимой корреляции между показателями витамина В₁₂ и уровнем эритроцитов, а также уровнем гемоглобина не выявлено ($p < 3$). Среди детей с дефицитом витамина В₁₂ у 16 (69,5%) пациентов с РАС отмечался ограниченный рацион питания.

Заключение. В обследуемой группе детей с нарушением нейроразвития и симптомами РАС у более трети пациентов выявлен недостаточный уровень витамина В₁₂, который почти в 70% случаев сопровождался расстройством питания. Принимая во внимание участие витамина В₁₂ в важных метаболических процессах, рекомендовано всем детям с РАС проводить полноценную лабораторную диагностику его уровня и в случае недостаточности — осуществлять своевременную коррекцию.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ X-СЦЕПЛЕННОЙ АДРЕНОЛЕЙКОДИСТРОФИИ У МАЛЬЧИКА К., 7 ЛЕТ

Носкова А.С., Аванесян М.А., Каримуллин Г.А.

ГАУЗ ТО «Городская поликлиника № 5», Тюмень, Российская Федерация

Актуальность. X-сцепленная адренолейкодистрофия (X-АЛД) встречается с частотой 1:17 000 живорожденных мальчиков. Заболевание распространено повсеместно и является наиболее частой нозологической формой из группы пероксисомных болезней.

Цель исследования. Представить клинический случай X-сцепленной адренолейкодистрофии у мальчика К., 7 лет.

Пациенты и методы. Проведен анализ клинической истории ребенка с диагнозом X-сцепленная адренолейкодистрофия (церебральная форма). Миотонический синдром. Атаксический синдром. Сенсомоторная алалия. Синдром поведенческих нарушений. Нарушение функции тазовых органов. Содружественное расходящееся альтернирующее косоглазие преимущественно правого глаза. Гиперметропия слабой степени обоих глаз. Нарушение аккомодации обоих глаз. Отек диска зрительного нерва.

Результаты. 07.01.2022 ребенок ударился головой, обратились в ПО ГБУЗ ТО ОКБ № 2: по заключению МР картина может соответствовать псевдотуморозной демиелинизации (?), полностью не исключается неопластический процесс (лимфома?). 13.01.2022–15.01.2022 находился на стационарном лечении в ФГБУ ФНЦ г. Тюмени, взята биопсия. С учетом возраста, данных иммуногистохимического исследования и МРТ-визуализации наиболее соответствует X-сцепленной адренолейкодистрофии (церебральная форма). 13.04.2022 по результатам медико-генетического обследования получено заключение ФГБНУ МГНЦ им. Н.П. Бочкова — диагноз подтвержден. С апреля 2022 г. впервые появление симптомов: нарушение координации, пошатывание при ходьбе, нарушение поведения, появились перепады настроения. 17.05.2022 телемедицинское консультирование с РДКБ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова. В проведении специфического лечения отказано. В июле 2022 г. в условиях стационарного лечения назначена пожизненная заместительная терапия гидрокортизоном. В динамике с апреля по декабрь 2022 г. нарастание симптоматики: атаксия, поведенческие нарушения; эпизоды вялости, слабости, рвоты. У ребенка полное отсутствие самостоятельной ходьбы, не стоит, сидит, не разговаривает, не слышит.

Заключение. Пациенты с данным заболеванием требуют активного динамического наблюдения мультидисциплинарной бригадой. По состоянию на декабрь 2022 г. ребенок продолжает наблюдение амбулаторно, получает посиндромную терапию.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОГРАММЫ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ

Нургалиева Ж.Ж.^{1, 2}, Новрузова Н.Б.³, Сейсебаева Р.Ж.¹, Ержанова Г.Е.²,
Байзак М.Б.¹, Иманкул А.К.¹, Мурат А.С.¹

¹ Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова,
Алматы, Республика Казахстан

² Научный центр педиатрии и детской хирургии, Алматы, Республика Казахстан

³ Алматинская региональная детская клиническая больница, Алматы,
Республика Казахстан

Актуальность. Сахарный диабет 1 типа (СД1) — одно из частых хронических заболеваний нарушений обмена, значительно ухудшающих уровень здоровья детей. Изучение клинических и метаболических проявлений у больных СД1 в зависимости от программы инсулинотерапии требует наиболее пристального внимания.

Цель исследования. Оценить параметры физического развития и метаболических показателей у детей, больных СД1, находившихся на интенсифицированной инсулинотерапии (ИИТ) и непрерывной подкожной инфузии инсулина (НПИИ).

Пациенты и методы. Тип исследования — когортное ретроспективное. Изучены медицинские карты 278 детей, получивших стационарное лечение в ДГКБ № 2 г. Алматы. Анализировались антропометрические (индекс массы тела (ИМТ), SDS роста, SDS веса, SDS ИМТ, перцентили роста и ИМТ; расчет проводился в приложении Aukology.exe) и лабораторные (глюкоза натощак, гликированный гемоглобин) показатели. Статистическая обработка проводилась с применением Microsoft Excel описательной статистики с расчетом средних величин со стандартным отклонением и расчетом достоверности.

Результаты. Средний возраст в группе ИИТ был $7,2 \pm 1,2$ года, в группе НПИИ — $6,3 \pm 1,4$ года. Соотношение девочек к мальчикам составило 0,8. Средняя длительность СД 1 типа в группе ИИТ составила $2,6 \pm 0,8$ года, в группе НПИИ — $2,9 \pm 1,2$ года. 71,9% детей получали ИИТ, 28,1% — НПИИ. По частоте экстренных госпитализаций группы ИИТ и НПИИ не отличались ($p = 0,99$). Средний показатель HbA1c был достоверно ($p < 0,05$) выше в группе детей ИИТ ($9,8 \pm 0,5\%$), чем в группе НПИИ ($8,8 \pm 0,6\%$). По частоте острых осложнений в группах ИИТ и НПИИ различий не было: диабетический кетоацидоз ($p = 0,97$), гипогликемия ($p = 0,99$). При оценке параметров крайних показателей физического развития выявлена частота низкорослости у 4,5% детей в группе ИИТ, у 7,7% — в группе НПИИ ($p = 0,92$); дефицит веса у 15,5% в группе ИИТ, у 8,9% — в группе НПИИ ($p = 0,89$); ожирение — в 5,5% случаев в группе ИИТ и в 5,1% — в группе НПИИ ($p = 0,99$). Перцентили роста (ДИ 95%) были ниже в обеих группах ($p = 0,09$): средний перцентиль роста в группе ИИТ был 54 (40,4–67,2), в группе НПИИ — 61 (35,9–86,3). Средний перцентиль ИМТ в группе ИИТ был 38,8 (21,9–55,7), в группе НПИИ — 41,7 (24–59,4) ($p = 0,48$). Статистически значимые различия были в группе ИИТ по SDS веса: средний SDS веса был $-0,39 \pm 0,4$ ($p = 0,02$); в группе НПИИ также было снижение SDS веса ($-0,18 \pm 0,7$), но статистически незначимое ($p = 0,65$).

Заключение. Частота острых осложнений и экстренных госпитализаций остается одинаково высокой у всех детей с СД1 независимо от программы инсулинотерапии. В группе больных СД1 на НПИИ уровень HbA1c был достоверно ниже, чем в группе ИИТ ($p = 0,05$). У детей с СД 1 типа в обеих группах сравнения наблюдается одинаковая частота снижения ростовых показателей. Дети на ИИТ подвержены риску дефицита веса (средний SDS веса, $p = 0,02$). Определение стратегии и тактики ведения больного ребенка, достижение компенсированного течения СД1 позволят улучшить показатели физического развития детей, качества жизни, снизить развитие осложнений.

ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ТАКТИКА ПРИ КИСТАХ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ

Огнёв С.И., Цап Н.А., Машина Л.В.

*ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Екатеринбург, Российская Федерация
ГАУЗ СО «Областная детская клиническая больница, Екатеринбург»,
Екатеринбург, Российская Федерация*

Актуальность. Кистозные образования паренхиматозных органов брюшной полости (КОПО БП) в детском возрасте — на сегодняшний день не редкость. Современные диагностические и хирургические технологии определяют широкий выбор способов лечения данных заболеваний.

Цель исследования. Представить варианты интраоперационной тактики для ликвидации кистозных образований паренхиматозных органов брюшной полости.

Пациенты и методы. С 2005 по 2022 г. оперативные вмешательства выполнены 115 детям с КОПО БП с использованием различных методик. Диагностика КОПО БП базируется на УС-графии (100% больных), КТ (100% больных), реже МРТ (27,8% больных). Распределение по полу: мальчиков — 63 (54,7%), девочек — 52 (45,2%). По возрастным группам: до 1 года — 1 (0,8%) ребенок, 1–3 года — 2 (1,8%) ребенка, 3–7 лет — 10 (8,7%) детей, 8–12 лет — 54 (46,9%) ребенка и 13–17 лет — 48 (41,8%) детей.

Результаты. Преимущественно кисты локализовались в селезенке — 76 (66,0%) случаев, в печени — 28 (24,3%), в поджелудочной железе — 11 (9,5%). Эхинококкоз диагностирован у 9 (7,8%) детей. В градации по размерам преобладали кисты средние — в 53 (46,0%) случаях, большие встретились у 41 (35,6%) ребенка и гигантские — в 21 (18,2%) случае. Многокамерные КОПО выявлены у 14 (12,1%) детей. Использовали малоинвазивные технологии лечения: чрезкожно-пункционный способ склерозирования КОПО БП ($n = 15$; 13,0%), комбинированный ($n = 8$; 6,9%) и лапароскопический ($n = 68$; 59,1%). При чрезкожно-пункционной и комбинированной методике в качестве склерозанта был выбран 3%-й раствор этоксисклерола по технологии «foam-foam». Открытое оперативное вмешательство (срединная лапаротомия, доступ Федорова) выполнено 24 (20,8%) детям. При визуализации КОПО (открытый, эндоскопический доступ) основным этапом операции включал широкую фенестрацию кисты, тщательную деэпителизацию внутренней оболочки аргоноплазменной коагуляцией. Осложнений, как ближайших, так и отдаленных, не отмечалось. Все дети на длительном динамическом наблюдении.

Заключение. Инструментальная предоперационная оценка КОПО БП (размеры, локализация, этиология) является основополагающим критерием для выбора интраоперационной тактики, суть которой в максимально эффективной ликвидации кистозного образования на основе принципа органосохранности и малоинвазивности, что обеспечивает качество дальнейшей жизни ребенка. Остаточные КОПО малого размера подлежат наблюдению. Аспекты злокачественности исключены морфологическим исследованием.



ОЦЕНКА ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ВИТАМИНОМ D НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ СПОРТСМЕНОВ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ СПОРТИВНЫМИ ЕДИНОБОРСТВАМИ

Окороков П.Л.^{1, 2}, Столярова С.А.¹, Аксенова Н.В.¹, Исаева Е.П.¹,
Зябкин И.В.¹

¹ ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр детей и подростков
ФМБА России», Москва, Российская Федерация

² ГНЦ РФ ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России, Москва,
Российская Федерация

Актуальность. В Российской Федерации отмечается высокая распространенность дефицита витамина D у детей и подростков. Исследования, посвященные обеспеченности витамином D несовершеннолетних спортсменов, немногочисленны и демонстрируют более высокую распространенность нарушений обмена витамина D у спортсменов, тренирующихся и соревнующихся в закрытых помещениях.

Цель исследования. Оценить обеспеченность витамином D несовершеннолетних спортсменов, занимающихся спортивными единоборствами.

Пациенты и методы. В одномоментное, одноцентровое исследование включено 235 несовершеннолетних спортсменов (137 мальчиков (58,3%) и 98 девочек (41,7%)), занимающихся спортивными единоборствами (греко-римская и вольная борьба, дзюдо, тхэквондо, джиу-джитсу), в возрасте от 12 до 17,5 года (средний возраст — 14,9 [14,1; 16,0] года). Всем спортсменам проведено определение 25-гидроксикальциферола (25(OH)D₃) в сыворотке крови методом хемилюминесцентного анализа в рамках углубленного медицинского обследования в период с марта по июнь 2022 г.

Результаты. Дефицит витамина D (уровень 25(OH)D₃ < 20 нг/мл) определяется у 38,2% спортсменов, из которых тяжелый дефицит (уровень 25(OH)D₃ < 10 нг/мл) составляет 1%. Недостаточность витамина D диагностирована у 48,6%, а оптимальный уровень 25(OH)D₃ (> 30 нг/мл) выявляется лишь у 13,2% несовершеннолетних спортсменов. Дефицит витамина D у мальчиков встречается статистически значимо чаще по сравнению с девочками (41,6% vs 33,6%; $p = 0,03$).

Заключение. Выявлена крайне низкая обеспеченность витамином D несовершеннолетних спортсменов, занимающихся спортивными единоборствами. Полученные данные доказывают необходимость создания национальных программ по профилактике дефицита витамина D в детско-юношеском спорте.

ТРИХОБЕЗОАР ЖЕЛУДКА В ПРАКТИКЕ ДЕТСКОГО ХИРУРГА

Окунев Н.А., Окунева А.И., Кемаев А.Б., Калабкин Н.А., Аржанова Н.В.

*Медицинский институт ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева»
Минобрнауки России, Саранск, Российская Федерация
ГБУЗ РМ «Детская республиканская клиническая больница», Саранск,
Российская Федерация*

Актуальность. Трихобезоар — вид инородного тела, который формируется в желудочно-кишечном тракте (ЖКТ) в результате заглатывания волос. Данное патологическое состояние может привести к такому грозному осложнению, как кишечная непроходимость.

Цель исследования. Повысить осведомленность о причинах возникновения, клинике, методах диагностики и видах лечения трихобезоаров у детей.

Пациенты и методы. Выполнен анализ истории болезни пациентки, дважды поступавшей в ГБУЗ РМ «ДРКБ» г. Саранска с диагнозом трихобезоар желудка.

Результаты. Девочка К., 11 лет, поступила в детское хирургическое отделение в декабре 2020 г. с жалобами на 4–5-кратную рвоту в течение дня, болевой синдром в эпигастральной области. В анамнезе — операция по поводу удаления трихобезоара желудка в августе 2018 г. После первой госпитализации была проведена консультация у психиатра, диагноз — трихофагия (расстройство привычек и влечений). При поступлении состояние средней степени тяжести, живот обычной формы, при пальпации определяется объемное образование в эпигастральной области неправильной формы, плотной консистенции с бугристой поверхностью. Дополнительные методы исследования: УЗИ внутренних органов (обнаружены образования больших размеров в проекции желудка), ЭФГДС (определялись волосы в просвете желудка). Пациентке была проведена лапаротомия, гастротомия в бессосудистой зоне тела желудка и удаление трихобезоара. Рана была ушита двухрядным узловым швом, кожа субкутанно адсорбируемым швом. Асептическая повязка на рану.

Заключение. Девочка выписана через 2 нед с выздоровлением по основному заболеванию на момент поступления. С целью профилактики трихобезоара ЖКТ рекомендовано продолжить лечение у психиатра.

ВНЕДРЕНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ГАСТРОСТОМИИ В РЕСПУБЛИКЕ МОРДОВИЯ

Окунев Н.А., Окунева А.И., Кемаев А.Б., Калабкин Н.А., Понетайкина А.В.

*Медицинский институт ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский
Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева»
Минобрнауки России, Саранск, Российская Федерация*

Актуальность. Эндоскопическая гастростомия — малоинвазивный метод по созданию искусственного хода в желудок для питания и проведения лечебных мероприятий у паллиативных больных.

Цель исследования. Анализ внедрения эндоскопической гастростомии в паллиативной медицине в ГБУЗ РМ «ДРКБ» г. Саранска.

Пациенты и методы. После выездного мастер-класса Захарова И.В. (хирурга-эндоскописта высшей категории, руководителя отдела эндоскопии Национального медицинского исследовательского центра детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Д. Рогачева) в ДРКБ стала проводиться эндоскопическая гастростомия у детей с нарушением поступления пищи в желудок с врожденными заболеваниями ЦНС.

С июня 2022 г. по январь 2023 г. выполнено 9 эндоскопических гастростомий (6 мальчикам и 3 девочкам). Возраст до года — 2 ребенка, от года до 7 лет — 4 ребенка, от 7 до 13 лет — 3 ребенка.

Результаты. Все пациенты были госпитализированы в плановом порядке в стабильном по основному заболеванию состоянии. За 6 ч до операции дети соблюдали голод, была проведена гигиена носа и полости рта. В ходе операции выполнялась ЭФГДС по передней стенке тела желудка, определялись места фиксаторов и питательной трубки. С помощью фиксаторов Saf-t-реху выполнена «трехточечная» гастропексия. В центре телескопическим дилататором создан тракт стомы и установлена низкопрофильная питательная трубка. На следующие сутки выполнялось повторное гастроэнтерологическое исследование с целью исключения ранних послеоперационных осложнений. В первые сутки после постановки стомы дети находились под наблюдением в отделении реанимации и интенсивной терапии. Первый прием жидкости через гастростому — через 6 ч, кормление — через 12 ч.

Заключение. Все пациенты эндоскопическую гастростомию перенесли успешно. Осложнений в послеоперационном периоде не было. Существенно сократилось количество дней пребывания в стационаре. На момент написания тезиса никто из больных на замену гастростомической трубки не поступал, рекомендована смена 1 раз в полгода. Сложностей по уходу за стомой у родителей не возникало.

ХАРАКТЕРИСТИКА СТРУКТУРЫ ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ ЗА 2021–2022 ГГ.

Орел В.И., Углева Е.М., Смирнова В.И., Булдакова Т.И., Кулев А.Г.

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, Санкт-Петербург, Российская Федерация

Актуальность. Рост количества число детей-инвалидов приводит к увеличению доли совершеннолетних инвалидов, относящихся к категории инвалидов с детства. Анализ детской инвалидности является одним из показателей здоровья детей и одним из важных индикаторов качества жизни.

Цель исследования. Изучение структуры детской инвалидности в Санкт-Петербурге в 2021 и 2022 гг.

Пациенты и методы. Изучение численности в категории «ребенок-инвалид» проводилось по данным годовой формы № 19 федерального статистического наблюдения «Сведения о детях-инвалидах», утвержденной приказом Росстата от 27.12.2016 № 866 «Об утверждении статистического инструментария для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере охраны здоровья», а также данным Федерального казенного учреждения «Главное бюро МСЭ по городу Санкт-Петербургу» Минтруда России.

Результаты. Общая численность детей-инвалидов в структуре общей инвалидности в Российской Федерации составила 6,2% в 2022 г., в Санкт-Петербурге — 4,2%. На 01.12.2022 общая численность детей-инвалидов в РФ составила 721 760 детей, в Санкт-Петербурге — 23 215 человека, что составило 3,22% от общего количества всех детей-инвалидов в РФ. Распределение по возрастам в Санкт-Петербурге было следующим: до 3 лет — 1673 человека; 3–7 лет — 5653; 8–14 лет — 1182; 15–17 лет — 4307 человек, что составило 7,7; 24,9; 4,2 и 18,2% соответственно, таким же в процентном соотношении распределение по возрастам имелось и в структуре детской инвалидности в целом по стране. В 2021 г. из числа детей, первично признанных инвалидами в стране, более 30% составили дети с психическими расстройствами и расстройствами поведения. Среди детей, признанных инвалидами в связи с психическими заболеваниями, около 70% — дети с умственной отсталостью. У 17% причиной инвалидности явились болезни нервной системы. Врожденные аномалии составили 14%, болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ — 11,5%. Далее по формам болезни следуют болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (6,4%), новообразования (4,8%). По данным Федерального казенного учреждения «Главное бюро МСЭ по городу Санкт-Петербургу» Минтруда России, в 2021 г. первично категория «ребенок-инвалид» была определена 2119 детям.

Заключение. За прошедшее пятилетие структура распределения детей-инвалидов по формам болезней остается неизменной. Как и в предыдущие годы, более 60% первичной инвалидности у детей в Санкт-Петербурге составили психические расстройства, болезни нервной системы и врожденные пороки и аномалии развития. Повторно категория «ребенок-инвалид» в 2021 г. в Санкт-Петербурге была установлена 5091 человеку, из них 823 инвалидность установлена до достижения ребенком возраста 18 лет.



ПРЕДИКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА АТИПИЧНОГО ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Орлова О.М.^{1, 2}, Эмирова Х.М.^{1, 2}, Абасеева Т.Ю.^{1, 2}, Музуров А.Л.^{2, 3},
Панкратенко Т.Е.^{2, 4}, Генералова Г.А.^{2, 3}, Чичуга Е.М.⁵,
Мстиславская С.А.^{1, 2}, Широнова Н.В.¹

¹ Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова (МГМСУ), Москва, Российская Федерация

² ГБУЗ «ДГКБ св. Владимира ДЗМ», Москва, Российская Федерация

³ ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва, Российская Федерация

⁴ ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского», Москва, Российская Федерация

⁵ ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж, Российская Федерация

Актуальность. Атипичный гемолитико-уремический синдром (аГУС) — орфанное заболевание, обусловленное гиперактивацией альтернативного пути комплемента. При аГУС более 50% пациентов умирают, нуждаются в диализе / развивают хроническую болезнь почек (ХБП) в течение 1-го года после установления диагноза.

Цель исследования. Определить предикторы неблагоприятного прогноза аГУС у детей.

Пациенты и методы. 70 детей (Me возраста — 4,32 года [1,15; 6,60]) с аГУС обследованы в остром периоде и 34 — ретроспективно через 3–10 лет (Me возраста дебюта — 4,8 года [1,4; 6,2]). Проведена оценка стандартных методов обследования. Исследована активность ADAMTS13 методом FRET с помощью флюорогенного субстрата (PeptaNova GmbH, Germany) (референсный предел 80–122%). Исследование выполнено при поддержке гранта РНФ № 22-15-0409, <https://rscf.ru/project/22-15-00409/>.

Результаты. У 63% пациентов с аГУС в остром периоде активность ADAMTS13 снижалась (Me 61,0% (46,0; 71,0)). В этой группе в 2 раза чаще выявлялось поражение ЦНС ($p = 0,03$), в 4,3 раза — анурия ($p < 0,001$) с длительностью > 7 сут ($R = -0,37$; $p = 0,02$), риск развития анурии повышался в 8,4 раза (95%-й ДИ: 2,2–32,1; $p < 0,001$), а потребность в диализе — в 5,25 раза (95%-й ДИ: 1,77–15,57). В группе катамнеза в 61,7% случаев диагностирована ХБП, в 44,1% — артериальная гипертензия, в 67,6% определялась протеинурия. ХБП II–V ст. (41,2%) развилась у детей, имевших в дебюте аГУС тромбоцитопению > 10 сут ($p = 0,0005$), анурию > 7 сут ($p = 0,03$) и потребность в диализе > 10 сут ($p = 0,02$). Выявлена средней силы прямая корреляция развития ХБП с поражением ЦНС ($r_{pb} = 0,37$; $p = 0,02$), длительностью анурии ($R = 0,69$; $p = 0,018$), тромбоцитопении ($R = 0,53$; $p = 0,005$) и продолжительностью диализа ($R = 0,43$; $p = 0,04$). Плазмотерапия и использование иАПФ не влияли на отдаленный исход заболевания. Неблагоприятный прогноз был связан с поздней инициацией комплемент-ингибирующей терапии (экулизумаб) ($r_{pb} = 0,45$; $p = 0,02$).

Заключение. Предикторами неблагоприятного прогноза при аГУС являются анурия > 7 сут, поражение ЦНС, тромбоцитопения > 10 сут, продолжительность диализа > 10 сут, поздний старт (через > 2 нед от дебюта) терапии экулизумабом. Снижение активности ADAMTS13 влияет только на тяжесть течения острого периода аГУС, но не на отдаленный прогноз. Улучшение прогноза при аГУС связано с ранним проведением таргетной терапии, обеспечивающей быстрое купирование тромботической микроангиопатии и безрецидивное течение заболевания.



ОСОБЕННОСТИ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ У МОНОХОРИАЛЬНЫХ ДИАМНИОТИЧЕСКИХ БЛИЗНЕЦОВ ПО КОЛИЧЕСТВЕННЫМ ПОКАЗАТЕЛЯМ TREC И KREC

Павличенко М.В.¹, Чумарная Т.В.²

¹ ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Екатеринбург, Российская Федерация

² Институт иммунологии и физиологии УрО РАН, Екатеринбург,
Российская Федерация

Актуальность. Врожденные ошибки иммунитета являются одной из основных причин детской заболеваемости и отражают демографическое состояние общества в настоящее время и в перспективе. Важен поиск ранних маркеров неблагоприятных перинатальных исходов при многоплодной беременности.

Цель исследования. Выявление особенностей иммунитета у монохориальных диамниотических близнецов по количеству маркеров наивных Т- и В-лимфоцитов (TREC и KREC) в сухих пятнах крови на 7-е сут жизни.

Пациенты и методы. Основная группа: 35 пар монохориальных диамниотических близнецов 35–36 нед гестации. Группа сравнения: 40 новорожденных 35–36 нед гестации без клинических проявлений врожденных ошибок иммунитета и пороков развития. Количественное определение маркеров наивных Т- и В-клеток — TREC и KREC: тест-системы «Иммуно БиТ» (АБВ-тест, Россия) на 7-е сут жизни. Математическая обработка данных: Microsoft Office Excel 2010, Statistica 10.0, *Me* (25–75 перцентиль), коэффициент корреляции Спирмена.

Результаты. Количество молекул TREC (копий / 105 лейкоцитов) в сухих образцах крови детей группы сравнения на 7-е сут жизни составило 776,1 (378,2–1405,4). В группе монохориальных диамниотических близнецов у пациентов с большей массой при рождении — 1231,5 (654,7–1497,7), с меньшей массой тела — 1427,8 (587,4–2727,6). Количество молекул KREC (копий / 105 лейкоцитов) в сухих образцах крови на 7-е сут: в группе сравнения — 599,9 (206,2–1135,6), у пациентов с большей массой при рождении — 1402,7 (958,8–4082,5), с меньшей массой тела — 2422,1 (1130,6–3632,7). В основной группе выявлены корреляции (критерий Спирмена) показателя KREC с уровнем щелочной фосфатазы на 1-е сут — $p = 0,003$; с показателями общего анализа крови на 3-е сут: RBC — $p = 0,025$; WBC — $p = 0,01$; Neu, абс — $p = 0,01$ и Mon, абс. $p = 0,048$, а также Neu, абс на 28-е сут — $p = 0,0003$. Количество молекул TREC в сухих образцах крови на 7-е сут: в группе сравнения — 776,1 (378,2–1405,4); у пациентов с большей массой при рождении — 1231,5 (654,8–1497,73); с меньшей массой тела — 1427,8 (587,4–2727,6). В основной группе выявлены корреляции (критерий Спирмена) показателя TREC с показателями венозной крови на 1-е сут жизни: креатинин — $p = 0,0002$; PH — $p = 0,08$; pCO_2 — $p = 0,08$; lactat — $p = 0,08$; на 3-и сут — Lum% — $p = 0,02$; на 7-е сут — Lum% — $p = 0,03$.

Заключение. Тотальный неонатальный скрининг с определением TREC и KREC позволит на доклинической стадии развития заболевания формировать группы риска развития инфекционных осложнений для своевременного предупреждения их развития. Учитывая небольшие выборки, актуально проведение массовых исследований данной проблемы и выявление спектра фенотипических и лабораторно-инструментальных проявлений.

ДЕСЯТИЛЕТНИЙ МОНИТОРИНГ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ У ДЕТЕЙ: РЕГИОНАЛЬНЫЙ АСПЕКТ

Павловская О.Г., Гладких О.А.

ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Оренбург, Российская Федерация

Актуальность. Злокачественные новообразования (ЗНО) у детей являются социальной проблемой. С 2019 г. реализуется федеральный проект «Борьба с онкологическими заболеваниями», имеющий основной задачей снижение смертности от ЗНО.

Цель исследования. Провести анализ эпидемиологических показателей ЗНО у детей за десятилетний период (2011–2021 гг.) в Оренбургской области.

Пациенты и методы. Проведено ретроспективное клинико-эпидемиологическое исследование по изучению заболеваемости и смертности ЗНО детского населения Оренбургской области за десятилетний период. Использованы официальные данные Центра информационных технологий и эпидемиологических исследований в области онкологии в составе МНИОИ им. П.А. Герцена за 2011–2021 гг. Применены статистический и аналитический методы исследования.

Результаты. Показатель заболеваемости ЗНО (С00–97) в 2011 г. составил для обоих полов 12,83 на 100 тыс. детского населения в возрасте 0–14 лет, а к 2021 г. — 11,18. В возрастной группе 0–17 лет уровень в 2011 г. был 13,580/0000 и достиг через 10 лет 11,180/0000, т.е. снизился на 21%. ЗНО лимфатической и кроветворной ткани (С81–96) в возрастной группе 0–14 лет в 2011 г. имели уровень распространенности 5,980/0000 и практически остались на прежнем уровне к 2021 г. (5,840/0000). Подобные закономерности установлены и в возрасте 0–17 лет (5,32 и 5,45 0/0000 соответственно). При изучении показателей смертности от ЗНО установлено, что в 2011 г. у детей 0–14 лет она имела уровень 3,870/0000, а к 2021 г. снизилась в 2 раза (1,90/0000). При этом смертность у девочек с 3,090/0000 за 10-летний период достигла нуля. В возрастной группе 0–17 лет смертность без учета пола за описываемый период снизилась с 4,180/0000 до 2,230/0000 (в 1,87 раза), у мальчиков — в 2,28 раза и у девочек — в 2,4 раза. Смертность при ЗНО лимфатической и кроветворной тканей в возрастной группе 0–14 лет в 2011 г. имела уровень распространенности 1,50/0000 и практически осталась на прежнем уровне к 2021 г. (1,30/0000). Подобные закономерности установлены и в возрасте 0–17 лет (1,49 и 1,580/0000 соответственно). Однако к 2021 г. отсутствовала смертность у девочек в возрасте до 14 лет и снизилась в 2 раза у девочек возраста 0–17 лет.

Заключение. За 10-летний период не произошло достоверного снижения распространенности ЗНО у детей, однако отмечено снижение показателя смертности при ЗНО в 2 раза за счет женского населения возрастной группы 0–14 лет, где она отсутствовала. Результаты свидетельствуют об эффективности проводимых мероприятий в рамках федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями».

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛАКТАЦИИ У МАТЕРЕЙ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Пальцева А.И.¹, Зверко В.Л.², Сеница Л.Н.¹, Дырман Т.В.²

¹ УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно,
Республика Беларусь

² УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр», Гродно,
Республика Беларусь

Актуальность. Результаты научных исследований свидетельствуют о положительном влиянии метагенома молозива и грудного молока на формирование оральной микробиоты новорожденного и ее роли в становлении иммунных функций.

Цель исследования. На основании анализа особенностей ранней постнатальной адаптации новорожденных от матерей оптимизировать лактацию у матерей в раннем послеродовом периоде.

Пациенты и методы. Проведено клиническое наблюдение за 60 новорожденными в раннем неонатальном периоде, рожденных в УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр» в 2021–2022 гг. Среди наблюдаемых пациентов было 47 доношенных и 17 — поздних недоношенных. Проведено клинико-лабораторное обследование в соответствии с клиническими протоколами Минздрава Республики Беларусь.

Результаты. Для оптимизации лактации у матерей в раннем послеродовом периоде нами был предложен следующий алгоритм: 1) орофарингеальное введение молозива в объеме до 5,0 мл с рождения каждые 2 ч при условии, что ребенок не может быть приложен к груди в связи с нарушениями общего состояния; 2) совместное пребывание ребенка и матери. При отсутствии такой возможности создание комфортных условий для общения матери и ребенка; 3) если ребенок не может быть приложен к груди после рождения, начать сцеживать молоко в течение первых 6 ч после родов для стимулирования выработки молока; 4) доступным для понимания языком матери объяснить физиологические основы лактации; 5) необходимо регулярное сцеживание в течение суток (6–10 раз); 6) теплый и согревающий компресс на грудные железы, легкий массаж груди после сцеживания; 7) теплый успокаивающий напиток за полчаса до сеанса сцеживания; 8) сцеживание молока проводить руками или использовать индивидуальные молокоотсосы.

Заключение. Применение данного алгоритма значительно повысило число детей, находящихся на чисто грудном вскармливании при выписке домой, до 98%, а пребывание детей на посту интенсивной терапии сокращено с 3–4 до 1–2 дней. Создание условий для эффективного и безопасного сцеживания грудного молока в неонатальном стационаре обеспечило сохранение и эффективность лактации и положительно повлияло на психологическое состояние матери, ее умение и желание самостоятельно ухаживать за ребенком.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ

Панкратова П.А., Лисовский О.В., Близнякова Д.С., Лисица И.А.

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, Санкт-Петербург, Российская Федерация

Актуальность. Встречаемость расстройств пищевого поведения среди подростков продолжает ежегодно увеличиваться. Это приводит к значительному ухудшению психологических компонентов качества жизни и влияет на физическое развитие.

Цель исследования. Проанализировать факторы, влияющие на развитие нарушений пищевого поведения детей подросткового возраста, их распространенность и выраженность.

Пациенты и методы. На кафедре общей медицинской практики СПбГПМУ проанкетировано 63 студента I курса. В работе использована Шкала оценки пищевого поведения (ШОПП), распределяющая подростков на семь субшкал: стремление к худобе, булимия, неудовлетворенность телом, неэффективность, перфекционизм, недоверие в межличностных отношениях, интероцептивная некомпетентность. Оценка качества жизни (SF-36) позволила оценить показатели психического здоровья.

Результаты. Средний возраст — 18,2 года. Юношей — 13 (20,6%), девушек — 50 (79,4%). При оценке ШОПП выявлены следующие средние баллы: в субшкале 1 (стремление к худобе) — 2,73 (мин — 0, макс — 14), соответствует 5 степеням, выявлен у 19 (30%) человек; в субшкале 2 (проявления булемии) — 2,58 (мин — 0, макс — 19), 6 степеней, 9 (14%) человек; в субшкале 3 (неудовлетворенность телом) — 5,53 (мин — 1, макс — 23), 6 степеней, 7 (11%) человек; в субшкале 4 (неэффективность) — 2,56 (мин — 0, макс — 13), 5 степеней, 14 (22%) человек; в субшкале 5 (перфекционизм) — 7,09 (мин — 0, макс — 17), 6 степеней, 14 (22%) человек; в субшкале 6 (недоверие в межличностных отношениях) — 4,48 (мин — 0, макс — 13), 6 степеней, 27 (42%) человек. В субшкале 7 (интероцептивная некомпетентность) средний балл составил 3,53 (мин — 0, макс — 18), 15 (23%) человек. Средний уровень МН (mental health) в данной группе — 61,8 (повышенный показатель), общий показатель психического компонента качества жизни студентов в среднем составил 45,8 (средний показатель).

Заключение. Максимальные проявления нарушений пищевого поведения у подростков выражаются в недоверии в межличностных отношениях. При высоком ментальном уровне выявленные дезадаптивные методы реагирования позволяют говорить о несформированности социальной зрелости подростков.

СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ МЛАДЕНЦА

Панчина А.М.

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России
(Сеченовский Университет), Москва, Российская Федерация

Актуальность. Одна из значимых причин гибели младенцев, особенно в постнеонатальном периоде, — синдром внезапной смерти младенца (СВСМ). В последние годы в мировой научной литературе возросло число исследований связи между социально-экономическим статусом семьи и СВСМ. В Российской Федерации крупные исследования, изучающие влияние факторов, в том числе и социально-экономических, на смертность, обусловленную СВСМ, практически не проводятся.

Цель исследования. Оценить взаимосвязь между смертностью, обусловленной СВСМ, и региональными показателями социально-экономического развития в Российской Федерации.

Пациенты и методы. Проведено поперечное экологическое исследование смертности, связанной с СВСМ (с момента рождения до 1 года жизни), в субъектах РФ за период 2017–2021 гг. Данные были получены из Единой межведомственной информационно-статистической системы (ЕМИСС). Опираясь на литературные источники и возможности информационно-статистической системы, были отобраны потенциально значимые показатели (независимые переменные), отражающие социально-экономический статус субъектов РФ. Применены методы описательно статистики. Для описания силы связи между выбранными независимыми переменными и смертностью, обусловленной СВСМ, был проведен корреляционный анализ Пирсона. Статистическая обработка данных выполнена в программе SPSS для Windows.

Результаты. В 2021 г. СВСМ стал причиной смерти 237 детей и занял 6-е место в структуре смертности детей первого года жизни (3,6% всех младенческих смертей). Коэффициент младенческой смертности, обусловленной СВСМ, составил 0,17 на 1000 детей, родившихся живыми (медиана по субъектам РФ — 0,12; *IR* 0,0 — 0,32). Младенческая смертность, вызванная СВСМ, имеет тренд к снижению. За период с 2008 по 2021 г. показатель снизился на 56% (в 2008 г. — 0,39 на 1000 детей, родившихся живыми). Относились к городскому населению 68% погибших детей, к сельскому — 32%. Уровень младенческой смертности от СВСМ среди сельского населения (0,22 на 1000 детей, родившихся живыми) оказался выше, чем среди городского населения (0,15). Мальчиков среди погибших младенцев было 60%, девочек — 40%, уровень младенческой смертности среди мальчиков был 0,20, среди девочек — 0,14 на 1000 детей соответствующего пола. В неонатальном периоде погибло 14% детей, в постнеонатальном — 86%. Наибольшие значения смертности, обусловленной СВСМ, в 2021 г. зарегистрированы в Чукотском автономном округе (АО) (1,99 на 1000 детей, родившихся живыми), Ненецком АО (1,83), Архангельской области (1,3), Еврейской автономной области (0,65), Ямало-Ненецком АО (0,58), Кемеровской области (0,56), Орловской области (0,56). Не зарегистрировано случаев СВСМ в 26 субъектах РФ. Наименьший статистически значимый относительный риск развития СВСМ выявлен в 21 субъекте РФ (в шести субъектах РФ — Брянской, Псковской, Магаданской областях, республиках Северная Осетия — Алания, Башкортостане, Чувашии — относительный риск равен нулю), наибольший — в 23.

Корреляционной зависимости между смертностью, обусловленной СВСМ, и независимыми переменными (такими как соотношение среднедушевого дохода к величине прожиточного минимума, коэффициент Джини, уровень бедности, уровень безработицы, величина валового регионального продукта (ВРП) в расчете на одного жителя, доля здравоохранения и социальных услуг в структуре ВРП, величина расходов регионального бюджета на социальную политику и здравоохранение в расчете на одного жителя, соотношение числа зарегистрированных браков к числу разводов) выявлено не было.

Заключение. Выявленный в исследовании разброс показателя по субъектам РФ можно объяснить особенностями системы оказания медицинской помощи в каждом отдельном регионе, а также возможными отличиями во внедренных в субъектах РФ протоколах по определению и кодированию причин смерти детей. Отсутствие корреляционной зависимости между социэкономическими факторами и СВСМ требует дальнейших исследований.

ОСОБЕННОСТИ КТ-ДИАГНОСТИКИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПНЕВМОТОРАКСОМ НА ФОНЕ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Парамонова Н.С., Руссу М.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Недифференцированная дисплазия соединительной ткани (НДСТ) определяет течение различных заболеваний, в том числе органов дыхания. Ввиду несостоятельности эластического каркаса легких, субплеврального расположения булл возможно развитие спонтанного пневмоторакса, который является частым осложнением НДСТ со стороны бронхолегочной системы.

Цель исследования. Определить структурные изменения легочной ткани по данным компьютерной томографии у детей с НДСТ, оперированных по поводу спонтанного пневмоторакса на фоне буллезной мальформации легких.

Пациенты и методы. Обследовано 12 пациентов, у которых развился спонтанный пневмоторакс (СП) на фоне буллезной мальформации легких. Статистическая обработка данных, полученных в результате исследования, выполнена в программе Microsoft Excel 2010 и программе Statistica, версия 10.0 (серийный номер AXAR207F394425FA-Q).

Результаты. Все пациенты были мужского пола. Средний возраст обследуемых к моменту операции составил 15,6 года (13,5–16,0). У всех пациентов на основании выявленных внешних и внутренних признаков диагностировали НДСТ различной степени выраженности. Астеничный тип конституции, деформация позвоночника и гипермобильность суставов встречались в 100% случаев, плоскостопие и малые аномалии сердца имели 83% пациентов, патология органов зрения наблюдалась у 67% детей, деформация грудной клетки и нефроптоз — 50 и 42% соответственно. Всем пациентам перед началом оперативного лечения была проведена компьютерная томография (КТ), что позволило проанализировать состояние легочной паренхимы и плевры. У большинства пациентов были выявлены буллы (64,3% случаев), которые расположены исключительно в верхних сегментах легких и определялись в количестве от 1–2 до 8–10 и более. Также в верхних отделах легких определялись участки центриацинарной эмфиземы в виде зон повышенной пневматизации (у 58,3% пациентов). В 25% случаев был выявлен локальный и перибронхиальный фиброз. Плевроапикальные спайки встречались в 45% случаев.

Заключение. У всех пациентов с первичным спонтанным пневмотораксом была диагностирована НДСТ различной степени выраженности, проявляющаяся в основном изменениями со стороны опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой системы, органа зрения. При проведении высокоразрешающих методов лучевой диагностики наиболее часто встречающимся изменением структурных элементов ткани легких являются воздушные полости (буллы), которые диагностируются у 64,3% пациентов со спонтанным пневмотораксом.



КЛИНИЧЕСКОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КЛАССИФИКАЦИИ UTD ДЛЯ ОЦЕНКИ РАСШИРЕНИЯ ЧАШЕЧНО-ЛОХАНОЧНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ

Пекарева Н.А., Павлова В.С., Бабатова С.И., Сугак А.Б., Филиппова Е.А.,
Подуровская Ю.Л., Батдалова З.Н.

*ФГБУ «НМИЦ акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова»
Минздрава России, Москва, Российская Федерация
Детская клиника «Кидней», Махачкала, Республика Дагестан,
Российская Федерация
ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Махачкала, Республика Дагестан, Российская Федерация*

Актуальность. В 50–70% случаев пиелозктазии у детей являются транзиторными, в остальных случаях — проявлениями уропатий. Классификация расширения мочевого выделительной системы UTD-2014 предлагает единую терминологию, методику оценки и тактику ведения таких пациентов.

Цель исследования. Оценить клиническую значимость новой классификационной системы расширения мочевого выделительной системы (МВС) UTD-2014 в предсказании исходов у детей.

Пациенты и методы. Ультразвуковое исследование мочевого выделительной системы (МВС) с оценкой передне-заднего размера интратанальной части почечной лоханки, центральных и периферических чашечек, паренхимы почки, мочеточников и мочевого пузыря в соответствии с рекомендациями UTD-2014 было проведено 109 детям. Возраст пациентов при первичном обследовании составил *Me 2 (IQR 1–4)* дня, период наблюдения — *Me 9,2 (IQR 3,6–22,7)* мес.

Результаты. У 24 детей (22%) при первичном обследовании передне-задний размер почечной лоханки был менее 10 мм, не было расширения чашечек, мочеточников, изменения паренхимы почек и мочевого пузыря, что соответствовало степени 0 (норма). В этой подгруппе ультразвуковая картина за время наблюдения оставалась прежней у 16 (67%) детей, увеличение расширения ЧЛС до 1–2-й степени отмечалось у 8 детей (33%), оперативное лечение ни в одном случае не потребовалось. У 37 детей (34%) было выявлено расширение МВС 1-й степени, у 33 (89%) из них степень расширения уменьшилась или осталась прежней, у 3 (8%) увеличилась (без необходимости оперативного лечения), 1 (3%) потребовалось оперативное лечение. Расширение МВС 2-й степени было выявлено у 32 детей (29%), у 21 (66%) из них степень расширения уменьшилась или осталась прежней, у 2 (14%) увеличилась (без необходимости оперативного лечения), 9 (28%) проведено оперативное лечение. Расширение МВС 3-й степени было выявлено у 16 детей (15%), у 7 (44%) из них за время наблюдения степень расширения уменьшилась или осталась прежней, 9 (56%) пациентам проведено оперативное лечение.

Заключение. Оценка МВС в соответствии с рекомендациями UTD-2014 позволяет стандартизировать результаты ультразвукового исследования и обеспечить преемственность при наблюдении пациентов в динамике. Степени расширения МВС по UTD коррелируют с клиническими исходами — при увеличении степени меньше вероятность спонтанного разрешения и выше риск хирургического вмешательства.



ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ КАК ПРИЧИНА ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ

Петлах В.И.¹, Коновалов А.К.², Беляева О.А.², Константинова И.Н.²

¹ Научно-исследовательский клинический институт педиатрии и детской хирургии им. акад. Ю.Е. Вельтищева ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Российская Федерация

² ГБУЗ «ДГКБ № 9 им. Г.Н. Сперанского ДЗМ», Москва, Российская Федерация

Актуальность. Пороки развития кишечника, брыжейки и других органов брюшной полости могут создавать предпосылки для возникновения непроходимости кишечника не только у новорожденных, но и у детей любого возраста.

Цель исследования. На основании результатов анализа лечения детей с непроходимостью кишечника, вызванной пороками органов брюшной полости, оценить эффективность применяемых диагностических и оперативных методов.

Пациенты и методы. Обобщен опыт лечения 62 детей раннего и старшего возраста с острой кишечной непроходимостью (ОКН) вследствие пороков развития органов брюшной полости за 15 лет (кроме новорожденных). Для установления факта и формы непроходимости кишечника всем больным выполнялось УЗИ брюшной полости и рентгенологическое обследование. При нечеткой клинической картине в 15 наблюдениях применяли диагностическую лапароскопию.

Результаты. Наиболее часто (55%) ОКН возникала в результате патологии дивертикула Меккеля как в форме инвагинации (24), так и при странгуляции (10). Проводились резекции дивертикула и кишки, в том числе с наложением стом, у 16 детей. В 6 наблюдениях диагностирована обтурация за счет удвоения тонкой кишки. Нарушение поворота и фиксации кишечника (мальротация) привело к странгуляции у 5 больных. У 4 детей выявлены эмбриональные спайки, ущемляющие петли тонкой кишки, которые рассечены при лапароскопии. Кисты брыжейки, создающие обтурационную ОКН, удалены с резекцией кишки у 3 больных, и в одном наблюдении киста выделена и удалена целиком. Дефект брыжейки тонкой кишки привел к ущемлению в 3 случаях. По поводу циркулярного стеноза подвздошной кишки проведена резекция кишки 2 детям. При ущемлении диафрагмальных грыж (2) выполнена пластика диафрагмы. Стеноз пилорического отдела желудка диагностирован у грудного ребенка, резецирован участок стеноза. Болезнь Петца–Егерса привела к инвагинации, устранена резекцией кишки. Летальных исходов и осложнений, потребовавших релапаротомий, не было.

Заключение. При поступлении детей с клиническими симптомам ОКН необходимо помнить о возможном наличии врожденных пороков органов брюшной полости. В диагностике необходимо обязательно использовать современные инструментальные методы. Задачей любого оперативного вмешательства при пороках органов брюшной полости является не только устранение кишечной непроходимости, но и коррекция всех компонентов порока и обеспечение оптимальных условий для дальнейшего роста и развития абдоминальных органов.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ РЕКОМЕНДАЦИЯМ К ПРИЕМУ ПРОФИЛАКТИКИ ГИПОВИТАМИНОЗА D У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Петренко О.В.

*ГУ Луганской Народной Республики «Луганский государственный
медицинский университет им. Святителя Луки», Луганск,
Луганская Народная Республика, Российская Федерация*

Актуальность. Высокая распространенность низкой обеспеченности витамином D на территории Российской Федерации обосновывает необходимость своевременной профилактики витамин-D-недостаточности у взрослых и детей, что имеет первостепенное значение для укрепления здоровья и улучшения качества жизни населения.

Цель исследования. Оценить уровень приверженности приема профилактических доз витамина D у детей раннего возраста.

Пациенты и методы. Уровень комплаентности детей оценивался опосредовано через их родителей. Проведено анкетирование 57 родителей: воспитывающих детей в возрасте 1–12 мес (28 человек) и детей в возрасте 1–3 лет (29 человек). Для определения приверженности использовалась Шкала комплаентности Мориски–Грин–Бланк.

