

**XXIII Конгресс  
педиатров России**  
с международным участием



**Союз  
педиатров  
России**

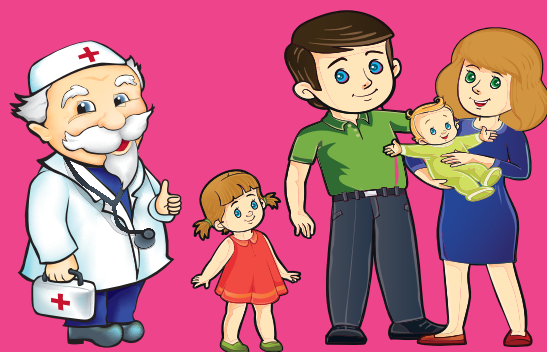
**АКТУАЛЬНЫЕ  
ПРОБЛЕМЫ  
ПЕДИАТРИИ**

Москва, 5–7 марта 2021 г.

**СБОРНИК  
МАТЕРИАЛОВ  
КОНГРЕССА**

[www.pediatr-russia.ru](http://www.pediatr-russia.ru)

**Десятилетие детства  
в Российской Федерации**



**2018–2027**





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

**Москва, 5–7 марта 2021 г.**

# ЧАСТЬ I

**Абдуллаева Н.Ш., Олимова К.С.**

*Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии МЗ  
и СЗН Республики Таджикистан, Душанбе, Республика Таджикистан*

## **ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ**

**Актуальность.** Исследование качества жизни (КЖ) является одним из актуальных научных направлений в отечественной медицине, особенно в педиатрии, поскольку здоровье ребенка относится к основополагающим факторам здоровья населения в целом и является надежным индикатором, реагирующим на процессы, происходящие в общественной, социально-экономической и политической жизни страны.

**Цель исследования.** Изучить параметры КЖ детей первого года жизни в зависимости от половой принадлежности.

**Пациенты и методы.** Проведено исследование КЖ детей первого года жизни с помощью международного опросника QUALIN у 141 ребенка, из которых 66,2% составили мальчики и 33,8% — девочки. Критериями исключения являлись недоношенность, отсутствие соматических и нервно-психических заболеваний в момент исследования, отказ родителей от участия в исследовании.

Опросник QUALIN, предназначенный для оценки КЖ детей в возрасте от 3 мес до 1 года (1 блок, 33 вопроса, 6 вариантов ответов), включает в себя родительскую и врачебную формы. Данный опросник описывает такие аспекты КЖ, как «поведение и общение», «способность оставаться одному», «семейное окружение», «нервно-психическое развитие и физическое здоровье», а также суммарную шкалу (общий балл). После перекодировки ответов проводится вычисление среднего балла по каждой шкале в отдельности и общего балла КЖ по 6-балльной системе — от 0 до 5 баллов.

Русская версия опросника и программа по обработке данных были предоставлены лабораторией социальной педиатрии и качества жизни отдела организационно-аналитической работы Федерального государственного автономного учреждения

«Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

**Результаты.** Сравнительный анализ результатов опроса респондентов в зависимости от половой принадлежности ребенка статистических различий не выявил. По мнению родителей, КЖ мальчиков и девочек по общему баллу было одинаковым (по 3,7 балла). Родители считают КЖ девочек несколько выше, чем мальчиков, по таким аспектам как «поведение и общение» (4,3 и 4,1 балла соответственно), «нервно-психическое развитие и физическое здоровье» (3,9 и 3,4 балла) и «способность оставаться одному» (3,3 и 3,2 балла). В то же время, по мнению врачей, КЖ мальчиков по уровню общего балла было выше в сравнении с девочками (3,5 и 3,2 соответственно), хотя данная разница не имела статистически значимых различий ( $p > 0,05$ ). Эти преимущества касались также таких аспектов КЖ мальчиков, как «поведение и общение» (3,8 и 3,7 балла), «семейное окружение» (3,7 и 3,4 балла), «нервно-психическое развитие и физическое здоровье» (3,2 и 3,1 балла).

Однако при изучении соответствия ответов родителей и педиатров при оценке КЖ мальчиков и девочек по отдельности были выявлены статистически значимые различия почти по всем аспектам КЖ. По мнению педиатров, показатели КЖ мальчиков были значительно ниже по всем его аспектам в сравнении с оценкой родителей. Общий балл КЖ мальчиков по оценкам родителей был достаточно высок (3,7 балла) в сравнении с оценками педиатров (3,2 балла,  $p < 0,001$ ). При этом все респонденты наиболее высоко оценили такие аспекты КЖ как «поведение и общение» (4,1 балла родители и 3,8 балла педиатры, соответственно) и «семейное окружение» (4,0 и 3,7 балла соответственно). Самые низкие значения имела шкала «способность оставаться одному» (3,2 и 2,6 балла соответственно).

Аналогичная картина была выявлена при анализе параметров КЖ среди обследованных девочек. Так, общий балл КЖ был значительно больше — 3,7 по оценкам родителей (3,5 балла — педиатры,  $p < 0,01$ ). Наиболее высокие оценки КЖ были выявлены по шкалам «поведение и общение» как по мнению родителей (4,3 балла), так и педиатров (3,7 балла,  $p < 0,001$ ). Родители достоверно выше оценили такие аспекты КЖ, как «нервно-психическое развитие и физическое здоровье» (3,9 балла и 3,1 балла — педиатры,  $p < 0,001$ ). Наиболее низкие значения имела шкала «способность оставаться одному» — как по мнению родителей (3,3 балла), так и по оценкам педиатров (2,7 балла,  $p < 0,001$ ). По шкале «семейное окружение» статистических различий выявлено не было, хотя оценка родителей была немного выше (3,7 и 3,4 балла соответственно,  $p > 0,05$ ).

**Заключение.** Таким образом, изучение параметров КЖ детей грудного возраста с учетом пола показало, что как по родительскому, так и по врачебному варианту опросников статистически значимых различий выявлено не было. Однако при внутригрупповом исследовании было установлено, что КЖ мальчиков было оценено значительно выше родителями в сравнении с педиатрами. В группе обследованных девочек показатели КЖ почти по всем аспектам также были значительно выше по мнению родителей, за исключением шкалы «семейное окружение». В целом родители оценивают КЖ детей первого года жизни выше, чем педиатры.

**Абдуллина А.Э., Калмыкова А.С.**

*Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь,  
Российская Федерация*

## **МОЧЕВАЯ ЭКСКРЕЦИЯ КОЛЛАГЕНА 4 ТИПА — РАННИЙ ПРЕДИКТОР РАЗВИТИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1-го ТИПА**

**Актуальность.** Сахарный диабет — медико-социальная угроза для здоровья человека. Тяжесть течения и прогноз при сахарном диабете 1-го типа определяются временем появления и скоростью прогрессии сосудистых осложнений, одним из которых является диабетическая нефропатия.

**Цель исследования.** Определить диагностическую роль мочевой экскреции коллагена 4-го типа на доклинической стадии диабетической нефропатии у детей с сахарным диабетом 1-го типа.

**Пациенты и методы.** Обследовано 80 детей в возрасте от 0 до 18 лет, разделенных на четыре группы в зависимости от длительности течения сахарного диабета 1-го типа (с длительностью течения сахарного диабета до 1 года — 10 (12,5%), 1–5 лет — 34 (42,5%), 6–10 лет — 26 (32,5%) и более 10 лет — 10 (12,5%). Всем детям выполнено стандартное обследование с целью выявления специфического поражения почек, а также исследование мочевой экскреции коллагена 4-го типа.

**Результаты.** Анализ полученных результатов выявил наличие повышения мочевой экскреции коллагена 4-го типа у подавляющего большинства обследуемых детей до появления микроальбуминурии или снижения уровня СКФ ( $p < 0,05$ ). Выявленные изменения отмечались уже при незначительном стаже заболевания (от 5 лет), что позволяет применять данный маркер для диагностики диабетической нефропатии на доклинической стадии. У больных с сахарным диабетом 1-го типа с наличием микроальбуминурии уровень коллагена 4-го типа в моче был значительно выше, чем у пациентов с нормоальбуминурией ( $p < 0,05$ ). Повышение мочевой экскреции коллагена 4-го типа отмечалось чаще в пубертатном возрасте, при плохом контроле уровня гликемии, наличии артериальной гипертензии и дисгармоничном физическом развитии.

**Заключение.** Определение мочевой экскреции коллагена 4-го типа может использоваться для ранней неинвазивной диагностики диабетической нефропатии у детей с сахарным диабетом 1-го типа.

**Абдурашидова Х.Б., Турдиева Ш.Т.**

*Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан*

## **ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

**Актуальность.** В последние годы отмечается тенденция повышения частоты встречаемости хронической патологии гастродуоденальных органов среди детей различных возрастных групп, и в зависимости от региона проживания данный показатель составляет от 300 до 450 случаев на 10 тыс детского населения. При этом изучение особенностей клинического течения и разработка путей эффективного лечения детей с хронической гастродуоденальной патологией (ХГДП) остается одним из актуальных направлений в современной педиатрии, и данная патология сопровождается развитием клиники анемии различной формы и степени тяжести.

**Цель исследования.** Анализ стандартных гематологических показателей периферической крови у детей с хронической гастродуоденальной патологией.

**Пациенты и методы.** Обследованы 286 детей и подростков от 6 до 15 лет с ХГДП и 110 практически здоровых детей аналогичного возраста без выраженных соматических заболеваний. В ходе исследования в периферической крови определяли уровень гемоглобина (Hb), эритроцитов, цветового показателя (ЦП), скорость оседания эритроцитов, среднее содержание гемоглобина в эритроците (МСН) и среднюю концентрацию гемоглобина в эритроците (МСНС).

**Результаты.** По результатам исследования, больные хроническим гастродуоденитом (ХГД) составили 60,84% ( $n = 174$  из 286), хроническим гастритом (ХГ) различных форм — 15,03% ( $n = 43$ ), хроническим дуоденитом (ХД) — 7,69% ( $n = 22$ ), язвенной болезнью желудка (ЯБЖ) — 2,8% ( $n = 8$ ) и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) — 13,64% ( $n = 39$ ). Как показали наши исследования, наблюдается стойкое снижение гематологических показателей периферической крови у пациентов с ХГДП в зависимости от клинической формы и возраста. Содержание Hb в периферической крови у больных по отношению к контрольной группе было снижено от 9,7 до 21,7% в зависимости от возраста, наименьшее содержание Hb фиксировали у больных с ЯБЖ — от 88,2 до 83,1% и ЯБДПК — от 88,2 до 84,6% в зависимости от возраста, а при ХГ — от 92,4% до 90,4%.

Также наименьший уровень у больных с ЯБЖ и ЯБДПК имел ЦП — от 0,71 до 0,75. У 165 (57,7%) диагностирована анемия различной степени. В итоге у 93,3% ( $n = 154$ ) из них клинико-лабораторно подтверждено существование железодефицитной анемии (ЖДА) 1-й и 2-й степени, а  $V_{12}$ -дефицитная анемия — у 6,7% больных.

**Заключение.** У 57,7% детей с ХГДП в периферической крови выявляется картина анемии, 53,8% от которой составляет железодефицитная анемия. При этом наиболее часто клиническое появление анемии наблюдается среди детей с ЯБДПК — 76,9%.

**Агзамова Ш.А.**

*Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент,  
Республика Узбекистан  
Семейная поликлиника № 54, Ташкент, Республика Узбекистан*

## **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ И ИХ МАТЕРЕЙ МЕТОДОМ ПОЛИМЕРАЗНОЙ ЦЕПНОЙ РЕАКЦИИ НА ЦИТОМЕГАЛОВИРУС**

**Актуальность.** В настоящее время цитомегаловирусная инфекция (ЦМВИ) приобретает все большую актуальность в практической медицине. ЦМВИ признана серьезной проблемой: вносит существенный вклад в патологию плода и новорожденного ребенка.

**Цель исследования.** Провести сравнительный анализ результатов исследования новорожденных детей и их матерей методом полимеразной цепной реакции на цитомегаловирус.

**Пациенты и методы.** Проводилась детекция генома цитомегаловируса (ЦМВ) в венозной крови и в моче 103 рожениц, а также в пробе пуповинной ( $n = 134$ , в момент рождения), венозной крови ( $n = 86$ , на 3-й нед жизни), в моче новорожденных методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) с использованием тест-системы фирмы Sigma (США). Индекс avidности (ИА) специфических IgG к ЦМВ в сыворотке крови определяли с помощью тест-систем «ИФА-АНТИ-G Авидность» (Нижний Новгород).

**Результаты.** Маркеры ЦМВ в крови и осадке мочи рожениц определялись в  $8,8 \pm 1,9\%$ ,  $10,0 \pm 2,1\%$  случаев соответственно, без достоверной разницы. Геном изучаемого патогена не был обнаружен ни в одной биологической жидкости у 117 ( $54,6 \pm 3,4\%$ , ДИ: 47,8–61,4) новорожденных детей (контрольная группа). Детекция ДНК ЦМВ была положительной у 40 ( $18,5 \pm 2,6\%$ , ДИ: 13,3–23,7) новорожденных детей.

Установлена наибольшая величина критерия совпадений ( $\chi^2 = 16,8$ ) на уровне верификации генома ЦМВ в осадке мочи новорожденных и их матерей против показателя в крови ( $\chi^2 = 12,6$ ). У подавляющего большинства детей присутствовали низкоавидные антитела класса G к ЦМВ (72,5%). У детей контрольной группы в 95,9% случаях обнаружены высокоавидные антитела G к ЦМВ. При отсутствии прямых маркеров вируса в 4,1% случаях выявлены низкоавидные антитела к ЦМВ. При повторном обследовании 12–22 мес у 5 из 40 детей с первичными положительными результатами на ЦМВ геном вируса не обнаружен, что объясняет присутствие в периоде новорожденности высокоавидных анти-ЦМВ-IgG. У 35 детей ДНК ЦМВ была выявлена повторно.

**Заключение.** Проведенное исследование показало, что для детекции геномов ЦМВ у новорожденных детей недостаточно однократного исследования клинических материалов. У детей к 22 мес в  $12,5 \pm 5,2\%$  ( $n = 5$ ) случаях ЦМВ элиминировали, что и соответствует отрицательным результатам ИФА на специфические антитела класса G к ЦМВ в период новорожденности. При сохраненной иммунной реактивности вирус постепенно инактивируется и элиминируется, метаморфоз клеток при этом не происходит.

**Агзамова Ш.А., Ахмедова Ф.М.**

*Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент,  
Республика Узбекистан  
Семейная поликлиника № 54, Ташкент, Республика Узбекистан*

## **ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПИТАНИЯ ШКОЛЬНИКОВ ГОРОДА ТАШКЕНТА**

**Актуальность.** Снижение доли здоровых детей и увеличение заболеваемости детского населения по всем классам болезней делает национальную стратегию по формированию среди детского населения здорового образа жизни одним из важных направлений государственной политики Республики Узбекистан.

**Цель исследования.** На основе изучения антропометрических показателей с последующим расчетом индекса массы тела оценить состояние питания в соответствии с рекомендациями ВОЗ (2006).

**Пациенты и методы.** Состояние питания (СП) у 375 школьников 246 школы г. Ташкента в возрастных диапазонах 14, 15 и 16 лет оценивали по показателям роста, веса тела и индекса массы тела (ИМТ) к возрасту в зависимости от пола и рассчитывали  $z$ -оценки по методике, предложенной ВОЗ (2006). Нормальному СП соответствовали значения ИМТ в интервале между медианами стандартного отклонения (СО)  $\pm 1$ , риск избыточного веса — между СО + 1 и + 2, избыточная масса тела — + 2 и + 3.

**Результаты.** Анализ усредненных антропометрических показателей 375 детей показал, что в возрастных диапазонах 14, 15 и 16 лет у девочек и мальчиков почти все параметры находятся между медианами СО  $\pm 1$ . По параметрам ИМТ нарушение питания (НП) было значимо у девочек (8; 47,6%) против мальчиков (3; 39,6%) с превалированием «риска избыточного веса» и «избыточного веса» у девочек (3; 15,9%) и отсутствием таковых у мальчиков. К 15 годам прослеживается обратная тенденция, а именно увеличение частоты НП у мальчиков (21; 32,8%) с превалированием «риска избыточного веса» (2; 3,1%), «избыточного веса» (3; 4,7%) и «истощения умеренной степени» (4; 6,45%). У девочек частота НП снижается до 27,4% (17), но с сохранением числа подростков с избыточным весом (4; 6,45%). В 16 лет нарастает частота НП у подростков мужского пола (8; 44,4%), против женского (5; 25,0%) и не встречаются подростки с избыточным весом.

**Заключение.** Таким образом, избыточная масса тела была выявлена в 2,3% ( $n = 3$ ) случаев у мальчиков и в 4,1% ( $n = 6$ ) — у девочек. Ожирение у подростков 14–16 лет не было зафиксировано.

Совершенствование системы первичного скрининга и профилактики НП, а также дальнейшего медицинского сопровождения подростков в зависимости от результатов скрининга является актуальной научной проблемой и важной социально-экономической задачей. Элиминация, протекция факторов риска развития НП позволят оптимизировать СП школьников, что необходимо учитывать при разработке профилактических программ.

**Айбазова Д.К., Федько Н.А., Джанибекова А.С.**

*ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Ставрополь,  
Российская Федерация*

## **НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ВИТАМИНА D У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ПАТОЛОГИЕЙ КОСТНОЙ СИСТЕМЫ**

**Актуальность.** Витамин D является одним из важнейших факторов регулирования гомеостаза Ca и P, определяющим состояние костной ткани. Нарушение его происходит в детском возрасте. У детей дефицит приводит к рахиту, у взрослых — к иммунологической недостаточности, онкопатологии, сахарному диабету и др.

**Цель исследования.** Изучить взаимосвязь между дефицитом витамина D у детей от 3 до 7 лет и формированием патологии костной системы.

**Пациенты и методы.** Исследование проводилось на базе ГБУЗ СК «Городская поликлиника № 2» г. Ставрополя. За период 2016–2020 гг. было 44 истории развития детей в возрасте 3–7 лет с жалобами на боли в конечностях. У всех детей проводилось определение уровня витамина D, кальция, фосфора, паратгормона в крови.

Статистическая обработка проводилась с использованием пакета анализа Excel. Рассчитывали относительные показатели частоты встречаемости признаков. Для выявления связи между признаками применяли корреляционный анализ.

**Результаты.** Изучено 44 историй развития детей от 3 до 7 лет. У всех детей имелись изменения костно-мышечной системы. Наиболее часто встречались нарушение осанки (60,2%), боли в мышцах ног (33,5%), боли в коленях (33,5%), реже — дисплазия тазобедренного сустава (11,2%), боли в голени (13,4%), болезнь Шинца (6,7%), боли роста (8,9%), вальгусная деформация стоп (8,9%), боли в груди (4,5%). Сочетанную патологию имели 26,8% детей.

При лабораторном исследовании выявлено, что у 71,4% имеется недостаточность витамина D (30,0–10,0 нг/мл), причем его значения на нижней границе (от 12,5 до 15,2 нг/мл) — у 20,1%. У 24,5% — дефицит витамина D (10 нг/мл). Уровень Ca снижен у 13,4%, P — у 17,8%. У 11,2% детей снижен уровень паратгормона.

Для определения значимых анамнестических факторов риска развития недостаточности витамина D проведен корреляционный анализ.

Наиболее высокую корреляционную связь между недостаточностью витамина D имеют следующие факторы биологического анамнеза: гипотрофия на первом году жизни, дефицит УФО, прием витамина D менее года.

Умеренная корреляционная связь характерна для следующих факторов: ребенок от 3-х или более родов, избыточная масса тела после года, осложненные роды, недоношенность, неправильное введение прикорма.

**Заключение.** Большинство детей с болями в конечностях имеют недостаточность витамина D, что сопровождается нарушением осанки. Снижение витамина D у большинства детей умеренное (15–30 нг/мл). Наиболее высокую связь с недостаточностью витамина D у детей 3–7 лет имеют такие анамнестические факторы, как гипотрофия на первом году жизни, дефицит УФО, прием витамина D менее 1 года. Витамин D с профилактической целью большинство детей принимают только в течение первого года жизни.



**Айбазова Д.К., Федько Н.А., Джанибекова А.С.**

*ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Ставрополь,  
Российская Федерация*

## **СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА г. СТАВРОПОЛЯ**

**Актуальность.** Заболеваемость детей в последние десятилетия неуклонно растет. По данным статистики, только до 20% школьников в возрасте от 6 до 17 лет здоровы. Почти у половины школьников отмечаются функциональные нарушения, а у 30% имеются хронические заболевания.

**Цель исследования.** Изучить состояние здоровья детей младшего школьного возраста в г. Ставрополе.

**Пациенты и методы.** Было изучено 648 медицинских карт детей в возрасте от 7 до 11 лет, обучающихся в общеобразовательных учреждениях города Ставрополя (МБОУ Гимназия № 9, МБОУ СОШ № 43). Для получения объективной оценки состояния здоровья школьников проводилось анкетирование детей и их родителей.

**Результаты.** Среди учащихся младших классов г. Ставрополя выявлены следующие заболевания ЛОР-органов: хронический тонзиллит — 13,1%, хронический аденоидит — 9,8%, хронический гайморит — 3,15%, другие — 1,8%; желудочно-кишечного тракта: хронический гастрит/гастродуоденит — 14,7%, болезни гепатобилиарной системы — 7,6%, другие — 0,6%; опорно-двигательного аппарата: нарушения осанки — 10,4%, уплощение свода стопы — 5,1%, артропатии — 4,2%, другие — 0,5%; нервной системы: вегетососудистая дистония, внутричерепная гипертензия — 14,7%; заболевания сердечно-сосудистой системы: ревматизм и пороки сердца — 0,9%, артериальная гипертензия — 0,5%, болезни мочеполовой системы — 1,5%.

По группам здоровья: к I группе относятся 21,2%, к II — 63,7%, к III — 12,4%, к IV — 2,7%.

У 65,8% детей младшего школьного возраста физическое развитие соответствует возрасту, средневысокое, гармоничное и имеет нормально ускоренные темпы возрастного развития.

### **Заключение.**

1. Наиболее часто встречаются среди учащихся младших классов г. Ставрополя заболевания ЛОР-органов — 22,8%, желудочно-кишечного тракта — 19,2% и опорно-двигательного аппарата — 16,9%.
2. Большинство детей относятся к II группе здоровья, т.е. имеют функциональные и морфофункциональные нарушения.
3. У более чем половины детей младшего школьного возраста г. Ставрополя физическое развитие соответствует возрасту, средневысокое, гармоничное и имеет нормально ускоренные темпы.

**Андреев А.В., Харламова Н.В., Песенкина А.А.**

ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н. Городкова» Минздрава России, Иваново, Российская Федерация

## **ПРЕДИКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ У ГЛУБОКОНЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ**

**Актуальность.** Внутрижелудочковые кровоизлияния (ВЖК) остаются серьезным осложнением у новорожденных детей, особенно часто встречаются у глубоконедоношенных детей с гестационным возрастом до 27 нед. Приблизительно у 50–75% недоношенных с ВЖК развиваются церебральный паралич, умственная отсталость и/или гидроцефалия. Приблизительно у четверти выживших без инвалидности развиваются психические расстройства и нарушения моторной функции. Патогенез ВЖК имеет сложное многофакторное и гетерогенное происхождение.

**Цель исследования.** Выявить предикторы развития внутрижелудочковых кровоизлияний у глубоконедоношенных новорожденных

**Пациенты и методы.** Проведено проспективное контролируемое сравнительное клинико-инструментальное исследование с ретроспективным анализом данных 104 глубоконедоношенных детей гестационного возраста менее 32 нед с респираторным дистресс-синдромом (РДС). В зависимости от наличия ВЖК дети разделены на 2 группы: I группа — 56 детей, у которых в ходе наблюдения было верифицировано ВЖК; II группа — 48 новорожденных без ВЖК. Диагноз был верифицирован при проведении нейросонографического исследования.

**Результаты.** Установлено, что плацентарная недостаточность и хроническая артериальная гипертензия статистически значимо чаще встречались у матерей детей без ВЖК (ОШ = 0,4359;  $p = 0,041$  и ОШ = 0,1852;  $p = 0,024$  соответственно). Антенатальная профилактика РДС плода во II группе статистически значимо чаще была проведена полностью (ОШ = 0,35;  $p = 0,015$ ).

При первичной реанимации и стабилизации в родовом зале интубация трахеи детям с ВЖК I степени проводилась в 2 (5,6%) случаях, с ВЖК II степени — в 8 (53,3%) случаях (ОШ = 5,714;  $p = 0,004$ ); с ВЖК III–IV степени — в 3 (60%) случаях (ОШ = 7,5;  $p = 0,109$ ), без ВЖК — в 8 (16,7%) случаях (ОШ = 0,294;  $p = 0,119$ ).

Статистически значимых различий по количеству случаев введения экзогенного сурфактанта в родовом зале и его влияния на развитие ВЖК (ОШ = 2,106 (ДИ 0,605–7,333);  $p = 0,235$ ) выявлено не было. Однако менее инвазивное введение сурфактанта (LISA) проводилось статистически значимо чаще детям без ВЖК (ОШ = 0,161;  $p = 0,018$ ).

При анализе респираторной поддержки установлено, что дети, нуждающиеся в проведении принудительной ИВЛ, значимо чаще имели ВЖК II степени и выше (ОШ = 9,818 (ДИ 1,039–92,86);  $p = 0,023$ ). При этом среднее давление в дыхательных путях (МАР) в первые сутки жизни у детей с ВЖК II и III степеней было значимо больше, чем у детей с ВЖК I степени ( $p = 0,001$  и  $p = 0,007$  соответственно),  $FiO_2$  — значимо выше у детей с ВЖК II и III степеней против подгруппы детей с ВЖК I степени ( $p = 0,016$  и  $p = 0,020$  соответственно). При сравнении экспираторного дыхательного объема выявлены значимые различия между детьми с ВЖК II и III степеней ( $p = 0,048$ ).

Подсчет частоты болезненных манипуляций выявил, что детям с ВЖК в 1-е сут жизни проводилось значимо большее количество манипуляций ( $22,1 \pm 2,08$  за сутки против  $18,3 \pm 1,97$  в группе без ВЖК;  $p = 0,003$ ). В группе детей с ВЖК II степени значимо чаще проводилась респираторная поддержка более 7 сут (ОШ = 7,16;  $p < 0,001$ ), соответственно, эти новорожденные проводили статистически значимо большее количество дней в ОРИТН (ОШ = 2,259;  $p = 0,042$ ).

**Заключение.** Таким образом, значимыми факторами риска развития ВЖК у глубоконедоношенных новорожденных с РДСН являются необходимость интубации трахеи в родовом зале, принудительные режимы ИВЛ, отсутствие антенатальной профилактики РДС плода, а так же количество манипуляций более 20 в 1-е сут жизни; факторами, снижающими риск развития ВЖК, — полная антенатальная профилактика глюкокортикостероидами, менее инвазивное введение порактанта альфа в дозировке 200 мг/кг, ИВЛ с двойным управлением в течение вдоха, наличие у матери в анамнезе плацентарной недостаточности, хронической артериальной гипертензии.

**Антонов О.В., Волоцкий К.А., Комарова А.А., Антонова И.В.**

*ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет», Омск,  
Российская Федерация*

## **ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ОЦЕНКИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ**

**Актуальность.** Очевидно, что хорошие физические показатели подрастающего поколения определяют не только индивидуальные возможности дальнейшей жизни и труда человека, но и в целом уровень здоровья нации. Оценка физического развития детей, особенно методы ее проведения, всегда вызывала дискуссии в педиатрическом сообществе.

**Цель исследования.** Провести пилотные исследования по разработке современных показателей физического развития детей от 0 до 12 мес в г. Омске.

**Пациенты и методы.** Объект исследования: дети с рождения до 1 года, истории развития детей, форма 112/у. Предмет исследования: показатели физического развития детей с рождения до 1 года. Методы исследования: клинический метод, метод шкал регрессии, вариационный анализ, метод перцентилей, статистический метод, социологический метод.

**Результаты.** В последнее время вышли ряд приказов МЗ Российской Федерации, в которые включены требования к оценке физического развития (№ 134н «О порядке организации оказания медицинской помощи лицам, занимающимся физической культурой и спортом...»; № 514н «О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних», вступивший в силу в январе 2018 г.). Какая-либо единая методика оценки физического развития в приказах не оговаривается, однако предлагаются формулировки заключения, такие как «физическое развитие нормальное или с нарушениями (дефицит массы тела, избыток массы тела, низкий рост, высокий рост)», что соответствует оценке с помощью методики использования шкал регрессии, которых в настоящий момент не существует, соответственно, приказы в полном объеме выполняться не могут. Предварительные исследования показали сложности в интерпретации показателей физического развития детей, связанные с нарушением проведения медицинскими работниками техники антропометрии, использованием сантиметровых лент, различных по калибровочным значениям из-за длительного срока эксплуатации. Тем не менее достоверно установлено, что физическое развитие детей г. Омска означенной возрастной группы оказалось несколько выше, чем в результатах исследования физического развития детей по данным ВОЗ.

**Заключение.** Комплексная оценка состояния здоровья каждого ребенка, безусловно, не обходится без оценки физического развития. Для оценки патологических состояний мы сравниваем показатели пациента с константами, референсными значениями нормы. Однако редко задумываемся, кто, когда и где определил эти нормативы. Полученные результаты уже сегодня позволяют проводить корректную оценку физического развития детей от 0 до 12 мес. На втором этапе исследования будет проведен сравнительный анализ существующих методов оценки физического развития детей, таких как метод индексов, метод сигмальных отклонений, метод центильных шкал и метод шкал регрессии.

**Артюкова С.И., Антонов О.В., Мингаиров К.М., Хабибуллина Н.Ю.,  
Грибок М.В., Духтик Л.А.**

*ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет»  
БУЗОО «ДГП № 2 им. Скворцова В.Е.», Омск, Российская Федерация*

## **ОПЫТ РАБОТЫ И АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВЫЕЗДНОЙ ПАТРОНАЖНОЙ СЛУЖБЫ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ**

**Актуальность.** Разработка стандартов педиатрической паллиативной помощи в настоящее время становится приоритетной во всем мире. Важной отличительной особенностью симптоматического лечения детей является сложность оценки выраженности симптомов, в частности боли, что требует подбора специфического подхода на протяжении всего периода лечения. Согласно рекомендациям Европейской ассоциации паллиативной помощи, помощь на дому считается одной из самых эффективных форм. Выездная патронажная служба паллиативной медицинской помощи детям в крупнейшей в г. Омске БУЗОО «Детская городская поликлиника № 2 им. Скворцова В.Е.» создано в сентябре 2018 г. и обслуживает детей, проживающих в Кировском административном округе города. Учитывая то, что эта область медицины предполагает комплексный (физический, эмоциональный, социальный, духовный) подход к больному ребенку, в составе службы, помимо врачей (педиатра и врача-невролога), а также среднего медицинского персонала, имеется медицинский психолог, специалист по социальной работе, массажист.

**Цель исследования.** Выделить ведущие мероприятия при оказании патронажной паллиативной медицинской помощи на дому, направленные на улучшение качества их жизни детям с неизлечимыми, угрожающим жизни заболеваниями и синдромами.

**Пациенты и методы.** Проведен анализ учетно-отчетной документации выездной патронажной службы паллиативной медицинской помощи детям БУЗОО «Детская городская поликлиника № 2 им. Скворцова В.Е.» г. Омска за 12 мес 2019 г., истории развития детей (форма 112).

**Результаты.** В регистре выездной патронажной службы паллиативной медицинской помощи детям БУЗОО «ДГП № 2 им. Скворцова В.Е.» г. Омска на конец 2019 г. состояло 73 паллиативных пациента, из них 56 детей (в подавляющем большинстве дошкольного и школьного возраста) и 17 подростков, причем из них маломобильными являлись 40. В течение 2019 г. сделано 2755 посещений семей паллиативных пациентов. В структуре видов паллиативной помощи семьям, имеющим таких детей, оказанной сотрудниками выездной службы, осуществлялись следующие виды деятельности (в порядке уменьшения удельного веса видов деятельности в их структуре): психологическое сопровождение семьи, обучение навыкам ухода за пациентом, оказание социальной помощи, обучение приемам массажа и ЛФК, организация консультаций врачей-специалистов и обследования на дому, назначение и коррекция медикаментозной терапии, ЛФК, оказание помощи в переоформлении на медико-социальную экспертизу, участие в составлении индивидуальной программы реабилитации, направление на стационарное лечение, госпитализация в отделение паллиативной медицинской помощи.

При анализе структуры заболеваний пациентов, состоящих на учете в выездной патронажной службе, выявлено, что новообразования и болезни крови, сокращающие срок жизни и приводящие к терминальным состояниям, составляли лишь 8,2% у детей. В то же время отмечалось значительное преобладание болезней нервной системы, в том числе врожденных аномалий развития нервной системы, деформаций и хромосомных нарушений над остальными нозологическими формами. Эти некурабельные патологические состояния приводят к ранней инвалидизации детей; могут медленно прогрессировать длительное время.

**Заключение.** Ведущие потребности паллиативных пациентов в амбулаторных условиях заключаются в длительном динамическом наблюдении в процессе прогрессирования заболевания, контроле симптомов болезни, организации ухода, оказании психологической и социальной поддержки пациентам и членам их семей, что будет способствовать улучшению показателей качества жизни пациентов.

**Артюкова С.И., Белоклокова М.И., Немчинов А.С., Антонов О.В.,  
Понкрашина Л.П., Волоцкий К.А.**

*ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Министерства  
Здравоохранения Российской Федерации, Омск, Российская Федерация*

## **АНАЛИЗ РЕАЛИЗАЦИИ ЦЕЛЕВОЙ ПОДПРОГРАММЫ «ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАЮЩИЕСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ» СРЕДИ ПОДРОСТКОВОГО НАСЕЛЕНИЯ СЕЛЬСКОГО МУНИЦИПАЛЬНОГО РАЙОНА ОМСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Актуальность.** Распространенность инфекций, передающихся половым путем (ИППП) среди подросткового населения, особенно сельских муниципальных поселений, продолжает расти и является важной медико-социальной проблемой подростковой медицины. С современных позиций эта проблема затрагивает не только особую группу детей, имеющих низкий уровень знаний по данному вопросу, нередко когнитивные нарушения и низкую социальную ответственность.

Проблема касается всего подросткового населения, их родителей, медицинских работников и педагогов.

**Цель исследования.** Выявление потребностей подросткового населения в получении информации по вопросам ИППП. Разработка плана мероприятий, не требующих существенных финансовых затрат в системе здравоохранения, позволяющих улучшить санитарное просвещение подростков в вопросах профилактики ИППП в муниципальном районе Омской области.

**Пациенты и методы.** Проведено анкетирование подросткового населения Калачинского муниципального района Омской области по вопросам информированности о причинах, проявлениях и последствиях ИППП. Объект исследования: подростки 15–17 лет (270 человек; из них юноши — 121 человек (45%), девушки — 149 человек (55%).

**Результаты.** Наиболее предпочтительным источником информации о своем здоровье в целом для респондентов стал интернет (67%). Только 6% подростков использовали сведения об ИППП, полученные при общении с родителями, 13% — при просмотре телепередач, 14% — при общении с друзьями. При ответе на вопрос «Что относят к ИППП?» только 8% опрошенных респондентов ответили верно. 95% подростков, отвечая на вопрос «Необходимо ли создание специализированных интернет-ресурсов, посвященных репродуктивному здоровью?», считали необходимым создание специальных порталов по этой проблеме. Отвечая на вопрос «Какой информации недостаточно по проблемам ИППП?», 61% респондентов отметили недостаток сведений о последствиях и осложнениях ИППП, 47% — недостаток сведений о медицинских учреждениях, в которые следует обратиться для проведения обследования на ИППП, 34% опрошенных не хватало информации о профилактике и мерах предупреждения заражения ИППП. Проведены мероприятия, не требующие существенных финансовых затрат, в целях предупреждения заражения ИППП, такие как стендовая работа БУЗОО «Калачинская ЦРБ» по профилактике СПИДа и ИППП; лекции для школьников в Калачинской средней школе совместно с сотрудниками специализированного центра по профилактике и лечению ИППП с демонстрацией видеоматериалов; презентация для школьников старших классов информационных бюллетеней, разработанных сотрудниками Федерального центра «Доверие»; статьи в прессе с доступным и интересным для подростков изложением материала о том, что такое ИППП, каковы симптомы данных заболеваний и их последствия; санитарно-просветительная работа студентов-волонтеров медицинского вуза в образовательных учреждениях района.

**Заключение.** Проанализированные данные по анкетированию демонстрируют очевидное незнание большинства подростков об ИППП, их последствиях и осложнениях, о медицинских учреждениях, в которые следует обратиться для проведения обследования на ИППП. Необходимо совершенствовать методы профилактики инфекций, передаваемых половым путем, включая разработку информационных материалов и активную реализацию образовательных программ для подросткового населения.

Атамеева А.О.<sup>1</sup>, Завалов И.Н.<sup>1</sup>, Беляева И.А.<sup>1,2</sup>, Горев В.В.<sup>1</sup>, Михеева А.А.<sup>3</sup>,  
Кругляков А.Ю.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ», Москва, Российская Федерация

<sup>2</sup> РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва, Российская Федерация

<sup>3</sup> ГБУ «НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ»,  
Москва, Российская Федерация

## СОЧЕТАННАЯ ПАРАЗИТАРНО-ВИРУСНАЯ ВНУТРИУТРОБНАЯ ИНФЕКЦИЯ У НЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

**Актуальность.** Внутриутробное коинфицирование токсоплазмой и цитомегаловирусом приводит к высокому риску возникновения задержки внутриутробного развития, хориоретинита, интракраниальных кальцинатов, нейросенсорной тугоухости. Минимизировать осложнения возможно при своевременной диагностике и терапии данной патологии.

**Цель исследования.** Формирование настороженности врачей в отношении возможного сочетанного внутриутробного инфицирования плода для проведения своевременной комплексной диагностики.

**Пациенты и методы.** Проводилось изучение истории болезни, клинический осмотр, оценка результатов лабораторных и инструментальных исследований ребенка с внутриутробным коинфицированием. Первоначально терапия пациента проводилась на базе перинатального центра, после чего ребенок был переведен в отделение патологии новорожденных МДГКБ в возрасте 1 мес 16 сут жизни.

**Результаты.** Девочка рождена в сроке 26 нед гестации, у женщины 26 лет, с выявленными на 12-й нед беременности IgM к *Toxoplasma gondii*, IgG к CMV. Состояние при рождении тяжелое, терапия в перинатальном центре проводилась в отношении коррекции синдрома дыхательных расстройств. Были выявлены церебральная ишемия, анемия, эпизод тромбоцитопении. В возрасте 12 сут жизни выявлено незначительное превышение титра IgM к *Toxoplasma* и IgM к CMV, терапия не проводилась. По результатам ПЦР грудного молока обнаружен ДНК ЦМВ, тем не менее продолжалось вскармливание нативным материнским молоком. Повторное исследование на TORCH было проведено в возрасте 1 мес 6 сут жизни после осмотра офтальмолога, выявившего диссеминированный хориоретинит. По результатам ПЦР в биологических жидкостях была обнаружена ДНК *Toxoplasma*, ДНК CMV, начата терапия спирамицином и ганцикловиром. В связи с наличием сочетанной патологии ребенок был переведен в многопрофильный стационар, где продолжена комплексная этиотропная терапия ВУИ. В возрасте 2 мес 24 сут жизни переведен на самостоятельное дыхание без дотации O<sub>2</sub>, в 3 мес в связи с отсутствием ДНК *Toxoplasma* и CMV при проведении контрольного ПЦР был выписан с рекомендациями по продолжению терапии. По данным НСГ в динамике отмечено формирование интракраниальных кальцинатов.

**Заключение.** В данном клиническом наблюдении были недооценены анамнез матери и результаты первичного ИФА, поэтому количественный ПЦР-анализ в отношении *Toxoplasma* и CMV был проведен запоздало, что отсрочило начало этиотропной терапии; не было принято профилактических мер в отношении возможной передачи CMV с грудным молоком.

**Ахаладзе Д.Г., Меркулов Н.Н., Ускова Н.Г., Рабаев Г.С., Твердов И.В., Грачев Н.С.**

*ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Д. Рогачева» Минздрава России, Москва,  
Российская Федерация*

## **РАННИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫХ НЕЙРОБЛАСТОМ У ДЕТЕЙ**

**Актуальность.** Нейробластома — самая частая экстракраниальная солидная злокачественная опухоль у детей. Полное удаление образования в ряде случаев улучшает прогноз, однако агрессивная хирургическая тактика может ассоциироваться с большим количеством осложнений.

**Цель исследования.** Оценка результатов хирургического лечения местнораспространенных форм нейробластом забрюшинного пространства. Анализ факторов, влияющих на соблюдение тайминга химиотерапии (ХТ), частоту осложнений.

**Пациенты и методы.** Ретроспективный анализ результатов хирургического лечения в НМИЦ ДГОИ им. Д. Рогачева пациентов с нейробластомами забрюшинного пространства, вовлекающими магистральные сосуды и смежные органы брюшной полости с января 2018 по январь 2021 г.

С использованием статистического пакета IBM SPSS Statistics проведена оценка зависимости между объемом удаления опухоли, количеством факторов риска, частотой и тяжестью осложнений, нарушением тайминга ХТ.

**Результаты.** Проанализирован 61 пациент (медиана возраста — 31 мес (от 4 до 155 мес). Медиана объема удаления опухоли — 98%, кровопотери — 80 мл, длительности операции — 295 мин, количества скелетизированных артерий — 3, вен — 2, длительности послеоперационного (п/о) периода — 10 сут. Осложнения отмечены у 23 (38%) пациентов, среди них у 7 (11%) — Clavien-Dindo класса III, у 16 (26%) — класса II.

При анализе зависимости объема удаления опухоли ( $n_1 = 34$ ;  $V = 95-100\%$  и  $n_2 = 27$  — менее 95%) и соблюдения тайминга ХТ с использованием критерия хи-квадрат отмечено значимо более редкое нарушение тайминга ХТ ( $p = 0,04$ ) в группе  $n_1$ , что, вероятно, связано с неравномерностью распределения количества IDRF (факторов риска, определяемых визуализацией).

В мультивариантном регрессионном анализе оценено влияние объема удаления опухоли, количества IDRF, скелетизированных сосудов на длительность п/о периода и количество осложнений. Получена положительная связь ( $p = 0,035$ ) между количеством выделенных артерий и длительностью п/о периода, а также между количеством артерий ( $p = 0,02$ ), вен ( $p = 0,041$ ) и частотой осложнений.

**Заключение.** Полученные данные позволяют сделать следующие выводы. Основным фактором, влияющим на длительность восстановления пациента, а также частоту осложнений является количество скелетизированных артерий и вен. Макроскопически полное удаление нейробластомы не приводит к нарушению тайминга специфической терапии, к увеличению количества осложнений, равно как и количество IDRF. Приведенная в данной работе частота и степень тяжести осложнений соответствует данным мировой литературы.

**Аширматова И.Б., Уразова С.Н., Розенсон Р.И.**

*НАО «Медицинский университет Астана», Нур-Султан, Казахстан*

## **ТРИГГЕРЫ ПРИ ХОЛИНЕРГИЧЕСКОЙ КРАПИВНИЦЕ У ПОДРОСТКОВ**

**Актуальность.** Холинергическая крапивница (ХК) характеризуется наличием точечных сильно зудящих волдырей, возникающих при потоотделении. Проявления ХК оказывают негативное действие на психологическое состояние и физическую активность подростков, вызывая снижение качества жизни.

**Цель исследования.** Определить основные триггеры холинергической крапивницы.

**Пациенты и методы.** В исследовании участвовало 15 подростков в возрасте 10–17 лет. Обследование включало специфическую аллергологическую диагностику и оценку качества жизни с использованием опросника CU-Q2oL.

**Результаты.** Изучение причин и предрасполагающих факторов к развитию ХК при анализе данных нашего исследования выявило следующие особенности: провокаторами ХК являются стимуляция потоотделения при повышении температуры тела во время физических нагрузок, стресса, эмоций, а также пищевые продукты. Следует отметить, что самыми частыми провоцирующими факторами ХК в исследуемой группе были физическая нагрузка и стрессовые ситуации (8 пациентов — 53,3%).

Симптомы крапивницы обострялись на фоне психоэмоционального напряжения, под влиянием отрицательных эмоций. Физическая нагрузка (плавание, бег, тренировки в спортзале и др.) как неспецифический фактор была отмечена у 11 (73,3%) пациентов. Горячий душ — в 6 случаях (40%), жаркая погода — в 5 (33,3%). У 1 (6,6%) пациента отмечалась связь с употреблением острой пищи.

**Заключение.** Для контроля симптомов ХК пациентам рекомендовано уменьшить или исключить воздействие причинных факторов.



**Бабикова А.С., Вольхина И.В., Татарева С.В.**

*ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, Екатеринбург, Российская Федерация*

## **КАЧЕСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ КАК ОСНОВА ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

**Актуальность.** Дети и подростки проводят в образовательной организации значительную часть времени, поэтому чрезвычайно важно создание всех необходимых условий для сохранения и укрепления здоровья в период обучения.

**Цель исследования.** Оценить качество оказания медицинской помощи детям в образовательных организациях.

**Пациенты и методы.** Проведен аудит качества медицинского обеспечения детей в образовательных организациях. Всего обследовано 24 школы и 24 детских сада Свердловской области. Критерии оценки: наличие лицензированного медицинского кабинета, штата медицинских работников, наличие и качество заполнения медицинских документов, функции медицинских работников согласно Приказу № 822н от 05.11.2013 «Порядок оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях».

**Результаты.** По результатам аудита установлено, что все обследованные медицинские кабинеты имеют лицензию на медицинскую деятельность и необходимый набор помещений и медицинского оборудования. Обеспеченность медицинскими кадрами со средним и высшим медицинским образованием неполная, что, в свою очередь, создает трудности в выполнении функциональных обязанностей. Фельдшер находится в детском саду ежедневно и в часы работы образовательной организации, а врач приходит в дни вакцинации. В школах обеспеченность медицинскими работниками более низкая, и фельдшер или медицинская сестра находятся в медицинском кабинете по определенному графику. Наиболее частыми видами деятельности медицинского работника являются подготовка к вакцинации, вакцинация учащихся, заполнение индивидуальных карт учащихся, контроль за питанием. В школах медицинский работник недостаточно внимания уделяет медицинскому контролю за уроками физкультуры, гигиеническому воспитанию детей, родителей и педагогов, а также контролю за санитарно-гигиеническим состоянием помещений.

**Заключение.** В целях улучшения качества медицинской помощи в образовательных организациях и повышения престижа профессии в Свердловской области проводится обучение медицинских работников профилактическим технологиям через систематическую организацию тематических вебинаров, конкурсов. Также каждая образовательная организация разрабатывает профилактическую программу, направленную на оздоровление условий обучения и воспитания.

**Байрамуков А.М., Арсанукаева Л.Ш., Федько Н.А., Джанибекова А.С.**

*Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь,  
Российская Федерация*

## **ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

**Актуальность.** Плохое самочувствие, падение успеваемости в школе, снижение памяти, увеличение числа простудных заболеваний в год, отставание в психомоторном развитии у детей раннего возраста — вот лишь небольшой список последствий дефицита железа.

**Цель исследования.** Изучение распространенности нехватки железа в организме детей младшего школьного возраста Карачаево-Черкесской Республики.

**Пациенты и методы.** Проведен количественный ретроспективный анализ обращаемости путем выборки карт индивидуального развития детей младшего школьного возраста в возрасте 7–10 лет. Критериями для постановки железодефицитной анемии являлись: снижение гемоглобина ниже 110 г/л (до 5 лет), ниже 120 г/л (старше 5 лет), в сочетании со снижением абсолютного содержания гемоглобина в одном эритроците ниже 27 пг и среднего объема эритроцита ниже 80 фл, а также снижение показателя степени насыщения эритроцита гемоглобином ниже 320 г/л.

**Результаты.** Наиболее частыми предъявляемыми жалобами у детей с подозрением на дефицит железа являются повышенная утомляемость, раздражительность, постоянное плохое настроение, сниженная концентрация внимания, снижение успеваемости в школе. Дальнейшее обследование этих детей с включением осмотра врача-гематолога показало, что у подавляющего числа обследованных детей (78%) с вышеуказанными жалобами выявлена анемия, связанная с дефицитом железа разной степени тяжести. Выявлены факторы риска: отягощенный акушерский анамнез у матери, преждевременные роды, искусственное вскармливание с первых месяцев жизни, низкая масса тела при рождении, двойня, затянувшееся желтуха после родов у ребенка, низкая информированность родителей о правильных сроках введения прикорма, о профилактическом приеме препаратов железа с 4-месячного возраста у детей с отягощенным анамнезом течения беременности. В школьном возрасте чаще встречается ограничение потребления белков животного происхождения, молочных продуктов, несбалансированность питания по основным витаминам и минералам, несоответствие между потребностью и поступлением железа в период быстрого роста ребенка.

**Заключение.** Проблема детей младшего школьного возраста, связанная с отставанием в учебе, плохим настроением, раздражительностью, повышенной утомляемостью, падением концентрации внимания, свидетельствует о необходимости внедрения профилактических мер как на уровне поликлиники, так и на уровне школы.

Существует необходимость в увеличении настороженности врачей первичного звена в вопросах раннего проявления ЖДА, а также внедрения в программу диспансеризаций осмотра врачом-гематологом детей, входящих в группу риска по развитию ЖДА.

**Балалаева И.Ю., Кораблева Т.П., Царенко Л.А.**

*Детская поликлиника № 11, Воронеж, Российская Федерация*

## **ЧАСТОТА ГИПЕРАКТИВНОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19**

**Актуальность.** Расстройства мочеиспускания в форме гиперактивного мочевого пузыря (ГАМП) могут развиваться у детей с повышенной возбудимостью, эмоциональной лабильностью при действии стрессовых факторов.

**Цель исследования.** Определить частоту ГАМП у детей в период карантинных мероприятий, связанных с распространением коронавирусной инфекции, и до пандемии.

**Пациенты и методы.** Проведено сравнение частоты ГАМП у детей на амбулаторном приеме нефролога с апреля по декабрь 2020 г. и в тот же период 2019 г. На развитие ГАМП указывало проявление у ребенка учащенных мочеиспусканий малыми порциями в дневное время, императивных позывов к мочеиспусканию, в ряде случаев недержания мочи.

**Результаты.** В 2020 г. ГАМП был диагностирован у 7,3% детей в возрасте от 3 до 17 лет (средний возраст  $7,9 \pm 0,5$  года). В 2020 г. пациенты с ГАМП имели больший возраст ( $7,9 \pm 0,6$  года), чем в 2019 г. ( $6,1 \pm 0,5$  года) ( $p < 0,05$ ). ГАМП значительно чаще отмечался у девочек, чем у мальчиков, особенно в 2020 г. (в 3,5 раза чаще). Отмечено втрое большее количество детей с проявлениями ГАМП с апреля по июнь 2020 г. (13,4%) по сравнению с аналогичным периодом 2019 г. (4,6%) ( $p < 0,05$ ). В сентябре-декабре 2020 г. частота ГАМП у детей не отличалась от таковой в сентябре-декабре 2019 г. Частота инфекции мочевой системы у детей с ГАМП не превышала 8,6%. У многих детей с ГАМП имели место повышенный уровень тревожности, раздражительность, отмечались напряженные отношения в семье. У большинства (87%) пациентов с ГАМП было отмечено улучшение (нормализация мочеиспусканий) на фоне лечения седативными и нейротропными препаратами.

**Заключение.** Отмечен рост частоты расстройств мочеиспускания по типу гиперактивного мочевого пузыря (поллакиурии, императивных позывов к мочеиспусканию, недержания мочи) после введения карантинных мероприятий в связи с распространением коронавирусной инфекции (режима самоизоляции, прекращения посещения детских образовательных учреждений, спортивных мероприятий и т.д.), которые явились стрессовой ситуацией для детей со склонностью к переживаниям. Пик заболеваемости приходился на апрель-июнь 2020 г.

**Баранова Т.В.<sup>1</sup>, Перелетова Д.И.<sup>1</sup>, Кругляков А.Ю.<sup>1</sup>, Беляева И.А.<sup>1, 2</sup>,  
Михеева А.А.<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ», Москва, Российская Федерация

<sup>2</sup> РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва, Российская Федерация

<sup>3</sup> ГБУ «НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ»,  
Москва, Российская Федерация

## **ТЯЖЕЛОЕ ТЕЧЕНИЕ ГАЛАКТОЗЕМИИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)**

**Актуальность.** Галактоземия — заболевание, приводящее к инвалидизации при несвоевременном назначении безлактозной диеты. До получения результатов неонатального скрининга, особенно в условиях ранней выписки из роддома, возможна быстрая декомпенсация витальных функций вплоть до летального исхода.

**Цель исследования.** Повышение настороженности врачей до получения результатов неонатального скрининга относительно классической формы галактоземии с целью своевременного назначения диетотерапии и предотвращения развития тяжелых осложнений.

**Пациенты и методы.** Изучение медицинской документации, клинический осмотр, лабораторное и инструментальное обследование пациентов с галактоземией, госпитализированных в МДГКБ в январе 2021 г. Пациентка № 1 переведена в отделение патологии новорожденных МДГКБ на 17-е сут жизни из ОРИТН перинатального центра. Пациентка № 2 на 5-е сут жизни по СМП поступила в приемное отделение МДГКБ, госпитализирована в отделение патологии новорожденных, на 7-е сут жизни переведена в ОРИТН в тяжелом состоянии.

**Результаты.** Пациентки № 1 и № 2 — доношенные девочки, родились в удовлетворительном состоянии, с рождения на грудном вскармливании. Неонатальный скрининг взят на 4-е сут. У пациентки № 1 со 2 сут жизни убыль массы тела (–500 г), гипербилирубинемия (до 458,8 ммоль/л), синдром угнетения ЦНС, гипокоагуляция, развитие ПОН, сепсиса. Получала грудное молоко и АМС до получения результатов скрининга на 13-е сут жизни (уровень галактозы в крови 67,50 мг/дл). На фоне перевода на безлактозную смесь состояние с положительной динамикой в виде нарастания двигательной активности, стабильных прибавок массы тела, снижения уровня галактозы в крови до нормальных значений (4,99 мг/дл), купирования коагулопатии. Выписана в удовлетворительном состоянии.

Пациентка № 2 выписана из роддома на 3-и сут. В возрасте 5 дней госпитализирована с клиникой галактоземии: гипербилирубинемия (до 386 ммоль/л), потеря массы тела (16%) к 6-м сут жизни, рвота «фонтаном», стул с зоной оводнения, угнетение ЦНС, однако ребенок продолжал получать АМС вплоть до результатов скрининга на 7-е сут жизни (уровень галактозы 107 мг/дл) и развития тяжелого состояния, потребовавшего перевода в реанимацию. Состояние остается крайне тяжелым за счет СПОН. Прогноз для жизни неблагоприятный.

**Заключение.** На основании представленных клинических случаев можно утверждать, что ранняя диагностика галактоземии при отсутствии результатов неонатального скрининга представляет большие трудности. При сочетании непрямой гипербилирубинемии, синдрома срыгиваний и рвот, диарейного синдрома, патологической убыли массы тела, угнетении ЦНС, коагулопатии следует проводить дифференциальную диагностику с классической формой галактоземии с целью своевременного назначения диетотерапии и предотвращения развития полиорганной недостаточности, сепсиса и отдаленных последствий.

**Башлакова А.Н., Мороз Е.А., Строгая И.В.**

*Белорусский государственный медицинский университет, Минск,  
Республика Беларусь*

## **ТРАВМАТИЧЕСКИЙ РАЗРЫВ АНЕВРИЗМЫ СИНУСА ВАЛЬСАЛЬВЫ**

**Актуальность.** Аневризма синуса Вальсальвы (АСВ) — выпячивание стенки аорты в области корня, в месте расположения полулунных клапанов. Заболевание может быть как врожденным, так и приобретенным. Частота встречаемости в общей популяции — 0,1–3,5%. Разрыв АСВ чаще наблюдается в возрасте от 16–18 до 40 лет.

**Цель исследования.** В качестве клинического примера представляем случай диагностики и успешного хирургического лечения аневризмы некоронарного синуса Вальсальвы с прорывом в полость правого предсердия у пациента Д., 17 лет.

**Пациенты и методы.** Пациент Д., 17 лет, доставлен бригадой скорой медицинской помощи. Подросток регулярно проходил медосмотры, был в отличной физической форме, жалоб ранее не предъявлял. Во время тренировки на турнике с утяжелением почувствовал боль за грудиной, выраженное сердцебиение, слабость и нехватку воздуха. Частота сердечных сокращений составляла 140–150 уд/мин. По результатам УЗИ сердца в частном медицинском центре был заподозрен инфекционный эндокардит, с которым пациент и был госпитализирован.

**Результаты.** Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледно-розовые. Дыхание везикулярное, ЧД 26/мин. Хрипов нет. Тоны сердца приглушены, тахикардия. ЧСС — 112 уд/мин. Грубый систолический шум на аорте, в точке Боткина–Эрба, систолодиастолический шум вдоль правого края грудины с максимумом в четвертом межреберье. АД — 140/90 мм рт. ст. Печень не увеличена.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС — 104 уд/мин, отклонение ЭОС вправо, признаки перегрузки обоих предсердий и правого желудочка. Удлинение интервала PQ — 0,18.

ЭхоКГ: ВПС: недостаточность трехстворчатого клапана 1–2 степени. Дефект синуса Вальсальвы в правое предсердие. Гиперволемия малого круга кровообращения, НК I ст. Инфекционный эндокардит (вегетация трехстворчатого клапана)?

Признаков воспалительного процесса по данным общего и биохимического анализов крови выявлено не было. Пациент был переведен в кардиохирургическое отделение, где подтвержден диагноз ВПС: АСВ. Выявлен разрыв некоронарного синуса с прорывом в правое предсердие. На операции в области некоронарного синуса определялся дефект размером 10 мм, ткани разорвавшейся аневризмы на ЭхоКГ давали подозрение на инфекционный эндокардит. Пластика выполнена заплатой из ксеноперикарда.

Послеоперационный период протекал благоприятно.

**Заключение.** Описанный клинический случай демонстрирует сложности диагностики редких ВПС, в том числе врожденной АСВ, так как клиническая картина заболевания стерта. Разрыв АСВ провоцируется чрезмерной физической нагрузкой, артериальной гипертензией, инфекционным эндокардитом, травмами. Сопровождается развитием выраженной боли за грудиной, учащенного сердцебиения, одышки, снижением артериального давления, развитием острой сердечной недостаточности с неблагоприятным исходом в большинстве случаев.

**Бегляров Р.О.<sup>1</sup>, Гусейнова С.А.<sup>2</sup>, Ахундова А.А.<sup>3</sup>, Мухтарова С.Н.<sup>3</sup>,  
Панахова Н.Ф.<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> *Азербайджанский медицинский университет, кафедра пропедевтики детских болезней, Баку, Азербайджан*

<sup>2</sup> *Институт Акушерства и гинекологии, Баку, Азербайджан*

<sup>3</sup> *Азербайджанский медицинский университет, кафедра детских болезней II, Баку, Азербайджан*

## **ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК У НОВОРОЖДЕННЫХ С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ**

**Актуальность.** Задержка внутриутробного развития (ЗВУР), являясь результатом гемодинамических расстройств в системе «мать-плацента-плод», ведет к повреждению почек как за счет ишемии на фоне централизации кровотока, так и за счет усиления процессов апоптоза во внутриутробном периоде.

**Цель исследования.** Изучение зависимости между маркером апоптоза и ишемическим поражением почек у новорожденных со ЗВУР.

**Пациенты и методы.** 30 доношенных новорожденных с гестационным возрастом 37–41 нед с подверженной хронической внутриутробной гипоксией были подразделены на 2 группы. Основная группа — 20 новорожденных со ЗВУР, группа сравнения — 24 новорожденных, соответствующих гестационному возрасту. Группа контроля — 22 здоровых доношенных новорожденных. В моче определяли уровень молекулы повреждения почек (МПП-1). В сыворотке периферической крови оценивали уровень каспазы-9 методом ИФА. Исследования проводились на 1-й и 7-й день жизни.

**Результаты.** Уровень МПП-1 у новорожденных со ЗВУР нарастает в динамике 1-й нед постнатального периода ( $1,97 \pm 0,146$  нг/мл) и достоверно превышает значения как новорожденных, соответствующих гестационному возрасту ( $0,70 \pm 0,08$  нг/мл), так и новорожденных контрольной ( $0,22 \pm 0,03$ ) группы ( $p < 0,05$ ). Маркер апоптоза на 7-е сут, так же как и МПП-1, статистически значимо ( $p < 0,05$ ) преобладает в основной группе новорожденных детей ( $8,10 \pm 0,33$ ). При проведении корреляционного анализа положительная зависимость существовала между уровнем МПП-1 на 1-е сут жизни и маркером апоптоза на 7-е сут жизни в группе детей со ЗВУР ( $p < 0,05$ ).

**Заключение.** Достоверно высокие значения молекулы повреждения почек у новорожденных со ЗВУР свидетельствует о поражении почек на фоне хронической внутриутробной гипоксии. Положительная корреляция между МПП-1 и каспазой-9 не исключают, что ишемия тканей почек приводит к инициации каспаз-зависимого апоптозного каскада, создающего предпосылки к вторичным повреждениям почек на последующих этапах онтогенеза.

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

*Государственное учреждение «Республиканский клинический центр паллиативной медицинской помощи детям», Минск, Республика Беларусь*

## **РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ**

**Актуальность.** Эффективное и качественное оказание паллиативной медицинской помощи детям — актуальная задача современного здравоохранения.

**Цель исследования.** Провести сравнительный анализ численности и структуры заболеваемости детей, состоящих под паллиативным наблюдением (ПН) в Республике Беларусь (РБ).

**Пациенты и методы.** Проанализированы статистические данные по регионам республики за период 2016–2020 гг.

**Результаты.** По данным Республиканского регистра, на конец 2020 г. в РБ под паллиативным наблюдением (ПН) находилось 1645 детей (88,1 на 100 тыс. детского населения). За период 2016–2020 гг. количество детей под ПН увеличилось в 1,6 раза, что связано с развитием системы паллиативной помощи детям. Среди регионов республики на 1-м месте Могилевская область — 125,2 на 100 тыс. детского населения, далее Минская — 100,1, Витебская область — 91,3, Минск — 84, Брестская область — 83,1, Гродненская — 74,1, Гомельская область — 67,1.

Возрастная структура паллиативных пациентов следующая: до 1 года — 2%, от 1 года до 3 лет — 13,3%, от 4 до 6 лет — 18,4%, большинство детей в возрасте от 7 до 14 лет — 49,5%, доля подростков (15–17 лет) — 16,7%.

На протяжении ряда лет структура заболеваемости детей, состоящих под ПН, существенно не меняется: преобладают заболевания нервной системы — 64,3%, доля врожденных аномалий — 19%, новообразований — 4,1%, нарушения обмена веществ составляют 2,3%, состояния, возникшие в перинатальном периоде, — 1,3%, прочие — 9%. Основная часть детей (80,7%), это дети в относительно стабильном состоянии с хроническими прогрессирующими и ограничивающими жизнь заболеваниями с отдаленным прогнозом смерти, что требует длительного сопровождения, проведения реабилитационных мероприятий.

**Заключение.** В РБ на государственном уровне создана система оказания паллиативной медицинской помощи детям, разработаны критерии и в течение последних лет улучшились учет детей, нуждающихся в паллиативной помощи, и уровень оказания помощи тяжелобольным детям с развитием выездной патронажной службы в регионах республики.

**Бекбулатова Э.З.**

*Ступинская областная клиническая больница, детская поликлиника,  
Ступино, Московская область, Российская Федерация*

**СУБФЕБРИЛЬНАЯ ТЕМПЕРАТУРА У ДЕТЕЙ**

**Актуальность.** Температура тела человека — это комплексный показатель термического (теплового) состояния организма. Классическая субфебрильная температура тела составляет 37–37,5 °С. Причины субфебрильной температуры связаны с изменениями в работе лимбико-гипоталаморотрикулярной системы организма.

Список заболеваний, при которых субфебрильная температура отмечается в течение определенного времени, обширен. Субфебрильная температура сопровождает целый ряд заболеваний, единственным симптомом которых является повышение температуры тела.

**Цель исследования.** Определить основные причины развития субфебрильной температуры у детей.

**Пациенты и методы.** Объект исследования: дети в возрасте от 0 до 18 лет в количестве 45 человек, из них девочек — 23, мальчиков — 22 человека. Все дети в зависимости от возрастной категории были распределены по группам: I группа — 0–3 года, II группа — 4–7 лет, III группа — 8–12 лет, IV группа — 13–15 лет, V группа — 16–18 лет.

Основной и единственной жалобой детей было повышение температуры тела до 37–38 °С в течение недели. Методы исследования: общеклинические, биохимические, инструментальные.

**Результаты.** По результатам проведенной исследовательской работы, выявляемые в детском возрасте нарушения терморегуляции в 34% случаев были следствием неполного выздоровления, ослабленного иммунитета, наличия антител к вирусной инфекции. В 15% случаев субфебрильная температура тела была на фоне прорезывания зубов и прививок. В период полового развития детей, вегетососудистой дистонии субфебрильная температура встречалась в 18% случаев. В 16% случаев была на фоне аутоиммунной патологии щитовидной железы. 14% — в результате скрытой инфекции мочевыводящих путей. В 3% случаев субфебрильная температура тела представляла собой врожденный дизэнцефальный синдром.

**Заключение.** Субфебрильная температура у ребенка часто сопровождает инфекции верхних дыхательных путей, носоглотки и ушей. Температуру дают прорезывание зубов и прививки. Провоцировать температуру могут сильное волнение, физическая активность. Субфебрильная температура у подростка может быть связана с периодом полового развития. Но нельзя игнорировать и возможные патологии внутренних органов. Постановка правильного диагноза при субфебрильной температуре — задача непростая. Поэтому необходимо провести полное клиническое обследование ребенка.



**Бекезин В.В., Пересецкая О.В., Козлова Л.В.**

*ФГБОУ ВО СГМУ Минздрава России, ОГБУЗ «Смоленская областная детская клиническая больница», Смоленск, Российская Федерация*

## **СООТНОШЕНИЕ НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА И ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕАКТИВНОСТИ У ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА С ОЖИРЕНИЕМ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ**

**Актуальность.** На современном этапе проблема ожирения и связанного с ним метаболического синдрома приобретает все более угрожающий характер, однако остается сложной для эффективных вмешательств.

**Цель исследования.** Изучить взаимосвязь различных психологических параметров и показателей функционирования ВНС, полученных при помощи КИГ, у детей подросткового возраста с ожирением и ожирением и метаболическим синдромом.

**Пациенты и методы.** Обследовано 120 детей 11–16 лет с ожирением I–III степени, разделенных на 2 группы: 1-я группа — 64 ребенка подросткового возраста с неосложненным ожирением, 2-я — 56 детей подросткового возраста с ожирением в сочетании с метаболическим синдромом. Всем детям проводилась КИГ по общепринятой методике и исследовался психологический статус при помощи тестов Кеттела и Айзенка. Статистическая обработка при помощи ранговой корреляции,  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Каждый человек наследует определенные характеристики функционирования вегетативной нервной системы, которые тесно связаны с личностными особенностями, способствующими формированию ряда патологических состояний. По результатам корреляционного анализа между параметрами КИГ и показателями теста Кеттела, характеризующего личностные особенности обследуемых, были выявлены изменения, свидетельствующие об усилении нарушений в эмоционально-волевой сфере (факторы C, G, O, I, Q4) и коммуникативных и межличностных взаимодействиях (факторы A, F, N, Q2) при повышении симпатических и снижении вагусных влияний на синусовый ритм у детей с метаболическим синдромом. При неосложненном ожирении у детей выявлялась связь параметров КИГ только с контрольной шкалой МД. При анализе корреляционных взаимоотношений с параметрами теста Айзенка была выявлена прямая связь показателей КИГ со шкалой невротизма и отрицательная — со шкалой экстравертированности у детей обеих групп.

**Заключение.** Выявленные корреляционные связи между психологическими параметрами и показателями КИГ отражали влияния психологической дезадаптации, включающиеся в патогенетические механизмы через усиление симпатико-адреналовой системы. Данные изменения были максимально выражены у детей с метаболическим синдромом, что диктует необходимость своевременной коррекции, в том числе при помощи психологического воздействия.

**Белых Н.А.<sup>1</sup>, Майборода В.В.<sup>1</sup>, Фокичева Н.Н.<sup>2</sup>, Шилина С.А.<sup>2</sup>,  
Калашникова О.Н.<sup>2</sup>, Федосеева Н.Ю.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Рязанский государственный медицинский университет  
им. академика И.П. Павлова, Рязань, Российская Федерация  
<sup>2</sup> ГБУ РО «Городская клиническая больница № 11», Рязань,  
Российская Федерация

## **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ КАВАСАКИ У РЕБЕНКА 7 МЕСЯЦЕВ**

**Актуальность.** Болезнь Kawasaki (БК) — генерализованный васкулит неизвестной этиологии, возникающий преимущественно у мальчиков, в возрасте до 5 лет.

**Цель исследования.** Представить клинический случай БК у ребенка в возрасте 7 мес.

**Пациенты и методы.** Анализ клинического случая и первичной медицинской документации ребенка 3., 7 мес.

**Результаты.** Ребенок 3., 7 мес, заболел остро, с повышения температуры до 38,8 °С, появления кашля, насморка, гнойного выделения из обоих глаз. Температура сохранялась 2 дня. Госпитализирован на 4-й день.

При поступлении лихорадка, отсутствие сыпи, гнойное отделяемое из обоих глаз. Тоны сердца ритмичные, громкие. Живот мягкий, стул 5 раз, жидкий.

Обследован в стационаре. ОАК: лейкоцитоз —  $20,6 \times 10^9/\text{л}$ , тромбоциты —  $291 \times 10^9/\text{л}$ , СОЭ — 35 мм/ч. На фоне лечения цефтриаксоном на 2-е сут в ОАК сохранялись лейкоцитоз, тромбоцитоз, увеличение СОЭ до 52 мм/ч.

Проведена замена антибиотика (цефепим, азитромицин *per os*). На 4-й день проводимой антибактериальной терапии в ОАК лейкоциты —  $24,8 \times 10^9/\text{л}$ , тромбоциты —  $407 \times 10^9/\text{л}$ , п/я — 12%, СОЭ — 58 мм/ч, СРБ — 192 мг/л. ЭхоКГ: камеры не увеличены, жидкость в полости перикарда за задней стенкой ЛЖ до 1,5 см<sup>3</sup>. ЭКГ: ритм синусовый, отклонение ЭОС влево. Поставлен диагноз: болезнь Kawasaki (склерит, перикардит, кишечный синдром).

После проведенного лечения иммуноглобулином в/в, ацетилсалициловой кислотой отмечалась положительная динамика. Выписан на 13-й день в удовлетворительном состоянии.

**Заключение.** Данный клинический случай продемонстрировал сложности диагностики в практике педиатра БК, которая может проходить под маской ОРИ, инфекционного эндокардита. Ранняя терапия внутривенным иммуноглобулином и препаратами ацетилсалициловой кислоты значительно снижает риск сердечно-сосудистых осложнений.

**Белых Н.А.<sup>1</sup>, Пизнюр И.В.<sup>1</sup>, Аникеева Н.А.<sup>1</sup>, Захарова А.В.<sup>1</sup>, Раева Г.Ф.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Рязанский государственный медицинский университет  
им. академика И.П. Павлова, Рязань, Российская Федерация

<sup>2</sup> ГБУ РО «Городская детская поликлиника № 3», Рязань,  
Российская Федерация

## **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ, ОБУСЛОВЛЕННЫЙ ДЕФИЦИТОМ АКТИВНОСТИ ГЛЮКОЗО-6-ФОСФАТДЕГИДРОГЕНАЗЫ**

**Актуальность.** В мире насчитывается около 20 врожденных энзимопатий эритроцитов, приводящих к их гемолизу. Наиболее частой из них является гемолитическая анемия, обусловленная дефицитом активности глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы (Г-6-ФД).

**Цель исследования.** Представить клинический случай наследственной формы анемии, связанной с дефицитом активности Г-6-ФД эритроцитов у пациента в возрасте 9 лет.

**Пациенты и методы.** Анализ клинического случая и первичной медицинской документации ребенка Д.

**Результаты.** Мальчик от 2-й беременности, протекавшей на фоне отслойки плаценты на 12-й нед, вторых срочных родов, масса тела при рождении — 3590 г. В период новорожденности отмечалась пролонгированная неонатальная желтуха. В раннем и дошкольном возрасте ребенок рос и развивался соответственно возрасту. На Д-учете не состоял, редко имел ОРИ. В возрасте 9 лет пациент поступил в стационар ГКБ № 11 с диагнозом: «Острый ларинготрахеит, стеноз гортани 1-й степени». На 6-й день пребывания в стационаре отмечена протеинурия, эритроцитурия, снижение гемоглобина крови до 70 г/л при неизменной гемограмме; повышение активности ЛДГ до 3348 Ед/л, прямая проба Кумбса положительная. Мальчик был переведен в ОДКБ с подозрением на гемолитическую анемию. Диагноз был подтвержден в НМИЦ ДГОИ им. Д. Рогачева, где при обследовании ПНГ-клон — не выявлен, ЭМА-тест — отрицательный, ОРЭ — снижена до и после инкубации, НбА — 97,2%, НбА2 — 2,8%, активность Г-6-ФД — 0 мЕД/10<sup>9</sup> эр (полное отсутствие фермента).

**Заключение.** Данный клинический случай продемонстрировал, что признаки анемии у пациентов с дефектом Г-6-ФД длительное время могут оставаться скрытыми и представлять сложности ранней диагностики. На фоне приема фолиевой кислоты, витамина Е, соблюдения диеты с исключением продуктов питания и приема лекарственных препаратов, провоцирующих гемолиз, в течение 2019–2020 гг. гемолитических кризов у мальчика не отмечалось.

**Бербенцев В. В.**

*ВГБОУ ВО «Орловский государственный университет имени И.С. Тургенева»,  
Медицинский институт, Орел, Российская Федерация*

## **ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ**

**Актуальность.** Диагностические ошибки неизбежны в практике врача-реаниматолога в связи не только с тяжестью состояния ребенка и его анатомо-физиологическими особенностями, но и с физической и психической усталостью, эмоциональным выгоранием, дефицитом времени.

**Цель исследования.** Проанализировать диагностические ошибки в практике врача педиатрического отделения реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) ЛПУ III уровня Орловской области.

**Пациенты и методы.** Проведен ретроспективный анализ 256 медицинских карт (форма 003/у) пациентов в возрасте от 0 до 18 лет, находившихся на лечение в условиях ОРИТ педиатрического стационара в течение года.

**Результаты.** При анализе 256 медицинских карт верифицировано 8 диагностических ошибок (3,1%), классифицируемых по следующим ведущим синдромам: синдром болей в животе ( $n = 4$ ) — несвоевременная диагностика перитонита (2), желудочно-кишечного кровотечения (1), кишечной непроходимости (1); бронхообструктивный синдром ( $n = 2$ ) — ошибочный диагноз эпиглоттита (1), инородного тела бронха (1); синдром болей в грудной клетке ( $n = 1$ ) — анамнестически проигнорированный ушиб сердца, диагностированный на вскрытии; синдром нарушения сознания ( $n = 1$ ) — недооценка клиники гипогликемической комы.

**Заключение.** Укомплектованность штатов, возможность проведения консилиумов, внимательный сбор анамнеза, комплаенс пациента и его родственников, адекватный режим труда и отдыха, доброжелательный психологический климат способствуют мобилизации внутренних личностных ресурсов и снижают частоту диагностических ошибок.

**Боечко Д.И.**

*ФГБОУ ВО «Тюменский ГМУ» Минздрава России, Тюмень, Российская Федерация*

## **К ВОПРОСУ О ВЛИЯНИИ АНТЕНАТАЛЬНОГО КОНТАКТА ПО ОРИ НА СОМАТИЧЕСКИЙ СТАТУС НОВОРОЖДЕННЫХ**

**Актуальность.** Острая респираторно-вирусная инфекция остается одним из наиболее часто встречаемых заболеваний, которые переносят женщины во время беременности. Несмотря на относительную редкость развития осложнений после ОРИ, исследования в области влияния вирусных и инфекционных агентов на организм плода крайне ограничены. Вирусы, влияющие на респираторную систему, до сих пор рассматриваются как одна из причин развития врожденных аномалий в период эмбриогенеза. Исследователи выявили, что возрастает риск преждевременного родоразрешения, рождения ребенка с признаками хронической или острой гипоксии при антенатальном контакте по ОРИ.

**Цель исследования.** Оценить соматический статус новорожденных, имеющих антенатальный контакт по ОРИ.

**Пациенты и методы.** Нами был проведен ретроспективный анализ историй развития новорожденных — 500 и обменных карт беременных — 500 за период с января 2015 по декабрь 2020 г. на базе ГБУЗ ТО «Родильный дом № 2» г. Тюмени. Критериями включения в исследование являлись: 1) перенесенная во время гестации острая респираторно-вирусная инфекция; 2) возраст матери старше 18 и моложе 35 лет; 3) отсутствие у матери тяжелого хронического неинфекционного заболевания (ХНИЗ); 4) отсутствие изменений при ультразвуковом и биохимическом пренатальном скрининге; 5) физиологическое течение беременности. Критерии исключения: 1) юные беременные (беременность у девушек до 18 лет) и возрастные первородящие (женщины старше 35 лет); 2) наличие тяжелой ХНИЗ: заболевания почек, артериальная гипертензия 2-й степени и выше, сердечные пороки, наличие изменений в глазном дне по типу катаракты, высокая степень миопии, сахарный диабет 1-го и 2-го типов, эпилепсия, аддиктивные заболевания, ВИЧ-инфекция, туберкулез.