Результаты. Анализ результатов показал, что 65% родителей имели достаточный уровень комплаентности, 26% относились к категории недостаточно приверженных и находящихся в группе риска по развитию неприверженности, 9% были неприверженными. У родителей детей в возрасте до 12 мес отмечена в 2,5 раза более высокая мотивация к сохранению здоровья — 71% из них имели достаточную комплаентность (против 28% у родителей детей более старшего возраста).

Заключение. Необходимо повышать уровень осведомленности населения по вопросам профилактики недостаточности витамина D, что поможет повысить родительскую компетентность — важный шаг в сохранении здоровья пациентов детского возраста.

ТОТАЛЬНЫЙ АТЕЛЕКТАЗ ЛЕГКОГО У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА: ПРИЧИНЫ И ЛЕЧЕНИЕ

Петрова Н.Н.¹, Караваева С.А.¹, Патрикеева Т.В.¹, Ноздрин Ф.В.¹,
Шашилев В.А.¹, Корнилова А.Б.¹, Старевская С.В.^{1, 2, 3}

¹ СПб ГБУЗ «ДГМ КСЦ ВМТ», Санкт-Петербург, Российская Федерация

² ФГБУ «СПб НИИ фтизиопульмонологии» Минздрава России,
Санкт-Петербург, Российская Федерация

³ ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России,
Санкт-Петербург, Российская Федерация

Актуальность. Успешность лечения длительно сохраняющегося тотального ателектаза легкого, возникшего в результате стеноза крупных бронхов, у новорожденного ребенка с экстремально низкой массой тела при рождении.

Цель исследования. Представить клинический случай, рассмотреть проведение дифференциально-го диагноза, данные рентгенологической и бронхологической картины, проводимое лечение и результаты катamnестического наблюдения.

Пациенты и методы. Девочка Т. из монохориальной диамниотической двойни, срок гестации — 27 нед, масса тела при рождении — 825 г. Обследована инструментально (рентгенография органов грудной клетки, МСКТ органов грудной клетки с контрастированием сосудов, бронхофиброскопия, Эхо-КГ) и лабораторно (ПЦР крови и мокроты на вирусы герпеса 1–6 типа, микоплазмы, уреapлазмы, хламидии пневмония, ИФА крови — антитела к вирусам герпеса 1–6 типа, хламидии трахоматис), катamnестическое наблюдение в течение 3 лет.

Результаты. Представлен случай тотального ателектаза легкого у глубоко недоношенного ребенка в результате формирования стеноза главного бронха, промежуточного и верхнедолевого бронхов справа. Вероятная этиология приобретенного стеноза связана с последствиями длительной интубации на фоне недостаточно сформированного хрящевого каркаса. Внутриутробная инфекция хламидийной этиологии поддерживала воспалительный процесс в стенке бронхов. Методы консервативного лечения оказались неэффективны. В 5 мес 20 дней выполнена бронхопластика с резекцией поврежденных участков бронхов. В дальнейшем возрастной диаметр просвета бронхов поддерживался этапным бужированием. Активный рост легочной ткани на первом году жизни привел к хорошим отдаленным результатам оперативного лечения. Нормализация воздушности легкого достигнута к возрасту 1 года 2 мес жизни, рентгенологически сохраняются уменьшение объема легкого и цилиндрические бронхоэктазы сегментарных и субсегментарных бронхов верхней и средней доли правого легкого. Ребенок не имеет хронической дыхательной недостаточности, болеет бронхитами 3 раза в год.

Заключение. Мультидисциплинарный подход к лечению, своевременность проведения органосохраняющей пластической операции на бронхах и высокие компенсаторные возможности неонатального и младенческого периодов позволили обеспечить нормализацию аэрации длительно ателектазированного легкого с отсутствием признаков дыхательной недостаточности у пациента.

ТЕСТЫ НА АНТИТЕЛА К АНТИГЕНАМ β -КЛЕТОК В ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА И ДЕТСКОГО ЭНДОКРИНОЛОГА

Петряйкина Е.Е.^{1, 2}, Демина Е.С.¹, Рыбкина И.Г.², Гаряева И.В.²,
Шубина Ю.Ф.², Коломина И.Г.³, Евсюкова Е.А.³, Букин С.С.³,
Тихонович Ю.В.^{2, 4}, Тимофеев А.В.^{1, 2}

¹ Российская детская клиническая больница ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Российская Федерация

² ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ», Москва, Российская Федерация

³ ГБУЗ «ДГКБ им. З.А. Башляевой ДЗМ», Москва, Российская Федерация

⁴ Университетская детская клиническая больница ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, Москва, Российская Федерация

Актуальность. Аутоантитела к антигенам β -клеток (АБК) появляются в крови при аутоиммунной реакции против этих клеток и служат патогномоничными маркерами сахарного диабета (СД) 1 типа (СД1). Тесты на АБК применяют как в практической диабетологии, так и в фундаментальных исследованиях этиологии и патогенеза СД1. Эти тесты используют для выявления доклинических стадий СД1 у лиц из групп риска: ближайших родственников больных, лиц с пограничной гипергликемией, пациентов с другими аутоиммунными заболеваниями. Но главная область применения тестов на АБК — дифференциальная диагностика СД. Наличие АБК позволяет уверенно отличать аутоиммунный СД1 от других типов и вариантов СД, например от СД 2 типа, моногенного СД, панкреатогенного СД.

Цель исследования. Определить ценность различных тестов на основании их диагностической чувствительности (ДЧ) и диагностической специфичности (ДС).

Пациенты и методы. К настоящему времени описаны АБК более чем к 20 различным антигенам β -клеток, но на практике наиболее широко тестируются следующие виды АБК:

- к островковым клеткам/ β -клеткам (islet cell antibodies, ICA);
- к инсулину (insulin autoantibodies, IAA);
- к глутаматдекарбоксилазе (GADA, glutamic acid decarboxylase antibodies);
- к тирозинфосфатазе (IA-2A, insulinoma antigen 2 antibodies);
- к транспортеру цинка 8 (ZnT8A, zinc transporter type 8 antibodies).

Тест	Метод	ДЧ, %	ДС, %
ICA	Непрямой иммунофлюоресцентный анализ	90,8	95,1
GADA	Иммуноферментный анализ	80,5	98,8
IA-2A	Иммуноферментный анализ	51,4	100
IAA	Иммуноферментный анализ	4,3	100
ZnT8A	Иммуноферментный анализ	67,7	100

Результаты. Выбор того или иного теста или их комбинации зависит от конкретной задачи лечащего врача. Когда требуется подтвердить диагноз СД1 у пациента с четкими клиническими и лабораторными признаками этого заболевания (кетоз или кетоацидоз, уровни глюкозы и HbA1c в «диабетических» диапазонах, низкий уровень С-пептида), целесообразно для начала назначить всего один тест, а именно ICA. Если результат окажется положительным, врач может быть на 99,5% уверен в том, что у пациента действительно есть СД1. Если же результат будет отрицательным, рекомендуется провести тесты на GADA, IA-2A или ZnT8A.

Заключение. Для исключения СД1 лучше всего подходит комбинация ICA + GADA + IA – 2A. Если результаты всех трех тестов отрицательные, врач может быть на 99,3% уверен в том, что у пациента действительно нет СД1. Не рекомендуется назначать тест на IAA, поскольку сегодня во всех российских клинико-диагностических лабораториях для этого исследования используются низкочувствительные тест-системы. Необходимо подчеркнуть, что надежность и информативность результатов тестов на АБК сильно зависит не только от качества применяемых тест-систем, но и от квалификации и опыта лабораторных работников. Поэтому эти тесты рекомендуется выполнять в специализированных диабетологических лабораториях.

АУТОИММУННЫЙ ПОЛИГЛАНДУЛЯРНЫЙ СИНДРОМ, ОСЛОЖНЕННЫЙ ЦЕЛИАКИЕЙ И НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Писарик Д.М., Саванович И.И.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск,
Республика Беларусь*

Актуальность. Сочетание сахарного диабета (СД) 1 типа (СД1) с другими аутоиммунными заболеваниями эндокринных и неэндокринных органов характеризуется как аутоиммунный полигландулярный синдром (АПС). Целиакия может быть частью АПС. Метаболические нарушения на фоне АПС могут приводить к формированию неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП).

Цель исследования. Формирование настороженности врачей в отношении целиакии, НАЖБП у детей с АПС.

Пациенты и методы. Проведен анализ клинической истории болезни ребенка с АПС, осложненным целиакией и НАЖБП.

Результаты. Пациент 15 лет с установленными диагнозами целиакия, СД1 и первичный гипотиреоз как исход аутоиммунного тиреоидита, поступил в гастроэнтерологическое отделение с жалобами на боль в животе, тошноту, изжогу, диарею. Стаж СД — 6 лет. Диагноз целиакии подтвержден 1,5 года назад серологическими исследованиями и морфобиопсией. Безглютеновую диету (БГД) нарушает. Данные антропометрии: Z-score рост/возраст — 1,32; ИМТ — 22,6 кг/м². По результатам клинико-лабораторных исследований состояние расценено как стадия клинико-метаболической компенсации по СД. У пациента также отмечались гиперлипидемия (холестерин — 10,5 ммоль/л; триглицериды — 7,1 ммоль/л); повышение уровня трансаминаз (АЛТ — 739,5 Е/л; АСТ — 805,4 Е/л; ГГТП — 226 Е/л) при нормальном уровне билирубина; гепатомегалия, подтвержденная данными УЗИ (правая доля: кранио-каудальный размер — 218 мм, толщина — 150 мм; левая доля — 180 × 116 мм); УЗ-признаки диффузных изменений печени. Исключены вирусные гепатиты. После проведенного лечения пациент выписан для продолжения лечения по месту жительства в состоянии субкомпенсации, даны рекомендации по строгому соблюдению БГД. Через 7 мес при повторном обследовании, несмотря на неадекватный контроль гликемии, отмечается положительная динамика биохимических показателей: АЛТ — 58,2 Е/л; АСТ — 83,6 Е/л; ЛДГ — 210 Е/л; холестерин — 9,33 ммоль/л; триглицериды — 4,53 ммоль/л. УЗИ печени выявило уменьшение размеров (правая доля: кранио-каудальный размер — 135 мм, толщина — 129 мм; левая доля — 77 × 88 мм). Проведено серологическое исследование на целиакию — анти-тела к глиадину, антитела к тканевой трансглутаминазе в пределах референтных значений.

Заключение. Положительная динамика лабораторно-инструментальных показателей функции печени может быть расценена как результат соблюдения пациентом БГД, несмотря на неадекватный контроль гликемии. Комплексное обследование пациентов с АПС должно включать скрининг на маркеры целиакии, а при наличии НАЖБП — исключение аутоиммунного гепатита, нарушения метаболизма, уточнение генеза гиперлипидемии. Соблюдение БГД пациентами с доказанной целиакией является протективным фактором при НАЖБП и АПС.

ВОЗМОЖНОСТИ СОХРАНЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ ПРОИЗВОДНЫХ МЮЛЛЕРОВЫХ ПРОТОКОВ, СОПРЯЖЕННЫХ С НАРУШЕНИЕМ ОТТОКА МЕНСТРУАЛЬНОЙ КРОВИ

Писклаков А.В., Павленко Н.И., Бардеева К.А.

*ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Омск, Российская Федерация*

Актуальность. Эндометриоз — генетически обусловленное заболевание, которое характеризуется разрастанием ткани, морфологически и функционально подобной эндометрию вне полости матки. Среди причин эндометриоза выделяют пороки развития органов репродуктивной системы, сопряженные с нарушением оттока менструальной крови. Ввиду роста частоты случаев эндометриоза у женщин репродуктивного возраста как основной причины бесплодия необходим обоснованный подход к лечению девочек с пороками развития производных мюллеровых протоков, позволяющий сохранить их репродуктивный потенциал.

Цель исследования. Определить частоту встречаемости эндометриоза у девочек с пороками развития половых органов, сопряженных с нарушением оттока менструальной крови, оценить эффективность его послеоперационной терапии.

Пациенты и методы. В клинике детской хирургии ГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» в 2017–2022 гг. находились на обследовании и лечении 16 девочек с пороками развития органов репродуктивной системы, связанными с нарушением оттока менструальной крови.

Результаты. Диагноз порока развития с нарушением проходимости производных мюллеровых протоков устанавливался на основе характерных жалоб, осмотра, результатов УЗИ и МРТ. Всем пациенткам проводилась диагностическая лапароскопия с последующим восстановлением проходимости производных мюллеровых протоков. Результаты лапароскопии свидетельствовали о наличии как генитального (яичников, маточных труб, матки), так и экстрагенитального (тазовой брюшины, большого сальника, тонкого и толстого кишечника) эндометриоза на фоне нарушения оттока менструальной крови во всех случаях независимо от продолжительности менструаций. Всем пациенткам интраоперационно выполнялась санация брюшинной полости, в послеоперационном периоде назначался препарат диеногест в непрерывном режиме продолжительностью 12 мес. Оценка эффективности терапии проводилась на основе анализа жалоб, данных МРТ органов малого таза и динамической лапароскопии через 12 мес. Полученные результаты свидетельствовали о положительной динамике, заключающейся в отсутствии дисменореи и визуализируемых очагов эндометриоза по результатам МРТ и динамической лапароскопии в 94% случаев.

Заключение. Пациентки с пороками развития органов репродуктивной системы, связанными с нарушением оттока менструальной крови, должны быть включены в группу риска по развитию эндометриоза и нуждаются в динамическом наблюдении и лечении.

ХРОНИЧЕСКИЕ ТАЗОВЫЕ БОЛИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ КАК МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНАЯ ПРОБЛЕМА

Писклаков А.В., Павленко Н.И., Бардеева К.Д.

ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Омск, Российская Федерация

БУЗОО «Областная детская клиническая больница», Омск, Российская Федерация

Актуальность. Хроническая тазовая боль — одна из ведущих проблем в наши дни, что обусловлено ее широкой распространенностью и сложностью в подборе эффективной терапии, характеризуется продолжительностью более 3 мес. Частое рецидивирование болей обусловлено неэффективной терапией ввиду значительных затруднений в установлении истинных причин этого страдания. Только многопрофильный подход к данной проблеме позволяет ее эффективно решить.

Цель исследования. Установить причины хронической тазовой боли у девочек подросткового возраста и оценить результаты их лечения.

Пациенты и методы. С 2019 по 2021 г. на клинической базе ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» находилось на обследовании и лечении 226 девочек в возрасте $15,5 \pm 0,6$ года, госпитализированных в плановом порядке по причине тазовой боли продолжительностью более 3 мес.

Результаты. Проведенное многопрофильное обследование пациенток подросткового возраста позволило установить причины хронических тазовых болей как гинекологические в 47% случаев (дисменорея (83%), эндометриоз (5%), объемные образования придатков матки (8%), аномалии развития женских половых органов (4%)), так и негинекологические в 53% случаев (хронический цистит (6%), дисфункциональное мочеиспускание (2%), спайки брюшной полости (10%), цеко-илеальный рефлюкс (19%), колоптоз (24%), колоптоз + цеко-илеальный рефлюкс (38%)), назначить соответствующее лечение и достичь стойкого положительного эффекта в виде купирования болевого синдрома в 65% случаях и значимого уменьшения степени выраженности болей в 28% случаев ($p \leq 0,05$).

Заключение. Полученные нами результаты демонстрируют необходимость мультидисциплинарного подхода к обследованию пациенток подросткового возраста с хроническими тазовыми болями, что, несомненно, повысит эффективность лечения.



ПОТЕНЦИАЛ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ОСТРОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Пискунова С.Г.¹, Беседина Е.А.², Бадьян А.С.², Приходько Н.Н.¹

¹ ГБУ РО «Областная детская клиническая больница», Ростов-на-Дону, Российская Федерация

² ФГБОУ ВО «Ростовский ГМУ» Минздрава России, Ростов-на-Дону, Российская Федерация

Актуальность. Важнейшим вектором развития педиатрического сообщества на современном этапе является гарантия качества оказания медицинской помощи детям. В реальной практике возможность снижения детской смертности, а также повышения уровня жизни может быть достигнута двумя путями: повышением доступности медицинской помощи и совершенствованием ее качества

Цель исследования. Провести оценку эффективности поддерживающего мониторинга и образовательного модуля врачей-педиатров при оказании медицинской помощи детям с острой респираторной патологией (ОРП) в Ростовской области.

Пациенты и методы. Первый этап — ретроспективная оценка первичной медицинской документации 154 пациентов с ОРП в детском стационаре второго уровня с использованием инструментария ВОЗ «Оценка качества оказания стационарной помощи детям» методом сплошной выборки.

Второй этап — проспективный повторный анализ первичной медицинской документации 146 пациентов через 12 мес от начальной точки исследования после поддерживающего ежеквартального мониторинга с выездом в медицинскую организацию, обучения педиатров по разработанному образовательному модулю (тренинги, лекции, ролевые игры, решение ситуационных задач) с учетом выявленных проблем и недостатков.

Результаты. Суммарный средний балл по индикатору «Ведение пациентов с ОРП» (острый простой и острый обструктивный бронхит) составил 1,3. К общим недочетам ведения пациентов можно отнести полипрагмазию (76%), нерациональную антибиотикотерапию (59%), в том числе инъекционными формами, необоснованную госпитализацию (56%), необоснованную инфузионную терапию (36%), назначение препаратов и диагностических процедур, не входящих в клинические протоколы ведения пациентов с ОРП и не отвечающих принципам доказательной медицины, — интерферонов (87%), антигистаминных препаратов (77%), глюкокортикостероидов (21%) при отсутствии показаний к их назначению. С помощью критерия Манна–Уитни была оценена значимость различий между показателями первого и второго этапов исследования и выявлено значительное повышение качества оказания медицинской помощи. На втором этапе суммарный средний балл по индикатору «Ведение пациентов с ОРП» составил 2,0. Следует отметить статистически значимое снижение показателей необоснованной госпитализации ($p \leq 0,002$), полипрагмазии ($p \leq 0,005$), нерациональной антибиотикотерапии ($p \leq 0,002$); назначение антигистаминных препаратов без показаний сократилось на 73%, глюкокортикостероидов — на 68%, интерферонов — на 42%. Обращает внимание факт отсутствия необоснованной инфузионной терапии у пациентов с ОРП в 100% случаев.

Заключение. Проведенное исследование позволяет сделать вывод о высокой эффективности и результативности поддерживающего мониторинга и образовательного модуля в целях совершенствования профессиональной компетенции врача-педиатра по оказанию медицинской помощи детям Ростовской области с ОРП. Универсальность и многогранность инструментария ВОЗ с возможностью балльной оценки индикаторов качества клинической практики определяют валидность полученных данных, что позволит экстраполировать их на другие регионы страны.

НУТРИЕНТНАЯ ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ РАЦИОНА ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ОБОНЯНИЯ

Погорелова Е.И.¹, Завражнов А.Ю.¹, Буданова М.В.²

¹ ФГБОУ ВО «Воронежский государственный университет», Воронеж, Российская Федерация

² ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж, Российская Федерация

Актуальность. Нарушение обоняния у детей, возникающее под влиянием новой коронавирусной инфекции, вызывает изменения в пищевом поведении, которые влияют на нутриентную обеспеченность рациона и течение реабилитационного периода у пациентов.

Цель исследования. Провести анализ пищевого рациона детей с постковидным нарушением обоняния и выработать рекомендации по его коррекции

Пациенты и методы. 84 подростка (13–17 лет) с нарушением обоняния после перенесенной новой коронавирусной инфекции: гипосмия — у 53 пациентов, в том числе у 12 человек — паросмия, anosmia — у 31 подростка. Контрольную группу составили 56 пациентов, перенесших новую коронавирусную инфекцию и не имевших нарушений обоняния и вкуса. Средняя длительность сохранения нарушения обоняния — $4,1 \pm 2,3$ нед. Фактическое питание оценивали методом суточного воспроизведения.

Результаты. У всех подростков выявлены достоверные отклонения от рекомендуемых норм потребления основных нутриентов. В группе детей с нарушением обоняния установлено: снижение белка в рационе — у 89% пациентов ($p = 0,001$); недостаточное содержание жиров — у 52% ($p = 0,002$) и углеводов — у 47% ($p = 0,001$) пациентов. У этих же детей отмечено сниженное содержание в рационе: фосфора — у 100% подростков ($p = 0,005$); кальция — у 95% ($p = 0,002$); цинка — у 98% ($p = 0,001$); магния — у 83% ($p = 0,001$); железа — у 86% ($p = 0,005$); калия — у 50% ($p = 0,002$); витамина Е — у 100% ($p = 0,02$); витамина С — у 83% ($p = 0,001$); витамина А — у 81% ($p = 0,02$); группы витаминов В — у 84% ($p = 0,01$). Дисбаланс суточного рациона в основной группе характеризовался значительным достоверным снижением содержания витаминов и минеральных веществ по сравнению с рекомендуемыми нормами: витамина А — на 46%; витамина Е — на 54%; витамина С — на 44%; фосфора — на 22%; цинка — на 26%; магния — на 17%; кальция — на 18%. По сравнению с группой контроля достоверное снижение отмечено в содержании фосфора, магния, цинка.

Заключение. У всех пациентов с нарушением обоняния отмечается значительное обеднение суточного рациона необходимыми нутриентами. Это формирует дополнительный негативный фактор, влияющий на процесс реабилитации подростков после новой коронавирусной инфекции. С целью коррекции необходимо не только назначение витаминно-минеральных комплексов, но и повышение привлекательности пищи с использованием цвета, консистенции, эстетики продуктов.

ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ПОСТКОВИДНОМ СИНДРОМЕ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Пономарева Д.А., Нагаева Т.А., Желев В.А., Басарева Н.И.,
Рейм А.С., Ермолаева Ю.А.

ГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Томск, Российская Федерация

Актуальность. В настоящее время накоплены сведения о сохранении симптомов полиорганного поражения в течение длительного времени от начала заболевания COVID-19 у пациентов детской популяции. Изучение кардиоваскулярных проявлений постковидного синдрома у детей позволит улучшить качество оказания медицинской помощи.

Цель исследования. Изучить особенности электрокардиограммы (ЭКГ) при постковидном синдроме (ПКС) у детей и подростков, перенесших легкую форму коронавирусной инфекции.

Пациенты и методы. В основную группу вошли пациенты 7–17 лет с кардиальными симптомами ПКС, диагностированного после перенесенной легкой формы COVID-19 ($n = 30$). Группу сравнения составили дети с неосложненной формой COVID-19 ($n = 32$). У всех лиц отсутствовали кардиоваскулярные нарушения в анамнезе. ЭКГ в 12 стандартных отведениях и суточное мониторирование ЭКГ (СМЭКГ) проведено через 3 и 6 мес от начала заболевания. Исследование выполнено на базе ОГАУЗ ДГБ № 2 г. Томска с июля 2020 по январь 2022 г. Статистическая обработка результатов проводилась с помощью программного пакета Statistica v. 13.3.

Результаты. Через 3 мес от начала заболевания у пациентов основной группы отмечались боли и дискомфорт в грудной клетке (у 47% пациентов), чувство сердцебиения (30%), утомляемость (43%), плохая переносимость физической нагрузки (63%), одышка при умеренной нагрузке (33%). Результаты ЭКГ-исследования показали наличие аритмического синдрома и нарушение проводимости у 67% детей основной группы. Неадекватная синусовая тахикардия выявлена у 33% пациентов, ортостатическая тахикардия — у 10% подростков. У школьников основной группы достоверно чаще ($p < 0,001$) выявлены синусовая брадикардия (13%), миграция водителя ритма (17%), экстрасистолия (желудочковая — у 10%, наджелудочковая — у 6,6% детей). Признаки нарушения процессов реполяризации (преходящее укорочение интервалов PQ и QT, подъем сегмента ST, укорочение зубцов P, Q, зубец Осборна, элевация S–T, удлинение QRS, асимметричные высокие T) отмечались у 27% детей ($p < 0,01$). Нарушения проводимости (атриовентрикулярные блокады первой степени, блокады ножек пучка Гиса) зафиксированы у 20% пациентов ($p < 0,01$). При исследовании через 6 мес от начала заболевания отмечалась положительная динамика ЭКГ, сохраняющиеся неспецифические изменения сопоставимы с группой сравнения и укладываются в нормативные параметры.

Заключение. COVID-19 оказывает долгосрочное влияние на сердечно-сосудистую систему детей, даже при легкой форме заболевания. ЭКГ-особенностями при ПКС являются аритмический синдром и нарушение проводимости, сохраняющиеся более 3 мес от начала заболевания, что обосновывает необходимость ранней верификации кардиопатий и проведения ЭКГ-контроля в динамике.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕЖДУНАРОДНЫХ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ СТАНДАРТОВ ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ПЕРИОДА АДАПТАЦИИ КРУПНОВЕСНЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА

Прилуцкая В.А.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Новорожденные дети от матерей с сахарным диабетом 1 типа (СД1) имеют повышенный риск заболеваний (респираторных нарушений, инфекционно-воспалительных заболеваний, желтухи) и гематологических нарушений (гипогликемии, дисэлектролитемии) при рождении.

Цель исследования. Оценить эффективность антропометрических стандартов Intergrowth-21st и ВОЗ Anthro для прогнозирования осложненного течения периода ранней адаптации крупновесных новорожденных от матерей с СД1.

Пациенты и методы. Обследовано 129 доношенных детей от матерей с СД1. Выделены группы с учетом значений перцентилей массы тела, рассчитанных в программах Intergrowth-21st (IGr-21) и ВОЗ Anthro. Крупновесными для гестационного возраста (КГВ) считали новорожденных с массой тела более 90-го перцентиля, комбинированным неблагоприятным неонатальным исходом — сочетание заболеваний и состояний, потребовавших перевода и оказания медицинской помощи в условиях стационара.

Результаты. В группах новорожденных от матерей с СД1, классифицированных согласно ВОЗ Anthro, более высокими были доли КГВ детей, переведенных из роддома в стационар (97,8 против 85,5% нормовесных; $p = 0,010$) и нуждавшихся в оказании медицинской помощи в отделении интенсивной терапии (63,0 против 37,4%; $p = 0,005$). Крупновесность, определенная в соответствии с перцентилями IGr-21, ассоциирована с ранней (62,7 против 37,0%; ОШ = 2,86 (1,89–4,32); $p = 0,005$) и поздней (39,8 и 21,7%; ОШ = 2,38 (1,29–4,37); $p = 0,037$) неонатальной гипогликемией, госпитализацией в отделение интенсивной терапии (53,0 против 34,8%; $p = 0,047$) и переводом для дальнейшего лечения в стационар (95,2 против 80,4%; $p = 0,010$). Диагностическая чувствительность стандарта ВОЗ Anthro для выявления комбинированного неблагоприятного неонатального исхода составила 97,8%, стандарта IGr-21 — 95,2% при точности 44,2 и 68,2% соответственно. Чувствительность при определении вероятности ранней неонатальной гипогликемии была 60,9% по ВОЗ Anthro и 62,7% по IGr-21, специфичность — 60,6 и 63,0% соответственно. Чувствительность при респираторных нарушениях не превышала 43,5%.

Заключение. Прямые и производные антропометрические показатели крупновесных новорожденных детей от матерей с СД1 имеют невысокую эффективность при прогнозировании осложнений периода адаптации независимо от применяемого международного стандарта. Для прогнозирования заболеваний и гематологических нарушений у новорожденных от матерей с СД целесообразно разрабатывать прогностические модели с учетом всех потенциально значимых факторов, ассоциированных с вероятностью реализации конкретного вида патологии.

АКТИВНОСТЬ ГИАЛУРОНИДАЗЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ИЗОИММУНИЗАЦИЕЙ

Прищепенко О.А.

*Витебский государственный медицинский университет, Витебск,
Республика Беларусь*

Актуальность. Измененная регуляция гиалуроновой кислоты является частью патогенеза заболеваний белого вещества головного мозга. Гиалуронидаза, участвуя в процессах деградации гиалуроновой кислоты, способствует улучшению кровотока и миелинизации нейроцитов, репарации клеток после гипоксических повреждений.

Цель исследования. Изучение уровней гиалуронидазной активности сыворотки крови у новорожденных детей с изоиммунизацией по системам АВО и резус.

Пациенты и методы. Были обследованы 31 пациент с изоиммунизацией по системам АВО и резус в возрасте от 6 до 14 дней, 13 пациентов — с неонатальной желтухой в возрасте от 6 до 12 дней, 13 пациентов — с гипоксически-ишемической энцефалопатией в возрасте от 5 до 10 дней и 17 человек контрольной группы — практически здоровых новорожденных в возрасте от 4 до 6 дней.

Определение гиалуронидазной активности выполнялось разработанным нами методом. Статистическая обработка выполнялась с помощью программного обеспечения Statistica 10.

Результаты. Уровень гиалуронидазной активности у пациентов составляет, УЕ: с изоиммунизацией — 302,83 (281,56–334,35); с неонатальной желтухой — 327,97 (312,95–355,39); с энцефалопатией — 348,42 (289,68–363,02); у контрольной группы — 347,72 (330,10–360,95). Таким образом, было установлено, что у пациентов с изоиммунизацией по системам АВО и резус уровень гиалуронидазной активности статистически значимо ниже, чем у пациентов с неонатальной желтухой и контрольной группы ($p < 0,05$), и не отличается у пациентов с гипоксически-ишемической энцефалопатией ($p > 0,05$).

Заключение. Выявлено статистически значимое снижение активности гиалуронидазы у пациентов с изоиммунизацией по сравнению с пациентами с неонатальной желтухой и контрольной группой, что может свидетельствовать о развитии воспалительных процессов, замедлении миелинизации, нарушениях микроциркуляции головного мозга у пациентов с изоиммунизацией.



ИССЛЕДОВАНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ФАКТОРОВ РИСКА ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ С ОТЯГОЩЕННЫМ НАСЛЕДСТВЕННЫМ АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИМ АНАМНЕЗОМ

Прокопьева В.Д., Федотова М.М., Коновалова У.В., Невская К.В.,
Богута В.Д., Бакирова Е.В., Мелентьева А.П., Федорова О.С.

ГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Томск, Российская Федерация

Актуальность. Пищевая аллергия (ПА) является актуальной патологией раннего возраста, распространенность которой достигает 10%. Развитие ПА обусловлено наследственной предрасположенностью и сопряжено с влиянием ряда внешних факторов.

Цель исследования. Установить распространенность ПА у детей с отягощенным наследственным аллергологическим анамнезом и изучить роль внешних факторов в реализации наследственного риска аллергических заболеваний.

Пациенты и методы. Инициировано проспективное когортное исследование детей ($n = 153$), рожденных от родителей, страдающих аллергическими заболеваниями (грант РНФ № 22-25-00741, <https://rscf.ru/project/22-25-00741/>). Проспективное наблюдение включало клиническое обследование детей при рождении и в возрасте 3, 6, 9, 12 мес, интервьюирование родителей, оценку уровня специфического IgE к пищевым аллергенам в сыворотке крови в возрасте 12 мес. Статистический анализ выполнен с использованием Statistica 13.3.

Результаты. Проспективное наблюдение по достижении 12 мес завершено у 68 участников исследования. Оценка специфического IgE к пищевым аллергенам проведена у 53 детей, распространенность сенсibilизации к пищевым аллергенам составила 20,5%. Распространенность ПА (клинические симптомы в сочетании с уровнем специфического IgE $> 0,35$ кЕ/л) в когорте детей с анамнезом, отягощенным по развитию аллергических заболеваний, составила 16,9%. Ведущими аллергенами являлись: куриное яйцо (55,5%), белок коровьего молока (33,3%), арахис (33,3%), пшеница (11,1%), креветки (11,1%). ПА проявлялась в виде атопического дерматита (100%), у одного из участников исследования также диагностирована бронхиальная астма (11,1%). Предварительный анализ не выявил внешнесредовых факторов, оказывающих значимое влияние на реализацию наследственной предрасположенности к аллергическим заболеваниям: родоразрешение путем кесарева сечения ($OR\ 1,1; CI\ 0,38-2,72; p > 0,05$); наличие острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ) у матери во время беременности ($OR\ 0,8; CI\ 0,3-2,29; p > 0,05$); проживание в сельской местности ($OR\ 1,8; CI\ 0,24-2,13; p > 0,05$); наличие домашних животных ($OR\ 0,88; CI\ 0,11-7,05; p > 0,05$); грудное вскармливание ($OR\ 1,6; CI\ 0,48-5,33$).

Заключение. Согласно предварительным результатам проспективного наблюдения, распространенность ПА у детей с отягощенным наследственным аллергологическим анамнезом составила 16,9% в возрасте 12 мес. Анализ влияния различных факторов, таких как вид родоразрешения, наличие грудного вскармливания, ОРВИ во время беременности, условия проживания и наличие домашних животных, на реализацию наследственной предрасположенности к аллергическим заболеваниям не выявил статистически значимой ассоциации указанных факторов с развитием ПА.

ОСОБЕННОСТИ СУДОРОЖНОГО СИНДРОМА У НОВОРОЖДЕННЫХ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Протасевич Т.С., Сидорик А.В., Денисик Н.И.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно,
Республика Беларусь

УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница», Гродно,
Республика Беларусь

Актуальность. Высокая распространенность судорожного синдрома в первые недели жизни объясняется физиологическими особенностями незрелого мозга, такими как слабость активного торможения и иррадиация процессов возбуждения головного мозга, на фоне течения перинатальной патологии.

Цель исследования. Анализ клинических особенностей судорожного синдрома у новорожденных детей г. Гродно и Гродненской области, а также результатов лабораторных и инструментальных диагностических методов исследования.

Пациенты и методы. Проведен ретроспективный анализ 75 историй болезни новорожденных с диагнозом судорожный синдром (код по МКБ-10 — Р90) УЗ «ГОДКБ» за период 2016–2021 гг. Медианой (*Me*), верхним и нижним квартилями представлены величины, не имеющие приблизительно нормального распределения. При сравнении относительных частот внутри одной или в двух группах использовался двусторонний критерий Фишера.

Результаты. 58,7% детей родились естественным путем, 41,3% — операцией кесарева сечения. В 20% случаев выявлено обвитие пуповиной. Выявлена большая частота судорожного синдрома в группе детей в возрасте с 1-го по 7-й день жизни — 81,3%; после 7-го дня жизни — 18,7%; $p = 0,00001$. Достоверно чаще эпизоды судорожного синдрома отмечались у доношенных в 69,3% случаев; у недоношенных — в 30,7%; $p = 0,0018$. Срок гестации доношенных новорожденных составил 275,0 (273,0–280,0) дней, недоношенных — 245,0 (225,0–260,0); $p < 0,0001$. Энцефалопатия новорожденного диагностирована у 64 (85,3%) новорожденных, инфекция, специфичная для перинатального периода, — у 52 (69,3%). Анемия и респираторный дистресс-синдром диагностированы в 30 (40%) случаев. Отмечались неэпилептические судорожные приступы, из которых клонические наблюдались у 40% детей, тонические — у 28%, миоклонии — у 26,7%. Судорожные сокращения диафрагмы отмечены у 24% детей, моторные автоматизмы — у 48%, атипичные неонатальные судороги — у 16%. Метаболические нарушения были выявлены у 24 (32%) новорожденных: гипокальциемия — у 16 (21,3%); гипонатриемия — у 6 (8%); гипернатриемия и гипогликемия диагностированы по одному случаю (1,3%). По результатам МРТ были выявлены внутричерепные кровоизлияния у 20 (26,7%) новорожденных.

Заключение. Основными причинными факторами развития судорожного синдрома у новорожденных являлись: гипоксически-ишемические поражения ЦНС (85,3%); инфекции, специфичные для перинатального периода (69,3%); метаболические нарушения (32%); внутричерепные кровоизлияния (26,7%). Большая частота судорожного синдрома встречалась в раннем неонатальном периоде (81,3%), $p = 0,00001$. В клинической картине преобладали моторные автоматизмы (48% случаев) и клонические судорожные сокращения (40%). У каждого пятого ребенка наблюдалось обвитие пуповиной (20% случаев).

ТРУДНЫЙ ДИАГНОЗ: ЭОЗИНОФИЛЬНЫЙ ГРАНУЛЕМАТОЗ С ПОЛИАНГИТОМ (СИНДРОМ ЧЕРДЖА–СТРОСС)

Протасова Т.А., Ангырбан М.И.

ГАУЗ «Кузбасская областная клиническая больница им. С.В. Беляева»,
Кемерово, Российская Федерация

Актуальность. Эозинофильный гранулематоз с полиангиитом (ЭГПА, синдром Черджа–Стросс) — инфильтративное гранулематозное воспаление с вовлечением дыхательных путей и некротизирующий васкулит, поражающий сосуды малого и среднего калибра, сочетающийся с бронхиальной астмой и эозинофилией. Распространенность ЭГПА — 7–13 случаев на 1 млн населения. Чаще дебют заболевания наблюдается в возрасте 35–45 лет. У детей ЭГПА встречается гораздо реже.

Цель исследования. Описание клинического случая диагностики ЭГПА у ребенка с бронхиальной астмой и эозинофилией.

Пациенты и методы. Анализ клинического случая пациента А., 12 лет, с тяжелым, неконтролируемым течением бронхиальной астмы и гиперэозинофилией. Диагноз бронхиальной астмы установлен в январе 2022 г. Приступы бронхообструкции еженедельно. Уровень иммуноглобулина Е общего — 886 Ме/мл, отягощена наследственность по атопии. Получал будесонид + формотерол турбухалер 160/4,5 мкг по 1 дозе 2 раза в день, без эффекта, в связи с чем в июне 2022 г. терапия усилена монтелукастом в дозе 5 мг в сутки и тиотропиум бромидом респимат 5 мг в сутки. В октябре 2022 г. госпитализирован в ГАУЗ КОКБ в связи ухудшением состояния, отсутствием контроля бронхиальной астмы с жалобами на приступообразный кашель, одышку в покое. Рентгенологически в легких выявлены двусторонние инфильтративные изменения, расценены как пневмония, на фоне антибактериальной терапии регрессировали. На 14-й день госпитализации появились летучие, нарастающие в динамике миалгии, артралгии в коленных суставах. На 18-й день появились кожно-геморрагический синдром, сиалоаденит, серозный паротит. По Эхо-КГ диагностированы гидроперикард, признаки перегрузки правых отделов сердца по ЭКГ. Параклинически отмечались: лейкоцитоз — $26,59 \times 10^9/\text{л}$; гиперэозинофилия — до 64%; СРБ — 18,3 мг/л при нормальном уровне прокальцитанина; BNP — 122 пг/мл. По ФВД — умеренная бронхообструкция, легкое снижение ЖЕЛ.

Результаты. Диагноз ЭГПА был выставлен на 18-й день. Начата иммуносупрессивная терапия метилпреднизолоном. Получен положительный эффект. Диагноз подтвержден в ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России, где рекомендована терапия меполизумабом длительно. В настоящее время состояние и самочувствие пациента удовлетворительные.

Заключение. Данный клинический случай демонстрирует важность проведения дифференциальной диагностики у детей с бронхиальной астмой в сочетании с выраженной эозинофилией. Необходимо исключать эозинофильный гранулематоз с полиангиитом для более раннего назначения патогенетической терапии.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КОМПОНЕНТНОГО СОСТАВА ТЕЛА У ДЕТЕЙ

Пырьева Е.А.¹, Сафронова А.И.¹, Тимошина М.И.¹, Нетунаева Е.А.¹,
Осипова К.В.², Лукьянова Е.Г.²

¹ ФГБУН «Федеральный исследовательский центр питания, биотехнологии и безопасности пищи», Москва, Российская Федерация

² ГБУЗ «НПЦ специализированной медицинской помощи детям им. В.Ф. Войно-Ясенецкого ДЗМ», Москва, Российская Федерация

Актуальность. Биоимпедансометрия относится к основным инструментальным методам оценки пищевого статуса с многофункциональным потенциалом.

Цель исследования. Исследование компонентного состава тела у детей с неврологической патологией.

Пациенты и методы. Наблюдение осуществлялось на базе ГБУЗ «Научно-практический центр специализированной медицинской помощи детям им. В.Ф. Войно-Ясенецкого», г. Москва. Обследован 171 ребенок в возрасте от 1 до 17 лет (средний возраст — $13,2 \pm 3,4$). Физическое развитие детей оценивали в программах ВОЗ (WHO Anthro; WHO AnthroPlus). Всем детям проводилась оценка компонентного состава тела методом биоимпедансометрии анализатором ABC-02 «МЕДАСС» (Россия).

Результаты. Все дети были разделены на две группы — условно здоровые (первая группа) и с органическими поражениями головного мозга, сопровождающимися паретическими нарушениями (вторая группа). В первую группу включено 109 детей, из которых 56 (51,4%) мальчиков и 53 (48,6%) девочки, средний возраст — $13,04 \pm 0,29$ года. Во вторую группу включен 61 ребенок, из которых 28 (45,9%) мальчиков и 33 (54,1%) девочки, средний возраст — $13,84 \pm 0,61$ года.

При оценке средних антропометрических данных было выявлено, что Z-score ИМТ достоверно не различался ($p > 0,05$) в первой ($0,32 \pm 0,89$) и второй ($-0,04 \pm 0,94$) группах соответственно. Анализ данных, полученных методом биоимпедансометрии, показал следующие достоверные различия компонентного состава тела у детей первой и второй групп соответственно ($p < 0,05$): Z-score фазовый угол — $0,41 \pm 0,07$ и $-0,15 \pm 0,41$; Z-score тощей массы — $0,46 \pm 0,07$ и $-0,53 \pm 0,21$; Z-score общая вода — $0,42 \pm 0,07$ и $-0,60 \pm 0,22$; Z-score минеральная масса — $0,44 \pm 0,07$ и $-0,48 \pm 0,18$; Z-score АКМ — $0,045 \pm 0,08$ и $-0,87 \pm 0,37$.

При этом данные Z-score жировая масса отличались не достоверно $0,20 \pm 0,08$ и $-0,05 \pm 0,15$ ($p = 0,119$).

Заключение. Результаты проведенной биоимпедансометрии свидетельствуют о том, что у детей с органическими поражениями головного мозга, сопровождающимися паретическими нарушениями, при нормальных антропометрических показателях отмечаются особенности компонентного состава тела, снижение Z-score следующих показателей: фазового угла, тощей массы, общей воды, минеральной массы.

ВОЛОНТЕРСКОЕ ДВИЖЕНИЕ «ЗДОРОВЬЕ — ДЕТЯМ» КАК ШАГ НА ПУТИ К ВЫСОКОМУ ПРОФЕССИОНАЛИЗМУ ВРАЧА

Роговцова А.Г., Кравченко Д.И., Котова М.В.

*ГУ Луганской Народной Республики «Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки», Луганск,
Луганская Народная Республика, Российская Федерация*

Актуальность. Волонтерское движение «Здоровье — детям» формирует коммуникативные и организаторские способности, воспитывает чувство ответственности, организывает помощь детям, которые в ней нуждаются, добровольно на благо массовой общественности без расчета на денежное вознаграждение.

Цель исследования. Оптимизировать нравственное воспитание студентов-медиков, возродить фундаментальные личностные качества в слое современной молодежи, таких как гуманность, отзывчивость, милосердие и сострадание.

Пациенты и методы. Активная группа — члены волонтерского движения «Здоровье — детям», в состав которого входят студенты Луганского государственного медицинского университета и преподаватели кафедры педиатрии и детских инфекций. Пассивная группа — школьники средних образовательных школ г. Луганска, воспитанники ГОУ ЛНР «Луганский детский дом № 1», Луганского областного Дома ребенка № 2, ГУ ЛНР «Республиканский центр социальной реабилитации детей-инвалидов «Возрождение»».

Результаты. Деятельность членов волонтерского движения «Здоровье — детям» направлена на улучшение состояния здоровья и качества жизни детского населения, имеет несколько подразделений в работе: 1) воспитательно-образовательный блок включает демонстрацию презентаций, проведение лекций и бесед, круглых столов по санитарно-гигиеническому просвещению, о здоровом образе жизни, о пользе физической активности. Образовательный комплекс проходит с использованием наглядного дидактического материала (картинок, видеороликов, информационных писем) по представленной теме; 2) оздоровительно-практический блок включает демонстрацию практических навыков по неотложным состояниям и оказанию первой помощи пострадавшему. Также благодаря работе волонтерского движения проводится оценка тестов психологического и вегетативного состояния детей, что имеет особую актуальность с учетом стрессогенной ситуации, обусловленной социально-демографическими условиями; 3) блок профессиональной ориентации позволяет развивать и совершенствовать профессиональные компетенции, а также повышать общекультурные навыки общения с детьми, раскрывая положительные качества личности волонтеров.

Заключение. В современном мире деятельность волонтеров является одним из востребованных видов социальной активности будущих медицинских работников. Процесс участия студентов-медиков в работе волонтерского движения «Здоровье — детям» повышает уровень профессиональной направленности, дает возможность апробировать себя в профессиональной роли, развивает профессиональные компетенции, дает возможность самовоспитания и развития собственной личности, формируя социальный капитал будущих врачей.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С УЧЕТОМ СТРЕССОГЕННОЙ СИТУАЦИИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИМИ УСЛОВИЯМИ

Роговцова А.Г., Левчин А.М., Козина С.Ю.

ГУ Луганской Народной Республики «Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки», Луганск, Луганская Народная Республика, Российская Федерация

Актуальность. Вопрос о воздействии активных боевых действий на психоэмоциональное состояние детей, воспитывающихся в детских домах, остается малоизученным. Травмирующее воздействие военных событий значительно влияет на эмоциональную сферу детей.

Цель исследования. Изучение психоэмоциональных показателей здоровья детей, воспитывающихся в детских домах Луганской Народной Республики Российской Федерации, в зависимости от воздействия активных боевых действий.

Пациенты и методы. Проведено обследование 84 детей младшего школьного возраста, воспитывающихся в учреждениях интернатного типа, среди которых основную группу составили 56 детей, перенесшие стрессогенную ситуацию активных военных действий (ГОУ «Специальный коррекционный детский дом» г. Первомайска и Детский дом-приют г. Стаханова). Контрольную группу составляли 48 воспитанников детского дома г. Луганска, где в настоящее время активные боевые действия не проводятся. Методы: исходя из особенностей психоэмоционального состояния воспитанников детского дома младшего школьного возраста разработать программу реабилитации.

Результаты. При обследовании психоэмоционального статуса воспитанников детского дома г. Первомайска и г. Стаханова мы установили, что у 76,79% наблюдается повышенный уровень общей тревожности, 55,36% испытывают трудности в школьном обучении, что связано с повышенной истощаемостью нервной системы, недостаточной умственной работоспособностью, снижением восприятия, внимания и памяти, что статистически значимо в сравнении с группой контроля.

Выявлены особенности эмоционально-поведенческих реакций, некоторых функциональных показателей у детей, находящихся в стрессогенной ситуации военного конфликта. У детей, проживающих в зоне активного военного конфликта, была обнаружена, статистическая взаимосвязь реактивной тревожности и депрессивности ($r = 0,44$), астении ($r = 0,46$) воспитанников детского дома младшего школьного возраста.

Показатель «самочувствие» отрицательно коррелирует с показателем «фрустрация потребности в достижении успеха» ($r = 0,35$) и с показателем «страх ситуации проверки знаний» ($r = -0,38$). Таким образом, выявлен симптомокомплекс статистической взаимосвязи показателей эмоциональной сферы воспитанников интернатного типа.

Заключение. На основе полученных результатов научно обоснована и разработана программа комплексной реабилитации детей младшего школьного возраста с учетом стрессогенной ситуации, обусловленной социально-демографическими условиями, которая носит комплексный медико-психологический характер с учетом особенностей соматического и психоэмоционального здоровья младших школьников.



СТРУКТУРА КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЙ И СЕНСИБИЛИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ САРАТОВСКОГО РЕГИОНА, СТРАДАЮЩИХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Рудик М.И., Самыгин С.А., Воротникова Н.А.

ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, Саратов, Российская Федерация

Актуальность. Коморбидная патология у больных бронхиальной астмой (БА) влияет на течение и исход заболевания, видоизменяя клинику, а также ухудшая прогноз БА. Своевременная клиническая диагностика и грамотная интерпретация результатов аллергообследования при БА способствуют повышению эффективности терапии пациента.

Цель исследования. Оценить частоту сенсibilизации к аллергенам и изучить распространенность коморбидных состояний: аллергического ринита (АР), аллергического конъюнктивита (АК) и атопического дерматита (АД) у пациентов с установленным диагнозом БА.

Пациенты и методы. В исследование включено 100 пациентов в возрасте 3–18 лет с верифицированным диагнозом БА (согласно критериям Национальной программы «Бронхиальная астма у детей», 2017 г., и GINA, 2020 г.), проходивших углубленное обследование органов дыхания в отделении детской пульмонологии (ОДП) УКБ № 1 им. С.Р. Миротворцева СГМУ с 2020 по 2022 г. *In vitro* определяли концентрации аллергенспецифических IgE. В результате сбора данных сформирован регистр пациентов с БА.

Результаты. Число мальчиков в исследовании составило 70% ($n = 70$), девочек — 30% ($n = 30$). Средний возраст участников исследований — 12,3 года. Атопическая форма БА зарегистрирована у 95 (95%) человек, смешанная — у 5 (5%) человек. Распределение пациентов по степени тяжести БА: легкое течение — у 7 пациентов, средне-тяжелое — у 42 пациентов, тяжелое — у 51 пациента. При аллергообследовании пациентов с БА сенсibilизация к различным аллергенам выявлена в 100% случаев ($n = 100$): пыльцевая аллергия на пыльцу сорных трав — 58 (58%) человек; пыльцевая аллергия на пыльцу деревьев — 45 (45%) человек; эпидермальная сенсibilизация к шерсти животных — у 43 (43%), на эпидермис животных — у 37 (37%) человек; бытовая сенсibilизация — 35 (35%) человек; грибковая сенсibilизация — 31 (31%) человек. Менее всего отмечено пациентов с БА с аллергией на пищевые аллергены — 19 человек. Сочетание видов сенсibilизации пациентов Саратовского региона, страдающих БА: парная сенсibilизация к пыльце сорных трав и пыльце деревьев была отмечена у 30 пациентов, сенсibilизация к шерсти и эпидермису животных — у 22 пациентов. Коморбидные состояния были выявлены в 95% случаев ($n = 95$): все дети страдали АР различной степени тяжести — 95% ($n = 95$); АД установлен в 68% ($n = 68$); АК страдали лишь 12 (12%) детей с БА.

Заключение. Коморбидная патология (АР, АК, АД) при БА в данной группе обследованных составила 95% ($n = 95$). Среди больных г. Саратова и области преобладает атопическая форма БА. В структуре сенсibilизации пациентов с БА Саратовского региона ведущей является пыльцевая аллергия — на пыльцу сорных трав у 58% больных. Для пациентов Саратовского региона, страдающих БА, оказалось характерным наличие поливалентной сенсibilизации к пыльце сорных трав и пыльце деревьев, а также к шерсти и эпидермису домашних животных.

АНАЛИЗ ПЕРВЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ТАРГЕТНОЙ ТЕРАПИИ МУКОВИСЦИДОЗА У ПАЦИЕНТОВ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ

Рыбалкина М.Г.¹, Скачкова М.А.¹, Карпова Е.Г.¹, Сергеева М.М.²,
Маськова О.А.²

¹ ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Оренбург, Российская Федерация

² ГАУЗ «Детская городская клиническая больница», Оренбург,
Российская Федерация

Актуальность. Муковисцидоз (МВ) — орфанное заболевание, являющееся сложной медико-социальной проблемой вследствие низкой продолжительности и неудовлетворительного качества жизни пациентов. Этиотропное лечение МВ в России только начинается, и катамнестических данных нет.

Цель исследования. Оценить переносимость, безопасность и эффективность таргетных препаратов, разработанных для терапии пациентов с МВ.

Пациенты и методы. В Оренбургской области в 2022 г. получали таргетную терапию 14 пациентов с МВ (19% всех больных МВ). Возраст пациентов — от 3 до 43 лет (2 — старше 18 лет), 57% девочек. Все дети получали таргетные препараты за счет средств благотворительного фонда «Круг добра», взрослые — за счет средств областного бюджета. Срок наблюдения — от 1 до 11 мес. В соответствии с генотипом пациенты получали терапию: 7 человек — лумакафтор/ивакафтор, 6 — трикафту, 1 взрослый — калидеко.

Результаты. На старте терапии исключены состояния, являющиеся противопоказанием для назначения таргетных препаратов. У 10 из 12 пациентов в первые 2 нед терапии отмечались усиление кашля, увеличение объема мокроты, головные и периодические боли в животе, изменения эмоционального статуса. Все эти симптомы купировались самостоятельно. Показатели потовой пробы при терапии оркамби через 2 нед от старта имели тенденцию к снижению на 15–30 ммоль/л, однако затем выросли. В группе с трикафтой — снижение потовой пробы в среднем на 30–40 ммоль/л. У 91% всех пациентов улучшились показатели нутритивного статуса, причем в половине случаев за счет как веса, так и роста. Показатели спиротеста: прирост по ОФВ1 и ФЖЕЛ в 30% случаев, более значимый у пациентов, получавших трикафту. У 84% наблюдаемых не изменилось число респираторных инфекций, у остальных отмечалось увеличение интеркуррентных заболеваний. По биохимическим показателям наблюдалось только в одном случае значимое увеличение трансаминаз (но в терапии добавлен БАД Аль-Рахик, без согласования с врачом).

Заключение. Применение таргетных препаратов у большинства пациентов с МВ Оренбургской области привело к улучшению нутритивного статуса, стабилизации показателей функции внешнего дыхания, снижению показателей потовой пробы, без выраженных побочных эффектов. Более значимые результаты отмечены в группе пациентов, принимающих трикафту. Однако период наблюдения и количество пациентов небольшие, в связи с чем необходимо более длительное наблюдение на большей выборке пациентов.

МОНИТОРИНГ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ КРУПНОГО ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Сабитова Д.К., Абдулкадырова М.А.

ГАУЗ «Городская детская поликлиника № 7», Казань, Российская Федерация

Актуальность. В настоящее время остается актуальной проблема состояния здоровья детей, в частности обучающихся в общеобразовательных учреждениях. Ведь зачастую, ставя во главу угла интеллектуальное развитие, забываются такие базовые потребности, как регулярное полноценное питание, оптимальная физическая нагрузка, психологический комфорт ребенка.

Цель исследования. Проанализировать состояние здоровья учащихся в условиях современной учебной нагрузки.

Пациенты и методы. Проведен анализ форм № 026/у («Медицинская карта ребенка для образовательных учреждений дошкольного, начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования, учреждений начального и среднего профессионального образования, детских домов и школ-интернатов»), результаты диспансеризации в соответствии с приказом Минздрава России от 10.08.2017 № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних») 1971 учащегося одного из лицеев города в возрасте от 6 до 17 лет включительно.

Результаты. Общее число детей, отнесенных к первой группе здоровья, составляло 153 человека (7,8%), из них первоклассники — 38 (17% от общего числа детей этого возраста), к 9-му классу число полностью здоровых детей составляло 14 (10,6% от общего числа девятиклассников), в 11-м — 7 (8,4%). Подавляющее большинство обследованных — 1499 (76%) — было отнесено ко второй группе здоровья. Их число в 1-м, 9-м и 11-м классах составило 165 (73,9%), 98 (74,2%) и 57 (68,6%) соответственно. Мы не смогли выявить однозначного увеличения числа учащихся, относящихся к третьей группе здоровья к моменту окончания школы, которое составило для вышеуказанных групп 15 (19%), 18 (13,6%), 17 (20,4%) соответственно. Стоит пояснить, что часть учеников заканчивает школу после 9-го класса, число учеников 10-х и 11-х параллелей значительно меньше, чем в 1-х классах. Ученики с четвертой группой здоровья встречались в каждой параллели — всего 18 человек (0,4%). Дети с особенностями здоровья и повышенными потребностями (пятая группа здоровья) составили 16 человек (0,8%). В структуре распространенности болезней (за первое полугодие 2022–2023 учебного года) первое место занимают заболевания органов дыхания (342‰), второе — болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (207‰), третье — болезни органов зрения (153‰), четвертое — болезни сердечно-сосудистой системы (74‰), пятое — заболевания нервной (42‰) и пищеварительной (42‰) систем. Физическое развитие детей: среднее физическое развитие отмечалось у большинства учеников — 1659 (84%); 91 человек (4,6%) имели отставание в физическом развитии; 221 человек (11,2%) опережали средние показатели физического развития. Большая часть учеников — 1847 (84%) — имели нормальную массу тела; 36 человек (1,8%) — избыток массы более 20%; 88 (4,5%) — дефицит массы более 10%. В зависимости от физкультурной группы цифры распределились следующим образом: основная — 1455 человек (73%); подготовительная — 424 человека (21,5%); специальная А — 61 человек (3%); специальная Б — 2 человека (0,1%); 29 учеников лицея (1,4%) на момент исследования были освобождены от уроков физкультуры.

Заключение. Анализ состояния здоровья детей, в частности учащихся общеобразовательных учреждений, не теряет своей актуальности и по сей день. Увеличивающееся число детей с уже имеющейся хронической патологией к моменту поступления в школу с большой вероятностью обусловлено более ранней диагностикой заболеваний в периоды диспансерных осмотров в декретированные сроки. Также должна быть продолжена работа по внедрению и популяризации здорового образа жизни, программ обучения правильному питанию, психологической помощи, своевременному осмотру учеников врачом-педиатром и узкими специалистами. Для достижения данных задач необходима командная работа представителей систем здравоохранения, образования и, конечно, семьи ребенка.

АКТУАЛЬНОСТЬ РАЗВИТИЯ КОММУНИКАТИВНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ СОВРЕМЕННОГО ВРАЧА-ПЕДИАТРА

Сабитова Д.К., Калинина О.В.

ГАУЗ «Городская детская поликлиника № 7», Казань, Российская Федерация

Актуальность. Проблема развития коммуникативных компетенций врача в условиях современных реалий приобретает все большую актуальность. До недавнего времени в программу обучения медработников не входило изучение навыков общения. На сегодняшний день в медицинских вузах страны внедрено обучение эффективным навыкам общения, которые базируются на общепризнанной Калгари-Кембриджской модели коммуникации с пациентом. На втором этапе аккредитации специалистов внедрена станция по оценке коммуникативных навыков — «Сбор жалоб и анамнеза». Однако все еще достаточная часть медработников не владеет данным инструментом помощи пациентам, что, безусловно, может снижать качество оказания медицинской помощи.

Цель исследования. Согласно данной модели, консультация пациента состоит из следующих этапов: начало, сбор информации, осмотр, разъяснение и планирование, завершение консультации. Одними из ключевых элементов начала консультации являются открытые вопросы и неперебивание пациента.

Пациенты и методы. Был проведен мониторинг амбулаторных приемов 10 участковых педиатров детской городской поликлиники, анализ 122 консультаций в соответствии с составленным нами чек-листом. В ходе оценки учитывались следующие критерии начала консультации: 1) установление зрительного контакта; 2) приветствие; 3) характер первых вопросов (открытые/закрытые); 4) была ли дана пациенту возможность высказать полностью всю повестку, если нет — в течение какого времени происходило прерывание пациента доктором.

Результаты. Результаты распределились следующим образом. В 112 случаях (91%) был установлен длительный зрительный контакт, врач демонстрировал участие, интерес при общении с пациентом на протяжении всей консультации, в оставшихся 10 случаях (8,2%) зрительный контакт устанавливался, однако был кратким. Во время сбора жалоб и анамнеза педиатр вносил данные в электронную карту пациента. В 100% консультаций врач здоровался с родителем (законным представителем) и ребенком. В 115 консультациях (94,3%) в начале были заданы открытые вопросы («Что случилось?», «Рассказывайте», «Слушаю Вас», «Как дела у...?», «Что беспокоит?»), однако при озвучивании уже первых жалоб практически сразу начинались «детализация» и закрытые вопросы («Кашель сухой?», «Ночью кашляет?», «Живот болит?» и пр.), в оставшихся случаях (как правило, при повторных консультациях) врачом сразу задавался закрытый вопрос по какой-либо ранее уже обсуждаемой проблеме. Среднее время прерывания пациента в 98% случаев составило 16 с. В двух консультациях пациенты полностью смогли озвучить свои жалобы и ожидания.

Заключение. Данные нашего анализа в целом коррелируют с международными. Учитывая стремительно развивающуюся систему здравоохранения, мы понимаем важность продолжения популяризации внедрения коммуникативных компетенций в практику современного педиатра, а также среднего медицинского персонала с целью улучшения качества оказания медицинской помощи.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ОСОБЕННОСТЕЙ ВСКАРМЛИВАНИЯ С МАНИФЕСТАЦИЕЙ АТОПИИ У МЛАДЕНЦЕВ 6–12 МЕС ЖИЗНИ

Садчиков П.Е., Беляева И.А., Турти Т.В., Бомбардинова Е.П.,
Шукенбаева Р.А.

*НИИ педиатрии и охраны здоровья детей НКЦ №2 ФГБНУ
«РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского» Минобрнауки России, Москва,
Российская Федерация
ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва,
Российская Федерация*

Актуальность. Многочисленные исследования, выполненные в разных регионах мира и охватывающие разные возрастные группы населения, показали, что за последние десятилетия проблема аллергии приняла масштаб глобальной медико-социальной проблемы. У детей на первом году жизни частота манифестации пищевой аллергии также неуклонно увеличивается. В связи с этим необходима разработка индивидуализированных подходов при вскармливании младенцев с наследственной предрасположенностью к аллергии.

Цель исследования. Провести анализ взаимосвязей характеристик питания детей на первом году жизни с характером начальных проявлений аллергии и направленностью пищевой сенсibilизации.

Пациенты и методы. Обследовано 35 доношенных детей в возрасте от 6 до 12 мес, имевших умеренно выраженные проявления аллергии, как кожные, так и гастроинтестинальные. Путем опроса регистрировались особенности питания с учетом возможных аллергенных свойств молочных смесей и продуктов прикорма. Параллельно определялся общий уровень IgE и уровни специфических IgE к пищевым аллергенам методом алергочип ISAC IMMUNOCAP. Анализ полученных данных проведен с использованием пакета статистических программ Statistica 10.

Результаты. В рассматриваемой группе детей более 70% имели отягощенность наследственного анамнеза по аллергии, у многих в сочетании с дополнительными факторами риска, такими как переход на смешанное/искусственное вскармливание, нарушение рекомендуемых сроков и порядка введения прикорма. У 2/3 пациентов имели место кожные высыпания, у 1/3 — гастроинтестинальные симптомы аллергии (колики, срыгивания, задержка стула). При смешанном/искусственном вскармливании более половины детей получали смесь на основе белков коровьего молока (БКМ), остальные дети — частично или полностью гидролизованные смеси или смесь на основе козьего молока. В качестве блюд прикорма преимущественно использовались гипоаллергенные продукты (овощи, безглютеновые/безмолочные каши, мясо кролика или индейки). При проведении иммунологического анализа у 14 (40%) детей выявлены повышенные уровни общего IgE. sIgE обнаружены к 11 из 112 тестируемых аллергенов: наиболее часто — к антигенам яичного белка (к овомукоиду — у 6 детей, к овальбумину — у 3 детей); к сывороточному альбумину коровьего молока — у 2 детей; по 1 ребенку имели значимые уровни sIgE к антигенам арахиса и сои. Установлены корреляции: отрицательные — между объемом употребления безмолочных/безглютеновых каш, мясного пюре (кролик/индейка) и уровнями специфических IgE к сывороточному альбумину коровьего молока Bos d6 ($R = -0,8$ и $-0,53$ соответственно); положительные — между объемом употребления смеси на основе БКМ и Bos d6 ($R = 0,35$).

Заключение. Использование в рационе детей из группы риска развития аллергии гипоаллергенного прикорма (безмолочные/безглютеновые каши, мясо кролика/индейки) способствует снижению уровня сенсibilизации к пищевым аллергенам. Данные результаты могут быть использованы для разработки рекомендаций по питанию младенцев из групп риска с целью профилактики формирования атопии и улучшения качества жизни.

КАЧЕСТВО СНА У ШКОЛЬНИКОВ И СТУДЕНТОВ

Самороднова Е.А., Луньков Е.И., Лазарев В.С.

ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» Минздрава России, Казань, Российская Федерация

Актуальность. Здоровый сон — ключевой компонент формирования здорового образа жизни ребенка и взрослого, оказывающий долгосрочный эффект на состояние здоровья. Но в современном социуме увеличивается действие триггеров, способствующих нарушению гигиены сна.

Цель исследования. Изучить качество сна и выявить факторы, влияющие на его параметры у школьников и студентов.

Пациенты и методы. Проведено заочное индивидуальное выборочное анонимное анкетирование 285 человек в возрасте от 11 до 21 года, вопросы для которого были составлены на основании Питтсбургского опросника по определению индекса качества сна (Pittsburgh sleep quality index, PSQI).

Результаты. Опрошены 245 школьников, 40 студентов вузов и колледжей (медиана — 15 лет), большинство из которых девушки (69%). Не имели отклонений в состоянии здоровья 62%, остальные отмечали частые простудные заболевания (26%), расстройства сердечно-сосудистой системы (22%), нервной системы (19%), пищеварения (12%). Только 10% опрошенных постоянно соблюдают режим сна. Общая продолжительность ночного сна у 84% — 6–7 ч, у 9% — менее 6 ч. Сознательно регулярно жертвуют сном ради учебы 38,2% опрошенных, ради общения со сверстниками — 16,8%. При самооценке 80% респондентов считают продолжительность сна недостаточной, что отражается на их самочувствии и настроении (головные боли, быстрая утомляемость, общее недомогание). Качеством сна довольны лишь 42,5% подростков. При оценке дневной дисфункции 62,5% имеют значительные трудности сохранения нормального дневного функционирования. Серьезные трудности с пробуждением отмечаются у половины подростков. Наиболее значимыми негативными факторами, влияющими на сон, оказались: учебная нагрузка, умственное перенапряжение, использование гаджетов перед сном.

Заключение. Отмечаются негативные тенденции в соблюдении гигиены сна у школьников и студентов: недостаточная продолжительность, неудовлетворенность качеством сна, а вследствие этого высокая частота дневной дисфункции, что требует усиления просветительской работы педиатров и педагогов, а также формирования родителями привычки здорового сна у детей и подростков.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МИОКАРДА ПРИ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЯХ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Сафарова И.А., Гасанова Н.С., Мамедова Ф.М., Гидаятова Л.А.

Азербайджанский медицинский университет, Баку, Азербайджанская Республика

Актуальность. Острые кишечные инфекции (ОКИ) все еще остаются актуальной проблемой не только в развивающихся, но и в развитых странах. Гемодинамические нарушения, развивающиеся на фоне данных заболеваний, ухудшают течение и исход патологии и нередко приводят к летальному исходу.

Цель исследования. Изучение функционального состояния миокарда при кишечных инфекциях у детей раннего возраста в Азербайджанской Республике.

Пациенты и методы. Под нашим наблюдением находилось 100 детей с ОКИ в возрасте от 1 мес до 3 лет и 30 здоровых детей аналогичного возраста. Всем обследованным проведена эхокардиография с оценкой показателей функции миокарда (фракция выброса, степень укорочения передне-заднего размера левого желудочка в систолу, ударный и минутные объемы кровообращения).

Результаты. Результаты проведенных исследований свидетельствуют о том, что у большинства детей раннего возраста с ОКИ в остром периоде патологического процесса изменяется деятельность миокарда. Происходящие изменения характеризуются разнонаправленностью и зависят от возраста пациента, степени дегидратации, преморбидного фона, сопутствующих заболеваний и особенностей компенсаторных механизмов. С увеличением степени дегидратации усугубляются нарушения в миокарде, что проявляется снижением насосной функции левого желудочка (снижением фракции выброса и ударного объема в сравнении со здоровыми детьми). Подобные изменения фракции выброса и ударного объема наблюдались соответственно у 70 и 16% детей в возрасте до 1 года и у 65 и 36% детей 1–3 лет. На фоне лечения у 49% детей происходила нормализация показателей насосной функции, у 33% — положительная динамика без полной нормализации, у 18% — напротив, наблюдалось ухудшение показателей.

Заключение. Комплексное изучение эхокардиографических показателей у детей раннего возраста с ОКИ помогает выявлять нарушения гемодинамики на ранних этапах и определять степень дисфункции миокарда, при этом наблюдение за динамикой данных параметров способствует правильной оценке резервных возможностей сердечно-сосудистой системы и выбору тактики лечения.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ (ФРОП) В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ПЕДИАТРА

Сахабетдинов Б.А., Васильев Э.А.

ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» Минздрава России, Казань, Российская Федерация

Актуальность. Болезни органов пищеварения являются одними из самых распространенных среди детей, уступая лишь заболеваниям органов дыхательной системы, болезням кожи и подкожной клетчатки, травмам и отравлениям, а также некоторым инфекционным и паразитарным заболеваниям. Заболеваемость за 2020 г. составила 4672,8 случая на 100 тыс. детей в возрасте от 0 до 16 лет, имея два пика более высокой распространенности — в 3–4 и 11–14 лет.

Цель исследования. Изучить распространенность функциональных расстройств органов пищеварения (ФРОП) у детей и подростков от 11 до 15 лет и выявить их характерные особенности.

Пациенты и методы. Был собран анамнез и проведен осмотр 87 детей в возрасте от 11 до 15 лет (медиана — 13 лет, мода — 13 лет), проживающих в г. Казани.

Результаты. Гендерное распределение было следующим: мальчики — 59%, девочки — 41%. Выявлено, что 32% детей страдают ФРОП: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) — 26%, функциональный запор — 14, синдром раздраженного кишечника — 18, функциональные расстройства, сопровождающиеся абдоминальной болью, — 15, дискинезия желчевыводящих путей — 28%. Большинство детей (75%) посещают дополнительные занятия и кружки, имеют перенасыщенный день и большую психоэмоциональную нагрузку. Больше всего оказалось восьмиклассников (14 человек), имеющих шестидневную учебную неделю со средним количеством уроков 7, после которых следуют кружки и дополнительные занятия с репетиторами. Установлена закономерность частой предрасположенности родителей к заболеваниям желудочно-кишечного тракта (гастриты и ГЭРБ в анамнезе).

Заключение. ФРОП потенциально могут привести к патологии в старшем возрасте, поэтому очень важно своевременно диагностировать и лечить их, что будет способствовать сохранению здоровья ребенка не только в педиатрической практике, но и в течение всей жизни.

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ СИМПТОМ ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ

Сварич В.Г., Сварич В.А.

*ГУ «Республиканская детская клиническая больница» Минздрава
Республики Коми, Сыктывкар, Российская Федерация
ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Республике Коми»
Минтруда России, Сыктывкар, Российская Федерация*

Актуальность. Различные варианты рентгенологического исследования лежат в основе диагностики болезни Гиршпрунга у детей и, несмотря на длительную историю применения, себя не исчерпали.

Цель исследования. Показать актуальность рентгенологического симптома в диагностике различных форм болезни Гиршпрунга у детей.

Пациенты и методы. На лечении в хирургическом отделении находилось 346 пациентов с различными формами болезни Гиршпрунга. В состав первой исследуемой группы вошли 203 пациента с суперкороткой формой болезни Гиршпрунга; второй — 143 пациента с остальными, более длинными формами болезни Гиршпрунга. Всем пациентам проведена ирригография с барием или водорастворимым контрастным веществом.

Результаты. У детей первых 3 мес жизни в качестве контрастного вещества использовали 40%-й раствор урографина, у остальных детей — раствор сернокислого бария. Ирриграфию проводили по методике М.Д. Левина (1983) в нашей модификации (патент на изобретение RU № 2407441 от 27.12.2010 «Способ ирригографии у детей»), выполняя необходимое количество снимков в различных проекциях при заполненном кишечнике и после произвольной дефекации. После дефекации рефлюкс контрастного вещества в ранее незаполненные проксимальные участки толстой кишки имел место у 82,8% пациентов с суперкороткой формой и у 53% пациентов с ректальной, ректосигмоидной и субтотальной формами болезни Гиршпрунга. Биомеханика данного явления заключается в том, что при попытке совершения акта дефекации контрастному веществу легче переместиться в просвете кишки в проксимальном направлении, т.е. ретроградно, чем преодолевать давление в области нижерасположенного аганглионарного участка кишки.

Заключение. При выполнении ирригографии с контрастным веществом на снимках, сделанных во время дефекации, у большинства детей с болезнью Гиршпрунга отмечается заброс контрастного содержимого проксимально, в ранее незаполненные участки толстой кишки, что может использоваться в качестве скринингового метода диагностики данного заболевания.

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ У ДЕТЕЙ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

Свинарёв М.Ю., Курмачёва Н.А., Аранович В.В., Черненко Ю.В.

ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, Саратов, Российская Федерация

Актуальность. Во время пандемии COVID-19 ученые США, Европы и других регионов мира установили рост случаев сахарного диабета (СД) среди детей, что обуславливает важность проведения аналогичных исследований в отдельных регионах России.

Цель исследования. Провести анализ показателей заболеваемости СД у детей Саратовской области в условиях пандемии COVID-19.

Пациенты и методы. Проанализированы материалы официальной статистической отчетности детской эндокринологической службы Саратовской области по первичной заболеваемости СД детей за 2020–2021 гг. в сравнении с показателями 2019 г.

Результаты. Среди детей Саратовской области в возрасте 0–17 лет первичная заболеваемость СД на 100 тыс. детского населения в 2020 г. составила 31,92 случая, в 2021 г. — 28,43 случая. У подавляющего большинства детей был диагностирован СД 1 типа. По сравнению с аналогичным показателем «допандемического» 2019 г. (23,74 на 100 тыс.) заболеваемость детей СД выросла в 1,34 раза в 2020 г. и в 1,2 раза в 2021 г. Доля детей с СД в структуре диспансерной группы детской эндокринологической службы региона впервые достигла 3,1%. Первичная заболеваемость детей СД в 2020–2021 гг. оказалась самой высокой за период с 1994 г.

Заключение. В условиях пандемии COVID-19 в Саратовской области произошел значительный подъем первичной заболеваемости детей СД. Перспективным является дальнейшее изучение частоты встречаемости и особенностей течения СД у детей, перенесших COVID-19, по сравнению с неболевшими коронавирусной инфекцией и вакцинированными детьми.

ВАРИАНТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО МЕТАЭПИФИЗА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Северинов Д.А., Соболев М.С., Ананьева А.Н., Косолапова Н.В.,
Гаврилюк В.П.

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Курск, Российская Федерация

ОБУЗ «Курская областная детская больница № 2», Курск, Российская Федерация

Актуальность. В настоящее время не уменьшается количество пациентов детского возраста, госпитализированных в хирургические стационары с внутрисуставными переломами плечевой кости. Лечение данной категории пациентов является непростой задачей и требует индивидуального подхода в каждом случае в зависимости от уровня и характера повреждения, наличия осложнений (повреждения сосудисто-нервного пучка). В связи с чем актуальна демонстрация вариантов лечения, отличающихся своей доступностью и малоинвазивностью.

Цель исследования. Оценить эффективность этапного использования скелетного вытяжения и закрытой репозиции под электронно-оптическим преобразователем с перкутанным остеосинтезом спицами при многооскольчатых переломах дистального метаэпифиза плечевой кости у детей.

Пациенты и методы. В период с января 2020 по декабрь 2022 г. на базе Областной клинической больницы прошли лечение 5 детей с различными вариантами многооскольчатых переломов дистального метаэпифиза плечевой кости. Возраст пациентов — 12–15 лет, все мальчики. Механизм травмы — прямой, падение на область локтевого сустава во время катания на велосипеде, самокате, скейтборде. 4 пациента с закрытыми переломами, в 1 случае имел место открытый перелом. Вариант лечения: первый этап — скелетное вытяжение за локтевой отросток локтевой кости; второй этап — закрытая репозиция под электронно-оптическим преобразователем с перкутанным остеосинтезом спицами.

Результаты. Во всех случаях описанный вариант лечения позволил добиться стабильного стояния отломков путем их фиксации спицами (не менее 5 спиц), причем как при У-, так и при Т-образных переломах. Важным этапом репозиции является стабилизация и фиксация дистальных отломков между собой, далее — к проксимальному отломку плечевой кости. Продолжительность оперативного лечения от 80 до 120 мин. Все дети прооперированы одной бригадой детских хирургов и травматологов. Сроки госпитализации составили в среднем 10–14 сут. Удаление металлоконструкций проводили поэтапно после очередного рентген-контроля. Полное удаление спиц — через 2,5–3 мес после оперативного лечения.

Заключение. Сочетание традиционных методов лечения (наложение системы скелетного вытяжения), современных технологий (ЭОП-контроль), альтернативных (нетипичных) вариантов использования металлоконструкций (в данном случае спиц) позволяет добиться хороших функциональных результатов лечения у пациентов с многооскольчатыми переломами дистального метаэпифиза плечевой кости.



БРОНХОЛЕГОЧНАЯ ДИСПЛАЗИЯ У ДЕТЕЙ Г. АЛМАТЫ

Сейсебаева Р.Ж., Сайранкызы С., Нургалиева Ж.Ж.

*Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова,
Алматы, Республика Казахстан*

Актуальность. По данным ВОЗ, ежегодно в мире рождается преждевременно 15 млн детей. Наиболее частое осложнение недоношенности, которое диагностируется у 68% новорожденных с гестационным возрастом менее 29 нед, — бронхолегочная дисплазия (БЛД).

Цель исследования. Выявить среди новорожденных, родившихся в г. Алматы, детей с БЛД.

Пациенты и методы. Проведено ретроспективное исследование среди детей, рожденных в 2013–2017 гг. в Городском перинатальном центре (ГПЦ) г. Алматы. Проанализирована медицинская документация 111 детей с диагнозом БЛД (основная группа) и 109 детей (контрольная группа), сопоставимых по сроку гестации и массе тела при рождении, но без формирования БЛД. В статистическом анализе использована программа на базе системы управления базами данных MS Access.

Результаты. В период с 2013 по 2017 г. в ГПЦ г. Алматы родилось живыми 39 255 новорожденных, среди них родилось преждевременно — 6271 (15,9%), из них у 1,8% диагностирована БЛД.

При анализе установлено, что из 590 детей, родившихся с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ), выявлено 13,1% детей с БЛД; среди 887 родившихся с очень низкой массой тела (ОНМТ) — 2,7% с БЛД; среди 4710 родившихся с низкой массой тела (НМТ) — 0,2% детей с БЛД. В контрольной группе дети с ЭНМТ составили 78,9%, с ОНМТ — 19,3% и с НМТ — 1,8%. При анализе гестационного возраста у детей с БЛД основной группы 55,0% родились в 22–27 нед, 43,2% — в 28–33 нед и 1,8% — в 34–37 нед. В контрольной группе 43,1% родились в 22–27 нед, 56,0% — в 28–33 нед и 0,9% — в 34–37 нед. Из 111 детей с БЛД 29,7% умерли в перинатальном центре в возрасте до 3 мес.

Заключение. Проведенное исследование показало, за 5 лет у 15,9% родившихся недоношенных детей у 1,8% диагностирован БЛД. 55,0% детей родились в 22–27 нед гестации, с экстремально низкой массой, большинство детей умерли в перинатальном периоде.

ИММУНОПРОФИЛАКТИКА У ДЕТЕЙ: ОТНОШЕНИЕ РОДИТЕЛЕЙ

Семашко Е.Б.

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно,
Республика Беларусь*

Актуальность. Иммунопрофилактика — один из самых действенных способов борьбы с инфекционными заболеваниями, но у части населения существует сомнение в ее безвредности. Решение об иммунизации ребенка принимают его родители, которым важно владеть достоверной информацией по вопросам вакцинации.

Цель исследования. Оценить отношение родителей к иммунопрофилактике своих детей и определить факторы, приводящие к отказу от вакцинации.

Пациенты и методы. Проведено добровольное анонимное анкетирование 76 родителей г. Гродно на базе сервиса Google-формы. В одном из разделов анкеты оценивалась важность иммунизации по шкале от 0 до 5 баллов. Для расчета ДИ использовался онлайн-калькулятор OpenEpi-Confidence intervals for a proportion.

Результаты. В исследовании приняли участие 76 родителей, 86,8% — матери, 13,2% — отцы. Большинство опрошенных (47,4%) имели возраст от 25 до 35 лет, 35,5% были старше 35 лет, 17,1% — до 25 лет. Большинство родителей (44%) воспитывали двоих детей, 38,7% — одного, 17,3% — троих и более. Возрастная структура детей была следующая: младшему ребенку 67,1% респондентов было более 3 лет; 23,3% воспитывали ребенка от 1 до 3 лет; 9,6% опрошенных были родителями ребенка от 0 до 12 мес. Более половины респондентов (61,3%) относились положительно к вакцинации своего ребенка, 13,3% — негативно, 25,3% — сомневались в ее необходимости. У 75,7% младший ребенок был привит согласно Национальному календарю Республики Беларусь, у 17,6% вакцинирован избирательно, у 6,8% не привит. Треть респондентов (32,4%) считали, что прививки «ослабляют» иммунитет; треть (31%) — что вакцины содержат опасные компоненты; 9,9% связывали вакцинацию с развитием аутизма. При балльной оценке важности вакцинации 38,2% родителей считали ее очень важным мероприятием, 7,9% считали, что вакцинироваться не нужно. Большинство опрошенных (86,8%) в вопросах вакцинации доверяли медицинским работникам, а 13,2% — информации из СМИ и от знакомых. Достаточной считали информацию, предоставляемую врачом, 73,3% респондентов, недостаточной — 26,7%.

Заключение. В основном отношение родителей к вакцинации своего ребенка положительное, у значительной части респондентов ребенок прививается согласно Национальному календарю Республики Беларусь, большинство опрошенных родителей оказывают медицинским работникам высокую степень доверия в вопросах иммунизации, однако около четверти респондентов считают количество получаемой информации недостаточным.

ЛИПИДНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Сидорова А.В.¹, Сулейманова З.Я.², Овсяник Н.Г.², Лапшин М.С.³

¹ ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Российская Федерация

² НИИ педиатрии и охраны здоровья детей НКЦ №2 ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского» Минобрнауки России, Москва, Российская Федерация

³ ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», Москва, Российская Федерация

Актуальность. Расстройства аутистического спектра (РАС) — неоднородная группа нарушений нейроразвития, характеризующихся расстройствами социального взаимодействия, коммуникационными особенностями, ограниченностью и стереотипностью поведения. Медикаментозное воздействие на пациентов, в частности, антипсихотиками направлено на купирование негативных симптомов РАС. Прием антипсихотических препаратов сопряжен с развитием побочных эффектов, которые при длительном применении приводят к возникновению метаболических расстройств и обуславливают более высокие риски сердечно-сосудистых нарушений у пациентов с РАС в сравнении с общей популяцией. Изучение липидного профиля перед назначением терапии антипсихотиками является очень важным критерием в оценке последующих рисков возникновения нарушений кровообращения, в частности раннего инфаркта миокарда и острого нарушения мозгового кровообращения.

Цель исследования. Изучить особенности липидного профиля у детей с РАС.

Пациенты и методы. Одномоментное несравнительное исследование проводилось на базе ФГБНУ «НИИ педиатрии и охраны здоровья детей (НКЦ № 2) РНЦХ имени академика Б.В. Петровского». Под наблюдением находилось 62 ребенка с РАС в возрасте от 1 года до 18 лет, из них 16 девочек и 46 мальчиков. Все дети были осмотрены педиатром, гастроэнтерологом, эндокринологом и психиатром, проведена антропометрия с оценкой показателей по программе ВОЗ WHO AnthroPlus, исследованы биохимические показатели крови, в том числе липидного профиля.

Результаты. В исследуемой группе значительное количество детей (25 (40,3%) пациентов) были с избыточной массой тела/ожирением. Ожирение встречается чаще у мальчиков и начинается проявляться в подростковом возрасте. У 14 (22,6%) детей выявлена дислипидемия: отмечалось повышение следующих показателей: общего холестерина (16,66%), триглицеридов (11%), ЛПНП (8,3%). Из 25 детей с избыточной массой тела/ожирением 9 пациентов получают терапию антипсихотиками (рисперидоном, аripипразолом, галоперидолом), что является фактором риска метаболических нарушений.

Заключение. В группе детей с РАС высока распространенность повышенного ИМТ и дислипидемии. Оценка липидного профиля у детей с РАС, в особенности перед назначением и во время антипсихотической терапии, должна быть включена в рекомендации ведения таких пациентов, так как позволяет прогнозировать метаболические расстройства и кардиологическую патологию, разрабатывать профилактические мероприятия.

ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ВИТАМИНОМ D У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПАЗИЕЙ В БЕЛАРУСИ

Синица Л.Н.¹, Парамонова Н.С.¹, Саприна Т.В.², Лошкова Е.В.^{2, 3},
Рафикова Ю.С.², Желев В.А.², Бушманова А.С.⁴

¹ УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Республика Беларусь

² ГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Томск, Российская Федерация

³ ГБУЗ МО «НИКИ детства МЗ МО», Москва, Российская Федерация

⁴ ОГАУЗ «Областной перинатальный центр им. И.Д. Евтушенко», Томск, Российская Федерация

Актуальность. Практически все дети, рожденные с экстремальной (ЭНМТ) и очень низкой (ОНМТ) массой тела, реализуют низкую обеспеченность 25(ОН)D. В связи с плейотропным действием витамина D активно изучаются особенности его метаболизма при бронхолегочной дисплазии (БЛД).

Цель исследования. Оценить уровень 25(ОН)D среди детей с ЭНМТ и ОНМТ и влияние низкой обеспеченности витамином D на реализацию и особенности течения БЛД.

Пациенты и методы. В исследование включено 75 детей с ЭНМТ, ОНМТ в УО «Гродненский областной клинический перинатальный центр», Беларусь. В основную группу вошли 38 детей с БЛД (*Me* срока гестации составила 199 (193; 213) дней; *Me* массы тела — 1025,0 (900,0; 1250) г; в группу сравнения — 37 обследованных без БЛД (*Me* срока гестации — 202 (197; 211) дней, *Me* массы тела — 1100,0 (950; 1330) г. Уровень 25(ОН)D в сыворотке крови определен методом ИФА. Исследование одобрено решением локального этического комитета от 29.12.2016 № 13. Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью пакета прикладных программ Statistica.

Результаты. Недостаточность 25(ОН)D при рождении выявлена у 25 (64,1%) детей с БЛД; дефицит 25(ОН)D — среди 24 (61,5%) обследованных; 13 (34,2%) человек имели выраженный дефицит. Нормальное содержание 25(ОН)D диагностировано среди 6 (15,8%) детей с БЛД и 11 (30,6%) без БЛД. В основной группе медиана (*Me*) уровня 25(ОН)D составила 13,9 (6,4; 37,1) нг/мл; в группе сравнения — 30,6 (11,8; 54,3) нг/мл, $p = 0,031$. Установлено, что при тяжелой БЛД ($n = 9$) *Me* 25(ОН)D равна 8,5 (3,2; 20,9) нг/мл ($p = 0,025$); при среднетяжелой ($n = 23$) — 13,6 (6,4; 35,0) нг/мл ($p = 0,05$); у детей с легкой БЛД ($n = 6$) — 41,4 (16,3; 64,6) нг/мл. Установлена отрицательная корреляционная связь между содержанием 25(ОН)D в сыворотке крови при рождении и степенью тяжести БЛД ($r_s = -0,39$; $p = 0,013$). Низкая обеспеченность 25(ОН)D выявлена среди 84,2% детей, рожденных с ЭНМТ и ОНМТ и впоследствии реализовавших БЛД. Среди детей без БЛД низкая обеспеченность 25(ОН)D при рождении обнаружена в 69,4% случаев. Установлена связь между содержанием 25(ОН)D и тяжестью течения БЛД.

Заключение. Выявлена низкая обеспеченность 25(ОН)D при рождении у глубоко недоношенных младенцев в целом и у младенцев с БЛД, особенно с тяжелыми формами. Остро встают вопросы о выявлении причин низкой обеспеченности 25(ОН)D беременных, их новорожденных детей, особенно недоношенных; об уточнении роли 25(ОН)D в патогенезе БЛД; о персонализированном подходе к профилактике и коррекции низкой обеспеченности 25(ОН)D для минимизации риска формирования тяжелых заболеваний, в том числе БЛД, глубоко недоношенных.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ ВОЕННОГО КОНФЛИКТА

Сиротченко Т.А., Бугаенко О.А., Караманешта М.М.

*ГУ Луганской Народной Республики «Луганский государственный
медицинский университет им. Святителя Луки», Луганск,
Луганская Народная Республика, Российская Федерация*

Актуальность. Сахарный диабет (СД) отнесен к истинным психоматозам. Военный затяжной конфликт как стрессовый триггер с многофакторным негативным влиянием способствует декомпенсации и снижению контроля над течением болезни.

Цель исследования. Изучение влияния стрессового фактора — затяжного военного конфликта — на эпидемиологические характеристики СД 1 типа (СД1) в популяции детей и подростков Луганской Народной Республики (ЛНР).

Пациенты и методы. Объектом исследования была база республиканского реестра службы государственной статистики. Проводился анализ показателей распространенности заболеваемости СД1 с учетом динамических изменений численности детского населения за период 2010–2020 гг. (2010–2014 гг. — вне периода военного конфликта, 2015–2020 гг. — в период военного конфликта).

Результаты. Динамические изменения показателей общей численности детей и подростков за 2010–2014 гг. были незначительны (344 691 и 334 034 соответственно). В связи с территориальными изменениями ЛНР в 2015–2020 гг. численность детского населения динамически изменилась (220 363 и 196 225 соответственно), т.е. уменьшилась на 137 809 лиц к 2020 г. Распространенность СД в мирный период находилась в пределах 1,18–1,28–1,19. В период военных действий отмечался значимый рост распространенности данного заболевания в 1,21–1,42 раза, максимально увеличившись в последний статистический год. Заболеваемость также претерпевала значительные изменения. Так, в период отсутствия военных действий заболеваемость изменялась с тенденцией к нарастанию (0,15 и 0,18% соответственно). За пять лет военных действий заболеваемость выросла с 0,14 до 0,24% на 1000 детского населения, т.е. в 1,72 раза. Особенностью воздействия данного стрессового фактора можно считать прирост заболеваемости за последний год (интенсификация военных действий) почти в 2 раза.

Заключение. Влияние затяжного военного конфликта как значимого стрессового фактора развития, пролонгации, снижения контроля СД1 в детской и подростковой популяциях не вызывает сомнений. С учетом отсутствия стабилизации темпов роста заболеваемости СД в последние пять лет и затяжного характера военного конфликта данная проблема является актуальной и требует усиленного контроля.

ВНУТРИУТРОБНЫЕ ИНФЕКЦИИ КАК ПРИЧИНЫ КАРДИТОВ У ДЕТЕЙ

Скударнов Е.В.¹, Баюнова Л.М.², Малюга О.М.¹, Журавлева Н.А.²,
Дорохов Н.А.¹, Зенченко О.А.¹

¹ ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Барнаул, Российская Федерация

² КГБУЗ «Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства»,
Барнаул, Российская Федерация

Актуальность. Цитомегаловирусная внутриутробная инфекция (ЦМВИ) является одним из этиологических факторов поражения плода. Поражение органов зависит от сроков инфицирования в антенатальном периоде. Трансплацентарное инфицирование ЦМВИ приводит к поражению сердца, проводящей системы и других органов.

Цель исследования. Установить возможные этиологические причины поражения сердца у детей с врожденными кардитами.

Пациенты и методы. Нами проведено обследование 4 детей, которые находились на лечении с диагнозом врожденный кардит, кардиомиопатия НК2а степени. Всем больным проводились общеклиническое обследование, иммунологическое и серологическое исследование методами ИФА и ПЦР. Наличие поражения сердца подтверждалось инструментальными методами диагностики (рентгенография органов грудной клетки с определением кардиоторакального индекса, ЭКГ, Эхо-КГ).

Результаты. Установлено наличие отягощенного перинатального анамнеза у новорожденных с кардитами. У всех матерей беременность протекала на фоне гестоза и внутриутробной инфекции (ЦМВ). У одного ребенка внутриутробно диагностирована кардиомегалия плода со снижением показателей сократимости левого желудочка. Поражение сердца у всех больных характеризовалось наличием одышки, снижением звучности тонов сердца, тахикардией, кардиомегалией. Наличие врожденного кардита подтверждено данными Эхо-КГ — дилатация левого желудочка и левого предсердия, снижением ФВ по Тейхольцу 24–32%, по Симпсону ФВ 19–25%, наличием тотального гипокинеза стенок левого желудочка. Легочная гипертензия подтверждалась повышением СДЛА от 45 до 80 мм рт. ст. У 2 детей выявлено ООО 3,6–3,9 мм, с лево-правым сбросом. Текущая цитомегаловирусная инфекция подтверждена обнаружением ДНК ЦМВИ методом ПЦР (обнаружена у 4 детей), наличием высокоавидных антител класса IgG к цитомегаловирусу.

Заключение. Наши исследования подтверждают хроническое течение ЦМВИ у детей с врожденными кардитами и вероятным внутриутробным поражением миокарда в антенатальном периоде.



ОЦЕНКА МЕТАБОЛИЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА КИШЕЧНОЙ МИКРОБИОТЫ НА ФОНЕ ИНВАЗИИ *OPISTHORCHIS FELINEUS* У ДЕТЕЙ

Соколова Т.С., Мальчук В.Н., Федорова О.С.

ГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Томск, Российская Федерация

Актуальность. В исследованиях показано, что микробная функция при патологических состояниях может быть нарушена в большей степени, чем таксономические изменения, что указывает на необходимость оценки метаболической активности микробиоты наряду с ее видовым разнообразием.

Цель исследования. Оценить метаболическую функцию микробиоты кишечника у детей с инвазией *Opisthorchis felineus*.

Пациенты и методы. Проспективное исследование «случай–контроль» с участием детей с инвазией *Opisthorchis felineus* (*O. felineus*) 7–18 лет ($n = 50$, $11 \pm 3,4$ года) и без нее ($n = 50$, $10,3 \pm 2,8$ года). Пациентам с описторхозом проведена дегельминтизация празиквантелом. До и через 3 мес после лечения и группы контроля собирали образцы стула для выделения бактериальной ДНК и секвенирования гена 16S рРНК (IlluminaMiSeq). Биоинформатический анализ: QIIME2 + Greengenes 13.8 (РНФ № 22-75-00078, <https://rscf.ru/project/22-75-00078/>).

Результаты. В результате сравнительного анализа состава микробиоты показано, что у детей с инвазией *O. felineus* отмечается более высокая представленность отдельных бактерий, участвующих в продукции КЦЖК (*Bacteroides*, *Lachnospira*, *Butyricimonas* и др.) по сравнению с контрольной группой. После терапии выявлено снижение представленности некоторых бутират-продуцирующих бактерий (*Butyricimonas*, *Lachnospira*, *R. inulinivorans*). Оценку метаболического потенциала микробиоты проводили на основании реконструкции содержания генов, входящих в состав метаболических путей синтеза КЦЖК с использованием сервиса knomics/biota (<https://biota.knomics.ru/opisthorchis-and-gut-microbiome-2019>). Выявлено, что микробиота пациентов с описторхозом характеризуется увеличением представленности генов, входящих в метаболический путь синтеза бутирата, по сравнению с участниками контрольной группы и после дегельминтизации ($p < 0,05$). В экспериментальных исследованиях показано, что бутират участвует в регуляции дифференцировки Т-регуляторных клеток и, как следствие, в развитии гиперреактивности и воспаления дыхательных путей.

Заключение. Полученные данные демонстрируют потенциальное увеличение продукции бутирата кишечными бактериями на фоне инвазии *O. felineus*. Необходимы дальнейшие исследования по оценке состава микробиоты и ее метаболической активности у детей с бронхиальной астмой на фоне описторхоза для разработки новых технологий по управлению астмой.

НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ДЕТЕЙ НА ФОНЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19

**Соколовская В.В., Литвинова А.А., Крикова А.В., Козлов Р.С.,
Литвинова И.А.**

*ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Смоленск, Российская Федерация*

Актуальность. Изучение патологии сердечно-сосудистой системы (ССС), возникающей в острый период COVID-19 у педиатрических пациентов, крайне важно для своевременной стратификации риска, выбора грамотной тактики ведения и дальнейшего динамического наблюдения.

Цель исследования. Проанализировать основные показатели ЭКГ у детей, находившихся на стационарном лечении в ОГБУЗ «КБ № 1» по поводу COVID-19 за период 2020–2022 гг. и анамнестически не имеющих исходного поражения ССС.