**Результаты.** В ходе анализа медицинской документации выявлено, что у 150 новорожденных был антенатальный контакт по ОРИ в различные сроки беременности матерей: в 1-м триместре — 16% (24), во 2-м — 46% (69), в 3-м — 38% (57). Эти новорожденные дети составили группу исследования (группа № 1). Контрольную группу (группа № 2) представляли новорожденные без антенатального контакта по ОРИ с аналогичным анамнезом ( $n = 350$ ). Матери обеих групп были детородного возраста ( $27 \pm 3,5$  года), имеющие физиологическое течение беременности. Дети родились в сроке 38–40 нед беременности, без фенотипических признаков генетической патологии. Массо-ростовые показатели детей группы № 1 и группы № 2 имели средние значения без достоверной разницы в группах при  $p > 0,05$ . У детей группы № 1 масса тела — 3220 г, длина тела — 51 см, индекс Кетле — 62,3, окружность головы — 34,1 см, окружность грудной клетки — 34,2 см; в группе № 2, чьи показатели были несколько выше, масса тела — 3360 г, длина тела — 57 см, индекс Кетле — 61,8, окружность головы — 35,9 см, окружность грудной клетки — 34,8 см. Подобная динамика прослеживается при анализе оценки детей по шкале APGAR: в группе № 1 1-я минута — 6,1 балла, 5-я минута — 6,9 балла, тогда как в группе № 2 1-я минута — 6,9 балла, 5-я минута — 7,7 балла. Следует отметить, что зарегистрировано 32 (6,4%) случая развития респираторного дистресс-синдрома у новорожденных, причем все они — представители группы № 1 (антенатальный контакт по ОРИ в 3-м триместре). 25 (5%) детей, имевших контакт по ОРИ во 2-м триместре беременности, родились с признаками внутриутробной гипоксии плода. 9 детей (6%), чьи матери перенесли ОРИ в 1-м триместре, имели признаки постгипоксической энцефалопатии, а именно судорожный синдром, тремор и тики.

**Заключение.** В результате проведенного исследования нами было установлено, что воздействие ОРИ на плод при физиологическом течении беременности у женщин до 27 лет, без сопутствующей патологии приводит к развитию постгипоксических нарушений различных органов и систем, что сопровождается снижением адаптационных возможностей организма ребенка.

**Большаков Н.А.**

*ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Д. Рогачева» Минздрава России, Москва,  
Российская Федерация*

## **ОСЛОЖНЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО И ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА**

Данная работа, в отличие от большинства исследований, анализирует осложнения онкологического эндопротезирования с использованием последней версии классификации по E.R. Henderson, которая более полно описывает проблемы у пациентов детского возраста.

Анализ осложнений онкологического эндопротезирования, выполненного в отделении хирургии НМИЦ ДГОИ им.Д.Рогачева. Проанализированы результаты лечения 250 пациентов в период с 2012 по 2020 г. Медиана возраста — 13,2 года. Медиана наблюдения — 34,7 мес (6–97 мес). Используется последняя версия классификации по E.R. Henderson, включающая повреждения и дефицит мягких тканей, асептическую нестабильность, структурные повреждения, инфекцию, локальный рецидив и педиатрические осложнения.

Общее количество осложнений — 14,8%. По результатам анализа выявлено, что самые распространенные осложнения: повреждения и дефицит мягких тканей (вывих, асептическое расхождение швов) — 3,6%; структурные повреждения (поломка имплантата, перипротезный перелом) — 3,2%; инфекция — 2,8%. Остальные типы осложнений встречаются реже: локальный рецидив — 2%; педиатрические осложнения (блокировка зоны роста, дисплазия сустава) — 2%; асептическая нестабильность — 1,2%. Голень — наиболее опасная область, имеет статистически значимую более высокую частоту осложнений ( $p < 0,05$ ). При онкологическом эндопротезировании пациентов детского и подросткового возраста крайне важны междисциплинарный подход, предоперационное планирование, совместная работа со специалистами инфекционного контроля, аккуратная хирургическая техника, сохранение максимального объема кости и мягкой тканей, соблюдение правил установки имплантата.

**Бондаренко В.А., Федько Н.А., Зурначева Э.Г., Иваницкая Е.В.,  
Лагодина Н.А.**

*ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России, Ставрополь, Российская Федерация*

## **ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА**

**Актуальность.** Около половины всех врожденных пороков сердца (ВПС) составляют пороки с гиперволемией малого круга, одним из грозных проявлений которых, приводящих к неблагоприятному исходу, является легочная гипертензия (ЛГ). Актуальность проблемы определяется высокой смертностью и высоким уровнем инвалидизации ребенка в будущем.

**Цель исследования.** Определить частоту развития легочной гипертензии у детей с ВПС.

**Пациенты и методы.** Проведен анализ диспансерных карт 164 детей с ВПС, состоящих на учете у кардиолога в детской поликлинике № 3 г. Ставрополя за 2020 г. в возрасте от 1 мес до 18 лет.

Дети были разделены на следующие возрастные группы: 1-я группа — дети до 1 года (76) составили 46,3% от всех пациентов, из них в возрасте до 6 мес было 56 детей (60,1% от детей до 1 года). 2-я группа — 2–5 лет (28), 3-я группа — 6–10 лет (36), 4-я группа — 11–16 лет (114).

**Результаты.** По результатам исследования установлено, что легочная гипертензия отмечалась в 42,7% случаев при изолированных ВПС (ДМПП, ДМЖП, ОАП больших диаметров) и в 57,3% при комбинированных ВПС (транспозиция магистральных сосудов, функционально единственный желудочек, транспозиция магистральных сосудов с ДМПП).

ЛГ, ассоциированная с ВПС, была верифицирована у детей 1-й группы в 20,5% случаев, у детей 2-й группы — в 6,1%, 3-й группы — в 5,6%, в 4-й группе легочная гипертензия отмечалась в 2,6% случаев.

**Заключение.** Легочная гипертензия является одним из тяжелых проявлений гемодинамических нарушений при ВПС. Частота ВПС с развитием ЛГ достоверно выше ( $p < 0,05$ ) у детей первого года жизни. Ранняя диагностика гипертензии, своевременная хирургическая коррекция позволят улучшить прогноз детей с ВПС.

**Боровкова М.Г., Николаева Л.А.**

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

## **ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ У ДЕТЕЙ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ**

**Актуальность.** Пневмония является частым и серьезным заболеванием органов дыхания в детском возрасте, основным возбудителем которого признается пневмококк. Пневмококковая инфекция во всем мире представляет угрозу здоровью и жизни детей.

**Цель исследования.** Изучить особенности течения внебольничной пневмонии у детей и зависимость развития заболевания от наличия специфической профилактики против пневмококковой инфекции.

**Пациенты и методы.** Проведено ретроспективное исследование 115 историй болезни всех детей, находившихся на лечении с внебольничной пневмонией в БУ «Чебоксарская районная больница» МЗ ЧР в 2019 г.

Статистическая обработка проводилась с использованием программ MS Excel и Statistica 6.0. Достоверность различия относительных величин определялась по показателю точности ( $p$ ) в зависимости от коэффициента достоверности Стьюдента ( $t$ ). Различия считали значимыми при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Исследуемую группу детей составили 61 (53%) мальчик и 54 (47%) девочки. По возрасту больные распределялись следующим образом: детей грудного возраста было 24 (21%), раннего возраста — 36 (31%), дошкольного возраста — 13 (11%), младшего школьного возраста — 30 (26%), старшего школьного возраста — 13 (11%).

Сведения о вакцинации против пневмококковой инфекции не имели 13 (11%) детей, 68 (59%) пациентов не были вакцинированы.

Предъявляемые при поступлении жалобы у 86 (74,8%) детей представляли сочетание респираторного и интоксикационного синдромов, у 8 (7%) детей присутствовали и катаральные симптомы. В 19 (16,5%) случаях предъявлялись только респираторные жалобы, в 2 (1,7%) — только жалобы, свидетельствующие об интоксикации.

Локальное укорочение перкуторного звука наблюдалось у 90 (78%) детей, хрипы при аускультации легких — у 60 (52%) детей.

У 82 (71%) детей наблюдалось правостороннее поражение. У 53 (65%) детей с правосторонней пневмонией в воспалительный процесс была вовлечена нижняя доля. У 18 (60%) детей с левосторонним воспалением также была поражена нижняя доля.

При бактериологическом исследовании мокроты в 21 из 36 обследований (59%) был выделен *Streptococcus pneumoniae*.

**Заключение.** Внебольничная пневмония чаще наблюдалась у детей первых 3 лет жизни ( $p < 0,001$ ). Достоверно чаще пневмонией болели дети, не иммунизированные против пневмококковой инфекции (59% против 34%,  $p < 0,001$ ). Пневмококковая этиология заболевания подтверждалась более чем у половины детей. У большинства пациентов наблюдалось сочетание респираторного, интоксикационного синдромов ( $p < 0,001$ ) и локальное укорочение перкуторного звука ( $p < 0,001$ ). Патологический процесс чаще локализовался в нижней доле правого легкого ( $p < 0,001$ ).



**Бочарова О.В.<sup>1</sup>, Игошина Н.О.<sup>1</sup>, Теплякова Е.Д.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> МБУЗ «Детская городская поликлиника № 4 г. Ростова-на-Дону»,  
Ростов-на-Дону, Российская Федерация

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет»  
Минздрава России, Ростов-на-Дону, Российская Федерация

## **ПРОЯВЛЕНИЯ МИНИМАЛЬНОЙ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ И ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ КАК РАННИЕ КРИТЕРИИ ФОРМИРОВАНИЯ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ЭКЗОГЕННО-КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ**

**Актуальность.** В предупреждении развития сердечно-сосудистой патологии у детей с ожирением важным моментом является выявление ее ранних предикторов. В условиях первичного звена здравоохранения становятся актуальными доступные и легковоспроизводимые методы.

**Цель исследования.** Оценка у детей и подростков с ожирением минимальной диастолической дисфункции левого желудочка (МДЛЖ) и эндотелиальной дисфункции (ЭД) для ранней диагностики формирования кардиоваскулярной патологии.

**Пациенты и методы.** На базе МБУЗ «ДГП № 4 г. Ростова-на-Дону» обследованы 370 детей в возрасте от 7 до 17 лет с диагнозом «ожирение», разделенные на подгруппы по критерию инсулинорезистентности. Контрольная группа составила 123 здоровых ребенка, сопоставимых по возрасту и полу. Оценка ЭД проводилась пробой реактивной гиперемии плечевой артерии (D. Celermajer). Оценка МДЛЖ проводили с помощью эхокардиографии с измерением доплерографического показателя В (E-Ea) (Н.Ю. Неласов).

**Результаты.** По результатам пробы с реактивной гиперемией при оценке дилатации плечевой артерии у детей с ожирением отмечалась степень расширения менее 10% оптимальной реакции, или парадоксальная вазоконстрикция. При оценке МДЛЖ выявлено повышение доплерографического показателя В (E-Ea), что свидетельствует о снижении эластичности миокарда и нарушении релаксации левого желудочка.

Из 129 обследованных пациентов с ожирением и инсулинорезистентностью (более значения 3,2 на основании расчета Индекса НОМА IR) у 15 (12%) выявлены признаки ЭД, у 35 (27%) — признаки МДЛЖ, у 67 (52%) — признаки ЭД и МДЛЖ, а у 12 (9%) обследованных этих признаков не было обнаружено. То есть большинство детей и подростков с ожирением и инсулинорезистентностью имели признаки ЭД или сочетание ЭД и МДЛЖ.

Распределение детей с ожирением, но индексом инсулинорезистентности ниже значения 3,2 было сходным: 35% обследуемых имели признаки МДЛЖ и 27% — сочетание признаков ЭД и МДЛЖ. У остальных либо были признаки ЭД (18%), либо отсутствие обоих признаков сердечно-сосудистых нарушений (18%).

**Заключение.** У пациентов с ожирением для ранней диагностики развития сердечно-сосудистой патологии целесообразно проведение оценки начальных доклинических проявлений — ЭД и МДЛЖ. Использование пробы артериальной вазодилатации с реактивной гиперемией и доплерографической эхокардиографии — неинвазивные и легкоосуществимые в условиях первичного звена методы, которые позволят оптимизировать диагностику и персонализировать превентивные стратегии и методы лечения кардиоваскулярных осложнений при ожирении у детей.

**Бочкова Л.Г., Черненко Ю.В., Панина О.С.**

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

## **СОДЕРЖАНИЕ СЫВОРОТОЧНОГО ЦИНКА У РАЗЛИЧНЫХ КАТЕГОРИЙ МАЛОВЕСНЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ**

**Актуальность.** Нарушение баланса микроэлементов у новорожденных с низкой массой тела при рождении является отягощающим фактором неонатальной адаптации. Дефицит цинка имеет большое значение для развития недоношенных новорожденных и неизменно ведет к ухудшению клинического прогноза.

**Цель исследования.** Изучить содержание цинка в сыворотке крови у различных категорий маловесных детей в неонатальном периоде.

**Пациенты и методы.** Представлен анализ результатов обследования 173 недоношенных новорожденных с гестационным возрастом 23–38 нед на протяжении первого месяца жизни. Из них 59 новорожденных с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) и 68 новорожденных с очень низкой массой тела (ОНМТ). Обе категории включали детей с задержкой внутриутробного развития. Остальные 46 детей с малой массой тела (ММТ) составили группу сравнения. Количественное определение сывороточного цинка проводили методом эмиссионного спектрального анализа.

**Результаты.** При анализе содержания цинка в сыворотке крови у новорожденных с ЭНМТ в раннем неонатальном возрасте более низкое содержание этого элемента (10,2 мкмоль/л) отмечено у детей со ЗВУР. Достоверно более высокий уровень в раннем неонатальном периоде (10,1 мкмоль/л) был зарегистрирован у новорожденных с ММТ.

В группе детей с ОНМТ наименьший уровень цинка в раннем неонатальном периоде (10,5 мкмоль/л) наблюдался у недоношенных новорожденных со ЗВУР, получавших нативное грудное молоко.

В позднем неонатальном периоде у всех новорожденных было отмечено повышение уровня сывороточного цинка. Достоверно более высокий уровень сывороточного цинка в позднем неонатальном периоде (16 мкмоль/л) был зарегистрирован у детей с ММТ.

**Заключение.** Таким образом, наиболее низкие значения сывороточного цинка в течение всего неонатального возраста наблюдались у новорожденных с ЭНМТ и ОНМТ со ЗВУР, что объясняется изначальным дефицитом этого микроэлемента из-за раннего прерывания плацентарного питания и с поздним началом энтерального питания у этих категорий новорожденных.

**Бурлуцкая А.В., Коробкина О.Г., Статова А.В., Подлесная О.Н.**

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

## **СТАТУС ВИТАМИНА D У ДЕТЕЙ г. КРАСНОДАРА**

**Актуальность.** На сегодняшний день витамин D пересек границы метаболизма кальция и фосфатов и стал фактором обеспечения важнейших физиологических функций, который рассматривается в качестве стероидного гормона. Дефицит витамина D приобрел статус глобальной проблемы здравоохранения во всем мире.

**Цель исследования.** Оценить обеспеченность витамином D детей г. Краснодара.

**Пациенты и методы.** Исследование проведено на базе ГБУЗ ДГП № 3 г. Краснодара. В группу вошли 78 детей от 1 до 17 лет. Уровень витамина D определялся методом ИФА, оценка обеспеченности — согласно критериям Национальной программы по недостаточности витамина D у детей и подростков (2018).

**Результаты.** Дефицит витамина D обнаружен почти у половины обследованных (42,3%), практически в равном соотношении между мальчиками (48,5%) и девочками (51,5%). Недостаточный уровень витамина D выявлен у 34,6% детей. Среди них были 25,9% мальчиков и 74,1% девочек. Оптимальный уровень наблюдался лишь у 23,1% участников исследования, из них у 44,4% мальчиков и 55,6% девочек.

Среди детей младшего возраста дефицит витамина D выявлен у 33,33%, оптимальный уровень — у 66,66%. Дефицит витамина D имели 43,75% детей дошкольного возраста, недостаточность — 6,25%, оптимальный уровень — 50%. У 54,16% детей младшего школьного возраста обнаружен дефицит, у 41,67% — недостаточность и только 4,17% имели оптимальный уровень. Среди детей старшего школьного возраста дефицит отмечен у 34,29%, недостаточность — у 45,71%, оптимальный уровень — у 20%.

**Заключение.** Почти у половины обследованных выявлен дефицит витамина D. Отмечена тенденция возрастания дефицита от младшего до школьного возраста. Дефицит витамина D имел каждый третий ребенок младшего возраста, каждый четвертый — дошкольного, каждый второй — школьного возраста. Ввиду низкого витамин-D-статуса необходимо определять его уровень и проводить коррекцию.

**Бурлуцкая А.В., Статова А.В.**

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

## **ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ С ПОМОЩЬЮ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ**

**Актуальность.** С рождения первого ребенка, зачатого методом ЭКО в 1978 г., на свет появилось более 4 млн таких детей. По данным медицинской литературы, младенцы, зачатые с помощью вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), имеют высокий риск неблагоприятного перинатального исхода.

**Цель исследования.** Оценка состояния здоровья недоношенных детей, рожденных с использованием ВРТ.

**Пациенты и методы.** Проведено ретроспективное исследование 100 историй развития детей (форма 112/у), зачатых с помощью ВРТ. Наблюдение осуществлялось в отделении катамнеза Детского диагностического центра ГБУЗ ДККБ МЗ КК. Из обменной карты новорожденного получены данные о диагнозах при рождении.

**Результаты.** По данным обменной карты новорожденного, наиболее часто отмечалось поражение ЦНС (у 98,0% новорожденных). Были установлены следующие диагнозы: церебральная ишемия — в 86,0%, синдром угнетения ЦНС — в 79,6%, синдром мышечной дистонии — в 36,7%, перинатальная транзиторная гипоксически-ишемическая энцефалопатия — в 20,4%, гипоксически-геморрагическое поражение ЦНС — в 11,2%, нижний пирамидный парализ — в 12,2%, кривошея — в 5,1%, судорожный синдром — в 4,0%, трипарез — в 2,0%, тетрапарез — в 1,0% случаев.

Патология сердечно-сосудистой системы была установлена у 96,0% новорожденных: функционирующее овальное окно — 96,8%, открытый артериальный проток — 31,2%, малые аномалии сердца (дополнительная хорда в полости левого желудочка, пролапс митрального клапана) — 8,3%, дефект межжелудочковой перегородки — 3,1%, аневризма межпредсердной перегородки — 2,1%, легочное сердце — 2,1%, декстрапозиция аорты — 1,0%.

Третьей по частоте отмечена патология органов дыхания — в 92,0% случаев. Были установлены следующие диагнозы при рождении: врожденная пневмония — у 98,9%, бронхолегочная дисплазия — у 22,8%, респираторный дистресс-синдром — у 18,5% и дыхательная недостаточность — у 13%. Патология системы кроветворения была зарегистрирована у 56% новорожденных: ранняя (59%) и поздняя (42,8%) анемия новорожденных, геморрагический синдром (1,78%).

Поражения ЖКТ отмечены у 25,0% недоношенных детей при рождении: функциональные нарушения пищеварения (98,0%), мегаколон (1,0%), долихосигма (1,0%). Патология мочевыделительной системы зарегистрирована у 23,0% новорожденных и представлена аномалией развития: пиелоектазия установлена практически у половины детей (47,8%), удвоение почки — у 17,4%, гидронефроз — у 13,0%, мегауретер — у 4,3%, увеличение почки — у 4,3%. Хирургическая патология составила 12,0% среди диагнозов при рождении и представлена дисплазией тазобедренных суставов у 41,6%, пупочными грыжами — у 33,0%, паховыми грыжами — у 25,0% детей.

У 18,0% детей, рожденных с помощью ВРТ, при рождении установлен кандидоз кожи и слизистых оболочек, у 10,0% — тимомегалия и аллергический дерматит. Стоит отметить, что у 71% недоношенных детей отмечалась неонатальная желтуха.

**Заключение.** У недоношенных детей, рожденных с помощью ВРТ, при рождении наиболее часто поражается ЦНС (98%), сердечно-сосудистая система (96%), ЖКТ (92%).

**Буря А.Е., Мачнева Е.Б., Пристанскова Е.А., Пурбуева Б.Б.,  
Кондрашова З.А., Скоробогатова Е.В.**

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

## **ДОЛГОСРОЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ АУТОСОМНО-РЕЦЕССИВНОЙ ФОРМЫ ОСТЕОПЕТРОЗА ПОСЛЕ ПРОВЕДЕННОЙ АЛЛОГЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ГЕМОПОЭТИЧЕСКИХ СТЕЛОВЫХ КЛЕТОК**

**Актуальность.** Злокачественный остеопетроз (МИОР) — это тяжелое заболевание у детей, при котором в течение первых лет жизни наблюдаются нарушение зрения, задержка психомоторного развития, недостаточность костного мозга, рецидивирующие инфекции, а на поздних стадиях — неврологический дефицит и в конечном итоге смерть. ТГСК — единственное известное средство радикального лечения при МИОР. Интерес представляет оценка долгосрочных результатов терапии.

**Цель исследования.** Это исследование демонстрирует первые результаты длительного наблюдения за здоровьем детей с инфантильным остеопетрозом (МИОР — malignant infantile osteopetrosis) после успешной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК), оцененной по результатам клинического, инструментального и лабораторного обследования пациентов в динамике. В исследовании представлены данные о состоянии здоровья пациентов через 3–6 лет после проведенного лечения, оценены психическое и физическое здоровье детей, а также условия социальной адаптации.

**Пациенты и методы.** В исследование включены 5 успешно трансплантированных пациентов МИОР, проходивших лечение в 2014–2018 гг. У всех пациентов на момент проведения терапии наблюдалась тяжелая степень нарушения зрения по типу нисходящей атрофии зрительного нерва; имелся трансфузионно-зависимый дефицит кроветворной функции костного мозга, гепатоспленомегалия, были выражены скелетные аномалии и дефицит роста. Распределение по полу: 2 мальчика, 3 девочки, на момент трансплантации медиана возраста составила 7 лет (2–11 лет). Четверым пациентам проведена ТГСК от неродственных 10/10 HLA-идентичных доноров и одному — от родственного 10/10 HLA-идентичного донора. У всех пациентов группы на +30 день после ТГСК определялся полный донорский химеризм. В раннем посттрансплантационном периоде у одного пациента наблюдалась тяжелая до 4 степени острая реакция «трансплантат против хозяина» (РТПХ), которая купирована через 5 мес после дебюта. У этого же пациента через 6 мес отмечено развитие симптоматической эпилепсии. У другого пациента отмечено развитие хронической легочной формы РТПХ.

**Результаты.** В течение первых 150 дней после ТГСК все пациенты нормализовали показатели гемопоэза и на протяжении дальнейшего периода наблюдения остаются полностью трансфузионно независимыми. Также у всех пациентов отмечено разрешение сопутствующей гепатоспленомегалии. По данным рентгенологических исследований отмечена постепенная, неполная редукция скелетных изменений, характерных для МИОР. Редукция более выражена у пациентов, трансплантированных в раннем возрасте. У всех пациентов отмечен рост осевого скелета, который, согласно возрастной таблице роста, находится в границах «низких» возрастных норм у 4 пациентов и «средних» значений — у 1 пациента. Редукция костных изменений происходит поэтапно: первыми уменьшались проявления в длинных трубчатых костях, значительно медленней они происходили в ребрах, костях таза и черепа. Значения обхвата груди и головы соответствовали «средним» уровням возрастных норм. Однако на фоне роста ребенка отмечалось ремоделирование лицевого скелета и уменьшение фенотипических проявлений остеопетроза. У всех пациентов зрение сохранилось на уровне до ТГСК: 3 пациента — светоощущение, 1 пациент — предметное, 1 пациент сохранил зрение на 1 глаз полностью.

Данные опроса показали, что все пациенты отмечают более высокие показатели здоровья, чем до ТГСК, и более высокое качество жизни. Степень потери зрения в значительной степени определяет показатели качества жизни. Наилучшую социальную реабилитацию имеет ребенок, сохранивший зрение на 1 глаз: он успевает в средней школе, имеет друзей и пользуется авторитетом среди сверстников; пациенты, имеющие выраженное нарушение зрения, находятся на домашнем обучении или обучаются в специализированных школах. Основной причиной нарушения нейрокогнитивных функций была перцепционная обработка из-за потери зрения, другие параметры, такие как концентрация внимания, абстрактное мышление, моторная функция и эмоции, не страдали или были вовлечены вторично. Вторым значимым фактором, определяющим качество жизни, было наличие хронического заболевания после ТГСК, в нашем случае — течение эпилепсии и наличие хронической формы легочной РТПХ. У этих пациентов имели место более частые госпитализации, сохранялась необходимость постоянного приема препаратов.

**Заключение.** В нашем исследовании показано, что после успешной ТГСК у пациентов с сохраненным зрением купируются признаки задержки психомоторного развития, а в других случаях задержка развития сохраняется согласно степени потери зрения и имеет сниженный реабилитационный потенциал. Значительное влияние на качество жизни в нашем случае имело развитие поздних осложнений, таких как симптоматическая эпилепсия и хроническая форма легочной РТПХ, которые требуют постоянного медицинского мониторинга и соответствуют снижению реабилитационному потенциалу.

**Валялов К.А.<sup>1</sup>, Суханова Н.В.<sup>1</sup>, Ревуненков Г.В.<sup>1</sup>, Егорова М.В.<sup>1</sup>,  
Иокужите Н.В.<sup>1</sup>, Зинченко Р.А.<sup>2</sup>, Васильева Т.А.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> НИИ педиатрии и охраны здоровья детей ЦКБ РАН, Москва,  
Российская Федерация

<sup>2</sup> ФГБНУ «Медико-генетический научный центр имени академика  
Н.П. Бочкова», Москва, Российская Федерация

## **ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГЛАЗ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ АНИРИДИЕЙ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ**

**Актуальность.** Клиническое обследование органа зрения у детей с врожденной аниридией (ВА) имеет сложности, обусловленные изменением прозрачности светопреломляющих сред, что делает ультразвуковое исследование одним из центральных в оценке структуры и размеров глазного яблока.

**Цель исследования.** Определение сонографических характеристик глаз у детей с врожденной аниридией с учетом прогрессивности течения заболевания.

**Пациенты и методы.** Ультразвуковое В-сканирование глаз проведено 67 пациентам (134 глаза) с ВА и нормальным внутриглазным давлением, в возрасте от 1 мес до 18 лет, ультразвуковым сканером Acuson S-2000 линейным датчиком с частотой 14 мГц. Пациенты были поделены на 4 группы по возрасту: дети до 1 года — 13 человек (26 глаз), до 3 лет — 17 человек (34 глаза), 4–7 лет — 21 человек (42 глаза), 7–18 лет — 16 человек (32 глаза). Измерялась переднезадняя ось глаза (ПЗО); оценивалось состояние хрусталика, стекловидного тела, оболочек глаза, зрительного нерва.

**Результаты.** Исследование ПЗО глаз показало уменьшение размеров глазного яблока во всех возрастных группах по сравнению со средней величиной у здоровых детей от 1 мес до 18 лет. Отмечались различные варианты изменения эхопрозрачности хрусталика (в грудном периоде — 23%, в раннем детском периоде — 35%, в дошкольном периоде — 76%, в школьном периоде — 94%), проявляющиеся от частичных до полных помутнений; изменение эхогенности стекловидного тела (в грудном периоде — 8%, в раннем детском периоде — 29%, в дошкольном периоде — 100%, в школьном периоде — 100%), проявляющееся в виде плавающих, точечных и пленчатых включений; утолщение оболочек глаза (в грудном периоде — 33%, в раннем детском периоде — 40%, в дошкольном периоде — 43%, в школьном периоде — 40%); гипоплазия зрительного нерва (в грудном периоде — 12%, в раннем детском периоде — 22%, в дошкольном периоде — 14%, в школьном периоде — 6,5%). Выявленные изменения имеют прогрессивное течение у детей с PAX6-ассоциированной врожденной аниридией, начиная от полного отсутствия каких-либо структурных изменений, заканчивая грубыми нарушениями. У детей с синдромом WAGR (с хромосомными делециями локусов генов PAX6 и WT1) отмечаются выраженные изменения светопреломляющих сред, оболочек глаза и зрительного нерва вне зависимости от возраста пациентов.

**Заключение.** У детей с врожденной аниридией в разные возрастные периоды установлены основные сонографические изменения формы и размера глазного яблока, структуры стекловидного тела, хрусталика, диска зрительного нерва, оболочек глаза с учетом прогрессивности течения заболевания и результатов генетического анализа.

**Виноградова Т.В., Касаткин Д.С.**

*ФГБОУ ВО «Ярославский ГМУ», Ярославль, Российская Федерация*

## **ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО АУТОИММУННОГО ЗАБОЛЕВАНИЕ МАТЕРИ НА ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ РЕБЕНКА ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ (НА ПРИМЕРЕ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА)**

**Актуальность.** Рассеянный склероз (РС) — аутоиммунное заболевание, дебютирующее у лиц фертильного возраста. Внутриутробное развитие детей от матерей с РС может подвергаться действию со стороны иммунной системы матери и патогенетической терапии.

**Цель исследования.** Изучить влияние РС матери на формирование психомоторных навыков у детей первого года жизни в сопоставлении с группой детей от здоровых матерей («случай-контроль»).

**Пациенты и методы.** Проспективное наблюдательное исследование «случай-контроль», кратность визитов в 3, 6, 9 и 12 мес. Для оценки проводилось сравнение полученных результатов с таблицами нервно-психического развития по WHO Six Milestones. Дополнительно оценивался показатель «стояние-ходьба». Для обработки информации использовались методы непараметрической статистики. Всего было включено 46 детей от пациенток с РС и 46 детей от относительно здоровых матерей.

**Результаты.** По средним срокам возникновения навыков стояния с опорой и без таковой группы достоверно не различались. Средние сроки формирования навыка ходьбы с помощью были достоверно ниже ( $H = 14,3; p = 0,002$ ): в основной — 11,1 мес (ДИ 10,6–11,5;  $\alpha < 0,05$ ) по сравнению с группой контроля — 10,2 (ДИ 10,0–10,4;  $\alpha < 0,05$ ).

Средние сроки формирования навыка самостоятельной ходьбы в группе контроля составили 11,6 мес (ДИ 11,4–11,8;  $\alpha < 0,05$ ), в основной группе — 12,8 (ДИ 12,2–13,4;  $\alpha < 0,05$ ), при анализе установлена достоверность различий ( $H = 15,2; p = 0,002$ ). В оценке дальнейшего прогноза интеллектуального развития ребенка имеет особое значение показатель «стояние-ходьба», в группе детей от матерей с РС данный показатель составил 41,0 (ДИ 39,8–42,2;  $\alpha < 0,05$ ), что было достоверно больше ( $U = 698,0; p = 0,037$ ), чем в группе контроля — 39,8 (ДИ 39,2–40,5;  $\alpha < 0,05$ ).

**Заключение.** Психомоторное развитие ребенка первого года жизни не просто отражает качественное совершенствование и организацию работы центральной нервной системы, но и является важным предиктором общего интеллектуального статуса в будущем. Выявленные в ходе данного исследования закономерности позволяют говорить о том, что дети от матерей с РС имеют тенденцию к более позднему освоению тех или иных навыков по сравнению с группой детей, рожденных от относительно здоровых матерей.

**Власенко Н.Ю.<sup>1</sup>, Павлинова Е.Б.<sup>1</sup>, Смородина А.С.<sup>1</sup>, Юдицкая Т.А.<sup>2</sup>,  
Захаров И.Л.<sup>3</sup>, Юнгман Н.В.<sup>2</sup>, Каргаполова К.И.<sup>2</sup>, Кузнецова П.В.<sup>2</sup>,  
Кардаполова Н.В.<sup>2</sup>, Устинова И.А.<sup>2</sup>, Сквородникова О.А.<sup>4</sup>,  
Атаманенко О.Н.<sup>5</sup>, Бутакова Г.В.<sup>6</sup>, Бибик Е.В.<sup>7</sup>, Розина Е.Г.<sup>8</sup>,  
Шумилова Л.В.<sup>9</sup>**

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Омск, Российская Федерация

<sup>2</sup> БУЗОО «Областная детская клиническая больница», Омск,

Российская Федерация

<sup>3</sup> Региональная общественная организация «Омское диабетическое

общество инвалидов», Омск, Российская Федерация

<sup>4</sup> БУЗОО ДКБ № 2, Омск, Российская Федерация

<sup>5</sup> БУЗОО «ГДКБ № 3, Омск, Российская Федерация

<sup>6</sup> БУЗОО ГП № 11, Омск, Российская Федерация

<sup>7</sup> БУЗОО ДГБ № 4, Омск, Российская Федерация

<sup>8</sup> БУЗОО ДГП № 2 им. В.Е. Скворцова, Омск, Российская Федерация

<sup>9</sup> БУЗОО ДГП № 7, Омск, Российская Федерация

## **МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЕМЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ РЕБЕНКА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1-го ТИПА**

**Актуальность.** Сахарный диабет 1-го типа (СД1) — хроническое заболевание, которое требует постоянного наблюдения со стороны родителей, а также общения между родителями и детьми по вопросам управления и лечения. СД1 представляет особую проблему для родителей, что связано с адаптацией к заболеванию.

**Цель исследования.** Изучить медико-социальную характеристику семей, воспитывающих детей с СД, определить различные нарушения процесса воспитания и выявить взаимосвязь отклонений воспитания с компенсацией сахарного диабета.

**Пациенты и методы.** Исследование проводилось среди 176 родителей детей и подростков с СД1 в г. Омске и Омской области. Анализ проводился в группах в зависимости от возраста пациентов, стажа заболевания, достижения целевого уровня гликированного гемоглобина (HbA1c). В исследовании применялся опросник «Анализ семейных взаимоотношений» («АСВ»). Данные оценивались с помощью непараметрических методов, использовались возможности пакета Microsoft Excel и STATISTICA-6.

**Результаты.** При анализе социальной среды пациентов выяснили, что 80% пациентов ведут дневник самоконтроля ежедневно и ежемесячно посещают эндокринолога. После дебюта сахарного диабета 60,8% родителей стали чаще контролировать ребенка, 68,4% испытывают постоянный страх за его здоровье, 34,2% стали уделять больше внимания ребенку. Большинство родителей (82%) говорили о том, что им и их детям необходима профессиональная психологическая поддержка вскоре после постановки диагноза и во время первой госпитализации, а также в подростковом возрасте. Среди родителей, прошедших «АСВ», у 26,6% не наблюдается отклонений в воспитании, при этом средний гликированный гемоглобин составляет 7,8%. У около 15% отмечается фобия утраты, что свидетельствует о неуверенности и боязни ошибиться и в дальнейшем может приводить к выполнению любых пожеланий ребенка, однако у аналогичного процента матерей наблюдаются непомерные требования к детям, что может приводить к психотравматизации детей. В 36% наблюдений родители демонстрируют гиперпротекцию воспитания (в частности, матери уделяют крайне много времени и внимания) и средний гликированный гемоглобин в этой группе — 7,1%.

### **Результаты.**

1. Стиль воспитания родителей влияет на компенсацию СД у детей.
2. Дети родителей, у которых отмечается гиперпротекция в воспитании, имеют лучший контроль и компенсацию диабета.
3. Необходимо глубокое изучение нервно-психического здоровья детей
4. Важно оказание психологической помощи детям и их родителям с момента постановки диагноза — для коррекции психического здоровья детей.



**Волянюк Е.В., Сулейманова З.Я., Закирова А.М., Волянюк Е.В.,  
Рашитова Э.Л., Галимова Р.М., Желтухина М.В.**

*ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» МЗ РФ, Казань, Российская Федерация*

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЕ ПОСТНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА**

**Актуальность.** По данным экспертов Всемирной организации здравоохранения, частота рождения недоношенных детей составляет в России 5–18%.

**Цель исследования.** Проследить особенности развития детей с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ), находящихся в реанимационном отделении ДГБ № 1 г. Казани в постнатальном периоде.

**Пациенты и методы.** Наблюдались 32 ребенка со средней массой 874,3 ± 27,6 г на сроке гестации 24–26 нед. У 5,4% детей масса при рождении составила 700 г, а у 61,3% она колебалась от 700 до 1000 г. В анамнезе всех наблюдаемых отмечен различной степени тяжести респираторный дистресс-синдром, из них в 3/4 случаях эндотрахеально введен сурфактант. У 66,9% детей диагностирована бронхолегочная дисплазия, причем у каждого 8-го — в тяжелой степени.

**Результаты.** Перинатальное поражение центральной нервной системы (ППЦНС) средней и тяжелой степени было у всех детей. У 61,2% зарегистрированы внутрижелудочковые кровоизлияния, у 16,8% — гипертензионно-гидроцефальный синдром, у 11,3% — тяжелая перивентрикулярная лейкомаляция, у 62,1% — ретинопатия недоношенных начальных стадий.

**Заключение.** Среди патологии детей с ЭНМТ в постнатальном периоде преобладают различные формы ППЦНС, бронхолегочная патология и ретинопатия недоношенных.

**Воронкина Е.Н., Федько Н.А., Автандилян Л.Л., Галимова О.И.,  
Федулова А.А., Попова Е.В.**

*ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Ставрополь,  
Российская Федерация*

## **ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО МУЛЬТИСИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО СИНДРОМА (PMIS)**

**Актуальность.** На фоне пандемии COVID-19 педиатры диагностируют заболевание, соответствующее критериям болезни Kawasaki, сопровождающееся развитием выраженного гипервоспалительного ответа, синдрома токсического шока у ранее здоровых детей.

**Цель исследования.** Изучение особенностей клинического течения «педиатрического мультисистемного воспалительного синдрома» (PMIS), его манифестации, диагностических критериев и терапевтического алгоритма.

**Пациенты и методы.** Нами было проанализировано течение PMIS у 5 пациентов в возрасте от 3 до 16 лет, поступивших в инфекционное отделение краевой детской клинической больницы г. Ставрополя за период с ноября 2020 по январь 2021 г. У всех пациентов были выявлены антитела IgM и/или IgG к SARS-CoV-2. Сопутствующие заболевания были у 1 ребенка — сахарный диабет 1-го типа.

**Результаты.** У всех детей отмечалось наличие полисерозитов с выпотом в брюшную, плевральную, кардиальную полости (подтвержденные исследованиями УЗИ, КТ, ЭхоКГ), эктазия коронарных артерий наблюдалась у 2 пациентов. 1 пациент, помимо назначения терапии, включающей иммуноглобулин для внутривенного введения (ИГВВ) в курсовой дозе 1 мг/кг, нуждался в применении низкомолекулярного гепарина, метилпреднизолона в дозе 30 мг/кг/сут в течение 3 дней с последующим переходом на пероральный прием в дозе 1 мг/кг/сут. Ни у кого из наблюдаемых детей не было зарегистрировано тромботических или эмболических осложнений, летальных исходов. Средняя длительность пребывания в ОРИТ составила 7 дней, в стационаре — 20 дней.

**Заключение.** PMIS характеризуется развитием тяжелого заболевания с полиорганным поражением с вовлечением более 2 систем (сердечно-сосудистой, мочевыводящей, дыхательной, кровеносной, пищеварительной, нервной, кожи), генерализованной микроангиопатией в виде деструктивно-продуктивного вирусного васкулита и гиперкоагуляционного синдрома, гемофагоцитозом.

Гаврилюк Н.<sup>1</sup>, Караман А.<sup>1</sup>, Пырцу Л.<sup>1, 2</sup>, Палий И.<sup>1, 2</sup>

<sup>1</sup> IMSP Институт матери и ребенка, Кишинев, Республика Молдова

<sup>2</sup> Университет медицины и фармации имени Николая Тестемицану, Кишинев, Республика Молдова

## ПОРОКИ ДУГИ АОРТЫ У ДЕТЕЙ: ДИАМЕТРЫ И ОСЛОЖНЕНИЯ

**Актуальность.** Достижения в области ультразвуковой диагностики (в том числе цветной доплерографии) и применение их при исследовании морфометрии дуги аорты позволяют определить изменения параметров сердечно-сосудистой системы, а также риск их развития в аорте (Ао) у детей с врожденными аортопатиями (ВАо).

**Цель исследования.** Оценить возможности современной ультразвуковой диагностики в своевременной диагностике дилатации аорты, риска ее аневризмы, расслоения или разрыва.

**Пациенты и методы.** Обследовано 89 детей с четырьмя типами ВАо: АоС — 38,2%, КАо — 33,7%, ДАК — 23,6% и генетические синдромы с вовлечением Ао — 4,5%. Полученные показатели проанализированы и интерпретированы с использованием соотношений площади поверхности тела и эхокардиографических параметров ( $z$ -score,  $z$ -Detroit Data Score).

**Результаты.** Значение  $z$ -score на уровне клапана Ао 2 SD было зафиксировано у 61 (68,5%), а  $\geq 2$  — у 28 (31,5%) участников ( $\chi^2 = 23,5$ ;  $p = 0$ ). Значение  $z$ -score синуса Вальсальвы 2 SD было зафиксировано у 66 (74,2%), а  $\geq 2$  — у 23 (25,8%) детей ( $\chi^2 = 18,6$ ;  $p = 0$ ). Значение  $z$ -score синотубулярного перехода 2 SD было у 82 (92,1%), а  $\geq 2$  — у 7 (7,9%) ( $\chi^2 = 5,03$ ;  $p < 0,05$ ). Значение восходящего  $z$ -score 2 SD зафиксировано у 44 (49,4%), а  $\geq 2$  — у 45 (50,6%) участников ( $\chi^2 = 44,06$ ;  $p = 0$ ). Значение  $z$ -score дуги Ао 2 SD было у 76 (85,4%), а  $\geq 2$  — у 13 (14,6%), ( $\chi^2 = 9,7$ ;  $p < 0,01$ ). Значение  $z$ -score нисходящей Ао 2 SD было отмечено у 51 (57,3%), а  $\geq 2$  — у 38 (42,7%) детей ( $\chi^2 = 34,8$ ;  $p = 0$ ).

**Заключение.** Современные возможности ультразвуковой диагностики позволяют выявить изменения морфометрических параметров сердечно-сосудистой системы, установить развившиеся осложнения и спрогнозировать риски их развития, что крайне важно как в детской кардиологии, так и во взрослой практике.

**Гаджикеримов Г.Э., Аль-Зрер К.М., Гуменюк О.И., Черненко Ю.В.**

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

## **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПОЗДНЕЙ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ ФАБРИ**

**Актуальность.** Болезнь Фабри — орфанное прогрессирующее X-сцепленное заболевание, ассоциированное со снижением активности лизосомального фермента  $\alpha$ -галактозидазы (Lyso-GL3), нарушением катаболизма гликофинголипидов, накапливающихся в лизосомах и вызывающих ишемию и фиброз тканей организма.

**Цель исследования.** Описание клинического случая поздней диагностики болезни Фабри.

**Пациенты и методы.** Проведен анализ истории болезни пациента мужского пола 1971 г.р. Проведено полное лабораторно-инструментальное обследование, исследован уровень Lyso-GL3 в сухом пятне крови методом тандемной масс-спектрометрии (ТМС), проведен молекулярно-генетический анализ прямым автоматическим секвенированием в лаборатории наследственных болезней обмена веществ ФБГНУ «МГНЦ им. акад. Н.П. Бочкова».

**Результаты.** Первые симптомы заболевания (ангиокератомы на бедрах, гипогидроз) у пациента появились в возрасте 14 лет. С диагнозом «капилляротоксикоз с поражением почек и кожи» обследовался и получал терапию в педиатрическом стационаре г.

Саратова и в последующем наблюдался нефрологом. Из семейного анамнеза было известно, что старший брат пробанда погиб в возрасте 33 лет от почечной недостаточности, мать — от инсульта в возрасте 50 лет. В 28 лет у пациента отмечались усиление кожного синдрома, появление отека нижних конечностей и протеинурии. Проводилась терапия преднизолоном с кратковременным эффектом. С возрастом ангиокератомы распространились на живот, паховую область, в 43 года появились на губах. В возрасте 35 лет диагностирована транзиторная ишемическая атака в вертебробазиллярном бассейне, атеросклероз брахиоцефальных артерий, односторонняя тугоухость, в 40 лет — двусторонняя тугоухость, нарушения зрения. При офтальмологическом осмотре выявлены микроаневризмы сетчатки, помутнение хрусталика по типу «спиц колеса». В январе 2019 г. (в возрасте 48 лет) развился гипертонический криз, обследован в терапевтическом отделении, где выявлены увеличение уровня креатинина до 1204 мкмоль/л, выраженная протеинурия, гипертрофия левого желудочка сердца по данным эхокардиографии. Начато лечение программным гемодиализом. В январе 2019 г. при проведении скрининга на лизосомные болезни накопления пациентов, находящихся в отделении гемодиализа, впервые обследован на болезнь Фабри, а после получения положительного результата — также его дочери 1989 и 2009 г.р. и внучке 2010 г.р. Исследован уровень Lyso-GL3 в сухом пятне крови методом ТМС, проведен молекулярно-генетический анализ. Выявлено повышение концентрации лизоглоботриозилсфингозина у всех исследуемых. При прямом автоматическом секвенировании у дочерей и внучки пробанда выявлено изменение нуклеотидной последовательности с.983G > C, приводящее к замене p.G328A, описанное в международной базе данных по мутациям HGMD (CM930337), в гетерозиготном состоянии. У пробанда изменение нуклеотидной последовательности выявлено в гемизиготном состоянии. У старшей дочери пробанда при осмотре выявлены единичные ангиокератомы на туловище, появившиеся, со слов пациентки, в подростковом возрасте. У девочек 2009 и 2010 г.р. клинические проявления болезни Фабри не выявлены.

**Заключение.** В данном случае период постановки диагноза от появления первых признаков составил 34 года, что обусловило неправильную тактику терапии (глюкокортикоидами) и развитие манифестных признаков поражения многих внутренних органов. Малосимптомное и бессимптомное течение болезни Фабри у лиц женского пола диктует необходимость скрининга на данное заболевание при отягощенном семейном анамнезе.

**Ганузин В.М., Сторожева И.В., Сухова Н.С.**

*Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль,  
Российская Федерация*

## **АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, ПРОЖИВАЮЩИХ В СОВРЕМЕННЫХ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ**

**Актуальность.** В настоящее время значительная часть детей школьного возраста испытывает неблагоприятное воздействие на организм различных социально-гигиенических, психологических и технических факторов внешней среды. В связи с интенсификацией учебного процесса в школе постоянно увеличивается количество детей и подростков, нуждающихся в медико-социальной и педагогической помощи.

**Цель исследования.** Изучение распространенности школьно обусловленных заболеваний у детей школьного возраста, проживающих в условиях крупного города.

**Пациенты и методы.** Нами проведено исследование распространенности школьно обусловленных заболеваний среди детей и подростков. По данным диспансерных осмотров проанализировано состояние здоровья 13 529 школьников с 7 до 14 и 3579 — с 16 до 17 лет.

**Результаты.** При анализе распространенности школьно обусловленных заболеваний нами получены следующие данные. Наибольшую распространенность у школьников имели заболевания опорно-двигательного аппарата (250,0‰), органа зрения (307,0‰) и желудочно-кишечного тракта (81,0‰), которые с возрастом имеют тенденцию к увеличению, в т.ч. и заболеваемость сколиозом (37,0‰).

Распространенность дефектов речи (2,0‰) и заболевания нервной системы (78,0‰) с возрастом имеют тенденцию к снижению.

Проведенное нами ранее исследование питания школьников в различных возрастных группах выявило значительные нарушения как по режиму приема пищи, так и по набору употребляемых продуктов. Поэтому мы также считаем, что администрация школы должны выработать стратегию, направленную на внедрение здорового питания, и активно включаться в программу «Оценка качества школьных вмешательств по здоровому питанию и физической активности. Инструмент NEPS для школ».

**Заключение.** Учитывая полученные данные, мы считаем, что медицинские и педагогические работники школ должны выработать стратегию, направленную на внедрение здорового образа жизни, и активно включаться в совместные медико-педагогические программы по профилактике школьно обусловленных заболеваний с привлечением к этим мероприятиям и родителей.

**Гараева С.З., Гасангулиева Г.М., Ашрафова К.Н.**

*Азербайджанский медицинский университет, кафедра 1 детских болезней  
НИИ педиатрии им. К.Фараджевой, Баку, Азербайджан*

## **ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, РОДИВШИХСЯ ОТ КРОВНОРОДСТВЕННЫХ И НЕКРОВНОРОДСТВЕННЫХ БРАКОВ**

**Актуальность.** Одним из основных критериев, определяющих состояние здоровья всего населения страны, является физическое развитие детской популяции. Скорость развития детского организма определяют множество факторов, которые оказывают влияние на степень развития лишь в период своего действия.

Разнообразие биологических признаков человека обусловлено его наследственными свойствами, взаимодействующими с внешней средой. Для каждого индивидуума существует своя генетически обусловленная норма реакции организма на внешние воздействия. Среди неблагоприятных факторов, которые могут привести к возникновению нарушений развития детей, является кровное родство между родителями.

**Цель исследования.** Учитывая то, что в Азербайджанской Республике кровнородственные браки встречаются довольно часто и нередко различные отрицательные последствия подобных браков, мы задались целью изучить некоторые показатели физического развития детей, родившихся от кровнородственных и некровнородственных браков, на протяжении первого и второго-третьего годов жизни.

**Пациенты и методы.** Под нашим наблюдением находилось 670 детей в возрасте 0–3 года. Из них 362 (54%) мальчика и 308 (46%) девочек. Из числа всех обследованных были выделены 2 группы: 118 (17,6%) детей, родившихся от кровнородственных браков, из них 71 (60,2%) мальчик и 47 (39,8%) девочек и 552 (82,4%) ребенка, родившихся от некровнородственных браков, из них 291 (52,7%) мальчик и 261 (47,3%) девочка. Дети с редко встречающимися изолированными и множественными пороками развития, а также наследственно обусловленными болезнями не вошли в группу обследования. Применялась унифицированная методика антропометрических исследований, учитывающая определенные количественные характеристики.

**Результаты.** По результатам сравнения антропометрических показателей физического развития между детьми, родившимися от кровнородственных и некровнородственных браков, можем сказать, что по массе наблюдается достоверное различие только между мальчиками в первые 6 мес жизни и между девочками в 1 мес ( $p < 0,01$ ). В остальные возрастные периоды существенных различий не отмечается.

В росте же, наоборот, статистически достоверные различия выявлены в большей степени между девочками в течение первого года жизни (1–9 мес), а у мальчиков только в 1 м ( $p < 0,001$ ). С 2 до 3 лет достоверное различие в росте ( $p < 0,05$ ) наблюдается как между мальчиками, так и между девочками.

По окружности головы достоверные различия выявлены при рождении и в 1 мес как между мальчиками, так и между девочками ( $p < 0,05$ ). В остальные возрастные периоды между девочками существенного различия не отмечается, а между мальчиками в 9 мес и в 2 года достоверность различия составляет  $p < 0,05$ .

По окружности грудной клетки выявлены достоверные различия при рождении ( $p < 0,05$ ) как между мальчиками, так и между девочками, в 2 и 3 года — между мальчиками и в 1 мес — между девочками.

**Заключение.** Таким образом, несмотря на то что при рождении антропометрические показатели почти одинаковые как у детей, родившихся от кровнородственных браков, так и у детей, родившихся от некровнородственных браков, в последующие возрастные периоды раннего детства прослеживается некоторое отставание в физическом развитии детей, родившихся от кровнородственных браков по сравнению с детьми, родившимися от некровнородственных браков ( $p < 0,05$ ).

Итак, даже незначительные отставания массо-ростовых показателей детей, родившихся от кровнородственных браков, на каждом возрастном этапе раннего возраста дают нам основание для проведения всестороннего обследования этих детей, так как именно отклонения от нормального темпа массо-ростовых прибавок в большинстве случаев являются первыми признаками заболеваний.

**Гнедько Т.В., Остроушко Д.В., Капралова В.И., Берестень С.А.,  
Полякова Е.А.**

*Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр  
«Мать и дитя», Минск, Беларусь*

*Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр  
детской онкологии, гематологии и иммунологии», Боровляны, Беларусь*

## **КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА TREC/KREC У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С НАЛИЧИЕМ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ**

**Актуальность.** Состояние иммунной системы недоношенных новорожденных требует особого внимания и соответствующих условий выхаживания. Определения кольцевых структур ДНК (TREC и KREC) является перспективным методом своевременной диагностики ПИДС у недоношенных детей.

**Цель исследования.** Провести анализ нозологической структуры перинатальных инфекций у недоношенных новорожденных и исследовать количественную оценку TREC/KREC у детей данных групп.

**Пациенты и методы.** Проведен анализ нозологической структуры и забор крови методом «сухой капли», исследована количественная оценка TREC/KREC у 67 недоношенных новорожденных, находившихся в ГУ РНПЦ «Мать и дитя». При обработке полученных данных использовались клинический, лабораторный, статистический методы исследования. Определение количества копий TREC и KREC проводилось методом ПЦР «в режиме реального времени». Результаты обработаны с использованием программного обеспечения Windows 10, Excel 2010.

**Результаты.** Установлено, что у недоношенных новорожденных обследованной группы преобладали инфекционные болезни, специфичные для перинатального периода (P35–39) — 52,24% детей. Количество TREC у пациентов данной группы составило Me = 25 344,0 (11 835,5–40 665,0) копий, количество KREC — Me = 15 873,0 (8868,0–28 436,5) копий на 1 млн лейкоцитов периферической крови.

Второе место в структуре заболеваний принадлежало дыхательным и сердечно-сосудистым нарушениям, характерным для перинатального периода (P20–29) — 31,34% детей. В группе детей с данной патологией количество TREC составило Me = 27 462,0 (13 416,0–60 291,0) копий, KREC — Me = 9712,0 (5310,0–22 171,0) копий на 1 млн лейкоцитов периферической крови.

Реже вышеуказанных диагнозов у обследованных детей встречались геморрагические и гематологические нарушения у плода и новорожденного (P50–61) — 11,94% детей. Установлено, что количество копий TREC у детей с геморрагическими и гематологическими нарушениями (P50–61) было Me = 27 042,5 (17 795,2–48 090,5), количество KREC — Me = 11 887,50 (3272,7–81 698,0) копий на 1 млн лейкоцитов периферической крови.

**Заключение.** В результате проведенных исследований установлено, что достоверно значимых различий содержания TREC и KREC в группах новорожденных с перинатальной патологией не выявлено. Минимальное значение копий TREC регистрировалось в группе детей с инфекционными болезнями, специфичными для перинатального периода (P35–39) — Me = 25 344,0 копий. Количество KREC минимальным было в группе детей с дыхательными и сердечно-сосудистыми нарушениями, характерными для перинатального периода (P20–29) — Me = 9712,0 копий на 1 млн лейкоцитов периферической крови.

Голанцев И.А.<sup>1</sup>, Боровкова В.Н.<sup>2</sup>, Сосин Д.В.<sup>3</sup>, Тихонова А.А.<sup>3</sup>, Хохлова Н.А.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> ОГБУЗ «Станция скорой медицинской помощи», Смоленск, Российская Федерация

<sup>2</sup> ОГБУЗ «ДКБ поликлиника № 1», Смоленск, Российская Федерация

<sup>3</sup> ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет»

Министерства Здравоохранения РФ, Смоленск, Российская Федерация

## ДИНАМИКА СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ 7–10-ЛЕТНЕГО ВОЗРАСТА С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

**Актуальность.** Здоровье — один из показателей, наиболее полно определяющий специфику и структуру современного общества. Управление состоянием здоровья детского населения в настоящее время невозможно без знаний основных составляющих компонентов здоровья. Особенно важно это у детей, которые относятся к группам высокого риска, таковыми являются дети с ограниченными возможностями здоровья (нарушениями слуха и речи).

**Цель исследования.** Оценить динамику соматической патологии у детей первой ступени обучения с ограниченными возможностями здоровья.

**Пациенты и методы.** Первоначально было осмотрено 500 детей, из них выделены 20 детей с дефектами речи и слуха, которые обучались в коррекционных классах (основная группа наблюдения) и 20 детей аналогичного возраста без таковых нарушений, обучавшихся в общеобразовательной организации по программе «Дети России» (группа сравнения). Сбор материала о структуре хронической и функциональной патологии проводился путем выкопировки первичной информации из историй развития ребенка (форма 112/у), медицинской карты стационарного больного (форма 003/у), медицинской карты ребенка для образовательных учреждений (форма 026/у) и клинического осмотра. А также заключений других специалистов, разработанных нами анкет на выявление дефектов речевого развития и слуха, отклонений в состоянии здоровья. Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью пакета программ с использованием параметрических и непараметрических критериев.

**Результаты.** Ретроспективный и проспективный анализ данных по оценке состояния здоровья детей с дефектами речи и слуха показал, что у 55,0% детей основной группы наблюдения выявлялись поражения двух и более систем, что достоверно чаще, чем у детей группы сравнения (20,0%,  $p < 0,05$ ). Дети из основной группы наблюдения на 20,0% чаще болели острыми респираторно-вирусными заболеваниями (50,0%), чем дети из группы сравнения, составляя группу часто болеющих детей ( $p < 0,05$ ). Они в 2 раза чаще переносили инфекционные заболевания, по поводу чего находились на лечение в детском инфекционном отделении, 64,0% детей плохо адаптировались к детскому коллективу. Все они обучались в коррекционных классах. У них в 2,4 раза чаще проявлялась агрессивность (80,0%), в 2,8 раза чаще создавалась конфликтная ситуация (90,0%), в 1,9 раз чаще формировались вредные привычки (90,0%) и нарушения поведения (90,0%), чем у детей из группы сравнения (30,0, 30,0, 25,0, 20,0% соответственно,  $p < 0,05$ ). Дети основной группы наблюдения достоверно чаще состояли на учете по III (45,0%) и IV (55,0%) группам здоровья, чем сверстники из группы сравнения (25,0 и 5,0% соответственно).

Анализ соматической патологии показал, что в основной группе наблюдения в структуре заболеваний, кроме поражения речевого аппарата и слухового анализатора, первое место занимали болезни центральной нервной системы (90,0%), желудочно-кишечного тракта (80,0%), костно-мышечной (75,0%) и сердечно-сосудистой (70,0%) систем. На второй, третьей и четвертой позиции располагались врожденные пороки развития (65,0%), болезни органа зрения (60,0%), кроветворения (40,0%). На пятом, шестом и седьмом месте находились заболевания органов дыхания (25,0%), эндокринной (20,0%) и мочевыделительной (20,0%) систем.

В группе сравнения структура соматической патологии была однотипной основной группе, но менялась последовательность ранговых мест. На первых лидирующих местах размещались заболевания костно-мышечной (50,0%), сердечно-сосудистой (50,0%) систем, органов пищеварения (40,0%). Пятую позицию занимали болезни органа зрения (30,0%) и центральной нервной системы (30,0%). На последующих местах располагались заболевания ЛОР-органов (20,0%), органов дыхания, кроветворения (15,0%) и мочевыделительной (5,0%) систем, но частота встречаемости их достоверно ниже, чем в основной группе наблюдения ( $p < 0,05$ ).

**Заключение.** Структура соматической патологии у детей с нарушениями слуха и речи и у детей без этих нарушений по основным нозологическим формам однотипна. Но хроническая патология выявляется в 5 раз чаще ( $p < 0,05$ ) и ее прирост по мере взросления ребенка в 3,5 раза выше. Дети с дефектами речи и слуха в 5 раз чаще имеют нарушения эмоционально-волевой сферы, сниженные показатели умственной и физической работоспособности на фоне низкого уровня адаптационно-резервных возможностей по сравнению с детьми без дефектов речи и слуха ( $p < 0,05$ ).



**Грачев Н.С., Калинина М.П., Ворожцов И.Н., Тимофеева О.К.,  
Бабаскина Н.В.**

*ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Д. Рогачева» Минздрава России, Москва,  
Российская Федерация*

## **ХАРАКТЕРИСТИКА ГЛАВНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ОПУХОЛЕЙ ПАРАМЕНИНГЕАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ**

**Актуальность.** Своевременная диагностика доброкачественных и злокачественных опухолей параменингеальной локализации является актуальной проблемой онкологии и оториноларингологии, так как они характеризуются достаточно бурным ростом и отсутствием специфических жалоб в течение длительного времени.

**Цель исследования.** Выявить характерные жалобы у пациентов с опухолями параменингеальной локализации.

**Пациенты и методы.** Проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева с 2012 по 2021 г., имеющих поражения параменингеальной локализации.

**Результаты.** За период с 2012 по 2021 г. в отделении хирургии проходили обследование и лечение 286 пациентов. Из них мальчиков — 207 человек, что составило 72%, девочек — 79 и 28% соответственно.

Поражения носоглотки, околоносовых синусов, полости носа, мягких тканей крылонебных и подвисочных ямок могут быть представлены как солидными злокачественными опухолями, гемобластомами, так и доброкачественными образованиями. По обращаемости в НМИЦ ДГОИ наиболее часто встречаются доброкачественные — 59% ( $n = 169$ ), в 41% случаев — злокачественные ( $n = 117$ ). Среди доброкачественных образований встречались юношеские ангиофибромы — 84%, менингиомы — 5,9%, глиальные гетеротопии — 2,4%, зрелые тератомы — 4,7, липомы — 1,7%, гетеротопии слюнных желез — 1,2.

Злокачественные образования представлены мягкотканными саркомами — 55,5%, лимфомами/лейкозами — 19,6%, назофарингеальными карциномами — 11,1%, незрелыми тератомами — 6,0%, опухолями желточного мешка — 5,2%, плазмоцитомы — 2,6%. К основным клиническим симптомам относятся: храп — 94%, затруднение носового дыхания — 88%, гнойный риносинусит — 74%, дисфункция слуховых труб — 68%, шейная лимфаденопатия — 51%, эпистаксис — 20%, асимметрия ротоглотки — 17%, дисфагия и тризм — 17%, парез лицевого нерва — 3,4%, парез отводящего нерва — 1,7%.

Среди доброкачественных образований время между появлением первых симптомов и установлением диагноза составило от 1,5 мес до 2 лет, в среднем 6,5 мес, у группы злокачественных это период составил от 1,5 нед до 12 мес, в среднем 5 мес.

**Заключение.** Клинические проявления злокачественных и доброкачественных опухолей параменингеальной локализации неспецифичны, что затрудняет раннюю диагностику данных образований.

**Грачев Н.С., Яременко Е.Ю., Ворожцов И.Н., Бабаскина Н.В.**

*ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Д. Рогачева» Минздрава России, Москва,  
Российская Федерация*

## **ПЕРИОПЕРАЦИОННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО И ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ОЦЕНКА ИНЦИДЕНТНОСТИ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ**

**Актуальность.** Новообразования щитовидной железы составляют 1,5–3% всех новообразований у детей. При этом хирургическое лечение чревато развитием осложнений даже в руках опытного хирурга. Это диктует необходимость применения оптимальных алгоритмов периоперационной безопасности пациента.

**Цель исследования.** Оценить инцидентность интра- и послеоперационных осложнений и качество жизни пациентов при применении периоперационного алгоритма безопасности пациентов детского и подросткового возраста с новообразованиями щитовидной железы.

**Пациенты и методы.** Проведен ретро- и проспективный анализ хирургического лечения и периоперационного контроля состояния 159 пациентов, выполненный на базе отделения онкологии и детской хирургии НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева в период с 2012 по февраль 2021 г. Медиана продолжительности катамнестического наблюдения пациентов составила 5 лет 7 мес (от 1 до 96 мес). Качество жизни пациентов оценивалось с помощью анкетирования, в т.ч. с помощью русскоязычной версии опросника SF-36.

**Результаты.** На базе отделения было выполнено 93 тиреоидэктомии и 66 гемитиреоидэктомий с истмус-эктомией. Фасциально-футлярная шейная лимфодиссекция проводилась по показаниям: была выполнена 81 (50,9%) центральная лимфодиссекция (VI), унилатеральная боковая (II–V) — в 20 (12,6%) случаях, билатеральная — у 24 (15,1%) пациентов. Интраоперационный нейромониторинг (ИОНМ) ВГН выполнялся в 118 (74,2%) случаях, пред- и послеоперационная фибрларингоскопия — во всех случаях. Так, нейропраксия отмечалась в 2 (1,3%) случаях, аксонотмезис — у 2 (1,3%) пациентов, нейротмезис — в 2 (1,3%) случаях, постоянного пареза или паралича представлено не было. Периоперационный контроль уровня ионизированного кальция позволил выявить 53 (33,3%) случая бессимптомной гипокальциемии и избежать развития симптоматической формы гипокальциемии с помощью своевременной медикаментозной коррекции. Медиана продолжительности послеоперационной госпитализации составила 3,6 сут (3–15 сут). Сравнительная оценка суммарных показателей физического (PHS) и психологического (MHS) компонентов качества жизни через 1 мес после операции и здоровых пациентов той же возрастной группы ( $t_{158} = 1,973$ ;  $t_{158} = 1,975$ ; Sig. (2-tailed) < 0,05) свидетельствует о сопоставимости показателей.

**Заключение.** Проведенный комплексный анализ выявил статистически значимое благоприятное влияние разработанного алгоритма обеспечения периоперационной безопасности, оказываемое на показатели инцидентности, и повышение показателей качества жизни (вплоть до значений, сопоставимых с показателями здоровых детей той же возрастной группы) пациентов, а также сокращение продолжительности послеоперационной госпитализации без снижения радикальности хирургического лечения, что особенно важно в детском и подростковом возрасте.

**Гузик Е.О., Соловей О.М., Журко П.М., Мащенко И.В.**

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

## **САЛИВАТОРНЫЙ КОРТИЗОЛ КАК МАРКЕР СТРЕССА УЧАЩИХСЯ**

**Актуальность.** В период обучения учащиеся постоянно сталкиваются с выполнением контрольных и проверочных работ, оценкой уровня знаний, что определяет правомерность изучения концентрации кортизола в слюне как маркера стресса.

**Цель исследования.** Изучить уровень кортизола в слюне учащихся в динамике учебной недели.

**Пациенты и методы.** Проведено количественное определение концентрации кортизола в ротовой жидкости методом твердофазного иммуноферментного анализа (ИФА) на полистироловых планшетах с помощью коммерческих наборов реагентов «Анализ Мед» (РБ). Обследовано 72 учащихся 7-х классов школы и гимназии г. Минска в возрасте 12,5–14,0 лет в динамике учебного дня и учебной недели. Всего исследовано 335 проб слюны. Нормирование уровня кортизола в слюне проводилось согласно данным литературы.

**Результаты.** Средние значения уровня кортизола в слюне как у мальчиков, так и у девочек соответствует референсным значениям, составляя от 4,4 [3,4; 5,8] нмоль/л у мальчиков в среду в конце учебного дня до 6,7 [5,5; 12,3] нмоль/л у девочек в понедельник в начале занятий. При этом индивидуальные данные находятся в пределах 2,4–30,8 нмоль/л. К концу занятий отмечается снижение уровня кортизола, что соответствует суточному ритму секреции. Так, в понедельник и среду от первого к последнему уроку уровень кортизола снижается на 28,6 и 19,3% соответственно, что характерно для 69,0% и 57,4% обследованных учащихся. В пятницу снижение уровня кортизола к концу учебного дня относительно утренних значений не выявлено. В целом в динамике учебного дня у 27,3% обследованных имеет место увеличение уровня кортизола, что, возможно, является маркером стресса. Причем к пятнице удельный вес таких детей увеличивается на 16,9%. Установлены статистически значимые различия в распространенности увеличения уровня кортизола в слюне к концу учебного дня в отдельных учебных классах, что, возможно, связано с интенсивностью и особенностями учебной деятельности.

**Заключение.** Таким образом, уровень кортизола в слюне учащихся соответствует референсным значениям. В динамике учебного дня у большинства обследованных наблюдается снижение его уровня, у каждого третьего — увеличение уровня кортизола в конце занятий относительно утренних значений. Причем к пятнице удельный вес таких детей увеличивается на 16,9%, что свидетельствует о влиянии психоэмоционального стресса, связанного с обучением. Полученные результаты целесообразно учитывать при организации учебной деятельности.

**Гусева М.А., Жуковская Е.В.**

*ЛРНЦ «Русское поле» ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Д. Рогачева» Минздрава России,  
Москва, Российская Федерация*

## **РОЛЬ ПАЦИЕНТСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В ОКАЗАНИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ СЕМЬЯМ ДЕТЕЙ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

**Актуальность.** В структуре онкологических отделений, непрофильных реабилитационных центров не организована необходимая психологическая помощь детям и подросткам, поэтому усилия пациентских организаций в последние годы направлены на создание психолого-педагогических служб в детских стационарах.

**Цель исследования.** Оценить роль пациентских организаций в обеспечении качественной психологической поддержки семьям детей с онкологическими заболеваниями.

**Пациенты и методы.** Опрос матерей проводился в ЛРНЦ «Русское поле» в два этапа: с 2007 по 2013 г. опрошена 1131 мать, с 2014 по 2020 г. — 990 матерей, имеющих детей с разными злокачественными опухолями, проживающих в 78 регионах РФ.

**Результаты.** Среди опрошенных первой группы более половины (51,6%) матерей остались недовольны уровнем психологической помощи, организованной в стационаре на этапе лечения, и только 20,2% считали его достаточно высоким; из опрошенных второй группы гораздо больше респондентов остались довольны психологическим сопровождением — 40,1% отметили высокий уровень и только треть (29,8%) — низкий. Несмотря на то что удовлетворенность уровнем психологического сопровождения семьи существенно возросла в последние годы, она тем не менее недостаточно эффективна, по оценке респондентов. Сравнительный анализ демонстрирует значительное влияние благотворительных организаций на качество оказания психологической помощи. Однако до сих пор не налажена преемственность между медицинскими психологами детских онкологических стационаров и реабилитационных центров в регионах РФ. Не разработаны единые стандарты диагностики психического здоровья ребенка, протоколы психотерапевтического сопровождения. Оптимальной моделью организации качественной психологической помощи детям на время пребывания в стационаре является психолого-педагогическое отделение, объединяющее психологов с различной специализацией.

**Заключение.** Пациентские организации и благотворительные фонды, объединившись с психологами на местах, могут сыграть важную иницирующую роль в повышении качественного психологического сопровождения ребенка и его семьи.

**Деревцов В.В.**

*Детский центр диагностики и лечения имени Н.А. Семашко, Москва,  
Российская Федерация*

## **КАРДИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЗАДЕРЖКИ ВНУТРИУТРОБНОГО РОСТА И РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА**

**Актуальность.** Поиск с неонатального периода роста и развития индивида ранних изменений со стороны сердечно-сосудистой системы у детей грудного возраста, рожденных с задержкой внутриутробного роста и развития (ЗВУР), выявляемых с помощью рутинных методов обследования, определил актуальность исследования.

**Цель исследования.** Оценка электрокардиографических и эхокардиографических показателей у детей грудного возраста, рожденных в срок со ЗВУР легкой степени тяжести.

**Пациенты и методы.** Дети осматривались на 2–3-и сут ( $n = 164$ ), в 1 ( $n = 154$ ), в 3 ( $n = 142$ ), в 6 ( $n = 133$ ), в 12 ( $n = 130$ ) мес жизни. Медицинское вмешательство не проводилось.

Продолжительность исследования — 3 года. Выполнялось клиническое, лабораторное и инструментальное (электрокардиография и эхокардиография) обследование. Оценивали сердечный ритм, частоту синдрома ранней реполяризации желудочков и неспецифических нарушений процесса реполяризации; во II стандартном отведении морфологию, амплитуду в миллиметрах и ширину в секундах зубца Р; длительность в секундах интервала PQ (PR), комплекса QRS и интервала QT; морфологию, амплитуду в миллиметрах зубца Т, а также толщину межжелудочковой перегородки и задней стенки левого желудочка. Использовались непараметрические методы статистического анализа.

**Результаты.** Медиана амплитуды зубца Р на 2–3-и сут у детей 1б подгруппы по сравнению с детьми 3-й группы меньше на 0,2 мм; в 1 мес у детей 1-й (1б) группы по сравнению с детьми 3-й группы меньше на 0,1 мм; в 3 мес у детей 1а подгруппы по сравнению с детьми 1б подгруппы меньше на 0,35 мм, у детей 1б подгруппы по сравнению с детьми 3-й группы больше на 0,2 мм; в 6 мес у детей 1-й (1а и 1б) группы по сравнению с детьми 3-й группы больше на 0,2 мм; в 12 мес у детей 1а подгруппы по сравнению с детьми 1б подгруппы меньше на 0,2 мм, у детей 1б подгруппы по сравнению с детьми 2-й группы больше на 0,2 мм, у детей 1-й (1а) группы по сравнению с детьми 3-й группы меньше на 0,2 (0,5) мм, а по сравнению с детьми 3-й группы меньше на 0,2 мм. От 3 до 6 мес увеличивалась у детей 1а подгруппы на 0,35 мм. У детей 1-й (1а) группы замедление от 2–3 сут до 1 мес внутрипредсердной проводимости на 0,01 с, от 1 до 3 мес внутрижелудочковой проводимости на 0,01 с, от 3 до 6 мес внутрипредсердной проводимости на 0,01 с. Электрическая систола у детей 1-й группы замедлялась от 1 до 3 и от 3 до 6 мес на 0,01 с; у детей 1а подгруппы от 1 до 3 мес увеличивалась на 0,01 с, от 3 до 6 мес уменьшалась на 0,01 с, от 6 до 12 мес увеличивалась на 0,01 с. Медиана амплитуды зубца Т на 2–3 сут, в 1 мес у детей 1-й (1а и 1б) группы по сравнению с детьми 3-й группы больше на 0,4 мм и на 0,3 мм соответственно; в 3 мес у детей 1а подгруппы по сравнению с детьми 1б подгруппы меньше на 0,35 мм, а по сравнению с детьми 2-й группы меньше на 0,2 мм, у детей 1б подгруппы по сравнению с детьми 2-й группы больше на 0,15 мм, у детей 1-й (1б) группы по сравнению с детьми 3-й группы больше на 0,3 (0,45) мм; в 12 мес у детей 1б подгруппы по сравнению с детьми 2-й группы больше на 0,4 мм, у детей 1-й (1а) группы по сравнению с детьми 3-й группы меньше на 0,3 мм. От 2–3 сут до 1 месяца у детей 1-й (1а) группы увеличивалась на 0,8 мм.

У детей 1б подгруппы в возрасте 2–5 сут ТМЖП была минимальна (3,6 мм), к 6 мес отмечалось большее ее утолщение (на 1,1 мм) и задней стенки левого желудочка (на 1,0 мм). В 6 мес у них в сравнении с детьми 3-й группы ТМЖП была больше (4,7 мм). В 12 мес у этих детей в сравнении с детьми 1а подгруппы ТМЖП (5 мм) была больше. В 6 мес у детей 1а подгруппы в сравнении с детьми 1б подгруппы ТЗСЛЖ меньше (4,3 мм). В 12 мес у детей 1а подгруппы в сравнении с детьми 2-й группы, 1б подгруппы ТМЖП оказались меньше (4,8 мм).

**Заключение.** Выявлены некоторые электрокардиографические и эхокардиографические особенности в динамике роста и развития организма детей грудного возраста, рожденных в срок со ЗВУР легкой степени тяжести, свидетельствующие о высокой частоте изменений со стороны сердечно-сосудистой системы, требующие коррекционных мероприятий.

**Долотова Н.В., Филькина О.М., Воробьева Е.А., Кочерова О.Ю.**

*ФГБУ «Ив НИИ Мид им. В.Н. Городкова» МЗ РФ, Иваново, Российская Федерация*

## **ВЛИЯНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЦИФРОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ НАРУШЕНИЙ ЗРЕНИЯ У ДЕТЕЙ**

**Актуальность.** В связи с широким внедрением электронных средств обучения (ЭСО) в учебный процесс важно знать влияние длительности их использования в формировании болезней глаза и его придаточного аппарата, выявлять факторы риска нарушений зрения.

**Цель исследования.** Оценить влияние использования цифровых технологий в образовательном процессе на формирование болезней глаза и его придаточного аппарата у школьников 1–11-х классов.

**Пациенты и методы.** Проведено анкетирование учеников 1-х классов — 140 человек, 5-х классов — 170 человек и 9–11-х классов — 204 человека для выявления интенсивности использования различных ЭСО. Диагностика нарушений зрения выполнена путем авторефрактометрии, визометрии, непрямой офтальмоскопии. Обработка данных проводилась методами вариационной статистики в пакете прикладных лицензионных программ Microsoft Office 2010, Statistica for Windows 6.0.

**Результаты.** Первоклассники широко используют ЭСО. Чаще — компьютер, реже — планшет и ноутбук. По сравнению с учениками 1-х классов ЭСО в 5-х классах используются более интенсивно ( $p < 0,001$ ). Чаще это также компьютер ( $p < 0,05$ ), реже — ноутбук ( $p < 0,001$ ). Старшеклассники в 2,7 раза больше, чем первоклассники, тратят времени на использование ЭСО ( $p = 0,044$ ). Наиболее часто ученики 9–11 классов используют компьютер, но значительно реже пользуются ноутбуком ( $p < 0,05$ ) и планшетом ( $p < 0,001$ ). За период школьного обучения в 2,1 раза увеличивается число детей с миопией ( $p = 0,0098$ ), в 12,7 раза снижается с гиперметропией ( $p = 0,0015$ ) и в 1,6 раза — с нарушениями аккомодации ( $p = 0,0111$ ). Частота астигматизма снижалась в 1,7 раза к 5-му классу и увеличивалась в 2,5 раза к 9-11-му классу, нарушения аккомодации уменьшались к 5-му классу в 2,3 раза и увеличивались в 1,4 раза к 9-11-му классам. Частота анизометропии и анизейконии в 5,3 раза увеличивалась к 5-му классу и в 2,7 раза снижалась к 9–11-му классу. Частота гиперметропии однонаправленно снижалась, а частота миопии однонаправленно повышалась от 1-го к 9-11-му классам.

**Заключение.** Использование различных цифровых устройств можно рассматривать как один из факторов риска развития нарушений зрения у школьников.

**Домбаян С.Х., Панова И.В., Летифов Г.М., Афонин А.А., Афонина Т.А.,  
Бережанская С.Б.**

*Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону,  
Российская Федерация*

## **РОЛЬ НЕЙРОН-СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЕНОЛАЗЫ В ПАТОГЕНЕЗЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРОДУОДЕНИТА У ДЕТЕЙ 10–15 ЛЕТ**

**Актуальность.** Нейрон-специфическая енолаза (НСЕ) — гликолитический фермент, присутствующий во всех клетках APUD-системы, частью которой является желудочно-кишечный тракт, что определяет интерес к исследованию роли НСЕ у детей с хроническим гастродуоденитом (ХГД).

**Цель исследования.** Оценить характер изменений уровня НСЕ в сыворотке крови у детей с ХГД в зависимости от тяжести заболевания и гендерных различий.

**Пациенты и методы.** Обследовано 77 детей в возрасте 10–15 лет с ХГД (основная группа), из них 43 ребенка (21 мальчик и 22 девочки) с поверхностным гастродуоденитом (I группа) и 34 (21 мальчик и 13 девочек) — с эрозивным гастродуоденитом (II группа). В группу контроля (ГК) вошли 28 здоровых детей (17 мальчиков и 11 девочек). Уровень НСЕ в сыворотке крови определяли методом иммуноферментного анализа.