Пациенты и методы. Проведен ретроспективный анализ 249 архивных историй болезни пациентов от 0 до 18 лет, находившихся в инфекционном стационаре по поводу COVID-19 с марта 2020 по июль 2022 г. Определены критерии исключения: коморбидная патология сердечно-сосудистой или иных систем, при которой возможны самостоятельные (не связанные с COVID-19) ЭКГ-изменения. Проанализированы основные ЭКГ-паттерны, определены ведущие патологические ЭКГ-синдромы.

Результаты. Зарегистрированы изменения нормальных паттернов ЭКГ, отражающие развитие «правожелудочкового стресса» — признаки перегрузки правого желудочка (ПЖ): правопредсердный зубец Р — 7,45%, нарушение внутрижелудочковой проводимости по нижней стенке — 17,6% и по ПНПГ — 10,2%, признаки напряжения миокарда ПЖ — 15,8%, депрессия сегмента ST — 9,2%, признаки метаболических нарушений миокарда ПЖ — 4,7%. У 23,72% педиатрических пациентов была отмечена синусовая тахикардия без гипертермии, у 15,82% — синусовая брадикардия, в 1,8% встречались экстрасистолы по типу предсердной бигеминии. У 1 девочки 15 лет со среднетяжелым течением COVID-19 была выявлена AV-блокада I степени без динамической эволюции при снятии повторных ЭКГ. У 12,7% педиатрических пациентов зарегистрирован полифокусный предсердный ритм (миграция водителя ритма по предсердиям), что является неблагоприятным ЭКГ-синдромом, ассоциированным с повышенным риском спонтанной остановки сердца. Синдром ранней реполяризации желудочков, расценивающийся как синдром WPW в системе Гис–Пуркинье, выявлен у 19,22% детей.

Заключение. У большей половины детей, не имеющих в анамнезе патологии со стороны ССС, было зарегистрировано развитие субклинического поражения сердца в виде изменения основных ЭКГ-паттернов. Преобладали ЭКГ-признаки правожелудочкового стресса и различные нарушения ритма (синусовая тахикардия без гипертермии, синусовая брадикардия, экстрасистолы). Пациентам с изменениями нормальных ЭКГ-паттернов в острый период болезни рекомендовано проведение холтеровского мониторирования ЭКГ.

КИШЕЧНЫЕ СТОМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ: ПОКАЗАНИЯ, ВАРИАНТЫ ФОРМИРОВАНИЯ, ДИНАМИКА

Суенкова Д.Д.

*ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Екатеринбург, Российская Федерация*

Актуальность. Многообразие патологий желудочно-кишечного тракта у новорожденных, невозможность проведения радикальных операций — причины формирования временных кишечных стом. Их разнообразие требует анализа и выбора оптимального способа, позволяющего сохранить максимальную длину кишечника и как можно раньше включить его в работу.

Цель исследования. Проанализировать наиболее часто используемые варианты формирования кишечных стом у новорожденных в связи с перфорацией полого органа по причине некротизирующего энтероколита новорожденных и внутриутробно, оценка эффективности и отдаленных результатов.

Пациенты и методы. Проведен анализ 10 историй болезни детей за 2021–2023 гг., у которых была диагностирована перфорация полого органа в основном в результате течения некротического энтероколита, в нескольких случаях диагностирован внутриутробный перитонит. Всем детям выполнялось наложение стом. Возраст детей составлял от 1 сут до 20 дней. Клинический материал разделен на следующие группы: по доношенности новорожденных, срокам формирования кишечных стом, виду стом. Оценивали техническое выполнение операций и отдаленный результат.

Результаты. Всем детям при диагностированной перфорации полого органа, преимущественно тонкого кишечника, выполнялась срединная лапаротомия, формирование двойной илеостомы по Микуличу. Интраоперационно сталкивались с трудностями в определении участка резекции измененного кишечника в связи с объемом поражения, наличием нескольких перфорационных отверстий и наличием участков предперфораций. В послеоперационном периоде после начала функционирования приводящего отдела стомы в большинстве случаев на 3–4-е сут начиналось энтеральное кормление детей с постепенным расширением до физиологической потребности. Закрытие стом проводилось в разные сроки по причине тяжести сопутствующих заболеваний ребенка.

Заключение. Двойная илеостомия по Микуличу является методом выбора у новорожденных детей, перенесших внутриутробный перитонит или дебют некротического энтероколита, поскольку позволяет осуществить декомпрессию желудочно-кишечного тракта и снять внутрибрюшное давление, наладить пассаж кишечного содержимого, начать раннее энтеральное кормление, необходимое для нормального функционирования кишечника новорожденного, создать условия для заживления пострадавшего отдела кишечника.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЗИГОМАТИЦИТА У РЕБЕНКА

Султанов И.С., Чалова Ю.Д., Еремцов Д.В.

*ГБУЗ ВО «Областная детская клиническая больница», Владимир,
Российская Федерация*

Актуальность. Атипичные мастоидиты характеризуются особенным клиническим течением, классические симптомы со стороны сосцевидного отростка в этих случаях могут быть слабо выражены или отсутствовать, поэтому затрудняются диагностика и лечение.

Цель исследования. Рассмотреть клинический случай зигоматицита у ребенка 13 лет, находившегося на стационарном лечении в оториноларингологическом отделении областной детской клинической больницы (ОДКБ) г. Владимира.

Пациенты и методы. Выкопировка данных из медицинской карты стационарного больного (форма № 003/у) атипичной формой мастоидита.

Результаты. Мальчик Г., 13 лет, госпитализирован в ЛОР-отделение ОДКБ 28.10.2022 с диагнозом острый гнойный средний отит слева, перфоративная стадия. Подозрение на мастоидит слева. Из анамнеза: ребенок болен с 18.10.2022, гноетечение из левого уха с 22.10.2022, лечился амбулаторно, без эффекта. 28.10.2021 появился отек околоушной области слева. Жалобы при поступлении на боль и отек в околоушной области и скулового отростка слева, фебрильную лихорадку, гноетечение из левого уха. ЛОР-осмотр: слуховой проход левого уха сужен, гнойное отделяемое; барабанная перепонка гиперемирована, перфорации не обозревается; отек, гиперемия, инфильтрация мягких тканей заушной и переднеушной области слева; боль при пальпации; по остальным ЛОР-органам — без особенностей. На МСКТ височных костей: КТ-признаки воспалительного процесса в левом сосцевидном отростке с участком костной деструкции ячеек левого скулового отростка. Подтвержден диагноз мастоидита и зигоматицита слева. Проведена операция мастоидоантромии со вскрытием и дренированием ячеек пневматизированного скулового отростка слева под наркозом.

Заключение. В основе благоприятного исхода атипичных мастоидитов лежит своевременная диагностика заболевания, которая невозможна без применения компьютерной томографии, помогающей определить особенности пневматизации височной кости, степень распространенности патологического процесса и выбрать оптимальный объем оперативного вмешательства при атипичных мастоидитах.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СИДЕРОПЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

Сульженко М.Ю., Головченко Н.Н., Сульженко Д.В., Сульженко А.А.

ГУ Луганской Народной Республики «Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки», Луганск, Луганская Народная Республика, Российская Федерация

Актуальность. Железодефицитная анемия (ЖДА) и доклинические стадии дефицита железа (ДЖ) на протяжении многих лет остаются актуальной проблемой педиатрии. Уязвимыми к этой патологии являются дети раннего и подросткового возраста, когда темпы роста обуславливают повышенную потребность в железе, а риски патологических потерь усиливаются. Сидеропения при этом играет ключевую роль в клинической интерпретации этих состояний.

Цель исследования. Исследовать признаки сидеропении у девочек-подростков с ДЖ и ЖДА.

Пациенты и методы. Нами обследовано 438 девочек в возрасте от 10 до 17 лет, проведен анализ клинических признаков сидеропении. Кроме того, с целью выяснения характера обмена железа проведено исследование гемограммы с подсчетом эритроцитарных индексов, транспортного и тканевого депо железа.

Результаты. Признаки сидеропении наблюдались уже на стадии предлатентного ДЖ (ПЛДЖ), когда у 8,3% были обнаружены извращение вкуса, а также симптом «голубых склер» и кариес зубов. Последний признак также наблюдался еще у 25%, однако кариес зубов является достаточно неспецифическим признаком. Итак, наиболее чувствительными ранними, еще на стадии ПЛДЖ, оказались симптомы извращения вкуса и «голубых склер». При латентном ДЖ (ЛДЖ) эти симптомы также наблюдались, но в гораздо большем количестве случаев. Так, максимально часто проявлялся также симптом «голубых склер» (48,1%), извращения вкуса — у 29,6% девочек. Особенностью этого симптома является содействие ухудшению всасывания железа. То есть ДЖ вызывает извращение вкуса, которое усиливает ДЖ, а значит, замыкает «порочный круг», разорвать который способно только назначение препаратов железа.

Кариес зубов при ЛДЖ, как и при ПЛДЖ, встречался достаточно часто (38,3%). У 19,8% девочек отмечена сухость кожи, несколько реже (17,3%) обнаружена ломкость ногтей, у 14,8% — склонность к запорам. Кроме того, у 13,6% девочек наблюдалось извращение обоняния, в 11,1% — выпадение волос. Остальные симптомы при ЛДЖ проявлялись менее чем в 10% случаев: утомляемость (7,4%); мышечная слабость (4,9%); ангулярный стоматит (8,6%); глоссит (6,2%); эпизоды немотивированного субфебрилитета (3,7%). К тому же в 2,5% случаев выявлен энурез, у 6,2% больных — недержание мочи при кашле, смехе.

При ЖДА симптомы сидеропении выявили значительно большую распространенность, но их доля увеличивалась с усилением тяжести болезни. Наиболее частым, как и при ЛДЖ, оказался симптом «голубых склер», удельный вес которого возрастал у больных от 63,2% при I степени, 83,3% при II до 100% при III степени ЖДА. Почти на таком же уровне выявлялись жалобы на утомляемость (61,7; 80 и 100% соответственно). Извращение вкуса занимало третье место по частоте при ЖДА всех степеней тяжести (56,0; 76,7 и 84,2% соответственно). С высокой частотой выявлялись также мышечная слабость, кариес зубов, ломкость ногтей, сухость кожи, извращение обоняния, выпадение волос (30,0–50,0% при I степени и 60,0–90,0% — при III степени ЖДА). Несколько меньше (10,0–30,0% при I степени ЖДА) выявлялись такие признаки, как склонность к запорам, глоссит, ангулярный стоматит, причем их удельный вес, особенно двух последних симптомов, резко увеличивался при III степени ЖДА (до 73; 7 и 63,2% соответственно), так что их значение усиливалось с углублением тяжести анемии.

Заключение. Синдром сидеропении оказался наиболее ранним, чувствительным, патогномичным, который следует использовать при диагностике доклинических стадий ДЖ.



ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ УРОВНЯ IL-17A ПРИ ОЖИРЕНИИ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ

Тарабрина А.А., Самойлова Ю.Г., Олейник О.А., Матвеева М.В.,
Подчиненова Д.В., Коваренко М.А., Дираева Н.М., Филимонов А.Е.,
Трифонов Е.И.

*ГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Томск, Российская Федерация*

Актуальность. Висцеральное ожирение — новая область научного поиска механизмов запуска аллергического воспаления у детей.

Цель исследования. Изучение вариабельности уровня IL-17A у детей с ожирением, висцеральным ожирением и ее взаимосвязи с реализацией бронхиальной астмы в младшем школьном возрасте.

Пациенты и методы. Обследовано 52 ребенка (20 девочек и 32 мальчик) г. Томска в возрасте от 7 до 11 лет, из них 8 человек — с висцеральным ожирением, 17 — с ожирением, 16 — с бронхиальной астмой и 11 — здоровых. Дети разделены на группы на основании данных анамнеза, антропометрии (медицинский ростомер МСК-233), анализа состава тела и измерения веса (аппарат InBody Ltd.770). Определен уровень IL-17A в сыворотке крови путем мультиплексного анализа (анализаторы MagPix и Luminex 200 c).

Результаты. Установлена вариабельность уровня IL-17A, при этом минимальный средний показатель определен в контрольной группе 0,17 пг/мл (0,02; 0,34); максимальный — у детей с висцеральным ожирением 0,26 пг/мл (0,11; 0,34); при бронхиальной астме — 0,20 пг/мл (0,16; 0,47); при ожирении — 0,23 пг/мл (0,07; 0,34). Исследование показало отсутствие статистической разницы между сравниваемыми группами, вероятно, это связано с их малочисленностью.

Заключение. Установлено, что уровень IL-17A выше у пациентов с висцеральным ожирением, что доказывает более высокую активность воспаления именно висцеральной жировой ткани. В настоящее время продолжается поиск маркеров, позволяющих выявлять группы риска по развитию хронических неинфекционных заболеваний, таких как бронхиальная астма, с целью разработки превентивных мероприятий.

АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ С ЭНУРЕЗОМ

Текутьева Н.А., Лобанов Ю.Ф., Латышев Д.Ю.

ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Барнаул, Российская Федерация

Актуальность. Энурез, по разным данным, в отдельные возрастные периоды встречается у 2–20% детей. Полиэтиологичность энуреза обусловлена задержкой созревания и контроля центральной нервной системы за процессом мочеиспускания, нарушением ритма секреции антидиуретического гормона, психологическими, генетическими и другими возможными факторами.

Цель исследования. Дать характеристику аномалий развития почек у детей с энурезом с учетом дисплазии соединительной ткани (ДСТ).

Пациенты и методы. В обследование включено 60 детей в возрасте от 8 до 15 лет. Все пациенты разделены на две группы: первая группа — 30 детей с энурезом на фоне ДСТ легкой и средней степени тяжести; вторая группа — 30 детей с энурезом без признаков ДСТ. Группы были сопоставимы по полу и возрасту. ДСТ диагностировали по балльной системе, предложенной Т.И. Кандуриной: ранжировали по значимости внешние и висцеральные признаки системного вовлечения соединительной ткани. Всем пациентам проведены общеклиническое обследование, ультразвуковое исследование органов мочевой системы, внутривенная урография и микционная цистоуретрография. Достоверность различий качественных признаков оценивали с помощью χ^2 Пирсона. Значение $p < 0,05$ рассматривали как статистически значимое.

Результаты. Установлено, что ведущими изменениями со стороны органов мочевой системы с энурезом были: двусторонняя пиелоктазия — у 8 (26,7%) детей в первой группе на фоне ДСТ и у 10 (33,3%) во второй группе ($p = 0,574$); односторонняя пиелоктазия — у 11 (36,7%) в первой группе и у 7 (23,3%) во второй группе ($p = 0,260$); нефроптоз — у 2 (6,7%) в первой группе и у 4 (13,3%) во второй ($p = 0,390$); повышенная подвижность почек — у 5 (16,7%) в первой группе и только у 1 (3,3%) во второй ($p = 0,086$); УЗИ-признаки удвоения ЧЛС — у 1 (3,3%) детей в каждой группе ($p = 1,000$); ветвистый тип строения синусов почек — у 4 (13,9%) в первой группе и у 2 (6,7%) детей во второй группе ($p = 0,390$). Пузырно-мочеточниковый рефлюкс выявлен только у 2 (6,7%) детей из первой группы ($p = 0,865$).

Заключение. У детей с энурезом часто выявляются малые аномалии почек и мочевыводящих путей. Наиболее часто — двух- и односторонняя пиелоктазия, ветвистый тип строения синусов почек, повышенная подвижность почек и нефроптоз. Значимых отличий у больных с энурезом на фоне ДСТ легкой и средней тяжести не выявлено.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Титова С.А.¹, Зиатдинов А.И.²

¹ ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» Минздрава России, Казань, Российская Федерация

² ГАУЗ «Детская республиканская клиническая больница Минздрава РТ»,
Казань, Российская Федерация

Актуальность. Профилактическое направление в охране здоровья населения с применением диспансерного метода является важнейшим приоритетом российского здравоохранения. Дети относятся к группе населения, которая подлежит обязательному профилактическому наблюдению в соответствии с утвержденным порядком его проведения (приказ от 30.12.2003 № 621 «О комплексной оценке состояния здоровья детей»). Профилактическое наблюдение детского населения в настоящее время осуществляется в соответствии с приказами Министерства здравоохранения РФ от 16.05.2019 № 302н «Об утверждении Порядка прохождения несовершеннолетними диспансерного наблюдения, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях», а также от 10.08.2017 № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних». Профилактические осмотры проводятся в установленные возрастные периоды в целях раннего (своевременного) выявления патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития. Концептуальное ведение диспансеризации населения основано на совокупности теоретических представлений и новой парадигмы оздоровления населения.

Цель исследования. Совершенствование социально-гигиенических подходов в организации системы диспансеризации детского населения и повышение эффективности профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних.

Пациенты и методы. Объект исследования — детское население в возрасте 0–17 лет, информационно-статистические материалы, характеризующие здоровье детей по результатам профилактических медицинских осмотров.

Результаты. Проведен анализ статистических данных, опубликованных Федеральной службой государственной статистики, по Российской Федерации в целом, в разрезе ее федеральных округов и субъектов РФ. Использовались методы исследования: медико-статистический, аналитический, сравнительного анализа, математико-статистический. Профилактическому медицинскому осмотру в 2021 г. подлежало 27 588 618 детей в возрасте 0–17 лет, осмотрено 24 876 976 человек. Следовательно, охват профилактическими медицинскими осмотрами детского населения Российской Федерации — 90,2%. Показатель охвата профилактическими медицинскими осмотрами детского населения по Приволжскому федеральному округу, в том числе по Республике Татарстан, составляет 95,0 и 99,9% соответственно. Распределение по группам здоровья — один из показателей состояния здоровья детского населения. В 2021 г. I группа здоровья была установлена в 27,9% случаев от общего числа осматриваемых детей, II группа — в 56,3%, имели хронические заболевания 15,8% детей. Доля детей I группы здоровья по Приволжскому федеральному округу, в том числе по Республике Татарстан, несколько ниже российского уровня (22,7 и 16,7% соответственно), доля детей с функциональными нарушениями (II группа здоровья) — составляет 60,9 и 70,1% соответственно.

Заключение. В большинстве субъектов РФ зарегистрирован высокий уровень охвата несовершеннолетних профилактическими медицинскими осмотрами. Доля здорового детского населения составляет до 1/3 всех прошедших диспансеризацию.

НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ НОВУЮ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИИ

Томчик Н.В.¹, Аржанович Л.В.²

¹ УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Республика Беларусь

² Детская городская центральная клиническая поликлиника, Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Распространенность аритмии на фоне текущей инфекции SARS-CoV-2 — от 16,7 до 41,6%. Предполагается, что причинами могут быть тяжелая гипоксия, вегетативные нарушения, воспалительное повреждение синусового узла циркулирующими цитокинами и чрезмерная реакция на лекарства.

Цель исследования. Проанализировать спектр нарушений сердечного ритма у детей после перенесенной новой коронавирусной инфекции.

Пациенты и методы. Обследовано 162 ребенка в возрасте до 17 лет в период 2–6 нед после перенесенной инфекции SARS-CoV-2. Информация о перенесенной инфекции получена из формы № 112у по результатам ПЦР мазка из носа и зева (обнаружение РНК вируса SARS-CoV-2). Медиана (*Me*) возраста обследованных составила 8 лет 7 мес, интерквартильный размах (*Q25–Q75*): 2 года 9 мес — 15 лет 2 мес. В исследование не включались дети с ранее диагностированной патологией сердца и мультисистемным воспалительным синдромом. Рассчитан доверительный интервал (95%-й ДИ).

Результаты. За период наблюдения 2020–2021 гг. заболеваемость инфекцией, вызванной SARS-CoV-2, составила до 89,71 случая на 1000 детского населения. Установлено, что среди обследованных аритмии выявлены у 33,95% (95%-й ДИ: 26,71–41,79) лиц. Медиана времени установки аритмии составила 13-й день после перенесенной SARS-CoV-2, интерквартильный размах — 7-й день. Наиболее часто диагностированы тахикардии (72,72% (95%-й ДИ: 59,04–83,86%)), реже — брадикардии 18,18% (95%-й ДИ: 9,08–30,91); единичны случаи вновь выявленной блокады правой ножки пучка Гиса — зарегистрированы у 7,27% (95%-й ДИ: 2,02–17,59). У детей с аритмиями источником ритма был преимущественно синусовый узел, однако у 38,18% (95%-й ДИ: 25,41–52,27) лиц имел место несинусовый ритм, представленный эктопическим ритмом, АВ-диссоциацией, ускоренным предсердным ритмом. Среди тахикардий первое ранговое место занимала синусовая тахикардия (65,0% (95%-й ДИ: 48,32–79,37)), реже — экстрасистолия (32,5% (95%-й ДИ: 18,57–49,13), суправентрикулярная пароксизмальная тахикардия имела место в 2,5% (95%-й ДИ: 0,06–13,16) случаев. В числе брадиаритмий чаще регистрировалась синусовая брадикардия (80,0% (95%-й ДИ: 44,39–97,48)), причем практически у каждого третьего ребенка она была выраженной, менее 10 перцентиля. Равные доли среди брадиаритмий были у атриовентрикулярной и синоаурикулярной блокад (20,0% (95%-й ДИ: 2,5–55,61)), степень выраженности которых была невысокой.

Заключение. Нарушения сердечного ритма у детей после перенесенной новой коронавирусной инфекции регистрируются в 33,95% случаев, преимущественно представлены тахикардиями (65,0% (95%-й ДИ: 48,32–79,37)), реже — брадиаритмиями (18,18% (95%-й ДИ: (9,08–30,91))). Проведение дополнительных исследований в большей по количеству группе может дать более четкое представление о закономерностях, описанных в данной работе.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА ЧЕДИАКА—ХИГАСИ У РЕБЕНКА 3 ЛЕТ

Улуханова Л.У., Ниналалов М.А., Атаева С.М.

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Махачкала, Республика Дагестан, Российская Федерация
ГБУ РД «Республиканский центр инфекционных болезней и СПИД
им. С.М. Магомедова», Махачкала, Республика Дагестан, Российская Федерация

Актуальность. Синдром Чедиака–Хигаси — редкое иммунодефицитное состояние с генерализованной клеточной дисфункцией, с аутосомно-рецессивным типом наследования. Страдают в основном дети раннего возраста, смерть, причиной которой становятся инфекции или злокачественные новообразования, часто наступает до достижения ими возраста 10 лет.

Цель исследования. Мы описываем клинический случай течения инфекционного мононуклеоза, вызванного вирусом Эпштейна–Барр у мальчика 3 лет на фоне редкого наследственного синдрома Чедиака–Хигаси с развитием гемофагоцитарного синдрома.

Пациенты и методы. Больной М., 2019 г.р. поступил в РЦИБ 28.09.2022, на второй день в связи с ухудшением состояния переведен в ОРИТ. Жалобы: повышение температуры до 38,9 °С, слабость, снижение аппетита, увеличение и болезненность подчелюстных и передних шейных лимфоузлов, вздутие живота. Из анамнеза известно, что родители мальчика являются родственниками (троюродные). Ребенок родился от второй беременности, вторых родов, беременность протекала без особенностей, роды — на 39-й нед естественным путем; масса тела при рождении — 3650 г, рост — 52 см. Закричал сразу. Первый ребенок, девочка, со слов мамы здорова. На диспансерном учете у специалистов не состоял. Из анамнеза заболевания известно, что ребенок болеет с 20.09.2022, когда появились вышеуказанные симптомы, получал амбулаторно в/м цефотаксим, дексаметазон без положительной динамики. 27.09.2022 был госпитализирован с диагнозом ОРВИ. При обследовании: в общем анализе крови Нб — 69 г/л, тромбоциты — 71×10^9 , мононуклеары — 11%. Консультирован гематологом: данных за острую гематологическую патологию нет. После консультации инфекциониста ребенок переведен в РЦИБ с диагнозом инфекционный мононуклеоз.

Результаты. Состояние ребенка на момент поступления в РЦИБ: t — 38,7 °С; сатурация — 98%; ЧДД — 24 в мин; Ps — 82 в мин; АД — 95/45 мм рт. ст. Общее состояние ребенка тяжелое, вялый, адинамичный. Кожные покровы бледно-желтушные, с лимонным оттенком, на ладонях и подошвах пальмарная эритема, высыпаний нет. Волосы светло-русые с серебристым оттенком. Лицо одутловатое. Губы сухие, зев гиперемированный, имеются единичные гнойные наложения на миндалинах. Пальпируются увеличенные лимфоузлы: передний шейный лимфоузел слева; подчелюстные; заднешейные; околоушные; подмышечные. Кормление зондовое, содержимое желудка — «кофейная гуща». Сердечные тоны приглушены, ритм правильный. Но, несмотря проводимую терапию (антибактериальные, противогрибковые, инфузионную терапию, препараты иммуноглобулина, респираторную поддержку, трансфузии компонентов крови, мочегонные средства), состояние пациента оставалось тяжелым, ребенок вялый, адинамичный, положение в постели вынужденное, продолжает лихорадить до 38–39 °С. В дальнейшем наблюдалось ухудшение состояния больного в виде прогрессирования анемического, отечно-асцитического, гемофагоцитарного синдрома. УЗИ органов брюшной полости: признаки выраженной гепатоспленомегалии; выраженный метеоризм; признаки холецистита; лимфаденопатия; асцит (жидкость в брюшной полости до 100–120 мл); незначительный выпот в плевральной полости (30 мл). Консультирован хирургом: асцит. Произведен лапароцентез. Эвакуировано около 400 мл жидкости. Установлен дренаж для выведения жидкости. Проведена пункция костного мозга: в миелоидных клетках на всех стадиях созревания обнаружены патогномичные специфические гранулы (аномальные лизосомы), увеличен процент лимфоцитов, в цитоплазме которых встречаются специфические крупные гранулы. По морфологическим признакам можно выставить диагноз — синдром Чедиака–Хигаси. Кровь (ИФА) на ВЭБ-инфекцию: IgG к раннему антигену EA ВЭБ — отрицательно; IgM к капсидному антигену VCA ВЭБ — обнаружено 0,460; IgG к ядерному антигену NA ВЭБ — 0,696. Мазок из носоглотки на ПЦР: обнаружено ДНК вируса Эпштейна–Барр и ДНК ЦМВ. Кровь на ВИЧ — отрицательно; мазок из носоглотки на COVID-19 — отрицательно.

Заключение. На основании клинической картины, анамнестических данных, данных клинико-лабораторного исследования был выставлен заключительный клинический диагноз — E70.3 синдром Чедиака–Хигаси. Сопутствующие диагнозы — B27.0 инфекционный мононуклеоз, вызванный вирусом Эпштейна–Барр, гепатоспленомегалия, асцит, анемия тяжелой степени, тромбоцитопения. Учитывая ранний дебют заболевания у нашего ребенка, яркую клиническую картину, наложение вирусной микст-инфекции, развитие гемофагоцитарного синдрома привели к летальному исходу. Существует единственный радикальный метод лечения — аллогенная трансплантация костного мозга от HLA-идентичных родственников или доноров, совместимых по локусу D. Трансплантация костного мозга, выполненная ребенку, больному синдромом Чедиака–Хигаси, в раннем возрасте, позволяет улучшить его состояние и предотвратить возникновение инфекций.

ДИНАМИКА ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ВИТАМИНА D У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Урумбоева З.О., Каримова Н.И.

*Андижанский государственный медицинский институт, Андижан,
Республика Узбекистан*

Актуальность. Научные исследования бронхиальной астмы (БА) у детей свидетельствуют о том, что дефицит витамина D приводит к повышению риска более тяжелых обострений заболевания и снижению контроля над симптомами БА.

Цель исследования. Определить динамику иммунологических показателей при применении витамина D у детей с БА.

Пациенты и методы. Под нашим наблюдением находилось 36 пациентов в возрасте 5–14 лет с БА, которые проходили лечение в отделении аллергологии. У всех детей была диагностирована персистирующая БА средней степени тяжести. В I группу вошли 18 пациентов, которые получали стандартную базисную терапию (БТ), II группу составили 18 пациентов, получавшие комплексное лечение в сочетании БТ с витамином D. До и после лечения всем пациентам проводилось исследование иммунного статуса.

Результаты. Анализ влияния комплексного лечения на показатели иммунного статуса у обследуемых больных выявил положительный эффект в исследуемых параметрах. К концу курса терапии отмечалось достоверное повышение абсолютного значения CD3⁺- и CD4⁺-лимфоцитов в 1,19 и 1,43 раза по сравнению с данными I группы. Уровень абсолютного значения CD20⁺-лимфоцитов достоверно снизился в 1,3 раза, CD16⁺-лимфоцитов — в 1,25 раза по сравнению с данными I группы. Анализ динамики индекса иммунной регуляции показал повышение показателей до 1,9%, в отличие от показателей в I группе, где он оставался стабильно низким. У детей II группы после проведенного комплексного лечения фагоцитоз нейтрофилов увеличивался до 50,2%. Уровень иммуноглобулинов G, A, M у детей II группы более существенно приблизился к нормативным показателям и составил 815,0; 102,8 и 101,6 мг/% соответственно, в отличие от больных I группы (703,5; 89,2 и 132,3 мг/% соответственно).

Заключение. Применение витамина D в комплексной терапии БА у детей способствует улучшению течения заболевания. Учитывая разносторонние механизмы действия витамина D, под его влиянием в организме происходят определенная коррекция иммунных процессов, уменьшение воспалительного процесса. Витамин D оказывает оптимизирующее влияние на функционирование как неспецифических механизмов защиты, так и адаптивного иммунитета.



ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ УСТОЙЧИВОСТИ К БЕТА-ЛАКТАМНЫМ АНТИБИОТИКАМ ЭНТЕРОБАКТЕРИЙ, ВЫДЕЛЕННЫХ ОТ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

Устюжанин А.В., Маханек А.А., Чистякова Г.Н., Ремизова И.И.

ФГБУ «Уральский НИИ охраны материнства и младенчества»
Минздрава России, Екатеринбург, Российская Федерация

Актуальность. Молекулярно-генетические методы исследования широко распространены в Российской Федерации. Определение механизмов антибиотикорезистентности энтеробактерий является одним из подходов к сдерживанию распространения устойчивости к антибактериальным препаратам.

Цель исследования. Определить частоту встречаемости генетических детерминант blaCTX-M, blaSHV, blaTEM, blaNDM антибиотикорезистентности штаммов энтеробактерий, выделенных от новорожденных детей.

Пациенты и методы. Исследовали 29 штаммов энтеробактерий, продуцирующих бета-лактамазы расширенного спектра (БЛРС), выделенных в 2022 г. из фекалий детей в возрасте от 5 до 48 сут $19,26 \pm 2,69$. *E. coli* (12), *K. pneumoniae* (4), *E. aerogenes* (2), *E. cloacae* (9), *S. freundii* (2). Детекцию генов осуществляли методом ПЦР-РВ с использованием набора Бакрезиста (ДНК-технология, РФ) на амплификаторе «ДТЛайт» (оборудование ЦКП «Инновационный научно-лабораторный центр перинатальной и репродуктивной медицины»).

Результаты. Из 12 штаммов *E. coli* в 5 детектирован ген blaCTX-M, в 4 — blaTEM и в 3 — оба гена одновременно. Из 4 *K. pneumoniae* одновременно 3 гена (blaCTX-M, blaTEM, blaSHV) выявлены в двух случаях. В 1 штамме *K. pneumoniae* выявлено сразу 4 гена blaCTX-M, blaTEM, blaSHV и blaNDM. В 3 штаммах *Ent. cloacae* выявлен blaCTX-M и в 1 — blaCTX-M вместе с blaTEM. В изолятах *Citr. freundii* детектированы по одному гену blaCTX-M и blaSHV. В 1 штамме *K. pneumoniae*, в 2 *Ent. aerogenes* и в 5 *Ent. cloacae* установить ген антибиотикорезистентности не удалось. bla-CTX-M остается, как и в 2021 г., наиболее часто встречающимся геном, обеспечивающим невосприимчивость к антибиотикам среди штаммов энтеробактерий. Сохраняется достаточно большая доля штаммов, в которых не определены генетические детерминанты устойчивости к антибиотикам (27,5%), несмотря на использование коммерческого набора, который позволяет при одной постановке детектировать 14 генов антибиотикорезистентности. Данный факт не позволяет в настоящее время отказаться от определения антибиотикограммы штаммов фенотипическими методами.

Заключение. Выявлено 5 геновариантов штаммов, устойчивых к антибиотикам. *K. pneumoniae* отличается большим набором генов антибиотикорезистентности. В 2022 г. впервые с 2019 г. в НИИ ОММ выявлен ген blaNDM, обеспечивающий устойчивость к резервным препаратам группы карбапенемов. Кишечник новорожденных в период выхаживания на госпитальном этапе колонизируют штаммы, обладающие генетическими детерминантами антибиотикорезистентности, что способствует формированию резистоста кишечного микробиоценоза.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ МЛАДЕНЦА С В₁₂-ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ НА ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ

Ушакова С.А.¹, Перфилова О.В.¹, Волкова Е.П.², Патрашков Д.М.²

¹ ГБУЗ ТО «Тюменский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Тюмень, Российская Федерация

² ГБУЗ Тюменской области «Областная клиническая больница № 1»,
Тюмень, Российская Федерация

Актуальность. Дефицит витамина В₁₂ у детей раннего возраста на грудном вскармливании, как правило, является следствием дефицита данного микроэлемента у матери, проявляется анемией с нередким развитием панцитопении и неврологических нарушений, значимо влияющих на рост и развитие младенца.

Цель исследования. Представление клинического наблюдения для повышения осведомленности врачей-педиатров в отношении диагностики витамин-В₁₂-дефицитной анемии у младенцев на грудном вскармливании.

Пациенты и методы. Проведен анализ истории болезни пациента К., 6 мес, включая данные анамнеза, клиническую картину лабораторных и инструментальных методов исследования.

Результаты. Доношенный мальчик от первой беременности, протекавшей на фоне анемии легкой степени тяжести, от первых самостоятельных родов. Масса тела при рождении — 2950 г. Оценка по шкале APGAR — 8/9 баллов. Весь период беременности и грудного вскармливания мать ребенка придерживалась низкокалорийной диеты с ограничением продуктов из красного мяса. До 6 мес ребенок получал исключительно грудное вскармливание. С 4 мес отмечалась недостаточная прибавка в весе без коррекции питания. С 5,5 мес у младенца появились вялость, сонливость, мышечная гипотония. Ребенок был экстренно госпитализирован в отделение гематологии. Лабораторное обследование выявило анемию тяжелой степени, гиперхромную, макроцитоз, анизопокилоцитоз эритроцитов, нейтропению, тромбоцитопению. В сыворотке крови показатели железа, фолиевой кислоты находились в пределах референсных значений, определены крайне низкие значения витамина В₁₂ — 50 пг/мл. По данным морфологического исследования костного мозга злокачественный характер заболевания был исключен. При проведении нейросонографии патологических изменений не обнаружено. На фоне терапии раствором цианокобаламина отмечен значительный регресс гематологических нарушений и неврологической симптоматики у пациента.

Заключение. В₁₂-дефицитная анемия — не частая патология в практике врача-педиатра. Неполноценный рацион беременной и кормящей женщины с ограничением мясных продуктов создает предпосылки для развития В₁₂-дефицитной анемии у младенца. Внимание врача-педиатра к диете кормящей женщины, объективная оценка физического развития ребенка, адекватное вскармливание со своевременным введением прикормов являются ключевым звеном в профилактике развития В₁₂-дефицитной анемии у ребенка первого года жизни.

ОСТРЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ: МЕДИЦИНСКАЯ ИЛИ СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

Файзуллина Р.М., Санникова А.В., Шангареева З.А., Чернышева А.Е.,
Сафина Е.Е., Урманцева А.Ф., Гребнева Л.В., Фугина Л.Д., Шаверская А.Г.

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»,
Республика Башкортостан, Уфа, Российская Федерация
ГБУЗ РБ «Городская детская клиническая больница № 17», Уфа,
Республика Башкортостан, Российская Федерация

Актуальность. Острые отравления у детей являются медицинской и социально значимой проблемой современного общества, сопровождаются развитием тяжелой интоксикации и могут привести к летальному исходу. Особого внимания заслуживают случаи преднамеренного отравления у детей-подростков.

Цель исследования. Изучить причины острых отравлений у детей, госпитализированных в стационар, в зависимости от возраста.

Пациенты и методы. Проведено ретроспективное исследование 53 историй болезни (форма № 003/у) детей в возрасте от 0 до 18 лет, госпитализированных в Городскую детскую клиническую больницу № 17 г. Уфы с диагнозом острое отравление (код МКБ-10 — T42, T45, T50, T51, T52, T65) в 2022 г. Изучались причины наступления отравления у детей в зависимости от возраста, тяжесть состояния и исход заболевания. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием программы Statistica 10.0.

Результаты. Среди госпитализированных детей с острым отравлением девочек было 56,6% ($n = 30$), мальчиков — 43,4% ($n = 23$). Дети в возрасте 0–3 лет составили 13,2% ($n = 7$); 4–7 лет — 3,8% ($n = 2$); 7–11 лет — 5,6% ($n = 3$); 12–18 лет — 77,4% ($n = 41$). Средняя продолжительность пребывания в стационаре составила $2,2 \pm 1,17$ дня. Более чем у половины детей ($n = 29$; 54,7%) состояние при поступлении было расценено как тяжелое, что потребовало госпитализации в отделение реанимации и интенсивной терапии, 24 ребенка (45,3%) были госпитализированы в педиатрическое отделение. В большинстве случаев отравление наступило после приема медикаментов (39,6%), алкогольных напитков (35,8%), у 5,7% детей было выявлено отравление алкоголем и медикаментами, отравление неустановленной этиологии отмечалось у 9,4% детей. В единичных случаях встречалось отравление энергетиками, бензином, лимонной кислотой, средством от комаров, угарным газом (по 1,9%). Причинами острых отравлений у детей стали: с целью опьянения (43,4%); попытка суицида (22,6%); случайный прием (17,0%); с целью похудения (1,9%); в 15,1% случаев причину отравления установить не удалось. У 53,7% подростков причиной отравления был прием алкоголя, у 32,1% — преднамеренный прием медикаментов; в 29,3% случаев — с целью суицида.

Заключение. Острые отравления в детском возрасте являются частой причиной госпитализации в стационар, угрожают жизни детей и требуют реанимационных мероприятий. В большинстве случаев отравления встречаются у детей старше 12 лет, что связано с преднамеренным употреблением спиртных напитков и/или медикаментов с целью опьянения или суицида. Подобная статистика призывает обратить внимание на детей данной возрастной группы, родители, представители учреждений образования и здравоохранения должны активно проводить с детьми подросткового возраста профилактические беседы.

ОРГАНИЗАЦИОННАЯ СТРУКТУРА ЕДИНОГО ИНФОРМАЦИОННОГО ПРОСТРАНСТВА ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ШКОЛЬНИКОВ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Филькина О.М., Воробьева Е.А., Румянцева Т.В.

*ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова»
Минздрава России, Иваново, Российская Федерация*

Актуальность. Формирование здорового образа жизни подростков в образовательных организациях требует создания единого информационного пространства на межведомственном уровне для единого понимания и единых подходов к информированию медицинскими, педагогическими работниками и волонтерами.

Цель исследования. Создание организационной структуры единого информационного пространства формирования здорового образа жизни школьников в образовательной организации.

Пациенты и методы. Объектом исследования явились 146 образовательных организаций г. Иваново и Ивановской области. Использовались информационно-аналитические методы, системного и ситуационно-анализа, организационное моделирование, экспертный, организационного эксперимента, статистический.

Результаты. В образовательной организации структура единого информационного пространства формируется под руководством ее руководителя. Информационный ресурс создается как общая информационная база методистами, медицинскими работниками, педагогами, психологами, преподавателями физической культуры и др., которая содержит специфические информационные блоки по конкретным темам, связанные между собой в едином информационном пространстве образовательной организации и доступные всем ее потребителям. В структуре единого информационного пространства образовательной организации созданы: информационно-методический центр в составе школьных кабинетов здоровья (для повышения информированности педагогов, медицинских работников, волонтеров, школьников и родителей о здоровом образе жизни) с кабинетом дистанционного информирования посредством интернет-связи с другими школами и областным центром здоровья школьников; волонтерские отряды, распространяющие информацию среди обучающихся; кабинет самооценки здоровья с автоматизированной программой для подростков 15–17 лет в целях повышения знаний школьников о своем здоровье и мотивирования на его формирование.

Заключение. Единое информационное пространство по формированию здорового образа жизни школьников в образовательной организации обеспечивает создание единой базы информационных материалов, обеспечивающей единую интерпретацию и понимание, с доступом к ней всех потребителей — педагогов, медицинских работников, волонтеров, школьников, родителей, с использованием автоматизированных программ, прямой и обратной интернет-связи для взаимодействия с другими школами и областным центром здоровья школьников.

САМООЦЕНКА ИНФОРМИРОВАННОСТИ И ТРУДНОСТЕЙ СОБЛЮДЕНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ПОДРОСТКАМИ 15–17 ЛЕТ

Филькина О.М., Кочерова О.Ю., Воробьева Е.А., Долотова Н.В.

ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова»
Минздрава России, Иваново, Российская Федерация

Актуальность. Ценность здоровья в глазах современных подростков достаточно низка, отсутствуют необходимые для его поддержания навыки и знания, нет понятия о факторах риска и саморазрушающем поведении. Низкая мотивация здоровья у подростков является одним из главных препятствий в формировании здорового образа жизни.

Цель исследования. Изучить информированность и трудности соблюдения здорового образа жизни (ЗОЖ) подростков 15–17 лет.

Пациенты и методы. По разработанной нами анкете «Информированность подростков о здоровом образе жизни» проведено анкетирование 245 подростков 15–17 лет (133 девушки, 112 юношей), обучающихся в общеобразовательных школах г. Иваново.

Результаты. На вопрос анкеты: «Знаешь ли ты, что такое здоровый образ жизни?» 80% респондентов ответили, что «знаю хорошо», 16,2% «знаю неплохо» и только 3,8% «знаю, но недостаточно». Половина подростков (49,7%) не хотели бы узнать больше по этому вопросу. При этом соблюдают ЗОЖ только 35,5% подростков, 12,1% не соблюдают, 52,4% соблюдают не полностью. Причинами несоблюдения ЗОЖ 48,8% назвали отсутствие желания, 18,4% — недостаток времени; 16,3% — денег; 12,2% — специальных условий. Из сложностей в соблюдении ЗОЖ девочки чаще, чем мальчики, называют: соблюдение режима дня, сон — не менее 8–9 ч в сутки (74,2 и 54,4% соответственно; $p < 0,05$); более редкое использование компьютера (74,2 и 52,2% соответственно; $p < 0,05$); правильное питание (49,5 и 34,4% соответственно; $p < 0,05$); достаточно находиться на свежем воздухе (39,8 и 24,4% соответственно; $p < 0,05$); адекватно общаться со сверстниками и взрослыми (31,2 и 15,6% соответственно; $p < 0,05$). Одинаково часто мальчики и девочки отмечают трудности в обращении к специалистам (врачам, психологам) — 31,1 и 24,7% соответственно; соблюдении оптимального двигательного режима (23,3 и 34,4% соответственно), проведении оздоровительных мероприятий (16,7 и 24,7% соответственно).

Заключение. При высокой самооценке информированности по вопросам ЗОЖ только треть подростков его соблюдают, многие, особенно девочки, признаются в трудностях его соблюдения. Для преодоления этих трудностей важно повышать не только информированность, но и осознание подростками значимости ЗОЖ.

ФЕНОТИПЫ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Хоха Р.Н.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно,
Республика Беларусь

Актуальность. БА — чрезвычайно гетерогенное заболевание, включающее несколько различных фенотипов. Под фенотипами БА у детей следует понимать выделение отдельных когорт пациентов с возрастными, патогенетическими и клиническими особенностями.

Цель исследования. Идентифицировать фенотипы бронхиальной астмы (БА) у детей для прогнозирования риска обострений астмы и разработки персонализированной базисной противовоспалительной терапии.

Пациенты и методы. Обследовано 119 детей с БА в возрасте 5–17 лет, которые находились в педиатрическом отделении УЗ «ГДОКБ». Для идентификации фенотипов применяли кластерный анализ. В анализ включали клинические, лабораторные, функциональные показатели, объем получаемой базисной терапии. Статистическая обработка полученных данных выполнена с использованием пакета программ Statistica for Windows v. 6.0 (StatSoft Inc., США). Результаты считались значимыми при уровне $p < 0,05$.

Результаты. Идентифицировано пять фенотипов (кластеров) БА у детей. Кластер 1: дети младшего школьного возраста, преимущественно мальчики ($p < 0,05$), низкий ИМТ, атопия, эозинофилия назального секрета, триггер — аллергены, один препарат базисной терапии, диагноз БА выставлен в возрасте старше 5 лет. Кластер 2: дети старшего школьного возраста, с одинаковой частотой мальчики и девочки ($p > 0,05$), атопия, эозинофилия назального секрета, незначительные нарушения функциональных показателей, триггер — аллергены, один препарат базисной терапии, диагноз БА выставлен в возрасте старше 12 лет. Кластер 3: дети младшего школьного возраста, преобладают девочки ($p < 0,05$), низкий ИМТ, эозинофилия назального секрета, умеренно выраженные нарушения функциональных показателей, риск обострения БА, триггер — смешанный (аллерген + инфекция и/или физическая нагрузка), два и более препарата базисной терапии, диагноз БА выставлен в возрасте старше 5 лет. Кластер 4: дети старшего школьного возраста, преобладают мальчики, атопия, 35,29% ожирение, эозинофилия назального секрета, триггер — аллергены, один препарат базисной терапии, диагноз БА выставлен в возрасте до 5 лет. Кластер 5: дети младшего школьного возраста, преимущественно мальчики, атопия, эозинофилия периферической крови и назального секрета, выраженные нарушения функциональных показателей, риск обострения БА, два, три и более препарата базисной терапии, диагноз БА выставлен в возрасте до 5 лет.

Заключение. У детей с БА идентифицировано пять фенотипов, которые могут быть использованы для прогноза риска обострения и персонализации терапии: фенотип 1 — преимущественно атопическая, с поздним дебютом и нормальными функциональными параметрами; фенотип 2 — преимущественно атопическая, с поздним дебютом и пограничными нарушениями функциональных параметров; фенотип 3 — преимущественно неатопическая, с ранним дебютом, преобладанием девочек и умеренно выраженными нарушениями функциональных параметров; фенотип 4 — преимущественно атопическая, с ранним дебютом и нормальными функциональными параметрами; фенотип 5 — преимущественно атопическая, с ранним дебютом и выраженными нарушениями функциональных параметров.

ДИСПЛАЗИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ

Цымбал А.А.¹, Арсентьев В.Г.²

¹ СПб ГБУЗ «Детский городской многопрофильный клинический центр высоких медицинских технологий им. К.А. Раухфуса», Санкт-Петербург, Российская Федерация

² ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Минобороны России, Санкт-Петербург, Российская Федерация

Актуальность. Дисплазия соединительной ткани (ДСТ) имеет полигенную природу, характеризуется гетерогенностью и широким клиническим полиморфизмом проявлений, объединенных в синдромы и фенотипы. У детей страдают все органы и системы, в состав которых входит соединительная ткань.

Цель исследования. Выявление ДСТ и повышенной диспластической стигматизации (пДС) у пациентов детского пульмонологического отделения с синдромом бронхиальной обструкции, оценка влияния ДСТ на характер жалоб и течение заболевания.

Пациенты и методы. По единой методике — таблице диагностических признаков ДСТ, разработанной В.Г. Арсентьевым, осмотрено 380 детей в возрасте от 2 до 17 лет 11 мес и 30 дней, поступивших в пульмонологическое отделение. Выделены три группы: пациенты с ДСТ — 172 (45%) ребенка; с пДС — 111 (29%); дети без признаков ДСТ — 97 (26%). ДСТ чаще выявляется в возрасте от 6 до 14 лет, медиана — 9 лет ($p = 0,006$) и не связана с полом.

Результаты. Осмотрено 380 детей в возрасте от 2 до 17 лет 11 мес и 30 дней. Выделены три группы: пациенты с ДСТ — 172 (45%) ребенка, с пДС — 111 (29%) и дети без комплекса признаков ДСТ — 97 (26%). Всего пациентов с бронхиальной астмой — 309, с облитерирующим бронхитом — 18, с рецидивирующим бронхитом — 42. Бронхоэктазы выявлены у детей с рецидивирующим бронхитом (6 пациентов), у пациентов с облитерирующим бронхитом тяжелого течения (исход БЛД — 2). У пациентов с неконтролируемым течением бронхиальной астмы (средней степени тяжести и тяжелой — 2) и у одного пациента с синдромом Вильямса-Кемпбелла (гистологическое заключение после проведенной лобэктомии). У детей с ДСТ и пДС выявлены тяжелые ортопедические состояния — сколиоз II и III степеней и деформация грудной клетки II и III степеней. Жалобы на чувство нехватки воздуха предъявляли 56 (32,6%) пациентов группы с ДСТ, в то время как у пациентов с пДС — 24 (21,6%), в группе без ДСТ — 7 (7,2%) ($p < 0,001$), используемый метод — χ^2 .