**Результаты.** Проведенное исследование установило, что уровень НСЕ при ХГД превышал контрольные значения: 10,87 (9,9–12,12) мкг/л и 9,78 (8,49–10,9) мкг/л соответственно ( $p \leq 0,01$ ). У больных II группы показатели НСЕ в сыворотке крови были выше, чем в I группе: 11,31 (9,65–11,985) мкг/л и 10,82 (9,98–12,10) мкг/л соответственно ( $p \leq 0,01$ ). Уровень НСЕ в I и II группах превышал количественные значения изучаемого фермента у детей из ГК: 10,82 (9,981–2,1) мкг/л; 11,31 (9,65–11,98) и 9,78 (8,49–10,9) мкг/л соответственно ( $p \leq 0,05$ ). Однонаправленность изменений уровня НСЕ в виде более низких значений у девочек в сравнении с мальчиками выявлена как в ГК, так и в ОГ ( $p \leq 0,05$  и  $p \leq 0,01$ ). Уровень НСЕ в крови у девочек и мальчиков основной группы превышал показатели контрольной группы ( $p \leq 0,01$ ). Уровень НСЕ у мальчиков I и II групп был выше в сравнении со здоровыми детьми и девочками из I и II групп ( $p \leq 0,05$ ).

**Заключение.** Повышенный уровень НСЕ в крови у детей с ХГД не исключает участие изучаемого фермента в провоспалительных процессах в гастродуоденальной области.

Повышенные значения НСЕ при эрозивном гастродуодените свидетельствуют о роли данного белка в развитии тяжелых форм заболевания. Гендерные различия концентраций НСЕ не исключают ее ассоциации с функцией половых гормонов.

**Дубровская И.В., Кузнецова Т.А.**

*ФГБОУ ВО «Орловский Государственный университет им. И. С. Тургенева»,  
Медицинский институт, Орел, Российская Федерация*

## **ДИАГНОСТИКА ЛАТЕНТНОГО ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ**

**Актуальность.** Согласно федеральным клиническим рекомендациям (2014), ожирение у детей определяется стандартным отклонением SDS индекса массы тела (ИМТ), превышающим +2. Однако ИМТ не позволяет определить «скрытое ожирение», что возможно с помощью биомипедансометрии (БИМ).

**Цель исследования.** Оценить возможность БИМ в определении латентного ожирения как коморбидного состояния у детей с бронхиальной астмой (БА).

**Пациенты и методы.** На базе аллергопульмонологического отделения ЛПУ III уровня Орловской области обследовано 64 ребенка 6–17 лет с БА. Оценивался показатель ИМТ по программе WHO AnthroPlus (2007) в соотношении с относительным показателем жировой массы (% ЖМ), определяемым БИМ — методом, основанным на измерении электрического сопротивления тканей тела. Проведен статистический и корреляционный анализ.

**Результаты.** Ожирение по ИМТ (+2 SDS) встретилось в 34,4% случаев ( $n = 22$ ) без достоверной разницы по возрасту ( $p = 0,674$ ); по результатам расчета % ЖМ с помощью БИМ — в 73% случаев ( $n = 47$ ), т.е. латентное ожирение определено в 38,6% случаев.

Корреляционный анализ выявил сильную прямую связь % ЖМ с тяжестью течения БА ( $r = 0,038, p < 0,05$ ), что объясняется эндокринной активностью жировой ткани, секретирующей адипокины и способствующей хроническому аллергическому воспалению.

**Заключение.** Расчет % ЖМ по БИМ позволяет уточнять показатель SDS ИМТ, выявлять скрытое (латентное) ожирение для персонализированного проведения коррекции питания у детей с БА.



**Егорова Е.А., Матвеев А.В., Балакчина А.И.**

*Медицинская академия им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский  
Федеральный университет им. В.И. Вернадского», Симферополь,  
Республика Крым, Российская Федерация*

## **ОСОБЕННОСТИ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ НА ВИТАМИННЫЕ ПРЕПАРАТЫ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ (РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ)**

**Актуальность.** Витамины являются низкомолекулярными органическими соединениями с высокой биологической активностью. Значение витаминов для обеспечения нормальной жизнедеятельности и поддержания здоровья детей чрезвычайно велико.

**Цель исследования.** Целью исследования являлось изучение нежелательных реакций (НР) при применении витаминных препаратов у пациентов детского возраста, зарегистрированных в региональной базе данных спонтанных сообщений ARCADE (Республика Крым) в 2008–2018 гг.

**Пациенты и методы.** Исследование 29 зарегистрированных на территории Республики Крым случаев возникновения НР при применении витаминных препаратов у детей в возрасте до 18 лет. Выявление случаев развития НР на витаминные препараты проводилось с использованием кодов Анатомо-терапевтической-химической классификации ЛС ВОЗ, данных инструкций Государственных реестров лекарственных средств Российской Федерации.

**Результаты.** Наиболее часто случаи развития НР были обусловлены применением поливитаминных препаратов с микроэлементами и препаратов пиридоксина — по 5 случаев (17,2%). Применение поливитаминных препаратов и комбинаций витамина В<sub>1</sub> с витамином В<sub>6</sub>/В<sub>12</sub> сопровождалось развитием НР в 3 случаях соответственно. Единичные случаи НР наблюдались при применении витаминов группы В в комбинации с минеральными веществами, аскорбиновой кислоты, тиамин, бенфотиамин, поливитаминов с железом.

В большинстве случаев НР наблюдались у пациентов мужского пола (17 случаев, 58,6%).

Среди клинических проявлений НР, возникающих у пациентов на фоне применения витаминных препаратов, преобладали случаи развития аллергических реакций — 28 случаев (93,1%), в т.ч. один случай отека Квинке, представляющий угрозу жизни пациента. В 1 карте-извещении содержалась информация о развитии НР со стороны ЖКТ (тошнота, рвота, боли в области желудка).

В случае развития НР при применении витаминных препаратов медикаментозная коррекция потребовалась в 15 случаях (51,7%). В 8 случаях (27,6%) пациенты в проведении дополнительной фармакотерапии не нуждались. В 6 картах извещений подобная информация отсутствовала (20,7%).

**Заключение.** Наиболее частыми клиническими проявлениями НР при применении витаминных препаратов являются аллергические реакции различной степени тяжести. В 17% случаях рассматриваемые НР приводили к госпитализации / продлению сроков госпитализации пациентов, что может свидетельствовать об их серьезности и необходимости контроля приема витаминных препаратов у пациентов детского возраста.

**Ефременкова А.С.<sup>1,2</sup>, Крутикова Н.Ю.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Смоленский государственный медицинский университет, Смоленск,  
Российская Федерация

<sup>2</sup> ОГБУЗ «ДКБ ДПО № 3», Смоленск, Российская Федерация

## **D-ВИТАМИННЫЙ СТАТУС ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ОЖИРЕНИЕМ**

**Актуальность.** Недостаточный уровень витамина D повышает риск метаболических нарушений, роста инсулинорезистентности и глюкозотолерантности.

**Цель исследования.** Провести оценку обеспеченности 25(OH)D (кальцидиол) детей, страдающих ожирением разной степени.

**Пациенты и методы.** В проспективном исследовании наблюдались две группы детей в возрасте 4–15 лет: основная и контрольная. Основная группа включала 30 детей, имеющих ожирение различной степени (индекс массы тела (ИМТ)  $\geq +2$  SDS для данного пола и возраста). Контрольную группу составили 40 детей без ожирения. Концентрацию 25(OH)D в сыворотке крови определяли методом хемилюминесцентного иммуноанализа. Адекватный уровень витамина D определяется как концентрация 25(OH)D более 30 нг/мл, недостаточность — как 21–30 нг/мл, дефицит — менее 20 нг/мл.

**Результаты.** В ходе исследования определено, что уровень 25(OH)D у детей с ожирением составил  $M_e = 18,9$  нг/мл (НГ — 11,3, ВГ — 25,91 нг/мл), что достоверно ниже, чем в группе контроля  $M_e = 43,2$  нг/мл (НГ — 32,5, ВГ — 55,1 нг/мл) ( $p < 0,05$ ). Во всех возрастных группах у детей с ожирением установлен низкий уровень витамина D. При сравнении обеспеченности витамином D в зависимости от тяжести ожирения и пола достоверно значимых различий получено не было ( $p > 0,05$ ). При исследовании обеспеченности витамином D внутри группы с ожирением в зависимости от состояния костной прочности получены данные о значимо более низких показателях костной ультрасонометрии. Уровень кальцидиола статистически значимо снижался при более тяжелой степени снижения костной прочности. При корреляционном анализе получены значимые прямые связи уровня кальцидиола с показателями костной прочности ( $r = 0,63$ ;  $p < 0,01$ ).

**Заключение.** Установлено, что 100% детей с различной степенью ожирения имеют низкий уровень витамина D в сыворотке крови. Пол и степень тяжести ожирения не влияют на сывороточный уровень кальцидиола. Дети с ожирением имеют достоверно более низкие показатели костной прочности в сравнении с детьми из группы контроля.

**Ешану В.Ф.<sup>1,2</sup>, Палий И.И.<sup>1,2</sup>, Ешану В.Г.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> *Департамент педиатрии, Государственный медицинский и фармацевтический университет имени Николая Тестемицану, Кишинев, Молдова*

<sup>2</sup> *Научно-исследовательский институт охраны здоровья матери и ребенка, Кишинев, Молдова*

## **ФОРМЫ ГЕОМЕТРИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ДЕТЕЙ С ДИАБЕТОМ 1-го ТИПА**

**Актуальность.** Сахарный диабет 1-го типа (СД1) является существенным фактором, влияющим на развитие сердечно-сосудистых событий. Дискретные изменения геометрии левого желудочка происходят на ранних этапах развития данной патологии у детей. Актуальность проблемы заключается в том, что данные об этих изменениях у педиатрических пациентов ограничены.

**Цель исследования.** Изучить структурно-морфологические параметры сердечной мышцы при СД1 у детей по данным эхокардиографического исследования.

**Пациенты и методы.** Ретроспективное исследование, были включены 20 детей с СД1 (возраст 10–18 лет; продолжительность заболевания  $\geq 5$  лет). Обследование включало ЭхоКГ. Стратификация проводилась по моделям геометрии левого желудочка (ЛЖ): ЛЖ нормального вида, физиологический, концентрический, смешанный, расширенный, эксцентрическая гипертрофия, концентрическое и эксцентрическое ремоделирование. SPSS Statistics, версия 20.

**Результаты.** Эхокардиографические параметры: левое предсердие —  $28,0 \pm 2,6$  (мм) и  $18,2 \pm 3,1$  (мм/м<sup>2</sup>)\*, конечный диастолический размер ЛЖ —  $43,2 \pm 3,6$  (мм) и  $27,8 \pm 3,2$  (мм/м<sup>2</sup>)\*, конечный систолический размер ЛЖ —  $26,6 \pm 2,3$  (мм) и  $17,1 \pm 2,6$  (мм/м<sup>2</sup>)\*, конечно-диастолический объем ЛЖ —  $85,2 \pm 16,2$  (мл) и  $53,5 \pm 5,8$  (мл/м<sup>2</sup>)\*, конечный систолический объем ЛЖ —  $26,2 \pm 5,4$  (мл) и  $16,4 \pm 2,0$  (мл/м<sup>2</sup>)\*, межпредсердная перегородка —  $7,8 \pm 0,8$  (мм), толщина задней стенки ЛЖ —  $7,6 \pm 0,9$  (мм), фракция выброса —  $68,8\% \pm 2,9\%$ , масса миокарда ЛЖ —  $104,11 \pm 21,6$  (г) ИММЛЖ —  $65,5 \pm 10,8$  (г/м<sup>2</sup>)\* и  $27,1 \pm 4,4$  (г/м<sup>2</sup>). У детей с СД1 наблюдались следующие геометрические модели ЛЖ: концентрическое ремоделирование — 2 (10%) пациента, концентрическая гипертрофия — 1 (5%), эксцентрическая гипертрофия — 1 (5%) (женский пол, длительность СД > 5 лет, декомпенсированный СД), эксцентрическое ремоделирование — 0%, физиологическая, смешанная, дилатационная гипертрофия — 0% участников (нормальная геометрия — 16 (80%)).

**Заключение.** Результаты исследования подтверждают, что патологические формы ремоделирования ЛЖ (концентрическое ремоделирование, концентрическая и эксцентрическая гипертрофия) достоверно выявляются у детей с СД1. Длительность заболевания, уровень HbA1c, пол могут быть инкриминированы как потенциальные факторы в установке изменений геометрии ЛЖ у этой группы пациентов. Эхокардиографию рекомендуется выполнять как метод оценки наличия моделей геометрии ЛЖ у данной группы пациентов, что позволит выделить детей, предрасположенных к сердечно-сосудистым осложнениям.

**Журавлева Л.Н.**

*Витебский государственный медицинский университет, Витебск,  
Республика Беларусь*

## **СУРФАКТАНТНЫЕ ПРОТЕИНЫ А И D ПРИ РЕСПИРАТОРНЫХ НАРУШЕНИЯХ У НОВОРОЖДЕННЫХ**

**Актуальность.** На современном этапе проблема инфекционных заболеваний является актуальной, что связано с высоким уровнем заболеваемости и частоты осложнений у детей грудного возраста и новорожденных. Среди недоношенных новорожденных лидирующую роль занимают пневмония и респираторный дистресс-синдром (РДС).

**Цель исследования.** Оценить содержание сурфактантных белков D (SP-D) и A (SP-A) у детей с врожденной пневмонией и респираторным дистресс-синдромом и выявить корреляционные связи с клинической картиной и исходами заболевания.

**Пациенты и методы.** Мы обследовали 45 новорожденных (27 детей с врожденной пневмонией и 18 детей с РДС), группу сравнения составили 20 недоношенных новорожденных без респираторных нарушений. Все пациенты были недоношенными (28–36 нед), массой тела при рождении 860–2870 г. Объектом исследования была сыворотка крови (у всех детей) и трахеобронхиальный аспират (ТА) новорожденных детей у детей на ИВЛ. Забор биологического материала проводили на 1–2-й день жизни и на 10–14-й день. В сыворотке крови и ТА определяли содержание SP-D и SP-A методом ИФА.

**Результаты.** Содержание SP-A в группе «условно здоровых» недоношенных составило 48,4 нг/мл (25–75 IQR 35,7–64,3 нг/мл). Концентрация SP-A в плазме пациентов с врожденной пневмонией была 35,78 нг/мл (25–75 IQR 25,57–41,63 нг/мл) в течение как 1–2-х сут, так и в последующем на 10–14-е сут исследования достоверно выше ( $p < 0,001$ ), чем у недоношенных без респираторных заболеваний. Содержание SP-D в группе «условно здоровых» недоношенных составило 1,97 нг/мл (25–75 IQR 1,3–2,14 нг/мл). Концентрация SP-D в плазме пациентов с врожденной пневмонией была 35,78 нг/мл (25–75 IQR 25,57–41,63 нг/мл) в течение как 1–2-х сут, так и в последующем на 10–14-е сут исследования достоверно выше ( $p < 0,001$ ), чем у недоношенных без респираторных заболеваний, и выше, чем у детей с РДС ( $p < 0,001$ ). Мы определили положительную корреляционную связь между тяжестью течения пневмонии и повышением уровня SP-A в сыворотке на 1–2-е сут жизни у пациентов с неблагоприятным исходом пневмонии ( $r = 0,378$ ,  $p < 0,0001$ ). Также мы обнаружили, что уровень SP-A в сыворотке крови недоношенных новорожденных 56,5 нг/мл может служить диагностическим критерием прогностически неблагоприятного течения врожденной пневмонии. Мы выявили положительную корреляционную связь между тяжестью течения пневмонии и повышением уровня SP-D в сыворотке на 1–2-е сут жизни ( $r = 0,62$ ,  $p < 0,001$ ).

**Заключение.** У недоношенных новорожденных с врожденной пневмонией и РДС на 1–2-е сут выявлен повышенный уровень сурфактантных белков D и A. Концентрация SP-D в сыворотке крови недоношенных новорожденных 21,8 нг/мл может служить диагностическим критерием прогностически неблагоприятного течения врожденной пневмонии. Повышенный уровень в крови сурфактантного белка A при врожденной пневмонии может быть новым значимым биомаркером этого заболевания и отражать активный воспалительный процесс и степень повреждения легких.

**Журавлева Н.С., Хорошев С.А., Исмагилова И.Ф.**

*ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, ГАУЗ СО ОДКБ, Екатеринбург,  
Российская Федерация*

## **ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ ТРОМБОФИЛИИ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК V СТАДИИ**

**Актуальность.** Проблема прогностической значимости наследственной тромбофилии для оценки рисков развития тромбозов сосудистого доступа при проведении гемодиализа у детей с терминальной хронической почечной недостаточностью (ХПН), а также послеоперационных осложнений почечной трансплантации на сегодняшний день однозначно не решена. Данные о распространенности полиморфизма генов тромбофилии среди здорового детского населения и детей с почечной патологией в России весьма малочисленны.

**Цель исследования.** Изучить профиль тромбофильных мутаций у детей с хронической болезнью почек (ХБП) V стадии, получающих гемодиализ.

**Пациенты и методы.** В исследование были включены 12 детей на программном гемодиализе. Изучалось наличие следующих полиморфизмов: ингибитора активатора плазминогена I типа, бета-субъединицы интегрин (рецептора фибриногена тромбоцитов), интегрин альфа-2 (гликопротеина Ia/IIa тромбоцитов), бета-полипептидной цепи фибриногена, факторов свертывания XIII, VII, V, II, метионинсинтазы-редуктазы, метионинсинтазы и двух полиморфизмов в гене метилентетрагидрофолатредуктазы (MTHFR).

**Результаты.** Средний возраст пациентов составил  $13,2 \pm 4,2$  года (медиана — 14,9 лет). Соотношение мальчиков и девочек — 1:1. У всех детей (100%) имелись те или иные тромбофильные мутации в гомозиготном или гетерозиготном состоянии.

В 66% случаев у детей с ХБП V стадии выявлен ITGA2 807 C807T — полиморфизм в гене интегрин альфа-2 (гликопротеина Ia/IIa тромбоцитов) с заменой цитозина на тимин в позиции 807, также имели место полиморфизмы гена фактора свертывания XIII.

У большинства (75%) пациентов мутации генов тромбофилии были обнаружены в гомозиготном состоянии. Наиболее частый полиморфизм (42%), встречающийся в гомозиготном состоянии: MTRR A66G — замена аденина в позиции 66 на гуанин в гене, кодирующем фермент метионинсинтаза-редуктазу, который в норме обеспечивает обратное превращение гомоцистеина в метионин, предотвращая гомоцистеинемию и тромботические осложнения. Полиморфизм гена MTRR также являлся наиболее частой тромбофильной мутацией в целом. Он в том или ином варианте встречался у 91% наблюдаемых пациентов.

Вторым по частоте полиморфизмом в гомозиготном состоянии, имеющимся у 25% пациентов, являлась PAI-1-675 5G/4G — инсерция гуанина в позиции 675 в гене ингибитора активатора плазминогена I типа (PAI-1). Эта мутация приводит к ослаблению фибринолитической активности крови за счет повышения концентрации в плазме PAI-1, что увеличивает риск сосудистых осложнений.

**Заключение.** Таким образом, наличие у всех детей с ХБП V стадии тромбофильных мутаций в гомозиготном или гетерозиготном состоянии, оценка их прогностической значимости в отношении развития тромбозов сосудистого доступа при проведении гемодиализа требуют дальнейшего изучения.

**Заводнова О.С.**

*ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Ставрополь,  
Российская Федерация*

## **КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВЕТРЯНОЧНЫХ ЭНЦЕФАЛИТОВ У ДЕТЕЙ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ**

**Актуальность.** Удельный вес ветряночных энцефалитов в структуре вирусных энцефалитов достигает 30%, в Ставропольском крае — 14,8% (в структуре всех энцефалитов — 6,1%). Исходы острого течения ветряночных энцефалитов зависят от возраста и соблюдения стандартов терапии.

**Цель исследования.** На основании ретроспективного анализа историй болезни определить клинико-эпидемиологические особенности ветряночных энцефалитов.

**Пациенты и методы.** Проведен анализ данных историй болезни 9 детей с ветряночными энцефалитами. Все пациенты являлись жителями Ставропольского края Чеченской республики. Возраст детей составлял от 1 года 5 мес до 8 лет. Методы исследования: эпидемиологические (анализ медицинской документации); клинические (оценка неврологического статуса). Все случаи ветряночного энцефалита подтверждены выявлением антител класса М и G к вирусу Варицелла-Зостер (ВВЗ) в крови, ДНК ВВЗ в ликворе, данными инструментального исследования (МРТ головного мозга).

**Результаты.** Острое начало ветряночного энцефалита наблюдалось на 7–11-й день от появления ветряночных элементов. В 3 случаях выявлен тесный контакт с больным ветряной оспой. Период развития ветряночного энцефалита — апрель-июль. В 7 случаях установлено изолированное поражение головного мозга. Преобладала церебеллярная форма заболевания с динамической и статической атаксией ( $n = 8$ ). С равной частотой встречались нарушения двигательной активности, шаткая походка и отсутствие двигательной активности. Реже — скандированная и монотонная речь, нарушение произношения звуков ( $n = 3$ ). Мозжечковые нарушения сохранялись до 24 дней.

Общемозговая симптоматика в виде головной боли, рвоты, атонический синдром характерны для всех пациентов, гиперкинезы — для 5. Длительность сохранения гиперкинезов — 21–23 дня. Пролонгированный менингеальный синдром ( $n = 1$ ) выявлен при ветряночном менингоэнцефалите. Отек головного мозга ( $n = 1$ ) наблюдался при поражении мозжечка и большого мозга. Кратковременные судороги ( $n = 1$ ) в дебюте характерны для ребенка полутора лет жизни. Локализация изменений, выявленных при МРТ: белое вещество больших полушарий ( $n = 2$ ), полушария мозжечка ( $n = 7$ ), в динамике — атрофические изменения (кистовидные расширение субарахноидального пространства мозжечка, лобно-теменной области).

**Заключение.** В структуре всех энцефалитов у детей Ставропольского края ветряночный энцефалит составляет менее 10%. Характеризуется умеренной интоксикацией, преимущественным поражением мозжечка, клиническим выздоровлением при отсутствии предшествующего поражения ЦНС. Проведение стандартной противовирусной (зовиракс, ацикловир, интерферон альфа-2b), патогенетической терапии приводит к клиническому выздоровлению ( $n = 8$ ). Остаточные проявления (ВЧГ, атония, астеновегетативный синдром, атаксия) у пациента с предшествующим поражением ЦНС потребовали лечения в специализированном стационаре.

**Заводнова О.С.**

*ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Ставрополь,  
Российская Федерация*

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПАХОВЫХ И ПАХОВО-МОШОНОЧНЫХ ГРЫЖ У ДЕТЕЙ**

**Актуальность.** Врожденные паховые грыжи доминируют среди грыж у детей (90–95%). Наблюдается постоянный рост количества выявленных случаев паховых грыж. В структуре плановых хирургических вмешательств операции по поводу паховой грыжи составляют 40%. Широко распространена методика открытой операции.

**Цель исследования.** Оценить эффективность хирургической коррекции паховых и пахово-мошоночных грыж (открытая операция грыжесечения и лапароскопическая) у детей в хирургическом отделении КДКБ города Ставрополя.

**Пациенты и методы.** Проведен ретроспективный анализ историй болезни детей с паховыми и пахово-мошоночными грыжами ( $n = 40$ ) отделения детской хирургии с 25.12.2019. по 22.12.2020. Среди пациентов 30 мальчиков (75%) и 10 девочек (25%); пациенты в возрасте от 1 до 12 мес — 7 детей (17,5%), от 1 года до 4 лет — 19 детей (47,5%), 5–7 лет — 14 (35%). Средний возраст  $3,8 \pm 0,7$  лет. Родились доношенными 33 ребенка (82%), недоношенными — 7 детей (18%). У всех в анамнезе наличие паховой или пахово-мошоночной грыжи.

**Результаты.** Основные жалобы при поступлении: наличие безболезненного опухолевидного образования в паховой области (100%), выраженное беспокойство, плач (55%). 90% детей находилось на диспансерном учете у хирурга. Количество пахово-мошоночных грыж в общей структуре составило 15% ( $n = 6$ ), паховых — 85% ( $n = 34$ ). В том числе двусторонних грыж — 2 (5%), левосторонних — 11 (27,5%), правосторонних — 21 (52,5%). Планово было прооперировано 37 детей (92%), экстренно — 3 (8%) (ущемленные грыжи). Дети были госпитализированы из г. Ставрополя ( $n = 19$ ), из Благодарненского р-на ( $n = 6$ ), из г. Невинномысска ( $n = 3$ ) и других районов. Все операции проводились под ингаляционным (масочным) наркозом. Риск анестезии составлял 1 А ( $n = 38$ ), 1 Б ( $n = 1$ ), 2 Б ( $n = 1$ ).

Повышенный риск анестезии связан с ранним возрастом ребенка и ущемлением грыжи. Все ущемленные грыжи были характерны для детей первого года жизни.

Длительность операции составляла 15–20 мин в неосложненных случаях, 25–30 мин — в случаях ущемления грыжи, большого размера грыжевого выпячивания. Число койко-дней колебалось от 3–4 сут (неосложненные случаи) до 10–12 (ущемление, период новорожденности, осложнения).

**Заключение.** Выявлено преобладание паховых грыж над пахово-мошоночными (5,7:1), правосторонних грыж над двусторонними (1,9:1), планового хирургического вмешательства над экстренным (11,5:1), детей, родившихся доношенными, над детьми, родившимися недоношенными (4,6:1). Во всех случаях была использована методика открытой операции. Среднее время выполнения открытой операции составило  $20,25 \pm 7$  мин. Средний койко-день после открытого вмешательства —  $6,65 \pm 3$  дня. Все 40 детей были выписаны с выздоровлением, ранний и поздний послеоперационные периоды прошли без осложнений. Эффективность хирургической коррекции паховых и пахово-мошоночных грыж методикой открытой операции составила 100%.

**Заводнова О.С.**

*ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Ставрополь,  
Российская Федерация*

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ВРОЖДЕННЫХ ГЕАНГИОМ У ДЕТЕЙ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ**

**Актуальность.** Гемангиомы — часто встречающиеся опухолевые заболевания (12% новорожденных), наиболее распространенные опухолевые заболевания у детей (50% всех типов опухолей мягких тканей). Заболеваемость — 1 случай на 1200 новорожденных с преобладанием гемангиом лица и волосистой части кожи головы.

**Цель исследования.** Провести оценку эффективности хирургического лечения гемангиом поверхностной локализации у детей в хирургическом отделении КДКБ г. Ставрополя за период с 2019 по 2020 г.

**Пациенты и методы.** За основу были взяты данные 40 историй болезни детей, проходивших лечение в стационаре детского хирургического отделения № 1 ДККБ г. Ставрополя с 2019 по 2020 г. Диагнозом при поступлении в данной группе явились гемангиомы кожи различной локализации, по классификации МКБ-10 D18 «Гемангиома и лимфангиома любой локализации». У всех пациентов интраоперационно и гистологически подтверждался диагноз «гемангиома кожи». Лечение заболевания проводилось по различным методикам, основой которых было местное деструктивное воздействие на новообразование.

**Результаты.** Среди пациентов преобладали девочки (60%), новорожденные и дети первого года жизни (90%). В 60% случаев выявлена патология беременности: токсикоз 1–2-й половины беременности — 67,5%, 2-й половины — 20%; патология родов — у 12,5% пациентов (гипоксия плода). 20% детей имели поражение ЦНС (ПЭП, пирамидная недостаточность, ВЧГ). 70% пациентов состояли на диспансерном учете у хирурга. Диагностированы гемангиомы кожи, подкожной жировой клетчатки (ПЖК) — 80%, слизистых оболочек — 5%, звездчатые гемангиомы — 15%. Локализация гемангиом: волосистая часть головы — 32%, лицо — 30%, тело — 24%, конечности — 10%, слизистые оболочки — 4%. У 80% пациентов были единичные гемангиомы, у 1 пациента — более 4 опухолей. В 15% случаев проведено УЗИ для уточнения размеров опухоли. В 55% случаев развились осложнения, требующие экстренного вмешательства: активный рост (45%), кровотечение (10%). Регистрировались только у детей 1-го года жизни. Использованы методы лечения: удаление в пределах здоровых тканей (82%), электрокоагуляция (14%), криодеструкция (4%) под общей анестезией. Время хирургического вмешательства не превышало 24 мин.

Применялся внутрикожный шов, атравматический шовный материал.

**Заключение.** Наблюдается преобладание кавернозных гемангиом кожи и ПЖК (80%). Высока доля гемангиом лицевой и краниальной локализации (60%). Отсутствие диспансерного наблюдения у хирурга приводит к развитию гемангиом значительных размеров и двухэтапному оперативному вмешательству.

Применялся комплексный хирургический метод лечения. Электрокоагуляция как основной метод — при звездчатых гемангиомах, гемангиомах малых размеров, кровотечениях. В 100% случаев — положительный эффект оперативного лечения.



**Захаров И.А., Панина О.С., Черненко Ю.В.**

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

## **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ЭКЗАНТЕМ В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ**

**Актуальность.** Многообразие и частота инфекций, сопровождающихся экзантемами у новорожденных детей, не имеет тенденции к снижению. Не менее часто встречаются неинфекционные заболевания кожи. Главной задачей неонатолога является проведение дифференциальной диагностики между заболеваниями.

**Цель исследования.** Повышение осведомленности врачей-педиатров и неонатологов о дифференциальной диагностике при кожных изменениях.

**Пациенты и методы.** Проведен ретроспективный анализ 64 историй развития новорожденного (форма 097/у) с кожными проявлениями в раннем неонатальном периоде за 2020 г.

**Результаты.** Врожденный везикулопустулез являлся самой распространенной патологией, выявляемой в родильном зале (79,4% случаев). Представляет собой стафилококковый перипорит, субстратом которого является воспаление устья потовых желез. Клинически проявляется в виде рассеянных по всему телу везикул со сгущением в местах естественных складок, наполненных мутным содержимым, размером несколько миллиметров, при этом состояние ребенка удовлетворительное.

Пузырчатка новорожденных была зафиксирована в 8,8% случаев всех экзантем. Отмечается появление вялых пузырей с венчиком гиперемии, наполненных гнойным содержимым, размерами до 3 см в диаметре, состояние ребенка расценивается как тяжелое, с выраженной интоксикацией. Все дети были переведены в инфекционный стационар в течении 2 час после рождения.

Кожные экзантемы, обусловленные проявлениями внутриутробных инфекций, составили 8,8% случаев.

При врожденной краснухе (2,9% случаев) наблюдались пятнистая и пятнисто-папулезная сыпь красновато-розового цвета, геморрагическая сыпь и пятна голубовато-фиолетового цвета, напоминающие симптом «пирога с черникой», за счет очагов внекостномозгового кроветворения.

Цитомегаловирусная инфекция (в 5,8% случаев) выражалась в появлении мелкоточечной петехиальной сыпи через несколько часов после рождения и персистирующей несколько недель, иногда приобретающий вид «черничного кекса». Врожденный адипонекроз (2,9% случаев) проявлялся появлением красно-фиолетовых болезненных уплотнений на коже с размягчением в центре при пальпации. Не требует назначения антибактериальной терапии и перевода в инфекционный стационар.

**Заключение.** Повышение осведомленности врачей в дифференцировании заболеваний, проявляющихся экзантемой, позволит правильно поставить диагноз и грамотно маршрутизировать новорожденного.

**Зурначева Э.Г., Галимова О.И., Федько Н.А., Иваницкая Е.В.,  
Джанибекова А.С.**

*ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Ставрополь,  
Российская Федерация*

## **СТРУКТУРА КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ**

**Актуальность.** На фоне интенсивного развития и совершенствования новых технологий диагностики и лечения сердечно-сосудистой патологии в РФ доля этих заболеваний в общей структуре распространенности болезней у детей с возрастом увеличивается.

**Цель исследования.** Провести анализ частоты и структуры сердечно-сосудистых заболеваний детей.

**Пациенты и методы.** Проведен ретроспективный анализ диспансерных карт детей от 1 до 18 лет, состоящих на учете у кардиолога в МБУЗ СК «Городская детская поликлиника № 3» г. Ставрополя в период 2018–2020 гг.

**Результаты.** В 2018 г. на диспансерном учете состояло 300 детей. Структура кардиоваскулярной патологии за анализируемый период представлена следующим образом: врожденные пороки сердца (ВПС) — 52%, нарушения ритма сердца (НРС) — 20%, миокардиты и кардиомиопатии (КМП) — 3,6%, диффузные заболевания соединительной ткани сердца (ДЗСТС) — 7,3%, артериальная гипертензия (АГ) у детей — 5,6%, малые аномалии развития сердца (МАРС) — 11,3%. В 2019 г. на диспансерном учете состояло 330 детей, из них с ВПС — 54,4%, НРС — 21,9%, с КМП — 1%, с ДЗСТС — 5%, с АГ у детей — 4,6%, с МАРС — 14%. В 2020 г. на «Д»-учете состояло 346 детей: с ВПС — 63%, с НРС — 23%, с КМП — 4%, с ДЗСТС — 5,2%, АГ у детей — 6,3%, МАРС — 16,4%.

В современной структуре кардиоваскулярной патологии детей преобладали ВПС. Наиболее часто они встречались в дошкольном возрасте (3–7 лет), реже — у детей подросткового периода. Во всех возрастных категориях преобладали девочки.

Среди ВПС доминируют пороки сердца с обогащением малого круга кровообращения (ДМПП — 39,6%, ДМЖП — 17,8%, ОАП — 8,9%).

Самой частой МАРС среди детей, состоящих на учете, была митральная недостаточность с регургитацией 2–3-й степени, составив более половины случаев — 51,5%, среди НРС — суправентрикулярная экстрасистолия (27,8%), синдром дисфункции синусового узла (13,9%), АГ у детей — ВСД по гипертензивному типу (54,5%), ПАГ — 27,3% случаев.

**Заключение.** За последние 3 года отмечается нарастание кардиоваскулярной патологии у детей. В структуре кардиопатологии преобладают ВПС, недостаточность митрального клапана, суправентрикулярная экстрасистолия и гипертензивный синдром.

**Иванов А.А.<sup>1</sup>, Куличенко Т.В.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ГБУЗ «МДГКБ ДЗМ», Москва, Российская Федерация

<sup>2</sup> ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ, Москва, Российская Федерация

## **ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГЕРПЕСВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ: У СТРАХА ГЛАЗА ВЕЛИКИ**

**Актуальность.** Инфицирование вирусами герпеса чаще происходит бессимптомно, но ведет к персистенции их в организме в течение всей жизни. В отечественной педиатрии мы сталкиваемся с гипердиагностикой герпесвирусных инфекций и преувеличением их роли в генезе заболеваний у иммунокомпетентных людей.

**Цель исследования.** Оценить частоту и эффективность серологической диагностики герпесвирусных инфекций в практике врача (HSV — вирус герпеса 1/2 типа, EBV — вирус Эпштейна–Барр, CMV — цитомегаловирус) при инфекционных и соматических заболеваниях.

**Пациенты и методы.** Мы провели ретроспективный анализ результатов серологического обследования на герпесвирусные инфекции пациентов детской больницы г. Москвы. В сплошное когортное исследование включены все пациенты стационарных отделений различного профиля, которым в течение 2 календарных месяцев было назначено серологическое обследование на HSV, EBV, CMV. Проанализированы результаты обследования в зависимости от нозологии, а также их влияние на диагноз и терапевтическую тактику.

**Результаты.** За 2 мес серологическое обследование с целью поиска маркеров герпесвирусных инфекций было проведено 996 пациентам ( $\approx 10\%$  всех пролеченных больных) из 17 отделений стационара, из них 3 — хирургического профиля. Чаще всего серологические маркеры исследовались в отделениях инфекционного, общепедиатрического, гематологического, гастроэнтерологического и офтальмологического профилей. В спектре диагнозов, с которыми лечились пациенты, отмечено более 145 различных нозологий. При этом положительные маркеры острого инфекционного процесса (IgM) к HSV у 1,7% обследованных, к EBV — у 4,9%; к CMV — у 3,8%; подавляющее большинство этих пациентов имели острое инфекционное заболевание: инфекционный мононуклеоз, тонзиллит или ОРВИ. В 74% случаев обследование назначалось шаблонно, одновременно на все три вида вирусов. Герпетическая инфекция была диагностирована при этом у 12,8% пациентов, в т.ч. у 2,4% при отсутствии IgM, лечение в стационаре было назначено только трети из них, несмотря на диагноз. Еще 13,3% пациентов получили рекомендации провести лечение амбулаторно.

**Заключение.** В клинической практике поиск герпесвирусных инфекций чрезвычайно распространен, охватывает необоснованно широкий спектр нозологий и в большинстве случаев нецелесообразен. Герпетические инфекции верифицируются преимущественно у пациентов с типичной специфической клинической картиной. Избыточная диагностика определяет увеличение стоимости обследования, полипрагмазию, иногда с причинением необоснованной боли детям.

**Игнатьев Е.А., Васильева Т.М., Корчагина Е.В.**

*ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 125 ДЗМ», Москва,  
Российская Федерация*

## **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДИСТАНЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В РАБОТЕ ДЕТСКОЙ ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ПРИ ОКАЗАНИИ ПЕРВИЧНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19**

**Актуальность.** В условиях пандемии COVID-19 технологии дистанционного наблюдения приобретают особую актуальность. Проведенное нами ранее исследование показало, что 95% законных представителей готовы на использование телемедицинских сервисов взамен очных осмотров.

**Цель исследования.** Оценить возможность применения разработанного нами онлайн-сервиса [www.stop-hemangioma.online](http://www.stop-hemangioma.online) для наблюдения за детьми при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях.

**Пациенты и методы.** Выделены группы: 1-я группа — 30 пациентов, наблюдавшихся дистанционно в связи с обнаружением у них COVID-19 (20 человек с гнойными заболеваниями кожи и 10 детей с инфантильными гемангиомами), 2-я группа — рандомно выбранные 30 детей, наблюдавшихся очно (нозологический, половозрастной состав не отличался от 1-й группы). Наблюдение осуществлялось по разработанному дневнику наблюдения (отдельно для каждой нозологической группы) и по фотофиксации.

**Результаты.** Нами было изучено количество неблагоприятных исходов течения послеоперационного периода; удовлетворенность лечением; время, потраченное для наблюдения за 1 пациентом. Неблагоприятных исходов ни в 1-й, ни во 2-й группе не отмечено. Все дети с гнойными заболеваниями кожи выписаны с выздоровлением в среднем на 7-е сут, у детей с гемангиомами дистанционное наблюдение продолжено после снятия карантинных мероприятий. Во 2-й группе дети после операции по поводу гнойных заболеваний посетили врача в среднем 4 раза (от 2 до 6 очных осмотров), в 1-й группе — 1 раз (для выдачи справки по месту требования). Дети с гемангиомами в 1-й группе заполнили от 8 до 14 дневников наблюдения, очных обращений не потребовалось, во 2-й группе очный осмотр проведен 3 раза за месяц. Таким образом, в 1-й группе среднее время, потраченное врачом на оценку течения заболевания, составило около 10 мин, во 2-й группе — в среднем 36 мин. Удовлетворенность лечения по анкетированию в 1-й группе выше, чем во 2-й группе на 10%. Полностью удовлетворены лечением в 1-й группе 29 человек (96%), во 2-й группе — 26 человек (86%).

**Заключение.** Использование усовершенствованного сервиса [www.stop-hemangioma.online](http://www.stop-hemangioma.online) возможно для динамического наблюдения за детьми с гнойными заболеваниями кожи и гемангиомами, особенно во время карантинных мероприятий. Ухудшение течения послеоперационного периода при использовании телемедицинских технологий не выявлено. Удовлетворенность лечением выше у детей, наблюдавшихся дистанционно.

**Иешкина М.Н.<sup>1</sup>, Никонова С.А.<sup>1</sup>, Аникеева Н.А.<sup>1</sup>, Пизнюр И.В.<sup>1</sup>,  
Шилина С.А.<sup>2</sup>, Федосеева Н.Ю.<sup>2</sup>, Фалетров М.В.<sup>2</sup>, Горячев В.В.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Рязанский государственный медицинский университет

имени академика И.П. Павлова, Рязань, Российская Федерация

<sup>2</sup> Городская клиническая больница № 11, Рязань, Российская Федерация

## **ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМЫ У ПОДРОСТКА**

**Актуальность.** Многоформная экссудативная эритема (МЭЭ) — это воспалительное заболевание кожи и слизистых оболочек, для которого характерно острое начало и полиморфизм элементов поражения. Причиной ее развития часто является вирус простого герпеса.

**Цель исследования.** Изучить клинические особенности течения МЭЭ у подростка на примере клинического случая.

**Пациенты и методы.** Анализ клинического случая и первичной медицинской документации ребенка А.

Девочка, 10 лет, развивалась соответственно возрасту, из перенесенных заболеваний — ОРИ, ветряная оспа. Заболевание началось остро с сухого кашля, стоматита, субфебрильной лихорадки. Получала антибактериальную и симптоматическую терапию — без эффекта. На 10-й день — ухудшение состояния:  $t$  до  $39,0^{\circ}\text{C}$ , отек губ, везикулярная сыпь на теле и конечностях, явления конъюнктивита, стоматита, отказ от еды, госпитализирована в ГКБ № 11. При обследовании: лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом, ускорение СОЭ, СРБ — 24 мг/мл, IgM к вирусу простого герпеса 1-го типа (+), IgG к *Varicella Zoster* (+). В динамике на коже появились мишеневидные элементы, пузыри с гнойным содержимым. Консультирована дерматологом. Окончательный диагноз: МЭЭ, инфекционно-аллергическая форма, осложненная присоединением вторичной инфекции. Лечение: парентеральное питание, антигистаминные (хлоропирамин), антибактериальные (цефтриаксон, азитромицин, меропенем), противовирусные (ацикловир) препараты парентерально, местная терапия. На фоне лечения — положительная динамика, выписана на 17-й день в удовлетворительном состоянии.

**Заключение.** Представленный клинический случай отображает клинические проявления и трудности диагностики многоформной экссудативной эритемы у подростка. При своевременно начатом лечении наблюдается благоприятный исход.

**Казанцева А.В., Ануфриева Е.В.**

*ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, Екатеринбург, Российская Федерация*

## **ВНЕДРЕНИЕ ГРУППОВЫХ И ИНДИВИДУАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ СРЕДИ СТУДЕНТОВ КОЛЛЕДЖЕЙ**

**Актуальность.** В подростковом возрасте формируются модели поведения в отношении здоровья и здорового образа жизни, как следствие, закладываются причины многих серьезных болезней, развивающихся в зрелом возрасте.

В современном мире молодые люди все больше подвергаются рискам, влияющим на здоровье.

**Цель исследования.** Обосновать значимость, оценить эффективность внедрения интерактивных групповых и индивидуальных методов профилактической работы с подростками в практику медицинских работников колледжей.

**Пациенты и методы.** Проведен анализ результатов 2 срезов социологического опроса среди 500 студентов 6 колледжей г. Екатеринбурга в период до и после профилактических вмешательств. Анкета была разработана на основе международного опросника HBSC.

**Результаты.** Проведенные в 2019/20 учебном году совместно с клиническими психологами серии тренингов по формированию здоровьесберегающих навыков показали повышение уровня информированности подростков. Приоритетность здоровья для успешного будущего указали 77,0% (против 58,5% до проведения тренингов), 69,2% считают, что здоровье в первую очередь зависит от образа жизни (против 47,2%). При этом мероприятия не способствовали значительному снижению распространенности факторов риска среди участников: нерегулярное питание отметили 62,6% (против 67,8%), недостаточный уровень физической активности — 52,7% (против 63,4%), использование смартфонов 5 ч в сутки и более — 51,0% (против 55,5%) респондентов. Препятствиями для заботы о своем здоровье наиболее часто называли дефицит времени (20%) и финансов (19,4%), а также отсутствие силы воли (16%).

Исследования ВОЗ подтверждают эффективность краткого профилактического консультирования (КПК) с включением методов мотивационного интервью в работе по коррекции факторов риска хронических неинфекционных заболеваний. В России КПК длительностью 3–5 мин включено в программу диспансеризации взрослого населения и входит в обязанности врача-педиатра, но на практике зачастую не проводится ввиду дефицита времени. Однако данная технология может успешно применяться медицинскими работниками колледжей в рамках плана профилактических мероприятий, что повысит доступность профилактической помощи для подростков. КПК позволяет последовательно побудить пациента задуматься об изменении нездорового поведения и осознанно планировать его при содействии медицинского работника-партнера, таким образом формировать индивидуальную траекторию здоровьесберегающего поведения.

**Заключение.** Использование групповых интерактивных методик в профилактической работе с подростками позволило повысить уровень информированности о здоровьесберегающем поведении, но в краткосрочном периоде не привело к значимому снижению распространенности факторов риска.

**Калюжная Т.А., Шахтактинская Ф.Ч., Федосеенко М.В., Фоминых М.В.,  
Сельвян А.М., Толстова С.В., Привалова Т.Е.**

*НИИ педиатрии и охраны здоровья детей ЦКБ РАН, Москва,  
Российская Федерация*

## **ОСОБЕННОСТИ ВАКЦИНАЛЬНОГО АНАМНЕЗА ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФЕКЦИЮ, ВЫЗВАННУЮ SARS-CoV-2**

**Актуальность.** В настоящее время SARS-CoV-2 вызывает огромную обеспокоенность во всем мире в связи с высокой контагиозностью и летальностью, а также отсутствием эффективной защиты. Зарубежные и российские ученые провели серии эпидемиологических наблюдений, которые выявили защитное действие прививок в рамках рутинных программ вакцинопрофилактики в отношении коронавирусной инфекции нового типа, что способствовало инициации клинических исследований. Недавние исследования показали, что прививка BCG может предотвратить заболевание новым коронавирусом благодаря неспецифическому защитному действию этой противотуберкулезной прививки. Другие эпидемиологические исследования демонстрируют влияние фактора привитости населения BCG-вакциной на заболеваемость и смертность от COVID-19 в разных странах мира.

**Цель исследования.** Оценить вакцинальный статус и характеристики прививочного анамнеза, анамнеза жизни и заболевания у 143 детей, перенесших инфекцию, вызванную SARS-CoV-2.

**Пациенты и методы.** В исследование были включены 143 человека, которые были разделены на 5 групп: 1-я группа ( $n = 6$ ) — дети от 0 до 11 мес 29 дней; 2-я группа ( $n = 7$ ) — от 12 мес до 1 года 11 мес 29 дней; 3-я группа ( $n = 40$ ) — от 2 до 5 лет 11 мес 29 дней; 4-я группа ( $n = 57$ ) — от 6 до 13 лет 11 мес 29 дней; 5 группа ( $n = 33$ ) — дети от 14 до 17 лет 11 мес 29 дней. У каждого ребенка оценивались наличие или отсутствие вакцинации, соответствие имеющейся схемы иммунизации Национальному календарю профилактических прививок РФ (НКПП) и наличие «внекалендарных» прививок.

**Результаты.** Уровень привитости крайне низкий: лишь 30% реконвалесцентов COVID-19 прививались от полиомиелита и 33,5% — против коклюша, дифтерии, столбняка. Большинство детей не были вакцинированы против гриппа и пневмококковой инфекции. Установлено, что у детей, привитых оральной полиомиелитной вакциной за последние 2 года, заболевание коронавирусной инфекцией характеризовалось легким течением и минимальными жалобами.

Вакцинацию BCG имели большинство наблюдаемых пациентов с COVID-19 — 139 детей (97,2%), а ревакцинированы против туберкулеза лишь 1 ребенок (0,6%). Среди детей в возрасте до 10 лет, перенесших коронавирусную инфекцию нового типа, привит лишь каждый пятый в соответствии с НКПП (19,1%). Ни один из младенцев первых 2 лет жизни не получил полноценной вакцинации. Следует отметить, что уровень привитости против кори, краснухи и паротита (78%) является недостаточным для эффективного эпидемиологического контроля над заболеваемостью данными вирусными инфекциями.

Из общего количества детей, перенесших COVID-19, 37% привиты шире НКПП.

**Заключение.** Вакцинальный анамнез детей из различных групп характеризуется низким уровнем привитости. Следует отметить, что подростки, не вакцинированные в последние 2 года аттенуированной полиовакциной, имеют более высокий риск заражения и широкое клиническое разнообразие течения коронавирусной инфекции. Неспецифическое профилактическое воздействие плановой педиатрической иммунизации в условиях пандемического распространения COVID-19 диктует сохранение и поддержание программ вакцинации в период ограничительных мероприятий.

**Камилова А.Т., Абдуллаева Д.А., Геллер С.И., Умарназарова З.Е., Шозода Ш.С.**

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

## **КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ АНТИМИКРОБНЫХ ПЕПТИДОВ У ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ ЭНТЕРОКОЛИТОМ**

**Актуальность.** Пищевая аллергия — это патологическая реакция на компоненты пищи, в основе которой лежат иммунные механизмы, отличительной особенностью гастроинтестинальных форм пищевой аллергии является не IgE-ассоциированная аллергия. Эндогенные антимикробные пептиды являются древнейшими неспецифическими факторами гуморальной врожденной иммунной системы, играют ключевую роль в реализации защитных механизмов.

Возможность мониторинга антимикробных пептидов делает актуальным его дальнейшее изучение при воспалительных заболеваниях кишечника аллергического характера.

**Цель исследования.** Определить уровень антимикробных пептидов в копрофильтратах у детей с аллергическим энтероколитом.

**Пациенты и методы.** Проведено обследование 44 детей в возрасте от 1 года до 3 лет, больных с аллергическим энтероколитом, находящихся на стационарном лечении в отделении гастроэнтерологии РСНПМЦП МЗ РУз. Состояние проницаемости тонкой кишки оценивалось методом В.И. Петрова и соавт. (2003). Измерение уровня фекального кальпротектина проводилось с использованием набора Human Fecal Calprotectin (Нидерланды). Определение  $\beta$ -Defensin 2 проводилось с помощью ИФА-набора производства фирмы Immundiagnostics (Германия). Данные обработаны методом вариационной статистики по Фишеру–Стьюденту.

**Результаты.** У всех пациентов определялось выраженное снижение проницаемости тонкой кишки ( $-0,74 + 0,008$  опт. ед.) по сравнению с контролем ( $0,3 + 0,02$ ;  $p < 0,05$ ). При анализе данных уровней антимикробных пептидов у детей с аллергическим энтероколитом выявлено повышение значения фекального кальпротектина в 2,7 раза по сравнению с контрольной группой ( $54,5 + 8,15$  мкг/г против  $19,95 \pm 1,1$  мкг/г в контроле;  $p < 0,001$ ). Содержание  $\beta$ -дефензина 2 в копрофильтратах у больных с аллергическим энтероколитом были близки к значениям контрольной группы ( $67,2 + 12,7$  нг/мл против  $64,3 \pm 2,4$  нг/мл в контроле;  $p < 0,05$ ). Выявлена корреляционная взаимосвязь между повышением фекального кальпротектина и выраженностью дефицита веса ( $-0,34$ ) и снижением общего белка ( $-0,32$ ), значения фекального  $\beta$ -дефензина 2 прямо коррелировали с повышением количества лейкоцитов в кале ( $0,49$ ). О влиянии высоких значений фекального кальпротектина на проницаемость свидетельствует прямая корреляция средней силы между данными показателями ( $0,41$ ).

**Заключение.** Таким образом, у детей с аллергическим энтероколитом выявлено выраженное повышение фекального кальпротектина, коррелирующее с повышением проницаемости тонкой кишки, что необходимо учесть при определении терапии заболеваний.



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

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

## **АКТИВНОСТЬ АНТИМИКРОБНЫХ ПЕПТИДОВ И ЦИТОКИНОВ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ЦЕЛИАКИИ У ДЕТЕЙ**

**Актуальность.** Среди многих заболеваний, проявляющихся синдромом мальабсорбции, целиакия занимает одно из ведущих мест — как по сложности патогенеза, так и по трудности в диагностике. Эндогенные антимикробные пептиды являются древнейшими неспецифическими факторами гуморальной врожденной иммунной системы, играют ключевую роль в реализации защитных механизмов.

**Цель исследования.** Определить уровни провоспалительных цитокинов и антимикробных пептидов у больных с целиакией.

**Пациенты и методы.** Проведено обследование 76 детей в возрасте от 1 года до 17 лет, больных целиакией, находящихся на стационарном лечении в отделении гастроэнтерологии РСНПМЦП МЗ РУз. Диагноз верифицировался на основании критериев ESPGHAN (2012). Измерение уровня фекального кальпротектина проводилось с использованием набора для ИФА «Human Fecal Calprotectin» (Нидерланды). Определение  $\beta$ -Defensin 2 проводилось с помощью ИФА набора производства фирмы Immundiagnostics (Германия). Определение TNF $\alpha$  и ИЛ 1 $\beta$  проводилось в сыворотке крови набором реагентов производства фирмы Вектор Бест. Данные обработаны методом вариационной статистики по Фишеру–Стьюденту.

**Результаты.** При анализе данных уровней антимикробных пептидов у больных с целиакией выявлено повышение значения фекального кальпротектина в 1,8 раз по сравнению с контрольной группой ( $35,4 \pm 5,1$  мкг/г, против  $19,95 \pm 1,1$  мкг/г в контрольной группе,  $p < 0,05$ ), причем мы не отметили разницы в группах больных с типичной и атипичной формами целиакии. При определении содержания  $\beta$ -дефензина 2 в копрофильтратах у больных с целиакией наблюдалось его повышение в 1,5 раза по сравнению с контрольной группой ( $99,6 \pm 15,5$  мкг/г против  $64,3 \pm 2,4$  мкг/г соответственно,  $p < 0,05$ ). Результаты исследований по изучению уровня цитокинов у больных с целиакией показали повышение уровня ИЛ 1 $\beta$  в сыворотке крови в 2,4 раза по сравнению с контролем ( $4,9 \pm 1,1$  пг/мл против  $2,05 \pm 0,03$  пг/мл соответственно,  $p < 0,05$ ). Уровень TNF $\alpha$  был снижен в 2,4 раза ( $1,8 \pm 0,8$  пг/мл против  $4,28 \pm 0,67$  пг/мл в контроле,  $p < 0,05$ ). Анализ корреляционных взаимосвязей при целиакии у детей показал сильную положительную связь между ИЛ 1 $\beta$  и уровнем фекального кальпротектина ( $r = 0,78$ ). Установлена прямая корреляционная связь между значениями фекального  $\beta$ -дефензина 2 и фекального кальпротектина ( $r = 0,69$ ).

**Заключение.** Таким образом, у детей с целиакией установлено повышение значений антимикробных пептидов (фекального  $\beta$ -дефензина 2 и фекального кальпротектина) и повышение провоспалительного цитокина ИЛ 1 $\beta$ .

**Карпович Г.С., Васюнин А.В., Куимова И.В., Шестаков А.Е.**

*ФГБОУ ВО «НГМУ» Минздрава России, Новосибирск, Российская Федерация*

## **COVID-19 В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ: КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ**

**Актуальность.** Актуальность новой коронавирусной инфекции в настоящее время не вызывает сомнений. Учитывая абсолютную новизну вопроса, многие аспекты, касающиеся COVID-19 у детей, являются не до конца изученными, а многие и неизученными совсем.

**Цель исследования.** Исследовать особенности клинического течения COVID-19 у детей в различных возрастных группах.

**Пациенты и методы.** Проведено одноцентровое пилотное открытое наблюдательное проспективное сплошное исследование 218 пациентов детского возраста с лабораторно верифицированным диагнозом «COVID-19». Анализу подвергали основные эпидемиологические данные, включая возрастную структуру, а также особенности клинического течения данного заболевания.

**Результаты.** Развитие COVID-19-пневмонии зафиксировано в 11,5% случаев (25 пациентов), при этом статистически значимо чаще пневмония регистрировалась у детей первого года жизни, а также старше 12 лет (24 и 20% случаев соответственно), чем у детей других возрастных групп ( $p \leq 0,05$ ). КТ-1 стадия регистрировалась у 13 пациентов (52% случаев), КТ-2 стадия — у 10 пациентов (40% случаев), КТ-3 стадия — у 2 пациентов (8% случаев). Ведущими клиническими симптомами COVID-19 у детей являлись: гиперемия слизистых оболочек зева — 100% (218 пациентов); повышение температуры тела — 95,9% (209 пациентов), средние цифры при этом составляли 37,6 (36,6; 38,2) °С; кашель — 19,7% (43 пациента, из них 21 с пневмонией); диарея — 17,9% (39 пациентов); рвота — 6,4% (14 пациентов); изменение аускультативной картины в легких — 3,7% (8 пациентов с пневмонией). У грудных детей, больных COVID-19, статистически значимо чаще регистрировалась диарея, в сравнении с пациентами возрастной группы старше 13 лет (35 и 4% случаев соответственно,  $p = 0,001$ ). Развитие кашля статистически значимо реже регистрировалось у детей первого года жизни в сравнении с пациентами старше 13 лет (9 и 40% случаев соответственно,  $p = 0,004$ ), такая же тенденция наблюдалась и при COVID-19-пневмонии (25 и 89% случаев соответственно,  $p = 0,02$ ).

**Заключение.** Таким образом, клиническая картина COVID-19 у пациентов детского возраста отличается неспецифичностью симптомов. Наблюдается определенная тенденция к более частому развитию COVID-19-пневмонии у пациентов первого года жизни, а также пубертатного возраста. Для пациентов грудного возраста с COVID-19-пневмонией характерна высокая частота атипичного течения заболевания, в то время как подростки чаще демонстрируют манифестную клиническую картину COVID-19.

**Кашинская Т.С., Шахова Н.В.**

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул,  
Российская Федерация

## **СПЕКТР СЕНСИБИЛИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ**

**Актуальность.** Сенсibilизация к аллергенам играет важную роль в развитии атопического дерматита (АтД). Для детей раннего возраста характерна сенсibilизация к пищевым аллергенам. С возрастом повышается частота сенсibilизации к ингаляционным аллергенам. Знание спектра сенсibilизации важно для осуществления контроля над симптомами заболевания.

**Цель исследования.** Оценить спектр сенсibilизации у детей дошкольного возраста с АтД.

**Пациенты и методы.** Проведено одномоментное исследование, в котором приняли участие 106 детей с АтД дошкольного возраста (средний возраст —  $4,4 \pm 1,21$ ). Определяли уровень специфических IgE в сыворотке крови методом иммунофлюоресценции на трехмерной твердой фазе на автоматическом анализаторе ImmunoCap 250 к пищевым аллергенам (белок коровьего молока, белок куриного яйца), ингаляционным аллергенам — перхоть кошки, перхоть собаки, клещ *Dermatofagoides pteronissinus*, клещ *Dermatofagoides farinae* и энтеротоксину золотистого стафилококка тип А и В.

**Результаты.** Сенсibilизация выявлена у 47 (44,3%) детей, полисенсibilизация — у 30 (28,3%) детей, моносенсibilизация — у 16 (15%). Сенсibilизация к пищевым аллергенам выявлена у 30 (28,3%) детей: к белкам коровьего молока — у 24 (22,6%), к белкам куриного яйца — у 20 (18,8%). Сенсibilизация к ингаляционным аллергенам была зафиксирована у 36 (33,9%) детей: к клещам домашней пыли — у 18 (16,9%) (к *Dermatofagoides pteronissinus* — у 17 (16%), к *Dermatofagoides farinae* — у 7 (6,6%)), к перхоти кошки — у 37 (34,9%), к перхоти собаки — у 8 (7,5%). Сенсibilизация к энтеротоксинам золотистого стафилококка тип А и В — у 8 (7,5%).

**Заключение.** Таким образом, наиболее значимыми аллергенами у детей дошкольного возраста с АтД являются пищевые аллергены — белки коровьего молока и куриного яйца, перхоть кошки, а также клещи домашней пыли.

**Кашинская Т.С., Шахова Н.В.**

*Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул,  
Российская Федерация*

## **УРОВЕНЬ ВИТАМИНА D У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ**

**Актуальность.** В последние годы широко изучается роль витамина D в развитии атопического дерматита (АтД). Ряд исследователей демонстрируют снижение уровня 25(ОН)D у детей с АтД по сравнению со здоровыми сверстниками и ассоциацию уровня 25(ОН)D со степенью тяжести АтД. Другие исследователи такой связи не находят.

**Цель исследования.** Сравнить уровень 25(ОН)D в сыворотке крови у детей 3–6 лет с АтД и здоровых сверстников и изучить ассоциацию уровня 25(ОН)D со степенью тяжести АтД.

**Пациенты и методы.** Проведено одномоментное исследование (2020), в котором приняли участие 130 детей 3–6 лет, из них 106 детей с АтД (средний возраст  $4,4 \pm 1,21$ ) и 24 здоровых сверстника (средний возраст  $4,3 \pm 1,17$ ). Диагноз АтД выставлялся на основании критериев Хайнифина и Райка. Степень тяжести АтД определяли с помощью модифицированного индекса SCORAD, где 20 баллов — легкая степень тяжести, 20–40 — средняя степень тяжести. Исследование концентрации 25(ОН)D в сыворотке крови выполнено хемилюминисцентным иммуноанализом. Уровень 25(ОН)D представлен медианой (Me) и 1-м и 3-м квартилями (25Q–75Q).

**Результаты.** Среди детей с АтД выявлено статистически значимое снижение уровня 25(ОН)D 26,5 (19,0–35,3) нг/мл по сравнению с показателями контрольной группы 32,4 (27,9–37,5) нг/мл ( $p = 0,011$ ). Уровень 25(ОН)D у пациентов со среднетяжелым АтД статистически значимо ниже уровня у пациентов с легким течением АтД — 22,7 (16,4–31,5) нг/мл и 27,1 (22,1–36,1) нг/мл соответственно ( $p = 0,020$ ). Выявлена отрицательная корреляция между уровнем 25(ОН)D в сыворотке крови и степенью тяжести АтД ( $r = -0,227$ ,  $p = 0,019$ ).

**Заключение.** Таким образом, уровень 25(ОН)D у детей с АтД ниже по сравнению с аналогичными показателями здоровых сверстников, статистически значимо снижение концентрации 25(ОН)D в сыворотке крови при среднетяжелом АтД.

**Кашинская Т.С., Шахова Н.В.**

*Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул,  
Российская Федерация*

## **АССОЦИАЦИЯ МЕЖДУ РЕГУЛЯРНЫМ ПРИЕМОМ ВИТАМИНА D НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ И РИСКОМ РАЗВИТИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

**Актуальность.** В последние годы активно изучается влияние витамина D на риск развития аллергических заболеваний у детей, однако данные противоречивы.

**Цель исследования.** Оценить ассоциацию между регулярным приемом витамина D на первом году жизни и риском развития аллергических заболеваний у детей к 3–6 годам жизни.

**Пациенты и методы.** Проведено одномоментное исследование с участием 3205 детей 3–6 лет, из них 162 ребенка с атопическим дерматитом (АтД) (диагноз на основании диагностических критериев Хайнифина и Райка), 128 детей с бронхиальной астмой (БА) (диагностические критерии GINA, 2017), 154 ребенка с аллергическим ринитом (АР) (диагностические критерии ARIA, 2008). Контрольную группу для детей с АтД составили 2812 детей, родители которых ответили отрицательно на 2 вопроса опросника ISAAC: «За последние 12 мес у Вашего ребенка отмечалась зудящая сыпь? Поражала ли эта сыпь какие-нибудь из следующих мест: локтевые сгибы, подколенные сгибы, впереди лодыжек, под ягодицами, вокруг шеи, глаз, ушей?» Контрольную группу для детей с БА составили 2970 детей, родители которых ответили отрицательно на вопрос: «За последние 12 мес у вашего ребенка были затрудненное, хрипящее, свистящее дыхание, свисты в грудной клетке?» Контрольную группу для детей с АР составили 2736 детей, родители которых отрицательно ответили на вопрос: «За последние 12 мес наблюдались ли у вашего ребенка чихание, насморк, заложенность носа при отсутствии простуды и острых респираторных заболеваний?» Регулярность прием витамина D на первом году оценивалась путем анкетирования родителей.

Респондентом с регулярным приемом витамина D считался ребенок, родители которого ответили положительно на 3 вопроса: «Принимал ли Ваш ребенок витамин D на первом году жизни? Регулярно ли принимал Ваш ребенок витамин D на первом году жизни? Ваш ребенок принимал витамин D более 6 мес?»

**Результаты.** Регулярный прием витамина D зафиксирован у 94 (58%) детей с АтД и 2236 (79,5%) детей контрольной группы ( $p = 0,001$ ); у 103 (80,5%) детей с БА и 2584 (87,1%) детей контрольной группы ( $p = 0,040$ ); у 125 (81,2%) детей с АР и 2438 (89,2%) детей контрольной группы ( $p = 0,020$ ). Расчет отношения шансов продемонстрировал снижение риска развития АтД, БА, АР при регулярном приеме витамина D на первом году жизни — ОШ 0,35 95%ДИ (0,25–0,49); ОШ 0,61 ДИ 95% (0,39–0,96) и ОШ 0,52 ДИ 95% (0,34–0,80) соответственно.

**Заключение.** Регулярный прием витамина D на первом году жизни снижает риск развития аллергических заболеваний у детей дошкольного возраста.

**Клещенко Е.И., Шимченко Е.В.**

*Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар,  
Российская Федерация*

## **ДИАГНОСТИКА МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ГИПОКСИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ**

**Актуальность.** Перинатальная гипоксия является одной из основных причин возникновения инвалидирующих состояний у детей. Морфологические изменения структур мозга отражают гемодинамические расстройства в результате воздействия гипоксии в перинатальном периоде.

**Цель исследования.** Проведение анализа морфологических изменений головного мозга по данным магнитно-резонансной томографии (МРТ) у доношенных новорожденных с перинатальным гипоксическим поражением нервной системы.

**Пациенты и методы.** В исследование включены 76 доношенных новорожденных, получавших интенсивную терапию по поводу асфиксии и/или внутриутробной гипоксии в условиях реанимационного отделения. Всем детям на 2–10-е сут жизни проведена МРТ головного мозга. В режиме диффузионно-взвешенных изображений определялась величина измеряемого коэффициента диффузии (ИКД), характеризующего выраженность церебральной ишемии.

**Результаты.** Проведение магнитно-резонансного исследования позволило дать качественную и количественную оценку изменениям нервной ткани при мультикистозной энцефаломалиции, диффузной энцефаломалиции, кортикальном и субкортикальном некрозе, фокальном церебральном некрозе. Характер повреждения мозговых структур зависел в первую очередь от выраженности церебральной ишемии, определяющейся длительностью и интенсивностью воздействия гипоксии. Значения ИКД белого вещества больших полушарий от  $1,14 \times 10^{-3}$  до  $1,35 \times 10^{-3}$  мм<sup>2</sup>/с проявлялись субкортикальной лейкомалицией с уменьшением объема паренхимы мозга в дальнейшем, расширением субарахноидального пространства. При более низких показателях ИКД белого вещества больших полушарий от  $0,60 \times 10^{-3}$  до  $1,11 \times 10^{-3}$  мм<sup>2</sup>/с отмечалась мультикистозная трансформация нервной ткани. Анализ выявленных морфологических изменений показал, что чем тяжелее церебральная ишемия и, соответственно, ниже показатели измеряемого коэффициента диффузии в начале неонатального периода, тем более выраженные структурные изменения головного мозга к концу неонатального периода.

**Заключение.** МРТ является методом ранней диагностики морфологических изменений нервной ткани, определяющих дальнейший неврологический исход перинатального гипоксического поражения головного мозга у детей.

**Коваль В.А., Кислюк Г.И.**

*Курский государственный медицинский университет, Курск,  
Российская Федерация*

## **ПРОБЛЕМА ГАЛАКТОЗЕМИИ В КУРСКОМ РЕГИОНЕ**

**Актуальность.** Галактоземия — редкая генетическая патология, связанная с блоком ферментов, которые участвуют в обмене галактозы. На фоне грудного вскармливания или питания смесями, содержащими лактозу, заболевание манифестирует с первых дней жизни ребенка. Прогноз заболевания зависит от ранней диагностики и диетотерапии.

**Цель исследования.** Изучить частоту и клинические особенности галактоземии у новорожденных детей.

**Пациенты и методы.** Проведен анализ результатов неонатального скрининга новорожденных Курской области за 10 лет (2011–2020 гг.). Положительные тесты на галактоземию выявлены у 6 детей. Нами проведено исследование их историй болезни с использованием анамнестического, клинического, лабораторных и инструментальных методов.

**Результаты.** Установлено, что галактоземия в Курской области является редким заболеванием (1:18858 новорожденных), регистрируется нерегулярно. В 2011, 2014 и 2018 гг. выявлено по 1 случаю галактоземии, в 2013 г. — 3 случая.

Все больные (4 девочки и 2 мальчика) родились доношенными, без признаков асфиксии, с нормальными параметрами физического развития: с массой —  $3,295 \pm 181,61$  г, ростом —  $51,8 \pm 1,44$  см, окружностью головы —  $33,6 \pm 0,51$  см, груди —  $33,5 \pm 0,21$  см. Средний возраст матерей —  $25,5 \pm 2,65$  лет; 3 (50%) женщины были соматически здоровыми; 2 (33,3%) имели хронические заболевания мочевой и сердечно-сосудистой систем и 1 женщина, страдающая хроническим алкоголизмом, не была обследована, на учете по беременности не состояла.

Больные дети чаще (4;66,6%) рождались от повторных родов у матерей с неотягощенным генетическим анамнезом.

Все новорожденные были на грудном вскармливании до момента установления диагноза галактоземии по результатам неонатального скрининга: до 9–16 сут — 4 ребенка, до 32 сут и до 4 мес — по 1. У всех больных показатели общей галактозы (ГАО) в крови, взятой на 4-е сут жизни (1-й этап скрининга), были значительно выше нормативных значений ( $58,7 \pm 4,05$ ;  $13,4$ – $106,7$  нг/мл), на фоне грудного вскармливания и манифестации клинических проявлений галактоземии по данным ретеста отмечен прирост ГАО в среднем на  $12,84 \pm 7,6\%$  (от 1,9 до 31,3%). У всех (100%) детей отмечалось прогрессирующее ухудшение состояния: синдром угнетения ЦНС, рвоты и срыгивания, формирование постнатальной гипотрофии, у 4 (66,6%) — клиника холестатического гепатита, ранний неонатальный сепсис с летальным исходом на 13-е сут жизни — у 1 (16,6%) ребенка. Врожденные аномалии развития лицевого черепа — у 1 и фетальный алкогольный синдром — у 1 ребенка. На фоне проводимой терапии и диетотерапии нормализация показателей ГАО произошла на 16-е сут — у 2, на 22-е сут — у 1 и на 2-м мес жизни — у 2 детей. В катамнезе из 5 человек 2 (40%) в возрасте 7,5 и 8 лет признаны соматически здоровыми (2-я группа здоровья), 3 (60%) имеют инвалидность по органическому поражению ЦНС с нарушением речи и поведения (F00–09) и задержке физического развития (E34.3).

**Заключение.** Таким образом, частота галактоземии в Курском регионе сопоставима со средними показателями по России. Будучи редкой патологией даже при условии ранней диагностики, галактоземия является заболеванием с неблагоприятным прогнозом для жизни (16,6%) и здоровья (60%).

**Кожанова Т.В.<sup>1,2</sup>, Жилина С.С.<sup>1,2</sup>, Мещерякова Т.И.<sup>1</sup>, Шорина М.Ю.<sup>1</sup>,  
Деменьшин И.Ф.<sup>1</sup>, Прокопьев Г.Г.<sup>1</sup>, Канивец И.В.<sup>3</sup>, Сухоруков В.С.<sup>4</sup>,  
Ануфриев П.Л.<sup>4</sup>, Баранич Т.И.<sup>2,4</sup>, Козина А.А.<sup>2</sup>, Притыко А.Г.<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup> ГБУЗ «Научно-практический центр специализированной медицинской помощи детям имени В.Ф. Войно-Ясенецкого Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Российская Федерация

<sup>2</sup> ФГАОУ ВО «РНМУ им. Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Российская Федерация

<sup>3</sup> ООО «Геномед», Москва, Российская Федерация

<sup>4</sup> ФГБНУ «Научный центр неврологии», Москва, Российская Федерация

## **ВРОЖДЕННАЯ МЫШЕЧНАЯ ДИСТРОФИЯ ДАВИНЬОН–ШОВЕ, АССОЦИИРОВАННАЯ С НОВОЙ МУТАЦИЕЙ В ГЕНЕ *TRIP4***

**Актуальность.** Врожденные мышечные дистрофии и врожденные миопатии представляют собой гетерогенную группу нервно-мышечных заболеваний, приводящих к гипотонии, прогрессирующей мышечной слабости и дистрофическим или структурным признакам при мышечной биопсии. В большинстве случаев врожденные мышечные дистрофии возникают в результате разрушения мышечных волокон и замещения их соединительной тканью. Мутации в гене *TRIP4* в гомозиготном состоянии описаны у пациентов с врожденной мышечной дистрофией, тип Давиньон–Шове (MIM: #617066; ORPHA: 486815) и спинальной мышечной атрофией с врожденными фрактурами костей (MIM: #616866; ORPHA: 486811). В настоящее время в мире описаны 4 пациента с врожденной мышечной дистрофией Давиньон–Шове. Исторически врожденные мышечные дистрофии и врожденные миопатии были диагностированы на основании характерных клинических особенностей и гистопатологических признаков. Однако с увеличением доступности генетической диагностики стало ясно, что данная группа заболеваний является клинически и генетически чрезвычайно гетерогенной.

**Цель исследования.** Впервые в России представляется клинический случай редкой формы врожденной мышечной дистрофии, ассоциированной с гомозиготной мутацией в гене *TRIP4* у пациента с дыхательной недостаточностью, требующей респираторной поддержки, неврологической симптоматикой, мышечной гипотонией, множественными врожденными пороками развития опорно-двигательной системы (контрактуры и деформации).

**Пациенты и методы.** Клиническое наблюдение пациента, девочка 2 мес. Инструментальные исследования (МРТ, УЗИ, нейросонография, видео-ЭЭ), консультации специалистов. Генетические исследования (полноэкзомное секвенирование). Морфологические исследования поперечно-полосатой скелетной мышечной ткани (диафрагма) и спинного мозга (парафиновые срезы: окраска гематоксилином и эозином, по Ван Гизону, PAS).

**Результаты.** В отделении реанимации и интенсивной терапии с палатами для новорожденных детей наблюдалась девочка Ф., 2 мес. Болезна с рождения. Состояние при рождении тяжелое, обусловлено дыхательной недостаточностью, неврологической симптоматикой в виде синдрома угнетения за счет церебральной депрессии. При рождении выявлены множественные врожденные пороки развития опорно-двигательной системы (контрактуры и деформации), артрогрипоз. После рождения пациент интубирован, начата ИВЛ/SIMV. Со 2-х сут жизни отмечена отрицательная динамика за счет нарастания дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности. На 3-и сут ребенок переведен в ОРИТ для дальнейшего наблюдения и лечения. Принимая во внимание анамнез жизни и заболевания ребенка, тяжелое состояние и наличие множественных врожденных пороков развития (МВПР), ребенок был консультирован врачом-генетиком. Фенотипические особенности: ограничение ротации в правой и левой руке, недоразвитие плечевого пояса, ограничение сгибания рук в локтевых суставах, контрактуры в локтевых, коленных суставах, в тазобедренных суставах. Низко посаженные ушные раковины, арахнодактилия, гипертелоризм, готическое небо, краниостеноз, плагиоцефалия. В области лопатки определяется мягкотканное образование (фибромиома). В период бодрствования ребенок переводится на самостоятельное дыхание, но при засыпании сатурация снижается и параметры ИВЛ ужесточаются. Заключение: МВПР. Синдром фетальной акинезии. Нейрогенный артрогрипоз. В динамике наблюдения в течение 4 мес в ОРИТ НПЦ состояние остается тяжелым с незначительной положительной динамикой. В результате проведенного полноэкзомного секвенирования выявлен ранее не описанный патогенный вариант нуклеотидной последовательности в гене *TRIP4* в гомозиготном состоянии, приводящий к остановке синтеза полнофункционального белка (chr15:64686179, с.136С > Т, р.Arg46Ter, 2 экзон, NM\_016213.4). Мутация в гене *TRIP4* была валидирована методом секвенирования по Сэнгеру у ребенка и исследовано ее происхождение. Мать и отец девочки являются носителями гетерозиготного варианта в гене *TRIP4*. На основании результатов генетического исследования ребенка выставлен диагноз врожденной мышечной дистрофии, тип Давиньон–Шове, ассоциированной с *de novo*



мутацией в гене *TRIP4* (MIM: #617066; ORPHA: 486815). Ребенок умер в возрасте 6 мес вследствие полиорганной недостаточности. По данным проведенной световой микроскопии поперечно-полосатой скелетной мышечной ткани (диафрагма) и спинного мозга (парафиновые срезы: окраска гематоксилином и эозином, по Ван Гизону, PAS) выявлены выраженные признаки центральоядерной врожденной миопатии, диффузный отек участка спинного мозга на фоне расстройства гемоциркуляции.

**Заключение.** Представляя клинический случай наблюдения пациента с новой формой врожденного нервно-мышечного заболевания, мы предлагаем обратить внимание генетиков и неврологов при диагностике редких врожденных форм мышечной слабости с ранней дыхательной недостаточностью. Исследование, выполненное Davignon L. et al. (2016) и наше наблюдение расширяют гистологический, клинический и молекулярный спектр врожденных нервно-мышечных заболеваний. Выявление генетической причины описанной редкой формы нервно-мышечного заболевания может быть полезно не только с целью определения тактики медицинского сопровождения пациента и медико-генетического консультирования семьи, но и в качестве модельной парадигмы для изучения новых факторов и механизмов, которые контролируют массу скелетных мышц и их физиологию.

**Кожевникова Л.А.<sup>1</sup>, Абдумоминова Д.К.<sup>1</sup>, Серокурова Е.В.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «ТюмГМУ» МЗ России, Тюмень, Российская Федерация

<sup>2</sup> ГБУЗ ТО «ОКБ № 1», Тюмень, Российская Федерация

## **НЕРВНАЯ АНОРЕКСИЯ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ. РОЛЬ СЕМЬИ В ДЕБЮТЕ БОЛЕЗНИ**

**Актуальность.** С каждым годом в России растет число детей с различными вариантами нарушений пищевого поведения в виде избирательного аппетита, нервной булимии, нервной анорексии (НА). Если в 2018 г. в детском отделении № 2 ГБУЗ ТО «ОКБ № 1» г. Тюмени было пролечено только двое больных с НА, тяжелой белково-энергетической недостаточностью, то в 2019 г. находились на лечении восемь девочек-подростков с НА.

**Цель исследования.** Оценить выраженность обменных нарушений у девочек с НА. Выявить факторы, провоцирующие дебют НА, и роль семьи в формировании нарушений пищевого поведения.

**Пациенты и методы.** В педиатрическом отделении № 2 ГБУЗ ТО «ОКБ № 1» обследованы и пролечены 10 девочек в возрасте от 13 до 17 лет с подтвержденным диагнозом нервной анорексии. Всем детям проводилась антропометрия, индекс массы тела при поступлении был в пределах от 12,12 до 14,84 кг/м<sup>2</sup>. Проводилась оценка клинического и биохимического анализов крови. ЭКГ, Эхо-КГ, УЗИ брюшной полости, ФГДС, консультация психолога, психиатра, гастроэнтеролога, кардиолога, гинеколога. Для выявления причин дебюта заболевания использовался «Опросник образа собственного тела» (Скугаревский О.А., и Сивуха С.В.), направленный на диагностику недовольства собственным телом у лиц, страдающих расстройствами пищевого поведения, который заполнялся с добровольного согласия пациентов.

**Результаты.** Все девочки поступали в стационар через 10–15 мес от начала болезни с клиникой белково-энергетической недостаточности 3-й степени. Поводом обращения к врачу (гастроэнтерологу, гинекологу) у большинства пациентов были жалобы на боли в животе, тошноту, рвоту, диспепсию, запоры, отсутствие менструаций. При обследовании в стационаре у всех пациентов установлены симптомы тяжелой нутритивной недостаточности: выявлялась эмоциональная лабильность, замкнутость, сложность вступления в контакт с окружающими, агрессия; у большинства детей сформировано негативное отношение к психиатрической помощи — из 10 семей только одна работала с психиатром и психологом. Отмечена бледность и сухость кожных покровов и слизистых оболочек, ломкость ногтей и волос, «заеды», полное отсутствие подкожно-жирового слоя на животе, конечностях, снижение тургора, эластичности кожи. Со стороны сердечно-сосудистой системы — дистрофические изменения миокарда, синусовая брадиаритмия, слабость синусового узла, артериальная гипотензия, анемия легкой и средней степени тяжести. У всех девочек выявлены функциональные нарушения органов пищеварения: дискинезии желчевыводящих путей по гипокинетическому типу, функциональный запор. При эндоскопическом обследовании у девяти девочек выявлены эндоскопические признаки поверхностного гастродуоденита, у одной — эрозивного гастродуоденита, дуоденогастрального рефлюкса. При анализе результатов проведенного анкетирования было установлено: в 7 случаях пусковым моментом развития НА являлся семейный фактор (родители озабочены своей внешностью; в семье главенствующую роль занимает деспотичная мать при подчиненном положении отца, уделяющего мало внимания воспитанию девочки), а в 3 случаях — социально-психологический фактор как попытка наладить коммуникацию с внешним миром, быть привлекательной, нравиться окружающим.

**Заключение.** Поздняя диагностика НА и дистрофии у девочек обусловлена недостаточным информированием родителей о проблеме и недостаточным контролем за физическим развитием школьников на этапе первичного звена здравоохранения.

**Козаренко В.Г., Корсунова Т.Ф.**

*БУ ХМАО-Югры «Нефтеюганская окружная клиническая больница им. В.И. Яцкив»,  
Нефтеюганск, ХМАО — Югра, Российская Федерация*

## **COVID-19 У ДЕТЕЙ г. НЕФТЕЮГАНСКА**

**Актуальность.** COVID-19 — острое респираторное вирусное заболевание, вызванное новым коронавирусом SARS-CoV-2. Проявляется преимущественно как острое заболевание респираторного тракта с различной клинической картиной. У детей заболевание протекает в более легкой форме, чем у взрослых.

**Цель исследования.** Изучение особенностей течения новой коронавирусной инфекции у детей г. Нефтеюганска.

**Пациенты и методы.** 14 апреля 2020 г. первый случай COVID-19 был диагностирован в г. Нефтеюганске у взрослого пациента. С конца апреля 2020 г. случаи новой инфекции стали выявляться и у детей города.

Из зарегистрированных в 2020 г. 6365 случаев новой коронавирусной инфекции в г. Нефтеюганске заболевшие дети составили 7,5%. Количество детей, обследованных на COVID-19 методом ПЦР-диагностики, — 8475 человек (30,4% детского населения города). Выявлено 475 случаев заболевания (5,6%). В 100% случаев дети заболевали в семейных очагах инфекции, случаев групповой заболеваемости в организованных коллективах не зарегистрировано. Коронавирусная пневмония у детей отмечалась в семьях, где один или несколько взрослых членов семьи также переносили пневмонию.

**Результаты.** У всех заболевших детей в возрасте от 0 до 17 лет COVID-19 чаще всего регистрировался в возрастной группе 10–14 лет — 33,4%; с одинаковой частотой заболевание встречалось у детей в возрасте 5–9 лет (22,9%) и у подростков 15–17 лет (23,1%). Дети до 1 года составили 6,3%, 1–4 лет — 14,1%. Половых различий в частоте встречаемости COVID-19 среди детей г. Нефтеюганска не выявлено: мальчики — 243 человека (51%), девочки — 232 (49%). Бессимптомные случаи заболевания составили 6,3% (30 человек) и чаще регистрировались в возрасте 5–9 лет (33%).

В большинстве случаев (436 человек) заболевание протекало с клинической картиной общих и катаральных симптомов со стороны верхних дыхательных путей в виде ринофарингита, фарингита, трахеита. У части детей (124 человек — 28,4%) отмечено сочетание с диарейным синдромом.

У 8 несовершеннолетних выявлены изменения в легких, характерные для коронавирусной пневмонии (КТ-1). Чаще всего она встречалась в возрасте 15–17 лет (62,5%), протекала без признаков ДН. 29 детям (6,1%) потребовалась госпитализация в стационар, 55% из них — по эпидпоказаниям. Тяжелого течения заболевания, требующего лечения в условиях реанимационного отделения, в 2020 г. не зарегистрировано. У одного пациента 14 лет заболевание протекало с клиникой агранулоцитоза. У пациентки 16 лет в периоде реконвалесценции COVID-19 был диагностирован острый миелобластный лейкоз. У одного пациента 10 лет на фоне течения инфекции диагностирован дебют сахарного диабета 1-го типа.

**Заключение.** Анализ заболеваемости детей г. Нефтеюганска COVID-19 во многом подтверждает данные о более легком течении этой инфекции в детском возрасте. Однако ввиду недостаточности знаний об отдаленных последствиях перенесенной инфекции считать COVID-19 «легким ОРВИ» у детей преждевременно. В этой связи специалистам, в первую очередь первичного звена, необходимо уделять пристальное внимание реабилитации и диспансерному наблюдению за детьми, перенесшими COVID-19. А разработка методов специфической профилактики инфекции в детском возрасте во многом способствовала бы борьбе с пандемией.

**Козловский А.А.**

*Гомельский государственный медицинский университет, Гомель,  
Республика Беларусь*

## **«ОСТРЫЙ ЖИВОТ» В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ПЕДИАТРА**

**Актуальность.** Под термином «острый живот» понимают состояния, характеризующиеся внезапной сильной болью в животе и требующие хирургического лечения. Выявление причин абдоминального болевого синдрома в детском возрасте нередко затруднено.

**Цель исследования.** Проанализировать структуру синдрома «острый живот» у детей и подростков, проживающих в Гомельской области (Республика Беларусь).

**Пациенты и методы.** Проведен ретроспективный анализ 300 медицинских карт пациентов, поступивших в детское хирургическое отделение учреждения «Гомельская областная детская клиническая больница» с подозрением на острый аппендицит с января по май 2019 г.

Статистическая обработка материалов выполнялась при помощи пакета прикладных программ Microsoft Excel и MedCalc 10.2.0.0. Данные представлены в виде среднего арифметического и стандартного отклонения ( $M \pm SD$ ). Результаты расчетов считали значимыми при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Среди поступивших в клинику было 142 мальчика (47,3%) и 148 девочек (52,7%). Пациенты предъявляли жалобы на боли в животе (100,0%), тошноту (52,0%), повышение температуры тела (46,7%), неустойчивый характер стула (14,0%). При объективном обследовании пациентов симптомы Ситковского и Ровзинга были положительными в 63 случаях (21,0%), симптом Кохера–Волковича выявлен у 57 пациентов (19,0%). Локальное напряжение мышц в правой подвздошной области установлено у 67 пациентов (22,3%).

В общем анализе крови в 1-е сут заболевания выявлен лейкоцитоз у 75,3% пациентов (среднее количество лейкоцитов —  $13,71 \pm 0,32 \times 10^9/л$ ).

При УЗИ органов брюшной полости у 77 пациентов (25,7%) отмечено увеличение в размерах червеобразного отростка и свободная жидкость в правой подвздошной ямке.

Острый аппендицит диагностирован у 105 детей (35,0%), при этом острый флегмонозный аппендицит выявлен в 82 случаях (78,1%), острый гангренозный аппендицит — в 17 случаях (16,2%), перфоративный — у 6 пациентов (5,7%).

Динамическое наблюдение и углубленное обследование позволили исключить острый аппендицит у 195 пациентов (65,0%). У них были диагностированы: кишечная колика — 75 случаев (38,4%), острая респираторная инфекция с абдоминальным синдромом — 64 случая (32,8%), функциональное расстройство желудка — 37 случаев (19,0%), функциональное расстройство кишечника, функциональная киста правого яичника и менструальные боли — по 5 случаев (по 2,6%), мезаденит и инвагинация кишечника — по 2 случая (по 1,0%).

**Заключение.** У пациентов, поступающих с подозрением на острую хирургическую патологию, острый аппендицит диагностируется лишь в 35,0% случаев. Ясная, не вызывающая сомнений клиническая картина, сопровождающаяся перитонеальными симптомами, отмечена у 1/5 части пациентов. В связи с этим «острый живот» должен вызывать настороженность педиатров и требует углубленного и внимательного обследования для своевременной и точной диагностики заболеваний.

**Козловский А.А., Козловский А.А. (мл.), Батт Т.А., Блохин М.Р.**

*Гомельский государственный медицинский университет, Гомель,  
Республика Беларусь*

## **ОСТРЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Актуальность.** У детей острые отравления медикаментами, алкоголем, веществами бытовой химии, ядовитыми растениями и грибами наблюдаются довольно часто, нередко сопровождаются развитием тяжелой интоксикации и при несвоевременно оказанной первой помощи могут привести к летальному исходу.

**Цель исследования.** Изучить структуру острых экзогенных отравлений у детей и подростков, проживающих в Гомельской области (Республика Беларусь).

**Пациенты и методы.** Проведен ретроспективный анализ 101 медицинской карты стационарных пациентов в возрасте от 1 до 17 лет, находившихся на лечении в учреждении «Гомельская областная детская клиническая больница» с диагнозом «Острое бытовое отравление» с января 2019 по октябрь 2020 г.

Полученные данные обработаны статистически с использованием пакета прикладного программного обеспечения Statsoft (USA) Statistica, 13.0. Результаты расчетов считали значимыми при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Возраст пациентов, поступивших в клинику с отравлением, составлял от 2 до 17 лет (средний возраст —  $8,02 \pm 0,32$  года). Преимущественно в стационар поступали дети раннего возраста (42,3%) и старшего школьного возраста (41,6%).

Достоверно большее число отравлений наблюдалось среди городских детей по сравнению с сельскими (87,1 и 12,9% соответственно;  $p < 0,001$ ). Отравления несколько чаще отмечались у мальчиков (58 человек — 57,4%), чем у девочек (43 человека — 42,6%);  $p > 0,05$ . Средний возраст мальчиков был достоверно ниже, чем у девочек ( $7,00 \pm 0,46$  и  $9,40 \pm 0,56$  лет;  $p = 0,001$ ).

Отмечались случаи отравления лекарственными препаратами — 45 человек (44,6%), алкоголем — 27 (26,7%), средствами бытовой химии — 18 (17,8%), продуктами питания (грибы, ягоды) — 4 (4,0%).

Алкогольное отравление встречалось только у детей 12–17 лет, приблизительно с одинаковой частотой среди мальчиков и девочек (25,9 и 27,9% соответственно;  $p > 0,05$ ). Отравления медикаментами (нейролептики, транквилизаторы, седативные препараты) и наркотическими веществами регистрировались только у 17 детей старшего школьного возраста (16,8%).

При поступлении детей в стационар отмечалась разная степень тяжести состояния. Тяжелое состояние установлено в 25,7% случаев, средней степени тяжести — в 32,7%, легкое — в 41,6%.

**Заключение.** Острые экзогенные отравления чаще наблюдаются у детей 1–3 лет и детей старшего школьного возраста. В структуре отравлений у детей стабильно высокий процент занимают отравления лекарственными препаратами и алкоголем.

Отравление алкоголем и некоторыми медикаментами (нейролептики, транквилизаторы, седативные препараты) диагностируются только у детей старшего школьного возраста. В целях профилактики отравлений у детей и подростков учреждениям образования необходимо усилить проведение воспитательной работы, направленной на формирование здорового образа жизни и становление личности ребенка.

**Козловский А.А. (мл.)<sup>1</sup>, Козловская Е.О.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии», Минск, Республика Беларусь

<sup>2</sup> «Городская детская инфекционная клиническая больница», Минск, Республика Беларусь

## **МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА И ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ПАТОГЕННОЙ ФЛОРЫ К АНТИБИОТИКАМ У ДЕТЕЙ С ИНФЕКЦИЕЙ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ**

**Актуальность.** Инфекция мочевого системы (ИМС) занимает одно из ведущих мест в структуре нефропатий у детей. Серьезность прогноза, трудности диагностики и лечения определяют актуальность проблемы и требуют от врача знания современных региональных данных о структуре высеваемых уропатогенов.

**Цель исследования.** Изучить частоту высеваемости и структуру уропатогенов у пациентов с ИМС для коррекции эмпирической и этиотропной терапии заболевания.

**Пациенты и методы.** Проанализировано 200 историй болезни пациентов в возрасте от 2 до 15 лет, находившихся на лечении в детском нефрологическом отделении учреждения «Гомельская областная клиническая больница» в 2017–2018 гг. Всем детям выполнялся посев мочи на питательные среды с последующей идентификацией возбудителя и определением его чувствительности к антибиотикам.

Статистическую обработку материалов осуществляли с помощью прикладного пакета Microsoft Excel 2016. Результаты расчетов считали значимыми при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Среди обследованных детей было 36 мальчиков (18,0%) и 164 девочки (82,0%). Средний возраст мальчиков составил  $10,31 \pm 0,92$  года, девочек —  $7,52 \pm 0,31$  года ( $p < 0,005$ ).

По данным бактериологического исследования мочи у 144 детей (72,0%) рост аэробной и факультативно-анаэробной флоры не обнаружен; в 56 случаях (28,0%) получен положительный результат. Основные возбудители инфекции мочевого системы — представители семейства *Enterobacteriaceae* (80,4%), преимущественно *Escherichia coli* (*E. coli*) (50,0%). *Enterococcus faecalis* и *Pseudomonas aeruginosa* выявлены с одинаковой частотой — по 12,5%, *Staphylococcus saprophyticus*, *Staphylococcus aureus* и грибы рода *Candida* — по 5,4 %; при сравнении с *E. coli* во всех случаях  $p < 0,002$ .

При определении чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам установили, что наиболее чувствительными бактерии оказались к цефалоспорином III–IV поколения (цефтриаксон, цефоперазон, цефепим), аминогликозидам (амикацин), фторхинолонам (ципрофлоксацин, офлоксацин, левофлоксацин), карбапенемам (имипенем, меропенем), ванкомицину.

Практически у всех пациентов выделенные микроорганизмы были устойчивыми к пенициллину и защищенным пенициллинам, кларитромицину, клиндамицину.

**Заключение.** Таким образом, высеваемость микроорганизмов из мочи у детей с ИМС составила 28,0%. Ведущими уропатогенами при данной патологии были *Escherichia coli*, *Enterococcus faecalis* и *Pseudomonas aeruginosa*. Указанные возбудители оказались наиболее чувствительными к цефалоспорином III–IV поколения, аминогликозидам, фторхинолонам, карбапенемам.

**Козловский А.А., Стринадко Ю.С.**

*Гомельский государственный медицинский университет, Гомель,  
Республика Беларусь*

## **ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПИЩЕВАРЕНИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

**Актуальность.** Функциональные расстройства пищеварения — одна из самых распространенных проблем у детей первых месяцев жизни. Более половины детей имеют хотя бы один из симптомов функциональных нарушений ЖКТ (срыгивание, кишечные колики, запор), а нередко — сочетание нескольких симптомов.

**Цель исследования.** Изучить структуру и клинические проявления функциональных расстройств пищеварения у детей раннего возраста.

**Пациенты и методы.** В лечебно-профилактических учреждениях Гомельской и Могилевской областей проведено анкетирование 155 матерей, имеющих детей раннего возраста (82 мальчика (52,9%) и 73 девочки (47,1%)). Средний срок гестации составил  $39,04 \pm 0,19$  нед. 15 детей (9,7%) родились преждевременно. Статистическую обработку материалов осуществляли с помощью прикладного пакета Microsoft Excel 2016 и программы Statistica 6.0. Результаты расчетов считали значимыми при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Функциональные расстройства пищеварения установлены у 140 пациентов (90,3%).

Младенческая регургитация встречалась у 128 детей (82,6%). Средний возраст возникновения симптома —  $1,74 \pm 0,12$  мес. В клинической картине расстройства преобладали срыгивания небольшим объемом вскоре после приема пищи.

Младенческие колики диагностированы у 104 детей (67,1%), причем данный симптом встречался у 56,7% девочек и у 43,3% мальчиков;  $p > 0,05$ . Средний возраст возникновения расстройства —  $1,61 \pm 0,14$  мес. Кишечные колики проявлялись приступами чрезмерного плача, раздраженности, возбуждения без видимых причин, как правило, в вечернее время.

Функциональный запор отмечен у 61 пациента (39,4%). Средний возраст возникновения расстройства —  $2,88 \pm 0,18$  мес. У девочек запор начинался в более раннем возрасте по сравнению с мальчиками ( $2,30 \pm 0,29$  и  $3,06 \pm 0,23$  мес соответственно;  $p < 0,05$ ). Данный симптом клинически проявлялся задержкой стула свыше 2 сут и беспокойством ребенка.

Сочетание нескольких функциональных расстройств пищеварения встречалось в 73,5% случаев.

**Заключение.** Функциональные расстройства пищеварения у детей раннего возраста отмечаются в 90,3% случаев. Наиболее распространенным расстройством пищеварения является младенческая регургитация (82,6%). Младенческие колики проявляются у детей в более раннем возрасте ( $1,61 \pm 0,14$  мес). Сочетание нескольких функциональных расстройств пищеварения выявлено в 73,5% случаев, что требует индивидуального подхода к диетической и медикаментозной коррекции.

**Козловский Д.А.**

*Учреждение «Гомельская областная детская клиническая больница»,  
Гомель, Республика Беларусь*

## **СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ВИТАМИНЕ D: ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ ВРАЧЕЙ-ПЕДИАТРОВ**

**Актуальность.** В последние годы в результате многочисленных исследований произошла значительная эволюция знаний о метаболизме витамина D и его роли в организме. Помимо регуляции фосфорно-кальциевого обмена, витамин D оказывает действие на многие органы и системы, имеющие рецепторы к нему.

**Цель исследования.** Провести оценку осведомленности врачей-педиатров о влиянии витамина D на организм ребенка, его дозировке и продолжительности приема на современном этапе.

**Пациенты и методы.** Проанкетировано 60 врачей-педиатров, проживающих в Гомельской области (Республика Беларусь). Возраст врачей составлял от 24 до 69 лет (средний возраст —  $37,36 \pm 1,18$  лет), из них лица пенсионного возраста — 13,6%. Стаж работы педиатров варьировал от 1 до 42 лет (средний стаж —  $12,8 \pm 1,15$  года). Высшую врачебную категорию имели 3,3% специалистов, первую — 26,7%, вторую — 30,0%; 40,0% врачей не имели врачебной категории.

**Результаты.** Все опрошенные педиатры убеждены в необходимости назначения витамина D. Однако только 60,0% специалистов владеют информацией о кальциемических и некальциемических эффектах витамина D. Также выявлен недостаточный уровень знаний современных правил его назначения. Возраст ребенка, с которого назначается препарат, не всегда соответствует современным представлениям: с первых дней жизни витамин D назначают 6,7% педиатров, с 3 нед — 50,0%, с 1 мес — 40,0%, с 1 года — 3,3%. В большинстве случаев (46,7%) специалисты рекомендуют водорастворимые формы витамина D, жирорастворимые препараты — в 10,0% случаев, 43,3% врачей назначают и водо-, и жирорастворимые формы витамина D. Преимущественно педиатры назначают недостаточную дозу витамина D (100–500 МЕ) — 53,3%; 1000 МЕ рекомендуют 26,7% врачей и 1500–2000 МЕ — 20,0%. Не все специалисты ориентируются и в продолжительности назначения витамина D: 6,7% рекомендуют принимать препарат до 6 мес, 30,0% — до 1 года, 36,6% — до 2 лет, 6,7% — до 3 лет и 20,0% — до 18 лет. На вопрос «Укажите продукты питания, содержащие максимальное количество витамина D» не ответило 23,3% врачей.

**Заключение.** Несмотря на широкое назначение витамина D, педиатры не владеют полной информацией о нем. Несвоевременное назначение, неадекватная доза и недостаточная продолжительность приема могут привести к низкой концентрации этого витамина в сыворотке крови и развитию патологических состояний, что диктует необходимость проведения в лечебных учреждениях Гомельской области обучающих семинаров для ознакомления специалистов с современными представлениями о витамине D.



**Коновалова А.М., Тяжева А.А., Печкуров Д.В., Порецкова Г.Ю.,  
Воронина Е.Н.**

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

## **НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНОЙ ФОРМЫ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКОЙ ДИАРЕЕЙ**

**Актуальность.** Пищевая аллергия (ПА) представляет большой научно-клинический интерес из-за ее распространенности и многообразия клинических форм. Трудности в диагностике связаны с тем, что реакции на пищу у детей раннего возраста носят отсроченный характер и протекают по не-IgE-зависимому типу.

**Цель исследования.** Обосновать включение в обследование детей раннего возраста с гастроинтестинальной ПА определение эозинофильного нейротоксина в кале (EDN) как неинвазивного маркера.

**Пациенты и методы.** Проведено исследование с участием 70 детей в возрасте от 1 мес до 3 лет с персистирующей диареей и 20 детей 1–2-й групп здоровья, не имеющих отягощенного аллергологического анамнеза и клинических проявлений аллергии. Критерии исключения: наличие инфекционных и паразитарных заболеваний кишечника, установленный диагноз заболеваний, протекающих с синдромом мальабсорбции.

Всем детям было проведено исследование кала на уровень содержания EDN. Повышение его концентрации в копрофильtrate отражает участие ЖКТ в аллергическом процессе.

**Результаты.** Уровень EDN в контрольной группе составил 91,8 [95% ДИ 75,8–107,8] нг/мл. В связи с этим уровень выше 107,8 нг/мл был принят нами как повышенный. Среди детей с персистирующей диареей были выделены 2 группы с низким (38 детей, 45,7%) и высоким (32 ребенка, 54,3%) показателями EDN.

Помимо персистирующего течения диарейного синдрома, гастроинтестинальная ПА проявляется и наличием крови и слизи в стуле, кожными высыпаниями. Была проанализирована зависимость клинических проявлений от изменений EDN. Отмечено, что в группе детей с высоким EDN кровь в стуле отмечалась у 12 детей, с низким — у 4 детей;  $\chi^2 = 2,3$  (при  $p < 0,05$  критическое значение  $\chi^2 = 3,8$ ), кожные высыпания у детей с высоким EDN отмечались у 22 детей, с низким — у 4,  $\chi^2 = 7,4$  (при  $p < 0,05$  критическое значение  $\chi^2 = 6,6$ ).

Одним из показателей воспалительного процесса, в том числе и аллергического, в нижних отделах толстой кишки являются лабораторные признаки колидистального синдрома (эритроциты, лейкоциты). Эритроциты в копрограмме отмечались только в группе с высоким EDN (13 человек);  $\chi^2 = 8,3$  (при  $p < 0,05$  критическое значение  $\chi^2 = 6,8$ ). Не выявлено статистической значимой зависимости между обнаружением лейкоцитов в стуле и повышением EDN, данный признак может отражать любой характер воспалительного процесса.

**Заключение.** Своевременная диагностика ПА крайне важна для правильной постановки диагноза, тактики ведения, возможности избежать безрезультатной и нередко негативно отражающейся на качестве жизни ребенка диетотерапии, медикаментозного лечения.

Определение EDN в кале у детей раннего возраста может являться неинвазивным методом в диагностике гастроинтестинальной ПА, проявляющейся синдромом хронической диареи. Данный тест целесообразно использовать в диагностике гастроинтестинальной формы ПА наряду со стандартными методами обследования.

Коршунова А.И.<sup>1</sup>, Тарасов Д.А.<sup>2</sup>, Юрьян Е.А.<sup>1</sup>, Мячин Н.Л.<sup>2</sup>, Зарипова Ю.Р.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> ГБУЗ РК «Детская республиканская больница», Петрозаводск, Российская Федерация

<sup>2</sup> ГБУЗ РК «Республиканская больница им. В.А. Баранова», Петрозаводск, Российская Федерация

<sup>3</sup> ФГБОУ ВО «Петрозаводский государственный университет», Петрозаводск, Российская Федерация

## НЕТРАВМАТИЧЕСКОЕ ВНУТРИМОЗГОВОЕ КРОВОИЗЛИЯНИЕ НА ФОНЕ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ ГЕМОСТАЗА У РЕБЕНКА 4 МЕСЯЦЕВ (ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ)

**Актуальность.** Витамин-К-дефицитная коагулопатия (ВКДК) является одной из наиболее частых причин геморрагического синдрома у детей первых месяцев жизни и обусловлена физиологическими и патологическими причинами (вторичный дефицит витамина К вследствие инфекционной диареи, синдрома мальабсорбции, прием медикаментов и т.д.). В мире проводится тотальная профилактика ВКДК новорожденным сразу после рождения. В РФ используется синтетическая малоэффективная форма витамина К<sub>3</sub>, что не исключает возможность развития ВКДК, поздняя форма которой нередко отсрочено диагностируется, приводит к развитию внутримозговых кровоизлияний (> 50% случаев) и, как следствие, к инвалидизации (42% детей) и летальности (7–52%).

**Цель исследования.** Проанализировать случай нетравматического внутримозгового кровоизлияния у ребенка 4 мес на фоне острого нарушения гемостаза — витамин-К-дефицитной коагулопатии.

**Пациенты и методы.** Описание клинического случая, анализ медицинской документации: форма 003/у-80, форма 112/у пациента Д. Ребенок 4 мес, от 5-й беременности (бессимптомная бактериурия, вагинит, гестационный СД, ИЦН (без коррекции), рубец на матке), от 3-х срочных оперативных родов (преждевременное излитие околоплодных вод, дистресс-синдром плода с выходом мекония в амниотическую жидкость). Масса тела — 5080 г, рост — 59 см, по APGAR 9/9 баллов. Проведена профилактика геморрагических осложнений 1% раствором менадиона. Исключительно грудное вскармливание.

**Результаты.** 25.12–02.01 острый гастроэнтерит, лечение в ГБУЗ РК РИБ. В клиническом анализе крови 26.12: HGB — 129 г/л, RBC —  $4,4 \times 10^{12}/л$ , PLT —  $758 \times 10^9/л$ . От 28.12: HGB — 108 г/л, RBC —  $3,6 \times 10^{12}/л$ , PLT —  $611 \times 10^9/л$ . НСГ от 29.12 — без патологии. 02.01 мама отмечает повышенную кровоточивость после взятия анализа крови из пальца. 09.01–11.01 рвота после кормления до 5–8 раз, вялость, отказ от еды. 11.01 поступает в ГБУЗ РК ДГБ с подозрением на кишечную инфекцию. При осмотре состояние тяжелое, в сознании, вялый, бледность, мраморность кожи, живот мягкий, подвздут, в околопупочной области пальпируется инвагинат  $1,0 \times 1,0$  см. В динамике ухудшение состояния — осмотр хирургом, реаниматологом, врачом УЗИ-диагностики ГБУЗ РК ДРБ. УЗИ брюшной полости: данных за инвагинацию нет. У ребенка тонико-клонические судороги, купированы реланиумом, далее угнетение уровня сознания до глубокого оглушения. В срочном порядке выполнена нейросонография — объемное образование головного мозга, 11.01 транспортирован в реанимацию ДРБ: состояние тяжелое, кожа, видимые слизистые бледные, чистые. Неврологический статус достоверно не оценить (седация реланиумом). На осмотр — открывает глаза, беспokoится, плачет. Зрачки DS, лицо симметричное, явных парезов, менингеальной симптоматики нет.

Местно: повреждений на голове не выявлено. Боковой родничок не выбухает. СКТ головного мозга: внутримозговое кровоизлияние в левой лобной доле, смещение срединных структур головного мозга. В клиническом анализе крови: WBC —  $17,12 \times 10^9/л$ , HGB — 81 г/л, PLT —  $568 \times 10^9/л$ , RBC  $3,02 \times 10^{12}/л$ , л/ф —  $11 \times 10^9/л$ , свертываемость — 3, СОЭ — 22 мм/ч.

Коагулограмма: фибриноген — 5,24, АЧТВ — 112,2, МНО — 8,14, ПТИ — 6,1. Окулист: ангиопатия сетчатки по гипертоническому типу обоих глаз. После предварительной подготовки (переливание СЗП, эритромазсы, менадион) пациент экстренно оперирован 11.01. — удаление гематомы левой лобной доли  $30 \text{ см}^3$ .

СКТ-контроль 13.01. — состояние после операции. Гематома удалена тотально. Свежего кровоизлияния нет. Клинический анализ крови 22.01.: WBC —  $9 \times 10^9/л$ , HGB — 150 г/л, PLT —  $633 \times 10^9/л$ . Коагулограмма 15.01: фибриноген — 2,75, АЧТВ — 30,6, МНО — 1,16, ПТИ — 79. Окулист 22.01. — без патологии. На фоне лечения состояние с положительной динамикой. Выписан без неврологического дефицита.

**Заключение.** У пациента диагностирована ВКДК вследствие вторичного дефицита витамина К на фоне инфекционной диареи. Заболевание манифестировало рвотой, бледностью кожи, снижением аппетита, кровотечением при взятии крови из пальца, а далее — кровоизлиянием в головной мозг. Несмотря на повсеместную профилактику ВКДК при рождении, практикующему врачу необходимо быть настороженным в отношении ВКДК у детей первого года жизни. Острые клинические проявления дефицита витамина К в совокупности с изменениями в коагулограмме позволяют своевременно диагностировать данное состояние и, что особенно важно, повлиять на его исход путем быстрого восполнения витамин-К-зависимых факторов свертывания крови и самого витамина К, способствующего быстрой остановке патологического процесса.

**Кочерова О.Ю., Антышева Е.Н.**

*ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н. Городкова» Минздрава России, Иваново, Российская Федерация*

## **ДИНАМИКА РАССТРОЙСТВ НЕВРОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ПЕРВЫЙ ГОД ВОСПИТАНИЯ В ЗАМЕЩАЮЩИХ СЕМЬЯХ**

**Актуальность.** В литературе подробно описаны специфические нарушения психического онтогенеза у детей, воспитывающихся в домах ребенка, в виде депривационной депрессии и парааутизма, псевдозадержки развития. Динамика нарушений в период адаптации в замещающей семье изучена недостаточно.

**Цель исследования.** Изучить динамику расстройств невротического уровня у детей раннего возраста в первый год воспитания в замещающих семьях.

**Пациенты и методы.** Объектом лонгитудинального исследования явились 65 детей раннего возраста в период передачи в замещающую семью и через год адаптации в замещающей семье (ЗС). Постановка диагнозов осуществлялась психиатром в соответствии с МКБ-10. Статистическая обработка материала проводилась с использованием программ MS Excel XP и Statistica 6.0.

**Результаты.** Через год воспитания в ЗС у детей снизилась частота встречаемости вздрагиваний (53,8 и 32,3%;  $p = 0,022$ ) и ППД (43 и 26,2%;  $p = 0,043$ ) при засыпании, увеличилась частота «сна в постели с родителями» (6,2 и 18,5%;  $p = 0,033$ ), исчез чрезмерный аппетит в виде полифагии (6,2 и 0%;  $p = 0,043$ ). Уменьшилось число детей с эмоционально-волевыми расстройствами за счет снижения распространенности депрессивных реакций, проявляющихся сниженным настроением (72,3 и 6,2%;  $p < 0,001$ ), двигательной заторможенностью (38,5 и 1,5%;  $p < 0,001$ ), снижением волевых процессов (72,3 и 12,3%;  $p < 0,001$ ) и замкнутостью (56,9 и 15,4%;  $p = 0,004$ ). Однако увеличилось число детей с повышенной тревожностью (15,4 и 33,8%;  $p = 0,026$ ), гипердинамическим синдромом (12,3 и 33,8%;  $p = 0,004$ ), поведенческими расстройствами (27,7 и 52,3%;  $p = 0,008$ ) за счет повышения доли детей с непослушанием, оппозиционным (26,2 и 52,3%;  $p = 0,005$ ) и демонстративным поведением (13,8 и 29,2%;  $p = 0,033$ ). В структуре синдрома ППД уменьшилась распространенность двигательных актов, совершаемых по механизму замещения, таких как сосание пальца (60 и 42%;  $p = 0,036$ ) и раскачивание сидя (26 и 12%;  $p = 0,046$ ).

**Заключение.** В связи с тем что дети раннего возраста обладают хорошими компенсаторными возможностями, создание благоприятных микросоциальных условий в ЗС приводит к нивелированию депрессивной симптоматики у большинства детей. Но у детей увеличиваются эмоционально-поведенческие расстройства в виде симптомов тревоги, гипердинамических нарушений и расстройств поведения.

Полученные данные определяют необходимость длительного комплексного медико-психологического сопровождения приемной семьи с участием психиатра.

**Кравцова И.С., Васильева И.Р.**

*Специализированный дом ребенка, Архангельск, Российская Федерация*

## **ДИНАМИКА УСТРОЙСТВА ВОСПИТАННИКОВ ГКУЗ АО «СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ДОМ РЕБЕНКА» В СЕМЬЮ ЗА 2000–2020 гг.**

**Актуальность.** Устройство детей в семью, интеграция воспитанников домов ребенка в общество — одни из приоритетных направлений деятельности интернатных учреждений. С 2012 г. в РФ активно развивается система поддержки семьи, в обществе изменились взгляды на опеку и попечительство приемных детей.

**Цель исследования.** Оценить динамику устройства воспитанников в семью из ГКУЗ АО «Специализированный дом ребенка г. Архангельска за два десятилетия — с 2000 по 2020 г.

**Пациенты и методы.** Материалом исследования послужили социальные данные, личные дела воспитанников ГКУЗ АО «СДР» с 2000 по 2020 г.

**Результаты.** За 20 лет, с 2000 по 2020 г., из «Специализированного дома ребенка» г. Архангельска устроено в семьи 2677 детей (87% от всех выбывших воспитанников, 13% переведены в интернатные учреждения). В течение 10 лет 95–98% воспитанников дома ребенка выбывают в семью. Темп прироста с 2005 г. составил 30% (с 69% в 2005 г. до 98% в 2018 г.). Количество детей, передаваемых в кровную семью, стабильно — 51%. С 2006 г. значительно увеличилось количество детей, передаваемых под опеку, которая превалирует над усыновлением (с 18% в 2000 г. до 35% в 2020 г.). С 2015 г. количество детей, переданных под опеку, в 6–7 раз превышает количество усыновленных. С 2008 г. российское усыновление в доме ребенка преобладает над иностранным в 3 раза. С 2000 г. количество иностранных усыновлений уменьшилось в 6 раз (с 24% в 2000 г. до 4% в 2019 г.). С 2017 г. появилась тенденция устройства в семью детей с ограниченными возможностями в здоровье, ежегодно 2–4 ребенка с инвалидностью обретают новую семью.

**Заключение.** Государственные меры социальной поддержки семьи и реализация комплексного системного подхода в работе патронажной службы позволяет эффективно решать проблемы социального сиротства. Особый вклад в укрепление института семьи, развитие службы опеки и попечительства принадлежит домам ребенка.

**Кравцова И.С., Рудакова Е.А.**

*Специализированный дом ребенка, Архангельск, Российская Федерация*

## **ВКЛАД ОБЛАСТНОГО ДОМА РЕБЕНКА г. АРХАНГЕЛЬСКА В ОХРАНУ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ЕВРОПЕЙСКОГО СЕВЕРА В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ**

**Актуальность.** Охрана материнства и детства всегда являлась приоритетом государства. Особый вклад в сохранение жизни и здоровья детского населения Арктического региона в годы Великой Отечественной войны внесли дома ребенка. Изучение данного вопроса имеет особую историческую значимость.

**Цель исследования.** Изучить причины устройства, детскую смертность в Областном доме ребенка г. Архангельска в годы Великой Отечественной войны.

**Пациенты и методы.** Исследование выполнено на базе ГКУЗ АО «СДР» г. Архангельска. Материалом для данного исследования послужили стационарные журналы Областного дома ребенка г. Архангельска за 1939–1947 гг., стационарный журнал Маймаксанского дома ребенка за 1941–1944 гг., журнал усыновлений за 1942–1949 гг., истории болезни, архивные документы.

**Результаты.** Архангельск в годы войны оказался на втором месте по голодной смерти после блокадного Ленинграда. Туберкулез, кишечные инфекции, пневмонии носили тяжелый характер. Большое количество детей лишилось родителей, росли беспризорность и детская смертность. В области было принято решение расширить сеть интернатных учреждений. В военные годы работало 4 дома ребенка, одним из которых был Областной дом ребенка, основанный в 1920 г. За 1941–1947 гг. в ОДР находилось 1008 детей. Наибольшее количество отмечалось в 1947 г. (172 человека). Основными причинами устройства детей были арест или ссылка родителей — 15%, сиротство — 29%, болезнь родителей — 11%, служба на фронте — 16%. С 1944 г. большинство детей находились в учреждении в связи с трудным социальным положением — 18,8%, малышей, от которых отказались родители, было минимально — 0,8% (9 человек). Одной из причин сиротства была материнская смертность, которая достигала 57%. Детская смертность была также очень высокой. Более 25% воспитанников погибали. За период с 1939 по 1947 г. в доме ребенка умер 231 ребенок. Основными причинами детской смертности были пневмония — 23%, дизентерия — 10%, гипотрофия — 9%, туберкулез — 4%. С 1939 по 1945 г. из дома ребенка были переданы в семью 184 ребенка (39%). Часто детей забирали работники учреждения.

**Заключение.** В годы Великой Отечественной войны специалисты Областного дома ребенка внесли особый вклад в охрану жизни и здоровья детей Европейского Севера. Противостояли детской смертности и инфекционным заболеваниям, беспризорности и голоду. В домах ребенка исторически заложен фундамент профилактической медицины. При выборе новых путей развития социальной педиатрии, проведении реформирования домов ребенка в XXI веке актуальны слова: «Общество, забывшее свою историю, обречено повторить ее вновь».

**Кравцова И.С., Сокольникова Я.А.**

*Специализированный дом ребенка, Архангельск, Российская Федерация*

## **СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ГКУЗ АО «СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ДОМ РЕБЕНКА» ПО ДАННЫМ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЕТЕЙ В ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ**

**Актуальность.** Показатели здоровья детского населения являются объективным критерием благополучия общества, основанием для разработки стратегий диагностики, лечения и профилактики заболеваний.

**Цель исследования.** Выявить основные особенности состояния здоровья воспитанников ГКУЗ АО «СДР» по данным диспансеризации детей в трудной жизненной ситуации за период с 2018 по 2019 г.

**Пациенты и методы.** Проанализированы данные диспансеризации детей в трудной жизненной ситуации, детей, оставшихся без попечения родителей, в ГКУЗ АО «СДР» (форма 30/у, форма 112) за период с 2018 по 2019 г.

**Результаты.** По ДДС впервые выявленная патология диагностируется в ДР в 1,6% (505 из 3505). Чаще впервые диагностировались заболевания органов пищеварения — 138 на 1000 детей, психические заболевания — 138 на 1000 детей и болезни глаза — 92 на 1000 детей. Уровень общей заболеваемости воспитанников СДР в 1,3 раза ниже показателей заболеваемости по Архангельской области (3505 на 1000 по отношению к 4611 на 1000 детей), несмотря на большой охват детей по ДДС. В течение 2 лет лидирующей патологией у детей, прошедших ДДС в СДР и по области являются врожденные пороки развития, болезни эндокринной системы и органов пищеварения. Показатели заболеваемости болезнями мочеполовой системы, психическими нарушениями, болезнями кожи сходны у детей в трудной жизненной ситуации по сравнению с общей детской популяцией области. Показатель болезней нервной системы в СДР 2,2 раза ниже областного уровня (264 на 1000 против 582 на 1000 детей по Архангельской области), в 4 раза ниже показатель заболеваемости органов костно-мышечной системы (69 на 1000 детей в СДР против 680 на 1000 детей по Архангельской области). Возможно, это связано с ранней своевременной комплексной реабилитацией детей в ДР, что приводит к компенсации и восстановлению перинатальных поражений НС и состояний, возникших ранний период детства.

**Заключение.** Анализ ДДС отражает целостную картину организации медицинской помощи детям. Выявленные особенности свидетельствуют о должном уровне оказания в ДР специализированной педиатрической и неврологической помощи. Как правило, впервые диагностируются по ДДС заболевания, связанные с применением дополнительных инструментальных методов обследования: ультразвуковой диагностикой и консультацией специалистов (психиатра, хирурга, окулиста), которыми дети не осматриваются в районах при поступлении в ДР и не входящих в штат интернатного учреждения.

**Кравченко Л.В., Левкович М.А., Афонин А.А.**

*Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону,  
Российская Федерация*

## **УРОВЕНЬ ЦИТОКИНОВ ПРИ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ЭПШТЕЙНА–БАРР У НОВОРОЖДЕННЫХ**

**Актуальность.** Одна из проблем, с которой сталкиваются клиницисты при внутриутробной вирусной инфекции Эпштейна–Барр, является выраженность иммунных нарушений у больных.

**Цель исследования.** Определение уровня цитокинов (интерлейкина 2 и интерферона  $\alpha$ ) при вирусной инфекции Эпштейна–Барр у новорожденных.

**Пациенты и методы.** Под наблюдением находились 26 новорожденных с вирусной инфекцией Эпштейна–Барр. Контрольную группу составили 15 новорожденных без герпесвирусной инфекции. Определение уровня интерлейкина 2 и интерферона  $\alpha$  в сыворотке крови проводилось методом иммуноферментного анализа с использованием наборов реагентов для твердофазного иммуноферментного анализа ProCon IF2 plus, ProCon IL-2 (ООО «Протеиновый контур», Российская Федерация, Санкт-Петербург).

**Результаты.** При оценке клинических данных на первом месяце жизни у новорожденных с вирусной инфекцией Эпштейна–Барр были выявлены такие признаки, как лихорадка (23% случаев), конъюгационная желтуха (43%), гипербилирубинемия (41%), гепатит (13%), лимфаденит (7,7%), ринофарингит (41%). В начале заболевания на первом месяце жизни в группе детей с вирусной инфекцией Эпштейна–Барр отмечалось статистически значимое по сравнению с контрольной группой повышение в сыворотке крови уровня интерлейкина 2 (124,4 [54,5–415,1]; 89,2 [57,5–107,6] пг/мл соответственно) ( $p < 0,05$ ) и интерферона  $\alpha$  (15,4 [4,0–28,2] и 9,6 [6,3–15,4] пг/мл соответственно) ( $p < 0,04$ ).

Учитывая, что у новорожденных в ответ на инфицирование герпесвирусами, в том числе вирусом Эпштейна–Барр, развивается индуцибельный ответ, проявлением которого является также и повышение уровней интерлейкина 2 и интерферона  $\alpha$  в сыворотке крови, можно рассматривать данные цитокины как пусковой механизм для продукции каскада цитокиновых реакций в ответ на внедрение вируса.

**Заключение.** Полученные данные свидетельствуют о срыве адаптационно-компенсаторных механизмов на фоне усиленной антигенной нагрузки у новорожденных детей с инфекцией, вызванной вирусом Эпштейна–Барр.

Статистически значимое увеличение уровня интерлейкина 2 и интерферона  $\alpha$  уже в ранние сроки заболевания может трактоваться как скрининговый маркер нарушений в иммунном статусе у детей с вирусной инфекцией Эпштейна–Барр.

**Крамарь Л.В., Пелих Д.Г.**

*Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград,  
Российская Федерация*

## **ОЦЕНКА ТRENDA ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БОЛЕЗНЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ г. ВОЛГОГРАДА И ОБЛАСТИ**

**Актуальность.** Болезни органов дыхания у детей во всем мире лидируют не только по частоте возникновения, но и как причина летальных исходов, особенно среди детей младшего возраста.

**Цель исследования.** Оценить частоту болезней органов дыхания у детей в Волгоградском регионе; установить основные тенденции динамики заболеваемости.

**Пациенты и методы.** Были проанализированы аналитические данные ежегодных информационных бюллетеней Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Волгоградской области «Оценка влияния факторов среды обитания на здоровье населения Волгограда» и сведения о деятельности инфекционного отделения ГБУЗ «Волгоградская областная детская клиническая больница» (форма 14) за 2017–2019 гг.

**Результаты.** В течение анализируемого периода болезни органов дыхания лидировали в структуре заболеваемости, при этом выявлена тенденция к увеличению числа случаев. Так, в 2018 г. показатель заболеваемости детей первого года жизни в Волгоградской области составлял 2953,3 на 1000 детей первого года и по сравнению с 2017 г. увеличился на 0,4%, а с 2014 г. — на 41,9%. В 2019 г. болезни органов дыхания составляли 28,4% всей заболеваемости детей первого года жизни, а в структуре впервые выявленной заболеваемости — 71,1%. Наиболее значимой проблемой продолжают оставаться пневмонии.

Анализ госпитализаций в инфекционный стационар показал, что среди пациентов, поступивших с патологией респираторной системы (МКБ-10 J00–98), преобладали острые респираторные инфекции, однако удельный вес пневмоний был весьма значительным: в 2018 г. он составил 35,5%, в 2019 г. — 34,2%, в 2020 г. — 32,5%.

Внедрение актуальных алгоритмов лечения привело к отсутствию летальности от пневмоний в стационаре за анализируемый период, вместе с тем проблема лечения пневмоний у детей продолжает оставаться весьма актуальной.

**Заключение.** На протяжении 5 лет в Волгоградской области наблюдается снижение показателя младенческой смертности: с 7,9‰ в 2014 г. до 5,1‰ в 2018 г. (показатель в РФ — 5,1‰). Среди причин смерти детей в возрасте до года болезни органов дыхания составляют 4,9%, при этом лидирующие позиции в рейтинге принадлежат пневмониям. Оптимизация диагностики и лечения данного заболевания — один из путей снижения летальности во всех возрастных группах детей.



**Крошкина Д.В., Панина О.С., Черненко Ю.В., Курмачева Н.А.**

*ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского МЗ РФ, Саратов,  
Российская Федерация*

## **ТЕЧЕНИЕ РАННЕГО НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА У КРУПНЫХ К СРОКУ ГЕСТАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЕРАПИИ ГЕСТАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА У МАТЕРИ**

**Актуальность.** Согласно МКБ-10, крупными к сроку гестации новорожденными (P08.1) считаются дети, масса тела которых выше 90-го (97-го) перцентиля или 4000 г и более при рождении в срок. Основной, хотя и не единственной, причиной данной патологии остается нарушение углеводного обмена у беременной женщины.

**Цель исследования.** Анализ течения раннего неонатального периода у крупных к сроку гестации новорожденных в зависимости от наличия/отсутствия инсулинотерапии гестационного сахарного диабета у матери.

**Пациенты и методы.** На базе ГУЗ ПЦ г. Саратова был проведен ретроспективный анализ медицинской документации 53 пар мать-новорожденный (обменная карта беременной форма 113/у, история развития родов форма 096/у, история развития новорожденного форма 097/у) за 2018–2019 гг. Критерием включения в исследование являлось превышение массы тела новорожденного ребенка 90-го перцентиля для гестационного возраста, критериями исключения являлись наличие генетической патологии, дети с экстремально низкой массой тела при рождении.

**Результаты.** Анализ обменных карт беременных выявил, что гестационный сахарный диабет отмечался у 54% женщин, дети которых соответствовали критерию включения в исследование. Нами были выявлены отличия течения раннего неонатального периода у новорожденных в зависимости от наличия/отсутствия инсулинотерапии (при наличии показаний к проведению). Новорожденные дети от женщин, получавших инсулин, не имели / имели дыхательные расстройства, не потребовавшие проведения респираторной поддержки. Сатурация кислорода крови отмечалась на уровне не ниже 94%, компенсированные газы крови. Оценка по шкале APGAR  $7 \pm 1$  балл. По данным обследования отмечалась неврологическая симптоматика в виде церебральной ишемии 1-й степени. В то же время у новорожденных от матерей, не получивших инсулинотерапию при имеющихся для нее показаниях, отмечались тяжелые дыхательные расстройства (сатурация 88–90%, декомпенсация кислотно-основного состояния), потребовавшие проведения дыхательной терапии более 3 дней (респираторная поддержка в виде СРАР, ИВЛ). Оценка по шкале APGAR  $5 \pm 1$  балл. По данным обследования была выявлена тяжелая неврологическая симптоматика в виде ишемии подкорковых ядер, лентиккулярной васкулопатии, церебральной ишемии 2–3-й степени.

### **Заключение.**

1. Рождению детей крупных к сроку гестации способствуют ряд факторов, среди которых наиболее значимым является нарушение углеводного обмена у женщины до / во время беременности.
2. От своевременно назначенной и правильно подобранной дозы инсулина при гестационном СД во время беременности во многом будет зависеть дальнейшее течение неонатального периода у новорожденных, отсутствие дыхательных расстройств, требующих проведения дыхательной терапии, отсутствие неврологического дефицита, требующего длительной реабилитации.

**Кругляков А.Ю.<sup>1</sup>, Беляева И.А.<sup>1, 2</sup>, Горев В.В.<sup>1</sup>, Михеева А.А.<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ», Москва, Российская Федерация

<sup>2</sup> РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва, Российская Федерация

<sup>3</sup> ГБУ «НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ», Москва, Российская Федерация

## **АНАЛИЗ ПРИЧИН ЭКСТРЕННОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ИЗ ДОМА В МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР**

**Актуальность.** В последние годы отмечается рост числа экстренных госпитализаций новорожденных детей в многопрофильный педиатрический стационар.

**Цель исследования.** Анализ структуры и причин экстренной госпитализации новорожденных детей из дома в многопрофильный детский стационар.

**Пациенты и методы.** Обработана первичная документация 5197 новорожденных, обратившихся в приемное отделение многопрофильной детской больницы в 2017–2020 гг. Проведена оценка количества госпитализаций в стационар в сравнении с 2000–2010 гг. Проанализированы каналы госпитализации, возраст, пол, а также структура диагнозов и длительность госпитализации. Сформулированы возможные причины роста госпитализации новорожденных.

**Результаты.** По сравнению с 2000–2010 гг. госпитализация новорожденных выросла в 50 раз. Каждый пятый обратившийся в приемное отделение по каналу скорой медицинской помощи или самотеком был выписан из роддома ранее 7 дней до госпитализации. После осмотра в приемном отделении не обнаружено оснований для госпитализации у 1019 детей (21% от всех обратившихся). Средняя длительность пребывания в стационаре госпитализированных детей составила 5,8 дня. Среди причин госпитализации инфекционные заболевания, хирургические болезни и расстройства пищеварения составили половину всех случаев.

Дыхательные расстройства, болезни крови, нарушения церебрального статуса, желтухи, офтальмологические проблемы, врожденные пороки развития явились причиной госпитализации остальных пациентов. Среди причин обращений без оснований для госпитализации половину случаев составили трудности вскармливания и изменения со стороны кожи. Были доставлены скорой помощью, но отказались от госпитализации 676 детей (13%).

**Заключение.** Ранняя выписка из родильного дома и отделений патологии новорожденных при недостаточной осведомленности и навыках родителей по вскармливанию и уходу за ребенком нередко становятся причиной экстренных обращений для госпитализации. Необходимо усиление просветительской работы с семьей врачами амбулаторного звена.

**Крюгер Е.А., Рымаренко Н.В., Бобрышева А.В.**

*Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского», Симферополь, Российская Федерация*

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19) У ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ КРЫМ**

**Актуальность.** На сегодняшний день известно, что дети и подростки составляют от 1 до 5% случаев в структуре заболеваемости новой коронавирусной инфекцией. Большую часть выявленных случаев COVID-19 у детей связывают с близким контактом с заболевшими взрослыми. Как правило, COVID-19 является менее тяжелым заболеванием для детей, чем для взрослых. Приблизительно у 90% педиатрических пациентов диагностируется бессимптомное, легкое или умеренное течение. Однако до 6,7% случаев могут быть тяжелыми. Тяжелое течение обычно наблюдается у младенцев и у пациентов с сопутствующей хронической патологией; при этом клинические симптомы обычно имеют неспецифичный характер.

**Цель исследования.** Изучить особенности течения и лечения инфекции, вызванной SARS-CoV-2 у детей в республике Крым.

**Пациенты и методы.** Под нашим наблюдением находились 69 детей, проходивших стационарное лечение по поводу установленной инфекции COVID-19 в ГБУЗ РК «ДИКБ» г. Симферополя с июня по август 2020 г.

**Результаты.** По возрасту дети распределились следующим образом: в возрасте до года наблюдалось 3 детей, от года до 5 лет — 17, от 6 до 10 лет — 20, от 11 до 14 лет — 20 и в возрасте 15–18 лет — 9 детей (в том числе 40 мальчиков и 29 девочек). Все наблюдаемые нами дети имели контакт с заболевшими родителями или близкими родственниками. Основными жалобами при поступлении являлись: у большинства (50 детей) больных отмечалось першение и боль в горле, заложенность носа; anosmia доминировала у 10 детей, кашель наблюдалось у 9, недомогание, незначительная вялость — у 9, повышение температуры тела отмечено у 33 детей (у 23 детей до субфебрильных цифр, у 10 — до фебрильных). У всех пациентов была диагностирована новая коронавирусная инфекция COVID-19 средней степени тяжести; при этом у 12 больных была установлена нозологическая форма «острый бронхит», у 10 детей — «острый фарингит». У 10 детей инфекция протекала с проявлениями пневмонии, при этом превалировал правосторонний характер поражения легких без проявлений дыхательной недостаточности.

В терапии у пациентов использовались: умифеновир — у 39 больных, интерферон альфа-2b в виде спрея назального дозированного — у 25 детей, интерферон альфа-2b человеческий рекомбинантный в виде суппозиторий для ректального применения — у 14 детей. У 13 больных была использована комбинация (ритонавир + лопиравир). По результатам лечения у всех больных наблюдалось полное клиническое выздоровление.

**Заключение.** Полученные результаты подтверждают, что новой коронавирусной инфекцией чаще болеют дети в возрасте от 6 до 14 лет, в нашем исследовании — больше мальчики. У всех детей в анамнезе был контакт с заболевшими родителями или близкими родственниками. Основными проявлениями клинической картины были першение и боль в горле, заложенность носа, а также повышение температуры тела до субфебрильных цифр.

**Крючкова А.В., Панина О.А., Семынина Н.М., Полетаева И.А.,  
Липовцева Е.И.**

ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж,  
Российская Федерация

## **ПРОБЛЕМЫ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ**

**Актуальность.** По оценкам ВОЗ, 80% антибиотиков используются в комбинации, а около 40% — не по назначению. Проблема антибиотикорезистентности является актуальной в нефрологии и связана с нерациональным применением антибиотиков.

**Цель исследования.** Анализ микробного состава инфекций мочевых путей (ИМП) и их этиотропной терапии в условиях многопрофильного стационара.

**Пациенты и методы.** Ретроспективное изучение 87 историй болезни детей с ИМП нефрологического отделения ОДКБ № 1 г. Воронежа.

**Результаты.** Эмпирическая этиотропная терапия предусматривает адекватный выбор антибактериального препарата, но не всегда учитывается антибиотикорезистентность возбудителя.

Наиболее частый возбудитель ИМП — *Escherichia coli*, удельный вес этого возбудителя составил 39,2%. В ходе установления спектра чувствительности к антибактериальным препаратам в 31,7% случаев имелась резистентность к одному антимикробному препарату, в 8,9% — к двум и более антимикробным препаратам (31,3% — к ингибиторзащищенным пенициллинам, 19,8% — к цефалоспорином III поколения).

На втором месте по частоте высева микроорганизмов от больных с ИМП является *Proteus mirabilis*. На его долю приходится 21,1% от всех обследованных пациентов. Спектр чувствительности к антибактериальным препаратам: в 43,2% случаев имелась резистентность к одному антимикробному препарату, в 22,1% — к двум и более антимикробным препаратам (68,3% — к ингибиторзащищенным пенициллинам, 32,4% — к цефалоспорином III поколения). Анализ стартовой терапии показал, что наиболее часто назначались цефалоспорины III поколения.

**Заключение.** Основными уропатогенами у обследованных больных были *Escherichia coli* и *Proteus mirabilis*. Наиболее частым возбудителем является *Escherichia coli*, а резистентность к большинству антибактериальных препаратов выше, что необходимо учитывать при выборе стартовой эмпирической антибактериальной терапии.

**Кузнецова Л.В., Варламова Т.В.**

*ПетрГУ, Петрозаводск, Республика Карелия, Российская Федерация*

## **ВОЗМОЖНОСТИ ДОКЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЯХ ПОЗВОНОЧНИКА У ДЕТЕЙ**

**Актуальность.** Дисплазия соединительной ткани оказывает влияние на патологию органов и систем. При болезни Марфана морфологическое исследование биоптата мышц выявляет фрагментацию и расщепление эластических волокон и увеличение коллагеновой ткани, что и обуславливает увеличение длительности суммарного мышечного ответа. Патоморфологическая картина мышечной ткани при болезни Черногубова–Элерса–Данлоса характеризуется недостаточным развитием коллагеновых волокон, истончением мышечных волокон и соединительнотканых прослоек между их пучками, т.е. морфологической «концентрацией» и, как следствие, их биоэлектрической синхронизацией. Этим, по-видимому, может определяться уменьшение длительности М-ответа.

**Цель исследования.** Оценить состояние периферических нервов конечностей у детей с ранними дегенеративно-дистрофическими изменениями позвоночника методом электронейромиографии (ЭНМГ).

**Пациенты и методы.** Электронейромиография выполнена 20 детям (7 девочек, 13 мальчиков) в возрасте от 8 до 17 лет ( $13,7 \pm 7,4$  года). Из них детей с дегенеративными изменениями шейного и шейно-грудного отдела позвоночника — 7, грудного отдела — 7, с нестабильностью шейного отдела — 6. Проанализирована скорость проведения импульса по двигательным волокнам срединного, локтевого, большеберцового и малоберцового нервов, латенция, амплитуда вызванных потенциалов нервов и иннервируемых ими мышц. Непрямая стимуляция мышцы проводилась прямоугольными электрическими импульсами длительностью 0,1–0,2 мс в супрамаксимальном режиме с помощью поверхностного стимулирующего электрода. Для регистрации М-ответа применяли стандартные поверхностные электроды площадью 0,5 см<sup>2</sup>.

**Результаты.** При отсутствии клинических проявлений невропатии у детей было выявлено изменение формы М-ответа: с локтевого нерва — у 11 человек, у 1 ребенка — изменения по аксональному типу, у 8 детей — норма, из них 6 человек были с остеохондрозом грудного отдела позвоночника. ЭНМГ срединного нерва была без патологии у 19 детей, у 1 ребенка — изменена по аксональному типу (остеохондроз шейного отдела позвоночника). Демиелинизирующие изменения большеберцового нерва были у 3 человек (2 — с остеохондрозом грудного отдела и 1 — шейного отдела), малоберцового нерва (демиелинизирующий тип) у 4 человек (2 — с нестабильностью шейного отдела и 2 — с грудным остеохондрозом).

Фасцикуляции на уровне шейных сегментов при глобальной ЭНМГ были обнаружены у 9 детей (из них только у 3 с дегенеративно-дистрофическими изменениями грудного отдела позвоночника).

**Заключение.** Таким образом, выявленные изменения (снижение скорости проведения импульса ниже возрастной нормы, увеличение латенции, уменьшение амплитуды вызванных потенциалов нервов) соответствуют доклинической стадии невропатии. Вероятно, полученные данные следует рассматривать у детей как проявления степени выраженности дисплазии соединительной ткани, хотя также нельзя исключить и вертеброгенные механизмы невропатии.

Клинико-электронейромиографическое изучение нервно-мышечных синдромов, сочетающихся с патологией соединительной ткани, выявило диагностическое значение показателя длительности М-ответа, величина которого отражает состояние соединительнотканного интерстиция: увеличивается при разрастании соединительной ткани, прежде всего коллагеновых волокон, склерозе и фиброзе мышц и уменьшается при гиперэластичности, недостаточности коллагеновых волокон, сопровождающих синдромы несовершенного десмогенеза — дисплазии соединительной ткани.

**Кузнецова М.А., Зрячкин Н.И., Елизарова Т.В., Царева Ю.А., Зайцева Г.В.**

*ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, Саратов, Российская Федерация*

## **ДИСТАНЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ НА КАФЕДРЕ ПЕДИАТРИИ ЦДПО: МНЕНИЕ СЛУШАТЕЛЕЙ**

**Актуальность.** Современная ситуация, связанная с распространением новой коронавирусной инфекции (COVID-19) стремительно и кардинально изменила привычную форму обучения на всех уровнях образовательного процесса.

**Цель исследования.** Изучить мнение врачей-педиатров, прошедших дистанционное обучение (ДО) на кафедре педиатрии по программе повышения квалификации по специальности «Педиатрия».

**Пациенты и методы.** Проведено анонимное анкетирование 29 слушателей в возрасте от 30 до 60 лет, из них 26 человек работали в практическом здравоохранении: в городских детских поликлиниках (11), в стационарах (6), в районных больницах (5), в реабилитационных центрах (2), в частных клиниках (2) и 3 слушателей были преподавателями медицинского университета.

**Результаты.** Анализ ответов показал, что 80% респондентов в качестве положительной стороны ДО отметили экономию времени, сил и семейного бюджета, связанных с затратами на дорогу до места учебы; наличие возможности совмещать обучение и работу, а также при наличии младенца осуществлять грудное кормление и уход за ребенком, не прибегая к услугам няни. Такая форма обучения была удобна для слушателей, у которых в период обучения возникли проблемы со здоровьем (5%), так как они смогли, не оформляя лист нетрудоспособности, закончить обучение. К негативным сторонам ДО 75% респондентов отнесли отсутствие эмоционального контакта с преподавателем и коллегами, возможности живой спонтанной дискуссии во время занятия, быстрый темп изложения лекционного материала и 30% слушателей испытывали трудности при работе с персональным компьютером. Примерно 75% опрошенных врачей высказались за комбинированную очно-заочную форму обучения и 25% — за сохранение традиционной формы обучения.

**Заключение.** Следует считать, что, несмотря на очевидные экономические выгоды, ДО по совокупности многих параметров предоставляемых образовательных услуг не тождественно и не должно полностью подменять традиционно сложившуюся систему профессионального образования в России.

**Кузнецова М.Н., Поляков С.Д., Подгорнова Н.С.**

*Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей,  
Москва, Российская Федерация*

## **КОРРЕЛЯЦИОННЫЕ СВЯЗИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВЛЕННОСТИ ДОШКОЛЬНИКОВ**

**Актуальность.** Мотивация ребенка беречь здоровье изначально в семье имеет продолжение в модели по воспитанию основ культуры здорового образа жизни в практике дошкольных образовательных учреждений (ДОУ) при текущей оценке физического и функционального состояния.

**Цель исследования.** Оценить основные показатели физического здоровья детей за год до перевода на школьное обучение.

**Пациенты и методы.** У 260 детей 6 лет в условиях ДОУ СВАО Москвы определены показатели физического здоровья: масса, длина тела; обхват грудной клетки; жизненная емкость легких (ЖЕЛ); сила правой кисти; выносливость мышц спины и брюшного пресса; скоростно-силовая выносливость; длина прыжка с места; индекс Кетле 2 и жизненный индекс. Материал обработан по программе STATISTICA 6.0, корреляционные связи показателей — по Пирсону. Статистически значимыми считали  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Параметры длины и массы тела детей, как и обхват грудной клетки, корреляционно связаны между собой ( $p < 0,001$ ), силой кисти руки, индексом Кетле 2 и жизненным индексом. Длина прыжка связана с длиной тела ( $p < 0,001$ ) и массой тела ( $p < 0,05$ ).

Сила кисти ведущей руки от 25 до 75% по шкале центилей колеблется в пределах 6,5–9,5 кг и имеет значимую корреляционную связь ( $p < 0,05$ ) со всеми изучаемыми показателями физического развития и функциональной подготовленности. Средние значения силовой выносливости мышц спины и брюшного пресса корреляционно связаны между собой, ЖЕЛ, числом приседаний, прыжком в длину и индексами ( $p < 0,05$ ). Массо-ростовой индекс Кетле 2, характеризующий степень гармоничности физического здоровья и телосложения дошкольников этой возрастной группы, в пределах 14,8–17,0; средние показатели жизненного индекса детей равны значениям 42,8–55,3. Определение границ средних величин изучаемых параметров оставляет 50% детей вне интервала средних, из которых 25% выше нормы и 25% — ниже нормы.

**Заключение.** Параметры длины и массы тела детей, как и обхват грудной клетки, корреляционно связаны между собой ( $p < 0,001$ ), с силой кисти руки, индексом Кетле 2 и жизненным индексом. Длина прыжка связана с длиной тела ( $p < 0,001$ ) и массой тела ( $p < 0,05$ ). Сила кисти ведущей руки от 25 до 75% по шкале центилей колеблется в пределах 6,5–9,5 кг и имеет значимую корреляционную связь ( $p < 0,05$ ) со всеми изучаемыми показателями физического развития и функциональной подготовленности. Средние значения силовой выносливости мышц спины и брюшного пресса корреляционно связаны между собой, ЖЕЛ, числом приседаний, прыжком в длину и индексами ( $p < 0,05$ ). Массо-ростовой индекс Кетле 2, характеризующий степень гармоничности физического здоровья и телосложения дошкольников этой возрастной группы в пределах 14,8–17,0; средние показатели жизненного индекса детей равны значениям 42,8–55,3. Определение границ средних величин изучаемых параметров оставляет 50% детей вне интервала средних, из которых выше и ниже нормы по 25%.

**Кузьмина О.А., Юрьян Е.А., Сергеева Т.А., Иванович Д.В.**

*ГБУЗ РК «Детская республиканская больница», Петрозаводск,  
Российская Федерация*

## **ОТКРЫТЫЕ ПЕРЕЛОМОВЫВИХИ 1–5-й ПЛЮСНЕВЫХ КОСТЕЙ, ПЕРЕЛОМ ТАРАННОЙ И ПЯТОЧНОЙ КОСТЕЙ ПРАВОЙ СТОПЫ СО СМЕЩЕНИЕМ ОТЛОМКОВ, С ОБШИРНОЙ ЗОНОЙ ПОВРЕЖДЕНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ СТОПЫ**

**Актуальность.** Открытые переломы конечностей с обширной зоной повреждения мягких тканей в детской практике встречаются достаточно редко. На наш взгляд, описания требуют большинство клинических случаев данной патологии для подбора грамотной тактики ведения больного.

**Цель исследования.** Проанализировать случай открытого переломовывиха 1–5-й плюсневых костей, перелом таранной и пяточной костей правой стопы со смещением отломков, с обширной зоной повреждения мягких тканей стопы у пациента 13 лет.

**Пациенты и методы.** Описание клинического случая, анализ медицинской документации: форма № 003/у-80, форма № 112/у пациента Д., 13 лет. Травма транспортная, был пассажиром снегохода. На скорости произошло столкновение с препятствием, правая стопа попала под трак снегохода. Первая помощь оказана в ЦРБ. Рентгенограмма: множественные переломы костей правой стопы со смещением (плюсневые кости, таранная, пяточная кости). При осмотре — значительное повреждение мягких тканей стопы. Проведена ревизия ран стопы, удалены инородные тела, закрытая репозиция отломков плюсневых костей, металлостеосинтез спицами, дренирование, ушивание ран. Иммобилизация гипсовой лонгетой. Для дальнейшего лечения переведен в ГБУЗ РК «ДРБ».

**Результаты.** При поступлении состояние средней тяжести, Нв — 70 г/л, гемотрансфузия. УЗИ мягких тканей нижней 1/3 правой голени и стопы — травматическое повреждение мягких тканей, костей области голеностопного сустава, передней большеберцовой артерии. В динамике множественные некрозы кожи и подкожно-жировой клетчатки. После некрэктомии обширные раны на тыльной и подошвенной поверхностях стопы с оголением сухожилий и пяточного бугра. Через 1 мес после травмы — пересадка кожи расщепленным аутооттрансплантатом, раны стопы полностью укрыты, спицы удалены. В послеоперационном периоде перевязки с растворами антисептиков, применение красного лазера. Кожные трансплантаты прижились на 95%, небольшие гранулирующие участки зажили краевой эпителизацией. На контрольных Rg и СКТ правой стопы — признаки консолидации. Продолжена иммобилизация задней гипсовой лонгетой до 5 мес. Через 5 мес после травмы на Rg — консолидация переломов 2–5-й плюсневых, таранной и пяточной костей удовлетворительная, посттравматическая деформация пяточной кости, угол Белера пяточной кости отрицательный, степень импрессии 3, выраженные признаки остеопороза. Сканирование сосудов стоп: магистральные артерии сохранены, повреждение правой латеральной вены стопы. ЭНМГ правой ноги: признаки грубого аксонального поражения правых глубокого малоберцового нерва на уровне стопы, латерального и медиального подошвенных нервов, икроножного нерва. Разрешена дозированная нагрузка на стопу. Через 1 год после травмы: ходит с полной нагрузкой, болей нет. Множественные рубцовые изменения тыла и подошвенной части стопы, область пяточного бугра под сухим струпом, кожа истончена, свод стопы резко уплощен, деформирован. Движения в голеностопном суставе сохранены, тыльное сгибание до 70°, подошвенное — до 110°.

**Заключение.** Множественные открытые переломы с большой зоной повреждения мягких тканей и сомнительным состоянием кровоснабжения сегмента требуют от практикующего врача большого внимания в тактике ведения — восстановления мягких тканей и кожного покрова, что обеспечит сохранение жизнеспособности конечности и, как следствие, качество жизни пациента.



**Кузьмичев К.А., Тюмина О.В., Чертухина О.Б.**

*ФГБОУ ВО «СамГМУ» МЗ РФ, Самара, Российская Федерация*

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ СИСТЕМЫ МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В УЛУЧШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ЖЕНЩИНАМИ ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА**

**Актуальность.** Изучение здоровья детей, рожденных женщинами позднего репродуктивного возраста (ПРВ) после применения вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), выявило потребности в создании дифференцированного подхода к наблюдению, а также в комплексе мер для улучшения здоровья и качества жизни данной группы детей.

**Цель исследования.** Изучить эффективность системы медико-организационных мероприятий, направленных на улучшение здоровья детей, рожденных после применения ВРТ женщинами ПРВ.

**Пациенты и методы.** Исследовали семьи детей, рожденных женщинами ПРВ после ВРТ, с III–V группами здоровья (97 детей). Оценка проводилась по данным анкетирования и выкопировке из медицинских карт.

**Результаты.** 50 семей выполнили все мероприятия (51%, основная группа), 47 семей (49%) рекомендации не выполнили вообще или не в полном объеме (группа сравнения). Предложенная система медико-организационных мероприятий включает мероприятия медицинской (на базе центров ВРТ и детских поликлиник), социальной и организационной направленности. Оценивали эффективность в части медицинских и социальных мероприятий, реализуемых на базе детских поликлиник. После консультирования родителей по аспектам здорового образа жизни ребенка снизилась частота нарушений рекомендаций врача (27,1% против 49,8% в группе сравнения;  $p < 0,05$ ), дети стали чаще заниматься в спортивных секциях (54,3% против 39,2% в группе сравнения;  $p < 0,05$ ). У детей, выполнивших все рекомендации, выявлено снижение показателей острой заболеваемости болезнями органов дыхания, снижение частоты обострений хронических респираторных заболеваний, отмечена компенсация проявлений расстройств вегетативной нервной системы. В группе детей, прошедших весь рекомендованный курс лечебно-оздоровительной работы, отмечено достоверное снижение показателя общей заболеваемости (3602,87‰ против 3850,19‰ у группы сравнения;  $p < 0,05$ ). Родители реже стали оценивать здоровье детей как

«удовлетворительное» (8,3% против 16,1% в группе сравнения;  $p < 0,05$ ) и чаще как «хорошее» (75,9% против 66,8% в группе сравнения;  $p < 0,05$ ).

**Заключение.** Используемая система медико-организационных мероприятий позволяет добиться объективного улучшения здоровья у детей, рожденных женщинами ПРВ после применения ВРТ, и может быть использована при оказании медицинской помощи данной группе детей. Важно отметить, что предложенная система медико-организационных мероприятий может быть максимально эффективна при использовании ее в полной совокупности, начиная с этапа планирования зачатия в позднем репродуктивном возрасте, а также с использованием всего комплекса предложенных мер в раннем детском возрасте.

Кулагина Л.Ю.<sup>1, 3</sup>, Валиуллина И.Р.<sup>1</sup>, Шикалева А.А.<sup>2, 3</sup>

<sup>1</sup> Республиканская клиническая больница МЗ РТ, Казань, Российская Федерация

<sup>2</sup> КГМА — филиал ФГБОУ «ДПО РМАНПО» Минздрава России, Казань, Российская Федерация

<sup>3</sup> ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» Минздрава России, Казань, Российская Федерация

## К ВОПРОСУ ОБ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ: ВЫЗОВЫ ВРЕМЕНИ

**Актуальность.** Проведение микробиологического мониторинга позволяет контролировать внутрибольничные инфекции и принимать своевременные стратегические решения врачам-эпидемиологам и врачам — клиническим фармакологам.

**Цель исследования.** Определить тенденцию преобладающей проблемной микрофлоры и разработать стратегию эмпирической антибактериальной терапии при тяжелых нозокомиальных инфекционно-воспалительных процессах.

**Пациенты и методы.** В работе проанализированы основные группы возбудителей госпитальных инфекций в динамике за первый квартал 2018, 2019 и 2020 гг. Для анализа взято отношение позитивных культур к общему количеству исследованных проб.

Выделение, идентификацию и определение чувствительности к антибиотикам осуществлялись общепринятыми методами с использованием масс-спектрометрии.

**Результаты.** Отмечается стабильная высеваемость *Acinetobacter baumannii* и *Klebsiella pneumoniae* в отделениях реанимации и хирургического профиля за анализируемые периоды. Высокую резистентность госпитальных штаммов данных возбудителей гнойно-воспалительных заболеваний приходится преодолевать комбинацией 2–3-х антимикробных препаратов широкого спектра действия с природной активностью против них (карбапенемы, ингибиторзащищенные цефалоспорины, аминогликозиды). Дозы повышаются до максимально разрешенных, проводится режим продленной инфузии для длительного давления на резистентную флору. Применение новых антимикробных препаратов (Цефтазидим + [Авибактам], Цефтолозан + [Тазобактам]) приводит к положительной динамике и дает надежду на хорошие результаты в будущем при их рациональном использовании.

**Заключение.** Разработана стратегия по сдерживанию антибиотикорезистентности, которая включает несколько направлений: 1) проведение постоянного микробиологического мониторинга, быстрое представление результатов бактериологических исследований для рационального выбора адекватной антибактериальной терапии; 2) эпидемиологический надзор за госпитальными инфекциями, особенно в отделениях реанимации и интенсивной терапии;

3) жесткий контроль использования антибиотиков со стороны врачей — клинических фармакологов в стационаре позволяет обеспечить снижение частоты их нерационального применения и сдерживает распространение резистентных штаммов микроорганизмов.

**Кулакова Г.А., Соловьева Н.А., Курмаева Е.А., Абдрахманова К.Т.,  
Гилагова А.Р.**

*ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет»  
Минздрава России, Казань, Российская Федерация*

## **ОДНА ИЗ ПРОБЛЕМ ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ**

**Актуальность.** Качество питания младенцев зависит от многих факторов, среди которых большое значение имеют знания матерями вопросов вскармливания. В связи с этим актуально изучение взгляда мам на вскармливание детей и соответствия их знаний Национальным рекомендациям.

**Цель исследования.** Изучить соответствие знаний матерей о вскармливании детей первого года жизни современным требованиям.

**Пациенты и методы.** Использовался анкетный метод с опросом женщин, имеющих детей в возрасте до 3 лет. Статистический анализ проводился с использованием пакета прикладного программного обеспечения Microsoft Excel.

**Результаты.** Опрошены 150 женщин от 20 до 40 лет, преобладали матери с высшим образованием (83,2%). Значительное большинство женщин (87,2%) считают, что грудное вскармливание — лучшее питание для младенца. Однако каждая третья мать использует докорм детскими молочными смесями. Причиной у 76,5% опрошенных является сомнение в достаточном количестве молока. В половине случаев это неуверенность женщины, которая не получила профессиональную поддержку.

Мамы лишь в 29% случаев вводят прикорм ребенку в возрасте от 4 до 6 мес. Большинство женщин (54%) предлагают прикорм с 6 мес, 13% мам — с 7–9 мес, ранее 4 мес — 3% женщин. В качестве первого прикорма 75% мам предпочитают вводить овощное пюре, 17% — фруктовое пюре, 6% — безмолочную кашу, в единичных случаях — бульон и яблочный сок. Опрос показывает, что 63% опрошенных предпочитают промышленно приготовленные продукты. Мамы осторожно вводят в рацион мясо: 50% дают мясо в возрасте 7–8 мес, 39% — с 9 мес и позже и лишь 11% — с 6 мес. Неадаптированные кисломолочные продукты вводят ранее 8 мес 16,8% мам, в 8 мес — 32,9%, а в более поздние сроки — 44,3%. Часто ориентиром для выбора срока и качества первого прикорма используется информация, указанная на упаковках детских продуктов питания.

**Заключение.** Одной из проблем вскармливания является недостаточный уровень знаний матерей современных принципов питания младенцев. Взгляд мам не всегда соответствует Национальным рекомендациям по вскармливанию детей первого года жизни. Важным разделом в работе с мамами детей первого года жизни является поддержка кормящей женщины в период лактации. Одним из условий улучшения качества питания детей первого года жизни является повышение уровня знаний их матерей. При этом важная роль принадлежит участковой бригаде, центру поддержки грудного вскармливания, школе питания.