Заключение. Удельная доля пациентов с повышенной диспластической стигматизацией и ДСТ в пульмонологическом отделении высока. Признаки ДСТ у детей с рецидивирующим бронхообструктивным синдромом целесообразно рассматривать не только как фоновую патологию, но и как дополнительный прогностический фактор, требующий особых подходов к диагностике, лечению и реабилитации затяжных и хронических заболеваний бронхолегочной системы.

ЭОЗИНОФИЛЬНЫЙ ЭЗОФАГИТ У ДЕТЕЙ: НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ

Чеченкова Е.В.¹, Саванович И.И.², Ильюшкин А.Н.³

¹ УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель,
Республика Беларусь

² УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск,
Республика Беларусь

³ Гомельская областная детская клиническая больница, Гомель,
Республика Беларусь

Актуальность. Среди заболеваний пищевода эозинофильный эзофагит (ЭоЭ) занимает второе место по распространенности после гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) и является главной причиной дисфагии и острых эпизодов вклинения пищи в пищевод у детей.

Цель исследования. Изучить проблему приверженности диетотерапии у пациентов с ЭоЭ.

Пациенты и методы. В исследование было включено 34 пациента в возрасте от 2 до 18 лет с установленным диагнозом ЭоЭ. Проанализировали результаты анкетирования детей, которым было проведено комплексное клиничко-лабораторно-инструментальное исследование. Главный критерий установления диагноза ЭоЭ — не менее 15 эозинофилов в одном или нескольких биоптатах в поле зрения микроскопа высокого разрешения ($\times 400$).

Результаты. Из общего количества выявленных случаев 26 были мальчики (76,47%; 58,83–89,25) и 8 — девочки (23,53%; 10,75–41,17). Средний возраст пациентов составил $12,20 \pm 4,16$ года. По данным анкетирования всем пациентам была назначена диета с исключением шести продуктов: молока, пшеницы, яиц, рыбы (и морепродуктов), сои, орехов. С родителями была проведена убедительная беседа о необходимости диетотерапии, налажена комплаентность выполнения диетических рекомендаций. По результатам анкетирования установлено, что наибольшую проблему в реализации диетотерапии вызвал отказ от употребления пшеницы (93%); менее «болезненным» был отказ от молока (54%) и от яиц (34%). Лишь 3% респондентов высказали проблему отказа от рыбы и морепродуктов, а также 2% — отказа от орехов. Учитывая отсутствие сои в рационе детей, не было зарегистрировано случаев проблемного отказа от данного продукта.

Заключение. Эозинофильный эзофагит с точки зрения диетотерапии представляет собой сложную проблему, поскольку требует элиминации ряда продуктов. Необходимо учитывать семейные традиции и предпочтения в еде, приверженность к диетотерапии. Повысить комплаентность выполнения диетических рекомендаций помогут убедительные беседы с родителями, формирование доверительных отношений между пациентами и медицинским персоналом.

ОСОБЕННОСТИ РОЖДАЕМОСТИ В ХАБАРОВСКОМ КРАЕ ЗА 2012–2021 ГГ.

Чернышева Н.В., Молочный В.П.

*ФГБОУ ВО «Дальневосточный государственный медицинский университет»
Минздрава России, Хабаровск, Российская Федерация*

Актуальность. Важным показателем оценки здоровья и численности населения является показатель рождаемости. Особое значение он имеет для закрепления на месте проживания населения Дальневосточного региона.

Цель исследования. Изучение динамики рождаемости населения Хабаровского края (ХК) в сравнении с аналогичными показателями Российской Федерации (РФ) и Дальневосточного федерального округа (ДФО) за последние 10 лет с целью оценки эффективности мер по улучшению жизни населения

Пациенты и методы. Проведен анализ демографических тенденций относительно динамики показателей рождаемости населения ХК за 2012–2021 гг. путем использования показателей, отраженных в сборниках статистических материалов Росстата за 2012–2021 гг. Сравнивались показатели, рассчитанные на 1 тыс. населения в соответствующий период времени.

Результаты. В ХК, как в РФ и в ДФО, прослеживается четкая тенденция к уменьшению рождаемости. В последние годы темпы снижения данного показателя достигли максимальных значений. Показатель рождаемости в ХК за 2012–2021 гг. колебался в пределах 10,2–14,3‰, составляя в среднем 12,45‰, что соответствует низкому уровню показателя рождаемости. Минимальный уровень рождаемости 10,6‰ и 10,2‰ наблюдался в 2020–2021 гг., в период пандемии новой коронавирусной инфекции. Естественная убыль населения ХК в 2021 г. достигла самого высокого показателя (–6,6). Темп убыли рождаемости в ХК в 2021 г. относительно 2012 г. составил –26,1%, а относительно предыдущего 2020 г. –3,8%. В РФ и ДФО наблюдалась аналогичная ситуация: показатель рождаемости населения за тот же период относился к низкому уровню (11,79 и 12,59‰). В то же время средний показатель рождаемости по ХК был выше общероссийского на 0,66‰ (12,45 и 11,79‰ соответственно), а при сравнении с аналогичным показателем ДФО он был ниже на 0,14‰ (12,45 и 12,59‰ соответственно).

Заключение. Проведенный анализ динамики показателя рождаемости населения в 2012–2021 гг. свидетельствует о том, что снижение рождаемости регистрировалось повсеместно — в ХК, ДФО и РФ. Очевидно, что пандемия новой коронавирусной инфекции внесла свой дополнительный вклад в динамику показателя общего уровня рождаемости в ХК, который продолжает убывать. Существующая медико-демографическая обстановка на территории ХК позволяет определить наиболее уязвимые составляющие демографических проблем и попытаться разработать план первоочередных задач по преодолению наметившихся тенденций.



ПРОГРАММНО-ЦЕЛЕВОЙ ПОДХОД К ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ В ПЕРИОД ДЕСЯТИЛЕТИЯ ДЕТСТВА В РОССИИ

Чичерин Л.П., Щепин В.О.

ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко»,
Москва, Российская Федерация

Актуальность. Установленное на период 2018–2027 гг. Указом Президента РФ Десятилетие детства (ДД), имеющее целью совершенствование государственной политики в сфере защиты подрастающего поколения, требует научного обоснования комплекса соответствующих предложений.

Цель исследования. Осуществить комплексное исследование роли программно-целевого подхода в деле охраны здоровья подрастающего поколения, защиты семьи на этапах СССР — Российская Федерация, включая период ДД в России.

Пациенты и методы. Изучены трансформация и вклад программного планирования в охрану здоровья детей, укрепление института семьи. Показаны предварительные итоги и ход реализации начиная с 2018 г., цели Указа Президента РФ об объявлении ДД. Применен комплекс современных методов социально-гигиенического и организационного исследования: аналитический, статистический, системного анализа, изучения опыта, контент-анализ, метод экспертной оценки, монографический и др.

Результаты. Мониторинг реализуемых в соответствии с распоряжениями Правительства РФ этапных планов основных мероприятий, проводимых в рамках объявленного Указом Президента РФ ДД на период до 2020 г., в дальнейшем — с 2021 по 2027 г. Анализ свидетельствует об обоснованности при проведении ДД учета специфики подготовки и выполнения положений новаторского, не знающего прецедента в истории нашей страны документа — Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012–2017 гг. и достигнутых результатов. Планы ДД включают 131 позицию по 15 разделам, в том числе обеспечение и защита прав и интересов детей, их безопасности; развитие физкультуры и спорта; качественные детские товары и продукты питания и пр. И Стратегия, и ДД позволили развернуть экономическую, социальную, финансовую политику в сторону детей и семьи как приоритет повседневной деятельности. Выстроена развитая система правового регулирования. Это направлено на улучшение демографической ситуации, усиление охраны материнства и детства, института семьи, защиты здоровья и прав подрастающего поколения.

Заключение. Согласно анализу, приверженность к зарекомендовавшему себя еще на этапах СССР — Российская Федерация, активно и преемственно осуществляемому программно-целевому методу в государственной охране детства, защите семьи получила свое дальнейшее развитие и при реализации мер Десятилетия детства. Подобный подход при всех складывающихся трудностях является залогом успешного межведомственного взаимодействия с привлечением общественных организаций поэтапного решения поставленных задач, достижения ожидаемых результатов.

ВОПРОСЫ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ ГРИППА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

Чудакова Т.К., Раскина Е.Е., Зубаилова Р.Г.

ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, Саратов, Российская Федерация

Актуальность. Среди острых респираторных вирусных заболеваний грипп является наиболее тяжелой инфекцией по клиническим проявлениям, частоте осложнений и неблагоприятным исходам. В период пандемии COVID-19 одновременное поражение дыхательных путей вирусами гриппа и SARS-CoV-2 может приводить к более тяжелому течению заболевания и повышать риск развития осложнений.

Цель исследования. Оценить степень информированности и приверженности к вакцинопрофилактике гриппа у врачей детской поликлиники, подростков и родителей пациентов детской поликлиники.

Пациенты и методы. Произведен анализ анкетирования врачей ГУЗ «СГДП № 8» (30 человек), подростков (30 человек) и родителей пациентов детской поликлиники (100 человек) в 2022 г.

Результаты. По результатам исследования показатель информированности о вхождении вакцины против гриппа в Национальный календарь профилактических прививок России (НКПП) среди врачей детской поликлиники составил 97%, у родителей и подростков показатели информированности были значительно меньше — 33 и 23% соответственно. Приверженность вакцинопрофилактике против гриппа у врачей детской поликлиники составила 100% и значительно отличалась у родителей и подростков — 74 и 63% соответственно. Показатель охвата вакцинопрофилактикой против гриппа у детей в ГУЗ «СГДП № 8» в 2022 г. составил 66%, в том числе: у детей в возрасте от 6 мес до 3 лет — 10%; у детей в возрасте от 3 до 6 лет — 41%; среди школьников в возрасте от 7 до 17 лет — 83%; у подростков, обучающихся в ПТУ и техникумах, в возрасте от 15 лет до 17 лет — 12%.

Заключение. У врачей детской поликлиники отмечены высокие показатели информированности и приверженности вакцинопрофилактике против гриппа; более низкие показатели информированности и приверженности к вакцинации против гриппа выявлены среди подростков и родителей. В период пандемии COVID-19 для повышения доли охвата детей и подростков вакцинопрофилактикой против гриппа необходимо усилить санитарно-просветительную работу среди подростков и родителей.

КЛИНИЧЕСКИЕ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГРИППА У ДЕТЕЙ Г. САРАТОВА В 2022 Г.

Чудакова Т.К., Раскина Е.Е., Красникова В.В.

ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, Саратов, Российская Федерация

Актуальность. Грипп — одна из самых актуальных проблем здравоохранения. Эпидемии гриппа ежегодно приводят к значительному росту заболеваемости среди взрослых и детей и наносят значительный ущерб экономике страны.

Цель исследования. Изучить клинические и эпидемиологические особенности гриппа у детей г. Саратова, госпитализированных в 2022 г.

Пациенты и методы. Под наблюдением находилось 50 детей в возрасте от 1 мес до 17 лет, госпитализированных с диагнозом грипп в ГУЗ «СОИКД им. Н.Р. Иванова» в ноябре–декабре 2022 г. Мальчиков было 23 (46%), девочек — 27 (54%). Этиологический диагноз установлен методом ПЦР носоглоточных смывов.

Результаты. В этиологической структуре у больных преобладал грипп А (H1N1/09) pd — 46 (92%) случаев, грипп В — у 4 (8%). В возрастной структуре больных дети первого года жизни составили 11 (22%) пациентов, дети в возрасте от 1 года до 3 лет — 12 (24%), дети в возрасте от 4 до 6 лет — 13 (26%) больных, дети старше 7 лет — 14 (28%). Все госпитализированные дети не были вакцинированы от гриппа. Тяжелая форма гриппа установлена у 5 (10%) пациентов, среднетяжелая форма — у 45 (90%). У всех больных тяжелой формой гриппа была выявлена фоновая патология. Клиническими особенностями гриппа у детей были высокая частота развития гипертермического синдрома (60% случаев) и поражения нижних дыхательных путей (75% случаев). Бронхит диагностирован у 55% больных, пневмония — у 20%. У детей раннего возраста отмечен кишечный (20%) и ацетонемический (20%) синдромы. У больных тяжелой формой выявлен синдром рабдомиолиза (4% больных), геморрагический синдром (2% больных), нейротоксикоз (2%), токсическая нефропатия (2%). Продолжительность симптомов интоксикации у больных гриппом составила $4,9 \pm 0,6$ сут, катаральных симптомов — $6,2 \pm 0,6$ сут, лихорадки — $4,5 \pm 0,5$ сут, кишечного синдрома — $3,1 \pm 0,5$ сут. Заболевание закончилось выздоровлением у всех детей.

Заключение. Особенности гриппа в 2022 г. явилось преобладание в возрастной структуре госпитализированных больных детей первых пяти лет жизни. Среди госпитализированных детей с подтвержденным диагнозом гриппа никто не был вакцинирован в данном сезоне. В этиологической структуре у больных гриппом в 2022 г. преобладал грипп А (H1N1/09) pd. Клиническими особенностями гриппа у детей были гипертермический синдром (60% больных) и высокая частота поражения нижних дыхательных путей (75% больных).

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 У ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ СТАЦИОНАРНЫХ НАБЛЮДЕНИЙ

Чудакова Т.К., Раскина Е.Е., Погосян А.С.

ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России,
Саратов, Российская Федерация

Актуальность. Новая коронавирусная инфекция COVID-19 занимают ведущее место в структуре инфекционной заболеваемости населения в 2022 г.

Цель исследования. Изучить клинические особенности COVID-19 у детей, госпитализированных в инфекционные стационары г. Саратова в 2022 г.

Пациенты и методы. Под нашим наблюдением находилось 100 больных COVID-19 в возрасте от 2 мес до 17 лет, госпитализированных в ГУЗ ДИКБ № 5 г. Саратова и СОИКБ им. Н.Р. Иванова. Мальчиков было 60 (60%), девочек — 40 (40%). Диагноз у больных установлен при выделении РНК SARS-CoV-2 из носоглоточных смывов методом ПЦР.

Результаты. Среди госпитализированных больных COVID-19 дети первого года жизни составили 16 (16%) пациентов, в возрасте от 1 года до 6 лет — 24 (24%), в возрасте от 7 до 14 лет — 25 (25%), пациенты в возрасте от 15 до 17 лет — 35 (35%). Контакты с больными COVID-19 или респираторными инфекциями в семье, детском саду или школе были выявлены у 77% пациентов. Тяжелая форма COVID-19 установлена в 5 (5%) случаев, среднетяжелая форма — в 80 (80%), легкая форма — в 15 (15%) случаях. Сопутствующие заболевания и фоновая патология выявлены у 37 (37%) больных, 5 (5%) пациентов относились к группе часто болеющих детей. Клиническими особенностями COVID-19 у детей были: лихорадка (97% больных); вялость и снижение аппетита (87% больных); поражение верхних дыхательных путей в виде фарингита (52%) и ринофарингита (31%); высокая частота поражения нижних дыхательных путей (60% больных), в большинстве случаев в виде пневмонии (40%) и реже бронхита (20%). Экзантема у больного COVID-19 отмечена в 1 (1%) случае, кишечный синдром — в 15%, детский мультисистемный воспалительный синдром — в 2% случаев. Продолжительность симптомов интоксикации у больных COVID-19 составила $6,15 \pm 0,5$ сут, кашля — $11,38 \pm 1,3$ сут, лихорадки — $5,2 \pm 1,4$ сут. Заболевание закончилось выздоровлением у всех больных.

Заключение. Новая коронавирусная инфекция COVID-19 у госпитализированных детей в большинстве случаев протекала в среднетяжелой форме. Среди больных с COVID-19 большинство составили дети школьного возраста. Летальных исходов у детей не было.

РОЛЬ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ИНДЕКСОВ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ

Шабалов А.М.¹, Гриневич В.Б.¹, Сокольникова В.В.², Арсентьев В.Г.¹

¹ ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова»

Минобороны России, Санкт-Петербург, Российская Федерация

² Детский санаторий «Березка», Санкт-Петербург, Российская Федерация

Актуальность. Высокая распространенность и продолжающийся рост избыточного веса и ожирения у детей — важные проблемы в педиатрической практике. Нарушения гомеостаза при ожирении у детей несут в себе риски возникновения коморбидной патологии — стеатоза печени, артериальной гипертензии, сахарного диабета 2 типа и требуют оптимизации подходов к ранней диагностике и коррекции выявленных метаболических нарушений.

Цель исследования. Оценить диагностическую значимость ряда антропометрических индексов в ранней диагностике метаболических нарушений (инсулинорезистентности, углеводного и липидного видов обмена веществ).

Пациенты и методы. Обследовано 18 детей в возрасте 11–15 лет с экзогенно-конституциональным ожирением I–III степеней тяжести. Из них было 8 мальчиков (44,4%) и 10 девочек (55,6%), средний возраст — 12,5 лет (11,9; 13,1). Пациенты находились на обследовании и лечении в детском санатории «Березка» (Ленинградская область) в течение 2 мес. Критерии исключения: вторичный генез ожирения (гипоталамическое ожирение, ожирение при нейроэндокринных заболеваниях, ятрогенное ожирение, синдромальное ожирение), наличие острых и обострение хронических заболеваний. Всем пациентам проведено клиническое обследование, антропометрия (рост, масса тела, индекс массы тела, индекс окружности талии / рост, индекс талия/бедро, окружность шеи, плеча, бедра и голени), лабораторно-инструментальное исследование (клинический анализ крови, уровень глюкозы, липидограмма, инсулин, расчет индекса инсулинорезистентности НОМА) при поступлении и через 35–40 дней после проведенного лечения. Стандартное лечение включало в себя режим, диетотерапию, ЛФК, ФТЛ, по показаниям — желчегонную и полиферментную терапию, 8 (44,4%) детей получали пребиотическую коррекцию. Статистический анализ проводился с использованием программы StatTech v. 2.8.8 (разработчик — ООО «Статтех», Россия). При оценке диагностической значимости количественных признаков для прогнозирования определенного исхода применялся метод анализа ROC-кривых. Разделяющее значение количественного признака в точке cut-off определялось по наивысшему значению индекса Юдена.

Результаты. Пороговое значение индекса окружности талии / рост в точке cut-off составило для показателей уровня холестерина, инсулина, индекса инсулинорезистентности 0,50. Более высокое значение данного показателя соответствовало повышенному уровню холестерина (чувствительность (*Se*) — 61,6%; специфичность (*Sp*) — 66,7%; *AUC* — 0,577 ± 0,182), инсулина (*Se* — 55,6%; *Sp* — 100,0%; *AUC* — 0,722 ± 0,134) и индекса инсулинорезистентности НОМА (*Se* — 46,7%; *Sp* — 100,0%; *AUC* — 0,600 ± 0,316). Пороговое значение окружности талии / рост в точке cut-off соответствовало повышенному значению коэффициента атерогенности при уровне 0,53.

Пороговое значение индекса талия/бедро в точке cut-off, которое соответствовало повышенному уровню коэффициента атерогенности, составило 0,81 (*Se* — 63,6%; *Sp* — 60,0%; *AUC* — 0,600 ± 0,153).

Пороговое значение индекса талия / бедро в точке cut-off, соответствующее повышенному уровню холестерина (*Se* — 53,8%; *Sp* — 66,7%; *AUC* — 0,564 ± 0,193) и инсулина (*Se* — 53,8%; *Sp* — 66,7%; *AUC* — 0,564 ± 0,193), составило 0,83. Пороговое значение индекса талия/бедро в точке cut-off, соответствующее повышенному уровню индекса инсулинорезистентности НОМА, составило 0,86 (*Se* — 80,0%; *Sp* — 100,0%; *AUC* — 1,000 ± 0,00). Установлена положительная корреляционная связь средней силы до проведенного лечения ($r_{xy} = 0,581$; $p = 0,018$) между постпрандиальным уровнем глюкозы и индексом окружности талии/рост.

Заключение. Для ранней диагностики метаболических нарушений у детей с ожирением актуально более широкое применение в педиатрической практике удобных антропометрических индексов — окружность талии / рост и индекс талия/бедро, не требующих применения центильных и сигмальных таблиц и являющихся прогностическими показателями.

НАРУШЕНИЯ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ В МОЧЕ, СВЯЗАННЫЕ С МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ У ПЕДИАТРИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Шамансурова Э.А., Абдуразакова Ш.А.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент,
Республика Узбекистан*

Актуальность. Мочекаменная болезнь поражает человечество на протяжении тысячелетий. Было обнаружено, что распространенность мочекаменной болезни в течение жизни составляет 10% у мужчин и 4% у женщин, при этом вероятность наличия камня варьируется в зависимости от возраста, пола, расы и географического положения. Распространенность нефролитиаза у североамериканских детей колеблется в широких пределах и составляет 1 случай на 1000 — 1 случай на 7600 госпитализаций детей, что составляет одну десятую от того, что наблюдается у взрослых. Сообщалось, что частота рецидивов камней в детском возрасте составляет 6,5–54% со средним интервалом до рецидива 3–6 лет. Только у 1–5% детей с урологическими отклонениями развиваются камни, что свидетельствует о сопутствующей метаболической аномалии у пациентов, которая предрасполагает к образованию камней. Дети нуждаются во всестороннем метаболическом обследовании.

Цель исследования. Выявить нарушения обмена веществ в моче у педиатрических пациентов с мочекаменной болезнью и лучше понять взаимосвязь возрастных, демографических и антропометрических переменных с нарушениями обмена веществ в моче, тесно связанными с мочекаменной болезнью.

Пациенты и методы. Мы провели описательное перекрестное исследование, в которое были включены пациенты в возрасте от 2 до 19 лет с мочекаменной болезнью, проходившие исследования метаболизма почек в Национальном детском медицинском центре (г. Ташкент, Узбекистан) с 2019 по 2022 г. Все данные получены из отчетов о вышеупомянутых метаболических исследованиях. Мы собрали следующие переменные: возраст, пол, состояние питания, объем мочи, концентрации креатинина в плазме и моче и экскреции кальция, мочевой кислоты, оксалатов и цитратов с мочой, собранные в утренней моче. Мы получили частотные распределения для категориальных и качественных переменных и рассчитали средние значения и стандартные отклонения для количественных переменных, а также оценили однородность метаболических нарушений у детей и подростков.

Результаты. Обследовано 92 педиатрических пациента, из которых 67,3% (62/92) были подростками. Основные метаболические нарушения — гиперкальциурия (50%; 46/92), снижение потока мочи (19,5%; 18/92) и гипоцитратурия (31,5%; 29/92). Гиперкальциурия, гипоцитратурия и гипероксалурия чаще встречались у детей, в то время как снижение потока мочи и гиперурикозурия — у подростков. Гиперурикозурия чаще встречалась у пациентов мужского пола (17,4%; 11/63 против 3,4%; 1/29) и оказывала наибольшее влияние на литогенез. Гиперкальциурия чаще встречалась у детей с недостаточным питанием (62,5%; 30/48), чем у детей с избыточным весом (21,7%; 10/46) или ожирением (33,3%; 15/45).

Заключение. У педиатрических пациентов с литиазом мочевыводящих путей выявлены гиперкальциурия, снижение потока мочи и гипоцитратурия. Гиперкальциурия, гипоцитратурия и гипероксалурия чаще встречаются у детей, а снижение потока мочи и гиперурикозурия — у подростков. Выявление нарушений обмена веществ позволяет разработать план лечения, направленный на снижение вероятности развития мочекаменной болезни.

ПОСЛЕДСТВИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У ДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ — НЕДООЦЕНКА ДАННОЙ ПАТОЛОГИИ

Шамраева В.В., Фадеева Ш.А., Осадчая К.А.

*ФГБОУ ВО «Амурская государственная медицинская академия»
Минздрава России, Благовещенск, Российская Федерация*

Актуальность. В структуре детской неврологической заболеваемости перинатальные энцефалопатии (ПЭП) составляют ведущую группу, которая оказывает большое влияние на здоровье населения и имеет как ранние, так и отдаленные последствия для детей.

Цель исследования. Изучить влияние перинатальной энцефалопатии на дальнейшее состояние здоровья детей, выявление отдаленных последствий данного заболевания.

Пациенты и методы. Проанализировано 62 истории развития детей, рожденных с 2011 по 2014 г., с установленным диагнозом ПЭП. Возраст детей на момент исследования — от 7 до 11 лет. Оценивались антропометрические данные, факторы риска во время беременности и родов, тип вскармливания, данные дополнительных методов исследования, НПР, лечение, исход заболевания. Группу контроля найти не удалось, так как нет достаточного количества детей без диагноза ПЭП в анамнезе.

Результаты. Были выявлены факторы риска ПЭП со стороны матери: наличие хронических соматических заболеваний, инфекции, анемии, вредные привычки. По течению беременности выявлена хроническая фетоплацентарная недостаточность (ФПН), гипоксия плода, угроза невынашивания, по течению родов — обвитие пуповины вокруг шеи плода, вакуум-экстракция плода (1 ребенок), кесарево сечение. Для всех исследуемых выявлено сочетание сразу нескольких факторов риска (100% случаев). Антропометрические данные при рождении практически у всех детей находились в пределах нормы (52 человека, 83,9%). У 8 детей масса тела превышала 4000 г (12,9%), у двух детей была низкая масса тела при рождении — 2150 г (3,2%). Развитие детей соответствовало возрасту, дети своевременно начинали сидеть, стоять, ходить и говорить. Но следует отметить, что у многих были двигательные нарушения (70,9%) и задержка речевого развития (53,2%). В основном диагноз устанавливался неврологом детям в 1 мес (28 человек). Только у 8 детей есть данные УЗИ шейного отдела позвоночника, у всех выявлены отклонения. Дети получали медикаментозное лечение, некоторые — физиолечение и массаж. Результат исследования показал, что у 51,6% детей исход заболевания — выздоровление. В основном дети были сняты с учета невролога в возрасте 1 год (56,2% из 32 человек). Последствия ПЭП у 30 детей проявились в виде минимальных мозговых дисфункций в 22,6% случаев, в виде задержки речевого развития — в 22,6%, синдрома гипервозбудимости, гиперактивности — в 12,9%, миотонического синдрома — в 6,5% случаев.

Заключение. Отметим, что диагноз ПЭП снимался у детей так же, как и устанавливался: только по данным осмотра невролога. Недостаточно применяются дополнительные методы исследования. У 48,4% детей выявлены такие последствия, как минимальная мозговая дисфункция, задержка речевого развития, синдром гипервозбудимости, гиперактивности, миотонический синдром. Дети, перенесшие ПЭП, находятся в группе риска по развитию различных нарушений, и, по данным различных исследований, их намного больше, чем диагностируется.

АНАЛИЗ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ Г. СМОЛЕНСКА

Шаробаро В.Е., Бекезин В.В., Сорокина Л.А.

*ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Смоленск, Российская Федерация*

Актуальность. Одним из основных показателей работы педиатрической службы является уровень младенческой смертности (МС).

Цель исследования. Проанализировать динамику изменения МС и выявить ее факторы риска детей г. Смоленска за последние 25 лет (1996–2021 гг.).

Пациенты и методы. Работа выполнена на основании годовых отчетов департамента здравоохранения г. Смоленска. В качестве изучаемых факторов, влияющих на МС, были взяты место работы родителей, патология матери, предшествующее число беременностей, наличие вредных привычек у родителей и неблагоприятные условия труда и быта.

Результаты. Проведя динамический анализ МС, установлено, что с 1996 г. наметилась стойкая тенденция к снижению уровня МС с 16% в 1996 г. до 6% в 2021 г. В структуре МС детей первого года жизни в 2021 г. наблюдалось снижение: врожденных аномалий развития — с 6,5 (1996 г.) до 3,3% (2021); болезней новорожденных — с 6,5 (1996 г.) до 1,8% (2021 г.). Третье место занимают инфекционные болезни (0,9%). Выявлена следующая структура факторов риска МС: патология матери — 37,1%; вредные привычки родителей (алкоголизм и курение) — 21,9%; число беременностей — 19,0%; неблагоприятные условия труда — 12,1%; проживание в неблагоприятных экологических условиях — 9,9%.

Заключение. Выявлена стойкая тенденция к снижению МС. Основными факторами риска МС являются патология матери, наличие вредных привычек у родителей, предшествующее число беременностей и неблагоприятные условия труда и быта.

ПЕРВИЧНЫЕ ИММУНОДЕФИЦИТНЫЕ СОСТОЯНИЯ У ДЕТЕЙ АЛТАЙСКОГО КРАЯ: ДАННЫЕ РЕГИОНАЛЬНОГО РЕГИСТРА

Шахова Н.В., Лебедева Ю.Б.

ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Барнаул, Российская Федерация

Актуальность. Первичные иммунодефицитные состояния (ПИДС) представляют собой гетерогенную группу врожденных заболеваний иммунной системы, связанных с утратой, уменьшением или неправильным функционированием одного или нескольких ее звеньев, которая в настоящее время насчитывает более 450 нозологий. Длительное время ПИДС относили к редким орфанным заболеваниям. Однако с введением в ряде стран неонатального скрининга стало очевидным, что распространенность ПИДС не настолько редка. По данным Европейского регистра, созданного при поддержке Европейского общества иммунодефицитов ESID, объединяющего 28 европейских государств, распространенность ПИДС составляет 3 случая на 100 тыс. населения в Германии, 6 — в Швейцарии, 7 случаев на 100 тыс. населения — во Франции. В России в 2019 г. начал работу национальный регистр пациентов с ПИДС на ИТ-площадке «Медицинская онлайн-платформа ROSMED.INFO», созданный под эгидой Национальной ассоциации экспертов в области первичных иммунодефицитов. По данным регистра, распространенность ПИДС в России значительно варьирует в зависимости от региона (от 0,9 до 2,8 на 100 тыс. населения) и в среднем составляет $2,09 \pm 0,93$ на 100 тыс. Ежегодная заболеваемость ПИДС в России — $5,7 \pm 0,6$ на 100 живорожденных.

Цель исследования. Изучить распространенность и нозологическую структуру ПИДС среди детского населения Алтайского края.

Пациенты и методы. Информация о детях с ПИДС взята из регистра пациентов с ПИДС, расположенного на ИТ-площадке «Медицинская онлайн-платформа ROSMED.INFO». Сбор данных о детях с ПИДС, проживающих на территории Алтайского края, проводится с 2019 г. по настоящее время. Обязательным условием включения пациентов в регистр являлось подписание законным представителем информированного согласия, в соответствии с Законом № 152-ФЗ о защите персональных данных РФ. В регистр вошли все дети с диагностированными ПИДС, включая генетически неverifiedированные на момент регистрации.

Результаты. В регистре пациентов с ПИДС, проживающих на территории Алтайского края, 23 ребенка. Распространенность ПИДС среди детского населения Алтайского края составила 4,8 случая на 100 тыс. детского населения (численность детского населения Алтайского края на 2022 г. — 482 тыс.). Анализ нозологической структуры ПИДС показал, что наиболее часто в регионе встречаются ПИДС с иммунной дисрегуляцией — 5 (21,7%) и аутовоспалительные заболевания — 5 (21,7%); на втором месте по частоте — комбинированные ПИДС с синдромальной патологией — 4 (17,4%) и ПИДС с нарушением антителиобразования — 4 (17,4%); на долю ПИДС с дефектом системы комплемента приходится 2 (8,7%) случая; неуточненные ПИДС — у 3 (13,0%) детей. Молекулярно-генетический анализ проведен 18 (78,3%) пациентам. Из 23 детей с ПИДС, зарегистрированных в региональном регистре, 22 (95,6%) живых, 1 (4,4%) умер. Возрастная структура детей с ПИДС: 6 (26,1%) детей — в возрасте от 0 до 5 лет; 9 (39,1%) детей — от 6 до 10 лет; 8 (34,8%) детей — в возрасте от 11 до 18 лет. Самому младшему пациенту на момент проведения анализа — 1 год. Из 23 пациентов 20 (86,9%) детей мужского и 3 (13,1%) женского пола. Большинство детей с ПИДС являются жителями крупных городов Алтайского края — 14 (60,8%), в сельских регионах проживают 9 (31,2%) пациентов. ПИДС были диагностированы в большинстве случаев в первые 5 лет жизни — 9 (39,1%) случаев, до 1 года — 3 (13,0%) случая, с 1 года до 4 лет — 6 (26,1%) случаев, с 5 до 10 лет — 8 (34,7%) случаев, с 11 до 18 лет — 6 (26,1%) случаев. Чаще всего на ранних этапах диагностированы комбинированные ПИДС. У большинства пациентов имело место значительное запаздывание постановки диагноза ПИДС по отношению к первым клиническим проявлениям заболевания — от 1 мес до 4 лет. В регулярной заместительной терапии препаратами иммуноглобулина нуждаются 10 (43,5%) детей, 9 из которых получают подкожный иммуноглобулин (ПКИГ), 1 — внутривенный (ВВИГ). Препараты иммуноглобулина дети получают регулярно. Химиотерапию получают 4 (17,4%) ребенка, антицитокиновую терапию — 1 (4,3%) ребенок, 1 (4,3%) пациент с наследственным ангиоотеком получает С1-ингибитор и ингибитор рецепторов брадикинина во время приступов.

Заключение. Распространенность ПИДС среди детей Алтайского края составила 4,8 случая на 100 тыс. детского населения, что выше среднего показателя распространенности ПИДС в России — 2,09 на 100 тыс. Структура ПИДС среди детей Алтайского края отличается от структуры ПИДС по данным национального регистра. В то время как в национальном регистре преобладают ПИДС с нарушением антителиобразования и комбинированные с синдромальной патологией, у детей с ПИДС, проживающих на территории Алтайского края, преобладают ПИДС с иммунной дисрегуляцией и аутовоспалительные заболевания, а ПИДС с нарушением антителиобразования и синдромальной патологией находятся на втором по частоте месте. Регулярную заместительную терапию иммуноглобулином получают все дети, нуждающиеся в этом лечении, из них 9 (90%) детей получают ПКИГ и 1 (10%) ребенок — ВВИГ. Лечение получают регулярно. Молекулярно-генетическое обследование проведено 78,3% пациентов.



ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА RS9939609 ГЕНА FTO НА АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ МАТЕРЕЙ, УРОВЕНЬ ЛЕПТИНА В ГРУДНОМ МОЛОКЕ И ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО МЕСЯЦА ЖИЗНИ

Шилина Н.М.¹, Сорокина Е.Ю.¹, Нетунаева Е.А.¹, Легонькова Т.И.², Шпаковская К.С.², Пырьева Е.А.¹

¹ ФГБУН «Федеральный исследовательский центр питания, биотехнологии и безопасности пищи», Москва, Российская Федерация

² ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России, Смоленск, Российская Федерация

Актуальность. Факторы, определяющие развитие ожирения у детей, получающих грудное вскармливание, представляют значительный интерес. В этом ключе обсуждается роль пищевого статуса матери, ее генетической предрасположенности и лептина грудного молока (ГМ).

Цель исследования. Изучить влияние полиморфизма rs9939609 гена FTO на индекс массы тела (ИМТ) матерей, уровень лептина в их ГМ и рост их детей в течение 1-го мес жизни.

Пациенты и методы. В исследовании приняли участие 103 здоровые женщины из г. Смоленска в возрасте 33 лет (23; 40) (*Me* (min; max)) с ИМТ ($M \pm SD$) $19,8 \pm 2,8$ кг/м² и их дети, находящиеся на грудном вскармливании. Родители младенцев дали информированное согласие на участие в исследовании. Женщин генотипировали методом ПЦР в реальном времени. ГМ получали на 10–14-й день лактации. Уровень лептина в обезжиренном ГМ определяли в утренней порции методом ИФА. Дети были разделены на две группы по Z-скорю «масса тела к длине тела» (*WLZ*) (ANTHRO): группа 1 — дети с более низкой ($\Delta WLZ < 0,67$) и группа 2 — дети с более высокой скоростью роста за 1 мес жизни ($\Delta WLZ > 0,67$).

Результаты. Частота аллелей А и Т rs9939609 у матерей составила 27 и 73% соответственно. Частота встречаемости генотипа АА — 16%, генотипа АТ — 22%, генотипа ТТ — 62%. Не выявлено достоверных различий ИМТ матери до беременности в зависимости от генотипа ($19,3 \pm 2,4$; $19,2 \pm 1,8$ и $20,2 \pm 3,3$ кг/м² у носителей генотипов АА, АТ и ТТ соответственно). После родов ИМТ у женщин с генотипом ТТ был выше, чем у носительниц генотипов АТ ($26,0 \pm 3,5$ против $24,4 \pm 2,0$ кг/м²; $p_{TT/AT} = 0,039$) и АА при более высокой прибавке массы тела за беременность ($16,9 \pm 8,1$ и $15,6 \pm 5,8$ кг для генотипов ТТ и АА соответственно). Также у них было достоверно выше содержание лептина в ГМ ($3,1 \pm 0,3$; $0,61 \pm 0,4$ и $1,16 \pm 0,4$ нг/мл у носителей генотипов ТТ, АТ и АА соответственно; $p_{AT/TT} = 0,018$), хотя достоверная положительная корреляция лептина с прибавкой массы тела за беременность выявлена только у носителей генотипа АА ($r = 0,63$; $p = 0,009$). Распространенность носительства генотипа ТТ была больше среди матерей детей с более высокой скоростью роста (группа 2) по сравнению с матерями менее активно растущих детей (группа 1) — 65 против 59%. При этом дети группы 2 имели *WLZ* при рождении меньше, чем дети группы 1 (*Me* (min; max): $-1,06$ ($-4,2$; $1,5$) против $-0,44$ ($-4,1$; $2,1$); $p = 0,005$). В ГМ матерей детей группы 2 обнаружен более высокий уровень лептина по сравнению с группой 1 ($3,41$ (0; $7,2$) против $1,35$ (0; $8,9$) нг/мл).

Заключение. Достоверно более высокий ИМТ после родов у матерей — носителей генотипа ТТ по сравнению с носителями генотипов АТ и АА указывает на отличие ассоциации полиморфизма rs9939609 с ИМТ при беременности от таковой у небеременных, где более высокий ИМТ ассоциирован, по данным литературы, с генотипами АА и АТ. В какой мере носительство полиморфизма rs9939609 матерью и лептин ГМ окажут влияние на физическое развитие детей, будет оценено в дальнейшем проспективном наблюдении.



КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ 3 ЛЕТ, РОДИВШИХСЯ ГЛУБОКО НЕДОНОШЕННЫМИ

Шилова Н.А.

*ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова»
Минздрава России, Иваново, Российская Федерация*

Актуальность. Определяется вкладом перинатальной патологии в детскую заболеваемость и смертность. Особого наблюдения требуют недоношенные дети, так как они имеют высокий риск формирования не только перинатальной патологии, но и в последующем хронической соматической и неврологической патологии.

Цель исследования. Провести комплексную оценку состояния здоровья детей в возрасте 3 лет, родившихся глубоко недоношенными.

Пациенты и методы. Обследовано 115 детей в возрасте 3 лет, родившихся с гестационным возрастом менее 32 нед, массой тела при рождении менее 1500 г.

Результаты. Наше исследование показало, что, несмотря на тяжесть состояния обследованных глубоко недоношенных детей при рождении (большое количество сочетанной перинатальной патологии у каждого ребенка, их длительное лечение, неоднократно проводящиеся а/реабилитационные мероприятия), к 3-летнему возрасту большинство детей были практически здоровыми, имели I и II группу здоровья, т.е. не имели хронических заболеваний. Таких детей оказалось 81 (70,4%): I группа здоровья была у 5 (4,4%) детей, II группа — у 76 (66,0%). Детей с хронической патологией разной степени компенсации было 34 (29,6%). Из них III группу здоровья (редкие обострения) имели 17 (14,8%) пациентов. IV группа здоровья (нестойкая ремиссия, частые обострения) была у 6 (5,2%) детей. 11 (9,6%) детей имели V группу здоровья (непрерывно рецидивирующее течение). Инвалидность имели 18 (15,6%) детей.

Заключение. Несмотря на полученные достаточно оптимистичные данные, что 70,4% детей, родившихся глубоко недоношенными, к возрасту 3 лет были практически здоровы, эти дети требуют тщательного наблюдения, так как на момент обследования большинство детей не посещали детские учреждения и могут давать дезадаптацию при поступлении как в сад, так и школу. Кроме того, 29,6% детей уже в возрасте 3 лет имели хроническую патологию, что значительно больше, чем в общей детской популяции. Поэтому дети, родившиеся глубоко недоношенными, требуют тщательного длительного наблюдения для проведения своевременного лечения и а/реабилитации.



РОЛЬ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ В КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМ ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Шимченко Е.В., Клещенко Е.И.

ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Краснодар, Российская Федерация

Актуальность. Перинатальные поражения ЦНС у детей проявляются отклонениями нервно-психического развития и соматического здоровья ребенка. Питание детей с тяжелыми неврологическими расстройствами является важной составляющей комплекса реабилитационных мероприятий.

Цель исследования. Определить роль нутритивной поддержки в коррекции нарушений физического развития у детей с тяжелым перинатальным поражением головного мозга.

Пациенты и методы. В исследование включено 62 ребенка с перинатальным поражением головного мозга, проявившимся формированием неврологического дефицита: ДЦП, нарушения психоречевого развития, структурная эпилепсия. Наблюдение за детьми проводилось до 3-летнего возраста. Нутритивная поддержка осуществлялась у 39 (62,9%) детей методом сиппинга (I группа) и у 23 (37,1%) детей зондовым методом (II группа).

Результаты. Нарушения физического развития отмечены у 36 (58,1%) детей. Проявления белково-энергетической недостаточности (БЭН) определены у 17 (43,6%) детей I группы и у 19 (82,6%) детей II группы ($p < 0,01$). Особенности физического развития детей с тяжелым поражением ЦНС определялись проблемами вскармливания, выраженными вегетовисцеральными дисфункциями, проявлявшимися прежде всего патологией желудочно-кишечного тракта. В назначении антирефлюксных смесей нуждались 14 (35,9%) детей I группы и 15 (65,2%) детей II группы ($p < 0,05$). Назначение легкоусвояемых смесей на основе частичного или полного гидролизата белка коровьего молока позволило уменьшить проявления БЭН. Аллергия к белкам коровьего молока выявлена у 10 (25,6%) детей I группы и у 11 (47,8%) детей II группы ($p > 0,05$), что потребовало проведения нутритивной поддержки с использованием смесей на основе высокогидролизованного белка коровьего молока. Коррекция проявлений дисахаридазной недостаточности проводилась включением в рацион безлактозных смесей.

Заключение. Проведение адекватной персонализированной нутритивной поддержки у детей с перинатальным поражением головного мозга является важнейшим фактором комплексной терапии и реабилитации, способным уменьшить проявления белково-энергетической недостаточности, улучшить физическое и нервно-психическое развитие ребенка.



ДЕФИЦИТ АКТИВНОСТИ МЕТАЛЛОПРОТЕАЗЫ ADAMTS13 — ПРЕДИКТОР ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ТИПИЧНОГО ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Эмирова Х.М.^{1, 2}, Орлова О.М.^{1, 2}, Абасеева Т.Ю.^{1, 2}, Музуров А.Л.^{2, 3}, Панкратенко Т.Е.^{2, 4}, Генералова Г.А.^{2, 3}, Чичуга Е.М.⁵, Широнова Н.В.¹, Мстиславская С.А.^{1, 2}

¹ Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова (МГМСУ), Москва, Российская Федерация

² ГБУЗ «ДГКБ св. Владимира ДЗМ», Москва, Российская Федерация

³ ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального» Минздрава России, Москва, Российская Федерация

⁴ ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского», Москва, Российская Федерация

⁵ ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж, Российская Федерация

Актуальность. Типичный гемолитико-уремический синдром (тГУС) является одной из основных причин острого повреждения почек (ОПП) у детей раннего возраста. Актуальность определяется неблагоприятным прогнозом при естественном течении тГУС (органная дисфункция, гипертензия, летальный исход, ХБП).

Цель исследования. Определить тяжесть течения тГУС у детей в зависимости от активности металлопротеазы ADAMTS13.

Пациенты и методы. 138 детям (Me возраста 2,1 (1,5; 3,5) года) проведен анализ острого периода тГУС. Среди девочек тГУС встречался чаще (53,6% vs 46,4%). Активность ADAMTS13, выражаемую в процентах, определяли методом FRET (fluorescence resonance energy transfer) с использованием флюорогенного субстрата (PerptaNova GmbH, Germany) (референсный предел 80–122%). Исследование выполнено при поддержке гранта РФФ № 22-15-0409, <https://rscf.ru/project/22-15-00409/>.

Результаты. У всех пациентов выявлена микроангиопатическая гемолитическая анемия (Me Hb 65,0 г/л (59,0; 73,0)), тромбоцитопения (Me 48×10^9 /л (38,0; 71,3)) и ОПП (Me Ur 35,0 ммоль/л (28,0; 42,3), Me Cr 446,0 мкмоль/л (328,0; 573,0)). В диализе нуждались 85,5% детей. Дисфункция более двух систем диагностирована у 47,8% детей (ЦНС — 79%, ССС — 34%, ЖКТ — 60%); артериальная гипертензия — у 76,8%; летальность — у 2,2%. В 76,8% случаев активность ADAMTS13 снижалась — 58,3% (47; 66); у 32 (23,2%) пациентов была в норме ($92,6 \pm 12,8\%$). При снижении ADAMTS13 чаще развивались анурия ($p = 0,000$), церебральная недостаточность и отек легких ($p = 0,003$). Потребность в диализе и его продолжительность были выше у детей со сниженной активностью фермента ($p = 0,0008$; $p = 0,0003$), что подтверждается корреляционным анализом ($r_{pb} = -0,3$; $p = 0,0002$). Снижение активности ADAMTS13 повышало риск развития ОПП в 6,1 раза (95%-й ДИ: 2,42–15,31); потребности в диализе — в 5,7 раза (95%-й ДИ: 2,08–15,34); СПОН — в 3,2 раза (95%-й ДИ: 1,38–7,6); поражения ЦНС — в 3,6 раза (95%-й ДИ: 1,42–8,97); отека легких — в 6,5 раза (95%-й ДИ: 1,46–28,8).

Заключение. Низкая активность ADAMTS13 является прогностически неблагоприятной, указывая на высокую вероятность тяжелого течения тГУС с полиорганным поражением в остром периоде заболевания. Дефицит активности металлопротеазы связан с его потреблением из-за экспрессии сверхкрупных мультимеров фактора Виллебранда в условиях эндотелиальной дисфункции, обусловленной воздействием шига-токсина, что вносит свой вклад в повышенное тромбообразование, поддерживаемое усиленной агрегацией тромбоцитов.

ОПЫТ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Юнак Л.Н., Астен А.А., Гасанова Ш.А., Маслова А.М.

*ГБУ РО «Областная детская клиническая больница», Ростов-на-Дону,
Российская Федерация*

Актуальность. Детский церебральный паралич (ДЦП) — одна из основных причин формирования спастичности у детей. Наиболее эффективным, безопасным и приоритетным методом коррекции локальной спастичности при ДЦП является применение инъекций ботулинического токсина типа А под ультразвуковым контролем.

Цель исследования. Отследить эффективность воздействия ботулинического токсина типа А (БТА) при медицинской реабилитации детей с различными формами ДЦП в условиях дневного стационара медицинской реабилитации ГБУ РО «ОДКБ».

Пациенты и методы. За 2019–2022 гг. в дневном стационаре медицинской реабилитации ГБУ РО «ОДКБ» нами было пролечено 147 пациентов, из них 111 детей получили инъекции БТА под УЗИ-навигацией. Эффективность оценивалась по международной классификации функционирования (МКФ).