**Кулешова О.К.**

*ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Ставрополь,  
Российская Федерация*

## **ПРИЧИНЫ ПЕРЕВОДА ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ НА ИСКУССТВЕННОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ**

**Актуальность.** Изучение причин, приводящих к переводу грудных детей на искусственное вскармливание, позволяет предупредить ранний отказ от грудного вскармливания и способствует увеличению продолжительности грудного вскармливания.

**Цель исследования.** Выявить причины перевода грудных детей на искусственное вскармливание.

**Пациенты и методы.** Проведено анкетирование 53 матерей грудных детей, находившихся на искусственном вскармливании, получавших стационарное лечение по поводу острой бронхолегочной патологии.

**Результаты.** По результатам анкетирования 5 (9,4%) матерей прекратили кормить грудью на 1-м мес лактации, 6 (11,3%) матерей — на 2-м, 10 (18,9%) — на 3-м, 15 (28,3%) — на 4-м, 11 (20,8%) — на 5-м, 8 (15,1%) женщин — во 2-м полугодии. Из 21 матери, прекратившей кормить грудью в первые 3 мес лактации, 18 (85,7%) женщин отмечали патологическое течение беременности и родов, гипоксию новорожденного, позднее прикладывание ребенка к груди; у 10 (47,6%) женщин имела место экстрагенитальная патология, 5 (23,8%) матерей продолжали курить во время беременности. Гипогалактия как причина перевода на смешанное, а затем и на искусственное вскармливание отмечена в анкетах у 47 (88,7%) матерей, нерациональное питание беременной и кормящей отмечено у 31 (58,5%) матери.

Анализ анкет показал, что 12 (22,6%) матерей негативно относились к грудному вскармливанию, считая его трудным или необязательным процессом. Затруднения при грудном вскармливании отмечались в виде трещин сосков у 32 (60,4%) матерей, мастит — у 3 (5,7%). Отсутствие ночных кормлений отметили 7 (13,2%) матерей, нерегулярные ночные прикладывания — 41 (77,4%) женщина. Не получили достаточную информационную поддержку по вопросам стимуляции лактации и рационального питания кормящей 28 (52,8%) матерей, а для 21 (39,6%) женщины авторитетным мнением являлись рекомендации подруг, родственников или информация из интернета.

**Заключение.** Анализ полученных данных показал, что большая часть причин, приводящих к отказу от грудного вскармливания, являлась устранимой. Адекватное ведение беременности, профилактическая работа участковой медицинской службы, приверженность грудному вскармливанию и заинтересованность в его продолжительности самой кормящей женщиной являются важными мерами поддержки длительного грудного вскармливания.

**Ладная А.А.<sup>1</sup>, Чепель Т.В.<sup>1</sup>, Черенков А.В.<sup>1</sup>, Шевцова С.В.<sup>2</sup>, Мосунова Н.П.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ДВГМУ, Хабаровск, Российская Федерация

<sup>2</sup> ДККБ им. проф. А.К. Пиотровича, Хабаровск, Российская Федерация

## **К ВОПРОСУ О ФАКТОРАХ РИСКА ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В РАМКАХ РАБОТЫ ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ**

**Актуальность.** Вопросы сохранения здоровья детского населения относятся к одним из самых приоритетных. С целью развития профилактической направленности в здравоохранении развернута сеть Центров здоровья, направленная на диагностику факторов риска и воспитание приверженности здоровому образу жизни.

**Цель исследования.** Оценка распространенности факторов риска соматической патологии детского возраста по результатам деятельности Центра здоровья на базе КГБУЗ «Детская краевая клиническая больница имени проф. А.К. Пиотровича» г. Хабаровска.

**Пациенты и методы.** Проанализированы данные медицинской документации (учетная форма 025-ЦЗ/у «Карта центра здоровья») детей, посетивших Центр здоровья за период 2018–2019 гг., в том числе: антропометрические данные (длина и масса тела, ИМТ), результаты тестирования на аппаратно-программном комплексе для скрининг-оценки уровня соматического здоровья, функциональных и адаптивных резервов организма (спирометрия, электрокардиография, биоимпедансометрия, определение общего холестерина и глюкозы в крови).

**Результаты.** Было обследовано 4563 ребенка, из них 2290 девочек (50,2%) и 2273 мальчиков (49,8%). У каждого третьего ребенка выявлены отклонения в физическом развитии, при этом дистрофия с избытком массы тела составила 26%, с дефицитом — 13%. Нарушение осанки диагностировано в 27,3% случаев, с наибольшей частотой — в возрасте 9–12 лет (37–41%). Распространенность факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний у юношей и девушек в возрасте 16–17 лет вдвое превышает аналогичный показатель у детей дошкольного возраста, достигая 40%. Факторы риска патологии органов дыхания наиболее часто встречаются в возрасте 8–10 (10,6%) и 14 лет (7,6%), в том числе с симптомами впервые выявленной обструкции по данным спирометрии. Самый высокий показатель частоты факторов риска болезней органов пищеварения определен у детей младшего школьного возраста (28–35%) и преимущественно представлен стоматологической патологией (кариес). Отягощенность факторами риска патологии двух и более органов и систем зарегистрирована в 56% случаев.

**Заключение.** Таким образом, скрининговая диагностика в работе Центра здоровья позволяет выявить факторы риска широкого спектра заболеваний детского возраста и своевременно формировать индивидуальные программы оздоровительного характера. Полученные данные возрастных особенностей распространенности факторов риска соматической патологии могут быть использованы для обоснования приоритета ориентированных на возраст профилактических мероприятий для отдельных контингентов детей и подростков.

Ларичева Е.Г.<sup>1</sup>, Мещеряков В.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> БУ «Сургутская городская клиническая поликлиника № 2», Сургут,  
Российская Федерация

<sup>2</sup> БУ ВО «Сургутский государственный университет», Сургут,  
Российская Федерация

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА «ШКОЛА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ» ДЛЯ ЮНОШЕЙ**

**Актуальность.** Негативные сдвиги в состоянии репродуктивного здоровья (РЗ) подростков, низкий уровень их сексуальной культуры, недостаточная роль семьи в вопросах полового воспитания требуют активизации санитарно-просветительской работы в этой сфере.

**Цель исследования.** Оценка эффективности образовательной программы для юношей в Школе репродуктивного здоровья детской поликлиники по формированию мотивации на здоровьесбережение в области репродуктивного здоровья.

**Пациенты и методы.** Проведено анонимное анкетирование достигших 15 лет юношей 9–10-х классов в начале и конце учебного года. В основной группе ( $n = 131$ ) специалистами детской поликлиники (уролог-андролог, психолог) на территории средней школы реализована инновационная образовательная услуга по формированию должного уровня знаний и мотивации на здоровьесберегающее поведение в области РЗ. Контрольную группу составили 94 человека.

**Результаты.** В процессе реализации инновационной образовательной программы в основной группе установлен рост уровня знаний о РЗ (по удельному весу правильных ответов) по всем блокам изучаемых вопросов: анатомия и физиология, контрацепция, передающиеся половым путем инфекции, ВИЧ-инфекция ( $p < 0,01$ ). Оценка уровня мотивации включала ранжирование ответов на вопросы, отражающие готовность юношей к здоровьесберегающему поведению в области РЗ. Между уровнем осведомленности в сфере РЗ и ранжированным уровнем мотивации на его сохранение установлена статистически значимая связь ( $r = 0,68$ ;  $p = 0,000$ ). В основной группе установлен рост ранжированного уровня мотивации на здоровьесбережение в изучаемой сфере ( $p < 0,01$ ). В группе контроля значимой динамики уровня знаний и ранжированного уровня мотивации на здоровьесберегающее поведение в области РЗ не было ( $p > 0,05$ ).

**Заключение.** Повышение уровня осведомленности юношей в вопросах РЗ способствует формированию мотивации на здоровьесберегающее поведение в этой сфере. Реализация инновационной образовательной программы в Школе репродуктивного здоровья для юношей является одним из методов управления здоровьесбережением в этой сфере, а также одним из значимых факторов, обеспечивающих повышение уровня их мотивации на сохранение РЗ через получение достоверной и полной информации от компетентных специалистов.

**Левашова О.А., Левашов С.Ю.**

*Южно-Уральский государственный медицинский университет,  
Челябинск, Российская Федерация*

## **РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И СТРУКТУРА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ г. ЧЕЛЯБИНСКА ЗА ПЕРИОД 2016–2020 гг.**

**Актуальность.** Исследование региональных аспектов распространенности и структуры сердечно-сосудистых заболеваний у детей позволяет оценить масштаб проблемы, динамику заболеваемости, а также оптимизировать методы лечебно-профилактической помощи.

**Цель исследования.** Изучение структуры и распространенности сердечно-сосудистой патологии у детей г. Челябинска за период 2016–2020 гг.

**Пациенты и методы.** Проведен анализ структуры, распространенности и первичной заболеваемости (ПЗ) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у детей г. Челябинска за 5 лет наблюдения по результатам работы детской кардиологической службы. Все показатели представлены в абсолютных цифрах и в расчете на 1000 детского населения.

**Результаты.** Распространенность ССЗ у детей снижается и составила 25,6 в 2016 г., 23,1 — в 2017 г., 17,2 — в 2018 г., 13,1 — в 2019 г., 13,7 — в 2020 г. Первичная заболеваемость уменьшилась: 5,9 в 2016 г., 3,7 — в 2017 г., 4,2 — в 2018 г., 2,3 — в 2019 г., 1,98 — в 2020 г. В структуре на 1-м месте врожденные пороки сердца (ВПС): 1855 (39%) в 2016 г., 1862 (48%) — в 2017 г., 1723 (50%) — в 2018 г., 1593 (56%) — в 2019 г., 1744 (57%) — в 2020 г.

Распространенность и первичная заболеваемость ВПС снизились: с 9,6 в 2016 г. до 8,3 в 2020 г. и с 1,66 в 2016 г. до 0,9 в 2020 г. На 2-м месте — нарушения ритма и проводимости (НРП): 865 (18,1%) в 2016 г., 838 (21,6%) — в 2017 г., 709 (20,6%) — в 2018 г., 583 (20,4%) — в 2019 г., 623 (20,3%) в 2020 г. Распространенность НРП снизилась с 4,7 в 2016 г. до 3,15 — в 2020 г. На 3-м месте — малые аномалии сердца (МАС). Распространенность МАС снизилась с 9,0 в 2016 г. до 0,85 в 2020 г. Артериальная гипертензия на 4-м месте (183 человек — 5,9% в 2020 г.), распространенность снизилась: 1,98 в 2016 г., 1,99 — в 2017 г., 1,4 — в 2018 г., 1,18 — в 2019 г., 1,08 — в 2020 г. Первичная заболеваемость АГ уменьшилась с 0,47 в 2016 г. до 0,24 в 2020 г.

**Заключение.** Среди кардиальной патологии у детей г. Челябинска наиболее часто встречаются врожденные пороки сердца, нарушения ритма и проводимости, малые аномалии сердца, а также артериальная гипертензия, которые в целом характеризуются тенденцией к снижению. Следовательно, в детской кардиологии необходимо активное развитие профилактического направления, основной задачей которого являются своевременная диагностика, лечение и профилактика сердечно-сосудистой патологии.

**Левчин А.М.<sup>1</sup>, Лебедеко А.А.<sup>1</sup>, Ершова И.Б.<sup>2</sup>, Лохматова И.А.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет»,  
Ростов-на-Дону, Российская Федерация

<sup>2</sup> ГУ «Луганский государственный медицинский университет  
имени Святителя Луки» ЛНР, Луганск, Луганская Народная Республика

## **РАБОТОСПОСОБНОСТЬ У ДЕТЕЙ МЛАДШИХ КЛАССОВ И СОСТОЯНИЕ ОРГАНИЗМА С РАЗНОЙ УСПЕШНОСТЬЮ ОБУЧЕНИЯ**

**Актуальность.** Начало школьного обучения является одним из самых сложных периодов в жизни маленького ребенка, в котором значимую роль играет успешная результативность деятельности. Понятие школьной успешности тесно связано с умением достигать хороших результатов в учебе и рассматривается как когнитивно-аффективное, оценочно-самооценочное, нервно-психическое состояние удовлетворенности от реализации своих способностей. Успешность обучения зависит как от условий, в которых находится ребенок, так и от его внутреннего потенциала, особенностей не только интеллекта, но и функционального состояния организма, его работоспособности. В этом ключе становится понятным, что для успешного учебного процесса крайне важным является соответствующий уровень здоровья и физической подготовленности, которые обеспечивают оптимальную адаптацию к школьным нагрузкам. И именно это обусловило то, что основная масса работ посвящена причинам и анализу неуспешного обучения в школе, слабо успевающим ученикам, включая как психологические стороны, так и факторы, характеризующие соматический статус. Здоровье же интеллектуально одаренных детей остается в тени, подразумевая, что при отличной обучаемости и успешности оно соответствует достижениям.

**Цель исследования.** Изучение показателей функционального состояния организма и работоспособности в динамике обучения у детей младших классов с разной школьной успеваемостью.

**Пациенты и методы.** Исследование включало 573 ученика 1–4 классов. В первую (I) группу вошли 82 ученика (36 мальчиков и 30 девочек) с отличной успеваемостью, набравшие в тестах Е. Торренса 66 баллов и выше, Д. Векслера и по шкале интеллекта Стэнфорд–Бине — 120 и более баллов. Во вторую (II) группу — 491 ученик (252 мальчика и 239 девочек) с хорошей успеваемостью, которые набрали по шкале интеллекта Стэнфорд–Бине и в тесте Д. Векслера 90–119 баллов, а в тесте Е. Торренса — 40–65 баллов. Для оценки функционального состояния здоровья детей определялись вегетативный индекс Кердо (ВИК), проба Руфье, проба Генчи, адаптационный показатель определяли методом Фридриха Халберга, модифицированный тест К. Купера. Умственную работоспособность младших школьников исследовали при помощи таблиц Шульте.

**Результаты.** Значения ВИК у младших школьников I группы на всем протяжении обучения в начальных классах были значимо выше. Исследование адаптационного потенциала методом Ф. Халберга «длительность индивидуальной минуты» показало, что у детей основной группы индивидуальная минута короче (разница в 4-м классе — 6,86 с). Эффективность умственной работы детей I группы выше.

**Заключение.** У младших школьников с отличной успеваемостью и имеющих высокие показатели когнитивного развития значения ВИК на всем протяжении обучения в начальных классах статистически значимо выше по сравнению с таковыми у сверстников со средней успеваемостью и когнитивным развитием. Дети средней успеваемости и когнитивного развития со 2-го класса обучения в школе имели более низкие показатели индекса Руфье, пробы Генчи, тест Ф. Халберга показал снижение адаптационного потенциала у детей I группы с нарастанием разницы со сверстниками к 4-му классу.

Наряду с высокой умственной работоспособностью, не требующей значительных энергозатрат, дети с высоким когнитивным развитием и отличной успеваемостью имели более низкое физическое развитие и в первую очередь — показатели физической выносливости.



**Леоненко С.Н., Вржесинская О.А., Коденцова В.М.**

*Федеральный исследовательский центр питания, биотехнологии  
и безопасности пищи, Москва, Российская Федерация*

## **НАЛИЧИЕ В СОСТАВЕ МИКРОНУТРИЕНТНОГО КОМПЛЕКСА ПОЛНОГО НАБОРА ВИТАМИНОВ ГРУППЫ В — НЕОБХОДИМОЕ УСЛОВИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОРРЕКЦИИ ИХ НЕДОСТАТКА**

**Актуальность.** Недостаток одного из витаминов группы В, связанных между собой в ходе последовательного образования коферментных форм, может приводить к развитию функционального дефицита других витаминов этой группы и затруднять коррекцию их сочетанного дефицита.

**Цель исследования.** Оценить обеспеченность детей витаминами группы В неинвазивными методами и результаты коррекции сочетанного дефицита с использованием витаминных комплексов разного композиционного состава.

**Пациенты и методы.** В зимне-весенний период охарактеризована обеспеченность витаминами группы В (В<sub>1</sub>, В<sub>2</sub> и В<sub>6</sub>) 220 условно здоровых детей обоих полов 3–16 лет (Москва, Подмосковье и Екатеринбург) по экскреции с мочой, измеренной флуориметрически. Детей с показателями, не достигающими нижней границы нормы, считали недостаточно обеспеченными соответствующим витамином. Для коррекции дефицитов использовали 2 комплекса витаминов, один из них содержал все витамины группы В, а другой включал 4 витамина, при этом витамины В<sub>1</sub> и В<sub>2</sub> отсутствовали.

**Результаты.** Только 23% обследованных детей были обеспечены всеми изученными витаминами. У 30% детей был выявлен одновременный недостаток витаминов В<sub>1</sub>, В<sub>2</sub> и В<sub>6</sub>. Сравнение эффективности приема детьми в течение 1 мес 2 витаминно-минеральных комплексов разного композиционного состава показало, что отсутствие в одном из них рибофлавина не позволило улучшить обеспеченность не только витамином В<sub>2</sub>, что не вызывает удивления, но и, несмотря на наличие в составе комплекса витамина В<sub>6</sub>, не привело к статистически значимому увеличению экскреции с мочой конечного метаболита витамина В<sub>6</sub> — 4-пиридоксильной кислоты, образование которой происходит при участии витамин-В<sub>2</sub>-зависимого фермента. Это означает, что обязательным условием эффективности витаминного комплекса для коррекции множественного дефицита витаминов группы В является наличие в нем всех, а не отдельных витаминов этой группы.

**Заключение.** Эффективность коррекции В-витаминного статуса приемом витаминных комплексов зависит от ряда факторов. Поступивший из пищи витамин превращается в кофермент в ходе витамин-зависимых ферментативных реакций. Успех ликвидации множественного дефицита витаминов группы В зависит не только от существующей глубины дефицита, выявляемых сочетаний недостатков микронутриентов, дозы компонентов в витаминном комплексе, продолжительности его приема. Обязательным условием является наличие в нем полного набора всех 8 витаминов группы В.

**Логинова И.А.<sup>1</sup>, Устинович А.А.<sup>1</sup>, Альферович Е.Н.<sup>1</sup>, Паук И.И.<sup>1</sup>, Шнитко В.В.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> УО «Белорусский государственный медицинский университет» г. Минска, Минск, Республика Беларусь

<sup>2</sup> Учреждение здравоохранения «3-я городская детская клиническая больница» г. Минска, Минск, Республика Беларусь

## **СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ, РОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ**

**Актуальность.** Проблема коронавирусной инфекции волнует весь мир с 2020 г. За это короткое время кардинально поменялись представления о самой болезни и о методах ее лечения. Однако остаются открытыми вопросы возможного инфицирования новорожденных детей, особенности клинической картины у этих пациентов, проблема раздельного пребывания в послеродовом периоде инфицированной матери и новорожденного, организация грудного вскармливания в этих условиях и ряд других.

**Цель исследования.** Изучить особенности периода постнатальной адаптации новорожденных детей, родившихся у матерей с коронавирусной инфекцией, с учетом сроков ее возникновения.

**Пациенты и методы.** Проведен анализ особенностей течения неонатального периода у 59 детей, рожденных женщинами с подтвержденной инфекцией COVID-19 (ПЦР РНК коронавируса SARS-CoV-2), выявленной либо во время беременности, либо в послеродовом периоде. Обследованные новорожденные были разделены на 3 группы в зависимости от сроков выявления коронавирусной инфекции у беременной или роженицы. 1-ю группу составили 22 новорожденных ребенка, матери которых переносили COVID-19 в сроке 23–34 нед беременности. 2-ю группу составили 29 детей, матери которых перенесли COVID-19 накануне родов и в родах. 3-ю группу составили 8 новорожденных, у матерей которых проявления инфекции регистрировалось на 2–4-е сут после родов.

**Результаты.** Из 22 матерей детей 1-й группы проявления коронавирусной инфекции в форме пневмонии средней степени тяжести, подтвержденной компьютерной томографией, отмечены у 22,7%, у остальных 77,3% беременных регистрировалось легкое течение инфекции. Во 2-й группе у 27,6% женщин была диагностирована коронавирусная пневмония, из них с тяжелым течением — у 50%, у 72,4% отмечено легкое течение заболевания. В 3-й группе у всех матерей проявления COVID-19 были зафиксированы в послеродовом периоде, этим женщинам и их новорожденным детям был проведен ПЦР-тест, оказавшийся положительным у всех матерей и 25% детей. Частота хронической соматической патологии, воспалительных заболеваний урогенитального тракта в течение настоящей беременности у матерей обследуемых групп не имела достоверных различий. Хроническая фетоплацентарная недостаточность была установлена у 45,4% беременных 1-й группы, 31% 2-й группы и 12,5% женщин 3-й группы. Дети 2-й группы достоверно чаще, чем дети 1-й группы, родились путем кесарева сечения ( $\chi^2 = 5,0$ ;  $p < 0,05$ ), что было обусловлено течением острой коронавирусной инфекции у их матерей. У 3 матерей 2-й группы была зафиксирована преэклампсия. Роды у всех матерей 3-й группы произошли через естественные родовые пути в сроке  $40,5 \pm 1,2$  нед гестации. Признаки морфофункциональной незрелости и задержки внутриутробного развития чаще выявлялись у новорожденных 1-й группы, а легкая и умеренная асфиксия при рождении — у пациентов 2-й группы. Все пациенты 3-й группы родились соответствующими по массе и длине сроку гестации, без признаков острой гипоксии.

Всем новорожденным в 1-е сут жизни был исследован назофарингеальный секрет на SARS-CoV-2 методом ПЦР, оказавшийся отрицательным, кроме этого, у 14 детей была взята кровь на наличие специфических антител. У всех детей 1-й группы ПЦР-тест был отрицательным, а специфических антител не было обнаружено. Детям проводилась рентгенограмма органов грудной клетки по клиническим показаниям (рентгенологические признаки синдрома дыхательных расстройств легкой степени), а также 3 детям с признаками морфофункциональной незрелости, имевшим умеренно выраженные дыхательные расстройства по типу транзиторного тахипноэ (эмфизематозность отдельных участков легочной ткани). У младенцев 2-й группы ПЦР РНК коронавируса также не была обнаружена, иммуноглобулины G определялись у 8 (27,6%) детей, показатели варьировали от 23,8 до 58,6 Е/л, иммуноглобулины М (слабоположительные) были зафиксированы у 2 детей на 1-е сут жизни, но оказались отрицательными при повторном исследовании на 3-и сут. Рентгенологические изменения органов грудной клетки присутствовали у абсолютного большинства новорожденных и соответствовали синдрому дыхательных расстройств легкой и средней степени тяжести.

**Заключение.** Осложненное гипоксической компонентой течение беременности (хроническая фетоплацентарная недостаточность) достоверно чаще зафиксировано у женщин, перенесших коронавирусную инфекцию в середине беременности, нежели у заболевших накануне родов и в послеродовом периоде ( $\chi^2 = 3,4$ ;  $p < 0,05$ ). Можно предполагать, что коронавирусная инфекция является триггерным механизмом для развития хронической фетоплацентарной недостаточности. У детей, чьи матери заболели коронавирусной инфекцией непосредственно перед родами, отмечается отягощенное течение неонатального периода по сравнению с детьми от матерей, переболевших в середине беременности, что подтверждается более частым развитием синдрома дыхательных расстройств (соответственно 51,7 и 9%;  $\chi^2 = 3,4$ ;  $p < 0,001$ ) и гетерогенностью течения внутриутробной инфекции у новорожденных.

**Лукша А.В., Максимович Н.А.**

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

## **ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ БОЛЕЗНЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ СРЕДИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Актуальность.** Одной из актуальных проблем современного здравоохранения являются болезни системы кровообращения (БСК). БСК — основная причина заболеваемости, инвалидности и преждевременной смертности среди населения трудоспособного возраста.

**Цель исследования.** Учитывая актуальность и повышенный интерес к данной проблеме, целью работы явилось изучение общей заболеваемости болезнями системы кровообращения детей в Гродненском регионе за десятилетний период (2010–2019 гг.).

**Пациенты и методы.** Основой для проведения исследования явились данные статистической отчетности Национального статистического комитета Республики Беларусь за период 2010–2019 гг., включающие общую заболеваемость болезнями системы кровообращения среди детского населения Гродненской области в возрасте от 0 до 17 лет. Общая заболеваемость детей БСК рассчитана на 100 тысяч населения данного возраста.

**Результаты.** По данным статистических отчетов Национального статистического комитета Республики Беларусь, общая заболеваемость болезнями системы кровообращения среди детей Гродненской области составила: в 2010 г. — 1050,4 случаев, в 2011 — 1001,2, в 2012 — 997,4, в 2013 году — 969,9, в 2014 году — 1041,8, в 2015 — 1146,8, в 2016 — 1163,1, в 2017 — 1128,7, в 2018 году она составила 1114,8 случаев, в 2019 — 1132,7 случаев на 100 тысяч детей 0–17 лет. Приведенные данные демонстрируют, что за анализируемый период, с 2010 по 2019 гг., в Гродненской области наблюдается прирост общей заболеваемости БСК у детей — с 1050,4 до 1132,7 случаев в 2019 г. на 100 тысяч детского населения, однако с 2015 г. данный показатель находится на постоянном уровне, составляя в среднем 1137,2 случаев на 100 тысяч населения данного возраста.

Также необходимо отметить, что общая заболеваемость БСК среди детей в Гродненской области в два раза ниже республиканского показателя и составляет в среднем 1074,68 случаев и 1910,83 случаев на 100 тысяч населения 0–17 лет соответственно.

**Заключение.** За анализируемый период с 2010 по 2019 г. в Гродненской области наблюдается прирост общей заболеваемости БСК у детей с 1050,4 до 1132,7 случаев на 100 тысяч детского населения.

Показатели общей заболеваемости БСК среди детского населения Гродненской области в настоящее время стабилизировались, составляя в среднем 1137,2 случаев на 100 тысяч населения данного возраста.

Показатели общей заболеваемости болезнями сердечно-сосудистой системы среди детского населения Гродненской области в два раза ниже средних показателей по республике.

**Лян Н.А., Хан М.А., Рассулова М.А., Уянаева А.И.**

*ГАУЗ «МНПЦ медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ», Москва, Российская Федерация*

## **ПРОФИЛАКТИКА МЕТЕОПАТИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ**

**Актуальность.** Высокая чувствительность детей с бронхиальной астмой к погодно-климатическим условиям, а также развитие более чем у 70% таких детей патологических реакций на неблагоприятную погоду обосновывают разработку немедикаментозных технологий профилактики метеопатических реакций у детей с бронхиальной астмой.

**Цель исследования.** Научное обоснование применения нормобарической гипокситерапии (НГ) в профилактике метеопатических реакций у детей с бронхиальной астмой.

**Пациенты и методы.** Клинические наблюдения проведены в динамике у 43 детей с бронхиальной астмой в возрасте от 6 до 15 лет. Дети основной группы (21 ребенок) получали НГ, которая проводилась с помощью установки для гипокситерапии четырехместной «БИО-НОВА 204». Дыхание газовой смесью с пониженным содержанием кислорода ( $12,0 \pm 2,0\%$ ) осуществлялось в циклично-фракционном режиме: дыхание газовой смесью 5 мин, затем дыхание атмосферным воздухом — также 5 мин. Суммарное время дыхания — 20–30 мин.

**Результаты.** На фоне проведения НГ выявлена положительная динамика основных клинических симптомов бронхиальной астмы. Купировался приступообразный кашель, прекратились приступы затрудненного дыхания, нормализовалась аускультативная картина в легких. Индивидуальный анализ данных компьютерной флоуметрии показал, что наиболее отчетливые благоприятные сдвиги показателей функции внешнего дыхания на фоне лечения определялись у детей, имевших умеренные нарушения бронхиальной проходимости. Под влиянием курса НГ выявлено достоверное увеличение средних значений пикфлоуметрии уже к середине курса лечения. Анализ результатов психологического тестирования показал благоприятное влияние НГ на показатели психологического статуса у детей с бронхиальной астмой, характеризующееся уменьшением раздражительности, эмоциональной лабильности, снижением тревожности, нормализацией уровня активности, повышением работоспособности.

В ответ на курсовое воздействие НГ у большинства детей уменьшались проявления метеозависимости: снизились метеопатические реакции в дни с выраженными условиями погодной гипоксии, уменьшилась тяжесть погодообусловленных обострений.

**Заключение.** Таким образом, НГ оказывает благоприятное влияние на клиническое течение, бронхиальную проходимость, психоэмоциональный статус детей с бронхиальной астмой. Установлена терапевтическая эффективность НГ у 90,0% детей, достоверно более высокая, чем у детей группы сравнения (77,0%). НГ снижает проявления повышенной метеочувствительности у большинства детей (76,2%), уменьшает степень тяжести погодообусловленных обострений, что определяет патогенетическую обоснованность метода в профилактике повышенной метеочувствительности у детей с бронхиальной астмой.

**Мазуренко Н.Н.**

УЗ «ВОДКЦ», Витебск, Беларусь

## **ПРАКТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ И ПРИМЕНИМОСТЬ ИНДЕКСОВ РЕФЛЮКС-ГАСТРИТА У ДЕТЕЙ С ДУОДЕНОГАСТРАЛЬНЫМ РЕФЛЮКСОМ**

**Актуальность.** При дуоденогастральном рефлюксе по гистологическим параметрам (фовеолярной гиперплазии, вазодилатации, воспаления, отека в собственной пластинке, кишечной метаплазии, *Helicobacter pylori*) можно рассчитать индекс рефлюкс-гастрита и косвенно определить наличие желчного рефлюкса.

**Цель исследования.** Проанализировать применимость использования индексов рефлюкс-гастрита в качестве диагностического критерия в клинических исследованиях в педиатрической практике на основе анализа морфологической картины.

**Пациенты и методы.** Обследовано 133 ребенка. Возраст 5–17 лет. При гастроскопии рефлюкс был у 103 детей. Контрольная группа 30 человек без ДГР, *H. pylori* и изменений слизистой оболочки. По биопсиям рассчитаны индексы билиарного рефлюкса =  $(7 \times E) + (3 \times IM) + (4 \times CI) - (6 \times H. pylori)$ , рефлюкс-гастрита =  $(FH + VC + Oed) - (AI + CI) + 6$ . E и Oed — отек; IM — кишечная метаплазия; CI — хроническое воспаление; FH — фовеолярная гиперплазия; VC — вазодилатация; AI — острое воспаление. Анализ данных проведен в Statistica 10 по ROC-кривым.

**Результаты.** Индекс билиарного рефлюкса (ИБР) у пациентов с отрицательным уреазным тестом имел среднее значение 3,8 ( $p = 0,203$ ). У детей с положительным уреазным тестом индекс имеет отрицательный результат (среднее — 1,7), что напрямую зависело от наличия инфекции. При построении ROC-кривой было установлено, что значения ИБР находятся в пределах от –2 до 5: при критерии  $\leq 5$  чувствительность достигает 74%, специфичность — 61%, прогностическая ценность положительного результата — 100%, прогностическая ценность отрицательного результата — 86,5%, площадь под характеристической кривой — 0,888 (AUC) ( $p < 0,001$ ). При расчете индекса рефлюкс-гастрита (ИРГ) учитываются расширенные показатели (вазодилатация, фовеолярная гиперплазия, отек, острое и хроническое воспаление). В группе с отрицательным уреазным тестом среднее значение 5,5, в группе с положительным уреазным тестом среднее значение было 4,3 соответственно. О наличии рефлюкс-гастрита при расчете ИРГ говорит индекс  $\leq 6$ : при критерии  $\leq 6$  чувствительность достигает 100%, специфичность — 18,8%, прогностическая ценность положительного результата — 42,9%, прогностическая ценность отрицательного результата — 100%, площадь под характеристической кривой — 0,775 (AUC) ( $p < 0,001$ ).

**Заключение.** Таким образом, оба метода расчета индексов имеют высокие чувствительность и специфичность, уровень значимости ( $p < 0,05$ ), площадь под характеристической кривой стремится к 1. Индексы рефлюкс-гастрита имеют высокое диагностическое значение в педиатрической практике. Показатели индексов для детей находятся в следующих пределах: ИБР  $\leq 5$ , ИРГ  $\leq 6$ . Использование индексов рефлюкс-гастрита информативно при расчетах в группах с дуоденогастральным рефлюксом, при использовании вычислений с группами без патологических изменений результативность низкая.

**Макина О.В., Туз В.В., Щедрова Е.В., Марьина О.И.**

*ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России, Ярославль, Российская Федерация  
ГБУЗ Ярославской области «Областная детская клиническая больница»,  
Ярославль, Российская Федерация*

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОГО КЕТОАЦИДОЗА У ДЕТЕЙ**

**Актуальность.** Диабетический кетоацидоз (ДКА) — одно из часто встречаемых острых осложнений у детей с сахарным диабетом 1-го типа (СД1), особенно при впервые выявленном заболевании. Тяжесть состояния зависит от возраста пациента, длительности декомпенсации углеводного обмена и регулярности самоконтроля состояния.

Ошибки диагностики ДКА встречаются в повседневной практике по настоящее время, несмотря на достаточное снабжение приборов измерения глюкозы, начиная с амбулаторного звена.

**Цель исследования.** Изучить особенности течения диабетического кетоацидоза у детей в зависимости от возраста и длительности догоспитального периода.

**Пациенты и методы.** Исследовано 27 случаев тяжелого ДКА при впервые выявленном СД1 у пациентов, госпитализированных в отделение интенсивной терапии. Возраст от 8 мес до 16 лет (средний — 7 лет), 13 мальчиков и 14 девочек. Проанализированы длительность догоспитального периода и клинические симптомы СД.

**Результаты.** Более половины детей (52%) дошкольного возраста и 26% — дети младшего школьного возраста. Омоложение дебюта СД1 сохраняется уже на протяжении более 10 лет, что требует от врачей первичного звена здравоохранения знаний по особенностям течения СД1 у маленьких детей, особенно грудного возраста, и своевременной диагностики с госпитализацией в специализированное отделение. Длительность догоспитального периода составила от 2 сут до 6 мес (в среднем 3,8 нед). По нашим наблюдениям, ввиду более быстрого развития симптомов СД1 у детей грудного возраста, у данной категории пациентов длительность догоспитального периода составила всех меньше (1,3 нед). У детей 3–7 лет — 3,5 нед, 7–10 лет — 4 нед, 10–15 лет — 7,1 нед, старше 15 лет — 3 нед. Таким образом, чем старше возраст ребенка, тем медленнее развивается декомпенсация СД, но, несмотря на это, временной диагностический промежуток должен быть сокращен до минимума. Помимо основных симптомов СД (полидипсия, полиурия, похудание, слабость, вялость), более чем в половине случаев отмечалась рвота (из них у 1/3 многократная, до 10 раз/сут), у 25% пациентов — одышка, у 22% девочек — острый вульвовагинит. У 3 человек (все девочки, возраст 1 год, 1 год, 5 лет) при поступлении диагностировано осложнение в виде отека головного мозга (из них у двоих с полиорганной недостаточностью, приведшей к летальному исходу). Гликемия при поступлении варьировала от 13,7 до 44,4 ммоль/л (в среднем 26,0 ммоль/л), HbA1c — от 8,9 до 16,3% (среднее значение — 13,2%).

**Заключение.** Таким образом, знание особенностей течения СД у детей позволит улучшить своевременную диагностику заболевания и снизит риск тяжелых острых осложнений СД у детей.

**Маклакова О.А., Штина И.Е., Валина С.Л.**

*ФБУН «Федеральный научный центр медико-профилактических технологий управления рисками здоровью населения», Пермь, Российская Федерация*

## **ОСОБЕННОСТИ КОМПОНЕНТНОГО СОСТАВА ТЕЛА У ДЕТЕЙ С ВЫСОКОЙ ДОЛЕЙ ЖИРОВОЙ МАССЫ**

**Актуальность.** Неуклонный рост числа детей и подростков с избыточной массой тела является одной из важных проблем современной медицины, так как является фактором риска формирования кардиоваскулярного метаболического синдрома в более старшем возрасте. Оценка индекса массы тела у детей, являясь скрининговым показателем, не всегда отражает избыточность жировой массы тела.

**Цель исследования.** Выявить особенности компонентного состава тела у детей с высокой долей жировой массы.

**Пациенты и методы.** Проведено клиническое обследование 130 школьников средней общеобразовательной школы в возрасте 9–14 лет, включающее оценку физического развития, лабораторную диагностику и биоимпедансный анализ состава тела по стандартным методикам. Исследование проведено с соблюдением этических правил. Группу наблюдения составили 54 учащихся с высокой долей жировой массы, группу сравнения — 76 школьников с нормальными и низкими значениями доли жировой массы. Группы были сопоставимы по половозрастному признаку, социальным условиям ( $p = 0,3–0,68$ ). Сравнительный анализ полученных данных выполнен с помощью методов описательной и сравнительной статистики.

**Результаты.** Результаты исследования показали, что в группе наблюдения только 48,1% имели избыток массы тела по значению ИМТ. Показатель жировой массы у детей группы наблюдения составил  $14,2 \pm 6,9$  кг, в 1,5 раза превысив значения группы сравнения ( $p = 0,001$ ). 29,6% детей с повышенной долей жировой массы имели высокий индекс талия-бедра, что было в 1,5 раза чаще, чем в сравниваемой группе ( $p = 0,02$ ). Значение фазового угла, характеризующего уровень общей работоспособности, у детей группы наблюдения был ниже показателей группы сравнения ( $6 \pm 0,5$  против  $6,4 \pm 1,0$  град,  $p = 0,005$ ), что свидетельствует о более низкой двигательной активности.

Средние значения доли активной клеточной массы были ниже в группе наблюдения ( $53,5 \pm 2,6$  против  $55,2 \pm 4,3\%$ ,  $p = 0,008$ ). У 14,8% детей с повышенной долей жировой массы отмечались низкие показатели скелетно-мышечной массы, а количество детей с высоким значениями в группе наблюдения было в 2 раза меньше группы сравнения (44,4% против 89,5%,  $p = 0,001$ ), что указывает на низкую тренированность. У детей в группе наблюдения удельный обмен составил  $864,5 \pm 68,1$  ккал/м<sup>2</sup> и был ниже уровня сравниваемой группы ( $922,1 \pm 96,8$  ккал/м<sup>2</sup>,  $p = 0,001$ ). У 48,1% детей с повышенной долей жировой массы регистрировались низкие значения этого показателя, в группе сравнения таких детей было в 1,7 раза меньше ( $p = 0,02$ ). Выявлены умеренные взаимосвязи между долей жировой ткани и долей скелетно-мышечной массы, удельным обменом ( $r = -0,4$ ;  $p < 0,001$ ).

Анализ биохимического исследования крови установил, что у детей с повышенной долей жировой массы содержание в крови глюкозы, общего холестерина, ЛПНП было выше уровня группы сравнения ( $4,55 \pm 0,50$  против  $4,37 \pm 0,49$  ммоль/дм<sup>3</sup>;  $4,03 \pm 0,58$  против  $3,72 \pm 0,70$  ммоль/дм<sup>3</sup>,  $2,26 \pm 0,58$  против  $2,07 \pm 0,62$  ммоль/дм<sup>3</sup> соответственно,  $p = 0,07–0,04$ ).

**Заключение.** Таким образом, компонентный состав тела детей с высокой долей жировой массы характеризуется относительно низким значением фазового угла, удельного обмена, скелетно-мышечной и активной клеточной массы, повышенным индексом талия-бедра при наличии более высокого уровня глюкозы, общего холестерина, липопротеинов низкой плотности. Выявленные изменения могут свидетельствовать о формировании у детей скрытого ожирения.

**Малахова Ж.Л.**

*БФУ им. И. Канта, Медицинский институт, Калининград, Российская Федерация*

## **АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ИНВАЛИДНОСТИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ КАЛИНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2013–2019 гг.**

**Актуальность.** Детская инвалидность является одной из наиболее значимых медико-социальных проблем современного общества и показателем, отражающим состояние здоровья детского населения. За последние десятилетия как в РФ, так и в мире наблюдается тенденция увеличения численности детей-инвалидов, что во многом определяет динамику демографического развития и в перспективе возможные демографические потери.

**Цель исследования.** Провести анализ структуры инвалидности детского населения Калининградской области за период 2013–2019 гг.

**Пациенты и методы.** Проведен ретроспективный анализ структуры инвалидности детского населения за период 2013–2019 гг. с использованием отчетных форм Роспотребнадзора. «Первичная инвалидность детского населения», Федеральной службы государственной статистики «Сведения о детях-инвалидах» в РФ № 19, пенсионного фонда РФ (Федеральный реестр инвалидов).

**Результаты.** Калининградская область занимает 50-е ранговое место среди субъектов РФ по уровню общего накопленного контингента детей-инвалидов. С 2014 г. отмечается неуклонный рост числа детей-инвалидов (2013 г. — 2 874 человека, 2020 г. — 3 894), что сопоставимо с данными по РФ (2013 г. — 567 825, 2020 г. — 703 969). Мальчики составляют 59% (2 279 детей), девочки — 41% (1 615). Максимальное число детей-инвалидов приходится на возраст 8–14 лет — 48,66%. В структуре первичной инвалидности детского населения первые 5 ранговых мест занимают болезни нервной системы, психические расстройства, врожденные аномалии, болезни уха и сосцевидного отростка, болезни эндокринной системы. В структуре болезней нервной системы основная доля приходится на детский церебральный паралич и другие паралитические синдромы. Среди психических расстройств лидируют психические расстройства с нарушением поведения и умственная отсталость. В динамике имеется общая тенденция роста психических расстройств и расстройств поведения (2013 г. — 38,4 на 10 тыс., 2018 — 41,8), болезней эндокринной системы, расстройств питания и нарушения обмена веществ (2013 г. — 13,8 на 10 тыс., 2018 г. — 17,9), болезней нервной системы (2013 г. — 40,4 на 10 тыс., 2018 г. — 45,6). В последние годы стабилизировались показатели по инвалидности по врожденным аномалиям (среднепоколенный показатель составил 26,58 на 10 тыс. детей в возрасте 0–17 лет).

**Заключение.** Таким образом, численность детей-инвалидов в Калининградской области неуклонно растет. Среди них преобладают мальчики. Максимальное число детей-инвалидов приходится на возраст 8–14 лет. Основной контингент детей-инвалидов формируют три класса болезней: болезни нервной системы, психические расстройства и врожденные аномалии.



**Малиненко З.И., Бибалова Н.Р.**

*ГБУ РО «ОДКБ», Ростов-на-Дону, Российская Федерация*

## **ПРОВЕДЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ЛЕЙКОЗОМ**

**Актуальность.** Раннее выявление поражения вилочковой железы при остром лейкозе во многом предопределяет тактику ведения таких пациентов и дальнейшее их лечение. В решении этой задачи существенную роль играет ультразвуковая диагностика.

**Цель исследования.** Изучить особенности изменений эхоструктуры и размеров вилочковой железы у детей с острым лейкозом.

**Пациенты и методы.** Проанализированы изменения вилочковой железы у 20 детей в возрасте от 1 года до 16 лет, поступивших в онкогематологическое отделение ГБУ РО «ОДКБ» с диагнозом «Острый лейкоз». Ультразвуковое исследование проводилось в 1-е сут после поступления с последующим динамическим наблюдением через 7 и 14 дней. Исследования выполнены на аппарате экспертного класса PHILIPS EPIQ-5 с использованием датчиков: секторный S 5-1 МГц и линейный L 12-8 МГц.

**Результаты.** Все обследованные дети (20 человек) были разделены на 3 группы. У первой группы детей (7 человек-35%) были выявлены значительное увеличение размеров вилочковой железы, снижение эхогенности ее ткани и выраженная неоднородность эхоструктуры за счет зон повышенной эхогенности.

Эхографически определялась компрессия правого желудочка и легочной артерии, недостаточность легочного клапана 2-й степени, наличие свободной жидкости в полости перикарда и плевральных полостях в значительном количестве.

Клинически это проявлялось кашлем, одышкой и тяжестью в грудной клетке. У второй группы детей (9 человек — 55%) выявлено незначительное увеличение размеров вилочковой железы без нарушения структуры ее ткани и с отсутствием изменений при проведении эхокардиографии. У третьей группы детей (4 человека — 10%) эхографические изменения вилочковой железы не были выявлены. При динамическом наблюдении через 7 дней у первой группы детей на фоне проводимой химиотерапии отмечалась положительная динамика в виде уменьшения размеров вилочковой железы и незначительной нормализации эхоструктуры ее ткани. Жалобы на кашель и одышку отсутствовали. Через 14 дней у этой же группы детей отмечалась полная нормализация размеров и структуры ткани вилочковой железы. У второй группы детей на 7-й день проведенной химиотерапии определялось полное восстановление структуры ткани и размеров вилочковой железы.

Ультразвуковая диагностика позволяет своевременно выявить изменения вилочковой железы у детей с острым лейкозом, определить характер и степень патологических нарушений и выбрать верную тактику лечения.

**Малышкина А.И., Песикин О.Н., Кулигина М.В.**

*ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н. Городкова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Иваново, Российская Федерация*

## **ДИНАМИКА ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ НОВОРОЖДЕННЫХ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ И ОЧЕНЬ НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА В ЦФО РФ**

**Актуальность.** Одной из главных целей регионализации перинатальной помощи является концентрация сверхранних и очень ранних преждевременных родов в учреждениях родовспоможения третьего функционального уровня, обеспечивающая наиболее эффективную профилактику перинатальной смертности.

**Цель исследования.** Сравнительный анализ показателей перинатальной смертности новорожденных с экстремально низкой и очень низкой массой тела при рождении (далее — ЭНМТ и ОНМТ) в ЦФО РФ в 2012 и 2019 гг.

**Пациенты и методы.** По результатам сравнительного статистического анализа сводных форм ФСН № 32, № 232 16 субъектов ЦФО РФ (за исключением г. Москвы и Московской области) за 2012 и 2019 гг. дана характеристика перинатальной смертности новорожденных с ЭНМТ и ОНМТ при рождении. Проведен расчет экстенсивных и интенсивных показателей, оценка статистической значимости различий по критерию Стьюдента с использованием пакета программ Microsoft (США) для персонального компьютера.

**Результаты.** В 2012–2019 гг. общее количество родившихся живыми и мертвыми в МО родовспоможения ЦФО РФ снизилось на 28,1%, в том числе новорожденных с массой тела до 1500 г — на 27,8%, в результате их доля в общем числе новорожденных осталась неизменной — 1,19%.

Доля мертворожденных от числа всех родившихся с массой тела 500–1499 г снизилась с 21,5% в 2012 г. до 18,5% в 2019 г. ( $p < 0,02$ ).

Удельный вес новорожденных с массой тела менее 1500 г, родившихся в МО родовспоможения третьего уровня, увеличился с 57,4 до 84,8% ( $p < 0,001$ ), что обеспечило повышение выживаемости живорожденных с 80,7 до 90,2% соответственно ( $p < 0,001$ ) и достижение целевого индикатора госпрограммы «Развитие здравоохранения».

Показатель перинатальной смертности новорожденных с ЭНМТ и ОНМТ снизился с 333,2‰ в 2012 г. до 235,6‰ в 2019 г. ( $p < 0,001$ ), в том числе показатель ранней неонатальной смертности — с 118,4 до 62,0‰ соответственно ( $p < 0,001$ ), показатель мертворождаемости — с 214,8 до 185,1‰ соответственно ( $p < 0,01$ ).

**Заключение.** Результатом реализации мер по регионализации перинатальной помощи в МО родовспоможения ЦФО РФ в 2012–2019 гг. явилось улучшение выживаемости новорожденных с массой тела менее 1500 г, снижение показателя перинатальной смертности при одновременном изменении соотношения его компонентов (ранней неонатальной смертности и мертворождаемости) с 1:1,8 до 1:5,1.

**Мамедова И.А., Мусаев С.Н., Мамедова С.Н.**

*Азербайджанский медицинский университет, Баку, Азербайджан*

## **НЕКОТОРЫЕ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ**

**Актуальность.** Системная красная волчанка (СКВ) — это хроническое аутоиммунное заболевание неустановленной этиологии, характеризуется генерализованным поражением микроциркуляторного русла и системной дезорганизацией соединительной ткани с кожными, суставными и висцеральными изменениями.

**Цель исследования.** Установить характер изменения поджелудочной железы (ПЖ) при СКВ.

**Пациенты и методы.** За период с 2005 по 2015 г. нами было обследовано 48 детей и подростков с диагнозом СКВ (10 мальчиков и 38 девочек) в возрасте от 6 до 17 лет. Диагноз СКВ был установлен на основании рекомендаций ACR. У 25 пациентов (52,1%) течение СКВ было подострым, у 10 (20,8%) — острым, у 13 (27,1%) — хроническим. У 10 больных (20,8%) СКВ протекала с высокой степенью активности, у 38 (79,2%) — с умеренной степенью. Длительность заболевания — от 7 мес до 7 лет. Всем больным проводили в динамике клинико-лабораторные и ультразвуковые исследования (УЗИ) органов брюшной полости.

**Результаты.** С помощью доплерографии выявили определенные изменения в паренхиматозном кровотоке чревного ствола и верхнебрыжеечной артерии ПЖ. У большей половины детей отмечалось увеличение размеров ПЖ: головки — у 16%, тела — у 22%. Отечность ПЖ и увеличение по всем параметрам наблюдали у 26% больных. Расширение главного панкреатического протока было отмечено у 45,8% детей. Скоростные показатели гемодинамики в мелких артериях были повышены, а показатели периферического сопротивления в чревном стволе — снижены

**Заключение.** Таким образом, значительное развитие соединительной ткани, обильная васкуляризация, незначительная дифференцировка паренхимы ПЖ обуславливают особую уязвимость ее у детей и значительную частоту поражений данного органа при различных патологических процессах, в том числе при СКВ. Эти изменения являются следствием как самого заболевания, так и специфического лечения. Патогенетически обоснованное лечение и реабилитация больных с гемодинамическими изменениями ПЖ при СКВ является реальной мерой профилактики необратимых явлений.

**Мамедова С.Н., Мусаев С.Н.**

*Азербайджанский медицинский университет, Баку, Азербайджан*

## **ОСОБЕННОСТИ КОМОРБИДНОСТИ ПРИ ЮВЕНИЛЬНОМ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

**Актуальность.** Ювенильный ревматоидный артрит (ЮРА) — хроническое деструктивно-воспалительное заболевание суставов, развивающееся у детей до 16 лет. Для правильной оценки состояния больного необходимо учитывать поражения любых других органов и систем, которые могут создать трудности для подбора адекватной терапии ЮРА.

**Цель исследования.** Изучение частоты и спектр коморбидных заболеваний (КЗ) у детей школьного возраста с диагнозом ЮРА.

**Пациенты и методы.** Под наблюдением находились 44 больных в возрасте от 7 до 17 лет. Из них 18 мальчиков и 26 девочек. Диагноз был достоверно поставлен в соответствии с критериями ARA/EULAR 2010. Всем детям в дебюте заболевания проведены общеклинические, лабораторные и инструментальные исследования (ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости, по показаниям ЭхоКГ, ЭФГДС, рентгенография органов грудной клетки)

**Результаты.** На момент обследования КЗ имели 61,4% детей. Хронические очаги инфекции носоглотки наблюдалось у 36,4% больных, в том числе хронический тонзиллит, декомпенсированная и компенсированная форма, — у 11,4 и у 20,5% соответственно, аденоиды I–II ст. — у 9,1%, хронический синусит — у 6,8%.

Заболевания со стороны желудочно-кишечного тракта выявлены у 38,7% пациентов: хронический гастрит — у 13,6%, гастродуоденит — у 18,2%, дуоденит — у 9,1%. Дискинезия желчевыводящих путей по гипертоническому типу наблюдалась у 18,2%, по гипотоническому типу — у 11,4% детей. Малые аномалии развития сердца были отмечены у 22,7%. Нарушения сердечного ритма и проводимости имели 25% больных. У 13,6% детей были изменения со стороны зрения.

Изменения со стороны мочевыделительной системы наблюдались у 9,1% больных. Анемия была констатирована у 29,5% пациентов. 59,3% обследованных имели сочетание 2 и более КЗ.

**Заключение.** У детей школьного возраста с диагнозом ЮРА встречается достаточно широкий спектр КЗ, что иногда затрудняет подбор базисной терапии. Следует дифференцировать коморбидные заболевания от системных проявлений. При назначении лечения каждому больному необходим индивидуальный подход, что требует взаимодействия между врачами разных специальностей.

**Маммадова Т.А.**

*НИИ педиатрии имени К.Я. Фараджевой, Баку, Азербайджан*

## **АЛГОРИТМ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА ОТ СЕПСИСА У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ**

**Актуальность.** Некротический энтероколит (НЭК) — острое заболевание кишечника периода новорожденности, смертность при котором составляет 15–30%. Ранняя диагностика и дифференциация тяжелых форм НЭК от других патологических состояний трудны из-за отсутствия специфических биомаркеров.

**Цель исследования.** Выявление маркеров, обеспечивающих раннюю диагностику и объясняющих механизм патологического процесса, изучение возможной связи НЭК с сывороточными уровнями оксида азота, эритропоэтина и ионов кальция.

**Пациенты и методы.** Проспективное исследование проводилось в отделениях интенсивной терапии и патологии доношенных новорожденных НИИ педиатрии (Баку). Группы исследования формировали методом «случай-контроль», при этом статистически значимых межгрупповых различий по возрасту и полу детей не было. Критериями включения были гестационный возраст  $\geq 37$  нед и 2-недельный постнатальный возраст младенцев. Были обследованы 100 больных доношенных новорожденных с НЭК и 30 условно здоровых. В крови у них были определены уровни NO, ЭПО и  $\text{Ca}^{2+}$ .

**Результаты.** Из ста пациентов с НЭК у 83 младенцев наблюдались повышение уровней NO, ЭПО и снижение показателей  $\text{Ca}^{2+}$ , что нами и ожидалось. По мере отягощения течения болезни происходило все большее увеличение значений NO, ЭПО и снижение  $\text{Ca}^{2+}$ . Тогда как у 17 больных с НЭК + сепсис, т.е. с септическим осложнением течения болезни, результаты анализов были противоположны значениям показателей другой группы. У этих пациентов наблюдалось снижение уровня NO, ЭПО и повышение уровня  $\text{Ca}^{2+}$ . Нужно отметить, что у больных с НЭК + сепсис происходит статистически значимое снижение уровня NO по сравнению с первой стадией болезни (54,40 [43,70; 78,90] мкмоль/л). Используя данные исследования, нами был составлен алгоритм дифференциальной диагностики НЭК от сепсиса. Как было указано выше, при НЭК наблюдается повышение сывороточного уровня NO, а при септическом осложнении течения болезни происходит снижение его уровня даже ниже 1-ой стадии НЭК. Были установлены критические значения NO для проведения дифференциации некротического процесса от септического. Этот критический уровень NO соответствует 48,4 мкмоль/л.

**Заключение.** Повышение уровней NO, ЭПО и снижение уровня  $\text{Ca}^{2+}$  в плазме у больных с НЭК могут быть ценными маркерами, объясняющими патогенез и выявляющими тяжелые формы болезни. Гиперпродукция NO при НЭК приводит к барьерной недостаточности кишечной стенки, бактериальной инвазии, активации воспалительных медиаторов. Низкое значение NO сопряжено с повреждениями в кишечнике и является не менее опасным фактором для организма младенца. NO является чувствительным маркером в дифференциации патологического процесса при некротическом энтероколите от такового при септическом у доношенных новорожденных.

**Мамчиц Л.П., Филлипова А.Д.**

*Гомельский государственный медицинский университет, Украина*

## **ИНФОРМИРОВАННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ПО ВОПРОСУ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ**

**Актуальность.** Актуальность подтверждают данные о сложном течении ветряной оспы и реально существующих серьезных осложнениях, а также летальных исходах у взрослых, несмотря на более низкий уровень заболеваемости по сравнению с детьми.

**Цель исследования.** Выявление степени информированности взрослого населения по вопросу вакцинации против ветряной оспы.

**Пациенты и методы.** В ходе исследования в 2020 г. по специально разработанной нами анкете были опрошены 258 человек, средний возраст респондентов составил 38,7 лет. Анкета включала в себя 12 вопросов, из них 3 вопроса предполагали выбор нескольких вариантов ответа, остальные же — один. Обработка материалов велась с использованием Microsoft® Office Excel 2016.

**Результаты.** Исследование показало, что 57% респондентов перенесли заболевание в детском возрасте, 7% переболели, будучи взрослыми, 21% не болели вообще, а 15% не помнят о перенесении заболевания ранее. Большая часть опрошенных (57%) не знают, какие последствия за собой влечет перенесение заболевания ветряной оспой у взрослых, о существовании вакцины против ветряной оспы знают две трети респондентов (64%). Большинство респондентов получают информацию о существовании данной вакцины из СМИ. 55,8% респондентов согласились бы пройти вакцинацию, 44,2% респондентов отказались бы от вакцинации, причем самыми частыми причинами отказа явились боязнь осложнений после вакцинации и неуверенность в качестве используемой вакцины. Две трети опрошенных (62%) привили бы своих детей против ветряной оспы. Половина опрошенных (54%) положительно относятся к вопросу о включении прививки против ветряной оспы в Национальный календарь профилактических прививок, 17% против введения обязательной вакцинации, а 29% относятся к этому вопросу безразлично.

Большинство опрошенных (66%) хотели бы получать больше информации о вакцинации.

**Заключение.** Опираясь на научные статьи, изучившие мировую статистику заболеваемости до и после утверждения вакцины, результаты исследования, был сделан вывод, что внедрение вакцины в государственную программу вакцинации весьма целесообразно, если не среди детей, то по крайней мере среди не переболевшего взрослого населения. Негативное отношение к вакцинации против ветряной оспы у населения не имеет широкого распространения, что свидетельствует о достаточной информированности населения о вакцинации.

**Марталог П.Н., Ротарь А.В., Пырцу Л.Я., Ченуша Ф.В., Романчук Л.В.**

*Государственный университет медицины и фармации имени Николая Тестемицану, Департамент педиатрии, Кишинев, Молдова*

## **ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ**

**Актуальность.** Рациональная, безопасная антибактериальная терапия определяет успех в достижении основных целей лечения пиелонефрита — ликвидации воспалительного процесса в почечной ткани и мочевых путях. Одним из приоритетов в терапии детских инфекций является повышение эффективности этиотропной терапии при снижении побочных эффектов ее применения.

**Цель исследования.** Изучить этиологический спектр возбудителей пиелонефрита, оценить терапевтическую эффективность дифференцированного подхода к выбору антибиотикотерапии при лечении и профилактики рецидивов пиелонефрита у детей.

**Пациенты и методы.** Представлены результаты комплексного обследования и наблюдения за 75 детьми с верифицированным диагнозом «пиелонефрит». Возраст детей варьировал: 6–12 мес — 18 детей (24%), 1–6 лет — 37 детей (49%), старше 6 лет — 20 детей (27%); средний возраст детей составил  $6,5 \pm 2,3$  года. Из них 45 (61%) составили девочки, 30 (39%) — мальчики. Верификация диагноза осуществлялась в соответствии с актуальным Протоколом диагностики и лечения пиелонефрита: клинически, лабораторно, инструментально.

**Результаты.** Анализ особенностей клинической картины показал, что характер течения пиелонефрита зависит от возраста пациента. У детей младшего возраста чаще отмечались «немотивированное» повышение температуры тела или длительный субфебрилитет, анемия, кишечный синдром с преобладанием диареи. У детей старшего возраста, больных пиелонефритом, мы отмечаем высокую частоту дисметаболических нарушений — у 37 детей (49%). По данным УЗИ, микционной цистографии, реже — экскреторной урографии обструктивные варианты пиелонефрита (анатомически и функционально измененный мочевой тракт) имели место у 11 (14,6%) обследованных детей. При посеве мочи *E. coli* была высеяна у 41 ( $54,6 \pm 5,3\%$ ) детей, *Klebsiella* — у 12 (16%), что необходимо учитывать при выборе антибактериальных препаратов.

Согласно Протоколу диагностики и лечения пиелонефрита, при среднетяжелом фебрильном течении на фоне максимальной активности воспалительного процесса в почках (55 детей, 73%) был назначен цефалоспориин 3-го поколения парентерально в течение 3–5 дней. По мере купирования воспалительного процесса переходили на пероральный путь введения антибиотика. Остальные 20 (27%) больных пиелонефритом детей получали антибактериальный препарат только перорально: препаратами выбора были амоксициллин/клавуланат, цефалоспорины 2-го поколения. Продолжительность основного курса составила не менее 14 дней, клиническое улучшение отмечено у всех пациентов, к 12–14-му дню от начала терапии, эффективность составила 95,8%. Все контрольные посевы мочи после завершения лечения свидетельствовали об эффективной эрадикации возбудителей на фоне проведенной терапии. Противорецидивное лечение — антибактериальные препараты (нитрофурантоин, триметоприм/сульфаметоксазол), фитотерапию, — получили 19 пациентов (11 с обструктивной уропатией, 8 — с двумя и более рецидивами).

**Заключение.** Подтверждена клиническая эффективность лечения пиелонефрита у детей при низкой частоте нежелательных реакций. Использование ступенчатого подхода к антибиотикотерапии при среднетяжелом пиелонефрите (антибиотик назначается парентерально в течение первых 3–5 дней, а затем перорально до окончания полного курса, при легких формах — перорально) подтверждает клиническую эффективность при низкой частоте нежелательных реакций у детей.

Для оптимизации эффективности лечения инфекции мочевой системы у детей важно восстановить уродинамику, скорректировать микробиоценоз кишечника.

**Марчук А.И., Манина М.А.**

*Первый МГМУ им. Сеченова, Москва, Российская Федерация*

## **ПАРАДИГМА ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ К ЦЕЛИАКИИ: ОТ БИОПСИИ К БИОСЕНСОРАМ**

**Актуальность.** Целиакия — это иммунологически опосредованное заболевание, распространенность которого, по последним данным, составляет не менее 1% населения Европы и США. Несмотря на это, часть случаев остается недиагностированной, что вызывает растущий интерес к развитию и совершенствованию методов диагностики.

**Цель исследования.** Провести обзор исследований, посвященных перспективным методам диагностики целиакии, и определить релевантность их применения.

**Пациенты и методы.** Систематический поиск литературы с PubMed с последующим синтезом и обобщением полученных данных. В обзор включены 20 клинических исследований, опубликованных в период с 2015 по 2020 г.

**Результаты.** В ходе исследования определено, что наиболее актуальными и стремительно развивающимися методами диагностики целиакии являются серодиагностика, быстрые тесты (РОС-тесты) и биосенсоры. Высокая специфика серологических тестов привела к их широкому применению, а в педиатрической практике даже позволила избежать травматичной биопсии.

РОС-тесты заняли нишу экспресс-диагностики, позволяя всего за 10 мин определить антитела к тканевой трансглутаминазе в капиллярной крови пациентов, в то время как биосенсоры, показав высокую чувствительность, вышли на стадию активных лабораторных испытаний.

**Заключение.** Развитие и совершенствование методов диагностики целиакии позволяют избежать рисков, связанных с инвазивным вмешательством, и снизить количество недиагностированных случаев. Обладая высокой спецификой, серологические тесты, РОС-тесты и биосенсоры отвечают запросу пациентов на быстрое и качественное обследование. Данные тесты являются менее затратными и позволяют снизить субъективность при оценке результатов.



**Машигина А.Ю., Корякина Е.В., Мещерякова О.Д., Зайцева Е.Н.**

*ФГБУ «Детский медицинский центр» УДП РФ*

## **КАТАМНЕСТИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ДЕТЬМИ С НАРУШЕНИЯМИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА, ВЫЯВЛЕННЫМИ В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ**

**Актуальность.** Сердечно-сосудистые заболевания составляют один из ведущих разделов патологии детского возраста. Нарушения ритма и проводимости сердца возникают в разные периоды жизни человека. Как и у взрослых, аритмии могут носить наследственный, врожденный и приобретенный характер. Однако, в отличие от взрослых, аритмии чаще зависят от экстракардиальных факторов и имеют транзиторный характер. Ведущими этиопатогенетическими факторами развития нарушений ритма сердца (НРС) у детей раннего возраста являются наличие аритмогенного субстрата, перинатальная гипоксия и усугубляемая ею морфофункциональная незрелость ткани миокарда (Hermens W.T., 1998).

Идиопатические нарушения ритма сердца у детей раннего возраста, манифестировавшие в периоде новорожденности, представлены широким спектром нозологических форм и имеют в целом благоприятный прогноз.

**Цель исследования.** Проследить динамику нарушений ритма, выявленных у детей в возрасте до 1 года.

**Пациенты и методы.** Обследовано 42 ребенка с выявленными изменениями на ЭКГ, из них 15 девочек и 27 мальчиков. Все дети наблюдались у невролога с диагнозом «перинатальная энцефалопатия». Структурных изменений сердца, по данным эхокардиографии, они не имели. Всем детям проведено суточное мониторирование ЭКГ в амбулаторных условиях.

**Результаты.** При первичном исследовании были выявлены следующие нарушения ритма сердца и проводимости:

- у 8 детей была выраженная синусовая брадикардия;
- у 2 детей выявлена пароксизмальная суправентрикулярная тахикардия;
- у 18 детей отмечалась желудочковая и/или суправентрикулярная экстрасистолия;
- у 11 детей выявлена атриовентрикулярная блокада 1-й степени;
- у 2 детей отмечалось сочетание экстрасистолии и АВ-блокады 1-й степени;
- у 1 ребенка выявлен феномен Вольфа–Паркинсона–Уайта.

Все дети с выявленными нарушениями сердечного ритма получали курсы кардиопротективной, метаболической терапии (элькар, панангин) и ноотропные препараты (пантогам) по показаниям. Двое детей получали антиаритмический препарат амиодорон (кордарон).

При повторном исследовании через 3–6 мес получены следующие данные. В группе детей с нарушениями сердечного ритма отмечалась положительная динамика в виде значительного уменьшения количества экстрасистол или их отсутствия у 12 детей (67%). У одного ребенка с суправентрикулярной тахикардией регистрировался синусовый ритм, после чего антиаритмический препарат был отменен. У второго ребенка представленность суправентрикулярной тахикардии незначительно снизилась.

В группе детей с нарушением проводимости только у 2 детей (18%) отмечалось отсутствие АВ-блокады при повторном исследовании, у 9 человек сохранялись признаки АВ-блокады 1-й степени.

У детей с выраженной синусовой брадикардией после метаболической и ноотропной терапии ЧСС приблизилась к возрастной норме.

При сочетанном нарушении ритма и проводимости у одного ребенка никакой динамики не отмечалось, а у второго отмечалась отрицательная динамика в виде увеличения количества экстрасистол.

И, наконец, у ребенка с феноменом Вольфа–Паркинсона–Уайта сохраняются признаки данного феномена.

**Заключение.** Дети с хронической или острой гипоксией плода, перинатальным поражением ЦНС и отягощенной наследственностью по сердечно-сосудистой патологии и системным заболеваниям нуждаются в проведении ЭКГ в раннем неонатальном периоде новорожденности в связи с высоким риском развития нарушений сердечного ритма.

Экстрасистолия в раннем возрасте имеет транзиторный характер, нарушения проводимости являются более стойкими изменениями, но без отрицательной динамики; и, наконец, вероятно, что относительно неблагоприятный прогноз может иметь место в случае сочетанного нарушения возбудимости (экстрасистолия) и проводимости.

Детям с нарушениями сердечного ритма и проводимости на первом году жизни показано динамическое наблюдение и базисное кардиологическое обследование (ЭКГ, ЭхоКГ, ХМ, биохимические кардиомаркеры) для оценки адекватности проводимого лечения, сроков его завершения или коррекции с регулярностью 1 раз в 3–6 мес.

**Миронов П.И.<sup>1</sup>, Лекманов А.У.<sup>2</sup>, Кудинова Г.А.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Уфа

<sup>2</sup> Отдел хирургии детского возраста НИИ клинической хирургии ГБОУ ВПО  
«РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва

## **ОЦЕНКА ВАЛИДНОСТИ ШКАЛЫ nSOFA У НОВОРОЖДЕННЫХ С СЕПСИСОМ**

**Актуальность.** По современным представлениям и для выявления сепсиса у новорожденных требуется оперативное определение органной дисфункции, применимое конкретно к этой популяции больных. Этот недостаток явно препятствует установлению консенсусной дефиниции неонатального сепсиса, и его устранение является необходимым условием для улучшения исходов лечения данного заболевания. Недавно разработана шкала неонатальная SOFA (nSOFA) для прогнозирования летальности у недоношенных новорожденных с сепсисом.

**Цель исследования.** Оценка дискриминационной способности шкалы nSOFA у новорожденных с сепсисом.

**Пациенты и методы.** Дизайн исследования — ретроспективное, обсервационное, одноцентровое. Конечные точки — оценка тяжести состояния по шкалам nSOFA и pSOFA; 28-дневная выживаемость. В разработку включен 121 пациент. Сепсис был определен как событие, которое отвечает консенсусным критериям Европейского медицинского агентства (European Medicines Agency; EMA). Нами проанализированы данные оценки по шкале nSOFA, полученные в 1-е сут госпитализации исследуемых пациентов в ОИТ.

**Результаты.** Для анализа использовались программы Microsoft Excel (Graphpad Software, San Diego, California, USA) и MedCalc (v. 7.1.0.0; MedCalc Software, Belgium).

Исследование дискриминационной мощности шкал показало, что обе оценочные системы имеют хорошее качество модели. Однако шкала nSOFA имеет статистически более значимую ( $p < 0,05$ ) площадь под ROC-кривой ( $0,981 \pm 0,014$  против  $0,903 \pm 0,09$ ). Точка разделения для шкалы nSOFA — 8 баллов (при чувствительности  $0,875$  и специфичности  $0,960$ ).

**Заключение.** Высокое значение дискриминационной способности шкалы nSOFA свидетельствует о целесообразности ее использования у пациентов с сепсисом в неонатальных отделениях интенсивной терапии.

**Михайлева Е.А., Тараник М.Б., Анненская Л.М.**

*Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа — Югры  
«Сургутская городская клиническая поликлиника № 2», Сургут,  
Российская Федерация*

## **ОПЫТ РЕАЛИЗАЦИИ НАЦИОНАЛЬНОЙ СТРАТЕГИИ ДЕЙСТВИЙ В ИНТЕРЕСАХ ДЕТЕЙ: ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ С НЕДОНОШЕННЫМИ ДЕТЬМИ В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ**

**Актуальность.** В настоящее время остро встал вопрос о правильной организации постнатального ведения недоношенных детей в поликлинике. Высокая частота соматической патологии диктует необходимость мультидисциплинарного подхода катamnестического наблюдения недоношенных. В поликлинике № 2 г. Сургута организована служба раннего вмешательства для реабилитации недоношенных детей после выписки из стационара.

**Цель исследования.** Оценить эффективность раннего вмешательства и комплексного подхода в реабилитации недоношенных в условиях поликлиники.

**Пациенты и методы.** Суть предложенной системы мероприятий для наблюдения и реабилитации недоношенных детей заключается в следующем.

1. Алгоритм наблюдения недоношенных детей, который включает ежемесячные осмотры педиатра, невролога, офтальмолога, плановые осмотры травматолога-ортопеда и оториноларинголога, мониторинг лабораторных анализов крови и мочи, мониторинг нейросонографии, эхокардиографии, электрокардиографии. При необходимости привлекаются другие специалисты: детский эндокринолог, детский хирург, детский кардиолог, пульмонолог.
2. Реабилитация недоношенных детей осуществляется в дневном стационаре поликлиники, в отделении медицинской реабилитации и на дому, к каждому недоношенному индивидуальный подход, разрабатывается план индивидуальной реабилитации для каждого ребенка в зависимости от имеющейся патологии. Реабилитационные мероприятия осуществляются с помощью медикаментозных и не-медикаментозных методов. Поскольку традиционное лечение и реабилитация по отдельным нозологическим единицам не позволяют осуществлять терапию с позиции целостного подхода, в связи с этим в реабилитации таких детей ведущая роль в нашем учреждении отводится немедикаментозным методам воздействия, которые по сравнению с лекарственной терапией характеризуются более щадящей нагрузкой на организм: лечебный массаж; лечебная гимнастика, тонкий пальцевой тренинг; терапия по Войту; методика Бобат; упражнения в воде и гидромассаж; метод сухой иммерсии; лечение «положением» (укладки, тугоры, «воротники» и т.д.); методика светотерапии.

**Результаты.** Всего недоношенных, выписанных из стационара в поликлинику с 2013 по 2020 г. наблюдается 174, из них с весом 500–999 г — 19 (11%); с весом 1000–1499 г — 36 (21%); с весом 1500–2500 г — 119 (68%). При катamnестическом осмотре детей после проведенных реабилитационных мероприятий получены следующие результаты: оформлена инвалидность 2 (1%) детям с диагнозом «ДЦП», продолжают наблюдаться у невролога 74 (35%) ребенка с диагнозом «Задержка речевого развития» и 98 (64%) детей с диагнозом «Здоров».

**Заключение.** Таким образом, опыт последующего наблюдения недоношенных в поликлинике позволяет сделать вывод: комплексный подход к раннему выявлению проблем развития и раннее вмешательство являются залогом успеха лечебных и реабилитационных мероприятий, позволяющих улучшить соматические и неврологические исходы, снизить инвалидизацию недоношенных детей, родившихся с низкой и экстремально низкой массой тела.

**Михайловская Е.Г.<sup>1</sup>, Мушкатина М.А.<sup>1</sup>, Иго О.Л.<sup>1</sup>, Зарипова Ю.Р.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ГБУЗ РК «Детская республиканская больница», Петрозаводск, Российская Федерация

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Петрозаводский государственный университет», Петрозаводск, Российская Федерация

## **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РЕДКОГО ДЕБЮТА ЮВЕНИЛЬНОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА**

**Актуальность.** Ювенильный идиопатический артрит (ЮИА) — одно из наиболее частых и самых инвалидирующих ревматических заболеваний детского возраста. Выделяют несколько вариантов ЮИА без системных проявлений, каждый из которых дебютирует с суставного синдрома.

**Цель исследования.** Описание клинического случая редкого дебюта ЮИА.

**Пациенты и методы.** Юноша, 15 лет, обследован в неврологическом отделении ГБУЗ РК ДРБ с жалобами на трудности при глотании пищи, боль в области корня языка в течение нескольких месяцев. Неврологическая патология исключена. СКТ шейного отдела позвоночника — гиперплазии слизистой в области языка, подъязычно-надгортанных связок, данных за объемное образование мягких тканей шеи нет. ЛОР-врачом выполнена биопсия язычной миндалины, исключен лимфопролиферативный процесс.

**Результаты.** Через месяц юноша отметил появление боли и ограничение движений в коленных суставах. Обследован в Центре детской кардиологии и ревматологии ДРБ. При сборе анамнеза отмечено, что первые болезненные ощущения в области шеи появились более 6 мес назад. При осмотре выявлены вынужденное положение в шейном отделе позвоночника, резкое ограничение открывания рта, изменения со стороны коленных, тазобедренных, пястно-фаланговых суставов.

Рентгенологические и сонографические изменения со стороны пораженных суставов, незначительное повышение уровня АНФ, АТ к двуспиральной ДНК, СРБ, СОЭ, РФ (–). Диагностирован полиартрит, серонегативный по РФ. Для исключения системного вовлечения, дебюта диффузного заболевания соединительной ткани направлен в ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» МЗ РФ, диагноз подтвержден.

Начата базисная терапия метотрексатом. В связи с неблагоприятными факторами прогноза в виде поражения осевых суставов инициирована ГИБТ тоцилизумабом. После третьего введения ГИБТ удалось купировать проявления суставного синдрома, полностью восстановился акт глотания твердой и жидкой пищи.

**Заключение.** Ревматические заболевания могут дебютировать под масками различных патологий. Поэтому долгий путь к диагнозу откладывает вовремя начатое лечение, утяжеляя течение заболевания и дальнейший прогноз. В этой связи подход к диагностике и лечению «трудного» пациента всегда должен быть командным и междисциплинарным.

**Михеева Е.М.**

*БУЗ УР «Первая республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения Удмуртской Республики», Ижевск, Российская Федерация*

## **ОСОБЕННОСТИ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЦНС У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ, РОДИВШИХСЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ**

**Актуальность.** Согласно результатам отечественных и зарубежных исследований, у детей, родившихся с использованием вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), по сравнению с естественно зачатыми сверстниками имеется повышенный риск неврологических заболеваний на первом году жизни.

**Цель исследования.** Изучить особенности перинатальных поражений ЦНС (ПП ЦНС) у детей первого года жизни, родившихся с применением ВРТ.

**Пациенты и методы.** Исследовано 82 ребенка первого года жизни, родившихся с применением ВРТ, включая 35 доношенных и 47 недоношенных детей. Группу сравнения составили дети первого года жизни от естественно наступившей беременности, включая 45 доношенных и 46 недоношенных детей. Статистическая обработка материалов исследования проводилась с использованием лицензионных программ Microsoft Excel 2010 и Statistica 6.0, SPSS-17.

**Результаты.** Последствия гипоксически-ишемического поражения ЦНС у доношенных детей на первом году жизни диагностировались чаще в группе наблюдения (88,6 и 48,8%;  $\chi^2 = 13,865$ ;  $p < 0,001$ ). Основными проявлениями ПП ЦНС были синдром внутричерепной гипертензии (60,0 и 24,4%;  $\chi^2 = 10,370$ ,  $p = 0,001$ ), синдром нарушения моторного развития (20,0 и 13,3%;  $\chi^2 = 0,643$ ;  $p = 0,423$ ), цереброастенический синдром (60,0 и 24,4%,  $\chi^2 = 10,370$ ,  $p = 0,001$ ). К концу первого года жизни задержка речевого развития определялась чаще у доношенных детей группы наблюдения (17,1 и 2,2%,  $\chi^2 = 5,489$ ,  $p = 0,019$ ).

Диагноз ПП ЦНС был установлен у 93,6% недоношенных детей первого года жизни, рожденных с применением ВРТ (в группе сравнения — 65,2%,  $\chi^2 = 11,534$ ,  $p = 0,001$ ). Последствия ПП ЦНС у недоношенных детей характеризовались синдромами доброкачественной гипертензии, нарушением моторного развития, задержкой речевого развития. По данным нейросонографии в течение первого года жизни выявлялись признаки гипоксически-ишемического поражения головного мозга (27,6 и 19,5%,  $\chi^2 = 0,843$ ,  $p = 0,358$ ), повышение эхогенности перивентрикулярных зон (14,9 и 8,7%,  $\chi^2 = 0,856$ ,  $p = 0,355$ ), дилатация желудочковой системы мозга (53,2 и 30,4%,  $\chi^2 = 4,944$ ,  $p = 0,026$ ).

**Заключение.** На первом году жизни у детей, рожденных с применением ВРТ, выявлен высокий уровень неврологической патологии. Высокая частота перинатальных поражений ЦНС у детей, рожденных с помощью ВРТ, требует разработки программ комплексного неврологического обследования и диспансерного наблюдения на первом году жизни. Проведение реабилитационных мероприятий позволит уменьшить частоту речевых, моторных нарушений и улучшить качество жизни ребенка.

**Михеева И.В., Афонина Н.М., Ермоленко М.В., Михеева М.А.**

*ФБУН «Центральный НИИ эпидемиологии» Роспотребнадзора, Москва,  
Российская Федерация*

## **ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ**

**Актуальность.** Значительное бремя ветряной оспы для Российской Федерации определяется широкой распространенностью и высокой заболеваемостью (600–900 тыс. случаев в год). Только за 2019 г. экономический ущерб от ветряной оспы составил около 29 млрд руб.

**Цель исследования.** Определение влияния вакцинопрофилактики на современные характеристики эпидемического процесса ветряной оспы в России.

**Пациенты и методы.** По материалам федерального статистического наблюдения (ф. 2,5,6,23-17) за 2009–2019 гг. изучено распределение заболеваемости ветряной оспой в территориальном, возрастном и социальных аспектах, а также распределение и объемы профилактической вакцинации против ветряной оспы в субъектах Российской Федерации. Проведена рейтинговая оценка экономического ущерба от ветряной оспы за 2009–2019 гг. среди 35 нозологических форм инфекционных болезней.

**Результаты.** По рейтингу экономического ущерба ветряная оспа занимала 4–5 место среди острых и впервые выявленных инфекционных заболеваний. Отмечена слабовыраженная тенденция роста и многолетняя цикличность заболеваемости. В 2013–2019 гг. зарегистрировано 22 летальных исхода ветряной оспы (17 — у детей). Среди заболевших преобладали дети 3–6 лет (заболеваемость до 8400 на 100 тыс. детей данного возраста), что обусловлено вспышечной заболеваемостью (средний индекс очаговости — 14,9 случаев/очаг). Сезонность связана с формированием детских коллективов. Регистрация ветряной оспы у лиц детородного возраста, у новорожденных в возрасте 9–15 дней и случаев опоясывающего лишая у детей первых месяцев жизни указывает на вероятность внутриутробного инфицирования и развития врожденных форм VZV-инфекции, учет которых не осуществляется. Установлен риск внутрибольничного распространения ветряной оспы, в т.ч. среди медицинского персонала. В 2013–2019 гг. в России было проведено 479 463 прививок против ветряной оспы, из них 36,9% — в Москве. Характеристики эпидпроцесса ветряной оспы в России не изменились по сравнению с довакцинальным периодом. Плановая вакцинация с неполным охватом детей в возрасте 3–6 лет в Москве привела к снижению заболеваемости детей 3–14 лет, не повлияла на заболеваемость подростков и обусловила рост заболеваемости взрослых с тенденцией роста заболеваемости детей в возрасте до 1 года.

**Заключение.** Для эффективного управления эпидемическим процессом ветряной оспы в России необходимо внедрение в Национальный календарь профилактических прививок двукратной вакцинации против этой инфекции с дополнительной иммунизацией не болевших ранее подростков и взрослых. Перспективы вакцинопрофилактики ветряной оспы в России связаны с внедрением комбинированных вакцин против кори, краснухи и эпидемического паротита и ветряной оспы.

**Михеева И.Г.<sup>1</sup>, Курасова О.Б.<sup>1</sup>, Кругляков А.Ю.<sup>2</sup>, Рюкерт Е.Н.<sup>2</sup>,  
Кузнецова Н.И.<sup>1</sup>, Верещагина Т.Г.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Кафедра пропедевтики детских болезней ФGAOУ BO

«РНИМУ им. Н. И. Пирогова» МЗ РФ, Москва, Российская Федерация

<sup>2</sup> ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ», Москва, Российская Федерация

## **МИКРОСОСУДИСТЫЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ**

**Актуальность.** Респираторные вирусные инфекции органов дыхания устойчиво занимают ведущее место в структуре заболеваемости детей первого года жизни. В этом возрасте активно продолжают процессы роста бронхолегочной системы с перестройкой капиллярных сетей и образованием новых микрососудов.

**Цель исследования.** Изучение состояния микроциркуляторного русла бульбарной конъюнктивы (БК) у детей первого года жизни с обструктивным бронхитом (ОБ) с дыхательной недостаточностью (ДН) II степени.

**Пациенты и методы.** Обследовано 59 детей первого года жизни с ОБ, ДН II степени на 1–2-й и 7–10-й дни болезни (I группа — 30 детей первого, II группа — 29 второго полугодия жизни), 40 здоровых контрольной группы.

Микроциркуляцию изучали методом биомикроскопии БК с компьютерной обработкой изображения. Изучали коэффициент плотности (КП) сосудистого русла, относительное число микрососудов различного диаметра (от 5 до 85 мкм), коэффициент извитости (КИ), коэффициент неравномерности калибра артериол (КНКА) и венул (КНКВ), артериоловенулярный коэффициент (АВК).

**Результаты.** У детей I группы на 1–2-й день болезни КП не изменялся, к 7–10-му дню — снижался ( $p = 0,01$ ) и не достигал значений здоровых ( $p = 0,01$ ). У детей II группы на 1–2-й день КП был низким ( $p = 0,03$ ) и оставался низким ( $p = 0,01$ ) на 7–10-й день. В начале заболевания число капилляров, резистивных микрососудов снижалось ( $p < 0,001$ ), а емкостных микрососудов — увеличивалось. Изменения сохранялись к 7–10-му дню.

У детей I группы на 1–2-й день извитость микрососудов повышалась ( $p < 0,001$ ), на 7–10-й день — уменьшалась ( $p < 0,001$ ) и не отличалась от таковой у здоровых. Во II группе изменения были схожими, но к 7–10-му дню извитость была выше ( $p = 0,03$ ).

У детей I группы чем выше  $pCO_2$ , тем выше КНКА ( $r = + 0,75$ ) и КНКВ ( $r = + 0,8$ ) и чем ниже  $pO_2$ , тем ниже АВК ( $r = + 0,78$ ) и выше КНКА ( $r = -0,84$ ). При снижении  $pO_2$  снижается АВК ( $r = +0,78$ ) и повышается КНКА ( $r = -0,79$ ). При снижении ВЕ (дефицита оснований) у детей I группы открывается больше микрососудов диаметром 44–85 мкм ( $r = -0,83$ ). У детей II группы снижение  $pO_2$  сопровождается уменьшением КП ( $r = +0,83$ ), повышением КНКА ( $r = -0,73$ ) и КНКВ ( $r = -0,83$ ), увеличением числа микрососудов диаметром 44–85 мкм ( $r = -0,87$ ). При повышении  $pCO_2$  отмечается снижение КП ( $r = -0,85$ ) и повышение КНКА ( $r = +0,77$ ). Чем ниже ВЕ, тем выше КНКА ( $r = -0,76$ ) и КНКВ ( $r = -0,79$ ). Снижение  $pO_2$  у детей II группы увеличивает количество микрососудов диаметром 44–85 мкм ( $r = -0,85$ ).

**Заключение.** Выявленные взаимосвязи между показателями микроциркуляции и газового состава крови у детей первого года жизни с обструктивным бронхитом, ДН II степени имеют отличия в первом и втором полугодиях жизни. По-видимому, это связано с изменяющейся с возрастом чувствительностью микрососудистого русла к гипоксии, гиперкапнии и ацидозу. У детей первого года жизни с обструктивным бронхитом выявленные микрососудистые нарушения сохраняются в периоде клинического выздоровления, что необходимо учитывать при наблюдении за этим контингентом детей.

**Молдован И.**

*Государственный университет медицины и фармации  
имени Николая Тестемицану, город Кишинев, Республика Молдова*

## **ПОЛИМОРФИЗМ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ IgE-ОПОСРЕДОВАННОЙ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ**

**Актуальность.** Пищевая аллергия (ПА) — это вызванная приемом пищевого продукта патологическая реакция, в основе которой лежат иммунные механизмы (специфические IgE-опосредованные реакции, клеточный иммунный ответ — не-IgE-опосредованные — или их сочетание). Пищевая аллергия может иметь клинические проявления на уровне разных органов и систем: кожные, респираторные, гастроинтестинальные и др.

**Цель исследования.** Изучение клинических проявлений IgE-опосредованной ПА у детей разных возрастов.

**Пациенты и методы.** В исследование были включены 86 детей в возрасте 0–16 лет с IgE-опосредованной пищевой аллергией. Был использован проанализированный опросник для пациентов старше 8 лет, а также для членов семей пациентов, в которых пациент был младше 8 лет. Были проведены определение специфических IgE к пищевым аллергенам и элиминационная диета.

**Результаты.** В исследовании пациенты были разделены на две группы: до 8 лет и старше 8 лет (по 43 пациента соответственно). Было выявлено, что с возрастом меняется сенсibilизация детей к пищевым аллергенам: до 8 лет преобладает сенсibilизация к белкам коровьего молока, после 8 лет — к белкам злаковых. Все пациенты были группированы по основным клиническим симптомам пищевой аллергии. Преобладали пациенты с сочетанными клиническими проявлениями, в 2/3 случаев — кожные с желудочно-кишечными проявлениями, кожные с респираторными проявлениями. Среди изолированных проявлений преобладали поражениями кожи — 56%; с желудочно-кишечными проявлениями — 30%; с респираторными проявлениями — 13%; с другими проявлениями — 1%. При увеличении длительности течения заболевания была выявлена вероятность появления полиорганных проявлений.

**Заключение.** У пациентов с IgE-опосредованной пищевой аллергией преобладают сочетанные клинические проявления. Клинические проявления зависят от возраста пациента, в котором возникает заболевание, и его длительности. Вариабельность пищевой сенсibilизации и спектр клинических проявлений могут меняться по мере роста ребенка.



**Молдован И., Стасий Е., Нику О.**

*Государственный университет медицины и фармации  
имени Николая Тестемицану, Кишинев, Республика Молдова*

## **КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЕЙ К БЕЛКАМ КОРОВЬЕГО МОЛОКА**

**Актуальность.** Аллергия к белкам коровьего молока (АБКМ) — это одна из самых распространенных пищевых аллергий, наблюдаемых у младенцев и детей младшего возраста. АБКМ в разной степени влияет на повседневную жизнь детей с данным диагнозом, членов их семей.

**Цель исследования.** Изучение связи между диагнозом «аллергия к белкам коровьего молока» у детей и качеством жизни данных пациентов, а также членов их семей.

**Пациенты и методы.** В исследование были включены 38 детей в возрасте 1–36 мес с диагностированной АБКМ, опосредованной иммуноглобулином E (IgE). Для оценки качества жизни был использован проанализированный опросник для членов семьи пациентов, а также опросник The Food Allergy Quality of Life Questionnaire-Parent Form (FAQLQ-PF). У пациентов были определены уровни специфических аллергенов молока: Bos d 4, Bos d 5, Bos d 6, Bos d 8.

**Результаты.** Исследуемая группа (средний возраст — 7 мес) включила 58% девочек ( $n = 22$ ) и 42% мальчиков ( $n = 16$ ) с АБКМ и одного из их родителей / опекуна (средний возраст — 29 лет). В большинстве случаев исследуемой группы (68,5%) родители/опекуны пациентов с АБКМ сталкиваются с рядом проблем во время приема пищи, что снижает качество их жизни. Коэффициент качества жизни у пациентов с выявленным Bos d 8 был значительно ниже, чем у пациентов с другими аллергенами молока. АБКМ влияет на рост и развитие пациента — как на физический компонент, так и на эмоциональные проявления состояния здоровья.

Степень влияния АБКМ на качество жизни пациентов и членов их семьи напрямую связана выраженностью клинических проявлений аллергии, длительностью лечения, длительностью элиминационной диеты. Другими факторами, влияющими на качество жизни пациентов, были аллергия у других членов семьи, возраст матери более 30 лет, высокий уровень образования матери, меньшее количество лиц в семье.

**Заключение.** АБКМ оказывает существенное влияние на качество жизни пациентов и членов их семей. Была выявлена зависимость между типом аллергена коровьего молока и уровнем качества жизни пациентов. Для улучшения качества их жизни необходима комплексная терапия, которая включает обучение пациентов и членов их семей.

**Молочный В.П., Чернышева Н.В.**

*Дальневосточный государственный медицинский университет, Хабаровск,  
Российская Федерация*

## **О СИТУАЦИИ С ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬЮ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ И ВЕТРЯНОЙ ОСПОЙ В ХАБАРОВСКОМ КРАЕ**

**Актуальность.** К важным обобщающим критериям уровня благосостояния жителей определенных территорий, отдельных регионов относится контроль динамики инфекционной заболеваемости населения. Основную роль в снижении показателей инфекционной заболеваемости имеет организация специфической иммунопрофилактики в рамках Национального календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям.

**Цель исследования.** Провести сравнительный анализ динамики инфекционной заболеваемости ротавирусной инфекцией и ветряной оспой населения Хабаровского края (ХК) за девятнадцатилетний период (2000–2018 гг.) относительно аналогичных показателей по Российской Федерации (РФ).

**Пациенты и методы.** Показатели выбраны из ежегодных сборников статистических материалов Медицинского информационно-аналитического центра (МИАЦ) Министерства здравоохранения ХК, составленных на основе данных Управления Роспотребнадзора по ХК, из статистических изданий Федеральной службы государственной статистики (Росстата, Хабаровскстата), государственных докладов управления Роспотребнадзора по ХК «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в РФ» и «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в ХК» за период 2000–2018 гг.

**Результаты.** По официальным данным статистического учета инфекционной заболеваемости отмечается тенденция к снижению этого показателя на 37% (3434,7 на 100 тыс. населения в 2018 г., 5420 — в 2000 г.). При этом показатели первичной инфекционной заболеваемости в ХК остаются выше, чем в РФ. Темп прироста заболеваемости острыми кишечными инфекциями (ОКИ) в ХК составил 5,8%.

Показатель заболеваемости населения ХК ОКИ в среднем в 1,3 раза выше, чем среднероссийский показатель, а в 2017–2018 годах этот показатель еще более увеличился — в 1,6 раза. Темп убыли заболеваемости шигеллезами в ХК составил 99,7%, а сальмонеллезами — 47%. Среди ОКИ установленной этиологии заметную роль стала играть ротавирусная инфекция (РВИ). Темп прироста заболеваемости РВИ в ХК составил 13,5%. К группе вакциноуправляемых заболеваний относится коклюш, темп убыли заболеваемости его в ХК составил 66,3%. Начиная с 2014 года на территории ХК не регистрируются случаи заболевания краснухой. Что касается заболеваемости корью, то за последние 10 лет мы имеем дело с единичными случаями заболевания. Отмечается отчетливое снижение заболеваемости эпидемическим паротитом (ЭП) населения РФ и ХК практически до нулевой отметки. Темп убыли заболеваемости ЭП в крае составил 97,2%. В ХК по эпидемическим показаниям активно вакцинируют население против весенне-летнего клещевого энцефалита (ВЛКЭ). Уровень заболеваемости ВЛКЭ в крае приближается к нулевой отметке, и он стал значительно ниже общероссийских показателей. Темп убыли заболеваемости ВЛКЭ в ХК в 2017 году в сравнении с 2004 годом составил 78,6%. Что касается ветряной оспы, то в крае отмечаются высокие показатели. Так, темп прироста показателей заболеваемости ветряной оспой в ХК составил 110,5% за последние 19 лет и это существенно выше, чем в целом по Российской Федерации.

**Заключение.** В Хабаровском крае, как и в РФ, достигнуты определенные успехи в снижении уровня заболеваемости ряда инфекционных болезней (бактериальные кишечные инфекции, корь, краснуха, эпидемический паротит, ВЛКЭ и др.), связанных с активной вакцинацией населения и улучшением санитарного состояния жизни. Вместе с тем, выявлен заметный рост показателей заболеваемости детей ротавирусной кишечной инфекцией и ветряной оспой. Эти данные свидетельствуют о необходимости расширения регионального календаря прививок для детей и подростков с целью ликвидации персистенции возбудителя среди данной категории населения.

**Мощенко Ю.П.<sup>1</sup>, Сапотницкий А.В.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> УЗ «Барановичская детская городская больница», Барановичи, Республика Беларусь

<sup>2</sup> УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Республика Беларусь

## **РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЦА И СОСУДОВ У ДЕТЕЙ В г. БАРАНОВИЧИ В 2011–2020 гг.**

**Актуальность.** Аналитическая работа по изучению трендов динамики заболеваний сердца и сосудов важна для планирования работы кардиоревматологического кабинета.

**Цель исследования.** Оценить распространенность и структуру заболеваний сердца и сосудов у детей и подростков в городе Барановичи в динамике 2011–2020 гг.

**Пациенты и методы.** Выполнен анализ годовых статистических отчетов и амбулаторных карт детей, находившихся на диспансерном наблюдении в кардиоревматологическом кабинете детской поликлиники № 1 г. Барановичи в период декады лет 2011–2020: 2011, 2014, 2017 и 2020 гг. Использовались методы описательной статистики и критерий  $\chi^2$ .

**Результаты.** Выявлено увеличение числа детей и подростков, находящихся на диспансерном учете в кардиоревматологическом кабинете: 394, 558, 849 и 953 в 2011, 2014, 2017 и 2020 г. соответственно.

Число пациентов с врожденными пороками сердца (ВПС) неуклонно возрастает: 298 случаев (76,9% от общего числа детей на диспансерном наблюдении) в 2011 г., 414 (74,1%) в 2014, 724 (85,3%) в 2017 (статистически значимо больше, чем в 2014:  $\chi^2 = 26,75$ ;  $p < 0,001$ ), 808 (84,8%) в 2020 г. (статистически значимо больше, чем в 2014:  $\chi^2 = 25,52$ ;  $p < 0,001$ ).

Абсолютное число пациентов с нарушениями ритма и проводимости сердца, несмотря на тенденцию к снижению доли от общего числа детей и подростков, состоящих на диспансерном учете, возрастает: 42 (10,7%), 55 (9,9%), 78 (9,2%) и 89 (9,3%) в 2011, 2014, 2017 и 2020 г. соответственно.

Число пациентов с диффузными болезнями соединительной ткани (ювенильный ревматоидный артрит, острая ревматическая лихорадка, редкие коллагенозы) остается примерно одинаковым при снижении их относительной доли: 18 (4,6%), 18 (3,2%), 20 (2,4%) и 18 (1,9%) в 2011, 2014, 2017 и 2020 г. соответственно.

**Заключение.** В динамике декады лет 2011–2020 наблюдалось как абсолютное, так и относительное увеличение числа детей и подростков с ВПС в структуре заболеваний сердца и сосудов. Выявлено увеличение числа пациентов с нарушениями ритма и проводимости.

**Мубаракшина А.Р.**

*Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Казанская государственная медицинская академия (Казань), Казань, Российская Федерация*

## **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВРОЖДЕННОГО МНОЖЕСТВЕННОГО ПОРОКА СЕРДЦА У РЕБЕНКА С ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ**

**Актуальность.** Среди ВУИ наиболее часто встречается цитомегаловирусная инфекция (ЦМВ). В зависимости от сроков инфицирования беременность заканчивается выкидышем, мертворождением или рождением ребенка с врожденными аномалиями развития.

**Цель исследования.** Представить клинический случай пороков развития сердца у ребенка с ЦМВ.

**Пациенты и методы.** Мальчик, 2 мес. Диагноз: Цитомегаловирусная инфекция, генерализованная, манифестная, в стадии активной персистенции. Внутриутробный увеит. Микрофакия.

**Результаты.** Из анамнеза жизни: ребенок от первой беременности, протекавшей на фоне ОРИ во II триместре, от первых оперативных родов на сроке 39 нед. Еще пренатально на сроке 22 нед был диагностирован ВПС: правая дуга аорты. В нашу клинику поступил в состоянии средней тяжести по заболеванию, голос слабый, взгляд не фиксирует. Кожные покровы субиктеричны, подкожно-жировой слой развит слабо, тургор тканей снижен. Сердечные тоны ритмичные, ясные. Выслушивается систолический шум 1/6 слева у грудины. Пульс хорошего наполнения и напряжения, на бедренных артериях — удовлетворительного наполнения. Живот мягкий, безболезненный, участвует в акте дыхания. Печень +1 см. Проведена ЭхоКГ: правая дуга аорты. ООО. ОАП. РКТ органов грудной клетки с контрастированием: от желудочка, расположенного слева отходит аорта, дуга расположена справа от позвоночного столба. Левая подключичная артерия расположена ретротрахеально и ретрозофагально со сдавлением пищевода (артериальный ринг). Консультирован кардиохирургом: оперативное вмешательство в данное время не требуется, осмотр через 3 мес, при появлении жалоб (стридор, сухой кашель, одышка в покое, цианоз, диспноэ) — раньше.

**Заключение.** Манифестные формы ЦМВИ могут вызывать тяжелую органную патологию новорожденного с высоким процентом инвалидизации. Необходимо расширять арсенал эффективных противовирусных препаратов для специфической терапии беременных с ЦМВ.

**Мусаев С.Н., Мамедова С.Н.**

*Азербайджанский медицинский университет, кафедра детских болезней II,  
Баку, Азербайджан*

## **ВИТАМИН D У ДЕТЕЙ С СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ**

**Актуальность.** Витамин D оказывает влияние на физиологические процессы в различных органах и системах, а также разностороннее воздействие на структуру различных типов соединительной ткани. Индикатором статуса витамина D в организме является уровень 25(OH)D в сыворотке крови. Особенно уязвимой группой пациентов в отношении недостаточного уровня данного витамина составляют пациенты с системной аутоиммунной патологией, в том числе с системной красной волчанкой (СКВ).

**Цель исследования.** Оценить уровень 25(OH)D в сыворотке крови у детей с системной красной волчанкой в зависимости от времени года.

**Пациенты и методы.** В исследование включен 41 пациент с СКВ. Диагноз СКВ ставили на основании тщательного клинико-лабораторного обследования больных и верифицировали по критериям ACR 1997 г. Возраст больных — 4–17 лет.

Определение уровня витамина D (25(OH)D) в сыворотке крови проводилось с использованием анализатора Cobas E411. Забор крови для определения концентрации 25(OH)D был осуществлен в осенне-зимний и в летний период (с декабря по февраль и с июня по август 2015–2019 г.). Критерием исключения из исследования явился регулярный прием препаратов, содержащих витамин D.

**Результаты.** Детей с диагнозом СКВ разделили на 2 группы. Достоверных различий по возрасту между группами не было. Определение в сыворотке крови 25(OH)D в осенне-зимний период проводилось у 21, в летнее время — у 20 пациентов. Глубокий дефицит витамина D при уровне 25(OH)D 10 нг/мл в сыворотке отмечен у 4 больных, обследованных в осенне-зимний период, и у 2 пациентов, обследованных в летнее время; дефицит — при уровне 25(OH)D 20 нг/мл — у 8 и 6, недостаточность витамина D — при уровнях 25(OH)D 20–30 нг/мл — у 9 и 10 пациентов соответственно. Вне зависимости от времени года выявлены корреляции между уровнем 25(OH)D и клинико-лабораторными параметрами активности СКВ. Уровень 25(OH)D был ниже у больных СКВ с развитием обострений по сравнению с больными без обострений.

**Заключение.** Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что у значительной части пациентов с СКВ определяется недостаточность или дефицит 25(OH)D даже в летнее время, так как большее время пациенты проводят в помещении и сознательно избегают инсоляции. Включение витамина D в комплексную терапию лечения СКВ необходимо независимо от времени года.

**Мусс Е.А.<sup>1</sup>, Зарипова Ю.Р.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ГБУЗ РК «Сортавальская центральная районная больница», Сортавала, Российская Федерация

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Петрозаводский государственный университет», Петрозаводск, Российская Федерация

## **ВРОЖДЕННАЯ КИСТОЗНО-ФИБРОЗНАЯ ДИСПЛАЗИЯ ПРАВОГО ЛЕГКОГО У РЕБЕНКА 4 ЛЕТ**

**Актуальность.** Врожденная кистозно-аденоматозная мальформация легкого — порок, характеризующийся разрастанием терминальных бронхиол с образованием кист разного диаметра, не затрагивающих альвеолы. Встречается с частотой 9–14 случаев на 100 000 новорожденных, занимает 1-е место в структуре аномалий развития бронхолегочной системы (60–80%), в 80–95% случаев поражает одно легкое.

**Цель исследования.** Проанализировать клинический случай врожденной кистозно-фиброзной дисплазии (врожденной кистозно-аденоматозной мальформации) правого легкого у ребенка 4 лет.

**Пациенты и методы.** Описание клинического случая, анализ истории развития (форма № 112/у) ребенка К.

**Результаты.** Девочка от 4-й беременности на фоне гестоза, 3-их срочных родов, масса тела при рождении — 2660 г. При рождении — дермоидная киста левой скуловой области. На грудном вскармливании до 1 года. Физическое и психомоторное развитие соответствовало возрасту. У сестры 16 лет — аллергический ринит, у брата 6 лет — рецидивирующие ларингостенозы. Семья проживает в частном доме из бруса, домашние животные — кошка, собака, рыбки, во дворе — курица, собака. На 1-м году жизни ОРИ, обструктивный бронхит. Далее 3–4 раза в год переносила бронхиты, амбулаторно терапия муколитиками, ингаляционными бронходилататорами, будесонидом. В 3 года — правосторонняя пневмония, амбулаторное лечение, контрольная рентгенограмма не выполнена, выписана с клиническим выздоровлением. В 4 года на приеме у педиатра по поводу ОРИ выявлена незначительная деформация грудной клетки (западание справа), аускультативно справа ослабленное дыхание и крепитирующие хрипы. В ЦРБ выполнена СКТ органов грудной клетки: признаки буллезных изменений и фиброза в проекции нижней доли справа. Спустя 2 нед осмотрена в РДКБ МЗ РФ торакальным хирургом: показаний для оперативного лечения нет. Далее пациентка дообследована и взята под наблюдение в НИКИ педиатрии имени академика Ю.Е. Вельтищева ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ. В настоящее время постоянную терапию не получает, вакцинируется согласно Национальному календарю профилактических прививок, 3–4 раза в год переносит респираторные инфекции, сопровождающиеся кашлем, без одышки, десатурации.

**Заключение.** Данный клинический случай врожденной односторонней кистозно-фиброзной дисплазии выявлен у ребенка в возрасте 4 лет, в стадии компенсации.

Дообследование и динамическое наблюдение пациентки не выявило в настоящее время осложнений, угрожающих жизни и влияющих на физическое и психомоторное развитие. Функция внешнего дыхания сохранена. Ребенок посещает детский коллектив, бассейн, танцевальный кружок.

**Наджафова В.А.**

*Азербайджанский государственный институт усовершенствования врачей  
имени А. Алиева, Баку, Азербайджан*

## **ОЦЕНКА НАРУШЕНИЙ СУБПОПУЛЯЦИЙ ЛИМФОЦИТОВ У ДЕТЕЙ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ**

**Актуальность.** Недостаточность железа является наиболее часто встречаемым дефицитом среди всех микроэлементов в человеческой популяции. Самая высокая распространенность (42,6%) приходится на детей. С этой точки зрения изучение негативного влияния дефицита железа на иммунную систему детей является также одной из актуальных проблем.

**Цель исследования.** Исследование субпопуляций лимфоцитов у детей в возрасте от 6 мес до 5 лет в Азербайджане с целью изучения некоторых аспектов влияния железодефицитной анемии (ЖДА) на клеточный иммунитет.

**Пациенты и методы.** В исследовании были задействованы 123 ребенка (у 95 детей была диагностирована ЖДА) в возрасте от 6 мес до 5 лет.

Для оценки лимфоцитов иммунной системы проводилось исследование клеточных фракций субпопуляций лимфоцитов плазмы (CD3, CD4, CD8, CD56) иммунофлюоресцентным методом (панель моноклональных антител, ООО «Сорбент», Российская Федерация) (Центральная научно-исследовательская лаборатория Азербайджанского государственного института усовершенствования врачей имени А. Алиева).

**Результаты.** В нашем исследовании общее относительное количество (%) Т-лимфоцитов (CD3) в группе с ЖДА было значительно ниже, чем в контрольной группе. Таким образом, CD3 в общей группе с ЖДА составил  $52,7 \pm 4,35\%$ , в контрольной группе —  $62,5 \pm 5,49\%$ ,  $p < 0,05$ . В общей группе с ЖДА относительное количество клеток CD3 имело среднюю силу связи коэффициента корреляции с гемоглобином ( $r = 0,74$ ) и сильную силу связи ( $r = 0,8$ ) с сывороточным железом. Относительное количество Т-хелперов (CD4) (%) в общей группе с ЖДА —  $27,1 \pm 2,78\%$ , а в контрольной группе —  $31,6\% \pm 6,0\%$ ,  $p < 0,05$ . Относительное количество клеток CD4 также коррелировало с гемоглобином и сывороточным железом. Согласно результатам, величины коэффициентов корреляции в общей группе с ЖДА были  $r = 0,63$  и  $r = 0,8$  соответственно. В группах с ЖДА также наблюдалось снижение уровня CD8 (%). Таким образом, оно составило  $22,3 \pm 2,36\%$  в общей группе с ЖДА и  $24,7 \pm 4,02\%$  — в контрольной группе,  $p < 0,05$ . Результаты корреляции CD8 лимфоцитов с гемоглобином и сывороточным железом составляли соответственно  $r = 0,53$  и  $r = 0,61$ . Относительное количество (%) CD56 для всех групп ЖДА уменьшилось по сравнению с контрольной группой,  $p < 0,05$ . Была получена средняя сила связи коэффициента корреляции клеток CD56 с гемоглобином и сывороточным железом в общей группе ЖДА —  $r = 0,43$  и  $r = 0,56$  соответственно.

**Заключение.** По мере увеличения тяжести ЖДА у детей наблюдалось значительное ослабление клеточного компонента врожденного и приобретенного иммунитета (CD3, CD4, CD8, CD56). Высокая положительная корреляция сывороточного железа с относительным количеством клеток CD3 и CD4 в общей группе с ЖДА ( $r = 0,8$ ) показала, что дефицит железа играет важную роль при ослаблении клеточного иммунитета.

Результаты могут быть оценены как нарушение иммунного баланса, связанное с дефицитом клеточного иммунитета у детей с ЖДА.

**Нестерович О.Н., Шин В.Ф., Поликарпов Р.В.**

*Центр по охране репродуктивного здоровья подростков  
МБУЗ «Детская городская больница № 1 г. Ростова-на-Дону»,  
Ростов-на-Дону, Российская Федерация*

## **АНАЛИЗ ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ**

**Актуальность.** В структуре гинекологической заболеваемости девочек-подростков наиболее распространенной патологией является нарушение менструального цикла, которое часто сочетается с дисфункцией щитовидной железы, что дает обоснование необходимости комплексного обследования пациенток в ЦОРЗП. Это позволит проводить своевременную терапию всех звеньев патогенеза репродуктивной патологии у подросткового населения.

**Цель исследования.** Показать высокую частоту сочетания расстройств менструальной функции и дисфункции щитовидной железы у девочек-подростков с целью обоснования необходимости обязательного комплексного обследования в ЦОРЗП.

**Пациенты и методы.** В ЦОРЗП в структуре МБУЗ «Детская городская больница № 1» были обследованы девочки-подростки в возрасте 12–17 лет ( $n = 94$ ). Комплексное обследование включало осмотр гинеколога, осмотр эндокринолога, УЗИ органов малого таза и щитовидной железы, гормональный профиль.

**Результаты.** По итогам обследования, проведенного в ЦОРЗП МБУЗ «Детская городская больница № 1 г. Ростова-на-Дону», было выявлено сочетание расстройства менструальной функции и дисфункции щитовидной железы. Всего пациенток — 94. Девочек с нарушением цикла — 46 (49%), из них с дисфункцией щитовидной железы — 19 (41%): аутоиммунный тиреоидит — 6, гипотиреоз — 4, диффузное увеличение щитовидной железы — 7, другая патология — 2 пациентки.

**Заключение.** Данное исследование выявило высокий процент сочетания гинекологической и эндокринной патологии, что еще раз подтверждает острую необходимость комплексного обследования девочек-подростков в ЦОРЗП, что позволит повысить раннюю диагностику и своевременно снизить заболеваемость в репродуктивной сфере уже в подростковом возрасте.



**Никитин С.С., Лисицына Н.А.**

*ФБГОУ ВО Петрозаводский государственный университет,  
Петрозаводск, Российская Федерация  
ГБУЗ «Детская республиканская больница», Петрозаводск,  
Российская Федерация*

## **ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ХЕМОДЕНЕРВАЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПОСЛЕ ИНЪЕКЦИЙ БОТУЛИНИЧЕСКОГО ТОКСИНА У ПАЦИЕНТОВ СО СПИНАЛЬНЫМ НЕЙРОГЕННЫМ МОЧЕВЫМ ПУЗЫРЕМ**

**Актуальность.** У пациентов со спинальным нейрогенным мочевым пузырем сложно, но необходимо обеспечить снижение внутрипузырного давления. Новым направлением в достижении постоянного низкого внутрипузырного давления являются инъекции ботулинического токсина в детрузор.

**Цель исследования.** Определить продолжительность хемоденервации мочевого пузыря после инъекций ботулинического токсина в детрузор у пациентов со спинальным нейрогенным мочевым пузырем

**Пациенты и методы.** 5 пациентам 3–7 лет (3 девочки, 2 мальчика) со спинальным нейрогенным мочевым пузырем на фоне оперированной спинномозговой грыжи с исходно крайне высоким (более 120 см вод. ст.) внутрипузырным давлением и слабым ответом на терапию М-холиноблокаторами и интермиттирующую катетеризацию мочевого пузыря проведена хемоденервация мочевого пузыря инъекциями ботулинического токсина. Цистометрия выполнена через 3, 4 и 6 мес.

**Результаты.** После хемоденервации мочевого пузыря ботулиническим токсином внутрипузырное давление снизилось до уровня менее 20 см вод. ст., что позволило отменить М-холиноблокатор и уменьшить количество катетеризаций в сутки.

Через 3 мес отмечено сохраняющееся низкое внутрипузырное давление. Через 4 мес у 4 из 5 пациентов внутрипузырное давление составило 33–45 см вод. ст., что потребовало увеличения количества катетеризаций — до 6 раз в сутки и назначения малых доз М-холиноблокаторов. У одного пациента сохранялось внутрипузырное давление на уровне 15–18 см вод. ст. Через 6 мес у всех пациентов внутрипузырное давление увеличилось до уровня 80–85 см вод. ст. Осложнения манипуляции не отмечены.

**Заключение.** Хемоденервация мочевого пузыря внутридетрузорным введением ботулинического токсина у пациентов со спинальным нейрогенным мочевым пузырем сохраняется в течение 4 мес, с 4-го до 6-го мес восстанавливается высокое внутрипузырное давление, но оно не достигает исходного уровня. С 6-го мес может потребоваться повторное проведение хемоденервации мочевого пузыря.

**Никитин С.С., Мота М.В.**

*ФГБОУ ВО «Петрозаводский государственный университет»  
ГБУЗ «Детская республиканская больница», Петрозаводск,  
Российская Федерация*

## **ОСОБЕННОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАРАПРОКТИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

**Актуальность.** У детей раннего возраста распространенной причиной парапроктита являются параректальные свищи. Их наличие, неполное рассечение во время операции и реканализация являются причинами рецидивов, которые выявляются у 5–30% пациентов в сроки до 12 мес.

**Цель исследования.** Повышение эффективности лечения детей с врожденными параректальными свищами, осложненными острым гнойным парапроктитом.

**Пациенты и методы.** Пролечено 111 детей с парапроктитом на почве неполного параректального свища. У 30 после вскрытия парапроктита свищевой ход на дне полости гнойника выявлен методом пальпации зондом, по которому свищ рассекался. У 42 проводилась красящая проба, зонд проводился по прокрашенному каналу из полости гнойника в кишку. У 39 осмотрена кишка на зеркалах, свищ рассечен по зонду, проведенному изнутри кнаружи. Определено, после какого варианта рассечения наиболее часто выявлялся рецидив.

**Результаты.** При рассечении параректального свища по каналу, выявленному методом пальпации зондом дна полости гнойника, частота рецидивов составила 50%. При рассечении свища по прокрашенному каналу частота рецидивов составила 14%. При рассечении свища и вскрытии парапроктита интраректальным доступом (при проведении зонда через отверстие в крипте прямой кишки в полость гнойника изнутри кнаружи) рецидивы не зарегистрированы.

**Заключение.** Наиболее четкая визуализация параректального свища, исключающая получение ложного хода, возможна при оперативном лечении интраректальным доступом, при таком способе рассечения параректального свища обеспечивается наиболее четкая визуализация, что предупреждает появление рецидивов парапроктитов у детей раннего возраста.

**Никитин С.С., Шевченко И.Ю., Гольденберг И.Г., Тимонина А.В.**

*ФГБОУ ВО «Петрозаводский государственный университет»,  
Медицинский институт, Петрозаводск, Российская Федерация  
ГБУЗ «Детская республиканская больница», Петрозаводск,  
Российская Федерация*

## **ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА В ФОРМЕ МАГНИТНЫХ ШАРИКОВ**

**Актуальность.** Различные детские игрушки-конструкторы из магнитных шариков представляют большую опасность при случайном проглатывании шариков. Магнитные шарики притягиваются друг к другу через стенки полых органов, образуя некроз с развитием перитонита.

**Цель исследования.** Определить возможные варианты внутрибрюшных осложнений при проглатывании детьми магнитных шариков

**Пациенты и методы.** За 6 лет пролечено 8 пациентов от 2 до 10 лет после проглатывания магнитных шариков в количестве от 3 до 29 штук. Проводилось рентгенологическое обследование, ФГС, 5 детей оперировано.

**Результаты.** Из 8 пациентов 5 оперированы — лапаротомия, у 2 магнитные шарики эвакуированы из желудка при проведении ФГС, у 1 пациента инородные тела получены с рвотными массами. Из 5 оперированных пациентов у 3 отмечены клинико-рентгенологические признаки повреждения полого органа с развитием разлитого перитонита, у 1 — длительная (3 сут) задержка инородных тел в виде цепочки, свернутой в кольцо, у баугиниевой заслонки, у 1 — 18 инородных тел в виде цепочки в дистальном отделе двенадцатиперстной кишки с неудачной попыткой эвакуации при ФГС.

**Заключение.** Магнитные инородные тела желудочно-кишечного тракта в форме шариков крайне опасны развитием хирургических осложнений. По нашим наблюдениям, практически все дети при проглатывании более одного магнитного шарика нуждаются в активной хирургической тактике — извлечении инородных тел при ФГС или оперативном лечении — лапаротомии и ушивании поврежденных магнитами стенок кишки.

**Никитина М.И., Санталова Г.В.**

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Самара, Российская Федерация*

## **СЕМЕЙНАЯ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЯ У ДЕТЕЙ: АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ**

**Актуальность.** Распространенность семейной гиперхолестеринемии (СГ) в мире составляет более 15 млн человек. При этом СГ выявлена у 10% больных, а адекватное лечение проводится только у 5%. В России диагноз «семейная гиперхолестеринемия» ставится крайне редко, отсутствует система выявления и учета больных в детском возрасте, маршрутизации обследования, наблюдения, отмечается низкий уровень генетического консультирования. Большое значение имеет ранняя диагностика, так как выявление заболевания еще в детском возрасте позволит начать своевременное лечение и предупредить формирование сердечно-сосудистой патологии в будущем.

**Цель исследования.** Оптимизировать раннюю диагностику семейной гиперхолестеринемии у детей Самарского региона.

**Пациенты и методы.** Для достижения поставленной цели с февраля 2020 г. проводится совместная работа с кардиологами в Центре профилактики и лечения атеросклероза и дислипидемий Самарского областного клинического кардиологического диспансера (СОККД) им. В.П. Полякова. Определены количество больных с установленным диагнозом СГ и структура сердечно-сосудистой патологии. Разработана анкета для пациентов Центра с известным диагнозом гиперхолестеринемии с целью изучения частоты гиперхолестеринемии у их детей.

**Результаты.** Количество больных с установленным диагнозом СГ составило 1330; в структуре сердечно-сосудистой патологии выявлена ИБС — в 95% случаев; острый коронарный синдром (ОКС) был представлен более чем в 50% случаев инфарктом миокарда (ИМ). Средний возраст пациентов —  $50 \pm 5,0$  лет. Средний уровень холестерина —  $10,1 \pm 2,1$  ммоль/л, ЛПНП —  $7,4 \pm 1,5$  ммоль/л. Создана технологическая карта по оказанию амбулаторно-поликлинической помощи детям с СГ, что позволило начать разработку Программы для министерства здравоохранения Самарской области с целью внедрения систематизированных критериев диагностики СГ у детей в первичном звене здравоохранения. В Программе предусмотрены подходы к ранней диагностике СГ, указанные в российских рекомендациях «Диагностика и лечение семейной гиперхолестеринемии».

**Заключение.** Необходимо осуществлять междисциплинарный подход к диагностике СГ; использование имеющихся критериев диагностики СГ и риска сердечно-сосудистых заболеваний может позволить идентифицировать детей на стадии потенциального возникновения прогрессирующего атеросклероза.

**Нику О., Стасий Е., Молдован И.**

*ГМФУ им. Николае Тестемицану, Кишинев, Республика Молдова*

## **БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС У ДЕТЕЙ**

**Актуальность.** Бронхиальная астма — одно из самых ярких психосоматических заболеваний, клиника которого во многом зависит не только от признанных триггеров аллергии, но и от психологического фактора. Многие пациенты с астмой сообщают о высоком уровне стресса и депрессии.

**Цель исследования.** Определить взаимосвязь между стрессом, клиническими проявлениями и развитием астмы у детей.

**Пациенты и методы.** В исследование включены 60 больных бронхиальной астмой в возрасте 10–18 лет. Использовалась анкета с полными анамнестическими данными, клиническими и параклиническими данными. В качестве психодиагностического инструмента использовались опросник Левенштейна по восприятию стресса и тест АСТ — для установления корреляции психоэмоционального состояния и клинических симптомов астмы.

**Результаты.** Замечено, что 42% испытуемых воспринимают стресс на умеренном уровне. Таким образом, мы можем предположить, что стресс может быть вызван множеством факторов — как соматических, так и окружающих ребенка, связанных с уровнем благополучия, доступностью высоких технологий, социальными и семейными проблемами. Но более высокая распространенность стресса наблюдается в группе детей с неконтролируемой астмой, что свидетельствует о негативном влиянии хронических заболеваний на уровень восприятия стресса. Для завершения фармакологического лечения астмы необходимы психологические вмешательства. Были описаны другие потенциальные триггеры для обострения астмы (клещи домашней пыли, плесень вирусные инфекции и др.).

**Заключение.** Эмоции и стресс играют значительную роль в клинической эволюции бронхиальной астмы у детей. Это исследование продемонстрировало сильную связь между астмой и стрессом у детей. Необходимо использовать психологические инструменты и вмешательства для усиления контроля над астмой.

**Обухова А.Н.**

*ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет»  
Минздрава России, Нижний Новгород, Российская Федерация*

## **ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С ГИПЕРОКСАЛУРИЕЙ В НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ**

**Актуальность.** Обменная нефропатия с гипероксалурией является распространенной патологией детского возраста, дебют которой возможен в неонатальном периоде. В связи с этим актуальным является вопрос о влиянии гипероксалурии на функцию почек новорожденных детей.

**Цель исследования.** Изучить функциональное состояние почек доношенных новорожденных с гипероксалурией на основе определения скорости клубочковой фильтрации (СКФ) и уровня сывороточного креатинина.

**Пациенты и методы.** Обследовано 50 доношенных новорожденных с гипероксалурией, находящихся на лечении в ГБУЗ НО «ДГКБ № 1» г. Нижнего Новгорода. Функциональное состояние почек оценивалось по СКФ и уровню сывороточного креатинина. Статистическая обработка проводилась с использованием программ SPSS Statistics v. 23.0. Определялись медиана и межквартильный интервал (25-й (Q1) и 75-й (Q3) процентиля). Различия считались достоверными при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Сывороточный креатинин как основной биохимический маркер гломерулярной фильтрации и СКФ определялись в раннем неонатальном периоде (5–8-й день жизни) и в позднем неонатальном периоде (25–28-й день жизни).

На протяжении всего периода новорожденности уровень креатинина крови соответствовал возрастным нормативам (0,50–0,75 мг/дл): в раннем неонатальном периоде — 0,52 [0,47; 0,64] мг/дл, в позднем неонатальном периоде — 0,52 [0,43; 0,57] мг/дл.

СКФ в раннем неонатальном периоде, рассчитанная по формуле Schwartz–Lyon (2012), составила 35,7 [29,15; 42,92] мл/мин; по формуле Flanders Metadata (2014) — 30,6 [28,17; 35,59] мл/мин ( $p = 0,636$ ).

В позднем неонатальном периоде показатели СКФ также соответствовали возрастным нормативам: СКФ, рассчитанная по формуле Schwartz–Lyon, составила 37,15 [30,99; 41,82] мл/мин, по формуле Flanders Metadata — 30,81 [25,69; 34,67] мл/мин ( $p = 0,468$ ).

Несмотря на более высокие значения СКФ, полученные при использовании формулы Schwartz–Lyon, достоверной разницы между СКФ, рассчитанной разными способами, выявлено не было. СКФ соответствовала возрастной норме.

**Заключение.** Гипероксалурия на протяжении всего неонатального периода не влияет на функциональное состояние почек доношенных новорожденных по данным скорости клубочковой фильтрации и уровню сывороточного креатинина.

**Обухова А.Н., Махова С.А.**

*ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет»  
Минздрава России, Нижний Новгород, Российская Федерация*

## **ОСОБЕННОСТИ КРИСТАЛЛУРИИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В ПЕРИОДЕ НОВОРОЖДЕННОСТИ**

**Актуальность.** Метаболические нарушения, характерные для недоношенного новорожденного, могут служить причиной формирования уролитиаза. В связи с этим своевременная диагностика кристаллурии является актуальной проблемой неонатальной нефрологии.

**Цель исследования.** Проследить закономерности формирования гипероксалурии у недоношенных детей в неонатальном периоде.

**Пациенты и методы.** Обследовано 30 детей, рожденных на сроке гестации от 27 до 37 нед включительно. Средний возраст детей на момент госпитализации в ГБУЗ НО «ДГКБ № 1» г. Нижнего Новгорода составил  $20 \pm 14,84$  дня. Все пациенты имели перинатальное поражение ЦНС гипоксического генеза, респираторный дистресс-синдром новорожденных и нуждались в кислородной поддержке. При статистической обработке данных определялись средние величины и стандартное отклонение по выборке ( $M \pm m$ ).

**Результаты.** Кристаллурия выявлена у 50% детей ( $n = 15$ ). В структуре доминировала гипероксалурия — 53% ( $n = 8$ ). На долю уратов пришлось 27% ( $n = 4$ ), фосфатов — 20% ( $n = 3$ ).

По данным УЗИ почек у 14 детей (46,7%) присутствовало уплотнение коркового слоя, у 10 детей (33,3%) — его незрелость, у 6 детей (20%) — без патологии.

Обнаруженное при УЗИ очаговое повышение эхогенности почечной паренхимы свидетельствовало об отложении кристаллов солей в почечной ткани.

В патогенезе гипероксалурии как доминирующей формы кристаллурии основное место принадлежит эндогенному образованию оксалата вследствие почечной ишемии, воздействия бактериальных фосфолипаз и мембранотоксических соединений. В случае данных пациентов к ишемии почечной ткани привела перенесенная ими гипоксия. Разрушению клеточных мембран способствовало воздействие кислорода при использовании респираторной поддержки.

Причиной гипероксалурии может являться угнетение оксалат-метаболизирующей флоры кишечника в результате антибиотикотерапии. Все новорожденные получали антибиотики, в т.ч. нефротоксического действия: 63% ( $n = 19$ ) амикацин, 20% ( $n = 6$ ) ванкомицин.

**Заключение.** Недоношенные новорожденные склонны к формированию гипероксалурии, развитию которой способствуют проводимые лечебные мероприятия с использованием респираторной поддержки и антибактериальной терапии. В связи с этим необходим своевременный динамический контроль уровня мочевого экскреции оксалатов с целью предотвращения прогрессирования данного состояния и развития уролитиаза.

**Окороков П.Л.<sup>1, 2</sup>, Аксенова Н.В.<sup>1</sup>, Зябкин И.В.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> *Федеральный научно-клинический центр детей и подростков ФМБА, Москва, Российская Федерация*

<sup>2</sup> *Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии, Москва, Российская Федерация*

## **РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИИ В ДЕТСКО-ЮНОШЕСКОМ СПОРТЕ ВЫСШИХ ДОСТИЖЕНИЙ**

**Актуальность.** В настоящее время в Российской Федерации отсутствуют достоверные статистические данные о распространенности эндокринной патологии у детей и подростков — спортсменов высокой квалификации.

**Цель исследования.** Оценить распространенность заболеваний эндокринной системы и их структуру у юных высококвалифицированных спортсменов по результатам углубленного медицинского обследования.

**Пациенты и методы.** Проанализированы данные 1081 амбулаторной карты членов сборных спортивных команд РФ в возрасте от 11 до 17 лет по 26 видам спорта, прошедших углубленное медицинское обследование в соответствии с приказом Минздрава РФ № 134н. Проведена оценка антропометрических данных спортсменов, показателей гормонального профиля и данных УЗИ щитовидной железы.

**Результаты.** Распространенность эндокринной патологии у детей и подростков — спортсменов высокой квалификации составила 18,6%. Наиболее часто у юных спортсменов выявляются заболевания щитовидной железы (в 57,3% случаев). На втором месте стоит ожирение (12,3%). Частота выявления дефицита веса и низкорослости составляет по 8,4%. В структуре заболеваний щитовидной железы в детско-юношеском спорте высших достижений преобладает аутоиммунный тиреоидит, на втором месте — субклинический гипотиреоз, третье место занимают узловые образования щитовидной железы.

Повышение уровня соматотропного гормона и кортизола сыворотки крови выявлено у 4,1 и 12,1% обследованных юных спортсменов соответственно. Данные изменения могут отражать адаптивные реакции эндокринной системы на интенсивные физические и психоэмоциональные нагрузки в детско-юношеском спорте высших достижений.

**Заключение.** У юных спортсменов высокой квалификации выявлена высокая частота эндокринных заболеваний, ведущее место в структуре которых занимает патология щитовидной железы. Необходимы дальнейшие исследования для оценки механизмов гормональной адаптации у элитных юных спортсменов для оценки их влияния на развитие ребенка и корректной интерпретации результатов лабораторных исследований, получаемых при проведении углубленного медицинского обследования спортсменов.



**Павличенко М.В.**

*ФГБУ «НИИ ОММ» Минздрава России, Москва, Российская Федерация*

## **ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДИФфуЗИОННО-ТЕНЗОРНОЙ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ С ТРАКТОГРАФИЕЙ И КЛИНИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ПОРАЖЕНИЯ ЦНС У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО СИНДРОМА ФЕТО-ФЕТАЛЬНОЙ ТРАНСфуЗИИ**

**Актуальность.** Высокая частота встречаемости рождения детей из монохориальных диамниотических двоен обусловлена широким внедрением в практику вспомогательных репродуктивных технологий, фетальной хирургии, достижениями реанимации новорожденных.

**Цель исследования.** Оценить взаимосвязь показателей диффузионно-тензорной магнитно-резонансной томографии (МРТ) с трактографией в зависимости от клинического течения перинатальной энцефалопатии у недоношенных детей из монохориальных двоен.

**Пациенты и методы.** Основную группу (I группа) составили 20 детей 6–12 мес постконцептуального возраста, перенесших синдром фето-фетальной трансфузии (СФФТ) и его внутриутробную хирургическую коррекцию методом лазерной коагуляции плацентарных анастомозов. Группой сравнения (II группа) послужили 20 пациентов из монохориальных диамниотических двоен аналогичного возраста при неосложненном течении беременности. Диффузионно-тензорную МРТ с трактографией проводили на томографе Signa HDxt 1.5 T (General Electric, США) с индукцией магнитного поля 1,5 Тл. Полученные данные обрабатывались на рабочей станции AW версии 4.3, где проводили измерения среднего коэффициента диффузии (СКД) и фракционной анизотропии (ФА) в определенных симметричных областях с использованием инструментов программного обеспечения Functool рабочей станции AW версии 4.3. Проводилась трехмерная реконструкция проводящих путей головного мозга.

**Результаты.** Отмечены существенные различия в результатах проведения рутинной МРТ: у детей основной группы достоверно чаще ( $p < 0,01$ ) диагностированы перивентрикулярные лейкомаляции (80,0 и 20,0% соответственно), порэнцефалические кисты различной локализации (25,0 и 0% соответственно). Учитывая оценку по шкале APGAR при рождении, данные нейросонографии и доплерометрии, наличие патологических неврологических синдромов, тяжелые формы перинатальных энцефалопатий у детей основной группы диагностированы достоверно чаще (15 детей — 75,0%), чем у детей из группы сравнения (2 пациента — 10,0%):  $p < 0,01$ ; OR = 27 (4,57 до 159,67);  $F = 0,000068$ ;  $\xi_2 = 17,29$ . У пациентов группы сравнения достоверно чаще отмечены легкие формы (7 детей — 35,4,0%) перинатального поражения ЦНС по отношению к детям (1 ребенок — 5,0%), перенесшим СФФТ:  $p < 0,05$ ; OR = 0,12 (0,01 до 1,14);  $F = 0,05313$ ;  $\xi_2 = 4,25$ . Наиболее часто у детей основной группы зафиксирована перинатальная энцефалопатия ишемически-гипоксического генеза тяжелой степени (9 детей — 45,0%), у пациентов из группы сравнения — перинатальная энцефалопатия ишемически-гипоксического генеза средней степени тяжести (10 детей — 50,0%). Значения ФА у детей группы I были достоверно ниже в средней трети ствола ( $p = 0,033$ ;  $0,43 \pm 0,05$  и  $0,520 \pm 0,125$  соответственно) и валика мозолистого тела ( $p = 0,004$ ;  $0,574 \pm 0,081$  и  $0,676 \pm 0,08$  соответственно); показатель ФА слева задней ножки внутренней капсулы ( $p = 0,049$ ;  $0,473 \pm 0,061$  и  $0,416 \pm 0,083$  соответственно) значительно превышал аналогичный показатель у детей из монохориальных диамниотических двоен при неосложненном течении беременности. СКД у детей группы I был достоверно выше в зоне валика мозолистого тела справа ( $p = 0,005$ ):  $13,113 \pm 1,047$  и  $10,928 \pm 2,046$  соответственно.

**Заключение.** Достоверно высокие показатели среднего коэффициента диффузии (СКД) и низкие значения фракционной анизотропии (ФА) у детей из монохориальных диамниотических двоен, перенесших СФФТ и его внутриутробную коррекцию, подтверждают, что эти дети относятся к группе высокого риска формирования двигательных нарушений, темповой задержки моторного и когнитивного развития. Разработка точных методов прогнозирования поражений центральной нервной системы и создание эффективной персонализированной стратегии лечения у детей, перенесших СФФТ, позволят улучшить отдаленные исходы заболевания.

**Павловская О.Г., Сетко Н.П., Чолоян С.Б., Екимов А.К.**

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

## **ПРИМЕНЕНИЕ ПРОСТРАНСТВЕННОГО АНАЛИЗА В ОЦЕНКЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ**

**Актуальность.** В настоящее время в России идет поиск новых комплексных подходов по решению управленческих задач в «детском здравоохранении». В научных работах последних лет рассматриваются различные аспекты использования геоинформационных систем (ГИС). Поскольку количество людей, проживающих на относительно малой территории, и их состав полностью известны сотрудникам медицинской организации (МО), то имеющаяся в медицинской информационной системе (МИС) МО информация о заболеваниях каждого ребенка позволяет провести пространственный анализ.

**Цель исследования.** Описать возможности использования методов пространственного анализа для дифференциации факторов, влияющих на здоровье детей, прикрепленных к ГАУЗ «Детская городская клиническая больница» г. Оренбурга (ДГКБ), с целью коррекции планов профилактической и диспансерной работы с детьми.

**Пациенты и методы.** Использован подход изучения здоровья детей с применением аналитической системы координат (АСК). Применена ГИС — QGIS. Построен файл, в котором все дома имеют географические координаты (X, Y) (X — долгота точки и Y — широта точки). В базах данных МИС ДГКБ каждое обращение с лечебно-диагностической целью характеризуется датой обращения, диагнозом по МКБ-10, сроками лечения, исходом лечения и другими характеристиками законченного случая.

**Результаты.** Приведены результаты анализа здоровья 48 881 ребенка. Использован показатель «численность обращений с лечебно-диагностической целью детей некоторой территории города, рассчитанный на 1 ребенка за период с 2006 по 2019 год» (A). Средний показатель A составил 14,2 обращения. При анализе 4311 многоквартирных домов было установлено, что у детей, проживающих в 115 домах, величина A превышала величину  $A_{\text{сред}}$ . Показатели многоквартирных домов составили:  $A_{\text{дома1}} = 18,9$ ,  $A_{\text{дома2}} = 21,7$ ,  $A_{\text{дома3}} = 23,9$  и т.д. Однако структура обращений детей отличалась. Дети из дома 3 обращались на 30% меньше с болезнями глаза и его придаточного аппарата, чем из дома 1. Дети, проживающие в доме 1, в два раза чаще обращались по поводу болезней органов пищеварения, чем дети из дома 3. Корреляционный анализ установил коэффициенты линейной корреляции —  $r_{1,2} = 0,84$ ,  $r_{1,3} = 0,86$  и  $r_{2,3} = 0,96$ . Были определены координаты домов.

В доме 1, имеющем направление запад-восток,  $A = 47,5$ . Дом 2 с направлением юго-запад-северо-восток, имел  $A = 52,5$ , в то время как направление запад-восток имело  $A = 18,2$ . Дома 3 и 4 имели высокие значения A у детей по ориентации юго-восток-северо-запад (38,3 и 42,0 соответственно).

**Заключение.** Использование пространственного анализа с использованием МИС и ГИС позволяет найти особенности формирования болезней детей, выявить территории, на которых действуют негативные факторы. Это расширяет возможности для принятия управленческих решений по сохранению здоровья детей.

**Панкратова Е.С., Черненко Ю.В., Панина О.С., Курмачева Н.А.**

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

## **РЕЗУЛЬТАТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМПЛЕКСА ЖИРОРАСТВОРИМЫХ ВИТАМИНОВ ДЛЯ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ДЫХАТЕЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

**Актуальность.** Одним из самых серьезных процессов срыва неонатальной адаптации у недоношенного является развитие синдрома дыхательных расстройств. Терапия дыхательных нарушений включает в себя парентеральное питание с включением жирорастворимых витаминов.

**Цель исследования.** Изучить эффективность применения жирорастворимых витаминов у недоношенных новорожденных с различными дыхательными нарушениями в раннем неонатальном периоде.

**Пациенты и методы.** Проведен ретроспективный анализ 84 историй развития новорожденных со сроком гестации 32 нед 1 день — 37 нед 6 дней, у которых отмечался синдром дыхательных расстройств (СДР), прошедших через ОРИТН ГУЗ «ПЦ» (г. Саратов) в период январь-март 2020 г.

**Результаты.** Первую группу составляли 39 детей (46,4%), которые получали комплекс жирорастворимых витаминов для парентерального питания, вторую группу составили 45 детей (53,5%), которые по каким-либо причинам данный комплекс не получали. Средний показатель гестационного возраста в первой группе составил 33 нед 4 дня, во второй — 32 нед 1 день. Все дети были сопоставимы по клинико-лабораторным показателям. Новорожденные, получавшие жирорастворимые витамины парентерально, находились на респираторной поддержке СРАР (100%) и не потребовали перевода на инвазивную ИВЛ, из второй группы 21 ребенок (46,6%) находился на СРАР, 5 детей (23,8%) потребовали перевода на ИВЛ в возрасте 2 сут, 24 ребенка (53,3%) — на ИВЛ с 1-х сут жизни. В первой группе средний показатель (в днях), когда была отменена респираторная терапия, составил  $3,1 \pm 1,1$  день жизни. Во второй группе: у детей на СРАР —  $4,8 \pm 1,5$  ( $p < 0,05$ ), на ИВЛ —  $5,8 \pm 2,7$  ( $p < 0,05$ ).

**Заключение.** Чем ниже гестационный возраст ребенка, тем чаще требуется проведение респираторной терапии, по большей части ИВЛ. Раннее введение в парентеральное питание витаминных препаратов, особенно жирорастворимых комплексов, способствует снижению продолжительности проведения респираторной терапии.

**Панова И.В., Домбаян С.Х., Афонин А.А., Афолина Т.А.**

*Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону,  
Российская Федерация*

## **ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ УРОВНЯ СОМАТОТРОПНОГО ГОРМОНА И КОРТИЗОЛА В КРОВИ У ДЕТЕЙ С ГАСТРОДУОДЕНИТОМ**

**Актуальность.** Пик заболеваемости хроническим гастродуоденитом (ХГД) у детей приходится на период полового созревания. Отмечено увеличение эрозивных форм заболевания, что может быть обусловлено гормональной дисрегуляцией и особой ролью *Helicobacter pylori* (HP).

**Цель исследования.** Установить характер изменений соматотропного гормона (СТГ) и кортизола в сыворотке крови у детей в возрасте 10–15 лет с хроническим гастродуоденитом с учетом фактора HP-инфекции и тяжести заболевания.

**Пациенты и методы.** В исследовании приняли участие 154 ребенка в возрасте от 10 до 15 лет с ХГД. Первая группа (I) включала 58 детей с ХГД, ассоциированным с HP. Во вторую группу (II) вошли 96 детей с ХГД, не ассоциированным с HP. В обеих группах диагностировали 2 формы ХГД: поверхностный гастродуоденит (ПГД) и эрозивный гастродуоденит (ЭГД). В группу контроля (ГК) вошли 56 здоровых детей. Уровень кортизола и СТГ оценивался методом иммуноферментного анализа.

**Результаты.** Установлено, что количество больных с ЭГД в I группе было значительно больше, чем во II группе: 58,6 и 37,5% соответственно,  $p < 0,05$ .

У детей с ХГД выявлено достоверное уменьшение уровня СТГ в сравнении с ГК:  $1,91 \pm 0,40$  и  $2,30 \pm 0,52$  нг/мл,  $p < 0,05$ . Установлен более высокий уровень кортизола в крови у больных в сравнении с детьми из ГК:  $553,78 \pm 23,05$  и  $477,64 \pm 24,62$  нмоль/л,  $p < 0,05$ .

В I группе уровень СТГ был значительно ниже, чем в ГК:  $0,50$  ( $0,30$ – $1,00$ ) нг/мл и  $1,08$  ( $0,50$ – $2,90$ ) нг/мл,  $p \leq 0,05$ . В этой же группе уровень кортизола превышал контрольные значения:  $503,00$  ( $450,00$ – $530,00$ ) нмоль/л и  $448,00$  ( $398,50$ – $514,50$ ) нмоль/л,  $p < 0,05$ . Во II группе значения СТГ и кортизола в сыворотке крови не имели достоверных отличий от ГК.

Также обнаружены более высокие значения кортизола у больных с ЭГД в сравнении с ПГД:  $666,29 \pm 37,75$  и  $543,36 \pm 28,54$  нмоль/л соответственно,  $p < 0,05$ . Противоположный характер изменений в зависимости от тяжести заболевания выявлен у СТГ. При ЭГД его уровень был значительно ниже, чем при ПГД:  $1,07 \pm 0,57$  и  $2,02 \pm 0,56$  нг/мл соответственно,  $p < 0,05$ .

### **Закключение.**

1. Проведенное исследование выявило изменения гормонального статуса у детей с ХГД в виде снижения уровня СТГ и повышения уровня кортизола при развитии эрозивных форм ХГД.
2. Гормональный дисбаланс в виде повышенных значений кортизола и сниженного уровня СТГ также ассоциирован с наличием HP-инфекции. Поэтому эрадикационная терапия HP-ассоциированного ХГД у детей может быть рассмотрена как фактор опосредованной коррекции гормональной дисрегуляции, сопутствующей более тяжелому течению заболевания.

**Папанов С.И., Кадирова И.С., Зубайдуллина С.Р., Колбасин Л.Н.,  
Урванцева И.А.**

*БУ ХМАО — Югры «Окружной кардиологический диспансер  
«Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии»,  
медико-генетическая консультация, Сургут, Российская Федерация*

## **СИНДРОМ КОШАЧЬЕГО ГЛАЗА. ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ**

**Актуальность.** Синдром кошачьего глаза (ОМIM # 115470, синдром Шмида–Фраккаро) — редкая хромосомная аномалия, характеризующаяся двумя основными клиническими проявлениями: колобомой радужной оболочки глаз и атрезией анального отверстия. Обычно у пациентов выявляется дополнительная хромосома, состоящая из одинаковых участков хромосомы 22, которые содержат все короткое плечо вместе со спутниками, центромеру и короткую часть длинного плеча (22pter > q11). Распространенность заболевания в общей популяции составляет 1 на 74 000 человек.

**Актуальность.** Представить описание клинического случая редкого хромосомного синдрома — «синдрома кошачьего глаза».

**Пациенты и методы.** Под нашим наблюдением находился 10-летний пациент И. В процессе медико-генетического консультирования были выяснены жалобы, данные анамнеза жизни, клинико-генеалогического анамнеза с составлением родословной, проведен объективный осмотр пробанда. Цитогенетическое исследование лимфоцитов периферической крови проведено по стандартной методике, с помощью микроскопа Zeiss Imager.Z2 (Германия) с системой программного обеспечения Metasystems. Для молекулярно-цитогенетического исследования (FISH) использовались зонды на полное окрашивание Whole Chromosome 22. SG.

**Результаты.** Из анамнеза жизни известно, что ребенок от I беременности неродственного брака, протекавшей без особенностей. Место рождения — республика Дагестан. Роды срочные в 40 нед, физиологические. При рождении масса тела составляла 3144 г. При рождении диагностирована колобома радужной оболочки обоих глаз, атрезия прямой кишки. В медико-генетическую консультацию г. Сургута обратились в возрасте 10 лет. При объективном осмотре отмечены следующие особенности фенотипа: тригоноцефалическая форма черепа, клювовидная форма носа, гипертелоризм глаз, диспластичные, низкопосаженные ушные раковины, умеренное укорочение шеи, воронкообразная деформация грудной клетки, гипоплазия мошонки, двухсторонний крипторхизм, варусная девиация нижних конечностей. Отмечалось отставание в физическом развитии (рост — 110 см, масса тела — 14 900 г), нейropsychическое развитие соответствовало легкой степени умственной отсталости. На основании наличия множественных малых аномалий развития, специфического сочетания колобомы радужек глаз и атрезии прямой кишки заподозрена хромосомная патология «синдром кошачьего глаза». Выполнено цитогенетическое исследование лимфоцитов крови, выявлен кариотип 47, XY,t (10;21) (p11.2;q22.3)+mar — транслокация между хромосомами 10 и 21, дополнительная маркерная хромосома неизвестного происхождения. Кариотип уточнен молекулярно-цитогенетическим исследованием FISH на полное окрашивание 22 хромосомы — маркерная хромосома является производным хромосомы 22 и содержит две центромеры хромосомы 22, которые соединились между собой частью длинных плеч в районе q11.1. Таким образом, диагноз «синдром кошачьего глаза» подтвержден цитогенетическими методами исследования.

**Заключение.** Приведенный случай редкой хромосомной патологии у ребенка И. свидетельствует о значимости семиотики наследственных болезней при выборе оптимальных диагностических методов лабораторной диагностики наследственных заболеваний.

Настоящее наблюдение представляет большой интерес с клинической и диагностической точки зрения, поскольку крайне редко встречается в повседневной практике.

Паршуткина Т.А., Огородова Л.М., Федорова О.С., Федотова М.М.,  
Соколова Т.С., Головач Е.А., Салтыкова И.В.

ФГБОУ ВО «СибГМУ» Минздрава России, Томск, Российская Федерация

**ТОМСКИЙ КОНСОРЦИУМ ПО ОПИСТОРХОЗУ  
(TOMSK OPISTHORCHIASIS CONSORTIUM — TOPIC) —  
МЕЖДУНАРОДНЫЙ АЛЬЯНС ПО БОРЬБЕ  
С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ВЫЗВАННЫМИ ПАРАЗИТАМИ  
СЕМЕЙСТВА *OPISTHORCHIIDAE***

**Актуальность.** В эндемичных регионах Евразии заражению трематодами рода *Opisthorchis* подвержены 600–750 млн человек. Наряду с взрослыми инфицируются также дети. Координация стран в области научно-образовательной и практической деятельности по трематодозам пищевого происхождения недостаточна.

**Цель исследования.** Для эффективной научной политики по предотвращению вклада трематодозов в заболеваемость населения создан ТОРИС в составе специалистов из России, Таиланда, Нидерландов, США, Швейцарии, Германии, Великобритании, Португалии.

**Пациенты и методы.** В период 2015–2020 гг. в рамках ТОРИС обследовано более 1000 пациентов, из них 335 — дети. Выполнены эпидемиологические, социологические, иммунологические, генетические исследования. Разработан ПЦР-диагностикум описторхоза.

**Результаты.** Исследования выполняются научными группами в составе молодых ученых и волонтеров-исследователей, включая иностранных студентов, подготовленных на единой образовательной платформе. Для этого в рамках гранта University of Geneva разработан образовательный модуль по клинической эпидемиологии (Joint course in epidemiology: Swiss Tropical and Public Health Institute and Siberian State Medical University, Tomsk, Russia). Модуль реализуется международной командой научных руководителей проектов.

В результате эпидемиологических исследований установлено, что в Томской области *O. felineus* инвазировано 10,5–23,5% детей 7–15 лет в зависимости от района проживания.

Социологические исследования показали взаимосвязь инфицирования с уровнем жизни и недооцененную опасность *O. felineus* для населения региона. При общей осведомленности о заболевании (93,2%) употребляли речную рыбу 87,5% респондентов. Дети имели более низкий уровень осведомленности (63,5%), что потребовало разработки стратегии контроля инвазии *O. felineus*.

Систематизирована роль экскреторного продукта *O. felineus* гемозоина в регуляции иммунологического воспаления и его значение в трансформации аллергических заболеваний у детей. Предположительно, активируется инфламмосома.

**Заключение.** Создание и деятельность Томского Консорциума по описторхозу являются важными для международного сотрудничества научно-исследовательских групп, занимающихся изучением трематодозов, вызванных *O. felineus*, для свободного трансфера.

**Перминова А.А., Митрофанова Л.Б.**

*ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» МЗ РФ, Санкт-Петербург,  
Российская Федерация*

## **ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ФАКТОРОВ ТРАНСКРИПЦИИ NeuroD1, Nkx2.2 и Isl1; ХРОМОГРАНИНА А, СОМАТОСТАТИНА И ДОФАМИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ В ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ПРИ ВРОЖДЕННОМ ГИПЕРИНСУЛИНИЗМЕ У ДЕТЕЙ**

**Актуальность.** Выделяют 3 формы врожденного гиперинсулинизма (ВИ): очаговую (ОВГ), диффузную (ДВГ) и атипичную (АВГ). Из-за неэффективности медикаментозного лечения многим детям требуется операция, а из-за несовершенства диагностики определить форму ВИ часто возможно только гистологически.

**Цель исследования.** Комплексный иммуногистохимический анализ ткани поджелудочной железы (ПЖ) при различных формах ВИ для оптимизации диагностики и таргетной терапии.

**Пациенты и методы.** Операционный материал ПЖ от 35 детей в возрасте от 1 мес до 4 лет с ВИ (из них 19 случаев ОВГ, 11 — ДВГ и 5 — АВГ) и аутопсийный материал от 10 детей без ВИ (К). На парафиновых срезах проводилась иммуногистохимическая реакция с антителами к факторам транскрипции NeuroD1, Nkx2.2 и ISL1; хромогранину А, дофаминовым рецепторам 1, 2 и 5-го типов (DR1, 2, 5), соматостатину и его рецепторам 2-го и 5-го типов (SSTR2 и 5).

**Результаты.** У детей с ВИ NeuroD1 выявлялся как в эндо-, так и в экзокринной части поджелудочной железы, а в контроле он практически отсутствовал (в эндокриноцитах (ЭЦ): ДВГ —  $53,62 \pm 33,29\%$ , ОВГ —  $57,64 \pm 41,96\%$ , АВГ —  $45,40 \pm 44,02\%$ , К —  $0,7 \pm 2,21\%$ ; в экзокриноцитах: ДВГ —  $72,07 \pm 24,86\%$ , ОВГ —  $74,52 \pm 26,44\%$ , АВГ —  $68,05 \pm 40,46\%$ , К —  $1,75 \pm 5,01\%$ , везде  $p < 0,01$  по сравнению с К). Доля Isl1+ ЭЦ была выше ( $p < 0,01$ ) при ВИ, чем в контроле, а доля Nkx2.2+ клеток оставалась неизменной. Экспрессия хромогранина А в ЭЦ возрастала ( $p < 0,01$ ) только у пациентов с ДВГ. Доля инсулин+ ЭЦ повышалась ( $p < 0,05$ ) при ОВГ и АВГ ( $94,26 \pm 5,83\%$  и  $95,55 \pm 3,32\%$  соответственно, К —  $79,15 \pm 1,63\%$ ), а доля соматостатин+ ЭЦ, наоборот, уменьшалась ( $p < 0,05$ ) при ОВГ и ДВГ ( $20,02 \pm 8,63\%$  и  $26,69 \pm 12,17\%$ , К —  $41,00 \pm 9,69\%$ ). Доля экспрессирующих DR1 и DR5 клеток оставалась неизменной, а при ДВГ количество DR2+ эндокриноцитов было выше ( $p < 0,01$ ), чем в контроле. Экспрессия SSTR2 возрастала ( $p < 0,05$ ) только при ОВГ. Хотя экспрессия SSTR5 в целом оставалась неизменной, эти рецепторы практически не выявлялись у некоторых пациентов.

**Заключение.** Для всех форм ВИ были характерны резкий рост количества экспрессирующих NeuroD1 эндо- и экзокринных клеток, а также повышение доли Isl1-позитивных ЭЦ. При некоторых формах ВИ увеличивалась доля ЭЦ, экспрессирующих инсулин, DR2 и SSTR2, и уменьшалась доля соматостатин-позитивных ЭЦ. Экспрессия Nkx2.2, DR1, DR5 и SSTR5 в целом оставалась неизменной.

**Перфилова О.В., Храмова Е.Б., Шайтарова А.В.**

*ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, Тюмень, Российская Федерация*

## **ОЦЕНКА СПОСОБНОСТИ ПРИНЯТИЯ ПИЩИ И ПИТЬЯ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ**

**Актуальность.** Проблемы с питанием часто сопровождают пациентов с детским церебральным параличом (ДЦП). Нарушение способности принятия пищи и питья создает условия формирования дефицита энергии и нутриентов в рационе, что приводит к развитию недостаточности питания (НП) у ребенка с ДЦП.

**Цель исследования.** Оценить способность принятия пищи и питья у детей с ДЦП с различным статусом питания по системе EATING AND DRINKING ABILITY CLASSIFICATION SYSTEM (EDACS).

**Пациенты и методы.** Обследовано 89 детей в возрасте от 6 до 15 лет с различными формами ДЦП. После оценки статуса питания дети были разделены на две группы, 1-я группа ( $n = 40$ ) — без НП, 2-я группа ( $n = 49$ ) — с НП. Оценка способности принятия пищи и питья осуществлялась по системе классификации EDACS. Система представлена пятью уровнями: EDACS I–II — ест и пьет безопасно, но с некоторыми ограничениями, EDACS III — нужна модификация текстуры пищи и помощь ухаживающих лиц, EDACS IV–V — риск аспирации во время питания, нуждается в зондовом кормлении.

**Результаты.** Нарушение способности принятия пищи и питья различной степени тяжести по шкале EDACS отмечено у детей обеих групп. Распределение детей в группах после оценки по системе классификации EDACS было неравномерным, различия были статистически значимыми ( $p = 0,033$ ). Пациенты с нарушением способности принятия пищи EDACS I–II составили 25,7% ( $n = 10$ ) в группе без НП и 18,3% ( $n = 9$ ) в группе детей с НП. Пациентов, относящихся к III уровню по системе классификации EDACS, было больше в группе детей без НП — 41% ( $n = 16$ ) в сравнении с группой с НП — 24,5% ( $n = 12$ ). Дети с EDACS IV–V, когда прием пищи через рот становится небезопасным для ребенка и требуется кормление через зонд или гастростому, были зарегистрированы как в группе с недостаточностью питания, так и без таковой. При этом в группе без недостаточности питания дети с EDACS IV–V составили 33,3% ( $n = 13$ ). В группе детей с недостаточностью питания пациентов с EDACS IV–V было значительно больше — 57% ( $n = 27$ ).

**Заключение.** Трудности с приемом пищи присутствуют у детей с ДЦП с различным статусом питания. Вероятно, что пациенты с ДЦП, имеющие значительные ограничения способности принятия пищи и питья, EDACS IV–V, еще без НП, представляют группу повышенного риска по развитию нарушений нутритивного статуса. Оценка способности принятия пищи и питья по системе EDACS позволяет выявить проблемы питания у детей с ДЦП и определить степень вмешательства при организации кормления.



**Печкуров Д.В., Порецкова Г.Ю., Кольцова Н.С., Тяжева А.А.**

*ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, Самара, Российская Федерация*

## **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ОРГАНА ЗРЕНИЯ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО И ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

**Актуальность.** Многие учебные нагрузки школьников связаны с высоким зрительным напряжением, что значительно влияет на состояние органа зрения.

**Цель исследования.** Провести сравнительную оценку состояния зрения у детей дошкольного и школьного возраста и оценить уровень зрительной нагрузки школьников.

**Пациенты и методы.** Проведен анализ медицинских карт 196 детей дошкольного возраста (4–7 лет), анализ школьных медицинских карт 137 учащихся начальных классов и 249 учащихся средних и старших классов. Для обработки данных использован статистический пакет прикладных программ Windows, Statistica. Достоверность различий в группах признавали при  $p = 0,01$ .

**Результаты.** Анализ данных показал, что распространенность нарушения зрения у дошкольников составляла 14,8% и выявлена у 29 детей. В этой группе чаще всего определялись астигматизм — 18 человек (62%), миопия — 5 детей (17,2%). В 14 случаях (48,3%) из 29 нарушение зрения было единственным отклонением в состоянии здоровья детей. Среди учащихся 2–4 классов 38 детей (27,7%) имели нарушения зрения, что достоверно выше, чем в группе дошкольников (при  $p < 0,01$ ). Наиболее часто отмечены миопия (36,1%) и астигматизм (33,3%). Дальновзоркость составляла 19,4%. Спазм аккомодации имел место только у 2 учащихся. В 39,5% патология зрения сочеталась с другими отклонениями в состоянии здоровья.