Результаты. С помощью ультразвукового контроля достигается точность выполнения инъекций в ключевые мышцы, вовлеченные в патологический процесс. Также при помощи УЗИ-навигации возможно определить глубину инъекции, положение и направление иглы в мышце, визуализировать находящиеся в мышце кровеносные сосуды и нервы, что повышает безопасность инъекций. Оценивался домен d450 ходьба и d455 передвижение способами, отличающимися от ходьбы, которые составили перед проведением ботулинотерапии 3 и 4 соответственно. К концу периода реабилитационного лечения улучшилось до значений 2 и 3. Все пациенты через 2 нед повторно осматриваются для оценки объективного статуса и динамики состояния.

Заключение. Преимущество ультразвукового контроля заключается в том, что инъекции выполняются быстро, безболезненно и безопасно, учитывая, что при УЗИ отсутствует лучевая нагрузка.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАННЕЙ И КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ НЕЙРОТРАВМОЙ

Юнак Л.Н., Астен А.А., Гасанова Ш.А., Маслова А.М., Михаленко И.А.

ГБУ РО «Областная детская клиническая больница», Ростов-на-Дону, Российская Федерация

Актуальность. Тяжелая черепно-мозговая травма (ЧМТ) является причиной инвалидизации до 90% случаев (В.В. Лебедев, В.В. Крылов). Поэтому ранняя нейрореабилитация — важная проблема современной неврологии и нейрохирургии. Реабилитация начинается в остром периоде ЧМТ.

Цель исследования. Оценить эффективность раннего начала нейромодуляторной терапии, ботулинотерапии, физических методов, логопедических занятий у ребенка, перенесшего тяжелую ЧМТ (диффузное аксональное повреждение головного мозга (ДАП) в результате ДТП).

Пациенты и методы. 31.07.2022 пациент П. получил тяжелую ЧМТ — ДАП в результате ДТП. Был госпитализирован в ОРИТ, находился на ИВЛ, получал вазопрессорную поддержку по 28.08.2022. 10.08.2022 проведено оперативное лечение по поводу фрагментарно-оскольчатого перелома средней трети костей голени справа с недопустимым смещением, открытая репозиция, МОС. Наложена срединная трахеостома. По стабилизации состояния переведен в нейрохирургическое отделение.

Результаты. У ребенка при осмотре при переводе в нейрохирургическое отделение в неврологическом статусе: уровень сознания — мутизм без понимания речи, декортикационная ригидность, GMFCS V. Нейромодуляторная терапия назначалась с учетом наличия признаков клинических синдромов нейромедиаторных нарушений: синдром глутаматэргической избыточности, синдром дофаминергической недостаточности. Назначены амантадина сульфат и пирибедил. 02.09.2022 проведен курс ботулинотерапии (ботулинический токсин тип А) в мышцы-мишени верхних конечностей под УЗИ-контролем. Проводились кардионагрузка, постуральная коррекция, ранняя вертикализация согласно протоколу, лечебная гимнастика, кинезиотейпирование. С целью регрессирования дисфагии и сенсомоторной афазии проводились занятия с логопедом. Повторный курс ботулинотерапии под УЗИ-контролем проводился в мышцы-мишени нижних конечностей. Удаление трахеостомы 26.09.2022. Ребенок выписан 07.10.2022, уровень сознания — ясное, умеренно выраженные когнитивные и эмоционально-волевые нарушения, афатические расстройства, GMFCS III (кресло-каталка), подкорковый синдром. Повторный курс реабилитации проводился через 1 мес.

Заключение. Описанный клинический случай подтверждает высокую эффективность комплексной и преемственной реабилитации, начинающейся в ранние сроки после получения тяжелой нейротравмы, важность оценки нейромедиаторных нарушений и их коррекции, своевременность многоуровневой ботулинотерапии при развитии спастичности в конечностях с целью купирования патологических двигательных паттернов, установок. Также важна вовлеченность родителей в реабилитационный процесс ребенка.

МУЛЬТИПАРАМЕТРИЧЕСКАЯ ПРЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ПЛОДА

Юсупалиева Г.А., Шамансурова И.А.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент,
Республика Узбекистан*

Актуальность. Врожденные пороки сердца (ВПС) — наиболее часто встречающиеся из всех основных врожденных пороков развития с распространенностью около 0,3–1,2% среди всех новорожденных. Наиболее распространенными пороками развития сердца являются дефекты межжелудочковой перегородки (ДМЖП). На ДМЖП приходится до 40% новорожденных с пороками сердца и 10% пороков сердца плода. При выявлении ДМЖП показано подробное эхокардиографическое исследование. Увеличение числа случаев выявления ДМЖП подчеркивает необходимость четких и последовательных консультаций пациентов по поводу ожидаемого пренатального течения и постнатальных исходов ДМЖП для облегчения принятия рациональных решений.

Цель исследования. Совершенствование пренатальной эхокардиографии (Эхо-КГ) ВПС с ДМЖП в различные сроки беременности.

Пациенты и методы. Исследование выполнено в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре акушерства и гинекологии Минздрава Республики Узбекистан и Республиканском центре скрининга матери и ребенка в 2022 г. В режиме скрининга было проведено обследование 464 беременных. В ходе исследования зарегистрировано 50 случаев ВПС, среди них 40 ДМЖП, как изолированный, так и в комбинации с другими пороками развития. Демографические данные пациентов и клиническая информация были получены из данных медицинских карт пациентов. Для пренатальной Эхо-КГ исследования сердца плода использовался ультразвуковой аппарат SAMSUNG WS80 с использованием конвексного датчика с диапазоном частот 2,0–5,0 МГц и объемного с диапазоном частот 4,0–8,0 МГц. В случаях выявления анатомических изменений проводили расширенную Эхо-КГ плода с использованием цветового доплеровского картирования.

Результаты. В ходе исследования было зарегистрировано 40 случаев ВПС с ДМЖП, среди них 18 (45%) — изолированный ДМЖП; 8 (20%) — ДМЖП, сочетанный с Тетрадо Фалло; 14 (35%) — ДМЖП, сочетанный с АВ-каналом. Основную долю пациенток с ВПС плодов в нашем исследовании составили повторнородящие женщины в возрасте от 21 до 40 лет. Результаты Эхо-КГ-исследования четырехкамерного среза сердца плода с четкой визуализацией правого и левого желудочков, правого и левого предсердий, межжелудочковой и межпредсердной перегородок, створок митрального и трикуспидального клапанов, а также клапана овального отверстия с использованием сегментарного подхода позволили получить показатели морфометрии сердца плода. Морфометрические показатели сердца, соответствующие сроку гестации 16–20 нед, были использованы как нормативные показатели для сравнительного анализа с основной группой. Анализ результатов ультразвукового исследования плода показал, что в сроки 18 нед беременности эхографически хорошо визуализируются основные анатомические структуры сердца плода. Трансабдоминальная эхография в сроках 16–20 нед гестации позволяет диагностировать изолированные ДМЖП у женщин высокого риска по ВПС плода. Особое значение имеет сбор семейного и акушерского анамнеза. Оценка состояния плода при расширенном эхографическом исследовании и выявление отклонений в развитии плода диктуют необходимость проведения расширенного Эхо-КГ-исследования.

Заключение. Использование ультразвукового оборудования экспертного класса с высоким разрешением позволит повысить выявляемость сердечных аномалий (небольших пороков) и своевременно установить диагноз.

ЧАСТЬ II

XIII ФОРУМ ДЕТСКИХ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР

АНАЛИЗ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ВРАЧАМИ-ПЕДИАТРАМИ В ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ

Бегун Д.Н., Мирзаева Н.В., Гаврилова Е.В.

*ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Оренбург, Российская Федерация*

Актуальность. В системе здравоохранения одной из основных проблем является обеспечение населения медицинскими кадрами — как главный фактор доступности и качества медицинской помощи.

Цель исследования. Провести оценку уровня и динамики обеспеченности населения Оренбургской области педиатрами и выделить проблемные территории.

Пациенты и методы. Источниками информации являлись данные ГБУЗ МИАЦ Оренбургской области, включавшие данные об обеспеченности педиатрами по муниципальным образованиям за 2015–2021 гг. Методика анализа включала в себя построение динамических рядов и их анализ; иерархический кластерный анализ территорий по уровням и динамике обеспеченности педиатрами.

Результаты. В результате проведенного кластерного анализа в Оренбургской области выделено 5 территориальных кластеров с различными уровнями и тенденциями значений показателей обеспеченности педиатрами. Наилучшая ситуация имела место в первом кластере (г. Оренбург, Бугурусланский район), в котором уровень обеспеченности педиатрами составил в среднем 23,1%. Во втором кластере (гг. Бузулук, Новотроицк; Беляевский, Новоорский, Саракташский, Светленский и Шарлыкский р-ны) среднее значение обеспеченности педиатрами составило — 15,6% и наблюдается тенденция к повышению. В третьем кластере (г. Орск, Соль-Илецкий городской округ, Адамовский, Красногвардейский, Курганский, Матвеевский р-ны) отмечалась самая низкая обеспеченность педиатрами с отрицательной динамикой — 8,3%. В четвертом и пятом кластере уровень обеспеченности педиатрами был ниже среднего с тенденцией к снижению — 12,5 и 11,3%.

Заключение. Таким образом, по уровням и тенденциям обеспеченности педиатрами в Оренбургской области наилучшая ситуация наблюдалась в первом кластере, наихудшая — в третьем кластере.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОБУЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1-ГО ТИПА И ИХ РОДИТЕЛЕЙ

Власенко Н.Ю.¹, Юдицкая Т.А.², Юнгман Н.В.², Каргаполова К.И.²,
Кузнецова П.В.², Бусырева Н.В.², Никонова Г.Н.², Кусаинова М.С.²

¹ ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Омск, Российская Федерация

² БУЗОО «Областная детская клиническая больница», Омск,
Российская Федерация

Актуальность. В настоящее время в Омской области наблюдаются 727 детей и подростков с сахарным диабетом 1-го типа (СД 1). Целевых значений достигают только 18% наших пациентов. Важным элементом успешного лечения и контроля СД 1 является обучение детей и их родителей.

Цель исследования. Обобщение опыта работы среднего медицинского персонала в обучении пациентов с СД 1 и их родителей.

Пациенты и методы. Исследование проводилось среди 900 человек (детей с СД 1 и их родителей) в г. Омске и Омской области, проходивших обучение на базе эндокринологического отделения БУЗОО ОДКБ. Анализ проводился в группах в зависимости от достижения целевого уровня гликированного гемоглобина (HbA1c). Пациенты использовали инновационные технологии в диабетологии: пользовались системой непрерывного мониторинга гликемии или находились на помповой инсулинотерапии.

Результаты. На базе отделения постоянно действует «Школа для пациентов с сахарным диабетом» для детей с СД 1 и их родителей. В отделении ведется обучение докторами отделения медицинских сестер по работе с помпами, медицинским оборудованием, компьютерными программами. С 2020 г. активно вовлекаются медицинские сестры в образовательный процесс, для них разработаны специальные темы занятий: «Самоконтроль», «Техника инсулинотерапии», «Питание», созданы демонстрационные слайды, обучение осуществляется согласно разработанному плану.

Впервые с 2021 г. организована работа «Школы помповой инсулинотерапии», включающая 4 занятия. Разработаны программа, наглядные пособия, теоретическая и практическая часть. В процесс обучения активно вовлечены медицинские сестры (практическая часть), в их обязанности входят установка, настройка, работа с мобильными приложениями, снятие показаний, замена инфузионных наборов.

В 2021 г. 900 человек обучены медицинскими сестрами. Целевой уровень HbA1c до 7,0% имели только 18% пациентов. Среднее значение HbA1c — 14%. Через 3 мес после практикоориентированного обучения уровень HbA1c в группе пациентов, прошедших повторное обучение, достиг целевого еще у 5% пациентов, при этом среднее значение HbA1c снизилось на 2%.

Заключение. Вовлечение медицинских сестер в обучение пациента способствует более глубокому обучению пациента, облегчает усвоение материала, повторение, знакомство с широким спектром современных подходов к контролю СД. Эффективность работы специально подготовленного сестринского персонала доказана улучшением показателей HbA1c у прошедших обучение детей и подростков. Привлечение сестринского персонала для реализации целей терапевтического обучения пациентов и их родителей — это реальный шаг к повышению качества и доступности медицинской помощи пациентам с СД 1.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ В ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ УЧАСТКОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

Довыденко Е. В.

ГАУЗ «Краевая больница № 4», Краснокаменск, Российская Федерация

Актуальность. Качество жизни населения в целом и каждого человека в частности в первую очередь определяется состоянием здоровья. Огромная роль в реализации мероприятий по оздоровлению нации принадлежит участковым медицинским сестрам, образование и опыт которых позволяет оказывать высококачественные сестринские услуги. Участковая медицинская сестра детской поликлиники является основным помощником врача педиатра. Она должна быть надежным, квалифицированным медицинским работником и помогать врачу решать главные задачи участковой службы — растить здоровых детей на своем участке.

Цель исследования. Исследование особенностей деятельности участковой медсестры при работе с детским населением. Раскрытие основных направлений в деятельности детской участковой медсестры.

Пациенты и методы. Основные методы исследования, примененные в работе.

1. Организационный метод:
 - организация работы на приеме, участке;
 - работа с детьми разных возрастов;
 - работа с социальными семьями (социально неблагополучные и социально уязвимые);
 - работа «координатора здоровья»;
 - тесная взаимосвязь со службами по охране и защите прав детей.
2. Социологический метод: проведение анкетирования по оценке качества оказания услуг медицинскими организациями в амбулаторных условиях;
3. Статистический метод: вычисление процентных соотношений показателей деятельности участковой медицинской сестры.

Результаты. При анализе работы педиатрической участковой медсестры были намечены два основных направления ее деятельности: первый — на приеме помощником врача, второй — самостоятельная работа на участке. Согласно этим направлениям, медицинская сестра работает не только с больными, но и со здоровыми детьми.

Заключение. Традиционная медицинская сестра, выполняющая роль технического помощника врача, должна трансформироваться в хорошо образованного профессионала, равного партнера в команде медиков. Медицинская сестра должна быть не только ассистентом врача, но и работать непосредственно с пациентом и населением, выполняя единую задачу — укрепление здоровья детского населения.

МЕРОПРИЯТИЯ ПО УХОДУ ЗА ПАЛЛИАТИВНЫМИ БОЛЬНЫМИ: ГОСТ ИЛИ КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ?

Иванова А.Н., Кузнецова Ю.В., Лисовский О.В., Аль-Харес М.М.

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, Санкт-Петербург, Российская Федерация

Актуальность. Существуют национальные стандарты Российской Федерации, в которых отражен алгоритм действий медсестры при выполнении манипуляций, и СОПы (стандартные операционные процедуры) — документально оформленные (локальные) инструкции по выполнению рабочих процедур.

Цель исследования. Оценка различных подходов к уходу за паллиативными больными; выявление источников информации об алгоритмах выполнения медицинских манипуляций медицинскими сестрами.

Пациенты и методы. Проведен анализ национальных стандартов Российской Федерации по профилактике пролежней (ГОСТ Р 56819-2015), по технологиям выполнения простых медицинских услуг (ГОСТ Р 52623.3-2015), касающихся ухода за гастростомой, трахеостомой и пролежнями, и анализ локальных рекомендаций специалистов хосписной службы. Разработана анкета, опрошены 16 медицинских сестер отделений детской паллиативной помощи Санкт-Петербурга и Ленинградской области.

Результаты. СОП как документально оформленная локальная инструкция разработана не в каждом хосписе, в результате чего выполнение медицинских услуг внутри одной организации выполнялось по-разному. Включение обязанностей по уходу за больными в должностные обязанности других специалистов приводило к несогласованности действий медицинского персонала. Некоторые манипуляции по уходу за пролежнями являлись обязательными и по федеральным, и по местным рекомендациям, но в алгоритме опрошенных были отмечены редко (от 9 до 20%). Некоторые медсестры не знали о негативных технологиях для профилактики и лечения пролежней, которые не рекомендованы к использованию. Не все специалисты выполняли обработку рук и надевание перчаток перед манипуляциями. Разработка новых видов гастростомических трубок и аппаратов для введения питательных смесей приводила к появлению значительных различий между национальными рекомендациями (от 2015 г.) и существующей клинической ситуацией. Поиск информации по уходу за больными с трахеостомами у среднего медицинского персонала вызывал наибольшие трудности.

Заключение. В наше время медицинские технологии развиваются быстро. Необходимо стандартизировать подходы к проведению простейших медицинских манипуляций и пересматривать их актуальность 1 раз в 5 лет с учетом современных достижений медицины. Разработка стандартных операционных процедур в каждом учреждении позволит учесть оснащение каждой организации и обеспечить большую распространенность и доступность данной информации среди медицинских работников.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ФОРМИРОВАНИИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Ивкина А.В.¹, Шевчук Ю.А.¹, Гусева Н.А.²

¹ СПб ГБПОУ «Медицинский техникум № 9», Санкт-Петербург, Российская Федерация

² ФГБУ «СПб НИИ фтизиопульмонологии», Санкт-Петербург, Российская Федерация

Актуальность. Бронхиальная астма (БА) является актуальной проблемой здравоохранения. В мире насчитывается более 350 млн больных БА, из них на долю детского населения приходится 5–10%. Главная цель терапии — достижение контроля и управление БА, которые зависят в том числе и от приверженности терапии.

Цель исследования. Оценить степень приверженности лечению БА, роль медицинской сестры в ее формировании, выявить «белые пятна» в информировании пациентов о БА и нюансах ее лечения.

Пациенты и методы. Был проведен опрос 53 родителей детей с БА и пациентов с БА старше 10 лет, находящихся на лечении в СПб НИИФ. Возраст опрошенных детей варьировал от 4 до 17 лет. Мальчики составили 67,9% ($n = 36$), девочки — 32,1% ($n = 17$). Возраст опрошенных родителей варьировал от 31 до 50 лет. Родители с высшим образованием составили 75,5% ($n = 40$), со средним профессиональным — 18,8% ($n = 10$), с начальным средним образованием — 5,7% ($n = 3$). Пациенты с тяжелой БА составили 7%, со среднетяжелой — 37%, с легкой — 56%.

Результаты. Назначенную базисную терапию получают 100% опрошенных, при этом ежедневно принимают препараты только 81,1% ($n = 43$). Считают, что умеют пользоваться препаратами неотложной помощи, только 58,5% ($n = 31$). При этом 18,9% ($n = 10$) не понимают отличия между экстренной и базисной терапией. Прекратит прием базисных препаратов через 1–3 мес при невозможности попасть к врачу 13,2% ($n = 7$) пациентов. Обучение правилам использования небулайзера проведено 71,6% пациентов ($n = 38$), использованию индивидуальных ингаляторов (ДАИ и др.) — 56,6% ($n = 30$), проведению пикфлоуметрии — 59% ($n = 31$). Подсчет доз в устройствах, не имеющих счетчика доз, проводят лишь 68,2% пациентов ($n = 36$), а соблюдения интервалов между ингаляциями придерживаются 84,9% ($n = 45$). Регулярно замену фильтра в небулайзере поводят лишь 35,8% ($n = 19$), небулайзерной чаши — 22,6% ($n = 12$), стоит отметить, что фильтр и небулайзерную чашу меняют только 5,7% ($n = 3$) пациентов. Санитарную обработку небулайзера и/или спейсера верно проводят 60,4% ($n = 32$).

Заключение. Проведенное исследование демонстрирует высокую готовность пациентов с БА и их родителей к проведению базисной терапии. В то же время низкий уровень знаний о терапии, средствах доставки лекарств, правилах применения и ухода за ними может влиять на эффективность проводимой терапии. Исходя из результатов опроса, целесообразным является обучение пациентов силами медицинских сестер, которые непосредственно задействованы в проведении ингаляций у пациентов, проходящих стационарное лечение.

ЛЕКАРСТВЕННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ОКАЗАНИИ СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ СТАЦИОНАРЕ

Коробейникова Н.Н.

ГУЗ «Краевая клиническая инфекционная больница», Чита, Российская Федерация

Актуальность. Неблагоприятные побочные реакции на лекарственные препараты вследствие их неправильного применения, передозировка, ошибки при выдаче и раскладке лекарственных препаратов, нарушения правил хранения лекарственных препаратов — все эти факторы способствуют ухудшению состояния пациентов и могут даже привести к летальному исходу. Между тем подавляющее большинство таких реакций можно предотвратить, тем самым значительно повысить качество и безопасность медицинской помощи.

Цель исследования. Обеспечение выполнения требований законодательства по соблюдению фармацевтического порядка. Снижение ошибок в работе среднего медперсонала и улучшение качества оказания медицинской помощи.

Пациенты и методы. Пациенты, находящиеся на лечении в Краевой клинической инфекционной больнице (Забайкальский край).

Методы исследования:

- интервьюирование (опрос пациентов);
- наблюдение (административные обходы, внутренние аудиты, дежурства ответственных старших сестер в выходные и праздничные дни).

Результаты. Чаще всего ошибки в работе медицинских сестер происходят:

- при приготовлении лекарственных средств (разведение антибиотиков);
- при идентификации пациентов;
- при раскладке лекарственных препаратов.

Также ошибки встречаются и при хранении лекарственных препаратов.

Для выявления и профилактирования ошибок в работе медицинских сестер при хранении и выдаче лекарств ежемесячно проводятся анкетирование пациентов, аудиты, административные обходы, контроль старшей медицинской сестры.

При проведении анализа анкетирования пациентов инфекционного отделения за 2022 г. выявлено, что 85% пациентов медицинские сестры рассказали при поступлении, как принимать лекарственные препараты, 10% отметили, что никто не проводил данной беседы. 95% опрошенных пациентов лекарственные препараты раздают на каждый прием, 5% отметили, что препараты были выданы однократно на весь день.

По результатам анализа анкетирования были разработаны памятки для пациентов по правилам приема лекарственных препаратов, проведена разъяснительная, обучающая работа со средним медицинским персоналом. Усилен контроль старшей медицинской сестрой отделения методом ежедневного опроса пациентов по приему и выдаче лекарственных препаратов.

В результате проведения внутренних аудитов в отделениях ККИБ за 2022 г. в качестве несоответствия были выявлены отсутствие СОП по учету, хранению и выписке иммунобиологических лекарственных препаратов (ИЛП) — 5 (29,4%), недостаточное знание медсестрами сроков годности при работе со вскрытыми многодозовыми флаконами — 2 (11,8%).

Деятельность среднего и младшего медицинского персонала по лекарственной безопасности после проведения аудита по данной теме оценена на 88,8% соответствия требованиям. По выявленным несоответствиям проведена коррекция, составлены планы корректирующих действий. С целью улучшения деятельности в работе среднего медицинского персонала по лекарственной безопасности разработаны СОП по выписке, хранению, учету ИЛП, организовано обучение работе с многодозовыми флаконами, размещены на постах памятки по работе с многодозовыми флаконами.

Большую роль в информировании медицинских сестер осуществляет профессиональная Организация медицинских специалистов Забайкалья, членами которой они являются. Каждый специалист получает на личную электронную почту методический материал по актуальным темам для своей профессиональной деятельности, а также имеет возможность принять участие в аккредитованной региональной научно-практической конференции или симуляционном обучении.

Молодые специалисты, трудоустроенные в ККИБ для снижения ошибок в работе, адаптации, проходят обучение в рамках работы Школы Наставничества.

Контроль со стороны старшей медицинской сестры, в том числе в выходные и праздничные дни, помогает своевременно выявить проблемы в выполнении врачебных назначений, тем самым способствовать удовлетворенности пациентов оказываемой медицинской помощью.

Заключение. Знания и информированность среднего медицинского персонала по вопросам фармацевтического порядка, наличие четких алгоритмов, СОП, разъяснительная работа среди пациентов по вопросам лекарственной безопасности, в том числе с использованием брошюр, памяток по применению назначенных лекарственных препаратов, внедрение современных технологий, стандартизация размещения лекарственных средств позволяют существенно снизить риски, связанные с применением лекарственных препаратов, и обеспечивают более качественное оказание медицинской помощи. Системная работа и проведение регулярных аудитов способствуют непрерывному совершенствованию мер по обеспечению лекарственной безопасности.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФОРИЕНТАЦИОННОЙ РАБОТЫ В ДЕТСКИХ ПОЛИКЛИНИКАХ ГОРОДА ЧИТЫ КАК ОСНОВНОЙ МЕТОД ПРИВЛЕЧЕНИЯ СЕСТРИНСКИХ КАДРОВ В ПРОФЕССИЮ

Куйдина О.А.

*ДПО № 4 ГУЗ «Детский клинический медицинский центр г. Читы», Чита,
Российская Федерация*

Актуальность. Кадровый дефицит в здравоохранении Российской Федерации является одной из приоритетных проблем. Как отметил министр здравоохранения Михаил Мурашко: «Дефицит кадров по среднему медицинскому персоналу — в пределах 50 000. Это дефицит, который сегодня есть по отрасли». Цель профориентационной работы заключается в оказании помощи обучающимся осознанно выбрать будущую профессию, сформировать у них собственный взгляд на трудовую деятельность, повысить уровень мотивации к профессиональному самоопределению.

Цель исследования. Обозначить проблему дефицита кадров в детских поликлиниках города Читы, актуализировать процесс выбора будущей профессии среди учащихся для развития их способностей и воспитания трудовой мотивации. Выявить основные проблемы в снижении престижности профессии медицинской сестры, рассмотреть вопрос о дополнительных мерах мотивации.

Пациенты и методы. Проведение анализа профориентационной работы главными медицинскими сестрами детских поликлиник г. Читы с использованием анкетирования с целью выявления профессионального самоопределения среди учащихся 7–11 классов, а также студентов СПО с применением методов публичной демонстрации (показ презентаций с использованием раздаточного материала), проведением круглых столов. При проведении исследования использованы методы наблюдения, ретроспективного анализа, статистический.

Результаты. Реализовать концепции интегрированного развития медицинских кадров (кадры должны соответствовать своему назначению), повысить престижность профессии медицинских сестер. При проведении исследований по профориентационной работе в 2022 г. среди школьников и студентов СПО планируется разработать систему тесного сотрудничества с учреждениями среднего образования и СПО. Внести в план мероприятие ознакомления учащихся со структурой государственных медицинских учреждений.

Заключение. Правильно организованная работа по профориентации позволяет не только увеличить приток кадров в профессию, но и раскрыть ресурсы и способности выпускников медицинских учебных заведений. Успешная адаптация специалистов во многом зависит от правильно выбранной профессии, которая соответствует темпераменту и личностным особенностям учащихся.

ПИТАНИЕ ЗДОРОВОГО И БОЛЬНОГО РЕБЕНКА

Рогова М.Д., Бондаренко Е.А., Фороста А.А.

ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 133 ДЗМ», Москва,
Российская Федерация

Актуальность. Правильное питание детей, особенно первых лет, — основной из факторов, необходимых для обеспечения жизни здорового ребенка, его нормального физического и нервно-психического развития, — определяет иммунологическую защиту и в значительной степени благополучие организма в течение всей последующей жизни.

Цель исследования. Проведение антропометрии тела детей, рекомендации по питанию.

Пациенты и методы. Темпы роста ребенка, а следовательно, и потребность в питательных веществах для обеспечения нормального развития в детском возрасте выше, чем в любой другой период жизни. В то же время в детском возрасте почки, печень, кишечник еще незрелы, и их способность выделять избыток питательных веществ ограничена. Следовательно, очень важно сбалансированное питание. В рацион должны входить все основные питательные вещества: белки, жиры, углеводы, витамины, минеральные вещества, вода в необходимом количестве:

- физиологическая потребность в жирах для детей старше года — от 40 до 97 г/сут;
- физиологическая потребность в углеводах для детей старше года — от 170 до 420 г/сут;
- физиологическая потребность в белках для детей старше года — 4,0 г/кг; 7–10 лет — 2,5 г/кг;
- суточная потребность овощей — до 500 г, фруктов — 150 г;
- количество сахара в рационе ребенка должно составлять не более 30–40 г/сут, из них сладости (мед, варенье, конфеты, печенье) — 20–30 г/сут.

Результаты. Была проведена антропометрия (измерение роста, массы тела, обхвата грудной клетки) 50 детям, из которых у 32 мальчиков и 18 девочек было выявлено увеличение индекса массы тела (ИМТ).

Наглядно выявлено значительное снижение двигательной активности ребенка — выраженность гиподинамии.

ИМТ — величина, позволяющая оценить степень соответствия массы тела и роста ребенка тем самым косвенно определить, является масса недостаточной, нормой или избыточной.

$$\text{ИМТ} = \text{масса тела (кг)} \times \text{рост}^2 \text{ (м)}:$$

- 16 и менее — выраженный дефицит;
- 18,5–24,99 — норма;
- 25–30 — избыточная (предожирение);
- 30–35 — ожирение 1-й степени;
- 35–40 — ожирение 2-й степени;
- 40 и более — ожирение 3-й степени.

Заключение. По результатам определения ИМТ родителям были даны рекомендации по питанию и двигательной активности ребенка. Благодаря наглядному изображению, четким характеристикам родители стали более мотивированны к правильной организации питания. При правильной организации питания у ребенка наблюдается активное поведение, радостное эмоциональное состояние, его физическое и нервно-психическое развитие соответствует возрасту, восприимчивость к заболеваниям низкая.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ПОВТОРНОГО НЕОНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Рогова М.Д., Лачуга О.А., Самойлова Л.Е.

*ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 133 ДЗМ», Москва,
Российская Федерация*

Актуальность. Обследование новорожденных детей на наличие наследственных заболеваний крайне необходимо и актуально. Раннее выявление этих заболеваний позволяет врачу вовремя назначить необходимое дообследование. Наблюдается рост детей с генетической патологией, которую можно выявить с первых дней жизни. Выявляются новые наследственные заболевания, появляются новые методы и препараты для их лечения. Время и наука не стоят на месте.

Цель исследования. Обеспечить раннее выявление наследственных заболеваний и их своевременное лечение, остановить развитие тяжелых проявлений заболеваний, ведущих к инвалидизации. Выявление причин повторного неонатального скрининга.

Пациенты и методы. Обследованы 268 новорожденных детей. Исследование проводилось в течение первых 10 дней жизни ребенка путем взятия капиллярной крови. Проведение неонатального скрининга на наследственную патологию основано на определении дефектов ферментов, участвующих в обмене белков и углеводов, в сухом пятне крови на специальной фильтровальной бумаге (тест-бланке). Эти исследования проводят в медико-генетической консультации (центре), куда направляются образцы крови новорожденных, одновременно на 5 наследственных заболеваний. Обязательным условием точности диагностики является тщательная пропитка кровью пятна на тест-бланке. Кровь берут из пятки новорожденного через 3 ч после кормления.

Результаты. За 2022 г. из 268 обследованных детей повторное обследование (ретест) проводилось в 13 случаях. Это может означать, что ребенок относится к группе риска по одному из тестируемых заболеваний. Также причинами повторного исследования могут являться недоношенность (4 ребенка), тяжелое соматическое состояние (2 ребенка), игнорирование родителями информации от медсестры о подготовке ребенка к исследованию (7 детей).

Заключение. Эффективность выявления и своевременного лечения детей с наследственными заболеваниями во многом зависит от профессионализма и ответственного отношения к работе со стороны сестринского персонала амбулаторного звена. Неонатальный скрининг на современном этапе развития медицинской науки направлен на раннее выявление лиц с патологическими изменениями генотипа и предотвращение развития тяжелых клинических проявлений заболевания. Он является основным методом вторичной профилактики наследственной патологии. Подобные скрининги целесообразно разрабатывать для распространенных болезней с тяжелым течением, приводящим к инвалидизации.

ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В ДНЕВНОМ СТАЦИОНАРЕ

Сиразиева Д.М.¹, Самороднова Е.А.², Закирова А.М.², Хабибуллина Э.Ф.^{1, 2}

¹ Детский стационар ГАУЗ «ЦГКБ № 18», Казань, Российская Федерация

² ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» Минздрава России, Казань, Российская Федерация

Актуальность. Заболевания органов дыхания являются значимой проблемой практической педиатрии в силу широкого распространения и значительного влияния на здоровье. Формат дневного стационара позволяет оказывать комплексную доступную медицинскую помощь детям с сохранением психологического комфорта ребенка при меньших экономических затратах.

Цель исследования. Изучить особенности сестринской деятельности при организации медицинской помощи пациентам дневного стационара педиатрического профиля.

Пациенты и методы. По данным годовых отчетов проанализированы основные показатели деятельности отделения пульмонологии Детского стационара ГАУЗ «ЦГКБ № 18» (дневной и круглосуточный формат), основные разделы работы медсестер и временные затраты на них.

Результаты. Отделение пульмонологии, имея 30% от числа коек стационара, выполняет 48% от общего плана, а по пациентам до 1 года — 54% за счет интенсивного оборота койки, заполненности отделения по круглосуточному и дневному формату пребывания. Помощь оказывается детям с 1 мес до 18 лет, что требует индивидуализации подхода в деятельности медсестер при общении с пациентами и выполнении сестринских манипуляций. Большое количество времени уходит на заполнение медицинской документации, письменное дублирование рекомендаций врача по просьбе родителей пациентов. Основными сложностями работы в дневном стационаре медсестры считают ежедневное напоминание родителям об особенностях диеты, необходимости выполнения назначений дома — 66,7%, опоздания пациентов на диагностические исследования утром — 80%. Очень высока нагрузка на медсестер, работающих в первую смену с пациентами как дневного, так и круглосуточного стационара.

Основными преимуществами дневного стационара, по мнению родителей, являются экономия времени, снижение стресса у ребенка и риска заражения внутрибольничными инфекциями. Роль сестринской деятельности при такой организации лечебного процесса очень значима как в самом отделении, так и для обеспечения адекватного выполнения врачебных назначений в домашних условиях.

Заключение. Таким образом, дневной стационар является эффективной формой оказания медицинской помощи детям, позволяющей провести диагностику и лечение пациента, приближенные по объему и интенсивности к стационарному, с меньшими временными и экономическими затратами, существенно не нарушая психологический комфорт ребенка.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ КИНЕЗОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКИХ ПОЛИКЛИНИК Г. ЧИТЫ

Тюшкова Л.М.

*ГУЗ «Детский клинический медицинский центр г. Читы», Чита,
Российская Федерация*

Актуальность. Ведущее место среди средств физической реабилитации отводится физическим упражнениям, так как двигательная активность — важнейшее условие формирования здорового образа жизни, она же является основой правильного построения медицинской реабилитации. Кинезотерапия является основным методом медицинской реабилитации, а именно двигательной реабилитации. Реабилитация заключается в восстановлении мышечной системы, поддержании ее на достигнутом уровне. На окончательный результат реабилитации оказывают влияние объем, адекватность и правильность выбора тактики восстановительного лечения, координация и согласованность деятельности врачей и медицинских сестер.

Цель исследования. 1. Изучение функционального состояния организма ребенка с целью определения допустимого уровня объема и интенсивности предполагаемой дальнейшей реабилитации. 2. Оценка эффективности проводимых реабилитационных мероприятий.

Пациенты и методы. Исследование проводилось на базе ГУЗ «Детский клинический медицинский центр г. Читы» методом изучения статистических данных, наблюдения, опроса. Количество пролеченных пациентов со дня начала работы, ноябрь 2022 г., составляет 6% детского населения г. Читы.

Результаты. Разработанные на основе методов кинезотерапии индивидуальные реабилитационные программы могут быть использованы в качестве базовой составляющей при подготовке конкретных программ реабилитации у детей с заболеваниями ортопедического профиля. В этом случае повышается качество оказания медицинской помощи данному контингенту пациентов. Лечение предполагает проведение индивидуальных реабилитационных программ, включая осмотр специалистов, лечебную физкультуру, массаж, занятия с психологом. В данном процессе важно участие инструктора по лечебной физкультуре в расстановке приоритетов медицинской реабилитации, организации всего сестринского процесса, так как значительная часть процедур выполняется специалистами среднего звена.

Заключение. После изучения функционального состояния организма ребенка с целью определения допустимого уровня объема и интенсивности предполагаемой дальнейшей реабилитации, проведение ее в условиях ГУЗ «Детский клинический медицинский центр г. Читы» представляется обоснованным и целесообразным.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА БАЗАЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИИ В КОРРЕКЦИОННО-РАЗВИВАЮЩЕЙ РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С ТЯЖЕЛЫМИ И/ИЛИ МНОЖЕСТВЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ФИЗИЧЕСКОГО И/ИЛИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ (ТМНР)

Цыдендамбаева А.Ц.

*ДПО № 2 ГУЗ «Детский клинический медицинский центр г. Читы», Чита,
Российская Федерация*

Актуальность. Основная цель паллиативной медицинской помощи (ПМП) детям — это улучшение качества жизни паллиативных детей, в том числе посредством обучения их родственников основам социальной реабилитации в домашних условиях для удовлетворения потребностей больного ребенка в комплексном уходе и различных видах помощи.

Цель исследования. Изучить роль медицинской сестры в коррекционно-развивающей деятельности с детьми с тяжелыми нарушениями развития в рамках паллиативной медицинской помощи.

Пациенты и методы. Сестринское исследование проведено на базе ГУЗ «ДКМЦ г. Читы» среди 69 семей, находящихся на курации паллиативной службы. Проведена сопоставительная оценка результатов деятельности медицинской сестры на основании отчетных форм с последующим анализом полученных данных.

Результаты. Для обеспечения доступности паллиативной медицинской помощи детям в ГУЗ «ДКМЦ г. Читы» организована и активно работает выездная патронажная служба ПМП детскому населению г. Читы. Медицинские сестры, профессионально занимающиеся квалифицированным уходом за паллиативными пациентами, имеют не только полноценное профильное образование, но и специализированные знания и навыки восстановительного лечения и психотерапевтического общения с пациентом и его семьей. Как необходимый раздел деятельности службы, ведет свою работу профильная сестринская «Школа по уходу за тяжелобольным ребенком на дому», в рамках которой медицинские сестры осуществляют специальную коррекционную работу с детьми с выраженными нарушениями на основе метода базальной стимуляции. Это метод обучения на самом элементарном уровне, направленный на создание условий, облегчающих процессы восприятия окружающего, передвижения, пространственной ориентировки, осуществления коммуникации, осознания собственного тела, и, как результат, на улучшение жизнедеятельности ребенка с ТМНР и обеспечение формирования основных групп жизненных умений.

Заключение. При условиях осознания значимости и востребованности деятельности Школы ухода для паллиативных детей специалистами принимаются решения по качественному и непрерывному обучению ухаживающих для снижения нарушений потребностей тяжелобольных детей, создания благоприятной психологической атмосферы в семье, повышения медицинской грамотности родственников. Все это приводит к достижению оптимального уровня жизни ребенка, улучшению качества его жизни как основной цели обучения.

МОТИВИРУЮЩАЯ РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОВЕДЕНИИ ВАКЦИНАЦИИ У ДЕТЕЙ

Шамансурова Э.А., Маннапова М.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Актуальность изучения влияния деятельности медицинской сестры на охват массовой иммунизацией населения несомненна, так как именно медсестры зачастую становятся специалистами, ответственными за процесс организации вакцинации, и являются основными инструкторами в просвещении родителей и опекунов в вопросах профилактической эффективности вакцин и их безопасности.

Цель исследования. Проанализировать литературные данные о международном опыте изучения роли медицинской сестры в продвижении вакцинации среди детского населения.

Пациенты и методы. Нами проведен обзор источников литературы о роли медсестры в организации прививок у детей. Проведен анализ 35 англо- и русскоязычных публикаций из баз данных PubMed, eLibrary, WHO, Cochrane Library, Scopus начиная с 2010 г. Для поиска были использованы следующие ключевые слова: “nurses”, “vaccine”, “nursing”, “vaccination”, “child”. Источники были собраны в файлы с последующим ознакомлением с абстрактом или чтением полного текста.

Результаты. Проведен анализ статей, подтверждающих важность проведения вакцинации, определена необходимость обучения медицинских сестер для понимания важности вакцинации и коммуникативных навыков. Также определена роль медсестры в понимании родителями важности проводимой вакцинации. Обзор зарубежной литературы показывает, что мнения относительно необходимости вакцинации, эффективности и безопасности вакцин оказались в целом позитивными. В некоторых статьях авторы отмечают положительную просветительскую роль медсестер, особенно патронажных, среди населения. С другой стороны, многие специалисты сестринского дела рассматривают вакцинацию как личные предпочтения родителей в рамках ответственности за собственное здоровье. Данный литературный обзор помог обозначить проблемы с недостаточно благоприятным прогнозом вакцинации и ведущей роли специалистов сестринского дела по продвижению иммунизации детского населения как за рубежом, так и в нашей стране.

Заключение. Существующие на сегодняшний день представления о роли медицинской сестры в вопросах продвижения вакцинации среди населения остаются весьма неоднозначными, а изучение влияния специалиста сестринского дела на охват массовой иммунизацией является одной из актуальных проблем современного здравоохранения.

СОДЕРЖАНИЕ

Часть I

<i>Азизова Н.А., Рагимова Н.Д.</i> ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ И АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ВРОЖДЕННЫХ АНОМАЛИЙ СРЕДИ НОВОРОЖДЕННЫХ, ПОСТУПИВШИХ В СТАЦИОНАР ЗА ПЕРИОД 2015–2018 ГГ.	1
<i>Аксенова В.А., Клевно Н.И., Казаков А.В., Сокольская Е.А., Романенко В.А.</i> ТУБЕРКУЛЕЗ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	2
<i>Аксенова В.А., Клевно Н.И., Казаков А.В., Сокольская Е.А., Романенко В.А., Пахлавонова А.Д.</i> ПРОБЛЕМЫ КОМОРБИДНОСТИ У ДЕТЕЙ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	3
<i>Алексеева М.А., Якубова Л.Р., Пархоменко А.В., Гуменюк О.И., Черненко Ю.В., Курмачева Н.А.</i> ОЦЕНКА ОСВЕДОМЛЕННОСТИ О МАММОЛОГИЧЕСКОМ И РЕПРОДУКТИВНОМ ЗДОРОВЬЕ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ	4
<i>Алигаджиева К.М., Гусев Я.С., Воротникова Н.А.</i> ЕСТЬ ЛИ СВЯЗЬ МЕЖДУ СТЕПЕНЬЮ ТЯЖЕСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И УРОВНЕМ IGE В СЫВОРОТКЕ КРОВИ?	5
<i>Алиева А.М., Мусаев А.А.</i> КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ	6
<i>Алискандиева З.А., Алискандиев А.М., Абдулмуслимов М.Т., Махачев Б.М., Абакаров С.С.</i> ПЕРВИЧНЫЕ ИММУНОДЕФИЦИТЫ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН	7
<i>Амосова Е.А., Порецкова Г.Ю., Санталова Г.В.</i> СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ В ДИНАМИКЕ: НА ПИКЕ РОСТА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И В ПЕРИОД УЛУЧШЕНИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ	8
<i>Андреева Н.П., Костинов М.П.</i> ВАКЦИНАЦИЯ КВАДРИВАЛЕНТНОЙ ВАКЦИНОЙ ПРОТИВ ГРИППА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, ПОЛУЧИВШИХ ИММУНИЗАЦИЮ ПРОТИВ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ	9
<i>Аракелян А.Л., Сурков А.Н., Скворцова Т.А., Никитин А.В.</i> КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА	10
<i>Арзикюлов А.Ш., Абдумухтарова М.З.</i> ОЦЕНКА ВЕГЕТОВИСЦЕРАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ШКОЛЬНИКОВ-ПОДРОСТКОВ С ДЕЗАДАПТАЦИЕЙ	11
<i>Артемяева В.С., Аникина К.А., Гуменюк О.И., Черненко Ю.В., Балашова Е.В., Макунина Ю.Ю.</i> ФЕТАЛЬНЫЙ АЛКОГОЛЬНЫЙ СИНДРОМ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ПЕДИАТРА	12
<i>Астен А.А., Юнак Л.Н., Гасанова Ш.А., Маслова Ш.А., Андреева М.Г.</i> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КИНЕЗИОТЕЙПИРОВАНИЯ ПРИ ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ В УСЛОВИЯХ ДСМР ГБУ РО «ОДКБ»	13
<i>Аширова Л.Э., Богачева С.М., Писоцкая Ю.В., Устюжанина Д.В.</i> ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ШКОЛЬНИКОВ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ	14
<i>Бабенина А.А., Мокрушина О.Г., Левитская М.В., Шумихин В.С.</i> ОТ АНТЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ДО ОПЕРАЦИИ: ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА С ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНЬЮ ГИДРОНЕФРОЗА	15
<i>Безлер Ж.А., Бомберова Л.А., Легкая Л.А.</i> ОЦЕНКА СТАТУСА ВИТАМИНА D У ДЕТЕЙ, СОСТОЯЩИХ ПОД ПАЛЛИАТИВНЫМ НАБЛЮДЕНИЕМ	16
<i>Белых Н.А., Захарова А.В., Пизнюр И.В., Бурдукова А.О., Макаркина Е.П., Раева Г.Ф., Скобликова О.А., Лашко А.Ю., Панина А.И.</i> ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ МИОФИБРОБЛАСТИЧЕСКОЙ ОПУХОЛИ ЛЕГКОГО У РЕБЕНКА	17
<i>Белых Н.А., Панферухина А.Ю.</i> ОСОБЕННОСТИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ Г. РЯЗНИ	18
<i>Белых Н.А., Сологуб М.А., Пизнюр И.В., Анিকেва Н.А., Деева Ю.В., Стежкина Е.В., Бурдукова А.О., Макаркина Е.П., Скобликова О.А., Пронина Е.В., Раева Г.Ф.</i> ИССЛЕДОВАНИЕ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ РОДИТЕЛЕЙ О РОЛИ ВИТАМИНА D В ОРГАНИЗМЕ И ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ЕГО НЕДОСТАТОЧНОСТИ	19

<i>Беляева Е.В., Фадеева А.В., Ушакова С.А., Халидуллина О.Ю., Куличенко М.П.</i> ЧАСТОТА ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЯ У ДЕВОЧЕК МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ПО ДАННЫМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА	20
<i>Беляева И.А., Турти Т.В., Бомбардирова Е.П., Садчиков П.Е., Шукенбаева Р.А.</i> ВЗАИМОСВЯЗЬ СОСТАВА КИШЕЧНОЙ МИКРОБИОТЫ С РАЗВИТИЕМ АТОПИИ У МЛАДЕНЦЕВ 6–12 МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ	21
<i>Беляева И.А., Турти Т.В., Бомбардирова Е.П., Садчиков П.Е., Шукенбаева Р.А.</i> ОСОБЕННОСТИ СТАНОВЛЕНИЯ КИШЕЧНОЙ МИКРОБИОТЫ У МЛАДЕНЦЕВ ПЕРВЫХ ТРЕХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ С РАННИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ АЛЛЕРГИИ.....	22
<i>Богачева С.М., Писоцкая Ю.В., Устюжанина Д.В., Аширова Л.Э., Бурлуцкая А.В.</i> ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАПОРЫ У ДЕТЕЙ Г. КРАСНОДАРА: РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ	23
<i>Бойдак М.П., Прилуцкая В.А., Свирская О.Я., Пристром И.Ю.</i> ДИНАМИКА ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ МАРКЕРОВ ПРИ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ И ОЧЕНЬ НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА	24
<i>Бокова Т.А., Карташова Д.А., Бевз А.С., Шишулина Е.Е.</i> ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ, ОСЛОЖНЕННЫМ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ.....	25
<i>Бордюгова Е.В., Дубовая А.В., Черткова И.С.</i> СОЧЕТАНИЕ <i>SITUS INVERSUS</i> И ТРАНСПОЗИЦИИ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ У РЕБЕНКА	26
<i>Борисов С.А.</i> ПРИМЕНЕНИЕ ИМПЛАНТОВ В ХИРУРГИИ ВРОЖДЕННЫХ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖ У ДЕТЕЙ	27
<i>Босых В.Г., Ярыгин Н.В.</i> ОПТИМИЗАЦИЯ ЭНХОНДРАЛЬНОГО ОКОСТЕНЕНИЯ ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ ПРИ СПАСТИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРИ ДЦП В ДОШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ	28
<i>Булычева Е.В.</i> ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И РАССТРОЙСТВАМИ ПОВЕДЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.....	29
<i>Булычева Е.В.</i> ОБ АКТУАЛЬНОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ВРАЧЕБНО-ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ ВРАЧАМИ-ПЕДИАТРАМИ	30
<i>Булычева Е.В., Бегун Д.Н.</i> СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ИНФОРМАЦИОННО-КОММУНИКАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	31
<i>Булычева Е.В., Булычев В.В.</i> ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ АКТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.....	32
<i>Буренкина В.В., Шахова Н.В., Фуголь Д.С.</i> СИНДРОМ МАКЛА – УЭЛЛСА: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ.....	33
<i>Бурлуцкая А.В., Бутенко А.А., Статова А.В., Махрова И.А.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НЕПРЕРЫВНОГО МОНИТОРИНГА ГЛЮКОЗЫ КРОВИ У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1-ГО ТИПА	34
<i>Бурлуцкая А.В., Савельева Н.В., Черненко В.А.</i> УПРАВЛЯЕМЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПОДРОСТКОВ Г. КРАСНОДАРА	35
<i>Бурлуцкая А.В., Триль В.Е.</i> МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПОДРОСТКОВ	36
<i>Быков Ю.В., Батулин В.А., Воробьева А.П., Вартамян А.А.</i> ОЦЕНКА УРОВНЯ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА У ПАЦИЕНТОВ С ДИАБЕТИЧЕСКИМ КЕТОАЦИДОЗОМ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.....	37
<i>Валялов К.А., Ревуненков Г.В.</i> ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ КАРТИНА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ КИШЕЧНИКА, ВЫЗВАННЫХ КАМПИЛОБАКТЕРОМ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.....	38
<i>Варламова Д.Д., Зарипова Ю.Р., Варламова Т.В.</i> СТЕПЕНЬ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ВАКЦИНАЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ КАРЕЛИЯ	39
<i>Варламова Т.В., Зарипова Ю.Р., Хомякова Е.В.</i> ГЛИКИРОВАННЫЙ ГЕМОГЛОБИН КАК ПОКАЗАТЕЛЬ КОМПЕНСАЦИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА	40

<i>Виноградова Т.В., Касаткин Д.С.</i> КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА СТЕПЕНИ РЕЗИСТЕНТНОСТИ К РЕСПИРАТОРНЫМ ИНФЕКЦИЯМ У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ: ИССЛЕДОВАНИЕ «СЛУЧАЙ – КОНТРОЛЬ».....	41
<i>Власенко Н.Ю., Павлинова Е.Б., Устьян Л.А., Юдицкая Т.А., Юнгман Н.В., Каргаполова К.И., Кузнецова П.В., Зейнуллина А.Т.</i> СОЧЕТАНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1-ГО ТИПА И СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ).....	42
<i>Волишенкова П.А., Волохова Т.В., Воротникова Н.А.</i> ОТ ДЕБЮТА ОБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА ДО АСТМЫ.....	43
<i>Врублевский С.Г., Врублевская Е.Н., Врублевский А.С., Оганисян А.А., Валиев Р.Ю., Туров Ф.О.</i> СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННЫХ ДИВЕРТИКУЛОВ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ.....	44
<i>Выходцева Г.И., Колесникова О.И., Киричек Е.Ю., Новикова Л.М., Махова Е.Г.</i> ОЦЕНКА ОТДЕЛЬНЫХ ПАРАМЕТРОВ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У ДЕТЕЙ С ТИПИЧНЫМ ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ (ГУС).....	45
<i>Выходцева Г.И., Хасанова Ю.Л., Махова Е.Г., Ковярова Е.Б.</i> ФОРМИРОВАНИЕ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ.....	46
<i>Гаевская Е.А., Тихон Н.М., Матусевич В.И., Глазев А.А., Клиса С.Д.</i> СОДЕРЖАНИЕ АМИНОКИСЛОТ В СТУЛЕ МЛАДЕНЦЕВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА ВСКАРМЛИВАНИЯ.....	47
<i>Галашевская А.А., Почкайло А.С., Водянова О.В., Чепурок Д.А., Сосновская Е.И.</i> СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ С НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.....	48
<i>Галашевская А.А., Почкайло А.С., Зайцев Д.В., Лазарчик И.В.</i> ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АКТИВНОСТИ КРЕАТИНФОСФОКИНАЗЫ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У МАЛЬЧИКОВ С МЫШЕЧНОЙ ДИСТРОФИЕЙ ДЮШЕННА.....	49
<i>Галашевская А.А., Почкайло А.С., Зайцев Д.В., Лазарчик И.В.</i> ЧАСТОТА И СТРУКТУРА КОСТНЫХ ПЕРЕЛОМОВ У ДЕТЕЙ С НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.....	50
<i>Георгиева О.В., Пырьева Е.А.</i> СОВРЕМЕННЫЕ СПОСОБЫ ОПТИМИЗАЦИИ РАЦИОНОВ ДЕТСКОГО ПИТАНИЯ.....	51
<i>Гехт М.А.</i> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТОПИЧЕСКОГО АНТИМИКОТИКА В НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ АКНЕ НОВОРОЖДЕННЫХ У ДЕТЕЙ С 10-ГО ДНЯ ЖИЗНИ.....	52
<i>Гидаятова Л.А., Мамедова Ф.М., Гаджиева У.К., Мамедова С.Н., Гасанова Н.С., Сафарова И.А.</i> ОСОБЕННОСТИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ (ГЭРБ) НА ФОНЕ ИНФЕКЦИИ <i>H. PYLORI</i> У ДЕТЕЙ В АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ.....	53
<i>Гизятов Р.Х.</i> РЕГИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ СУРДОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ. ВЫЗОВЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ.....	54
<i>Гладких О.А.</i> ОСОБЕННОСТИ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ ПО СТОЙКИМ НАРУШЕНИЯМ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА.....	55
<i>Глушаков И.А., Глушакова В.Д.</i> ИЗУЧЕНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ ТУГОУХОСТИ.....	56
<i>Головко О.В., Заршипяк Н.В.</i> ПРОБЛЕМЫ И ДОСТИЖЕНИЯ В ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ НА ПРИМЕРЕ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ.....	57
<i>Головченко Н.Н., Сульженко М.Ю., Андреева Л.В., Друпова В.И.</i> ТРУДНОСТИ ВЕДЕНИЯ ЮВЕНИЛЬНОГО ДЕРМАТОМИОЗИТА СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМ РЕФРАКТЕРНЫМ ТЕЧЕНИЕМ.....	58
<i>Горбач Л.А.</i> ИММУНОДИАГНОСТИКА И ВАКЦИНАЦИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, ЗАБОЛЕВШИХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ.....	59
<i>Гордеева О.Б., Доброток А.В., Овчинников Д.С., Алешенко Н.Л., Солошенко М.А.</i> ИЗМЕНЕНИЕ НЕКОТОРЫХ БИОХИМИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ У ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19.....	60
<i>Гордеева О.Б., Доброток А.В., Овчинников Д.С., Солошенко М.А.</i> ПРИОБРЕТЕННЫЕ ТРОМБОЦИТОПАТИИ У ДЕТЕЙ.....	61

<i>Грицинская В.Л.</i> ОЦЕНКА НУТРИТИВНОГО СТАТУСА ДОШКОЛЬНИКОВ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА	62
<i>Гулькина Е.В., Вялкова А.А., Чеснокова С.А.</i> ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЭНДОТЕЛИНА-1 ПРИ ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ У ДЕТЕЙ	63
<i>Гурина Л.Н., Хоха И.В., Денисик Н.И.</i> НЕОНАТАЛЬНЫЙ АБСТИНЕНТНЫЙ СИНДРОМ	64
<i>Гурская А.С., Наковкин О.Н., Фисенко А.П., Баязитов Р.Р., Сулаво М.А., Ахмедова Д.М., Карнута И.В., Петрова Н.В., Скворцова В.А., Екимовская Е.В., Клепикова А.А.</i> ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНАЛОГА СОМАТОСТАТИНА И ИММУНОСУПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ХИЛОПЕРИТОНЕУМА И ХИЛОТОРАКСА У ДЕТЕЙ	65
<i>Гущина М.М., Килина А.В.</i> АНАЛИЗ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ	66
<i>Девальд Э.В., Перфильев В.Ю., Мирошниченко А.Г., Желев В.А., Дружинина В.Н., Турсунхужаев У.Д.</i> РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СУДОРОЖНОГО СИНДРОМА В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ НОВОРОЖДЕННЫХ ОБЛАСТНОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА ИМ. И.Д. ЕВТУШЕНКО Г. ТОМСКА ЗА ПЕРИОД С ЯНВАРЯ 2020 ПО ДЕКАБРЬ 2021 Г.	67
<i>Девялтовская М.Г., Михаленко Е.П., Никитченко Д.Ю., Андреева И.Н., Мазур О.Ч.</i> ОСОБЕННОСТИ КИШЕЧНОЙ МИКРОБИОТЫ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ	68
<i>Деева Ю.В., Глотова И.А., Хубезова И.Е., Пивоварова И.Н., Гаврилова В.В.</i> СЕМЕЙНЫЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА АЛЬПОРТА У ДЕТЕЙ	69
<i>Дженалаев Б.К., Досмагамбетов С.П., Тусупкалиев А.Б., Роскидайло Е.В., Ли Д.В.</i> ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ	70
<i>Джумагазиев А.А., Шилина Н.М., Сорокина Е.Ю., Отто Н.Ю., Безрукова Д.А., Сосиновская Е.В.</i> ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ВИТАМИНОМ D И ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА РЕЦЕПТОРА ВИТАМИНА D <i>FOKI (RS2228570)</i> У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ В ЮЖНОМ РЕГИОНЕ РОССИИ	71
<i>Дмитрачков В.В., Лапковский В.И., Тюшников О.И., Дмитрачкова О.В.</i> ПАТОГНОСТИЧЕСКОЕ СОЧЕТАНИЕ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ ФАКУЛЬТАТИВНЫХ СИМПТОМОВ В ДИАГНОСТИКЕ НЕДИАБЕТИЧЕСКОГО КЕТОАЦИДОЗА У ДЕТЕЙ	72
<i>Дмитрачкова О.В., Никифорова Т.А., Каминская Д.О., Кулибаба А.Е., Стасив А.И.</i> НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ И КЛИНИКИ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ	73
<i>Добродей А.И.</i> СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ 0–18 ЛЕТ ИЗ ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ ЗОНЫ С ПЕРИОДИЧЕСКИМ КОНТРОЛЕМ И 16-Й ГОРОДСКОЙ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 20 ЛЕТ	74
<i>Долотова Н.В., Кочерова О.Ю., Слабинская Т.В.</i> ЕДИНАЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ СРЕДА В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ – УСЛОВИЕ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ ШКОЛЬНИКОВ	75
<i>Дунаева Е.И., Почкайло А.С., Нестерович Ю.В., Зарецкая Е.М.</i> ОЦЕНКА ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ВИТАМИНОМ D ДЕТЕЙ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	76
<i>Ермохина Д.А., Сулейманова З.Я.</i> ТЕЧЕНИЕ COVID-19 У ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЕЙ	77
<i>Ершова И.Б., Васендина М.В., Козина С.Ю.</i> КОРРЕКЦИЯ ДИСЭЛЕМЕНТОЗОВ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО И РАННЕГО ВОЗРАСТА, РОДИВШИХСЯ В УСЛОВИЯХ МАТЕРИНСКОГО ПРЕНАТАЛЬНОГО СТРЕССА	78
<i>Жданова И.А., Лукиша А.Н., Осадчая Е.И., Краковец И.В., Картавцева А.В., Смычкова Е.В.</i> ПРИКОРМ ГЛАЗАМИ РОДИТЕЛЕЙ	79
<i>Жданова И.А., Лукиша А.Н., Осадчая Е.И., Краковец И.В., Картавцева А.В., Смычкова Е.В., Дудий С.Е.</i> ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ	80
<i>Завада А.Н., Беляева Л.М., Чижевская И.Д., Чакова Н.Н., Ниязова С.С., Мутько Ю.А., Воловик Н.О.</i> ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ ИНТЕРЛЕЙКИНА 4 (<i>IL4</i>) И РЕЦЕПТОРА ИНТЕРЛЕЙКИНА 4 (<i>IL4RA</i>) ПРИ РАЗВИТИИ АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ	81

<i>Завьялов О.В., Пасечник И.Н., Игнатко И.В.</i> ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ КРИТЕРИЕВ ПЕРИНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА ПРИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОМ ВЫБОРЕ СТАРТОВОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ПОДДЕРЖКИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В ОТДЕЛЕНИИ НЕОНАТАЛЬНОЙ РЕАНИМАЦИИ	82
<i>Завьялова А.Н., Новикова В.П., Кузнецова Ю.В.</i> САРКОПЕНИЯ У ДЕТЕЙ: ПРИЧИНЫ, ДИАГНОСТИКА, КЛИНИКА, ВОЗМОЖНОСТИ ТЕРАПИИ	83
<i>Зарипова Ю.Р., Варламова Д.Д., Варламова Т.В.</i> ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ: МНЕНИЕ ВЗРОСЛЫХ РЕСПОНДЕНТОВ, В ТОМ ЧИСЛЕ ОТНОСИТЕЛЬНО ВАКЦИНАЦИИ СВОИХ ДЕТЕЙ	84
<i>Зарянкина А.И., Цыкуненко Я.А., Яромиш К.А.</i> ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ДЕТЕЙ С ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19	85
<i>Зокиров Н.З., Зокирова З.Ф., Алексеева О.П., Смирнова А.И., Тихонова А.Ш.</i> РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ ОБМЕНА МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ У ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЧЕК.....	86
<i>Зокиров Н.З., Зокирова З.Ф., Смирнова А.И., Давыдова О.Л., Тихонова А.Ш.</i> ОПЫТ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ У ДЕТЕЙ С БЕССИМПТОМНОЙ БАКТЕРИУРИЕЙ.....	87
<i>Иванчик Н.В., Чагарян А.Н., Микотина А.В., Андреев В.А.</i> АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ КЛИНИЧЕСКИХ ИЗОЛЯТОВ <i>STREPTOCOCCUS PYOGENES</i> В РОССИИ: РЕЗУЛЬТАТЫ МНОГОЦЕНТРОВОГО ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ «ПЕГАС 2020–2021».....	88
<i>Игнатъев Е.М., Свиридов А.А., Годяцкий А.Г.</i> ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТАКТИКИ «CLIP AND DROP» В СЛУЧАЕ МНОЖЕСТВЕННЫХ ПЕРФОРАЦИЙ ТОНКОЙ И ТОЛСТОЙ КИШКИ НА ФОНЕ ГАНГРЕНОЗНО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА.....	89
<i>Имаева Л.Р., Ахметшин Р.З., Валеева Д.С., Ширяева Г.П.</i> ОСОБЕННОСТИ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПОСТСТРЕПТОКОККОВОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ.....	90
<i>Исмоилова Ш.С., Шамсиев Ф.М., Мусажанова Р.А., Жалилов А.Х.</i> КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВРОЖДЕННОЙ ПНЕВМОНИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ	91
<i>Камилова А.Т., Азизова Г.К., Умарназарова З.Е., Абдуллаева Д.А., Геллер С.И., Азимова Н.Д.</i> ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ЦЕЛИАКИИ СРЕДИ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН.....	92
<i>Карпова Н.Л., Яковистенко А.Д., Янченко И.В.</i> ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И КОРРЕКЦИИ ЗАИКАЮЩИХСЯ ДЕТЕЙ В СИСТЕМЕ СЕМЕЙНОЙ ГРУППОВОЙ ЛОГОПСИХОТЕРАПИИ	93
<i>Каталкина К.С., Сулейманова З.Я.</i> ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ С РАС	94
<i>Ким А.В., Гурьева Н.А., Шарафутдинова Л.Л., Затулкин В.А., Каканов А.М., Ушкац А.К.</i> ПРИМЕНЕНИЕ БЕРЕЖЛИВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ	95
<i>Кириченко И.Я., Ипполитова М.Ф., Рослова З.А.</i> ОРГАНИЗАЦИЯ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ В 2019–2021 ГГ.....	96
<i>Коварский С.Л., Захаров А.И., Соттаева З.З., Струянский К.А., Текотов А.Н., Пепеляева И.М.</i> ВЫБОР СПОСОБА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРОКСИМАЛЬНОЙ ГИПОСПАДИИ	97
<i>Козловский А.А.</i> ГЕМАТУРИЯ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ПЕДИАТРА	98
<i>Козловский А.А., Новик Т.Д., Борисова А.В.</i> СЕЗОННЫЕ ВАРИАЦИИ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ВИТАМИНОМ D ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА ГОМЕЛЯ	99
<i>Колесникова О.И., Румянцев А.А., Барышева Е.Е., Медникова Л.В., Выходцева Г.И., Сероклинов В.Н., Мироненко И.И.</i> АНАЛИЗ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА ДЛЯ ДЕТЕЙ С ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В АЛТАЙСКОМ КРАЕ	100
<i>Конопко Н.Н., Тонких Н.А.</i> ДИСПЛАЗИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ АРИТМОГЕННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ЭКСТРАСИСТОЛИЕЙ	101
<i>Конюх Е.А.</i> СЛУЧАЙ ПОЧЕЧНОГО ТУБУЛЯРНОГО АЦИДОЗА У РЕБЕНКА.....	102

<i>Королева А.Е., Бекезин В.В.</i> СКРИНИНГОВОЕ АНКЕТИРОВАНИЕ ПО ВЫЯВЛЕНИЮ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА И ДРУГИХ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПЕРВОКЛАССНИКОВ ГОРОДА СМОЛЕНСКА.....	103
<i>Корончик Е.В.</i> КОМПЕТЕНТНОСТЬ РОДИТЕЛЕЙ В ВОПРОСЕ О ВИТАМИНЕ D	104
<i>Котлубаев Р.С., Баканов А.А., Фролова Е.А., Калинина Ю.А.</i> ДИАГНОСТИКА ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ.....	105
<i>Кочетова О.В., Шангареева З.А., Файзуллина Р.М., Санникова А.В., Мананова А.Ф., Викторов В.В., Шаверская А.Г., Хамова М.С., Астафурова О.А.</i> ОСОБЕННОСТИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ	106
<i>Кубанова Л.Т., Козьмова Н.А., Барычева Л.Ю.</i> ПАТОЛОГИЯ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ОШИБКАМИ ИММУНИТЕТА	107
<i>Кузьмина Е.С., Барычева Л.Ю., Минасян М.М., Кузнецова В.В.</i> ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ ПРОВΟΣПАЛИТЕЛЬНЫХ ИНТЕРЛЕЙКИНОВ ПРИ ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ.....	108
<i>Кулакова Е.Н., Настаушева Т.Л.</i> ПРОБЛЕМЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЦЕЛЕВОГО УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК	109
<i>Курмачёва Н.А., Свинарёв М.Ю., Черненко Ю.В., Гуменюк О.И.</i> СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ.....	110
<i>Куяров А.В., Дудко Е.Ф., Куяров А.А.</i> ЗНАЧЕНИЕ КОЛИЧЕСТВЕННЫХ И КАЧЕСТВЕННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛАКТОБАКТЕРИЙ В РАЦИОНЕ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ.....	111
<i>Легкая Л.А., Бомберова Л.А., Безлер Ж.А.</i> ДЛИТЕЛЬНАЯ РЕСПИРАТОРНАЯ ПОДДЕРЖКА ДЕТЯМ, НАХОДЯЩИМСЯ ПОД ПАЛЛИАТИВНЫМ НАБЛЮДЕНИЕМ, ПО ДАННЫМ РЕСПУБЛИКАНСКОГО РЕГИСТРА.....	112
<i>Лекомцева О.И., Бриткова Т.А., Субботина Я.Ю., Борисова Е.А., Пустовалова А.Д.</i> АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ ДЕТЕЙ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ	113
<i>Лисица И.А., Лисовский О.В., Панкратова П.А., Близнякова Д.С.</i> АДАПТИРОВАННОСТЬ СТУДЕНТОВ К ОБУЧЕНИЮ В ВЫСШЕЙ ШКОЛЕ – ПЕРВЫЕ УРОКИ ПОСТКОВИДНОГО ОБРАЗОВАНИЯ	114
<i>Лисовский О.В., Близнякова Д.С., Лисица И.А., Панкратова П.А., Колосюк В.А.</i> ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА КАК ФАКТОР АДАПТАЦИИ К ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЕ.....	115
<i>Лукашова Ю.В., Михеева Д.А.</i> ОТДЕЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ РАЗВИТИЯ ГЛУБОКО НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ	116
<i>Лунякова М.А., Горлищева А.Е., Юдакова М.С., Федина Н.В.</i> АНЕМИЯ Д АЙМОНДА–БЛЕКФАНА (СЛУЧАЙ УСПЕШНОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК).....	117
<i>Макарова Т.П., Самойлова Н.В., Кидрачева Р.Р., Нигаманова А.У., Мельникова Ю.С.</i> АНГИОМИОЛИПОМЫ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТА С ТУБЕРОЗНЫМ СКЛЕРОЗОМ	118
<i>Маклакова О.А., Штина И.Е., Валина С.Л.</i> ОСОБЕННОСТИ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ШКОЛЬНИКОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА.....	119
<i>Мамедова Ф.М., Гидаятова Л.А., Тагизаде Т.Г., Гаджиева У.К., Гасанова Н.С., Сафарова И.А.</i> ОЦЕНКА ДИСАВТОНОМИИ У ДЕТЕЙ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19	120
<i>Мамедова С.Н., Мусаев С.Н.</i> ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ.....	121
<i>Мамедова С.Н., Мусаев С.Н.</i> СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ.....	122
<i>Маммадова Т.А.</i> ИЗМЕНЕНИЕ СЫВОРОТОЧНОГО УРОВНЯ КАЛЬЦИЯ ПРИ НЕКРОТИЧЕСКОМ ЭНТЕРОКОЛИТЕ У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ.....	123
<i>Мамчиц Л.П., Гандьш Е.В., Родцевич Я.А.</i> ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	124

<i>Мамчиц Л.П., Гандьш Е.В., Масякин В.Б.</i> ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ОРГАНИЗМА У СТУДЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19	125
<i>Маргарян С.Р.</i> РЕКОНСТРУКЦИЯ ТОТАЛЬНЫХ ПОРТОСИСТЕМНЫХ ШУНТОВ В СЕЛЕКТИВНЫЙ ШУНТ У ДЕТЕЙ.....	126
<i>Маскаленчик Т.Г., Мулярчик О.С., Томчик Н.В.</i> РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НАЗНАЧЕНИЯ НЕБУЛАЙЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ СРЕДИ ПЕДИАТРОВ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ЗВЕНА.....	127
<i>Матвеева Е.А., Харламова Н.В., Малышкина А.И., Филькина О.М.</i> СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ПОЗДНИХ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ВЫРАЖЕННОЙ ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ.....	128
<i>Мацюк Т.В., Сидоренко А.Д.</i> ЧАСТОТА И ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ.....	129
<i>Мачнева И.В., Лебедева Е.Н., Карнаухова И.В., Азарова Е.В., Вяжкова А.А.</i> ОПРЕДЕЛЕНИЕ СЕЛЕНА В ГРУДНОМ МОЛОКЕ КАК ПОДХОД К ОЦЕНКЕ СЕЛЕНОВОГО СТАТУСА РЕБЕНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА	130
<i>Меновицкова Л.Б., Коварский С.Л., Захаров А.И., Гуревич А.И., Соттаева З.З., Струянский К.А., Пепеляева И.М.</i> ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С РАЗРЫВОМ ПОЧКИ	131
<i>Меньшикова Е.А., Дмитричкова О.В., Безлер Ж.А.</i> ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ МЫШЕЧНОЙ ДИСТРОФИЕЙ ДЮШЕННА – БЕККЕРА.....	132
<i>Михайлов В.С., Зарипова Ю.Р.</i> ВАКЦИНАЛЬНЫЙ СТАТУС НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ.....	133
<i>Михайлова Е.В., Каральский С.А., Малинина Н.В., Кошкин А.П., Матвеева М.А.</i> КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЫ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ В ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА.....	134
<i>Морозов Д.Д.</i> ПОЗДНЯЯ ДИАГНОСТИКА ВРОЖДЕННОЙ ЧАСТИЧНОЙ ВЫСОКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ: СЕРИЯ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ	135
<i>Мулярчик О.С., Томчик Н.В.</i> МОДИФИЦИРУЕМЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА СИНДРОМА ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ МЛАДЕНЦЕВ ПО ДАННЫМ АНКЕТИРОВАНИЯ	136
<i>Мусаев С.Н., Мамедова И.А., Мамедова С.Н.</i> НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИ ЮВЕНИЛЬНОМ ДЕРМАТОМИОЗИТЕ	137
<i>Мусатова Л.А., Краснова Л.И., Смирнова О.К.</i> ПРОФИЛАКТИКА ПРЕСТУПНОСТИ С ПОМОЩЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ И КОРРЕКЦИИ ОТКЛОНЯЮЩЕГОСЯ ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В ШКОЛЬНОЙ СРЕДЕ	138
<i>Мушегян Ж.Г., Зазьян А.В., Юсуфова А.Ю.</i> ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ФЕРМЕНТОЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТА, СТРАДАЮЩЕГО МУКОПОЛИСАХАРИДОЗОМ, ТИП II (МПС II, СИНДРОМ ХАНТЕРА) С РЕАКЦИЕЙ ГИПЕРЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ПРЕПАРАТАМ ИДУРОНАТ-2-СУЛЬФАТАЗЫ.....	139
<i>Мысливец М.Г.</i> ЮВЕНИЛЬНЫЙ ИДИОПАТИЧЕСКИЙ АРТРИТ: КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ	140
<i>Насирова С.Р., Мехтиева С.А.</i> ЗНАЧЕНИЕ МАТРИКС-МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗЫ-2 В ДИАГНОСТИКЕ НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ ...	141
<i>Насырова К.И., Сулейманова З.Я.</i> ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ВИТАМИНОМ В ₁₂ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА.....	142
<i>Носкова А.С., Аванесян М.А., Каримуллин Г.А.</i> КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ Х-СЦЕПЛЕННОЙ АДРЕНОЛЕЙКОДИСТРОФИИ У МАЛЬЧИКА К., 7 ЛЕТ	143
<i>Нургалиева Ж.Ж., Новрузова Н.Б., Сейсебаева Р.Ж., Ержанова Г.Е., Байзак М.Б., Иманкул А.К., Мурат А.С.</i> КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОГРАММЫ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ	144
<i>Огнёв С.И., Цап Н.А., Машина Л.В.</i> ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ТАКТИКА ПРИ КИСТАХ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ.....	145
<i>Окорочков П.Л., Столярова С.А., Аксенова Н.В., Исаева Е.П., Зябкин И.В.</i> ОЦЕНКА ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ВИТАМИНОМ D НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ СПОРТСМЕНОВ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ СПОРТИВНЫМИ ЕДИНОБОРСТВАМИ.....	146

<i>Окунев Н.А., Окунева А.И., Кемаев А.Б., Калабкин Н.А., Аржанова Н.В.</i> ТРИХОБЕЗОАР ЖЕЛУДКА В ПРАКТИКЕ ДЕТСКОГО ХИРУРГА.....	147
<i>Окунев Н.А., Окунева А.И., Кемаев А.Б., Калабкин Н.А., Понетайкина А.В.</i> ВНЕДРЕНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ГАСТРОСТОМИИ В РЕСПУБЛИКЕ МОРДОВИЯ.....	148
<i>Орел В.И., Углева Е.М., Смирнова В.И., Булдакова Т.И., Кулев А.Г.</i> ХАРАКТЕРИСТИКА СТРУКТУРЫ ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ ЗА 2021–2022 ГГ.....	149
<i>Орлова О.М., Эмирова Х.М., Абасеева Т.Ю., Музуров А.Л., Панкратенко Т.Е., Генералова Г.А., Чичуга Е.М., Мстиславская С.А., Широнова Н.В.</i> ПРЕДИКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА АТИПИЧНОГО ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА	150
<i>Павличенко М.В., Чумарная Т.В.</i> ОСОБЕННОСТИ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ У МОНОХОРИАЛЬНЫХ ДИАМНИОТИЧЕСКИХ БЛИЗНЕЦОВ ПО КОЛИЧЕСТВЕННЫМ ПОКАЗАТЕЛЯМ ТРЕС И КРЕС.....	151
<i>Павловская О.Г., Гладких О.А.</i> ДЕСЯТИЛЕТНИЙ МОНИТОРИНГ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ У ДЕТЕЙ: РЕГИОНАЛЬНЫЙ АСПЕКТ.....	152
<i>Пальцева А.И., Зверко В.Л., Симица Л.Н., Дырман Т.В.</i> ОПТИМИЗАЦИЯ ЛАКТАЦИИ У МАТЕРЕЙ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ	153
<i>Панкратова П.А., Лисовский О.В., Близнякова Д.С., Лисица И.А.</i> РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ.....	154
<i>Панчина А.М.</i> СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ МЛАДЕНЦА	155
<i>Парамонова Н.С., Руссу М.В.</i> ОСОБЕННОСТИ КТ-ДИАГНОСТИКИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПНЕВМОТОРАКСОМ НА ФОНЕ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ.....	156
<i>Пекарева Н.А., Павлова В.С., Бабатова С.И., Сугак А.Б., Филиппова Е.А., Подуровская Ю.Л., Батдалова З.Н.</i> КЛИНИЧЕСКОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КЛАССИФИКАЦИИ UTD ДЛЯ ОЦЕНКИ РАСШИРЕНИЯ ЧАШЕЧНО-ЛОХАНОЧНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ	157
<i>Петлах В.И., Коновалов А.К., Беляева О.А., Константинова И.Н.</i> ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ КАК ПРИЧИНА ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ	158
<i>Петренко О.В.</i> ПРИВЕРЖЕННОСТЬ РЕКОМЕНДАЦИЯМ К ПРИЕМУ ПРОФИЛАКТИКИ ГИПОВИТАМИНОЗА D У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.....	159
<i>Петрова Н.Н., Караваева С.А., Патрикеева Т.В., Ноздрин Ф.В., Шашилев В.А., Корнилова А.Б., Старевская С.В.</i> ТОТАЛЬНЫЙ АТЕЛЕКТАЗ ЛЕГКОГО У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА: ПРИЧИНЫ И ЛЕЧЕНИЕ.....	160
<i>Петрайкина Е.Е., Демина Е.С., Рыбкина И.Г., Гаряева И.В., Шубина Ю.Ф., Коломина И.Г., Евсюкова Е.А., Букин С.С., Тихонович Ю.В., Тимофеев А.В.</i> ТЕСТЫ НА АНТИТЕЛА К АНТИГЕНАМ β -КЛЕТОК В ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА И ДЕТСКОГО ЭНДОКРИНОЛОГА.....	161
<i>Писарик Д.М., Саванович И.И.</i> АУТОИММУННЫЙ ПОЛИГЛАНДУЛЯРНЫЙ СИНДРОМ, ОСЛОЖНЕННЫЙ ЦЕЛИАКИЕЙ И НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ.....	162
<i>Писклаков А.В., Павленко Н.И., Бардеева К.А.</i> ВОЗМОЖНОСТИ СОХРАНЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ ПРОИЗВОДНЫХ МЮЛЛЕРОВЫХ ПРОТОКОВ, СОПРЯЖЕННЫХ С НАРУШЕНИЕМ ОТТОКА МЕНСТРУАЛЬНОЙ КРОВИ	163
<i>Писклаков А.В., Павленко Н.И., Бардеева К.Д.</i> ХРОНИЧЕСКИЕ ТАЗОВЫЕ БОЛИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ КАК МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНАЯ ПРОБЛЕМА	164
<i>Пискунова С.Г., Беседина Е.А., Бадьян А.С., Приходько Н.Н.</i> ПОТЕНЦИАЛ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ОСТРОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ	165
<i>Погорелова Е.И., Завражнов А.Ю., Буданова М.В.</i> НУТРИЕНТНАЯ ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ РАЦИОНА ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ОБОНЯНИЯ	166
<i>Пономарева Д.А., Нагаева Т.А., Желев В.А., Басарева Н.И., Рейм А.С., Ермолаева Ю.А.</i> ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ПОСТКОВИДНОМ СИНДРОМЕ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	167

<i>Прилуцкая В.А.</i> ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕЖДУНАРОДНЫХ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ СТАНДАРТОВ ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ПЕРИОДА АДАПТАЦИИ КРУПНОВЕСНЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА	168
<i>Прищепенко О.А.</i> АКТИВНОСТЬ ГИАЛУРОНИДАЗЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ИЗОИММУНИЗАЦИЕЙ	169
<i>Прокотьева В.Д., Федотова М.М., Коновалова У.В., Невская К.В., Богута В.Д., Бакирова Е.В., Мелентьева А.П., Федорова О.С.</i> ИССЛЕДОВАНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ФАКТОРОВ РИСКА ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ С ОТЯГОЩЕННЫМ НАСЛЕДСТВЕННЫМ АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИМ АНАМНЕЗОМ	170
<i>Протасевич Т.С., Сидорик А.В., Денисик Н.И.</i> ОСОБЕННОСТИ СУДОРОЖНОГО СИНДРОМА У НОВОРОЖДЕННЫХ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ	171
<i>Протасова Т.А., Ангырбан М.И.</i> ТРУДНЫЙ ДИАГНОЗ: ЭОЗИНОФИЛЬНЫЙ ГРАНУЛЕМАТОЗ С ПОЛИАНГИИТОМ (СИНДРОМ ЧЕРДЖА–СТРОСС)	172
<i>Пырьева Е.А., Сафронова А.И., Тимошина М.И., Нетунаева Е.А., Осипова К.В., Лукьянова Е.Г.</i> СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КОМПОНЕНТНОГО СОСТАВА ТЕЛА У ДЕТЕЙ	173
<i>Роговцова А.Г., Кравченко Д.И., Котова М.В.</i> ВОЛОНТЕРСКОЕ ДВИЖЕНИЕ «ЗДОРОВЬЕ – ДЕТЯМ» КАК ШАГ НА ПУТИ К ВЫСОКОМУ ПРОФЕССИОНАЛИЗМУ ВРАЧА	174
<i>Роговцова А.Г., Левчин А.М., Козина С.Ю.</i> ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С УЧЕТОМ СТРЕССОГЕННОЙ СИТУАЦИИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИМИ УСЛОВИЯМИ	175
<i>Рудик М.И., Самыгин С.А., Воротникова Н.А.</i> СТРУКТУРА КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЙ И СЕНСИБИЛИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ САРАТОВСКОГО РЕГИОНА, СТРАДАЮЩИХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ	176
<i>Рыбалкина М.Г., Скачкова М.А., Карпова Е.Г., Сергеева М.М., Маськова О.А.</i> АНАЛИЗ ПЕРВЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ТАРГЕТНОЙ ТЕРАПИИ МУКОВИСЦИДОЗА У ПАЦИЕНТОВ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ	177
<i>Сабитова Д.К., Абдулкадырова М.А.</i> МОНИТОРИНГ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ КРУПНОГО ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ	178
<i>Сабитова Д.К., Калинина О.В.</i> АКТУАЛЬНОСТЬ РАЗВИТИЯ КОММУНИКАТИВНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ СОВРЕМЕННОГО ВРАЧА-ПЕДИАТРА	179
<i>Садчиков П.Е., Беляева И.А., Турти Т.В., Бомбардиров Е.П., Шукенбаева Р.А.</i> ВЗАИМОСВЯЗЬ ОСОБЕННОСТЕЙ ВСКАРМЛИВАНИЯ С МАНИФЕСТАЦИЕЙ АТОПИИ У МЛАДЕНЦЕВ 6–12 МЕС ЖИЗНИ	180
<i>Самороднова Е.А., Луньков Е.И., Лазарев В.С.</i> КАЧЕСТВО СНА У ШКОЛЬНИКОВ И СТУДЕНТОВ	181
<i>Сафарова И.А., Гасанова Н.С., Мамедова Ф.М., Гидаятова Л.А.</i> ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МИОКАРДА ПРИ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЯХ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ	182
<i>Сахабетдинов Б.А., Васильев Э.А.</i> ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ (ФРОП) В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ПЕДИАТРА	183
<i>Сварич В.Г., Сварич В.А.</i> РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ СИМПТОМ ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ	184
<i>Свинарѐв М.Ю., Курмачѐва Н.А., Аранович В.В., Черненко Ю.В.</i> ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ У ДЕТЕЙ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19	185
<i>Северинов Д.А., Соболев М.С., Анапьева А.Н., Косолапова Н.В., Гаврилюк В.П.</i> ВАРИАНТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО МЕТАЭПИФИЗА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ	186
<i>Сейсебаева Р.Ж., Сайранкызы С., Нургалиева Ж.Ж.</i> БРОНХОЛЕГОЧНАЯ ДИСПЛАЗИЯ У ДЕТЕЙ г. АЛМАТЫ	187
<i>Семашко Е.Б.</i> ИММУНОПРОФИЛАКТИКА У ДЕТЕЙ: ОТНОШЕНИЕ РОДИТЕЛЕЙ	188
<i>Сидорова А.В., Сулейманова З.Я., Овсяник Н.Г., Латшин М.С.</i> ЛИПИДНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА	189
<i>Синица Л.Н., Парамонова Н.С., Саприна Т.В., Лошкова Е.В., Рафикова Ю.С., Желев В.А., Бушманова А.С.</i> ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ВИТАМИНОМ D У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ В БЕЛАРУСИ	190

<i>Сиротченко Т.А., Бугаенко О.А., Караманешта М.М.</i> ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ ВОЕННОГО КОНФЛИКТА	191
<i>Скударнов Е.В., Баюнова Л.М., Малюга О.М., Журавлева Н.А., Дорохов Н.А., Зенченко О.А.</i> ВНУТРИУТРОБНЫЕ ИНФЕКЦИИ КАК ПРИЧИНЫ КАРДИТОВ У ДЕТЕЙ	192
<i>Соколова Т.С., Мальчук В.Н., Федорова О.С.</i> ОЦЕНКА МЕТАБОЛИЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА КИШЕЧНОЙ МИКРОБИОТЫ НА ФОНЕ ИНВАЗИИ <i>OPISTHORCHIS FELINEUS</i> У ДЕТЕЙ	193
<i>Соколовская В.В., Литвинова А.А., Крикова А.В., Козлов Р.С., Литвинова И.А.</i> НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ДЕТЕЙ НА ФОНЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19	194
<i>Суенкова Д.Д.</i> КИШЕЧНЫЕ СТОМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ: ПОКАЗАНИЯ, ВАРИАНТЫ ФОРМИРОВАНИЯ, ДИНАМИКА	195
<i>Султанов И.С., Чалова Ю.Д., Еремцов Д.В.</i> КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЗИГОМАТИЦИТА У РЕБЕНКА	196
<i>Сульженко М.Ю., Головченко Н.Н., Сульженко Д.В., Сульженко А.А.</i> КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СИДЕРОПЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ	197
<i>Тарабрина А.А., Самойлова Ю.Г., Олейник О.А., Матвеева М.В., Подчиненова Д.В., Коваренко М.А., Дираева Н.М., Филимонов А.Е., Трифонова Е.И.</i> ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ УРОВНЯ IL-17A ПРИ ОЖИРЕНИИ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ	198
<i>Текутьева Н.А., Лобанов Ю.Ф., Латышев Д.Ю.</i> АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ С ЭНУРЕЗОМ	199
<i>Титова С.А., Зиатдинов А.И.</i> ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ	200
<i>Томчик Н.В., Аржанович Л.В.</i> НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ НОВУЮ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ	201
<i>Улуханова Л.У., Ниналалов М.А., Атаева С.М.</i> КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА ЧЕДИАКА—ХИГАСИ У РЕБЕНКА 3 ЛЕТ	202
<i>Урумбоева З.О., Каримова Н.И.</i> ДИНАМИКА ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ВИТАМИНА D У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ	203
<i>Устюжанин А.В., Маханек А.А., Чистякова Г.Н., Ремизова И.И.</i> ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ УСТОЙЧИВОСТИ К БЕТА-ЛАКТАМНЫМ АНТИБИОТИКАМ ЭНТЕРОБАКТЕРИЙ, ВЫДЕЛЕННЫХ ОТ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА	204
<i>Ушакова С.А., Перфилова О.В., Волкова Е.П., Патрашков Д.М.</i> КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ МЛАДЕНЦА С В ₁₂ -ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ НА ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ	205
<i>Файзуллина Р.М., Санникова А.В., Шангареева З.А., Чернышева А.Е., Сафина Е.Е., Урманцева А.Ф., Гребнева Л.В., Фугина Л.Д., Шаверская А.Г.</i> ОСТРЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ: МЕДИЦИНСКАЯ ИЛИ СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА	206
<i>Филькина О.М., Воробьева Е.А., Румянцева Т.В.</i> ОРГАНИЗАЦИОННАЯ СТРУКТУРА ЕДИНОГО ИНФОРМАЦИОННОГО ПРОСТРАНСТВА ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ШКОЛЬНИКОВ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ	207
<i>Филькина О.М., Кочерова О.Ю., Воробьева Е.А., Долотова Н.В.</i> САМООЦЕНКА ИНФОРМИРОВАННОСТИ И ТРУДНОСТЕЙ СОБЛЮДЕНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ПОДРОСТКАМИ 15–17 ЛЕТ	208
<i>Хоха Р.Н.</i> ФЕНОТИПЫ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	209
<i>Цымбал А.А., Арсентьев В.Г.</i> ДИСПЛАЗИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ	210
<i>Чеченкова Е.В., Саванович И.И., Ильюшкин А.Н.</i> ЭОЗИНОФИЛЬНЫЙ ЭЗОФАГИТ У ДЕТЕЙ: НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ	211
<i>Чернышева Н.В., Молочный В.П.</i> ОСОБЕННОСТИ РОЖДАЕМОСТИ В ХАБАРОВСКОМ КРАЕ ЗА 2012–2021 гг.	212
<i>Чичерин Л.П., Щетин В.О.</i> ПРОГРАММНО-ЦЕЛЕВОЙ ПОДХОД К ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ В ПЕРИОД ДЕСЯТИЛЕТИЯ ДЕТСТВА В РОССИИ	213

<i>Чудакова Т.К., Раскина Е.Е., Зубаилова Р.Г.</i> ВОПРОСЫ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ ГРИППА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19	214
<i>Чудакова Т.К., Раскина Е.Е., Красникова В.В.</i> КЛИНИЧЕСКИЕ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГРИППА У ДЕТЕЙ Г. САРАТОВА В 2022 Г.	215
<i>Чудакова Т.К., Раскина Е.Е., Погосян А.С.</i> КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 У ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ СТАЦИОНАРНЫХ НАБЛЮДЕНИЙ	216
<i>Шабалов А.М., Гриневич В.Б., Сокольникова В.В., Арсентьев В.Г.</i> РОЛЬ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ИНДЕКСОВ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ	217
<i>Шамансурова Э.А., Абдуразакова Ш.А.</i> НАРУШЕНИЯ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ В МОЧЕ, СВЯЗАННЫЕ С МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ У ПЕДИАТРИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ.	218
<i>Шамраева В.В., Фадеева Ш.А., Осадчая К.А.</i> ПОСЛЕДСТВИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У ДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ – НЕДООЦЕНКА ДАННОЙ ПАТОЛОГИИ	219
<i>Шаробаро В.Е., Бекезин В.В., Сорокина Л.А.</i> АНАЛИЗ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ Г. СМОЛЕНСКА	220
<i>Шахова Н.В., Лебедева Ю.Б.</i> ПЕРВИЧНЫЕ ИММУНОДЕФИЦИТНЫЕ СОСТОЯНИЯ У ДЕТЕЙ АЛТАЙСКОГО КРАЯ: ДАННЫЕ РЕГИОНАЛЬНОГО РЕГИСТРА.	221
<i>Шилина Н.М., Сорокина Е.Ю., Нетунаева Е.А., Легонькова Т.И., Шпаковская К.С., Пырьева Е.А.</i> ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА RS9939609 ГЕНА FTO НА АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ МАТЕРЕЙ, УРОВЕНЬ ЛЕПТИНА В ГРУДНОМ МОЛОКЕ И ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО МЕСЯЦА ЖИЗНИ	222
<i>Шилова Н.А.</i> КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ 3 ЛЕТ, РОДИВШИХСЯ ГЛУБОКО НЕДОНОШЕННЫМИ.	223
<i>Шимченко Е.В., Клещанко Е.И.</i> РОЛЬ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ В КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМ ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ГОЛОВНОГО МОЗГА.	224
<i>Эмирова Х.М., Орлова О.М., Абасеева Т.Ю., Музуров А.Л., Панкратенко Т.Е., Генералова Г.А., Чичуга Е.М., Широлина Н.В., Мстиславская С.А.</i> ДЕФИЦИТ АКТИВНОСТИ МЕТАЛЛОПРОТЕАЗЫ ADAMTS13 – ПРЕДИКТОР ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ТИПИЧНОГО ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА.	225
<i>Юнак Л.Н., Астен А.А., Гасанова Ш.А., Маслова А.М.</i> ОПЫТ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ	226
<i>Юнак Л.Н., Астен А.А., Гасанова Ш.А., Маслова А.М., Михаленко И.А.</i> КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАННЕЙ И КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ НЕЙРОТРАВМОЙ	227
<i>Юсупалиева Г.А., Шамансурова И.А.</i> МУЛЬТИПАРАМЕТРИЧЕСКАЯ ПРЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ПЛОДА.	228

Часть II

ХIII Форум детских медицинских сестер

<i>Бегун Д.Н., Мирзаева Н.В., Гаврилова Е.В.</i> АНАЛИЗ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ВРАЧАМИ-ПЕДИАТРАМИ В ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ	229
<i>Власенко Н.Ю., Юдицкая Т.А., Юнгман Н.В., Каргаполова К.И., Кузнецова П.В., Бусьерева Н.В., Никонова Г.Н., Кусаинова М.С.</i> РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОБУЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1-ГО ТИПА И ИХ РОДИТЕЛЕЙ	230
<i>Довыденко Е.В.</i> АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ В ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ УЧАСТКОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ	231

<i>Иванова А.Н., Кузнецова Ю.В., Лисовский О.В., Аль-Харес М.М.</i> МЕРОПРИЯТИЯ ПО УХОДУ ЗА ПАЛЛИАТИВНЫМИ БОЛЬНЫМИ: ГОСТ ИЛИ КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ?	232
<i>Ивкина А.В., Шевчук Ю.А., Гусева Н.А.</i> РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ФОРМИРОВАНИИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ	233
<i>Коробейникова Н.Н.</i> ЛЕКАРСТВЕННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ОКАЗАНИИ СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ СТАЦИОНАРЕ	234
<i>Куйдина О.А.</i> ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФОРИЕНТАЦИОННОЙ РАБОТЫ В ДЕТСКИХ ПОЛИКЛИНИКАХ ГОРОДА ЧИТЫ КАК ОСНОВНОЙ МЕТОД ПРИВЛЕЧЕНИЯ СЕСТРИНСКИХ КАДРОВ В ПРОФЕССИЮ	235
<i>Рогова М.Д., Бондаренко Е.А., Фороста А.А.</i> ПИТАНИЕ ЗДОРОВОГО И БОЛЬНОГО РЕБЕНКА	236
<i>Рогова М.Д., Лачуга О.А., Самойлова Л.Е.</i> АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ПОВТОРНОГО НЕОНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ	237
<i>Сиразиева Д.М., Самороднова Е.А., Закирова А.М., Хабибуллина Э.Ф.</i> ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В ДНЕВНОМ СТАЦИОНАРЕ	238
<i>Тюшкова Л.М.</i> ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ КИНЕЗОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКИХ ПОЛИКЛИНИК Г. ЧИТЫ	239
<i>Цыдендамбаева А.Ц.</i> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА БАЗАЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИИ В КОРРЕКЦИОННО-РАЗВИВАЮЩЕЙ РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С ТЯЖЕЛЫМИ И/ИЛИ МНОЖЕСТВЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ФИЗИЧЕСКОГО И/ИЛИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ (ТМНР)	240
<i>Шамансурова Э.А., Маннапова М.А.</i> МОТИВИРУЮЩАЯ РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОВЕДЕНИИ ВАКЦИНАЦИИ У ДЕТЕЙ	241