В группе детей 5–11 классов патология зрения встречалась почти у половины учащихся — 43,4% (108 человек), что достоверно выше, чем в группе учащихся начальных классов (при  $p < 0,01$ ). В данной возрастной группе отмечен достоверно значимый рост числа детей с миопией — до 64,4% (при  $p < 0,01$ ) среди всей патологии зрения. Астигматизм и дальновзоркость были у 22,2 и 10% школьников соответственно. У пятой части учащихся имелся спазм аккомодации, который в 2 раза чаще встречался среди девочек. В 42% случаев патология зрения сочеталась с другими нарушениями в состоянии здоровья.

Офтальмологический осмотр 24 учащихся 11-го класса позволил выявить только 9 подростков с нормальным зрением (37,5%). У остальных учащихся имелись различные его нарушения, чаще всего — миопия.

Выявление факторов риска нарушения состояния органа зрения позволило установить, что длительность работы за компьютером во время занятий в школе и дома у 70% младших школьников составляла не более 1 ч 15 мин в день, но у 15% опрошенных было более 3,5 ч. Учащиеся средней школы больше времени проводили за компьютером и активно использовали другие гаджеты: подростки 12 лет — около 3 ч, 13–14 лет — 3,5 ч, а до 15% из них — более 4 ч и чаще всего использовали устройство для выполнения учебных заданий, поиск информации и общение в социальных сетях.

**Заключение.** Таким образом, у детей школьного возраста выявлена достоверно бóльшая частота нарушений зрения в сравнении с дошкольниками. В динамике школьного онтогенеза происходил достоверный рост нарушения зрения пропорционально увеличению зрительной нагрузки с превышением рекомендованных норм длительности работы за компьютером и пользования гаджетами.

**Пикуза О.И., Сулейманова З.Я., Закирова А.М., Рашитова Э.Л.,  
Сабириянова М.Ф., Ибрагимова Ж.Р., Лукина О.И.**

*ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» МЗ РФ, Казань, Российская Федерация*

## **ИНФОРМАТИВНЫЕ И МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОЦЕНКЕ ПРОГНОЗА ТЕЧЕНИЯ БРОНХИТОВ У ДЕТЕЙ**

**Актуальность.** Поражение дыхательных путей занимает ведущее место в структуре заболеваемости детей.

**Цель исследования.** Оценить роль гомеостатических резервов дифференциации различных вариантов у детей.

**Пациенты и методы.** Проведено клинико-лабораторное обследование 115 пациентов в возрасте 5–14 лет (70 — с клиникой рецидивирующего бронхита, 45 — с острым бронхитом). Контрольная группа — 33 условно здоровых ребенка. Проведены специальные методы исследования: показатели колонизационной резистентности полости рта путем регистрации индекса колонизации буккальных эпителиоцитов и антиадгезивной активности слюны, метаболизма оральных нейтрофилов путем анализа индуцированной люминол-зависимой хемолуминесценции.

**Результаты.** Установлено наличие низких показателей индекса колонизации у пациентов с рецидивирующим течением бронхита ( $0,65 \pm 0,05$  балла) по отношению к острому бронхиту ( $0,74 \pm 0,06$  балла) ( $p < 0,05$ ) и к контролю ( $1,56 \pm 0,022$  балла)  $p < 0,05$ . Что касается антиадгезивной активности слюны, у пациентов были отмечены аналогичные сдвиги в показателях. При рецидивирующем бронхите —  $0,24$  у.е., при остром бронхите —  $0,38 \pm 0,04$  у.е.,  $p < 0,05$ , а в контроле —  $0,68 \pm 0,04$  у.е.,  $p < 0,01$ .

Отмечается резкое снижение индуцированной люминол-зависимой хемилуминесценции до  $94,4 \pm 2,9$  у.е. и существенное отличие от показателей с острым бронхитом и с группой контроля  $p < 0,05$ .

**Заключение.** Пациенты с рецидивирующим бронхитом предрасположены к повторным бактериальным инфекциям. Они составляют группы риска по хронизации легочного процесса.

**Пискун. Т.А., Лыбзикова Н.Д., Прилуцкая В.А.**

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,  
Минск, Беларусь

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРОКАЛЬЦИТОНИНОВОГО ТЕСТА В ДИАГНОСТИКЕ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ**

**Актуальность.** Прокальцитониновый тест (ПКТ) способствует корректной диагностике бактериальной инфекции. Его содержание у здоровых людей не превышает 0,05 нг/мл. При вирусных инфекциях и при патологии соединительной ткани уровень прокальцитонина редко достигает 1 нг/мл, а при бактериальной инфекции его концентрация в крови повышается значительно.

**Цель исследования.** Проанализировать показания и эффективность применения ПКТ для решения вопроса о необходимости антибактериальной терапии (АБТ).

**Пациенты и методы.** Методом случайной выборки отобрана 71 медицинская карта стационарного больного (форма 003/у), тех пациентов, которым был проведен ПКТ в 2018 г. в УЗ «Городская детская клиническая инфекционная больница» г. Минска. В исследование не были включены пациенты с диагнозом «сепсис». Мальчиков было 35 (49,3%), девочек — 36 (50,7%), в возрасте от 4 мес до 17 лет.

**Результаты.** У 29,5% была диагностирована пневмония, у 1,4% — инфекция мочевой системы, а у 7,1% — средний отит. Заболевания вирусной этиологии установлены у 35,1% пациентов (21,1% — инфекционный мононуклеоз, 4,2% — энтеровирусная инфекция, 9,9% — острая респираторная инфекция (ларингит, бронхит)). Всем пациентам ПКТ проводился в связи с продолжающейся лихорадкой. До его назначения АБТ получали 62,5% пациентов. Средняя продолжительность АБТ до проведения теста составила 3 дня. На момент проведения теста воспалительные изменения в общем анализе крови обнаружены у 69% пациентов (лейкоцитоз — у 46,5%, нейтрофиллез — у 28,2%, палочкоядерный сдвиг — у 40,8%, ускоренная СОЭ — у 67,6%), СРБ был повышен у 60,5% обследованных (*min* 5,66 мг/л, *max* 215 мг/л).

ПКТ был в норме (менее 0,05 нг/мл) у 14,1% обследованных, от 0,05 до 1 нг/мл — у 60,5%, от 1 до 2 нг/мл — у 7,1%, более 2 нг/мл — у 18,3%. По результатам теста замена АБТ была проведена 25,4% пациентов, назначена АБТ 3,1% пациентов, а отмена АБТ потребовалась 21,8%. При этом ПКТ подтвердил необходимость АБТ 14,1% детей с ОРИ.

**Заключение.** Таким образом, ПКТ является эффективным и чувствительным маркером, позволяющим более корректно решать вопрос о необходимости АБТ.

**Плеханова М.А., Попкова Г.Г.**

*Московский областной клинический противотуберкулезный диспансер, Москва,  
Российская Федерация*

## **СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМЫЕ ИНФЕКЦИИ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА У ДЕТЕЙ**

**Актуальность.** Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу (ТБ) в России свидетельствует о наступлении стабилизации, при этом стабилизация не носит устойчивого характера в связи с развитием эпидемии ВИЧ-инфекции, что может привести к росту заболеваемости и распространенности ТБ, и в первую очередь среди детей.

**Цель исследования.** Оценка значимости эпидемиологических факторов риска туберкулеза у детей для его профилактики.

**Пациенты и методы.** Проведен ретроспективный анализ основных эпидемиологических показателей по туберкулезу в Московской области с 2017 по 2019 г. Были изучены данные основных форм федерального статистического наблюдения: № 8 «Сведения о заболеваниях активным туберкулезом» и № 33 «Сведения о больных туберкулезом», форма № 30 «Сведения о медицинской организации», раздел 2512 «Целевые осмотры на туберкулез». Статистическая обработка результатов проводилась с использованием пакета программ OpenEpi версия 3, Statistica 10.0.

**Результаты.** Среди эпидемиологических факторов, влияющих на заболеваемость ТБ, основным считается контакт с больными ТБ. Отмечено увеличение лиц из контакта с больными ТБ ( $4847,8 \pm 1678,8$ ,  $p = 0,012$ ). Усиление профилактических мероприятий среди детей в очагах привело к значимому снижению показателя заболеваемости ТБ как в бациллярных очагах ( $93,2,0 \pm 19,3$ ,  $p = 0,032$ ), так и в очагах без бактериовыделения ( $20,3 \pm 17,8$ ,  $p = 0,006$ ).

Внедрение пробы с диаскинтестом в скрининг снизило на 19,7% количество детей, состоящих на учете. Значимо снизилось количество детей в периоде «виража», показатель составил  $598,2 \pm 104,2$  на 100 000 детского населения ( $t = 2,666$ ;  $p = 0,05$ ). Как следствие, отмечено снижение количества детей, подлежащих профилактическому лечению ТБ на 15,9% с высоким уровнем комплаенса до 92,9%.

Дисперсионный анализ показал, что для периода 2017-2019 гг. характерно снижение заболеваемости ТБ, в том числе с МБТ+, но при этом увеличение впервые выявленных и доли пациентов с МБТ+ и с МЛУ. Увеличение доли пациентов с ВИЧ + ТБ, уменьшение доли пациентов с впервые выявленным ФКТ и впервые выявленным ТБ в фазе распада. Также характерно увеличение охвата населения профилактическими осмотрами, снижение показателя «виража», наличие высокого уровня абациллирования, в том числе среди пациентов с МЛУ.

**Заключение.** Оценивая эпидемиологические факторы риска развития ТБ у детей и подростков в условиях снижения заболеваемости ТБ установили, что свою значимость сохраняли раннее и своевременное выявление ТБ, работа в очагах туберкулезной инфекции. Высокие риски развития заболевания определяли контакты с больными ТБ МБТ+ и МЛУ, очаг туберкулезной инфекции также формировали пациенты ВИЧ + ТБ.

**Поддубный И.В., Толстов К.Н., Трунов В.О., Козлов М.Ю., Федорова Е.В., Ханов М.М., Малашенко А.С., Раншаков А.С.**

*Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва, Российская Федерация  
Федеральный научно-клинический центр детей и подростков ФМБА России, Москва, Российская Федерация*

## **ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ НА СЕЛЕЗЕНКЕ: ОПЫТ 25 ЛЕТ**

**Актуальность.** В настоящее время подавляющее большинство операций на органах брюшной полости у детей проводятся при помощи лапароскопической техники.

Лапароскопические операции на селезенке стали золотым стандартом лечения детей с доброкачественными гематологическими заболеваниями, доброкачественными заболеваниями собственно селезенки.

**Цель исследования.** Изучить особенности современного подхода к операциям на селезенке.

**Пациенты и методы.** Всего за период с 1996 по 2020 г. было выполнено 678 лапароскопических вмешательств на селезенке. Основную группу составили пациенты с гематологическими заболеваниями (наследственная микросфероцитарная анемия,  $\beta$ -талассемия, иммунная тромбоцитопеническая пурпура), доброкачественными объемными заболеваниями селезенки, которым была показана спленэктомия. Всего было проведено 564 операции. Вторую группу составили дети с кистами селезенки — 112 больных, которым проведена резекция кисты. Показанием для оперативного лечения у этой группы пациентов был размер кисты более 3 см. В нашем наблюдении было 2 пациента с «блуждающей» селезенкой, которым проведена лапароскопическая спленопексия в связи с выраженным болевым синдромом.

**Результаты.** За 25 лет методика проведения лапароскопической спленэктомии претерпела изменения. В настоящее время применяются 3 лапаропорта (вместо 4–5 на ранних этапах), комбинированное положение пациента на операционном столе, эндомешок. С целью снижения секреторной активности поджелудочной железы в раннем послеоперационном периоде у всех пациентов используется сандостатин (октреотид) в возрастной дозировке. Выделение селезенки из окружающих тканей, коагуляция сосудов селезенки и ее ножки проводятся при помощи аппаратов Ligasure Maryland и Ligasure Atlas. Извлечение удаленного органа из брюшной полости проводят в эндомешке.

При лапароскопическом удалении кисты селезенки используются 3 лапаропорта и положение пациента на правом боку. По методике, принятой в клинике, после отсечения свободного края кисты проводится электрокоагуляция эпителиальной выстилки и обработка растворами склерозирующих веществ.

Возраст детей, которым проведена лапароскопическая спленэктомия, находился в пределах от 4 до 17 лет. Время операции составило от 30 до 210 мин. Интраоперационная кровопотеря колебалась в пределах от 30 до 80 мл.

Госпитализация в послеоперационном периоде продолжалась 5–9 сут. Время операции при удалении кисты селезенки — от 30 до 65 мин. Интраоперационная кровопотеря составила от 60 до 150 мл. Конверсий не было.

В послеоперационном периоде у 4 пациентов отмечалось кровотечение из культи сосудистой ножки селезенки: у 1 пациента в результате аутолиза селезеночной артерии ферментами поджелудочной железы, у 3 пациентов в результате дефекта работы сшивающего аппарата. У 1 пациента послеоперационный панкреатит осложнился формированием поджелудочно-толстокишечного свища. В дальнейшем это потребовало проведения реконструктивной операции по разобщению свища.

Использование комбинированного положения пациента на операционном столе, применение современных средств коагуляции уменьшает время оперативного вмешательства, снижает риск интраоперационного кровотечения и ранения окружающих органов.

**Заключение.** Использование предоперационной подготовки сандостатином существенно уменьшает выраженность панкреатита в раннем послеоперационном периоде и позволяет сократить продолжительность госпитализации.

Сокращение числа лапаропортов до трех не оказывает негативного влияния на время операции, улучшает косметический результат.

Накопленный опыт позволяет признать лапароскопическую спленэктомию, лапароскопическое иссечение кист селезенки «золотым стандартом» в лечении детей с данной патологией.

**Поддубный И.В., Толстов К.Н., Федорова Е.В., Петрова М.Г., Ханов М.М.**

*Московский государственный медико-стоматологический университет  
им. А.И. Евдокимова, Москва, Российская Федерация  
Федеральный научно-клинический центр детей и подростков ФМБА России,  
Москва, Российская Федерация*

## **ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ГИДРОНЕФРОЗЕ У ДЕТЕЙ**

**Актуальность.** Ежегодно в отделении хирургии ФНКЦ детей и подростков ФМБА проходят обследование и лечение более 300 детей с различной уроandroлогической патологией. Несмотря на то что основные принципы хирургического лечения гидронефроза были разработаны в 50-х гг. XX в., новые методы малоинвазивного лечения, практически полностью вытеснили открытые операции. При этом в зависимости от причины, вызвавшей гидронефроз, могут использоваться разные подходы к лечению.

**Цель исследования.** Оценка опыта лапароскопического лечения гидронефроза у детей.

**Пациенты и методы.** Всего за период с 2014 по 2020 г. было проведено 92 лапароскопических вмешательства по поводу гидронефроза. У 73 пациентов проведена лапароскопическая пиелопластика в связи со стенозом пиелoureтерального перехода (50 больных), высоким отхождением мочеточника (10 больных), полипом мочеточника (1 больной), aberrантным нижнеполюсным сосудом (12 больных). У 19 пациентов в ходе предоперационного обследования выявлен вазоренальный конфликт, служивший причиной нарушения оттока мочи. Этой группе пациентов выполнена лапароскопическая неразобшающая пиелопластика (вазопексия).

Возраст пациентов находился в пределах от 6 мес до 17 лет, в группе детей с вазопексией — от 5 до 17 лет. Для подтверждения дополнительного нижнеполярного сосуда всем детям проводилась компьютерная томография с контрастным усилением.

**Результаты.** Время операции при пластике пиелoureтерального сегмента составило от 108 до 240 мин, а при вазопексии — от 75 до 110 минут, причем время прогрессивно уменьшалось по мере накопления опыта выполнения операций. Всем больным при разобшающей пластике пиелoureтерального сегмента проводилось интраоперационное стентирование мочеточника на срок от 1,5 до 2 мес после операции. У пациентов с неразобшающей пиелопластикой внутреннее стентирование проводилось у первых 3 больных, далее все больные велись без установки внутренних дренажей. У 6 пациентов возникла несостоятельность анастомоза на 1-е сут, которая была устранена лапароскопически, при этом собирательная система оперированной почки дополнительно дренировалась при помощи нефростомы. У 1 ребенка через 1 год после неразобшающей пиелопластики возник рецидив гидронефроза, в результате была проведена лапароскопическая пиелопластика. Интраоперационных осложнений и конверсий не было.

**Заключение.** Лапароскопическая пиелопластика является несомненной альтернативой открытым вмешательствам на области пиелoureтерального перехода, обладая прекрасными функциональными и косметическими результатами. При соблюдении строгих предоперационных и интраоперационных критериев отбора пациентов неразобшающая пиелопластика позволяет достигать хороших результатов лечения детей с гидронефрозом, вызванным дополнительным нижнеполярным сосудом.

**Поддубный И.В., Федорова Е.В., Толстов К.Н., Трунов В.О., Петрова М.Г., Сытьков В.В., Ханов М.М., Малашенко А.С., Раншаков А.С.**

*Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва, Российская Федерация  
Федеральный научно-клинический центр детей и подростков ФМБА России, Москва, Российская Федерация*

## **ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВА КРИПТОРХИЗМА У ДЕТЕЙ**

**Актуальность.** Рецидивы после орхипексии по поводу различных форм крипторхизма являются редким осложнением. Процент возникновения рецидивов колеблется от 0,2 до 10% и возрастает при абдоминальных формах. Нами представлен опыт хирургического лечения детей с рецидивами крипторхизма: тактика предоперационной подготовки и варианты хирургического лечения детей.

**Цель исследования.** Оценка рисков развития рецидивов крипторхизма после хирургического лечения.

**Пациенты и методы.** С 2015 по 2020 г. сотрудниками кафедры детской хирургии МГМСУ им. А.И. Евдокимова на базе хирургического отделения ФГБУЗ ЦДКБ ФМБА России было оперировано 20 детей (22 гонады) с рецидивами крипторхизма в возрасте от 2 до 17 лет. Рецидив крипторхизма с одной стороны был диагностирован у 18 пациентов, с двух сторон — у двоих. Все эти дети оперировались повторно. При осмотре расположение гонады в средней или нижней трети пахового канала было в 10 случаях, у корня мошонки — в 7. В 5 случаях гонада достоверно не определялась. Средний период между первым и повторным оперативными вмешательствами составил 3 года (от 4 мес до 8 лет).

В качестве предоперационной подготовки для повышения эластичности сосудов и удлинения их проводился курс гормональной терапии ХГЧ по схеме. Исключение составляли дети в возрасте старше 6–7 лет, так как назначение ХГЧ в таком возрасте может спровоцировать более раннее начало полового созревания.

**Результаты.** После ревизии пахового канала было повторно низведено 17 гонад по методике Шемакера. Из них 16 гонад было фиксировано в мошонке, одна гонада — у корня мошонки. Во время повторной операции вагинальный отросток брюшины был обнаружен у 7 детей. Лапароскопически ассистированная орхипексия предпринята в трех случаях. При этом первоначально выполнялся лапароскопический этап мобилизации яичковых сосудов до нижнего полюса почки слева и места впадения яичковых сосудов в магистральный ствол справа.

Одновременно выполнялся этап низведения гонады через паховый доступ. У одного больного гонада была низведена через внутреннюю медиальную ямку без вскрытия пахового канала. Таким образом, успешное повторное низведение гонад удалось достигнуть у 15 детей (17 гонад) (77,3%). В 5 случаях (22,7%) выполнена орхозктомия в связи с атрофией гонады. Продолжительность оперативного вмешательства составляла от 55 до 120 мин. Интраоперационной кровопотери не было. В отдаленном послеоперационном периоде послеоперационных атрофий яичек не выявлено.

**Заключение.** Проведя анализ собственной работы, мы попытались сформулировать риски развития рецидива крипторхизма. К ним можно отнести: 1) отсутствие предоперационной гормональной терапии при высоких формах ретенции; 2) возраст ребенка старше 3 лет; 3) недостаточную интраоперационную мобилизацию семенного канатика, приводящую к его натяжению; 4) грубую работу в зоне пахового канала с последующим втягиванием семенного канатика в рубцовую зону; 5) оставление вагинального отростка брюшины неперевязанным.

Таким образом, успех оперативного лечения различных форм крипторхизма обусловлен прежде всего своевременным оперативным лечением, назначением предоперационной гормональной терапии при паховых и абдоминальных формах ретенции, а также совершенствованием хирургического опыта работы в паховой области.

**Поддубный И.В.<sup>1</sup>, Файзулин А.К.<sup>1</sup>, Федорова Е.В.<sup>1</sup>, Толстов К.Н.<sup>1</sup>,  
Петрова М.Г.<sup>1</sup>, Ханов М.М.<sup>1</sup>, Малашенко А.С.<sup>1</sup>, Раншаков А.С.<sup>1</sup>,  
Загребина А.А.<sup>1</sup>, Зябкин И.В.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> *Московский государственный медико-стоматологический университет  
им. А.И. Евдокимова, Москва, Российская Федерация*

<sup>2</sup> *Федеральный научно-клинический центр детей и подростков ФМБА России,  
Москва, Российская Федерация*

## **ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ**

**Актуальность.** Гипоспадия — один из самых частых пороков развития мочеиспускательного канала у мальчиков. Проблема лечения гипоспадии остается актуальной в настоящее время, поскольку процент послеоперационных осложнений при разных формах патологии варьирует от 15 до 30%.

К осложнениям раннего и позднего послеоперационного периода относят свищи, стриктуры и лизис искусственной уретры, рецидив вентральной деформации ствола полового члена и рост волос в просвете уретры с образованием мочевого камня.

В клинике разработаны и применяются оригинальные методики коррекции различных форм гипоспадии, позволяющие добиться хорошего функционального и косметического результата, снизить число послеоперационных осложнений, в частности модифицированные на кафедре детской хирургии МГМСУ технологии onlay-tube-onlay и onlay-tube при проксимальных формах гипоспадии, позволяющие избежать стенозов уретры. Создание искусственной уретры из кожи дорзальной поверхности ствола полового члена на сосудистой ножке позволяет избежать конечного анастомоза и практически решить проблему стенозирования мочеиспускательного канала.

Для коррекции дистальных форм гипоспадии применяется методика Snodgrass и Dupley. Важным аспектом в хирургической коррекции гипоспадии остается техника наложения хирургического шва. Использование разработанного на кафедре и запатентованного непрерывного возвратного шва позволило существенно снизить количество уретральных свищей в послеоперационном периоде.

**Цель исследования.** Оценка эффективности хирургического лечения гипоспадий.

**Пациенты и методы.** В ФНКЦ детей и подростков ФМБА России прооперированы 116 пациентов с различными формами гипоспадии в возрасте от 10 мес до 15 лет.

**Результаты.** Наиболее часто встречалась венечная форма гипоспадии — у 64 пациентов (55,2%), головчатая форма — у 26 (22,5%), стволовая форма — у 18 (15,5%), гипоспадия без гипоспадии — у 3 (2,6%), мошоночная форма — у 4 (3,4%), промежностная форма — у 1 (0,8%). Вентральное искривление кавернозных тел наблюдалось у 70 (60,3%) пациентов.

Операция Snodgrass выполнена у 83 больных (71,5%), задняя меатотомия с расправлением кавернозных тел — у 27 (23,4%), onlay-tube — у 4 (3,4%), Dupley — у 2 (1,7%).

Средняя продолжительность операции составляет 1 ч 13 мин: при головчатой форме — 54 мин, стволовой — 1 ч 20 мин, гипоспадии без гипоспадии — 1 ч 7 мин, мошоночной — 2 ч 20 мин, промежностной — 2 ч 40 мин. Послеоперационные осложнения выявлены у 5 детей: свищи уретры — у 3, стриктура уретры — у 1. Общий процент осложнений составил 4,3%.

Удовлетворительный результат операции достигнут у 111 больных (95,6%).

**Заключение.** Таким образом, соблюдение всех принципов оперативной коррекции гипоспадии с использованием представленных методик позволяет одновременно решить несколько проблем (расправление кавернозных тел и создание искусственной уретры) с хорошим косметическим и функциональным результатом.



**Подлипаева С.Г., Шубина Т.С., Захаров И.В.**

ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Д. Рогачева» Минздрава России, Москва,  
Российская Федерация

## **СЕРИЯ РЕДКИХ КЛИНИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЙ СТЕНОЗА ПИЩЕВОДА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНФЕКЦИОННОГО ЭЗОФАГИТА**

**Актуальность.** Поражение пищевода инфекционными агентами встречается, как правило, у пациентов со сниженным иммунитетом. Иногда это первый симптом иммунодефицита. Инфекционный эзофагит (ИЭ) может быть диагностирован у иммунокомпрометированных пациентов на фоне иммуносупрессии или полихимиотерапии. По литературным данным, тяжелое течение инфекции способно приводить к стенозу пищевода. В связи с редкостью патологии мало данных о тактике ведения этих пациентов.

**Цель исследования.** Описать опыт диагностики и лечения инфекционного стеноза пищевода (ИСП) у детей.

**Пациенты и методы.** С 2016 по 2020 г. в условиях НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева диагноз ИСП был выставлен 4 пациентам в возрасте от 2 лет 10 мес до 11 лет. Все имели генерализованное течение инфекции. Диагноз инфекционного стеноза пищевода был выставлен на основании жалоб, анамнеза (перенесенный ИЭ, сепсис), данных лабораторных методов обследования (посев/смывы/ПЦР-диагностика), эзофагогастро-дуоденоскопии, рентгенографии пищевода с контрастом.

**Результаты.** У всех пациентов было тяжелое течение ИЭ, осложнившегося стенозом пищевода. Этиологическим фактором служили грибы рода *Candida* у 2 пациентов, вирус простого герпеса (ВПГ) — у 1 пациента и у 1 пациента — коинфекция ВПГ и цитомегаловирус-виремия. Обращает на себя внимание подострое течение грибковых эзофагитов с диагностикой поражения пищевода на момент существования рубцового стеноза. В то время как жалобы на дисфагию, тошноту и рвоту при ВПГ появились до манифестации стеноза.

Эндоскопическая картина ИЭ была специфична только у 1 пациента с ВПГ — множественные «кратерообразные» эрозии до 5 мм с налетом фибрина.

В 3 случаях из 4 развился рубцовый стеноз пищевода, который потребовал эндоскопического лечения.

Все пациенты продолжали лечение основного заболевания, противовирусную/противогрибковую терапию с учетом чувствительности, коррекцию нутритивного статуса и эндоскопическое бужирование (в 75% случаев). Комбинированное лечение привело к восстановлению проходимости пищевода.

Период наблюдения за пациентами составил от 3 мес до 5 лет.

**Заключение.** ИЭ у пациентов с компрометированной иммунной системой может осложняться стенозом пищевода. Тактика ведения должна определяться индивидуально и включать лечение основного заболевания, этиотропную терапию и эндоскопические методы лечения. В связи с малым количеством пациентов и отсутствием долгосрочного наблюдения необходимо дальнейшее изучение данной проблемы.

**Погорелова Е.И., Почивалов А.В., Панина О.А., Липовцева Е.И.**

*ФГБОУ ВО «ВГМУ им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж,  
Российская Федерация*

## **РАХИТ У ДЕТЕЙ: СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ**

**Актуальность.** Рахит — заболевание детей грудного и раннего возраста, обусловленное недостаточностью в организме витамина D. В настоящее время появляются новые данные о витамине D и его «неклассических» эффектах, которые важны для формирования здоровья детей.

**Цель исследования.** Проанализировать современные особенности витамин-D-дефицитного рахита у детей.

**Пациенты и методы.** Был обследовано 112 детей в возрасте от 1 мес до 2 лет, имевших признаки витамин-D-дефицитного рахита.

**Результаты.** Было выявлено, что 69% детей с витамин-D-дефицитным рахитом родились от первых родов, 33% были 2–3-м ребенком в семье. 96% пациентов родились доношенными со средней массой  $3535 \pm 336$  г, 4% детей имели массу тела  $4125 \pm 339$  г. Недоношенными родились 12 детей (32–34 нед), их средняя масса тела составила  $2230 \pm 361$  г. На исключительно грудном вскармливании до 4 мес находились 39%, до 6 мес — 16%, до 1 года получали грудное молоко 33%, более 1 года — 11% пациентов. У обследованных детей была выявлена следующая соматическая патология: обструктивный бронхит — у 73%; синдром малых мозговых дисфункций — у 63%, атопический дерматит — у 36%, железодефицитная анемия — у 12%; инфекция мочевой системы — у 5%. Сочетанная патология имела место в 58% случаев. Проявления начального периода рахита имели 23 ребенка, что составило 22,8%. Их средний возраст составил  $16 \pm 2,6$  нед. Клинические симптомы среднетяжелой формы рахита были отмечены у 78 детей (77,2%). Возраст детей этой группы —  $7,9 \pm 1,3$  мес.

Профилактическую дозу витамина D получали 83,2% детей первого; 73,3% — второго года жизни. Соответствие употребления витамина D рекомендуемым дозам было выявлено у 68,3% детей первого; у 49,8% — второго года жизни. 23,3% детей прием препарата осуществляли в осенне-зимний период.

**Заключение.** Некомплаентность в отношении витаминпрофилактики и только сезонный прием витамина D являются причинами рахита и фактором риска сочетанной патологии у детей раннего возраста.

**Полковникова М.С.**

*ТюмГМУ, Тюмень, Российская Федерация*

## **ВЛИЯНИЕ ГИПОКСИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ТИМУСА У НОВОРОЖДЕННЫХ**

**Актуальность.** Тимус чрезвычайно чувствителен к различным внешним и внутренним воздействиям. Нарушение структуры тимуса и, как следствие, его функции при действии многих стрессорных факторов может обусловить дефектное состояние всей иммунной системы, что особенно важно учитывать в детском возрасте.

Одним из наиболее частых патогенетических процессов, лежащих в основе расстройства структуры и функции тимуса, является гипоксия. В норме инволюция тимуса происходит медленно с возрастом после полового созревания. Различные стрессовые состояния ускоряют инволюцию тимуса и вызывают изменения в гистологической структуре железы. Хроническая гипоксия во время беременности приводит к значительному снижению массы тела плода, увеличению соотношения массы тимуса к массе тела.

**Цель исследования.** Оценить влияние внутриутробной гипоксии на морфометрические показатели вилочковой железы у новорожденных.

**Пациенты и методы.** Исследование проводилось на базе детского отделения Областной клинической больницы № 2 г. Тюмени. Был проведен ретроспективный анализ 44 историй болезни детей, находившихся на стационарном лечении в отделении новорожденных с октября 2019 по январь 2020 г. Срок гестации в среднем составил  $39,48 \pm 1,23$  нед. По данным УЗИ головного мозга были сформированы две группы — с наличием (группа № 1,  $n = 32$ ) и отсутствием признаков гипоксии (группа № 2,  $n = 12$ ). Далее в каждой группе на основании размеров, полученных при УЗИ вилочковой железы, по специальным формулам рассчитывались определенные параметры: объем тимуса (V), масса тимуса (M), тимический индекс (ТИ). Во внимание также принималась следующая информация: количество беременностей и родов в анамнезе, наличие осложнений во время беременности, масса и рост детей при рождении.

**Результаты.** В группе № 2, где отсутствовали признаки гипоксии мозга, средние значения рассчитываемых параметров оказались выше, чем в группе № 1:  $V = 19,5 \pm 7,8$ ;  $M = 26,3 \pm 10,6$ ;  $ТИ = 0,7 \pm 0,3$ . В группе № 1 с выявленными признаками гипоксии мозга мы наблюдали следующие значения:  $V = 16,1 \pm 10,2$ ;  $M = 21,7 \pm 13,7$ ;  $ТИ = 0,5 \pm 0,3$ . Отметим, что некоторые другие значения оказались выше в этой группе, чем в группе № 2. Так, например, текущая беременность и роды составили  $2,6 \pm 2$  и  $2,2 \pm 1,3$  соответственно (в группе № 2 —  $1,9 \pm 1,1$  и  $1,7 \pm 0,9$ ); масса тела и рост детей составили  $3678 \pm 608$  г и  $54,2 \pm 28$  см соответственно (в группе № 2 —  $3341,8$  г и  $51,9 \pm 2,9$  см), наличие осложнений беременности наблюдалось во всех случаях (в группе № 2 —  $0,8 \pm 0,3$ ). Основные осложнения были следующими: ОРИ, отеки, гестационный сахарный диабет, ВСД по гипотоническому типу, эктопия шейки матки, слабость родовой деятельности, анемия легкой степени тяжести.

**Заключение.** Таким образом, внутриутробная гипоксия плода может способствовать гипоплазии вилочковой железы. В нашем исследовании масса и объем тимуса у новорожденных без отягощенного антенатального анамнеза в 1,2 раза больше.

Такой метод диагностики, как УЗИ, является информативным, безвредным и простым в исполнении методом для определения параметров органа. Для точного определения объема и массы тимуса необходимо проводить измерение линейных размеров обеих долей данного органа. УЗИ следует использовать как скрининг для выявления патологии развития вилочковой железы у детей.

**Попова Е.В., Федько Н.А., Галимова О.И., Воронкина Е.Н.,  
Джанибекова А.С., Лагодина Н.А.**

*ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Ставрополь,  
Российская Федерация*

## **СТРУКТУРА ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ В СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕ**

**Актуальность.** Детская инвалидность — одна из острейших медико-социальных проблем современного общества. За последнее десятилетие число детей-инвалидов увеличилось в 1,24 раза и достигло 670 тыс. По прогнозам экспертов, в ближайшие 10 лет число детей-инвалидов удвоится.

**Цель исследования.** Провести анализ инвалидности у детей, состоящих на диспансерном учете в ГБУЗ СК «Городская детская клиническая поликлиника № 2» г. Ставрополя.

**Пациенты и методы.** Анализ информации проводили по регистру детей-инвалидов ГБУЗ СК «ГДКП № 2» г. Ставрополя. Всего в 2020 г. на «Д» учете состояли 438 детей-инвалидов, что составило 1,8% от общего количества прикрепленного детского населения.

Численность детей-инвалидов в Ставропольском крае (1962,7 на 100 тыс. населения) меньше, чем в РФ (2172,0 на 100 тыс. населения) в 2018 г.

**Результаты.** В ГБУЗ СК «ГДКП № 2» частота инвалидности среди мальчиков (53,7%) выше, чем среди девочек (46,3%). Более половины детей-инвалидов имеют возраст 10–17 лет. Менее чем у 10% детей установлена инвалидность в возрасте младше 5 лет. 2/3 детям (63,5%) установлена инвалидность до 18 лет.

Анализ структуры причин детской инвалидности в ГБУЗ СК «ГДКП № 2» свидетельствует о том, что наибольшая доля приходится на болезни нервной системы (35,8%), ЛОР-болезни (14%), психические расстройства и расстройства поведения (8%) и эндокринную патологию (8,7%), которые составили 2/3 причин, обусловивших инвалидность детей всех возрастов.

Формирование инвалидности находится на достаточно высоком уровне при заболеваниях опорно-двигательного аппарата (7,3%), хромосомных нарушениях и болезнях обмена (6,6%) и пищеварительной системы (3%). Удельный вес детей с онкопатологией составил 1,6%, а с заболеваниями мочеполовой системы — 0,7%.

В структуре болезней нервной системы наибольшая доля приходится на детский церебральный паралич (52,2%); среди психических расстройств — умственная отсталость (74,3%); в структуре ЛОР-патологии — нейросенсорная глухота (62,3%); среди эндокринной патологии — сахарный диабет 1-го типа (94,7%).

**Заключение.** Возрастная и гендерная структура детской инвалидности в г. Ставрополе соответствует общероссийским данным: преобладают мальчики, наибольшая доля детей-инвалидов приходится на возрастную группу 10–17 лет.

В структуре заболеваний, приводящих к инвалидности у детей, в г. Ставрополе ведущее место занимают болезни нервной системы, ЛОР-патология, эндокринные заболевания и психические расстройства. Врожденные аномалии не входят в ведущие причины детской инвалидности — в отличие от данных РФ.

**Порецкова Г.Ю., Тяжева А.А., Гаврюшин М.Ю., Биденко О.О.,  
Лебединская Ю.А.**

*ФГБОУ ВО «СамГМУ» Минздрава России, Самара, Российская Федерация*

## **АНАЛИЗ ВИТАМИННО-МИНЕРАЛЬНОЙ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ РАЦИОНА ПИТАНИЯ ШКОЛЬНИКОВ СТАРШИХ КЛАССОВ**

**Актуальность.** Нарушение баланса витаминов и минералов в организме ребенка негативно влияет на физическое и нервно-психическое развитие, нарушает обмен веществ, снижает уровень иммунитета, приводит к развитию болезней. Одна из причин развития дефицитных состояний у школьников — нерациональное и несбалансированное питание.

**Цель исследования.** Анализ витаминно-минеральной обеспеченности рациона питания подростков — школьников старших классов.

**Пациенты и методы.** Проведен анкетный опрос 77 учащихся 9–11-х классов МБОУ Лицей «Созвездие» 131 г. Самары (девочек — 41, мальчиков — 36 человек, средний возраст составил  $15,9 \pm 0,4$  года) о фактическом рационе питания в школе и дома. Для анализа результатов использовали программу для ЭВМ Nutri-prof 2.4 (2018). Профиль потребления витаминов и минералов рассчитывали по Нормам физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения РФ. При обработке данных использован статистический пакет прикладных программ Windows, Statistica. Достоверность различий в группах признавали при  $p = 0,05$ .

**Результаты.** Анализ суточного рациона школьников показал низкое содержание в рационе витамина А (дефицит у 81%), витамина С (дефицит у 35,5%), витаминов В<sub>1</sub> и В<sub>6</sub> (10,5 и 14,5%). Причем у мальчиков имелся более выраженный дефицит витаминов А, В<sub>1</sub>, В<sub>2</sub>, С, у девочек — витаминов А, В<sub>1</sub>, В<sub>2</sub>. Установлено, что с продуктами поступало количество кальция и магния, равное  $458,2 \pm 94$  и  $252,9 \pm 49$  мг в сутки, что составляло 38,1 и 63,2% от нормы соответственно. Отмечено, что при общем недостаточном поступлении углеводов ( $269,7 \pm 16,2$  г) имелся значительный избыток добавленного сахара: в среднем у мальчиков  $51,9 \pm 8,1$  и у девочек —  $62,8 \pm 7,1$  г в сутки. Поступление поваренной соли превышало рекомендованные нормы и составило у мальчиков  $8,8 \pm 1,2$  и у девочек  $6,8 \pm 0,9$  г в сутки.

**Заключение.** Таким образом, выявленный дефицит витаминов и микроэлементов в рационе подростков указывает на необходимость оптимизации возрастного питания как в образовательных организациях, так и дома.

**Потапова Н.Л.**

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия»  
Минздрава РФ, Чита, Российская Федерация

## **ЭНДОТЕЛИАЛЬНЫЙ ФАКТОР РОСТА У ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ**

**Актуальность.** Тяжелая бронхиальная астма регистрируется в 5–10%, при этом полный контроль над заболеванием достигается в 30–40% случаев. Тяжесть бронхиальной астмы связана с ремоделированием дыхательных путей, контролируемым ростовыми факторами.

**Цель исследования.** Исследовать уровень эндотелиального фактора роста у детей с бронхиальной астмой разной степени тяжести.

**Пациенты и методы.** Обследованы 57 детей: 24 пациента с легкой БА, 33 ребенка — с тяжелым течением заболевания. Средний возраст  $9 \pm 2,0$  года, значимых различий по полу и возрасту между группами нет. Статистическая обработка результатов проведена методами непараметрической статистики (пакет программ Statistica 6.0). Для сравнения количественных признаков в двух несвязанных выборках использовали критерий Манна–Уитни. Различия считались достоверными при  $p \leq 0,05$ .

**Результаты.** Обследованы пациенты пульмонологического отделения КДКБ г. Читы. Отягощенный наследственный анамнез встречался у трети больных, более 45% обследованных имели поливалентную сенсibilизацию. Рентгенологически отмечены признаки воздушных «ловушек» в виде гиперинфляции и гиперинфляции с неравномерностью вентиляции у 61,6% пациентов с тяжелой бронхиальной астмой; среди детей с легким течением астмы гиперинфляция не выявлена ( $p < 0,001$ ). Неравномерность вентиляции, локальный пневмофиброз зарегистрированы у 15% больных тяжелой астмой ( $p < 0,001$ ).

Эндотелиальный фактор роста участвует в репозиции экстрацеллюлярного матрикса, инициирует неоангиогенез, что приводит к усилению отека дыхательных путей, поддерживает хроническое воспаление и утолщение базальной мембраны. Уровень фактора роста эндотелия сосудов при легкой бронхиальной астме составил 70,3 пг/мл (ДИ 45,5–90,5), в группе пациентов с тяжелой бронхиальной астмой — 109,5 пг/мл (ДИ 66,7–206,9).

**Заключение.** Тяжелое течение бронхиальной астмы сопровождается значимым повышением уровня эндотелиального фактора роста, что может свидетельствовать о процессе неоангиогенеза и усугублении ремоделирования дыхательных путей.

Прилуцкая В.А.<sup>1</sup>, Пискун Т.А.<sup>1</sup>, Дашкевич Е.И.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Беларусь

<sup>2</sup> УЗ «10-я городская клиническая больница», Минск, Беларусь

## ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ МАССОЙ И ДЛИНОЙ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ И СОДЕРЖАНИЕМ ВИТАМИНА D И ОСТЕОКАЛЬЦИНА У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

**Актуальность.** Витамин D (витD) оказывает значимое влияние на развитие костной ткани, органов плода и новорожденного. Показано, что недостаточность витD у беременных связана с высоким риском рождения маленьких для гестационного возраста (МГВ) детей.

**Цель исследования.** Оценить взаимосвязи между статусом витD и остеокальцина пуповинной крови новорожденных и их антропометрическими характеристиками при рождении.

**Пациенты и методы.** Проспективное одноцентровое исследование проведено с октября 2018 по апрель 2019 г. с участием 69 доношенных новорожденных: группа 1 — 25 крупновесных (КГВ) (масса  $4301 \pm 246$  г), группа 2 — 12 МГВ ( $2422 \pm 288$  г), группа 3 — 32 ребенка с массой, соответствующей сроку гестации ( $3389 \pm 309$  г). Оценка антропометрических параметров выполнена по стандартам INTERGROWTH-21. Содержание 25-ОНD, остеокальцина в пуповинной крови и сыворотке крови матери определяли методом ИФА.

**Результаты.** Z-score массы тела (Ме [Q25-Q75]) детей при рождении составила в группе 1 2,2 [1,9-2,5], в группе 2 — -1,3 [-1,8-1,0] и в группе 3 — 0,2 [-0,2-1,0]. Z-score длины тела (ДТ) был равен 3,3 [2,9-3,5], 0,4 [-1,4-0,9] и 1,9 [1,3-2,8] соответственно. Уровни 25-ОНD в пуповинной крови новорожденных составили 19,1 [12,8-26,5] нг/мл, 22,8 [12,5-30,1] нг/мл и 25,2 [18,1-32,9] нг/мл в группе 1, группе 2 и группе 3 соответственно ( $p_{1-2} = 0,62$ ,  $p_{1-3} = 0,04$ ,  $p_{2-3} = 0,45$ ). Содержание остеокальцина пуповинной крови в группах не имело значимых различий. Уровни 25-ОНD у новорожденных всех групп коррелировали ( $p < 0,05$ ) с аналогичными показателями женщин (группа 1 —  $r = 0,90$ , группа 2 —  $r = 0,61$ , группа 3 —  $r = 0,78$ ). Дефицит и недостаточность витD встречались у 88% детей группы 1 и 75% — группы 2. Дефицит витD зарегистрирован у пациентов группы 1 (8%), группы 2 (6%) и не установлен ни у одного ребенка группы 3. В группе 2 выявлена умеренная прямая корреляция между содержанием витD, z-score массы ( $r = 0,67$ ,  $p < 0,05$ ) и z-score ДТ ( $r = 0,58$ ,  $p < 0,05$ ). У новорожденных группы 3 уровень остеокальцина женщин положительно коррелировал с ДТ при рождении ( $r = 0,57$ ,  $p < 0,05$ ) и z-score ДТ ( $r = 0,56$ ,  $p = 0,05$ ).

**Заключение.** У крупновесных к сроку гестации доношенных установлена значимо более низкая обеспеченность витD. Дефицит и недостаточность витD встречалась у 88% пациентов группы 1 и 75% — группы 2. У детей МГВ уровень витD связан с z-score массы и ДТ при рождении. Полученные результаты обосновывают необходимость определения уровня витD и профилактики его дефицита во время беременности у женщин групп риска формирования макросомии и задержки развития плода, применения препаратов витD у крупновесных и МГВ новорожденных.

Приходько Е.А.<sup>1</sup>, Беляева И.А.<sup>1, 2</sup>

<sup>1</sup> ГБУЗ «Морозовская детская городская клиническая больница ДЗМ», Москва, Российская Федерация

<sup>2</sup> ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Российская Федерация

## **ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ОБЕСПЕЧЕНИЕ ИСКЛЮЧИТЕЛЬНО ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ ПОЗДНИХ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В НЕОНАТАЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ**

**Актуальность.** Матери поздних недоношенных детей (срок гестации 34 0/7 – 36 6/7 нед) испытывают затруднения с началом и становлением лактации, что приводит к недостаточному питанию их детей в периоде постнатальной адаптации и раннему отказу от грудного вскармливания.

**Цель исследования.** Изучение факторов, влияющих на обеспечение грудного вскармливания поздних недоношенных детей в стационаре выхаживания.

**Пациенты и методы.** В ретроспективное исследование включено 167 поздних недоношенных детей, поступивших в отделение неонатологии и неонатальной хирургии с 01.01.2018 по 01.12.2018 г. и 153 их матери (28 детей из двойни).

**Результаты.** Гестационный возраст недоношенных детей составил 35,36 [34,5–36,0] нед, масса тела при рождении 2495,82 [2190,00–2725,00] г. Оперативное родоразрешение было проведено 89 (58,2%) роженицам. У 17 (11,1%) женщин беременность наступила после использования репродуктивных технологий. При поступлении в стационар только 81 (48,5%) из поздних недоношенных детей вскармливался исключительно материнским молоком, остальные дети получали докорм адаптированной молочной смесью — 59 (35,3%) или вскармливались молочной смесью в полном объеме — 27 (16,2%). Установлена прямая корреляционная связь между прикладыванием к груди в первые 6 ч после рождения и/или в 1-е сут жизни и исключительно грудным вскармливанием к моменту выписки из стационара ( $r = 0,3027$ ,  $p = 0,008$ ;  $r = 0,3125$ ,  $p = 0,007$ ). Обнаружена отрицательная корреляционная связь между зачатием с использованием вспомогательных репродуктивных технологий, родоразрешением путем кесарева сечения и перворождением с обеспечением исключительно грудного вскармливания недоношенных детей к выписке ( $r = -0,1967$ ,  $p = 0,01$ ;  $r = -0,2036$ ,  $p = 0,004$  и  $r = -0,1502$ ,  $p = 0,04$ ).

**Заключение.** Прикладывание к груди в первые 6 ч после рождения и/или в 1-е сут жизни положительно влияет на становление лактации у рожениц и способствует исключительно грудному вскармливанию поздних недоношенных детей к моменту выписки из неонатального стационара. Факторами, негативно связанными со своевременным стартом и полноценной лактацией у матерей поздних недоношенных детей, являлись зачатие с использованием вспомогательных репродуктивных технологий, оперативное родоразрешение и паритет родов.



**Пронина Е.В.**

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

## **ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ С БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ О ВИТАМИНЕ D**

**Актуальность.** Недостаток витамина D в настоящее время представляет собой глобальную проблему общественного здравоохранения. Дефицит витамина D влияет не только на заболевания опорно-двигательного аппарата, но и на течение острых и хронических заболеваний.

**Цель исследования.** Оценить осведомленность взрослого населения г. Рязани о витамине D.

**Пациенты и методы.** Проведены анализ форм 112/у ( $n = 114$ ), анкетирование родителей ( $n = 114$ ) в городской детской поликлинике № 3 г. Рязани.

**Результаты.** По результатам анкетирования были получены следующие данные: 73% опрошенных мам получали витамин D во время беременности в виде поливитаминов, из них курсом от 1 до 3 мес — 91%, и только 9% — непрерывно в течение всей беременности. До года витамин D получали длительностью от 3 до 5 мес 89% детей. При опросе о назначении витамина D 98,3% родителей ответили, что детям назначал витамин D врач-педиатр, и только 1,7% родителей сказали, что витамин D мама давала сама. На вопрос о необходимости получать витамин D детям старше 1 года положительно ответили 80% опрошенных. При оценке длительности пребывания ребенка на солнце в течение дня летом, «целый день» ответили 64%, «несколько часов» — 29% и «очень мало» — 7% опрошенных родителей. Большинство родителей хотели бы знать уровень витамина D в организме ребенка (98%), но лечить выявленный дефицит витамина D готовы 92% опрошенных. Особое внимание привлекли данные, полученные при опросе родителей, нужна ли им дополнительная информация о витамине D. Положительно ответили 41,5%.

**Заключение.** В настоящее время недостаточность витамина D остается актуальной проблемой педиатрии, так как недостаточное внимание уделяется вопросам профилактики. Необходимы мероприятия для повышения осведомленности родителей о роли витамина D и адекватной профилактики его дефицита у детей.

**Проскура М.В., Петросян Э.К.**

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

## **ПЕРВИЧНАЯ IgA-НЕФРОПАТИЯ У ДЕТЕЙ: ФАКТОРЫ РИСКА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ С УЧЕТОМ КЛИНИЧЕСКИХ И МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ПАЦИЕНТОВ РДКБ**

**Актуальность.** В детском возрасте течение первичной IgA-нефропатии крайне вариабельно. Своевременное выявление детей с высоким риском прогрессирования заболевания способно отсрочить наступление терминальной почечной недостаточности.

**Цель исследования.** Анализ возможных факторов риска прогрессирования и исходов у детей при первичной IgA-нефропатии с учетом клинико-морфологических данных.

**Пациенты и методы.** Исследовано 60 детей в течение  $26 \pm 14$  мес (от 12 до 161 мес). Диагноз первичной IgA-нефропатии (IgA-N) подтвержден морфологически, оценен по шкале MEST-C. Как факторы риска прогрессирования рассматривались возраст, уровень протеинурии (ПУ) и скорость клубочковой фильтрации (СКФ) в дебюте, баллы по шкале MEST-C, проводимая перед биопсией терапия. Прогрессирование оценивалось по снижению СКФ  $\leq 60$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> в течение  $\geq 12$  мес. Исходами расценивалось наличие/отсутствие ремиссии. При подсчете использовались методы непараметрической статистики, критерий хи-квадрат, Крускалла–Уоллиса, регрессионная модель пропорциональных рисков Кокса.

**Результаты.** Среди 60 пациентов с первичной IgA-N средний возраст в дебюте  $11 \pm 3,6$  года, период наблюдения —  $26 \pm 14$  мес (от 12 до 161 мес). Дети разделены на 2 группы: 45 детей с IgA-N, медиана возраста дебюта — 9,9 года (от 3,8 до 16,6), у 15 детей с пурпурой Шенлейна–Геноха (ПШГ) — 6,2 года (от 3,3 до 14,7). Среди 1-й группы M0 отмечено у  $n = 11$ , M1 — у  $n = 34$ , E0 — у  $n = 29$ , E1 — у  $n = 16$ , S0 — у  $n = 16$ , S1 — у  $n = 29$ , T0 — у  $n = 35$ , T1 — у  $n = 10$ , C0 — у  $n = 39$ , C1 — у  $n = 4$ , C2 — у  $n = 2$ . Во 2-й группе M0 наблюдалось у 3 детей, M1 — у 12 детей, E0 — у 10 детей, E1 — у 5 детей, S0 — у 8 детей, S1 — у 7 детей, T0 — у 12 детей, T1 — у 3 пациентов, C0 — у 7 пациентов, C1 — у 9 пациентов. Терапия блокаторами ренин-ангиотензиновой системы в группах 1 и 2 была у 18 (40,0%) и 5 (33,3%) пациентов.

Иммуносупрессивная терапия в 1-й и 2-й группах проводилась у 20 (44,4%) и 11 (73,3%) пациентов соответственно. После нефробиопсии в 1-й группе получали ингибиторы АПФ/БРА в сочетании с иммуносупрессивной терапией 40 (88,8%) пациентов. Во 2-й группе — 15 детей (100,0%). Статистически значимых различий в отношении проводимой терапии между группами не получено ( $p = 0,22$ ). ПУ в дебюте в 1-й группе составила 1,08 г/сут/1,73 м<sup>2</sup> (0,24–2,9), во 2-й группе — 0,95 г/сут/1,73 м<sup>2</sup> (0,45–2,5). СКФ в дебюте в группе с IgA-N была 100 (38–120) мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>, при ПШГ была 112 (81–120) мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> ( $p = 0,18$ ). Большинство детей имели сохранную СКФ: 48 (80%) были на стадии 1-й стадии хронической болезни почек (ХБП), 8 (13,3%) имели ХБП 2-й стадии, в то время как только 6 (6,7%) были отнесены к стадиям 3а, 3б ХБП. Снижение СКФ менее 60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> через 12 мес наблюдения в 1-й группе отмечалось у 5 (8,3%) пациентов (2 пациента в дебюте имели быстропрогрессирующий гломерулонефрит, трое — стероидрезистентный нефротический синдром), во 2-й группе — не зарегистрировано. ХБП 5 стадии в 1-й группе отмечалась у 2 детей. Существенных различий в динамике СКФ между группами получено не было ( $p = 0,2$ ). У пациентов с ПШГ более старший возраст дебюта был сопряжен с более высоким риском отсутствия ремиссии ( $p < 0,0343$ ).

**Заключение.** Возраст, уровень протеинурии и СКФ в дебюте заболевания, показатели шкалы MEST-C у детей с первичной IgA-нефропатией, в отличие от взрослых, прогностической ценности в отношении снижения СКФ менее 60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> не имеют. Наличие фокального сегментарного гломерулосклероза (S) или полулуний (C) достоверного влияния на достижение ремиссии также не имело. У детей с пурпурой Шенлейна–Геноха старший возраст дебюта ассоциирован с более низкой вероятностью достижения ремиссии.

Однако для получения статистически значимых выводов о клинико-морфологических предикторах риска прогрессирования IgA-нефропатии у детей необходим анализ крупных когорт больных в рамках многоцентрового исследования, сопоставимых по массо-ростовым показателям и баллам шкалы MEST-C.

**Пузанкова Н.В., Кукушкин Д.В.**

*ФГБОУ ВО «ОГУ имени И.С. Тургенева», Медицинский институт, Орел,  
Российская Федерация*

## **ОЦЕНКА НУТРИТИВНОГО СТАТУСА ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ОРЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Актуальность.** Несбалансированное питание, низкая физическая активность в детском возрасте могут способствовать формированию алиментарно-зависимых заболеваний.

Надежным критерием для выявления детей с нарушением нутритивного статуса является индекс массы тела (ИМТ).

**Цель исследования.** Оценить значения ИМТ к возрасту (BMI-for-Age z-score, BAZ) школьников младших классов Орловской области.

**Пациенты и методы.** Проведено когортное исследование 901 учащегося младших классов общеобразовательных школ г. Орла с анализом BAZ по программе WHO AnthroPlus, 2009 г. на базе консультативно-диагностической поликлиники Научно-клинического многопрофильного центра им. З.И. Круглой. Числовой диапазон от -2 до +1 SDS оценивался как норма; -2 SDS — недостаточность питания; от +1 до +2 SDS — избыточная масса тела; > +2 SDS — ожирение.

**Результаты.** При оценке нутритивного статуса по критерию BAZ было установлено, что нормальный z-score ИМТ к возрасту (от -2 до +1 SDS) имели 717 (79,6%) детей младшего школьного возраста. У 81 (9,0%) ребенка определена избыточная масса тела (BAZ от +1 до +2 SDS), у 56 (6,2%) — ожирение (BAZ > +2). Дефицит массы тела (BAZ -2) выявлен у 47 (5,2%) детей.

Показатели ИМТ городских школьников младших классов отличаются от аналогичных показателей младших школьников, проживающих в сельской местности (Белкина Е.И., Кузнецова Т.А., 2017). Так, нормальный показатель ИМТ (BAZ от +1 до +2 SDS) сельских школьников составил 62,6%; а избыточная масса тела (BAZ от +1 до +2 SDS) и ожирение (BAZ > +2) — 34,8%, то есть более чем в 2 раза выше по сравнению с городскими школьниками. Однако дефицит массы тела преобладал у городских школьников по сравнению с сельскими, соответственно 5,2 и 2,6%. При детальном изучении анамнеза выяснено, что все городские дети с низким показателям BAZ активно занимаются в спортивных секциях.

**Заключение.** Преобладающим нарушением нутритивного статуса младших школьников являются избыточная масса тела и ожирение, причем чаще у детей-сельчан, что в первую очередь свидетельствует о нерациональном питании. Своевременная коррекция нутритивного статуса (сбалансированное питание, адекватная физическая нагрузка) под контролем BAZ позволит снизить риск развития ожирения, сердечно-сосудистой патологии, сахарного диабета II типа, неалкогольной жировой болезни печени, повысить качество жизни.

**Пыrkova C.A., Никифорова M.Л., Гасанова Т.И.**

*ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника № 15  
Промышленного района», Самара, Российская Федерация*

## **ПРОПАГАНДА ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ КАК НАПРАВЛЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ**

**Актуальность.** Темпы социальных, технологических, экологических и климатических изменений все возрастают, требуя от индивида быстрой адаптации, до- и переадаптации в жизни и деятельности. Отставание в темпах адаптации может привести к снижению функциональных резервов органов, систем, всего организма в целом. Задача первичного звена здравоохранения на современном этапе состоит в первую очередь в профилактике инфекционных и неинфекционных заболеваний. Одним из таких профилактических направлений является пропаганда здорового образа жизни.

**Цель исследования.** Формирование у родителей и детей стремления к здоровому образу жизни, стимулирование занятиями физической культурой и спортом, улучшение детско-родительских отношений.

**Пациенты и методы.** Занятия проводились в школе «Здоровый ребенок» на базе реабилитационного отделения ГБУЗ СО СГКП № 15. Были организованы 3 группы родителей по 15 человек в каждой. В работе были использованы лекционные материалы, слайды, видеофильмы. Привлечены специалисты: педиатр, стоматолог детский, врач ЛФК, инструктор ЛФК, медицинский психолог и логопеды. Занятия проводились по темам: физическое воспитание ребенка, особенности питания, физического и нервно-психического развития детей различного возраста, психологические аспекты отношений родителей и детей в семье, развитие речи и профилактика речевых нарушений, профилактика плоскостопия, нарушений осанки, профилактика кариеса и нарушений прикуса. Были организованы открытые обучающие занятия ЛФК, на которых родителям и их детям были продемонстрированы физические упражнения с применением элементарных снарядов (мячи, скакалки, ортопедические коврики, гимнастические палки) для различных возрастных групп. Для каждой такой группы было проведено от 5 до 10 занятий.

**Результаты.** По окончании курса занятий с родителями и детьми было проведено анкетирование на знание основ здорового образа жизни и заинтересованности родителей (их мотивация и приверженность) здоровому образу жизни. 76% родителей ответили верно на вопросы по принципам здорового образа жизни и 82% указали готовность мотивировать ребенка (детей) к формированию здорового образа жизни.

**Заключение.** Проведение школы «Здоровый ребенок» требует значительных усилий по организации и привлечению родителей наших несовершеннолетних пациентов. Но работа по схеме «медицинский работник–родитель–ребенок» способствует формированию «правильных» знаний, приверженности здоровому образу жизни и укреплению детско-родительских отношений.

**Рабаев Г.С., Ахаладзе Д.Г., Ускова Н.Г., Меркулов Н.Н., Грачев Н.С.**

*ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Д. Рогачева» Минздрава России, Москва,  
Российская Федерация*

## **РЕЗЕКЦИИ ЦЕНТРАЛЬНЫХ СЕГМЕНТОВ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ. СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ С РАСШИРЕННЫМИ ГЕМИГЕПАТЭКТОМИЯМИ**

**Актуальность.** После первого описания центральных резекций (ЦР) печени у детей в 2002 г. мировой опыт ограничен отдельными наблюдениями и небольшими сериями больных, что определяет актуальность изучения результатов ЦР по поводу объемных образований печени у детей.

**Цель исследования.** Анализ безопасности и преимуществ центральных резекций по сравнению с расширенными резекциями печени по поводу объемных образований печени у детей.

**Пациенты и методы.** Проведено сравнение результатов предоперационного обследования, интраоперационного и послеоперационного периода 10 пациентов, которым выполнены ЦР, и 31 пациента после расширенных гемигепатэктомий (рГГЭ) по поводу очаговых новообразований печени за период с июня 2017 по январь 2021 г. Для статистического анализа данных использовано программное обеспечение StatSoft STATISTICA 10.

**Результаты.** Не выявлено статистически значимых различий в продолжительности операции ( $p > 0,05$ ), интраоперационной кровопотере ( $p > 0,05$ ), гемотрансфузии ( $p > 0,05$ ), частоте развития послеоперационных осложнений и продолжительности послеоперационного периода ( $p > 0,05$ ). Однако у пациентов с ЦР объем будущего остатка печени в группе центральных резекций оказался выше по сравнению с рГГЭ ( $p = 0,003$ ).

**Заключение.** ЦР не отличаются от рГГЭ по характеру послеоперационных осложнений и позволяют сохранить больший объем здоровой паренхимы. Учитывая малое количество пациентов целесообразно дальнейшее накопление опыта, мультицентровое сотрудничество для получения более точных статистических данных.

**Раздолькина Т.И.<sup>1</sup>, Козлова О.Ю.<sup>1</sup>, Московская Е.Ф.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарева», Саранск, Российская Федерация

<sup>2</sup> ГБУЗ РМ «Детская республиканская клиническая больница», Саранск, Российская Федерация

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОСТИНФЕКЦИОННОГО ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ РЕСПУБЛИКИ МОРДОВИЯ**

**Актуальность.** Постинфекционный острый гломерулонефрит (ОГН) до настоящего времени остается актуальной проблемой детской нефрологии. Отличительной особенностью течения современного ОГН является преобладание малосимптомных вариантов, которые встречаются в десятки раз чаще, чем манифестные.

**Цель исследования.** Провести анализ характера течения острого постинфекционного гломерулонефрита у детей Республики Мордовия.

**Пациенты и методы.** Проведен ретроспективный анализ 40 историй болезни детей, находившихся на стационарном лечении в нефрологическом отделении Детской республиканской клинической больницы г. Саранска с 2009 по 2019 г. по поводу постинфекционного ОГН. Возраст детей составил от 1 года 3 мес до 17 лет, мальчиков было 27, девочек — 13.

**Результаты.** Установлено, что в дебюте ОГН за анализируемый период значительно реже диагностировался нефритический синдром (25%) по сравнению с изолированным мочевым синдромом (75%;  $p < 0,001$ ), чаще болели мальчики (67%) в возрасте 12–17 лет (50%) в зимне-весенний период (65%). Большинство случаев ОГН (75%) было диагностировано по обращаемости. Ведущим симптомом в дебюте была боль в поясничной области (57%), несколько реже отмечались макрогематурия (46,7%), повышение температуры тела (46,7%), отеки (26,7%), повышение артериального давления (16,7%). Из предшествующих факторов в большинстве случаев указывалось на ОРИ (55%), значительно реже (12,5%;  $p < 0,05$ ) — на стрептококковую инфекцию, 1 ребенок (2,5%) до дебюта заболевания перенес ветряную оспу и более чем у четверти (30%) пациентов манифестация ОГН произошла без явных предшествующих факторов. Повышение АСЛ-О отмечено в 38,7% случаев, снижение скорости клубочковой фильтрации до  $66,26 \pm 14,24$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>, рассчитанной по формуле Шварца, — в 17,5% случаев. Уменьшение относительной плотности мочи в пробе Зимницкого менее 1020 при диурезе не более 1 л у детей старше 3 лет и меньше возрастных показателей у пациентов до 3 лет отмечалось в 30% случаев. По результатам УЗИ в 47,5% случаев было диагностировано увеличение объема, в 67,5% — уплотнение паренхимы почек.

**Заключение.** Таким образом, в большинстве случаев постинфекционный ОГН был диагностирован у мальчиков 12–17-летнего возраста после острых респираторных вирусных инфекций в зимне-весенний период, реже имел манифестный дебют в виде нефритического синдрома, проявляясь атипичным субклиническим течением в виде изолированного мочевого синдрома.

**Раупов Р.К.<sup>1</sup>, Суспицын Е.Н.<sup>1,2</sup>, Калашникова Э.М.<sup>1</sup>, Любимова Н.А.<sup>3</sup>,  
Кучинская Е.М.<sup>3</sup>, Мулкиджан Р.С.<sup>2</sup>, Костик М.М.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург, Российская Федерация;

<sup>2</sup> Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Петрова, Санкт-Петербург, Российская Федерация

<sup>3</sup> Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова, Санкт-Петербург, Российская Федерация

## **ИЗУЧЕНИЕ АКТИВНОСТИ ИНТЕРФЕРОНОВОГО ПУТИ У ДЕТЕЙ С СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ**

**Актуальность.** Системная красная волчанка (СКВ) — второе по распространенности ревматическое заболевание у детей. Гиперактивация интерферонового каскада является одним из патогенетических механизмов, лежащих в основе патогенеза СКВ.

**Цель исследования.** Проанализировать взаимосвязь клинико-лабораторных характеристик СКВ со значениями интерферонового индекса.

**Пациенты и методы.** В сплошное одномоментное исследование включены 40 пациентов (девочки — 82,5%, мальчики — 17,5%) до 18 лет с диагнозом «системная красная волчанка», установленным согласно критериям SLICC-2012. Оценивались клинические проявления, лабораторные данные, активность заболевания в дебюте и на момент исследования интерферонового индекса (ИФН-индекс, interferon I-score). ИФН-индекс определялся методом ПЦР в режиме реального времени с количественной оценкой экспрессии 5 генов, индуцируемых интерферонами  $\alpha$  и  $\beta$ .

**Результаты.** Средний возраст дебюта составил 12 лет (9,5–14,0). Отягощенный анамнез по ревматическим заболеваниям имели 9 (22,5%) пациентов. Повышенные значения ИФН-индекса выявлены у 31 больного (77,5%). Наиболее частыми клиническими проявлениями у пациентов с повышенным ИФН-индексом были поражение кожи (80,7%,  $p = 0,152$ ), артрит (67,7%,  $p = 0,952$ ), лихорадка (54,8%,  $p = 0,970$ ), поражение почек (38,7%,  $p = 0,026$ ) и ЦНС (35,5%,  $p = 0,625$ ). У пациентов с высоким ИФН-индексом чаще отмечалась серопозитивность по антинуклеарному (87,1%,  $p = 0,037$ ) и ревматоидному факторам (35,5%,  $p = 0,036$ ), гематурия (32,3%,  $p = 0,049$ ), протеинурия (35,5%,  $p = 0,036$ ), гиперферритинемия ( $p = 0,0008$ ). В группе пациентов с высоким ИФН-индексом сумма баллов по шкале активности ECLAM была достоверно выше — 3,0 (1,0; 6,0,  $p = 0,048$ ). Пациенты с повышенным ИФН-индексом чаще нуждались в интенсивной иммуносупрессивной терапии (Ритуксимаб и/или Циклофосфамид, 71,0%,  $p = 0,040$ ).

**Заключение.** Большинство детей с СКВ имеют повышенный ИФН-индекс, что свидетельствует о гиперактивации интерферон-I-сигнального пути. Высокий ИФН-индекс является потенциальным маркером поражения почек у детей с СКВ, а также, вероятно, коррелирует с тяжестью заболевания. ИФН-индекс представляется перспективным прогностическим маркером активности и тяжести СКВ. Возможности применения ИФН-индекса для оценки эффективности проводимой терапии требуют дальнейшего изучения.

**Рахмаева Р.Ф.<sup>1</sup>, Камалова А.А.<sup>1</sup>, Ахмадуллина Э.М.<sup>2</sup>, Садриева А.И.<sup>2</sup>,  
Хазиев А.А.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, Казань, Российская Федерация

<sup>2</sup> ГАУЗ ДРКБ МЗ РТ, Казань, Российская Федерация

## **АНАЛИЗ ФАКТИЧЕСКОГО ПИТАНИЯ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ И УРОВНЕМ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ GMFCS V**

**Актуальность.** Дети с детским церебральным параличом (ДЦП), особенно с тяжелыми двигательными нарушениями, соответствующими 5-му уровню по шкале Gross Motor Function Classification System (GMFCS V), часто имеют нарушения нутритивного статуса.

**Цель исследования.** Оценить антропометрические показатели и связь физического развития детей с ДЦП с особенностями фактического питания.

**Пациенты и методы.** В исследование включены 25 детей с ДЦП и уровнем двигательных нарушений GMFCS V в возрасте от 2 до 17 лет, 3 из которых находились на питании через гастростому. Оценили физическое развитие детей согласно критериям ВОЗ. Анализ рациона детей провели с помощью дневника фактического питания (ФП) за 3 дня и калькулятора ФП. Расчет фактического расхода энергии (ФРЭ) проводился по формуле Крика, показатели энергии основного обмена рассчитывали по формуле ВОЗ. Корреляционная связь оценивалась с помощью коэффициента ранговой корреляции  $\rho$  Спирмена.

**Результаты.** Среди исследуемых детей 1/25 (4%) ребенок имел нормальное физическое развитие, 5/25 (20%) детей — белково-энергетическую недостаточность (БЭН) легкой степени, 3/25 (12%) умеренную БЭН, 16/25 (64%) детей — тяжелую БЭН. Двое детей с гастростомой имели тяжелый дефицит веса, 1 — легкий дефицит веса. При этом все дети старше 8 лет имели тяжелую БЭН. Среднее значение массы тела составило  $14,46 \pm 1,13$  кг, роста —  $109,1 \pm 4,22$  см, ИМТ —  $12,1 \pm 0,44$  кг/см<sup>2</sup>. ФП детей включало 1225,75 [951–1432,5] ккал, 44 [38–57] г белка, 41,05 [32,7–50,1] г жиров, 169,75 [126–197,3] г углеводов. ФРЭ составил 1412 [1034–1608] ккал, потребность в белках — 52,95 [38,8–60,3] г, в жирах — 47 [34,5–53,6] г, углеводах — 194,15 [142,2–221,1] г. Отношение ФП к ФРЭ было следующим: в обеспечении энергией — 81,9 [70,9–129,1] %, в белках — 102,5 [77,15–126,1]%, в жирах — 95,5 [74,6–120,4] %, в углеводах — 76,4 [69,7–144,4] %. При оценке корреляции между уровнем физического развития и дефицитом ФП были выявлены обратные связи значительной тесноты по Чеддоку между следующими показателями: физическое развитие / дефицит калорийности ( $\rho = -0,544$ ;  $p = 0,029$ ), физическое развитие / дефицит потребления жиров ( $\rho = -0,511$ ;  $p = 0,043$ ), физическое развитие / дефицит потребления углеводов ( $\rho = -0,584$ ;  $p = 0,017$ ).

**Заключение.** Таким образом, при коррекции питания детей с ДЦП большое значение имеет не только энергетическая ценность рациона, но и содержание макронутриентов.

Наиболее дефицитным оказался углеводный компонент фактического питания, а белок, напротив, чаще был в профиците в питании детей с ДЦП. Особого внимания требует своевременная коррекция нутритивного статуса, так как после 8 лет у всех детей с ДЦП с тяжелыми двигательными нарушениями по результатам нашего исследования развивается тяжелая БЭН.



**Романычева Е.Н., Ганузин В.М., Сторожева И.В., Сухова Н.С.**

*Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль,  
Российская Федерация*

## **ОТДЕЛЕНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ ИЗ ГРУПП СОЦИАЛЬНОГО РИСКА — ПРАКТИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ ПЕДИАТРИИ**

**Актуальность.** Проблема состояния здоровья подрастающего поколения убедительно свидетельствует о необходимости активизации полипрофильной профилактической помощи детям. Особенно эта проблема актуальна для детей, проживающих в антисоциальных условиях. По данным профессора В.Ю. Альбицкого, в настоящее время активно развиваются новые формы оказания реабилитации в ответ на факт социальной дезадаптации детей и подростков, проживающих в этих семьях.

**Цель исследования.** Представить опыт работы оказания медико-социальной помощи детям в детской поликлинике.

**Пациенты и методы.** Организационной моделью работы с детьми в семьях, находящихся в трудном жизненном положении, служит отделение медико-социальной помощи, в штат которого состоят заведующий отделением, подростковый педиатр, психолог, логопед, дефектолог, патронажная медицинская сестра. Для качественной диагностики и полипрофильной помощи дополнительно привлекаются врачи-специалисты детской поликлиники, специалисты социальной службы и юристы.

**Результаты.** Контингент, с которым работают сотрудники отделения, составляют социально неблагополучные семьи с детьми, а также подростки, совершившие правонарушения, которым требуется оказание медико-психолого-педагогической и юридической помощи. Работа отделения поликлиники с детьми и их семьями построена на взаимосвязи с органами внутренних дел, образовательными организациями, организациями социального обслуживания, отделом по делам несовершеннолетних и защите их прав, отделом по социальной поддержке населения.

Одной из основных задач отделения является раннее выявление семей из группы социального риска. Эта функция возложена прежде всего на участковую службу. Участковый педиатр при обследовании семьи первично оценивает риск для каждого ребенка. Информация доводится до заведующего отделением медико-социальной помощи, и готовится сообщение для рассмотрения на координационном совещании группы по работе с семьями и детьми, нуждающимися в государственной поддержке.

В экстремальных случаях, при угрозе жизни детей, информация незамедлительно направляется в органы внутренних дел и комиссию по делам несовершеннолетних. При поступлении сообщения в эти учреждения срочно организуется комиссионный выход в семью специалистов: представителя отдела внутренних дел, заведующего медико-социальным отделением, из отдела социальной защиты населения, отдела по делам несовершеннолетних и защите их прав — и на месте принимается решение по адекватным случаю мерам.

Информация о семье, находящейся в трудной жизненной ситуации, рассматривается на очередном координационном совещании, и определяются виды необходимой помощи и орган, ответственный за работу с данной семьей. На все семьи с детьми, нуждающимися в государственной поддержке, составляется межведомственный план сопровождения. Заведующий отделением медико-социальной помощи организует работу с этими семьями в рамках реализации межведомственных планов. Родителям оказывают помощь в устройстве данной группы детей в детские ясли и сады.

В отделении медико-социальной помощи проходят реабилитацию подростки, направленные комиссией по делам несовершеннолетних и защите их прав и привлекающиеся к административной ответственности. Сотрудниками отделения проводится индивидуальная, групповая и коллективная профилактическая работа, ориентирующая подростков и членов их семьи на предотвращение «саморазрушающих» форм поведения (физическое и психическое насилие в семье, ранние сексуальные отношения и незапланированная беременность, употребление табака и снюсов, всех видов алкоголя и психоактивных веществ, токсикомания, кратковременный уход из семьи и др.).

Кроме того, сотрудники отделения ведут организационную работу по подготовке юношей 15–17 лет для первичной постановки их на воинский учет и подготовке к службе в рядах российской армии.

Девушкам и юношам сотрудниками кафедры педиатрии проводится врачебная профессиональная консультация. Подросткам рекомендуются специальности и учебное заведение, где эти профессии можно получить.

**Заключение.** Таким образом, отделение медико-социальной помощи детям, находящимся в трудной жизненной ситуации, и их семьям является одним из практических направлений социальной педиатрии. В задачи сотрудников отделения медико-социальной помощи входят раннее выявление семей с детьми, находящихся в трудной жизненной ситуации, определение для них потребностей в медико-социальной, психологической и юридической помощи и сопровождение данных семей с детьми по жизни.

**Рубан А.П., Лозицкая А.А., Ермакова Н.В.**

*ГУО «БелМАПО», Минск, Республика Беларусь*

## **ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ КЛИНИЧЕСКОГО ОПЫТА ПЕДИАТРА: ВЗГЛЯД ИЗНУТРИ**

**Актуальность.** Осведомленность в вопросах вакцинопрофилактики (ВП) в медицинской среде остается неоднородной. Залогом хорошей информированности педиатров по данному вопросу является стремление к новым знаниям и личная приверженность к вакцинации.

**Цель исследования.** Оценить отношение практикующих педиатров к ВП, выявить проблемные моменты при работе респондентов в данной сфере.

**Пациенты и методы.** Субъектом выступили 143 специалиста-педиатра, из них 53,8% — представители амбулаторного звена, 16% — субординаторы, 10,5% — врачи стационаров, 7,7% — организаторы здравоохранения, 6,3% — интерны, 5,6% — врачи ДДУ. Метод — анонимное анкетирование по разделам: предпочтение источников информации о ВП, субъективная оценка знаний, отношение к иммунопрофилактике у младенцев и престарелых лиц некоторых инфекций, собственная приверженность к ежегодной вакцинации против гриппа и ВП COVID-19.

**Результаты.** Как источник информации в вопросах ВП 86,8% опрошенных использовали нормативную документацию, назвав ее основной в 74,1%. Дополнительные ресурсы использовали 82,5% врачей: общение с коллегами — 55,0%, чтение статей — 44,0%; активное обучение в рамках курсов повышения квалификации — 41,2%, участие в научно-практических форумах — 33,6%.

Как выяснил опрос, рекомендации по ВП гриппа у беременных женщин считают правильными 46,8%, коклюша — 20,9% респондентов. Не рекомендуют таковую соответственно 25,2 и 24,5% педиатров, не задумывались об этой проблеме 27,9 и 54,5% специалистов. По вопросу ВП пневмококковой инфекции: 43,6% респондентов считают необходимым вакцинировать всех детей на 1-м году жизни, 50% полагает, что таковая необходима лишь детям из групп риска, 6,4% вовсе не считают важной вакцинацию младенцев против пневмококка. О необходимости применения пневмовакцин у взрослых заявили 45,0% опрошенных, не считают необходимой таковую 35,7%, затруднились с ответом по этому вопросу 19,3% врачей.

Самооценка знаний педиатров по ВП составила 3,58 балла (по 5-балльной шкале). Утвердительно на вопрос о ежегодной персональной вакцинации против гриппа ответили 60,1% врачей, а 49,6% дали бы согласие сделать прививку против COVID-19.