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

- Абакаров С.С. 7
Абасеева Т.Ю. 150, 225
Абдулкадырова М.А. 178
Абдуллаева Д.А. 92
Абдулмуслимов М.Т. 7
Абдумухтарова М.З. 11
Абдуразакова Ш.А. 218
Аванесян М.А. 143
Азарова Е.В. 130
Азизова Г.К. 92
Азизова Н.А. 1
Азимова Н.Д. 92
Аксенова В.А. 2, 3
Аксенова Н.В. 146
Алексеева М.А. 4
Алексеева О.П. 86
Алешенко Н.Л. 60
Алигаджиева К.М. 5
Алиева А.М. 6
Алискандиева З.А. 7
Алискандиев А.М. 7
Аль-Харес М.М. 232
Амосова Е.А. 8
Ананьева А.Н. 186
Ангырбан М.И. 172
Андреева И.Н. 68
Андреева Л.В. 58
Андреева М.Г. 13
Андреева Н.П. 9
Андреев В.А. 88
Аникеева Н.А. 19
Аникина К.А. 12
Аракелян А.Л. 10
Аранович В.В. 185
Аржанова Н.В. 147
Аржанович Л.В. 201
Арзикулов А.Ш. 11
Арсентьев В.Г. 210, 217
Артемьева В.С. 12
Астафурова О.А. 106
Астен А.А. 13, 226, 227
Атаева С.М. 202
Ахмедова Д.М. 65
Ахметшин Р.З. 90
Аширова Л.Э. 14, 23
Бабатова С.И. 157
Бадьян А.С. 165
Байзак М.Б. 144
Баканов А.А. 105
Бакирова Е.В. 170
Балашова Е.В. 12
Бардеева К.А. 163
Бардеева К.Д. 164
Барычева Л.Ю. 107, 108
Барышева Е.Е. 100
Басарева Н.И. 167
Батдалова З.Н. 157
Батулин В.А. 37
Баюнова Л.М. 192
Баязитов Р.Р. 65
Бибенина А.А. 15
Бевз А.С. 25
Бегун Д.Н. 31, 229
Безлер Ж.А. 16, 112, 132
Безрукова Д.А. 71
Бекезин В.В. 103, 220
Белых Н.А. 17–19
Беляева Е.В. 20
Беляева И.А. 21, 22, 180
Беляева Л.М. 81
Беляева О.А. 158
Беседина Е.А. 165
Близнякова Д.С. 114, 115, 154
Богачева С.М. 14, 23
Богута В.Д. 170
Бойдак М.П. 24
Бокова Т.А. 25
Бомбардирова Е.П. 21, 22, 180
Бомберова Л.А. 16, 112
Бондаренко Е.А. 236
Бордюгова Е.В. 26
Борисова А.В. 99
Борисова Е.А. 113
Борисов С.А. 27

- Босых В.Г. 28
Бриткова Т.А. 113
Бугаенко О.А. 191
Буданова М.В. 166
Букин С.С. 161
Булдакова Т.И. 149
Булычева Е.В. 29, 30–32
Булычев В.В. 32
Бурдукова А.О. 17, 19
Буренкина В.В. 33
Бурлуцкая А.В. 23, 34–36
Бусырева Н.В. 230
Бутенко А.А. 34
Бушманова А.С. 190
Быков Ю.В. 37
Валеева Д.С. 90
Валиев Р.Ю. 44
Валина С.Л. 119
Валялов К.А. 38
Варламова Д.Д. 39, 84
Варламова Т.В. 39, 40, 84
Вартанян А.А. 37
Васендина М.В. 78
Васильев Э.А. 183
Викторов В.В. 106
Виноградова Т.В. 41
Власенко Н.Ю. 42, 230
Водянова О.В. 48
Волкова Е.П. 205
Воловик Н.О. 81
Волохова Т.В. 43
Волшенкова П.А. 43
Воробьева А.П. 37
Воробьева Е.А. 207, 208
Воротникова Н.А. 5, 43, 176
Врублевская Е.Н. 44
Врублевский А.С. 44
Врублевский С.Г. 44
Выходцева Г.И. 45, 46, 100
Вялкова А.А. 63, 130
Гаврилова В.В. 69
Гаврилова Е.В. 229
Гаврилюк В.П. 186
Гаджиева У.К. 53, 120
Гаевская Е.А. 47
Галашевская А.А. 48–50
Гандыш Е.В. 124, 125
Гаряева И.В. 161
Гасанова Н.С. 53, 120, 182
Гасанова Ш.А. 13, 226, 227
Геллер С.И. 92
Генералова Г.А. 150, 225
Георгиева О.В. 51
Гехт М.А. 52
Гидаятова Л.А. 53, 120, 182
Гизятов Р.Х. 54
Гладких О.А. 55, 152
Глазев А.А. 47
Глотова И.А. 69
Глушакова В.Д. 56
Глушаков И.А. 56
Годяцкий А.Г. 89
Головко О.В. 57
Головченко Н.Н. 58, 197
Горбач Л.А. 59
Гордеева О.Б. 60, 61
Горлицева А.Е. 117
Гребнева Л.В. 206
Гриневич В.Б. 217
Грицинская В.Л. 62
Гуменюк О.И. 4, 12, 110
Гунькова Е.В. 63
Гуревич А.И. 131
Гурина Л.Н. 64
Гурская А.С. 65
Гурьева Н.А. 95
Гусева Н.А. 233
Гусев Я.С. 5
Гущина М.М. 66
Давыдова О.Л. 87
Девальд Э.В. 67
Девялтовская М.Г. 68
Деева Ю.В. 19, 69
Демина Е.С. 161
Денисик Н.И. 64, 171
Дженалаев Б.К. 70
Джумагазиев А.А. 71
Дираева Н.М. 198

- Дмитрачкова О.В. 72, 73, 132
Дмитрачков В.В. 72
Добродей А.И. 74
Доброток А.В. 60, 61
Довыденко Е.В. 231
Долотова Н.В. 75, 208
Дорохов Н.А. 192
Досмагамбетов С.П. 70
Дружинина В.Н. 67
Друпова В.И. 58
Дубовая А.В. 26
Дудий С.Е. 80
Дудко Е.Ф. 111
Дунаева Е.И. 76
Дырман Т.В. 153
Евсюкова Е.А. 161
Екимовская Е.В. 65
Еремцов Д.В. 196
Ержанова Г.Е. 144
Ермолаева Ю.А. 167
Ермохина Д.А. 77
Ершова И.Б. 78
Жалилов А.Х. 91
Жданова И.А. 79, 80
Желев В.А. 67, 167, 190
Журавлева Н.А. 192
Завада А.Н. 81
Завражнов А.Ю. 166
Завьялова А.Н. 83
Завьялов О.В. 82
Зазьян А.В. 139
Зайцев Д.В. 49, 50
Закирова А.М. 238
Зарецкая Е.М. 76
Зарипова Ю.Р. 39, 40, 84, 133
Заришняк Н.В. 57
Зарянкина А.И. 85
Затулкин В.А. 95
Захарова А.В. 17
Захаров А.И. 97, 131
Зверко В.Л. 153
Зейнуллина А.Т. 42
Зенченко О.А. 192
Зиатдинов А.И. 200
Зокирова З.Ф. 86, 87
Зокиров Н.З. 86, 87
Зубаилова Р.Г. 214
Зябкин И.В. 146
Иванова А.Н. 232
Иванчик Н.В. 88
Ивкина А.В. 233
Игнатко И.В. 82
Игнатъев Е.М. 89
Ильющкин А.Н. 211
Имаева Л.Р. 90
Иманкул А.К. 144
Ипполитова М.Ф. 96
Исаева Е.П. 146
Исмоилова Ш.С. 91
Казаков А.В. 2, 3
Каканов А.М. 95
Калабкин Н.А. 147, 148
Калинина О.В. 179
Калинина Ю.А. 105
Камилова А.Т. 92
Каминская Д.О. 73
Караваева С.А. 160
Каральский С.А. 134
Караманешта М.М. 191
Каргаполова К.И. 42, 230
Каримова Н.И. 203
Каримуллин Г.А. 143
Карнаухова И.В. 130
Карнута И.В. 65
Карпова Е.Г. 177
Карпова Н.Л. 93
Картавцева А.В. 79, 80
Карташова Д.А. 25
Касаткин Д.С. 41
Каталкина К.С. 94
Кемаев А.Б. 147, 148
Кидрачева Р.Р. 118
Килина А.В. 66
Ким А.В. 95
Киричек Е.Ю. 45
Кириченко И.Я. 96
Клевно Н.И. 2, 3
Клепикова А.А. 65

- Клещенко Е.И. 224
Клиса С.Д. 47
Коваренко М.А. 198
Коварский С.Л. 97, 131
Ковярова Е.Б. 46
Козина С.Ю. 78, 175
Козлов Р.С. 194
Козловский А.А. 98, 99
Козьмова Н.А. 107
Колесникова О.И. 45, 100
Коломина И.Г. 161
Колосюк В.А. 115
Коновалов А.К. 158
Коновалова У.В. 170
Конопко Н.Н. 101
Константинова И.Н. 158
Конюх Е.А. 102
Корнилова А.Б. 160
Коробейникова Н.Н. 234
Королева А.Е. 103
Корончик Е.В. 104
Косолапова Н.В. 186
Костинов М.П. 9
Котлубаев Р.С. 105
Котова М.В. 174
Кочерова О.Ю. 75, 208
Кочетова О.В. 106
Кошкин А.П. 134
Кравченко Д.И. 174
Краковец И.В. 79, 80
Красникова В.В. 215
Краснова Л.И. 138
Крикова А.В. 194
Кубанова Л.Т. 107
Кузнецова В.В. 108
Кузнецова П.В. 42, 230
Кузнецова Ю.В. 83, 232
Кузьмина Е.С. 108
Куйдина О.А. 235
Кулакова Е.Н. 109
Кулев А.Г. 149
Кулибаба А.Е. 73
Куличенко М.П. 20
Курмачёва Н.А. 4, 110, 185
Кусаинова М.С. 230
Куяров А.А. 111
Куяров А.В. 111
Лазарев В.С. 181
Лазарчик И.В. 49, 50
Лапковский В.И. 72
Лапшин М.С. 189
Латышев Д.Ю. 199
Лачуга О.А. 237
Лашко А.Ю. 17
Лебедева Е.Н. 130
Лебедева Ю.Б. 221
Левитская М.В. 15
Левчин А.М. 175
Легкая Л.А. 16, 112
Легонькова Т.И. 222
Лекомцева О.И. 113
Ли Д.В. 70
Лисица И.А. 114, 115, 154
Лисовский О.В. 114, 115, 154, 232
Литвинова А.А. 194
Литвинова И.А. 194
Лобанов Ю.Ф. 199
Лошкова Е.В. 190
Лукашова Ю.В. 116
Лукиша А.Н. 79, 80
Лукьянова Е.Г. 173
Луньков Е.И. 181
Луныкова М.А. 117
Мазур О.Ч. 68
Макаркина Е.П. 17, 19
Макарова Т.П. 118
Маклакова О.А. 119
Макунина Ю.Ю. 12
Малинина Н.В. 134
Мальшкина А.И. 128
Мальчук В.Н. 193
Малюга О.М. 192
Мамедова И.А. 137
Мамедова С.Н. 53, 121, 122, 137
Мамедова Ф.М. 53, 120, 182
Маммадова Т.А. 123
Мамчиц Л.П. 124, 125
Мананова А.Ф. 106

- Маннапова М.А. 241
Маргарян С.Р. 126
Маскаленчик Т.Г. 127
Маслова А.М. 226, 227
Маслова Ш.А. 13
Маськова О.А. 177
Масякин В.Б. 125
Матвеева Е.А. 128
Матвеева М.А. 134
Матвеева М.В. 198
Матусевич В.И. 47
Маханек А.А. 204
Махачев Б.М. 7
Махова Е.Г. 45, 46
Махрова И.А. 34
Мацюк Т.В. 129
Мачнева И.В. 130
Машина Л.В. 145
Медникова Л.В. 100
Мелентьева А.П. 170
Мельникова Ю.С. 118
Меновщикова Л.Б. 131
Меньшикова Е.А. 132
Мехтиева С.А. 141
Микотина А.В. 88
Минасян М.М. 108
Мирзаева Н.В. 229
Мироненко И.И. 100
Мирошниченко А.Г. 67
Михайлова Е.В. 134
Михайлов В.С. 133
Михаленко Е.П. 68
Михаленко И.А. 227
Михеева Д.А. 116
Мокрушина О.Г. 15
Молочный В.П. 212
Морозов Д.Д. 135
Мстиславская С.А. 150, 225
Музуров А.Л. 150, 225
Мулярчик О.С. 127, 136
Мурат А.С. 144
Мусаев А.А. 6
Мусаев С.Н. 121, 122, 137
Мусажанова Р.А. 91
Мусатова Л.А. 138
Мушегян Ж.Г. 139
Мысливец М.Г. 140
Мытько Ю.А. 81
Нагаева Т.А. 167
Наковкин О.Н. 65
Насирова С.Р. 141
Настаушева Т.Л. 109
Насырова К.И. 142
Невская К.В. 170
Нестерович Ю.В. 76
Нетунаева Е.А. 173, 222
Нигаманова А.У. 118
Никитин А.В. 10
Никитченко Д.Ю. 68
Никифорова Т.А. 73
Никонова Г.Н. 230
Ниналалов М.А. 202
Ниязова С.С. 81
Новикова В.П. 83
Новикова Л.М. 45
Новик Т.Д. 99
Новрузова Н.Б. 144
Ноздрин Ф.В. 160
Носкова А.С. 143
Нургалиева Ж.Ж. 144, 187
Овсяник Н.Г. 189
Овчинников Д.С. 60, 61
Оганисян А.А. 44
Огнёв С.И. 145
Окороков П.Л. 146
Окунева А.И. 147, 148
Окунев Н.А. 147, 148
Олейник О.А. 198
Орел В.И. 149
Орлова О.М. 150, 225
Осадчая Е.И. 79, 80
Осадчая К.А. 219
Осипова К.В. 173
Отто Н.Ю. 71
Павленко Н.И. 163, 164
Павлинова Е.Б. 42
Павличенко М.В. 151
Павлова В.С. 157

- Павловская О.Г. 152
Пальцева А.И. 153
Панина А.И. 17
Панкратенко Т.Е. 150, 225
Панкратова П.А. 114, 115, 154
Панферухина А.Ю. 18
Панчина А.М. 155
Парамонова Н.С. 156, 190
Пархоменко А.В. 4
Пасечник И.Н. 82
Патрашков Д.М. 205
Патрикеева Т.В. 160
Пахлавонова А.Д. 3
Пекарева Н.А. 157
Пепеляева И.М. 97, 131
Перфилова О.В. 205
Перфильев В.Ю. 67
Петлах В.И. 158
Петренко О.В. 159
Петрова Н.В. 65
Петрова Н.Н. 160
Петрайкина Е.Е. 161
Пивоварова И.Н. 69
Пизнюр И.В. 17, 19
Писарик Д.М. 162
Писклаков А.В. 163, 164
Пискунова С.Г. 165
Писоцкая Ю.В. 14, 23
Погорелова Е.И. 166
Погосян А.С. 216
Подуровская Ю.Л. 157
Подчиненова Д.В. 198
Понетайкина А.В. 148
Пономарева Д.А. 167
Порецкова Г.Ю. 8
Почкайло А.С. 48–50, 76
Прилуцкая В.А. 24, 168
Пристром И.Ю. 24
Приходько Н.Н. 165
Прищепенко О.А. 169
Прокопьева В.Д. 170
Пронина Е.В. 19
Протасевич Т.С. 171
Протасова Т.А. 172
Пустовалова А.Д. 113
Пырьева Е.А. 51, 173, 222
Рагимова Н.Д. 1
Раева Г.Ф. 17, 19
Раскина Е.Е. 214–216
Рафикова Ю.С. 190
Ревуненков Г.В. 38
Рейм А.С. 167
Ремизова И.И. 204
Рогова М.Д. 236, 237
Роговцова А.Г. 174, 175
Родцевич Я.А. 124
Романенко В.А. 2, 3
Роскидайло Е.В. 70
Рослова З.А. 96
Рудик М.И. 176
Румянцев А.А. 100
Румянцева Т.В. 207
Руссу М.В. 156
Рыбалкина М.Г. 177
Рыбкина И.Г. 161
Сабитова Д.К. 178, 179
Саванович И.И. 162, 211
Савельева Н.В. 35
Садчиков П.Е. 21, 22, 180
Сайранкызы С. 187
Самойлова Л.Е. 237
Самойлова Н.В. 118
Самойлова Ю.Г. 198
Самороднова Е.А. 181, 238
Самыгин С.А. 176
Санникова А.В. 106, 206
Санталова Г.В. 8
Саприна Т.В. 190
Сафарова И.А. 53, 120, 182
Сафина Е.Е. 206
Сафронова А.И. 173
Сахабетдинов Б.А. 183
Сварич В.А. 184
Сварич В.Г. 184
Свинарѐв М.Ю. 110, 185
Свиридов А.А. 89
Свирская О.Я. 24
Северинов Д.А. 186

- Сейсебаева Р.Ж. 144, 187
Семашко Е.Б. 188
Сергеева М.М. 177
Сероклинов В.Н. 100
Сидоренко А.Д. 129
Сидорик А.В. 171
Сидорова А.В. 189
Синица Л.Н. 153, 190
Сиразиева Д.М. 238
Сиротченко Т.А. 191
Скачкова М.А. 177
Скворцова В.А. 65
Скворцова Т.А. 10
Скобликова О.А. 17, 19
Скударнов Е.В. 192
Слабинская Т.В. 75
Смирнова А.И. 86, 87
Смирнова В.И. 149
Смирнова О.К. 138
Смычкова Е.В. 79, 80
Соболев М.С. 186
Соколова Т.С. 193
Соколовская В.В. 194
Сокольников В.В. 217
Сокольская Е.А. 2, 3
Сологуб М.А. 19
Солощенко М.А. 60, 61
Сорокина Е.Ю. 71, 222
Сорокина Л.А. 220
Сосиновская Е.В. 71
Сосновская Е.И. 48
Соттаева З.З. 97, 131
Старевская С.В. 160
Стасив А.И. 73
Статова А.В. 34
Стежкина Е.В. 19
Столярова С.А. 146
Струянский К.А. 97, 131
Субботина Я.Ю. 113
Сугак А.Б. 157
Суенкова Д.Д. 195
Сулавко М.А. 65
Сулейманова З.Я. 77, 94, 142, 189
Султанов И.С. 196
Сульженко А.А. 197
Сульженко Д.В. 197
Сульженко М.Ю. 58, 197
Сурков А.Н. 10
Тагизаде Т.Г. 120
Тарабрина А.А. 198
Текотов А.Н. 97
Текутьева Н.А. 199
Тимофеев А.В. 161
Тимошина М.И. 173
Титова С.А. 200
Тихон Н.М. 47
Тихонова А.Ш. 86, 87
Тихонович Ю.В. 161
Томчик Н.В. 127, 136, 201
Тонких Н.А. 101
Триль В.Е. 36
Трифонов Е.И. 198
Туров Ф.О. 44
Турсунхужаев У.Д. 67
Турти Т.В. 21, 22, 180
Тусупкалиев А.Б. 70
Тюшкова Л.М. 239
Тюшников О.И. 72
Углева Е.М. 149
Улуханова Л.У. 202
Умарназарова З.Е. 92
Урманцева А.Ф. 206
Урумбоева З.О. 203
Устюжанин А.В. 204
Устюжанина Д.В. 14, 23
Устьян Л.А. 42
Ушакова С.А. 20, 205
Ушкац А.К. 95
Фадеева А.В. 20
Фадеева Ш.А. 219
Файзуллина Р.М. 106, 206
Федина Н.В. 117
Федорова О.С. 170, 193
Федотова М.М. 170
Филимонов А.Е. 198
Филиппова Е.А. 157
Филькина О.М. 128, 207, 208
Фисенко А.П. 65

- Фороста А.А. 236
Фролова Е.А. 105
Фугина Л.Д. 206
Фуголь Д.С. 33
Хабибуллина Э.Ф. 238
Халидуллина О.Ю. 20
Хамова М.С. 106
Харламова Н.В. 128
Хасанова Ю.Л. 46
Хомякова Е.В. 40
Хоха И.В. 64
Хоха Р.Н. 209
Хубезова И.Е. 69
Цап Н.А. 145
Цыдендамбаева А.Ц. 240
Цыкуненко Я.А. 85
Цымбал А.А. 210
Чагарян А.Н. 88
Чакова Н.Н. 81
Чалова Ю.Д. 196
Чепурок Д.А. 48
Черненко В.А. 35
Черненков Ю.В. 4, 12, 110, 185
Чернышева А.Е. 206
Чернышева Н.В. 212
Черткова И.С. 26
Чеснокова С.А. 63
Чеченкова Е.В. 211
Чижевская И.Д. 81
Чистякова Г.Н. 204
Чичерин Л.П. 213
Чичуга Е.М. 150, 225
Чудакова Т.К. 214–216
Чумарная Т.В. 151
Шабалов А.М. 217
Шаверская А.Г. 106, 206
Шамансурова И.А. 228
Шамансурова Э.А. 218, 241
Шамраева В.В. 219
Шамсиев Ф.М. 91
Шангареева З.А. 106, 206
Шарафутдинова Л.Л. 95
Шаробаро В.Е. 220
Шахова Н.В. 33, 221
Шашилев В.А. 160
Шевчук Ю.А. 233
Шилина Н.М. 71, 222
Шилова Н.А. 223
Шимченко Е.В. 224
Широнина Н.В. 150, 225
Ширяева Г.П. 90
Шишулина Е.Е. 25
Шпаковская К.С. 222
Штина И.Е. 119
Шубина Ю.Ф. 161
Шукенбаева Р.А. 21, 22, 180
Шумихин В.С. 15
Щепин В.О. 213
Эмирова Х.М. 150, 225
Юдакова М.С. 117
Юдицкая Т.А. 42, 230
Юнак Л.Н. 13, 226, 227
Юнгман Н.В. 42, 230
Юсупалиева Г.А. 228
Юсуфова А.Ю. 139
Яковистенко А.Д. 93
Якубова Л.Р. 4
Янченко И.В. 93
Яромич К.А. 85
Ярыгин Н.В. 28

Коселуго® (селуметиниб) — первый и единственный зарегистрированный таргетный препарат для лечения симптоматических неоперабельных плексиформных нейрофибром у детей в возрасте от 3 лет и старше с нейрофиброматозом 1 типа¹



Коселуго
(селуметиниб)
капсулы 10 мг & 25 мг

МЕНЬШЕ
объем
опухоли

БОЛЬШЕ
возможностей
в жизни

66% пациентов достигли уменьшения объема опухоли на $\geq 20\%$ ¹

1. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Коселуго® (селуметиниб). Регистрационное удостоверение ЛП-007563 от 01.11.2021

КРАТКАЯ ИНСТРУКЦИЯ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА КОСЕЛУГО® (СЕЛУМЕТИНИБ).

Регистрационный номер: ЛП - 007563 от 01.11.2021. Торговое наименование: Коселуго®. Международное непатентованное наименование: селуметиниб. Лекарственная форма: капсулы. Фармакотерапевтическая группа: противоопухолевое средство – протеинкиназы ингибитор. Код АТХ: L01EE04. Показания к применению. В качестве монотерапии для лечения симптоматических, неоперабельных плексиформных нейрофибром (ПН) у пациентов детского возраста от 3 лет и старше с нейрофиброматозом 1 типа (НФ1). **Противопоказания.** Повышенная чувствительность к селуметинибу или вспомогательным веществам, входящим в состав препарата; нарушение функции печени тяжелой степени; беременность; детский возраст до 3 лет (безопасность и эффективность не установлены). **Способ применения и дозы.** Рекомендуемая доза составляет 25 мг/м² площади поверхности тела (ППТ) два раза в сутки (приблизительно каждые 12 ч), для приема внутрь. Доза подбирается индивидуально на основе ППТ (мг/м²) и округляется до ближайшей достижимой дозы 5 мг или 10 мг (до максимальной однократной дозы 50 мг). Для получения необходимой дозы можно комбинировать капсулы препарата Коселуго разной дозировки. Терапию следует продолжать, пока наблюдается клиническая польза, или до прогрессирования ПН или развития неприемлемой токсичности. Данные о пациентах старше 18 лет ограничены, поэтому продолжение терапии при достижении взрослого возраста должно основываться на оценке врачом соотношения пользы и рисков у конкретного пациента. Пропуск приема дозы препарата. При пропуске приема препарата Коселуго дозу следует принять только в том случае, если до следующего запланированного приема препарата осталось более 6 ч. Коррекция дозы. В зависимости от индивидуальной переносимости и безопасности препарата может потребоваться приостановка терапии и/или снижение дозы, или прекращение терапии селуметинибом (см. разделы «Побочное действие» и «Особые указания» полного варианта Инструкции). **Побочное действие.** Профиль безопасности монотерапии селуметинибом у пациентов детского возраста с НФ1 с неоперабельными ПН был установлен по данным оценки объединенной популяции для анализа безопасности, состоящей из 74 пациентов детского возраста. Этот пул пациентов включал 50 пациентов в страте 1 исследования II фазы SPRINT, получавших селуметиниб в дозе 25 мг/м² два раза в сутки (набор данных основного исследования), и 24 пациента в исследовании I фазы SPRINT, получавших селуметиниб в дозе от 20 до 30 мг/м² два раза в сутки (исследование по подбору дозы). Клинически значимых различий профиля безопасности в исследовании I фазы SPRINT и страте 1 исследования II фазы SPRINT не было выявлено. Наиболее частыми нежелательными реакциями любой степени тяжести (частота $\geq 45\%$) были рвота (82%), сыпь (80%), повышение активности креатинфосфокиназы в крови (76%), диарея (77%), тошнота (73%), астенические явления (59%), сухость кожи (58%), лихорадка (57%), акнеформная сыпь (54%), гипоальбуминемия (50%), повышение активности аспартатаминотрансферазы (50%) и паронихия (45%). Приостановка терапии и снижение дозы из-за развития нежелательных явлений были зарегистрированы у 78% и 32% пациентов соответственно. Наиболее частыми наблюдавшимися нежелательными реакциями, приводившими к изменению дозы селуметиниба (приостановке терапии или снижению дозы), были рвота (26%), паронихия (16%), диарея (15%) и тошнота (11%). У 12% пациентов терапия была прекращена из-за развития нежелательных явлений: диарея (3%), анемия (3%), лихорадка (3%), повышение активности креатинфосфокиназы в крови (3%), повышение концентрации креатинина в крови (1%). **Форма выпуска.** Капсулы, 10 мг, 25 мг. **Условия хранения.** При температуре не выше 30°C, в оригинальном флаконе для защиты от влаги и света. **Срок годности.** 3 года. Не применять по истечению срока годности. **Условия отпуска.** Отпускают по рецепту. Дальнейшая информация предоставляется по требованию: ООО «АстраЗенека Фармасьютикалз»: Российская Федерация, 123112, Москва, 1-й Красногвардейский пр-д, д. 21, стр. 1. Тел.: +7 (495) 799 56 99, факс: +7 (495) 799 56 98. KOS_RU-11851 Дата одобрения_15.11.2021 Дата истечения_15.11.2023.

Материал предназначен для специалистов здравоохранения. Имеются противопоказания. Перед назначением ознакомьтесь, пожалуйста, с полной инструкцией по медицинскому применению.

Если Вам стало известно о нежелательной реакции при использовании лекарственного препарата компании «АстраЗенека», пожалуйста, сообщите эту информацию в медицинский отдел компании. Вы можете написать нам по электронной почте Safety.Russia@astrazeneca.com, заполните веб-форму: <https://aereporting.astrazeneca.com/> или связаться с нами по телефону 8 (495) 799-56-99, доб.2580.

Номер одобрения: RU-12011. Дата одобрения: 29.11.2021. Дата истечения: 29.11.2023

ООО «АстраЗенека Фармасьютикалз»
Российская Федерация, 123112, Москва, 1-й Красногвардейский пр-д, д. 21, стр. 1
Телефон: +7 (495) 799 56 99, факс: +7 (495) 799 56 98, www.astrazeneca.ru

Реклама

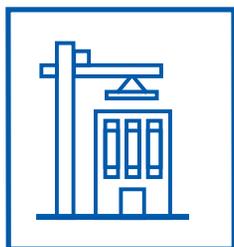
AstraZeneca

Российская фармацевтическая компания, являющаяся одним из крупнейших в России поставщиков лекарственных средств и изделий медицинского назначения. «Фармимэкс» был создан в 1992 году и берет свое начало от Главного аптечного управления СССР.

ТОП 10 По итогам 2022 года «Фармимэкс» входит в ТОП-10 российских фармдистрибьюторов, занимая 9-ю позицию с оборотом 57,9 млрд руб. и приростом +26% по сравнению с 2021 годом (рейтинг DSM Group). Оборот группы компаний «Фармимэкс» составил более 105 млрд руб.

Препараты из плазмы крови

- «Фармимэкс» обеспечивает порядка 40% потребности здравоохранения в лекарственных средствах по программе «Гемофилия», полностью удовлетворяя потребность в плазматических препаратах крови.
- «Фармимэкс» стал инициатором создания в России современного производства препаратов из плазмы крови человека, подписав вместе с другими участниками Специальный инвестиционный контракт, который включает в себя строительство завода, плазмохранилища и создание 10 современных плазмоцентров для заготовки плазмы для фракционирования как сырья для производства препаратов крови человека.
- «Фармимэкс» решает и задачу импортозамещения. Так, новое производство будет выпускать в том числе иммуноглобулины, до 80–90% которых, используемых сегодня, производится за рубежом.



Орфанные препараты для лечения редких заболеваний

- «Фармимэкс» стал первой в России фармацевтической компанией, осуществляющей поставки препаратов для лечения орфанных заболеваний: гемофилии, муковисцидоза, болезни Гоше, Фабри, СМА, миодистрофии Дюшенна и др. Компания также является поставщиком лекарственных средств для лечения целого ряда онкологических и гематологических заболеваний и многих других.
- Развитие орфанного направления является одной из приоритетных задач компании. При поддержке АО «Фармимэкс» был создан сайт «Помощь редким», который позволяет регулярно получать необходимые сведения о современных возможностях диагностики и терапии редких заболеваний как специалистам здравоохранения, так и всем тем, кто нуждается в такой информации.



**ПОМОЩЬ
РЕДКИМ**



НОВЫЙ ВОССТАНАВЛИВАЮЩИЙ БАЛЬЗАМ
ЦИКАПЛАСТ B5+
ВОССТАНОВЛЕНИЕ КОЖИ БЫСТРЕЕ
И ЛУЧШЕ С ПЕРВОГО ДНЯ²

ПРОТЕСТИРОВАН
НА 14 СОСТОЯНИЯХ КОЖИ



ПРОТЕСТИРОВАНО НА КОЖЕ
ПАЦИЕНТОВ, ПРОХОДЯЩИХ ЛЕЧЕНИЕ
ОТ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
ПОВЫШАЕТ КОМФОРТ КОЖИ

ЭКСПЕРТ
В ОБЛАСТИ ИССЛЕДОВАНИЙ
МИКРОБИОМА КОЖИ



Cicaplast B5 – Цикапласт B5.

* Согласно данным проведенного АО «Астон Консалтинг» опроса дерматологов и косметологов в период с 3 февраля по 15 апреля 2022 года в городах Москве, Санкт-Петербурге, Воронеже, Самаре, Нижнем Новгороде, Краснодаре, Ростове-на-Дону, Екатеринбурге, Челябинске, Уфе, Казани, Новосибирске, Иркутске, Красноярске. Размер выборки – 300 респондентов.

² Восстановление кожного барьера, инструментальный тест, 26 участников.

мобильное приложение

ПРИВИВКИ – ЛИЧНЫЙ КАЛЕНДАРЬ

Гид для пациентов в мире вакцинации

Мы хотим сделать вакцинацию понятной
и доступной



СКАЧАТЬ ПРИЛОЖЕНИЕ



БРОНЗА

Номинация «Лучшее приложение
о медицине/телемедицине» Tagline Awards 2020-2021*

Разработчик

МИКРОГЕН

АО «НПО «Микроген»
www.microgen.ru

Партнер



Информационные материалы

ЧЕТЫРЕХВАЛЕНТНАЯ ИНАКТИВИРОВАННАЯ РАСЩЕПЛЕННАЯ ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ГРИППА



ПРОИЗВОДСТВО

Российское производство полного цикла по стандартам GMP.
Действующие вещества-антигены вирусов гриппа получают из очищенных вирусов гриппа типа А и В, выращенных отдельно в развивающихся куриных эмбрионах.

СОСТАВ

Первая российская четырехвалентная вакцина для профилактики гриппа, отвечающая всем рекомендациям ВОЗ по составу и количеству гемагглютинаина каждого штамма вируса гриппа — 15 мкг антигена каждого штамма. Всего в одной дозе вакцины содержится 60 мкг антигенов. Без консервантов, стабилизаторов, адъювантов.

РЕЗУЛЬТАТ

Соответствует критериям иммуногенности для инактивированных гриппозных вакцин, принятых в Евросоюзе и Российской Федерации.

ПРИМЕНЕНИЕ

Однократное введение вакцины «Ультрикс® Квадри» формирует стойкий длительный иммунитет. Разрешена для вакцинации детей с 6-ти месячного возраста, подростков и взрослых без ограничения возраста (в том числе беременным женщинам на II и III триместрах беременности).

Пневотекс

НОВАЯ пневмококковая конъюгированная тринадцативалентная вакцина для профилактики пневмококковых инфекций у детей с 2 месяцев¹



Здоровье ребенка под защитой*

- ▶ Доказана эффективность и безопасность в клинических исследованиях^{1,2}
- ▶ Производится компанией Нанолек в соответствии со стандартом GMP³



Краткая инструкция по применению лекарственного препарата ПНЕВОТЕКС®.

Торговое наименование: ПНЕВОТЕКС® (вакцина пневмококковая полисахаридная конъюгированная адсорбированная тринадцативалентная).

Группировочное наименование: вакцина для профилактики пневмококковых инфекций.

Лекарственная форма: суспензия для внутримышечного введения.

Показания к применению: Профилактика пневмококковой инфекции, вызываемой *Streptococcus pneumoniae* серотипов 1, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19A, 19F и 23F у взрослых и детей с 2 месяцев. Вакцинация проводится в рамках национального календаря профилактических прививок и национального календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям согласно утвержденным срокам.

Противопоказания: Гиперчувствительность к какому-либо из компонентов вакцины. Сильная реакция (температура выше 40 °С, отек и гиперемия свыше 8 см в диаметре в месте введения) или поствакцинальные осложнения (анафилактический шок, тяжелые генерализованные аллергические реакции, энцефалит или энцефалопатия, судорожный синдром и т.д.) на предыдущее введение вакцин, содержащих аналогичные компоненты. Острые инфекционные или неинфекционные заболевания, обострение хронических заболеваний – вакцинацию проводят через 2–4 недели после выздоровления или в период ремиссии. При нетяжелых ОРВИ, острых кишечных заболеваниях и других нетяжелых инфекциях вакцинацию проводят после нормализации температуры.

Способ применения и дозы. Способ введения: Вакцину вводят в разовой дозе 0,5 мл внутримышечно. Детям первых лет жизни вакцину вводят в верхне-наружную поверхность средней трети бедра, лицам старше 2-х лет – в дельтовидную мышцу плеча. Вакцину не следует вводить в ягодичную область или области, где может проходить основной нервный ствол и/или кровеносный сосуд.

Вакцину нельзя вводить внутривенно, подкожно или внутрикожно!

1. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата ПНЕВОТЕКС®, Регистрационный номер ЛП-007205. Актуальная версия инструкции от 16.01.2023. 2. Фельдблюм И.В. и др. Иммунологическая эффективность и безопасность новой пневмококковой полисахаридной конъюгированной тринадцативалентной вакцины при иммунизации взрослых и детей (результаты клинических исследований в Российской Федерации). Эпидемиология и Вакцинопрофилактика. 2022; 21(5): 64–77. 3. Сертификат соответствия требованиям правил надлежащей производственной практики Евразийского экономического союза № GMP/EAU/RU/00210-2022.

* Согласно инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата ПНЕВОТЕКС®, регистрационный номер ЛП-007205, актуальная версия инструкции от 16.01.2023: препарат ПНЕВОТЕКС® (вакцина пневмококковая полисахаридная конъюгированная адсорбированная тринадцативалентная) обеспечивает защиту только от тех серотипов *Streptococcus pneumoniae*, которые входят в ее состав, и не обеспечивает защиту от других микроорганизмов, вызывающих инвазивные заболевания, пневмонии или средней отит.

ПНЕВОТЕКС_МОД_RU_B1.0 31.01.2023

Схема вакцинации:

Возраст начала вакцинации	Схема вакцинации	Интервалы и дозировка
2–6 месяцев	3+1 или 2+1	Индивидуальная иммунизация: 3 дозы с интервалом не менее 4 недель между введениями. Первую дозу можно вводить с 2 месяцев. Ревакцинация однократно в 11–15 месяцев. Массовая иммунизация детей: 2 дозы с интервалом не менее 8 недель между введениями. Ревакцинация однократно в 12–15 месяцев.
7–11 месяцев	2+1	2 дозы с интервалом не менее 4 недель между введениями. Ревакцинация однократно на втором году жизни.
12–23 месяца	1+1	2 дозы с интервалом не менее 8 недель между введениями
2 года и старше	1	Однократно

Побочное действие. Очень частые: гипертермия; раздражительность; покраснение кожи; болезненные ощущения, уплотнение или отек размером 2,5–7,0 см в месте инъекции; рвота; сонливость; ухудшение сна; ухудшение аппетита; головная боль; генерализованные новые или обострение имеющихся болей в суставах и мышечных болей; озноб; утомляемость.

Регистрационный номер ЛП-007205. Подробная информация содержится в полном тексте инструкции по применению. Перед применением ознакомьтесь с инструкцией по применению.

Материал предназначен для специалистов здравоохранения.



Больше информации на сайте
www.nanolek.ru

Реклама

ООО «Нанолек»
127055, Россия, г. Москва,
ул. Бутырский Вал, дом 68/70, стр. 1,
этаж 2, пом. I, ком. 23–37.
Тел.: +7 (495) 648-26-87. www.nanolek.ru



Защитим всех, кто нам дорог



вакцина для профилактики ротавирусной инфекции,
пентавалентная, живая

Рота-В-Эйд®

лиофилизат для приготовления
раствора для приема внутрь



- ▲ Термостабильная лекарственная форма позволяет хранить препарат при температуре до +25°C¹
- ▲ Штаммовый состав вакцины максимально соответствует распространенности серотипов ротавирусов на территории РФ²
- ▲ Безопасность и иммуногенность препарата подтверждена в клинических исследованиях, проведенных в Российской Федерации³

*согласно данным Роспотребнадзора (включая значимый серотип G9)

1. Рота-В-Эйд®. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата ЛП-007108.

2. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2020 году: Государственный доклад.—М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2021. 256 с.

3. Фельдблюм И.В. с соавт. Реактогенность, безопасность и иммунологическая эффективность вакцины для профилактики ротавирусной инфекции пентавалентной живой при иммунизации детей (результаты многоцентрового клинического исследования). ЖМЭИ. 2020;4:363–374.

Производитель:

 **SERUM INSTITUTE OF INDIA**
Cyrus Poonawalla Group

212/2, Офф Соли Пунавалла Роуд, Хадапсар,
Пуне - 411028, Махараштра, Индия.

Владелец регистрационного удостоверения:

PHARM AID

115054, Москва, Большой Строченовский переулок,
дом 7, офис 702, +7 495 477-44-24, ru.pharmaid.com

Что такое Альфа-маннозидоз?

Альфа-маннозидоз представляет собой редкое прогрессирующее наследственное заболевание у детей и взрослых, сопровождающееся поражением разных органов и систем человека. Встречается с частотой 1 на 500.000 новорожденных.

Гидроцефалия



Умственные способности



Тугоухость



Грубые черты лица



Скелетные дефекты



У людей может наблюдаться **полиартропатия**, заболевание, затрагивающее несколько суставов

Иммунодефицит и аутоиммунная реакция



Контроль моторики и мышечной слабости



Симптомы при обращении к врачу

Рецидивирующие инфекции уха, сопровождающиеся нарушениями слуха. Прогрессирующее ухудшение ментальных функций, речи и движений. В течение первого года жизни у детей может отмечаться гидроцефалия.



2-е и 3-е десятилетия жизни

Мышечная слабость и атаксия, аномалии скелета и деструктивная полиартропатия. Часто имеет место задержка нейрокognитивного развития, кроме того, могут проявляться психические расстройства



Во взрослом возрасте

Пациенты сохраняют постоянную зависимость от других людей. Крайне мало данных имеется относительно ожидаемой продолжительности жизни у людей с данной патологией.

Какие врачи-специалисты могут распознать заболевание

В идеале пациент с альфа-маннозидозом должен наблюдаться командой врачей-специалистов.



Методы диагностики

Ваш врач может назначить ряд очень простых анализов на альфа-маннозидоз, например:



Образец крови

У пациента берут небольшое количество крови для определения уровня фермента маннозидазы в клетках крови. Этот анализ позволяет подтвердить диагноз.



Генетическое обследование

Кроме того, диагноз альфа-маннозидоза можно подтвердить посредством генетического обследования, которое позволяет установить наличие мутации в гене, отвечающем за развитие данного заболевания.

Где получить информацию об альфа-маннозидозе

- Задержка психомоторного развития
 - Тугоухость различной степени выраженности
 - Частые инфекции верхних дыхательных путей
- 1 Вызовите курьера по телефону: **8 800 511 87 66** или зарегистрируйтесь по ссылке **www.alfamann.ru** (с вами свяжутся и ответят на все вопросы)
 - 2 Проведение биохимической и ДНК-диагностики на сухих пятнах крови



www.alphamannosidosis.com/ru
первый сайт по альфа-маннозидозу для работников здравоохранения, пациентов и их семей



1ST HOT TOPICS EUROPAEDIATRICS

5-8 октября 2023 | Белград, СЕРБИЯ



ПРИГЛАШЕНИЕ

www.hteuropaediatrics.org

Уважаемые коллеги!

Мы рады пригласить вас на 1-ю совместную конференцию Европейской педиатрической ассоциации / Союза национальных европейских педиатрических обществ и ассоциаций (EPA/UNEPSA)* и Ассоциации педиатров Сербии **1st HOT TOPICS EUROPAEDIATRICS**, которая состоится в Белграде, Сербия, 5–8 октября 2023 года. Научный комитет готовит яркую, динамичную встречу без параллельных сессий, на которой эксперты выступят с 15-минутными докладами по самым актуальным темам педиатрии с последующим 15-минутным обсуждением. Данная конференция будет отличаться от классических педиатрических конгрессов именно своими дискуссиями с участием известных экспертов.

Белград был неслучайно выбран в качестве места проведения этого мероприятия, так как это один из старейших городов мира и Европы с богатой историей, начало которой восходит к 7000 г. до н.э. В 6-м тысячелетии до н.э. в районе Белграда развивалась культура Винча, одна из ключевых доисторических культур Европы. Белград (Beograd) означает «белый город» на местном языке.

Мы уверены, что педиатрам понравится этот новый формат встречи и прекрасный город Белград — белый город, ворота Балкан**.

Георгиос Константиnidис
Президент, Ассоциация педиатров Сербии
Сопрезидент 1st HOT TOPICS
EUROPAEDIATRICS

Массимо Петтоелло-Мантовани
Президент, EPA/UNEPSA
Сопрезидент 1st HOT TOPICS
EUROPAEDIATRICS

Ключевые темы

Питание, пробиотики
Редкие болезни
Интенсивная терапия
и неотложная медицинская помощь
Эндокринология
Ожирение

Важные даты

Ранняя регистрация до 1 марта
Прием тезисов до 30 июня
Уведомление о принятии тезисов
до 21 июля (принятые тезисы будут
опубликованы в *Global Pediatrics Journal*)

Регистрационные взносы

Регистрация	Ранняя (до 01.03.2023)	Стандартная (01.03.2023 – 30.09.2023)	Поздняя (после 30.09.2023 и на месте проведения мероприятия)
Участник	300 €	350 €	400 €
Участник выставки	300 €	350 €	400 €
Представитель компании	1200 €	1500 €	1750 €
Сопровождающий	150 €	150 €	150 €

Полная регистрация включает в себя:

- Доступ ко всем заседаниям
- Доступ к выставке и стендовой зоне
- Доступ к тезисам
- Ежедневные кофе-брейки и обеды

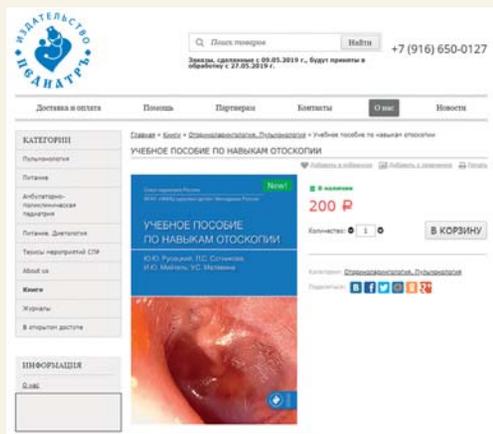
* Союз педиатров России — член EPA/UNEPSA.

** Виза для россиян не требуется. Прямые авиаперелеты осуществляются 3 раза в неделю.



По всем возникающим вопросам обращайтесь
в K2 Conference & Event Management
E-mail: hottopics@k2-events.com

5-8 октября 2023 | Белград, СЕРБИЯ



- Большой выбор медицинской литературы
- Низкие цены
- Удобная форма регистрации
- Разные варианты доставки
- Оперативная обратная связь
- Актуальные новости от Союза педиатров России

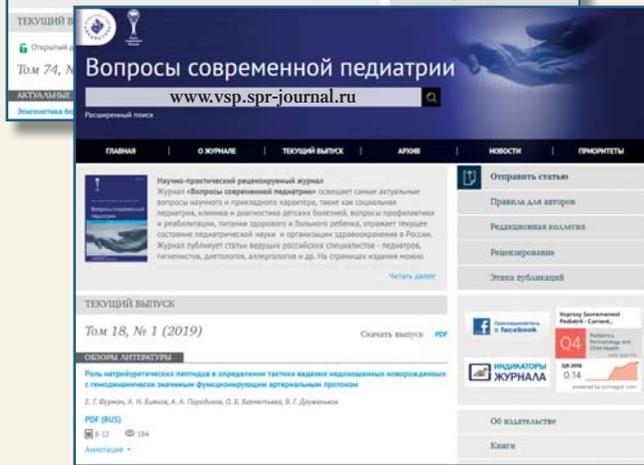
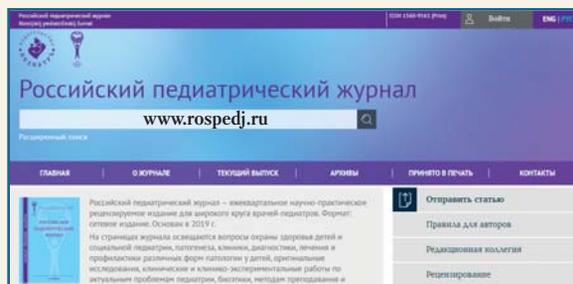
Электронная библиотека журналов издательства Союза педиатров России «ПедиатрЪ»

Приглашаем вас посетить новые сайты журналов издательства и оценить их преимущества.

- Электронные версии журналов в открытом доступе, за исключением последнего года выпуска журнала «Вестник российской академии медицинских наук»
- Возможность разместить статью на сайте с помощью электронной редакции
- Подписка на журналы последнего года выпуска (на статью, номер, год) — по ценам редакции

Преимущества для авторов журналов:

- полное соответствие сайтов журналов Издательства требованиям зарубежных реферативных баз данных (Scopus, Web of Science, PubMed и др.);
- присутствие журналов в различных базах данных, таких как РИНЦ, OCLC, WorldCat, Open Archives, iNeicon, Research Bible, Academic Keys, Ciberleninka, VINITI RAN Referativnyi Zhurnal, Ulrich's Periodicals Directory, Google Scholar и др.;
- размещение по желанию автора дополнительных материалов к статье (видео, презентации);
- все журналы входят в Перечень ВАК



+7 (499) 132-02-07
+7 (916) 650-01-27



sales@spr-journal.ru



www.spr-journal.ru

ВЫРАЖАЕМ БЛАГОДАРНОСТЬ ПАРТНЕРАМ XXIV КОНГРЕССА

Генеральные партнеры



L'ORÉAL

Партнер-участник



ЛЕОВИТ



ООО «НОВАРТИС ФАРМА»



ВЫРАЖАЕМ БЛАГОДАРНОСТЬ ПАРТНЕРАМ II ВСЕРОССИЙСКОЙ ВАКЦИНАЛЬНОЙ АССАМБЛЕИ «ЗАЩИЩАЯ ПОКОЛЕНИЯ»

Генеральный партнер



Партнеры-участники