**Заключение.** Полученные данные косвенно свидетельствуют о недостаточной информированности педиатров в вопросах ВП. Необходимо принятие ряда управленческих решений: в системе последиplomного образования — доработка учебных программ для специальности «педиатрия» и «врач общей практики» с добавлением тем по ВП, стратегии предотвращения заболеваемости младенцев гриппозной, коклюшной, пневмококковой инфекциями; включение в программы научных и научно-практических форумов всех уровней докладов по вопросам ВП; применение тестирования для определения остаточных знаний.

**Саванович И.И.<sup>1</sup>, Чеченкова Е.В.<sup>2</sup>, Леус Г.В.<sup>3</sup>, Черная Г.Я.<sup>3</sup>, Мазаник И.В.<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Республика Беларусь

<sup>2</sup> УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель, Республика Беларусь

<sup>3</sup> УЗ «3-я городская клиническая больница», Минск, Республика Беларусь

## **СЛОЖНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЭОЗИНОФИЛЬНОГО ЭЗОФАГИТА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**

**Актуальность.** ЭоЭ — это хроническое иммуноопосредованное заболевание пищевода, характеризующееся симптомами эзофагеальной дисфункции и эозинофильной инфильтрацией слизистой оболочки органа. В настоящее время отмечается тенденция к росту заболеваемости и распространенности ЭоЭ у детей.

**Цель исследования.** Описать сложности дифференциальной диагностики эозинофильного эзофагита.

**Пациенты и методы.** Приведено описание клинического случая эозинофильного эзофагита у пациента с различными путями диагностического поиска.

**Результаты.** Пациент, 16 лет, поступил в стационар с жалобами на снижение аппетита, потерю веса, затруднение при глотании твердой и жидкой пищи. Данные жалобы в течение года, за медицинской помощью не обращались. В анамнезе — медикаментозная аллергия на глицин, пациент состоит на диспансерном учете по поводу последствий раннего органического поражения головного мозга с расстройством речевого развития и когнитивных нарушений.

Было проведено комплексное клиничко-лабораторно-инструментальное обследование, в том числе эзофагогастродуоденоскопия с биопсией из пищевода, антрального отдела желудка, 12-перстной кишки, суточная рН-импедансометрия, манометрия пищевода, аллергодиагностика; выставлен клинический диагноз: «Эозинофильный эзофагит. Стеноз средней трети пищевода. Неэрозивная ГЭРБ. Хронический антральный гастрит, ассоциированный с *H. pylori*».

Пациенту назначена антихеликобактерная терапия и далее продолжено лечение ингибиторами протонной помпы, отмечен клинический эффект.

Обсуждение: наличие у пациентов с когнитивными нарушениями и расстройствами речевого развития затруднений при глотании не всегда вовремя верифицируется и рассматривается как проявление поражения пищевода, что демонстрирует данный клинический пример.

**Заключение.** ЭоЭ — сложная проблема, так как аналогичные клинические симптомы могут наблюдаться и при других заболеваниях. В этой связи важна врачебная настороженность в отношении ЭоЭ и комплексное обследование не только с выполнением ЭГДС и обязательным взятием биопсийного материала из пищевода, но и с проведением суточной рН-импедансометрии, а при наличии показаний — манометрии пищевода. Это позволяет оптимизировать и персонализировать терапию, программу диспансерного наблюдения и реабилитации пациентов с ЭоЭ.

**Сайпулаева П.М., Мустафаева А.Т., Алчагирова З.Н., Абдулмуслимов М.Т., Алискандиев А.М.**

*Дагестанский государственный медицинский университет, Махачкала,  
Российская Федерация*

## **ОТНОШЕНИЕ К ВАКЦИНАЦИИ — ВАЖНЫЙ АСПЕКТ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ**

**Актуальность.** Иммунопрофилактика в настоящее время является важной составной частью охраны здоровья и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, а в отдельных случаях — единственным эффективным мероприятием предупреждения, снижения и ликвидации инфекций, угрожающих жизни ребенка.

**Цель исследования.** Изучение причин отказов родителей от вакцинации детей в период 2018–2019 г.

**Пациенты и методы.** Проведен опрос методом анкетирования родителей 150 детей в возрасте от 0 до 7 лет детской поликлиники № 4 г. Махачкалы.

**Результаты.** Согласно результатам анкетирования, основными причинами отказов от профилактических прививок являются: отрицательный личный опыт (16%), недостаточная информированность (23%), боязнь тяжелых осложнений (26%), мнение, что отечественная вакцина неэффективна (35%).

При этом обращает на себя внимание недостаточный уровень информированности родителей (38%) об эпидемиологии, иммунологии, тяжести течения и осложнений инфекционных заболеваний, а также об отсутствии специфического лечения, вероятности неблагоприятных исходов.

Наиболее популярные способы получения информации о вакцинации и специфической профилактике инфекций: передачи на радио и телевидении — 19%, из интернета — 48%, на приеме врача — 33%.

Результаты тестирования родителей показали необходимость продолжить работу с данной категорией населения по разъяснению преимуществ и безопасности вакцинации.

Проанализировав данные антипрививочных сайтов, мы отметили их определенные общие черты: копирование информации без должной проверки, тесную взаимосвязь — большое количество перекрестных ссылок, практически отсутствующие ссылки на научную литературу, эмоциональную окраску информации.

**Заключение.** Таким образом, очевидна необходимость внедрения многоцелевых (студентам, врачам разных специальностей, организаторам здравоохранения, фельдшерам, медицинским сестрам) форм информационных потоков, касающихся в первую очередь базовых знаний о вакцинопрофилактике, позволяющих на практике аргументированно обосновывать необходимость иммунизации. Безусловно, задача по формированию у населения позитивного отношения к иммунопрофилактике как к безопасному и эффективному способу защиты от инфекции решается только при активной позиции медицинских работников.

**Салова А.Л., Когут Т.А., Мозжухина Л.И.**

*ФГБОУ ВО «ЯГМУ» Минздрава РФ, Ярославль, Российская Федерация*

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ В СЕМЬЯХ С ПОВТОРНЫМИ ЭПИЗОДАМИ ОБСТРУКТИВНОГО ЛАРИНГИТА**

**Актуальность.** Частота возникновения повторных эпизодов обструктивного ларингита не имеет тенденции к уменьшению. В последнее время данный синдром встречается не только в раннем и дошкольном возрасте, но и в более старшем — школьном. До сих пор продолжаются поиски факторов риска возникновения повторных эпизодов обструктивного ларингита.

**Цель исследования.** Выявить психологические особенности у детей с повторными эпизодами обструктивного ларингита и у их матерей.

**Пациенты и методы.** Были обследованы 20 пар мама-ребенок (дети от 4 до 8 лет), поделенные на 2 группы. 1-я группа — дети с повторными эпизодами обструктивного ларингита. 2-я группа — дети с одним эпизодом обструктивного ларингита (группа контроля).

Статистическая обработка материала проводилась при помощи программы NanoStat 1,6. За критический уровень значимости принимался  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Обе группы детей были сопоставимы по полу и возрасту, в обеих группах преобладали мальчики — 75%. Для выявления психологических особенностей детям и их мамам были предложены проективные методики «Дом-Дерево-Человек» Дж. Бука и тест «Несуществующее животное». Для определения типа акцентуации мамам детей был предложен «Опросник акцентуации личности» К. Леонгарда. После проведения психологического тестирования было выявлено, что у мам из 1-й группы преобладал демонстративный тип акцентуации характера в 85% случаев — против 22% группы контроля ( $p < 0,05$ ). В то же время у детей из 1-й группы в 2,5 раз чаще отмечались такие особенности, как повышенная тревожность и страх, недоверие к себе, незащищенность (2-я группа — 35%;  $p < 0,05$ ). Мама детей с повторными эпизодами обструктивного ларингита были более тревожными по сравнению с мамами из группы контроля (94 против 30%;  $p < 0,05$ ).

**Заключение.** Таким образом, дети с повторными эпизодами обструктивного ларингита имеют психологические особенности в виде повышенной тревожности и страха, недоверия к себе и незащищенности. Мама таких детей оказались более тревожными с демонстративным типом акцентуации характера. Согласно полученным данным, можно предположить, что одним из возможных факторов риска возникновения повторных эпизодов обструктивного ларингита могут являться психологические особенности детей и их матерей.

**Самойлова Ю.Г., Огородова Л.М., Федорова О.С., Олейник О.А.,  
Матвеева М.В., Подчиненова Д.В., Коваренко М.А., Дираева Н.М.,  
Тарабрина А.А., Филимонов А.Е., Трифонова Е.И.**

*ФГБОУ ВО «СибГМУ» Минздрава России, Томск, Российская Федерация*

## **КОМПОЗИЦИОННЫЙ СОСТАВ ТЕЛА У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

**Актуальность.** Индекс массы тела (ИМТ) не позволяет дифференцировать жировую массу, а значит, в ряде случаев не отражает реальную картину метаболического статуса ребенка, тогда как известно, что риск развития коморбидных состояний во многом обусловлен количеством и топографией жира в организме.

**Цель исследования.** Изучить особенности композиционного состава детей младшего школьного возраста.

**Пациенты и методы.** В исследовании приняло участие 225 детей в возрасте от 8 до 12 лет. Всем было проведено обследование, включающее в себя антропометрию (рост, вес, ИМТ, SDS ИМТ) и анализ состава тела аппаратом Inbody 770 (Inbody Co. Ltd, Корея).

Статистическая обработка результатов проводилась при помощи SPSS Statistics 25.0.

**Результаты.** В результате исследования выявлено, что возраст девочек составил 9,4 [8,7; 10,5] лет, масса тела — 32,9 [28,2; 38,5] кг, рост — 136 [131,0; 143,5] см, SDS ИМТ — 0,5 [-0,4; 1,5]. По данным биоимпедансометрии жировая масса тела составила 7,9 [5,6; 11,5] кг, процент жировой массы тела — 25,0 [18,9; 30,6] %, площадь висцерального жира — 32,8 [23,9; 50,0] см<sup>2</sup>. Девочки с ожирением ( $n = 14$ ) в 100% случаев имели висцеральное ожирение. В группе избыточной массы тела ( $n = 22$ ) висцеральное ожирение встречалось в 54,5%. В 9,1% случаев девочки с нормальной массой тела ( $n = 55$ ) имели повышенную жировую массу и в 5,5% случаев — висцеральное ожирение.

Возраст мальчиков составил 9,8 [8,8; 10,7] лет, масса тела — 36,3 [30,9; 43,6] кг, рост — 139 [133,9; 145,0] см, SDS ИМТ — 1,0 [0,1; 2,0]. По результатам биоимпедансного анализа жировая масса тела составила 9,5 [5,9; 14,1] кг, процент жировой массы тела — 26,4 [18,9; 33,3] %, площадь висцерального жира — 35,9 [23,7; 65,1] см<sup>2</sup>. Мальчики с ожирением ( $n = 33$ ) в 100% случаев имели висцеральное ожирение. В группе избыточной массы тела ( $n = 37$ ) висцеральное ожирение встречалось в 43,2%.

Мальчики с нормальной массой тела ( $n = 58$ ) в 22,4% имели повышенную жировую массу и в 3,5% случаев — висцеральное ожирение. Дети обоих полов с дефицитом массы тела не имели превышений по данным показателям.

**Заключение.** Мальчики младшего школьного возраста имеют более высокие значения исследуемых параметров композиционного состава тела (жировая масса, процент жировой массы, площадь висцерального жира) по сравнению с девочками того же возраста. Обращает на себя внимание, что среди детей обоих полов с нормальной массой тела были выявлены случаи избытка жировой массы и висцерального жира. Таким образом, биоимпедансометрия — неинвазивный нелучевой метод, позволяющий на ранних этапах выявить признаки развития ожирения у детей независимо от ИМТ.

**Самойлова Ю.Г., Олейник О.А., Коваренко М.А., Дираева Н.М.,  
Денисов Н.С., Яровой Н.Д.**

ФГБОУ ВО «СибГМУ» Минздрава России, Томск, Российская Федерация

## **ДИСБАЛАНС КИШЕЧНОЙ МИКРОФЛОРЫ И ОБРАЗОВАНИЕ МАРКЕРОВ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА ПРИ ОЖИРЕНИИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ**

**Актуальность.** В последние годы активно изучается роль триметиламин N-оксида (ТМАО) как раннего маркера сердечно-сосудистых рисков при ожирении в различные возрастные периоды и выдвигаются гипотезы о том, что дисбаланс энтеральной микрофлоры способствует продукции триметиламина (ТМА) и, как следствие, повышению уровня ТМАО в сыворотке крови.

**Цель исследования.** Изучить взаимосвязь между составом кишечной микробиоты и концентрацией ТМАО в сыворотке крови при ожирении у детей.

**Пациенты и методы.** Проведено сравнительное исследование микробиоты тонкого кишечника (МТК) методом газовой хроматографии в сочетании с масс-спектрометрией (ГХ-МС) и уровня ТМАО в сыворотке крови методом ИФА у 54 детей (основная группа) в возрасте 12,1 (10,8; 14, 6) года с SDS ИМТ 2,9 (2,4; 3,4) и 20 сопоставимых по возрасту и полу детей без избытка массы тела (контрольная группа).

Статистическая обработка выполнена с использованием статистических программ SPSS 23.0 (IBM SPSS Statistics, США).

**Результаты.** У детей основной группы отмечено снижение количества бактерий *Alcaligenes spp.* — у 56% ( $p = 0,003$ ), *Micromyces spp.* (кампестерол) — у 24% ( $p = 0,002$ ) и *Clostridium perfringens* — у 23% ( $p < 0,001$ ), сопровождавшееся повышением количества грибов рода *Candida spp.* — у 41% пациентов ( $p = 0,018$ ) и вирусной нагрузки (Эпштейна–Барр вирус — у 9% ( $p = 0,021$ ) и *Herpes simplex* — у 32% ( $p = 0,046$ ) обследованных соответственно). При этом уровень ТМАО у детей с ожирением оказался статистически значимо ниже (254,2 (198,7; 377,0) пг/мл), чем в контрольной группе (893,3 (729,9; 1218,0) пг/мл). Снижение концентрации ТМАО в основной группе по сравнению с контрольной коррелировало с дисбалансом энтеральной микрофлоры.

**Заключение.** По результатам исследования у детей с ожирением было выявлено повышенное количество грибов рода *Candida* и вирусов семейства *Herpesviridae*. Возможно, такие изменения оказывают неблагоприятное влияние на местный иммунитет и приводят к возникновению хронического воспаления в тонком кишечнике.

Полученные результаты требуют дальнейшего более детального изучения роли микробиоты в метаболизме ТМАО и его использования как маркера сердечно-сосудистых рисков у детей и подростков с ожирением.

Самойлова Ю.Г., Олейник О.А., Саган Е.В., Денисов Н.С., Яровой Н.Д.

ФГБОУ ВО «СибГМУ» Минздрава России, Томск, Российская Федерация

## ОСОБЕННОСТИ СОСТАВА МИКРОБИОТЫ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА И СЕКРЕЦИИ ИНКРЕТИНОВ ПРИ ОЖИРЕНИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

**Актуальность.** Изучение многогранной роли микробиоты организма в настоящее время крайне актуально в самых разных аспектах — профилактики, прогнозирования и успеха терапии различных патологических состояний.

**Цель исследования.** Провести сравнительную характеристику количественного и качественного состава микробиоты тонкого кишечника (МТК) и секреции основных гастроинтестинальных гормонов (GLP-1 и GLP-2) у детей в зависимости от массы тела.

**Пациенты и методы.** Проведено сравнительное исследование МТК и уровня GLP-1 и GLP-2 крови у 34 детей (основная группа) в возрасте 12,1 (10,8; 14,6) года с SDS ИМТ 2,9 (2,4; 3,4) и 10 здоровых детей того же возраста (контрольная группа) без избытка массы тела. Исследование МТК проводилось методом газовой хроматографии в сочетании с масс-спектрометрией (ГХ-МС), уровня GLP-1 и GLP-2 в сыворотке крови — методом ИФА. Статистическая обработка выполнена с использованием статистических программ SPSS 23.0 (IBM SPSS Statistics, США).

**Результаты.** У детей основной группы по сравнению с контрольной группой при исследовании микробиоты тонкого кишечника регистрировалось статически значимое повышение количества грибов рода *Candida spp.* — у 41% пациентов ( $p = 0,018$ ) и вирусной нагрузки (Эпштейна–Барр вирус — у 9% ( $p = 0,021$ ), *Herpes simplex* — у 32% пациентов ( $p = 0,046$ ),) при этом у детей из группы контроля данные микроорганизмы не встречались. Кроме того, отмечено снижение количества бактерий *Alcaligenes spp.* — у 56% ( $p = 0,003$ ) и *Micromycetes spp.* (кампестерол) — у 24% ( $p = 0,002$ ), *Clostridium perfringens* — у 23% ( $p < 0,001$ ) по сравнению с группой контроля.

Показатели некоторых интерстициальных гормонов, таких как GLP-1, GLP-2, имели свои особенности в каждой из групп. Уровень GLP-1, GLP-2 был ниже в основной группе и составлял: GLP-1 (основная группа) — 20,0 пг/мл (18,0; 24,4), GLP-1 (контрольная группа) — 31,1 пг/мл (24,5; 36,1),  $p = 0,001$ , GLP-2 (основная группа) — 106,1 пг/мл (90,3; 163,7), GLP-2 (контрольная группа) — 736,7 пг/мл (464,8; 881,2),  $p < 0,001$ .

**Заключение.** Изменения состава микробиоты тонкого кишечника у детей с ожирением различной степени характеризуются увеличением по сравнению с нормой маркеров грибов рода *Candida spp.* и вирусной нагрузки (Эпштейна–Барр вирус, *Herpes simplex*) и снижением количества таких бактерий, как *Alcaligenes spp.*, *Micromycetes spp.* (кампестерол), *Clostridium perfringens*. Обнаруженные изменения сопровождались снижением секреции инкретиннов (GLP-1, GLP-2) энтероэндокринными L-клетками тонкого кишечника.



**Самороднова Е.А., Сахabetдинов Б.А.**

*ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» МЗ РФ, Казань, Российская Федерация*

## **АНАЛИЗ ФАКТОРОВ, ПРИВОДЯЩИХ К УПОТРЕБЛЕНИЮ ЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ НАПИТКОВ ШКОЛЬНИКАМИ**

**Актуальность.** В Западной Европе и России за последние пять лет отмечается существенный рост продаж кофеинсодержащих напитков (КЭН), основными потребителями которых являются подростки и молодежь. Однако все больше данных о негативном влиянии данной продукции на состояние здоровья детей и подростков.

**Цель исследования.** Изучить социальный портрет подростка, употребляющего энергетические напитки.

**Пациенты и методы.** Проведено интервьюирование 45 респондентов школьного возраста по вопросам употребления кофеинсодержащих энергетических напитков.

**Результаты.** Было опрошено 45 детей и подростков 12–17 лет, из них 2/3 были старше 15 лет. Стаж постоянного употребления КЭН составил более 2 лет у 36,4% подростков, 1–2 года — у 20%. 7% опрошенных отмечали ежедневное употребление, 15,9% — 2–3 раза в неделю, 13,6% — 1 раз в неделю, 63,8% — 1 раз в месяц. В 88,9% разовая доза составляла 500 мл, у 11,1% — до 1000 мл. Основными поводами к употреблению энергетических напитков по результатам опроса у 46,6% стали желание приобщения к последним тенденциям и яркая повсеместная реклама; у 31,1% — восполнение энергии и более длительное бодрствование в ночное время, у 22,3% — более длительная подготовка к урокам. 52% опрошенных предпочитают употреблять в компании друзей и одноклассников, 9% — близких родственников; 39% — в одиночестве. Более 2/3 из общего числа респондентов отмечают употребление во дворе, в парках и зонах отдыха; остальные — в домашних условиях. По вопросам школьной успеваемости распределение было следующим: 22% имели отличную, 58% — хорошую и 20% — удовлетворительную успеваемость. В своем анамнезе 20% опрошенных отмечали наличие патологии сердечно-сосудистой системы и 17,8% — пищеварительного тракта, однако только 10% знали о возможном вреде употребления КЭН для здоровья.

**Заключение.** Таким образом, установлено массовое распространение кофеинсодержащих энергетических напитков среди подростков, основной мотивацией к употреблению стали приобщение к последним модным тенденциям и агрессивная реклама.

**Самуэль Н., Стасий Е., Горелко Т.**

*Государственный университет медицины и фармации  
имени Николая Тестемицану, Кишинев, Республика Молдова*

## **СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ВЕДЕНИЯ ПОЛЛИНОЗА У ДЕТЕЙ**

**Актуальность.** В настоящее время поллиноз является одним из самых распространенных аллергических заболеваний, по данным разных авторов, его распространенность среди населения достигает 10–30%. Пыльца березы является основным триггером аллергии в весенний период, а сенсibilизация к пыльце амброзии — причина аллергических проявлений в летние месяцы.

**Цель исследования.** Изучить выраженность клинических симптомов и определить уровень качества жизни детей, страдающих поллинозом в сезон повышения концентрации пыльцы в атмосфере, а именно пыльцы березы и амброзии.

**Пациенты и методы.** Были обследованы 42 ребенка в возрасте от 6 до 18 лет, страдающие поллинозом, изучены анамнез и наследственная отягощенность. При помощи специального компьютерного приложения в динамике проанализированы зарегистрированные метеорологические данные и изучены карты географического распределения пыльцы в атмосфере. Для оценки влияния клинических симптомов на жизнь семьи больного ребенка был использован апробированный опросник по оценке качества жизни (КЖ) для детей, страдающих аллергическими болезнями.

**Результаты.** 34 ребенка страдали аллергическим ринитом (в том числе риноконъюнктивитом — 12; в сочетании с круглогодичными проявлениями астмы — 9 детей и 8 детей — с сезонными симптомами астмы). Средние показатели выраженности назальных, глазных и легочных симптомов, обусловленных аллергией на пыльцу трав, оценивались в сочетании с параметрами КЖ. Количество назальных симптомов непрерывно и линейно увеличивалось по отношению к значению концентрации пыльцы в атмосфере от 0 до 30 ед/м<sup>3</sup>, при этом тяжесть симптомов значительно усугублялась при увеличении концентрации с 30 до 80 ед/м<sup>3</sup>.

Глазные симптомы усиливались при концентрации 70 ед/м<sup>3</sup>. Выраженность бронхолегочных симптомов, связанных с увеличением концентрации пыльцы, оказалась несколько иной, чем глазных и назальных. Не наблюдалось видимого изменения тяжести бронхолегочных проявлений до концентрации пыльцы 50 ед/м<sup>3</sup>. При этом от концентрации пыльцы 70 ед/м<sup>3</sup> «усугубление» данного показателя было почти линейным. Среднее значение индекса КЖ составило  $16,6 \pm 5,6$  и варьировало в период цветения в зависимости от уровня концентрации пыльцы в атмосферном воздухе.

**Заключение.** Для пациентов, страдающих поллинозом, очень важно отслеживать выраженность симптомов: ухудшение и улучшение в период воздействия пыльцы. Одним из основных компонентов клинического ведения больных, страдающих аллергическими болезнями, вызванными сенсibilизацией к пыльце растений, является наличие информации о регулярно обновляемых прогнозах концентрации пыльцы, учет метеорологических данных в режиме реального времени, что позволит своевременно применять профилактические меры для предотвращения обострения состояния.

**Санталова Г.В., Шорохов С.Е., Плахотникова С.В., Никитина М.И.**

*ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации*

## **АНАЛИЗ ТАКТИКИ ПЕДИАТРА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ КРИТИЧЕСКИХ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА НОВОРОЖДЕННЫХ**

**Актуальность.** Критические врожденные пороки сердца (ВПС) новорожденных — приводящие к смерти в первые 30 дней жизни и требующие экстренного хирургического вмешательства. Актуальность проблемы обусловлена высокой частотой встречаемости, сложностью диагностики данной аномалии развития, высокой смертностью — более 70% в первый год жизни. Критические ВПС делятся на дуктус-зависимые и дуктус-независимые. Дуктус-зависимые бывают с обеспечением через ОАП легочного кровотока (транспозиция магистральных артерий (ТМА), атрезия / критический стеноз легочной артерии, аномалия Эбштейна, атрезия трехстворчатого клапана) и с обеспечением через ОАП системного кровотока (коарктация аорты, синдром гипоплазии левых отделов сердца (СГЛОС)). Дуктус-независимые представлены ДМЖП, ДМПП, аномальным дренажом легочных вен.

**Цель исследования.** Провести оценку тактики педиатра в послеоперационном периоде критических врожденных пороков сердца новорожденных.

**Пациенты и методы.** Работа проводилась на базе детского кардиохирургического отделения СОККД с 2018 по 2020 г. У 50 детей определены факторы, способствующие возникновению ВПС у новорожденных, выделены особенности критических ВПС, проведен анализ консервативной терапии в зависимости от вида оперативного лечения. В послеоперационном периоде учитывались динамический контроль за ребенком в течение нескольких месяцев/лет, своевременность обследования и лечения, профилактика осложнений и вторичных инфекций. Пациенты наблюдались в СОККД до снятия с учета.

**Результаты.** Структура критических ВПС была представлена следующими данными: атрезия трехстворчатого клапана — у 4 пациентов (8%), коарктация аорты — у 8 (16%),

аномалия Эбштейна — у 2 (4%), ТМА — у 8 (16%), СГЛОС — у 9 (18%), ДМЖП — у 18 (36%). К особенностям критических ВПС у обследованных новорожденных мы отнесли отсутствие или слабую выраженность компенсаторных реакций в виде гипертрофии миокарда (75%) и наличия коллатерального кровообращения (81%). Известно, что при отсутствии адекватной экстренной терапии или оперативного вмешательства в течение нескольких недель или дней описанные изменения приводят к развитию синдрома полиорганной недостаточности и к летальному исходу. Обследование проводилось в соответствии с Национальными рекомендациями по ведению детей с ВПС (2016). После радикальной операции лечение СН было успешным у пациентов с коарктацией аорты — в 100% случаев, с ТМА — в 80% случаев (в 20% случаев — позднее обращение, операция выполнялась после года), с ДМЖП — в 100% случаев. Оценка функции шунта проводилась в положенные сроки в 100% случаев. 100% пациентов своевременно направлены на 2-й этап операции. Осложнения наблюдались в виде рекоарктации аорты в 2 случаях, инфекционного эндокардита — у 1 больного.

**Заключение.** Таким образом, в Самарском регионе организация медицинской помощи новорожденным с критическими ВПС обеспечивается взаимодействием врачей первого контакта, детских кардиологов, кардиохирургов; имеется возможность динамического наблюдения в послеоперационном периоде в условиях специализированного центра на базе СОККД.

**Сафина Э.Р., Камалова А.А., Низамова Р.А., Гайфутдинова А.Р.,  
Басанова Л.И.**

*Казанский государственный медицинский университет, Казань,  
Российская Федерация  
Детская республиканская клиническая больница, Казань,  
Российская Федерация*

## **ОЦЕНКА КОМПОНЕНТНОГО СОСТАВА ТЕЛА У ДЕТЕЙ С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ И БОЛЕЗНЬЮ КРОНА**

**Актуальность.** Каждый ребенок с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК) нуждается в оценке пищевого статуса. Исследование компонентного состава тела позволит точно оценить пищевой статус и назначить индивидуальную нутритивную коррекцию.

**Цель исследования.** Оценить показатели физического развития и компонентного состава тела у детей с ВЗК.

**Пациенты и методы.** Обследованы 34 ребенка в возрасте от 5 до 18 лет с диагнозом ВЗК: болезнь Крона (БК) — 8 детей, язвенный колит (ЯК) — 26 детей. Всем детям оценивали антропометрические показатели: масса тела, рост, окружность средней трети плеча, толщина кожной складки над трицепсом (ТКСТ) и под лопаткой, индекс массы тела, окружность мышц плеча (ОМП). Компонентный состав тела исследовали с помощью биоэлектрического импеданса.

**Результаты.** Нарушения пищевого статуса были выявлены у половины детей с ВЗК. Среди пациентов с ЯК белково-энергетическая недостаточность (БЭН) I степени диагностирована у 6 детей (23%), БЭН II степени — у 7 (27%), БЭН III степени — 3 (12%), избыточная масса тела — у 1 пациента. Среди пациентов с БК БЭН I степени диагностирована у половины больных, БЭН II степени — у 1 пациента, избыточная масса тела — у 1 ребенка. Показатели ОМП и ТКСТ были снижены (у 5 — до 10 перцентиля) у трети больных с ЯК (8 детей) и 63% детей с БК (5 человек). По данным биоимпедансометрии дефицит активной клеточной массы наблюдался у 13 пациентов с ЯК (50%) и у 5 детей с БК (63%). Дефицит тощей массы выявлен у 11 детей с ЯК (42%) и у половины детей с БК. Дефицит жировой массы (ЖМ) обнаружен у 8 пациентов с ЯК (31%) и у 2 детей с БК (25%). Избыток ЖМ наблюдался у 7 детей с ЯК (27%) и у 1 ребенка с БК. Фазовый угол (ФУ) < 5,4 диагностирован у 40% детей с ЯК и у 25% — с БК, что косвенно указывает на гиподинамию.

**Заключение.** По нашим предварительным данным, у большинства детей с ВЗК выявлены нарушения пищевого статуса. Дефицит питания был более распространенным при болезни Крона. Избыток жировой массы, который не всегда бывает явным, а обнаруживается с помощью анализа компонентного состава тела, может маскировать дефицит ТМ и АКМ. Таким образом, при оценке пищевого статуса детей с ВЗК, наряду с рутинными методами, следует использовать инструментальные методы оценки компонентного состава тела.

**Свобода П.Н.<sup>1</sup>, Шестакова В.Н.<sup>2</sup>, Удовенко А.А.<sup>3</sup>, Бурлакова П.В.<sup>2</sup>,  
Васильцова А.Ю.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ГБУЗ «Детская областная больница Калининградской области», Калининград,  
Российская Федерация

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет»  
Министерства Здравоохранения РФ, Смоленск, Российская Федерация

<sup>3</sup> ОГБУЗ «ДКБ поликлиника № 1», Смоленск, Российская Федерация

## **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТРУКТУРЫ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У МАЛЬЧИКОВ С ДЕФЕКТАМИ РЕЧИ И БЕЗ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В ДЕТСКОМ ДОМЕ**

**Актуальность.** Речь очень чувствительна и при негативных воздействиях на организм ребенка способна деформироваться. Установлено, что дефекты речи являются распространенным нарушением здоровья детей. По данным статистики, число детей с речевыми нарушениями неуклонно растет. Частота речевых нарушений среди дошкольников и школьников колеблется от 30,7 до 92,0%, а недостатки произношения имеют 25,0–30,0% детей дошкольного возраста. У 17,0–20,0% детей младшего школьного возраста диагностируются нарушения письменной и устной речи, которые трактуются как дислексия (греч. *lexis* — слово), т.е. частичное нарушение процесса чтения, характеризующееся наличием стойких повторяющихся специфических ошибок, что затрудняет обучение в общеобразовательной организации, требует индивидуально-подхода и своевременной коррекции. В медицинской литературе этому вопросу посвящены единичные исследования, которые касаются преимущественно детей дошкольного возраста, что свидетельствует об актуальности проблемы.

**Цель исследования.** Провести сравнительную характеристику соматической патологии у мальчиков с дефектами речи, воспитывающихся в детском доме.

**Пациенты и методы.** Первоначально было осмотрено 300 детей, из них выделены 25 мальчиков с дефектами речи, воспитывающихся в учреждениях социальной сферы для несовершеннолетних (основная группа наблюдения) и 25 мальчиков без дефектов речи, воспитывающихся в аналогичных учреждениях (группа сравнения). Сбор материала о структуре хронической и функциональной патологии проводился путем выкопировки первичной информации из историй развития ребенка (форма 112/у), медицинской карты стационарного больного (форма 003/у), медицинской карты ребенка для образовательных учреждений (форма 026/у) и клинического осмотра, а также заключений других специалистов, разработанных нами анкет на выявление дефектов речевого развития, отклонений в состоянии здоровья. Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью пакета программ с использованием параметрических и непараметрических критериев.

**Результаты.** Мальчики основной группы наблюдения достоверно чаще состояли на учете по III (60,0%) и IV (20,0%) группам здоровья, чем сверстники из группы сравнения (32,0 и 20,0% соответственно). Мальчики из группы сравнения в 2,4 раза чаще наблюдались по II группе здоровья, чем сверстники из основной группы наблюдения (20,0%,  $p < 0,05$ ), свидетельствуя о том, что состояние здоровья лиц мужского пола, имеющих дефекты речевого развития, хуже, 80,0% из них имеют хронические заболевания и только 20,0% — функциональные нарушения ( $p < 0,05$ ).

Ранговую таблицу у мальчиков из основной группы наблюдения открывали поражения центральной нервной (100,0%), костно-мышечной (100,0%) системы, органов пищеварения (80,0%), сердечно-сосудистой (80,0%) системы и органа зрения (60,0%). На четвертом, пятом и шестом местах — нарушения ЛОР-органов (40,0%), врожденные пороки развития (40,0%), заболевания органов кровотока (28,0%), мочеполовой системы и органов дыхания (24,0%).

У мальчиков группы сравнения на первом, втором, третьем месте, так же как и у детей основной группы, — поражения центральной нервной (80,0%), костно-мышечной (64,0%) систем и органов пищеварения (60,0%). Сердечно-сосудистые заболевания (32,0%), поражения органов дыхания (32,0%), органа зрения (32,0%), врожденные пороки развития (32,0%) занимали четвертую позицию, что не соответствует ранговым местам в основной группе детей. На пятом, шестом и седьмом местах располагались заболевания органов пищеварения (24,0%), органов кровотока, ЛОР органов (20,0%), мочевыделительной и эндокринной (12,0%) систем.

**Заключение.** Частота встречаемости заболеваний центральной нервной системы и соматической патологии достоверно выше у мальчиков с дефектами речевого развития, чем у мальчиков без дефектов речевого развития, что важно учитывать при разработке программ по лечебно-оздоровительным мероприятиям. Особый контроль необходим со стороны неврологической службы, им необходимо постоянное сопровождение сотрудниками медико-психолого-педагогического звена.

**Селина А.Н., Лукашевич Г.Н., Лукашевич М.Г.**

*ФГБОУ ВО «РостГМУ» Минздрава России, Ростов-на-Дону,  
Российская Федерация*

## **ОЦЕНКА РИСКА ПОГРАНИЧНЫХ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПОДРОСТКОВ С ПОМОЩЬЮ СКРИНИНГОВОГО ОПРОСНИКА Р. ГУДМАНА «СИЛЬНЫЕ СТОРОНЫ И ТРУДНОСТИ»**

**Актуальность.** В настоящее время в условиях возрастающего объема информации, новых стандартов обучения дети достаточно рано начинают выбирать будущую профессию, что является фактором внешнего психологического давления и совпадает по времени с пубертатным периодом.

**Цель исследования.** Разработка программы по ранней диагностике пограничных психических состояний с учетом социально-психологического статуса среди молодых людей.

**Пациенты и методы.** Были опрошены учащиеся 9 и 11 классов среднеобразовательных школ, постоянно проживающие в городе и сельском районе Ростовской области, студенты первого курса Ростовского государственного медицинского университета и Донского государственного технического университета. Всего прошли тестирование 256 человек, средний возраст составил 17 лет  $\pm$  2 года. Был использован опросник Р. Гудмана «Сильные стороны и трудности», данные обрабатывались с помощью программы Microsoft Excel.

**Результаты.** Оценка проводилась по 5 частным шкалам и одной общей. Это позволило сделать выводы в отношении просоциального поведения и взаимосвязи его с социальной тревожностью, гиперактивности, эмоциональных симптомов и отклонений, проблем поведения/самоконтроля и трудностей в общении со сверстниками. С использованием последней, общей, шкалы был подведен итог совокупности существующих проблем. Отмечались увеличение удельного веса пограничных нервно-психических расстройств в структуре психопатологических явлений подросткового возраста и рост числа лиц с донозологическими состояниями в возрастной группе 14–15 лет, что соответствует 9 классу СОШ. У них наиболее наглядно были представлены признаки пограничного состояния (у 37%) и отклонения (почти у трети опрошенных) по совокупности общих проблем опросника. Уже в 17-летнем возрасте количество пограничных состояний встречалось у 29%, а отклонение от нормы было только у 11% выпускников. На первых курсах ВУЗов у подавляющего большинства (77,5%) студентов показатели скринингового теста попали в пределы нормы, что свидетельствует о стабилизации психического состояния.

**Заключение.** На возникновение и развитие донозологического уровня пограничных психических состояний в подростковом возрасте влияет сочетание особенностей пубертатного периода с психологическими и социальными факторами. Проведение подобного скринингового обследования у подростков позволяет предварительно оценить риски формирования какого-либо пограничного психического расстройства и при значительном отклонении от нормы по шкале «Общее число проблем» является показанием для более углубленного обследования.

**Семенова В.В.<sup>1,2</sup>, Кушнир Е.В.<sup>1</sup>, Минулин И.Р.<sup>1</sup>, Харчиков Д.В.<sup>1</sup>,  
Мирошникова А.С.<sup>1</sup>, Карелин А.Ф.<sup>1</sup>, Жуковская Е.В.<sup>1</sup>, Наседкина Т.В.<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup> Лечебно-реабилитационный научный центр «Русское поле» ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Д. Рогачева» Минздрава России, Москва, Российская Федерация

<sup>2</sup> Институт молекулярной биологии им. В.А. Энгельгардта Российской академии наук (ИМБ РАН), Москва, Российская Федерация

## **ПЕРСОНАЛИЗАЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММ У ПАЦИЕНТОВ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ С УЧЕТОМ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПАТОЛОГИИ**

**Актуальность.** Различные проявления поздних токсических эффектов у детей с опухолевыми заболеваниями во многом определяются преморбидным статусом пациентов, в том числе наличием наследственных патологий. Своевременное выявление этих факторов позволяет персонализировать программы реабилитации.

**Цель исследования.** Оценить вклад генетических факторов в развитие отдаленных осложнений противоопухолевого лечения у педиатрических пациентов онкологического профиля и их влияние на тактику реабилитации.

**Пациенты и методы.** В исследование включено 350 пациентов ЛРНЦ «Русское поле» с гемобластомами и солидными опухолями (средний возраст — 11,8 лет). Критерием направления к клиническому генетику были стигмы дисэмбриогенеза,отягощенный онкологический анамнез, тяжелая степень токсических эффектов терапии. По результатам консультации назначалось необходимое обследование. Генетическое тестирование проводили с использованием методов массового параллельного секвенирования и гибридного анализа на биологических микрочипах.

**Результаты.** Учитывая схожесть клинической картины токсических проявлений противоопухолевой терапии и симптоматики генетически обусловленных заболеваний, манифестирующих в детском возрасте (наследственные эпилепсии, миопатии, иммунодефициты, синдромальные патологии), необходимо проведение дифференциальной диагностики этих состояний с участием онкологов-реабилитологов и генетиков. Ранее описаны случаи развития тяжелых осложнений в ответ на стандартные дозы химио- и лучевой терапии у пациентов с синдромом Неймегена, синдромом Блума и атаксией-телеангиэктазией. Пациенты с синдромом Горлина и нейрофиброматозом отличаются повышенной чувствительностью к радиотерапии. Эти факторы следует учитывать при выборе тактики реабилитации. Проведенное клиничко-лабораторное обследование позволило выявить 12 случаев нейрофиброматоза 1-го и 2-го типа, 1 случай синдрома Неймегена, не диагностированные ранее. Выявление мутаций, ассоциированных с повышенным риском развития тяжелых токсических эффектов химио- и лучевой терапии, обуславливало необходимость изменения объема реабилитационной помощи, модификации плана наблюдения пациента, в том числе и по месту жительства. Приведен разбор отдельных клинических случаев с выявленными мутациями неопределенной значимости.

**Заключение.** Опыт специалистов ЛРНЦ «Русское поле» подтверждает актуальность включения клинического генетика в штатное расписание специализированных реабилитационных центров. Накопление клинического опыта, подтверждение или исключение роли мутаций неизвестной клинической значимости призвано повлиять на выбор тактики реабилитации и последующего ведения пациентов после окончания интенсивной фазы противоопухолевой терапии. Клиничко-генетическое консультирование пациентов позволяет формировать индивидуальный подход к реабилитации и повышать ее эффективность.

**Семенова Н.Ю., Валиуллина С.А., Мамонтова Н.А.**

*НИИ неотложной детской хирургии и травматологии, Москва,  
Российская Федерация*

## **ПРОВЕДЕНИЕ РИТМИЧЕСКОЙ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МАГНИТНОЙ СТИМУЛЯЦИИ ДЕТЯМ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ТЯЖЕЛОГО ПОРАЖЕНИЯ МОЗГА**

**Актуальность.** Для восстановления нарушенных функций у детей после тяжелого поражения мозга (ТПМ) важно изучение новых методов лечения в процессе реабилитации, например таких как ритмическая транскраниальная магнитная стимуляция (рТМС).

**Цель исследования.** Разработка подходов к назначению и выбору параметров рТМС у детей после ТПМ.

**Пациенты и методы.** Проведено 27 курсовых лечебных рТМС у детей в возрасте от 3 до 18 лет с последствиями ТПМ (черепно-мозговой травмы, острого нарушения мозгового кровообращения, гипоксического поражения мозга). Проанализированы нейрофизиологические данные до начала и после 5 процедур рТМС: исследование вызванных потенциалов мозга, электроэнцефалография (ЭЭГ) регистрировалась на компьютерном приборе Nicolet. Лечебная и диагностическая ТМС проводилась на приборе Нейро-МСД (Нейрософт).

**Результаты.** При разработке подходов к выбору параметров стимуляции учитывались клинические задачи, исходные нейрофизиологические данные, данные нейровизуализации. В зависимости от них в нашей работе использовались следующие точки стимуляции: моторная кора (в 17 случаях), дорсолатеральная префронтальная кора (8), затылочные отделы мозга (2). Стимуляция проводилась как пораженного, так и непораженного полушария, с учетом возможности рТМС оказывать более возбуждающее или тормозящее действие. Сила стимула рассчитывалась по порогу вызванного моторного ответа, значение которого уменьшалось в динамике при стимуляции как пораженного, так и непораженного полушария, при воздействии на различные зоны мозга.

Более чем у половины детей отмечалась положительная динамика данных ЭЭГ, которая выражалась в улучшении организации основной биоэлектрической активности мозга, повышении изначально сниженной амплитуды, частоты, значительном уменьшении эпизодов замедления ритмики, острых потенциалов; причем изменение отмечалось не только в точках воздействия стимула, но и в других участках головного мозга. По результатам контрольных нейрофизиологических исследований проводилась коррекция параметров стимуляции, учитывалось снижение функционального состояния полушария или зоны мозга. Только в одном случае курс рТМС был прекращен в связи с развитием судорожных приступов, сопровождающихся ухудшением данных ЭЭГ. У 7% детей появились патологические графоэлементы, что стало причиной прерыва сеансов рТМС с последующим их возобновлением.

**Заключение.** При выборе параметров рТМС у детей с последствиями ТПМ наряду со стандартными подходами необходимо учитывать индивидуальные особенности, выявленные различными нейрофизиологическими методами.



**Семынина Н.М., Крючкова А.В., Панина О.А., Кузнецова С.А.**

*ФГБОУ ВО «ВГМУ им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж,  
Российская Федерация*

## **ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И ОБРАЗА ЖИЗНИ ПОДРОСТКОВ В РЕГИОНЕ**

**Актуальность.** Согласно данным ФГАУ «Национальный научно-практический центр здоровья детей» Минздрава РФ, состояние здоровья подростков по сравнению с началом 1990-х гг. ухудшилось в 2,4–2,7 раза, а хронические болезни стали встречаться в этой возрастной группе чаще на 60%.

**Цель исследования.** Изучить распространенность хронических заболеваний у детей в возрасте 16–17 лет в Воронежской области.

**Пациенты и методы.** Анализ 250 амбулаторных карт в детских поликлиниках г. Воронежа. Изучение, анализ и обобщение данных отчетных форм ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Воронежской области».

**Результаты.** Проведенный анализ показал, что 103 человека (415%) имеют хронические заболевания. Чаще всего это были заболевания органов брюшной полости — 7,5%, из них: хронический неатрофический гастрит — 49%, дискинезия желчевыводящих путей — 24%, хронический колит — 15%, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь с эзофагитом — 3%. На втором месте в структуре заболеваний стоит патология органов зрения — 13% (миопия составляет 92%). На третьем месте стоят болезни опорно-двигательного аппарата — 7%, в которых преобладают плоскостопие — 67% и сколиоз — 15%. В структуре заболеваний выявлено: экзогенно-конституциональное ожирение — 78%, болезни органов дыхания — 13%. Заболевания сердечно-сосудистой системы составляют 2,4%, среди них: артериальная гипертензия — 26%, малые аномалии развития сердца — 12%, нарушение ритма сердца — 9%. Среди других заболеваний — атопический дерматит, поллиноз, хронический пиелонефрит, мочекаменная болезнь, хронический цистит, патология щитовидной железы, головная боль напряжения, хронический тонзиллит, на долю которых пришлось около 1% случаев.

**Заключение.** Распространенность хронических заболеваний среди подростков остается высокой, что связано с современным образом жизни детей и подростков. Это прежде всего внедрение в наш повседневный быт электронных устройств, мобильных телефонов, компьютеров, ведение малоподвижного образа жизни и нарушение пищевого поведения. Наметилась тенденция «омоложения» сердечно-сосудистой патологии, в частности артериальной гипертензии.

**Сероклинов В.Н.<sup>1</sup>, Колесникова О.И.<sup>1</sup>, Мироненко И.И.<sup>1</sup>,  
Горбаченко В.М.<sup>1</sup>, Никонов А.М.<sup>2</sup>, Цыпченко О.В.<sup>2</sup>, Таскина Н.И.<sup>2</sup>,  
Боронина С.Н.<sup>3</sup>, Курдеко И.В.<sup>3</sup>, Купряшина И.С.<sup>3</sup>, Лазарева Е.В.<sup>3</sup>,  
Даулетова Я.А.<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» МЗ РФ,  
Барнаул, Российская Федерация

<sup>2</sup> КГБУЗ «Диагностический центр Алтайского края, межрегиональная  
медико-генетическая консультация», Барнаул, Российская Федерация

<sup>3</sup> КГБУЗ «Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства»,  
Барнаул, Российская Федерация

## **ПОПУЛЯЦИОННАЯ ЧАСТОТА МУКОВИСЦИДОЗА У ДЕТЕЙ АЛТАЙСКОГО КРАЯ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ НЕОНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА ЗА ПЕРИОД 2007–2020 гг.**

**Актуальность.** Муковисцидоз — частое моногенное заболевание, обусловленное мутацией гена трансмембранного регулятора муковисцидоза, характеризующееся поражением экзокринных желез систем органов дыхания и пищеварения, наследуемое по аутосомно-рецессивному типу. Изучение популяционной частоты муковисцидоза дает возможность планировать объем медицинской помощи больным муковисцидозом.

**Цель исследования.** Изучить популяционную частоту муковисцидоза в Алтайском крае по результатам неонатального скрининга.

**Пациенты и методы.** Определение иммунореактивного трипсина в сухих пятнах крови новорожденных. Определение проводимости пота на аппарате «Нанодакт» у новорожденных с неонатальной гипертрипсиногенемией.

**Результаты.** С января 2007 по декабрь 2020 г. в Алтайском крае обследовано 374 774 новорожденных по скринингу на муковисцидоз. Процент охвата обследованных новорожденных по скринингу на муковисцидоз среди всех родившихся за этот период составил 99,3%. Неонатальная гипертрипсиногенемия (положительный тест на 4–5-й день жизни и положительный ретест на 21–28-й день жизни на иммунореактивный трипсин в сухом пятне крови) выявлена у 329 новорожденных. Неонатальная гипертрипсиногенемия обнаружена у 0,09% обследованных по скринингу на муковисцидоз новорожденных.

Выявлено 50 больных муковисцидозом среди 329 новорожденных с неонатальной гипертрипсиногенемией, что составило 15,2% от числа новорожденных с неонатальной гипертрипсиногенемией.

**Заключение.** Популяционная частота муковисцидоза, по данным неонатального скрининга за период 2007–2020 гг., составила 1 больной муковисцидозом на 7495 новорожденных (13,3 на 100 тыс. новорожденных).

**Сетко А.Г., Булычева Е.В., Жданова О.М., Лукьянов П.В.**

*Оренбургский государственный медицинский университет, Оренбург,  
Российская Федерация*

## **МЕЖЛИЧНОСТНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ СОВРЕМЕННЫХ ПОДРОСТКОВ КАК ФАКТОР РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ**

**Актуальность.** В подростковом возрасте доминирующую роль в психосоциальном развитии личности имеют отношения со сверстниками. Подростки ввиду недостаточной психологической и социальной зрелости ориентируются в основном на мнение социального окружения, что является фактором риска формирования у группы подростков созависимости.

**Цель исследования.** Оценить уровень формирования межличностной зависимости у современных подростков.

**Пациенты и методы.** С помощью компьютерного тестирования у 250 подростков 12–16-летнего возраста проведена оценка уровня развития созависимости согласно опроснику Р. Гиршфильда (1977) «Межличностная зависимость», модифицированного О.П. Макушиной.

**Результаты.** Установлено, что лишь у пятой части подростков (18,0%) был низкий уровень зависимости в межличностных взаимоотношениях, тогда как у каждого второго обследуемого (51,5%) выявлена умеренная степень межличностной зависимости, у каждого третьего подростка (30,5%) — высокий уровень зависимости в межличностных отношениях, обусловленный потребностью в эмоциональной поддержке со стороны социума, чувством неуверенности в себе, сниженной ответственностью за свои действия и чувства. Так, высокий уровень стремления к автономии имели 20,5% подростков, вместе с тем у половины обследуемых (51,0%) стремление к автономии было выражено в умеренной степени, у 28,5% подростков определено слабовыраженное стремление к обособленности. Не более 1,3% обследуемых были уверены в себе, не испытывали чувства нерешительности во взаимоотношениях с окружающими, при этом у большинства подростков (87,2%) установлено умеренное проявление неуверенности, характеризующееся некоторым дискомфортом в ответственных ситуациях и событиях, а ведомую позицию в группе ввиду неуверенности в себе предпочитали 11,4% подростков. На этом фоне высокий уровень потребности в эмоциональной поддержке со стороны окружения ощущали 10,9% обследуемых, у 58,8% подростков эмоциональная зависимость от социума выражена умеренно, 29,0% обследуемых были эмоционально независимы от окружения.

**Заключение.** Таким образом, у трети подростков (30,5%) выявлен высокий уровень созависимости, что является фактором риска формирования аддиктивного поведения и обуславливает необходимость проведения профилактических мероприятий, направленных на снижение риска формирования зависимости у подростков.

**Сетко А.Г., Жданова О.М., Сетко И.А., Лукьянов П.В.**

*Оренбургский государственный медицинский университет, Оренбург,  
Российская Федерация*

## **ОЦЕНКА ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ УЧАЩИХСЯ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ**

**Актуальность.** Современный общеобразовательный процесс характеризуется высокой интенсивностью, применением электронных и дистанционных образовательных технологий, что формирует риск развития психоэмоционального напряжения у учащихся общеобразовательных организаций.

**Цель исследования.** Провести оценку состояния психического здоровья у учащихся общеобразовательных учреждений.

**Пациенты и методы.** У 325 учащихся старших классов лицея для одаренных детей проведена оценка уровня стресса — по опроснику «Шкала психологического стресса PSM-25», адаптированного Н.Е. Водопьяновой (2005); агрессии — по опроснику А. Басса и А. Дарки (1957); тревожности и негативных эмоций — по опроснику Ч.Д. Спилбергера, модифицированного А.Д. Андреевой (1988); а также интегральная оценка психического здоровья по уровню психологической адаптации согласно методике «Интегральная оценка психогенных форм дезадаптации» Н.П. Сетко и соавт. (2016).

**Результаты.** Установлено, что высокий уровень стресса определен у 21,4% обследуемых, умеренный и низкий уровень — у 16,3 и 62,3% подростков соответственно. Одной из самых распространенных реакций на стресс является тревожность, высокий уровень сформированности которой выявлен у 18,9% учащихся, при этом остальные 48,6 и 32,4% подростков имели умеренный и низкий уровень тревожности соответственно. Негативные эмоциональные переживания различной степени выраженности испытывали от 32,4 до 67,6% учащихся.

Защитной эмоциональной реакцией организма на стресс является гнев, задача которого — мобилизовать психофизиологические резервы организма, однако длительное стрессовое воздействие может привести к формированию такой деструктивной эмоции, как агрессия. Проявления агрессивного поведения отмечены у каждого третьего подростка (34,1%), адекватное проявление агрессии выявлено лишь у 20,5% учащихся, тогда как преобладающее число подростков (45,4%) подавляли агрессию.

Интегральная оценка психического здоровья подростков показала, что нормальный уровень психологической адаптации имели 75,7% подростков, вместе с тем у четвертой части учащихся (24,3%) выявлена высокая степень психологической дезадаптации, что свидетельствовало о чрезмерном нервно-психическом напряжении учащихся.

**Заключение.** Таким образом, у четвертой части обследуемых установлено ухудшение психического здоровья за счет формирования высокого уровня стресса, тревожности, негативных эмоций, определяющих психологическую дезадаптацию учащихся к процессу обучения в общеобразовательных учреждениях.

**Сетко А.Г., Жданова О.М., Тюрин А.В., Терехова Е.А.**

*Оренбургский государственный медицинский университет, Оренбург,  
Российская Федерация*

## **ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АДАПТАЦИИ УЧАЩИХСЯ В УСЛОВИЯХ ИНТЕНСИФИКАЦИИ ОБРАЗОВАНИЯ**

**Актуальность.** Интенсивность учебного процесса негативно влияет на функциональное состояние организма школьников и зачастую становится для обучающихся фактором риска формирования школьной дезадаптации.

**Цель исследования.** Выявить физиологические особенности адаптации учащихся в условиях высокого уровня интенсивности учебного процесса.

**Пациенты и методы.** У 300 учащихся 9–11-х классов многопрофильного лицея оценена напряженность учебного процесса (Кучма В.Р. и соавт., 2015) хронометражным методом по уровню интеллектуальных, сенсорных, эмоциональных нагрузок, режима и монотонности учебного труда. Уровень биологической адаптации определен методом вариационной пульсометрии на аппаратно-программном комплексе ORTO-expert (Игишева Л.Н., Галеев А.Р., 2003).

**Результаты.** Установлено, что учебная деятельность, реализуемая на базе многопрофильного лицея, за счет напряженного уровня интеллектуальных ( $3,2 \pm 0,18$  балла), сенсорных ( $2,8 \pm 0,11$  балла) и эмоциональных нагрузок ( $3,2 \pm 0,29$  балла), а также режима учебного труда ( $3,0 \pm 0,11$  балла) соответствовала выраженному уровню напряженности 1-й степени (класс 3.1) ( $2,9 \pm 0,14$  балла).

В условиях высокой интенсивности учебных нагрузок удовлетворительный уровень биологической адаптации, отражающий оптимальное функциональное состояние органов и систем организма, имели лишь 9,4% учащихся с повышенными умственными способностями, тогда как неудовлетворительная биологическая адаптация и ее срыв, характеризующийся нарушением гомеостатического равновесия, истощением регуляторных систем выявлен у 21,9 и 43,8% подростков соответственно. Необходимо отметить, что каждый четвертый подросток (25,5%) имел состояние напряжения биологической адаптации, при котором оптимальное функционирование органов и систем организма поддерживается за счет интенсивного напряжения регуляторных систем, а в условиях длительного воздействия факторов риска может перейти в состояние неудовлетворительного уровня или срыва биологической адаптации.

**Заключение.** Установлено, что на фоне выраженного уровня напряженности учебного процесса (класс 3.1) у каждого второго учащегося с повышенными умственными способностями выявлено истощение адаптационных возможностей организма, что является фактором риска развития заболеваний и определяет необходимость внедрения в учебный процесс многопрофильного лицея здоровьесберегающих мероприятий, направленных на повышение уровня биологической адаптации.

**Сетко Н.П., Булычева Е.В., Сетко А.Г.**

*ФГБОУ ВО «ОргМУ» Минздрава России, Оренбург, Российская Федерация*

## **ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА СРЕДИ ШКОЛЬНИКОВ В ПЕРИОД ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ**

**Актуальность.** Смартфоны, планшеты, компьютеры стали частью повседневной жизни детей, подростков и молодежи. В России около 10 млн детей в возрасте до 14 лет — активные пользователи интернета. Многофакторность проблемы электронного обучения определяет нерешенность вопросов ее гигиенического регламентирования.

Внедряемые в деятельность образовательных организаций новые формы профилактической работы не могут решить всего комплекса существующих проблем.

**Цель исследования.** Дать оценку активности использования современных гаджетов детьми и подростками современных общеобразовательных учреждений.

**Пациенты и методы.** У 1452 учащихся в возрасте от 7 до 17 лет городских и сельских общеобразовательных учреждений в период дистанционного обучения проведена оценка образа с помощью Google-форм, где был сформирован модифицированный опросник для обучающихся, за основу которого взята анкета НИИ гигиены охраны детей и подростков и ФГАУ НМИЦ здоровья детей Минздрава России (2020). Проведена оценка напряженности учебного процесса на 3500 уроках городских и сельских школ в условиях естественного эксперимента хронометражным методом в соответствии с федеральными рекомендациями по оказанию медицинской помощи обучающимся ФР РОШУМЗ-16-2015 (версия 1.1) «Гигиеническая оценка напряженности учебной деятельности обучающихся».

**Результаты.** В условиях дистанционного обучения изменяется система обучения, характеризующаяся активным использованием гаджетов. Отмечено увеличение в 2 раза числа учащихся, использовавших для обучения смартфоны; в 1,3 раза — компьютеры. При этом максимальный прирост учащихся, использовавших при дистанционном обучении смартфоны, выявлен среди учащихся среднего звена — с  $10,2 \pm 0,05$  до  $55,3 \pm 0,08\%$  среди городских и с  $10,5 \pm 0,04$  до  $68,2 \pm 0,07\%$  среди сельских школьников; а компьютеры — среди учащихся начального звена — с  $12,3 \pm 0,06$  до  $75,6 \pm 0,08\%$  среди городских учащихся и с  $10,5 \pm 0,05$  до  $85,3 \pm 0,06\%$  среди сельских учащихся. Среди старшеклассников как при традиционной, так и при дистанционной форме обучения отмечалось стабильно высокое число учащихся, использовавших компьютеры, смартфоны и ноутбуки при обучении, удельный вес которых составлял от  $65,3 \pm 0,08$  до  $78,1 \pm 0,5\%$ .

Выявлена важная гигиеническая проблема превышения гигиенических нормативов длительности использования информационно-коммуникационных средств (ИКС) при дистанционной форме обучения. Так, среди школьников начальных классов существенно выросло число учащихся, которые использовали ИКС при дистанционном обучении от 3 до 6 ч в сутки (в 4,4 раза — с 18,4 до 81,3% — среди городских и в 4,6 раза — с 13,9% до 77,7% — среди сельских школьников). Среди городских и сельских школьников среднего звена зафиксировано резкое увеличение времени использования ИКС (до 7 ч.) у все большего числа учащихся (в 40,2–45,6 раз), что обусловлено формой дистанционного обучения. Вероятно, это связано с тем, что с 5-го по 6-й класс по учебным дисциплинам в программе предусмотрено освоение новых тем, что в формате дистанционного обучения самостоятельно достаточно затруднительно для обучающихся.

На фоне стабильного числа городских старшеклассников, использовавших информационно-коммуникационные средства 7 и более ч в сутки при исследуемых формах обучения на уровне 25,4–26,2% учащихся, определено увеличение в 20,5 раза сельских старшеклассников, которые при дистанционной форме обучения использовали информационно-коммуникационные средства с такой же продолжительностью. Вероятно, это связано с тем, что городские школьники в период традиционной системы образования уже имели отработанный навык работы с информационно-коммуникационными средствами обучения, и при дистанционном формате городским школьникам требовалось меньше времени на обучение, тогда как у сельских школьников опыт активного использования технических средств обучения формировался непосредственно в период дистанционного обучения. Отмечен дополнительный фактор риска ухудшения состояния здоровья учащихся в период дистанционного обучения, который связан с применением в 95,3% случаев капельного типа наушников на фоне длительного использования информационно-коммуникационных средств обучения.

На примере учебных занятий в период дистанционного обучения у учащихся начальных классов проведена сравнительная оценка напряженности учебного процесса, которая показала ее увеличение относительно традиционной формы с  $2,9 \pm 0,05$  балла (класс 3.1) до  $3,4 \pm 0,02$  балла (класс 3.1) ( $p \leq 0,05$ ) за счет напряженной второй степени интеллектуальной нагрузки ( $3,6 \pm 0,01$  балла), сенсорных нагрузок ( $3,6 \pm 0,03$  балла), монотонности учебной работы ( $3,7 \pm 0,03$  балла) и напряженного первой степени режима учебной работы ( $3,1 \pm 0,03$  балла). При традиционной форме обучения лишь 1 показатель соответствовал классу 3.2 — напряженной второй степени по монотонности учебной работы ( $3,6 \pm 0,03$  балла).

**Заключение.** В условиях дистанционного обучения отмечено увеличение продолжительности использования информационно-коммуникационных средств обучения, превышающее гигиенические нормативы. Использование при обучении капельных наушников и смартфонов на фоне высокой напряженности учебной деятельности составляет важную гигиеническую проблему.

**Сетко Н.П., Булычева Е.В.**

*ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России, Оренбург, Российская Федерация*

## **ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ СОВРЕМЕННЫХ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

**Актуальность.** Общественное развитие и его перспективы выдвигают новые требования к характеру и уровню образования современного школьника. Активная модернизация школьного обучения и его трансформация в «цифровую образовательную среду» определили снижение успеваемости школьников, демонстрируя имеющиеся трудности обучения в общеобразовательной школе. Учитывая тот факт, что школьная успеваемость тесно связана с когнитивным развитием учащегося, становятся актуальными изучение и коррекция когнитивных функций учащихся как одно из направлений профилактики ухудшения психического здоровья школьников в условиях современного школьного образования.

**Цель исследования.** Оценить уровень когнитивных функций современных учащихся в возрасте 7–11 лет.

**Пациенты и методы.** У 1235 учащихся, обследованных в 2008 году, и 1548 учащихся, обследованных в 2019 году, проведена оценка когнитивных функций, основу которой составляет функциональное состояние центральной нервной системы, которое определено с помощью вариационной хронорефлексометрии по методике М.П. Мороз (2001) с определением функционального уровня нервной системы (ФУС), устойчивости нервной реакции (УР) и уровня функциональных возможностей сформированной функциональной системы (УФВ), а также по показателям точности (At, ед.), коэффициента точности (Та, ед.), амплитуды колебаний продуктивности и количественных показателей умственной работоспособности: скорости переработки информации (S, ед.), продуктивности (Р, ед.), коэффициента выносливости (Кр, ед.) с помощью теста Э. Ландольта, адаптированного В.Н. Сыроевым (2000) с использованием компьютерной программы «ИМАТОН».

**Результаты.** Показатели функционального состояния центральной нервной системы у современных школьников были достоверно ниже физиологической нормы и данных учащихся, обследованных в 2008 году, у учащихся 7–11 лет по показателю ФУС; у учащихся 12–14 лет по показателям ФУС, УР и УФВ; у учащихся 15–17 лет по ФУС и УР. Так, у современных учащихся в возрасте 7–11 лет ФУС составлял  $1,9 \pm 0,02$  ед. при данных  $2,2 \pm 0,02$  ед. ( $p \leq 0,05$ ) у учащихся, обследованных в 2008 г. У современных учащихся в возрасте 12–14 лет снижение показателей относительно данных учащихся, обследованных в 2008 году, составило по показателю ФУС с  $2,5 \pm 0,01$  ед. до  $2,3 \pm 0,02$  ед. ( $p \leq 0,05$ ); по УР с  $1,2 \pm 0,02$  ед. до  $1,1 \pm 0,03$  ед. ( $p \leq 0,05$ ); по УФВ с  $2,4 \pm 0,03$  ед. до  $2,2 \pm 0,02$  ед. ( $p \leq 0,05$ ). У современных учащихся в возрасте 15–17 лет определено снижение исследуемых показателей относительно данных учащихся, обследованных в 2008 году, только по ФУС с  $2,5 \pm 0,02$  ед. до  $2,4 \pm 0,01$  ед. ( $p \leq 0,05$ ) и УР с  $1,5 \pm 0,02$  ед. до  $1,3 \pm 0,01$  ед. ( $p \leq 0,05$ ) на фоне стабилизации данных показателя УФВ, который составил  $2,5 \pm 0,02$  ед. у современных учащихся и  $2,5 \pm 0,03$  ед. ( $p \geq 0,05$ ) у учащихся, обследованных в 2008 году. Полученные данные, вероятно, связаны с тем, что в результате напряженной учебной нагрузки начиная с начальных классов истощается функциональный уровень нервных процессов, что, в первую очередь, отражается на уровне таких оперативных показателей центральной нервной системы, как ФУС и УР, а к моменту обучения в старших классах в возрасте 15–17 лет формируется тренированность нервных процессов, которая повышает адаптационную способность центральной нервной системы и стабилизирует уровень показателя УФВ.

Отмечено, что в возрастной группе 7–11 лет у городских учащихся в сравнении с аналогичной возрастной группой у сельских учащихся ФУС, УР и УФВ не имели достоверных различий. В то время как к 15–17-летнему возрасту установлена общая тенденция (как в группе современных учащихся, так и среди обследованных в 2008 году) увеличения исследуемых показателей среди городских учащихся относительно данных сельских учащихся. Так, показатель УР у современных городских учащихся составлял  $2,4 \pm 0,02$  ед. при данных современных сельских учащихся  $2,3 \pm 0,01$  ед. ( $p \leq 0,05$ ); у учащихся, обследованных в 2008 году, соответственно,  $2,6 \pm 0,03$  ед. и  $2,5 \pm 0,02$  ед. ( $p \leq 0,05$ ). УР у современных городских учащихся составлял  $1,4 \pm 0,03$  ед. при данных современных сельских учащихся  $1,2 \pm 0,02$  ед. ( $p \leq 0,05$ ); у учащихся, обследованных в 2008 году, соответственно,  $1,6 \pm 0,05$  ед. и  $1,3 \pm 0,02$  ед. ( $p \leq 0,05$ ). ФУС у современных городских учащихся составлял  $2,3 \pm 0,02$  ед. при данных современных сельских учащихся  $2,2 \pm 0,03$  ед. ( $p \leq 0,05$ ); у учащихся, обследованных в 2008 году, соответственно,  $2,5 \pm 0,06$  ед. и  $2,4 \pm 0,04$  ед. ( $p \leq 0,05$ ).

Отличительной особенностью современных учащихся от 7 до 17 лет в сравнении с данными учащихся, обследованных в 2008 году, стало увеличение коэффициента точности выполняемой умственной работы с  $0,76 \pm 0,04$  ед. до  $0,85 \pm 0,05$  ед. ( $p \leq 0,05$ ), скорости переработки информации с  $0,4 \pm 0,03$  ед. до  $1,01 \pm 0,14$  ед. ( $p \leq 0,05$ ), а также коэффициента умственной работоспособности с  $110,8 \pm 0,34$  ед. до  $206,6 \pm 22,4$  ед. ( $p \leq 0,05$ ). Вероятно, данный факт связан с активной цифровизацией всех сфер жизнедеятельности детей и подростков на фоне необходимости переработки современными учащимися большого количества информации в условиях дефицита времени. В то же время на фоне положительной тенденции увеличения опера-

тивных показателей умственной работоспособности, установленной у современных учащихся, в научной литературе указано, что чрезмерное использование цифровых средств формирует риски нарушения морфофункционального созревания мозга, характеризующиеся изменением мозговых стратегий когнитивной деятельности, повышением напряжения мозговых систем регуляции, ухудшением функционального состояния правой фронтальной коры, снижением объема серого вещества в структурах мозга, связанных с когнитивным контролем, перестройками стратегий запоминания за счет замещения семантической памяти на внешнюю, что особенно актуально у детей и подростков, поскольку использование цифровых средств и интернета отражается на динамике созревания областей мозга, ответственных за речь, внимание, а также психоэмоциональное состояние.

**Заключение.** Показано, что у современных учащихся увеличились показатели функционального состояния центральной нервной системы, определяющие оперативные характеристики ее функционирования, что, вероятно, связано с необходимостью переработки высокого объема предъявляемой учебной информации в условиях дефицита времени, характерного для современного школьного образования.



**Симонова Н.А.<sup>1</sup>, Гапоненко В.П.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> БУЗОО «Городская детская клиническая больница № 2 им. В.П. Бисяриной», Омск, Российская Федерация

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, Омск, Российская Федерация

## **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГЕМОФАГОЦИТАРНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТА С АТАКСИЕЙ-ТЕЛЕАНГИЭКТАЗИЕЙ (СИНДРОМОМ ЛУИ-БАР)**

**Актуальность.** В доступной литературе описано всего несколько случаев развития гемофагоцитарного синдрома у пациентов с атаксией-телеангиэктазией (А-Т) и ни в одном не исследовался инфекционный статус в отношении вируса Эпштейна–Барр (ВЭБ).

**Цель исследования.** Повысить осведомленность врачей в области диагностики вторичного гемофагоцитарного лимфогистиоцитоза, его возможных причин и вероятности сочетания с иммунодефицитными состояниями, в частности А-Т.

**Пациенты и методы.** Представлен клинический случай развития гемофагоцитарного синдрома на фоне реактивации ВЭБ-инфекции у пациентки 11 лет с генетически подтвержденным диагнозом «Первичный иммунодефицит комбинированный с атаксией-телеангиэктазией (синдром Луи-Бар) (мутации в гене *ATM*: c.432dupA, C.41480A)». Диагноз был установлен в 10 лет, длительное время наблюдалась относительная компенсация по основному заболеванию на фоне адекватной заместительной терапии внутривенными иммуноглобулинами.

**Результаты.** Пациентка лихорадила до 38,5 в течение 2 мес, с хорошим ответом на антипиретики. В ротовой полости явления афтозного стоматита, приобретшие затем некротический характер. Лабораторно — высокая активность воспаления, с нарастанием уровня ферритина до 850. Усиление антибактериальной, противогрибковой, добавление противовирусной терапии не дает эффекта. В связи с высоким риском неоплазии при синдроме Луи-Бар ведется активный онкопоиск с биопсией, исключается туберкулезная этиология процесса в ротоглотке.

Одновременно нарастает цитопения, палочкоядерный сдвиг до 14%. Для исключения гемобластоза проводится трепанобиопсия: без признаков опухолевого поражения. В динамике появляются пузырьковые высыпания в области преддверия носа, ПЦР цельной крови на ВЭБ положительна. Уровень триглицеридов и ферритина повышен. Делается предположение о наличии вторичного гемофагоцитарного синдрома, в терапии добавлены глюкокортикостероиды, этопозид, циклоспорин А. На фоне лечения отмечается положительная клинико-лабораторная динамика. При повторном исследовании костного мозга были обнаружены морфологические признаки гемофагоцитоза.

**Заключение.** ВЭБ ассоциирован с развитием гемофагоцитарного синдрома. Клиническая картина активации герпесвирусной инфекции направила диагностический поиск в сторону гемофагоцитарного синдрома, а наличие лихорадки более 7 дней, трехростковой цитопении, повышение уровня ферритина и триглицеридов, а также морфологическое исследование костного мозга позволило установить диагноз по критериям HLH 2004 и инициировать лечение по одноименному протоколу. Дифференциальная диагностика проводилась с гемобластозами.

**Скачкова М.А.<sup>1</sup>, Рыбалкина М.Г.<sup>1</sup>, Карпова Е.Г.<sup>1</sup>, Тарасенко Н.Ф.<sup>1</sup>,  
Беляшова Е.Ю.<sup>2</sup>, Филатова Ю.А.<sup>2</sup>, Никитина О.В.<sup>3</sup>, Маркова О.М.<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «ОрГМУ» МЗ РФ, Оренбург, Российская Федерация

<sup>2</sup> ГАУЗ «ООКБ № 2 Медико-генетическая консультация», Оренбург,  
Российская Федерация

<sup>3</sup> ГАУЗ «ОДКБ», Оренбург, Российская Федерация

## **РЕЗУЛЬТАТЫ КАТАМНЕСТИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ДЕТЬМИ С ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ РЕЗУЛЬТАТОМ НЕОНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА НА МУКОВИСЦИДОЗ В ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Актуальность.** Муковисцидоз (МВ) с 2006 г. включен в программу неонатального скрининга (НС) на территории области. Пренатальная диагностика МВ дает как ложноположительные, так и ложноотрицательные результаты. Катамнестические данные о его результатах отсутствуют.

**Цель исследования.** Катамнестическая оценка результатов скринингового обследования новорожденных на муковисцидоз в Оренбургской области.

**Пациенты и методы.** Проведена оценка результатов катамнестического наблюдения за детьми с установленным диагнозом МВ, выявленными при НС, в сравнении с общей популяцией больных МВ Оренбургской области. Оцениваемые параметры: количество пациентов, результаты их анамнестического, генетического, клинического и лабораторно-инструментального обследования. Наличие ложноположительных и ложноотрицательных результатов НС.

**Результаты.** Выявлено увеличение количества с 6 до 72 человек с 1990 по 2019 г. Обследовано 327 379 новорожденных или 88,8% (от 48,5 до 99,6%) охвата детей НС и выявлен 41 ребенок с неонатальной гипертрипсинуемией. Установлены 2 ложноположительных результата (у ребенка с TORCH-инфекцией и при перинатальном контакте по ВИЧ). Выявлено 33 ребенка с МВ. Преобладали мальчики (66,7%), равномерно представлены городские и сельские жители. 33% родились недоношенными. У 1/3 пациентов диагноз установлен до появления клиники, а у 13% — мекониальный илеус. Средний диагностический возраст — 0,32 года, тогда как в общей группе пациентов с МВ — 2,53 года (от 1 дня до 38 лет). Генетически 44% детей гомозиготы *DelF508*, а в 15,63% уточнить мутации не удалось.

Летальный исход в 4 случаях, 3 из них — недоношенные. У 6 больных отмечался синдром псевдо-Барттера. Частота бронхолегочных обострений — 1–3 случая в год против 5–8 эпизодов у пациентов, выявленных вне НС. Отмечены лучшие показатели нутритивного статуса — массо-ростовой индекс 88–92% против 85–88%.

**Заключение.** Ранняя диагностика МВ напрямую связана с лучшим прогнозом заболевания, о чем свидетельствуют его более легкое течение и меньшее число осложнений у детей, получающих терапию при своевременном установлении диагноза.

Пренатальная диагностика (концентрация иммунореактивного трипсина в крови новорожденных) дает как ложноположительные, так и ложноотрицательные результаты. Это вызывает необходимость наблюдения за детьми и их обследования в динамике для уточнения диагноза.

**Скрыльникова М.А., Жданова О.А., Настаушева Т.Л., Гурович О.В.**

*ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Воронеж, Российская Федерация*

## **ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ В ПЕРИОД ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО ЛИМФОБЛАСТНОГО ЛЕЙКОЗА**

**Актуальность.** Дети, перенесшие острый лимфобластный лейкоз (ОЛЛ), подвергаются повышенному риску возникновения нарушений физического развития. Но данные о времени возникновения и динамике этих изменений неоднозначны.

**Цель исследования.** Изучить показатели физического развития детей с ОЛЛ в период проведения интенсивной химиотерапии до начала лучевой терапии.

**Пациенты и методы.** Ретроспективный анализ историй болезни 50 пациентов в возрасте 11 мес – 14 лет, получавших лечение по протоколу ALL-MB 2015 стандартного и среднего риска в период интенсивной химиотерапии (7–11 мес). Физическое развитие оценивалось при помощи программы WHO AnthroPlus. Показатели z-оценок длины тела к возрасту (HAZ) и индекса массы тела к возрасту (BAZ) оценивали согласно разработанным ВОЗ нормам роста детей. Изменения HAZ и BAZ анализировали с использованием *t*-критерия Стьюдента.

**Результаты.** До начала интенсивной терапии (ИТ) среднее значение HAZ составило  $0,6 \pm 0,14$  (диапазон от  $-1,86$  до  $2,75$ ), среднее значение BAZ —  $0,05 \pm 0,2$  (диапазон от  $-3,31$  до  $3,37$ ). У девочек среднее значение BAZ ( $-0,06 \pm 0,32$ ) было ниже, чем у мальчиков ( $0,15 \pm 0,27$ ). У 1 мальчика и 1 девочки (4%) выявлено истощение, избыточная масса тела — у 4 мальчиков и 7 девочек (22%), ожирение — у 3 мальчиков и 1 девочки (8%). К окончанию ИТ наблюдалась задержка роста, среднее значение HAZ составило  $-0,05 \pm 0,16$  ( $p = 0,002$ ). У девочек снижение значений HAZ было более значимым, чем у мальчиков ( $p = 0,009$ ). У большинства детей выявлено увеличение массы тела, среднее значение BAZ составило  $0,62 \pm 0,2$  ( $p = 0,052$ ). Увеличение BAZ у девочек было более значимым —  $0,9 \pm 0,27$  ( $p = 0,025$ ). К окончанию ИТ истощение диагностировано у 3 мальчиков (6%), избыточная масса тела — у 10 мальчиков и 7 девочек (34%), ожирение — у 1 мальчика и 4 девочек (10%).

**Заключение.** Во время проведения интенсивной терапии ОЛЛ физическое развитие подвержено изменениям, особенно у девочек. Выявлено замедление роста до проведения краниальной лучевой терапии. Увеличение доли детей с избытком массы тела и ожирением, возможно, обусловлено проявлением побочного действия кортикостероидов, изменением образа жизни.

**Соломатина А.А., Дядик Т.Г., Караченцова И.В., Аргун М.З.,  
Братчикова О.В., Хамзин И.З.**

*ОСП «Российская детская клиническая больница» ФГАОУ ВО «Российский научно-исследовательский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Российская Федерация*

## **ЗНАЧИМОСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

**Актуальность.** Удельный вес доброкачественных опухолей яичников (ДОЯ) у детей варьирует от 1 до 4,6% (Адамян Л.В., 2018). Актуальность вопросов дифференциальной диагностики ДОЯ у девочек связана с бессимптомным течением и поздней обрацаемостью пациенток.

**Цель исследования.** Определить значимость ультразвуковых методов исследования в диагностике опухолей яичников у детей и подростков

**Пациенты и методы.** Обследовано 74 пациентки с ДОЯ. С учетом гистогенеза опухоли обследуемые разделены на 2 группы. 1-я группа — 44 с эпителиальными опухолями: с гладкостенными серозными цистаденомами — 24, с муцинозными — 20; 2-я группа — 30 со зрелыми тератомами. Возраст варьировал от 7 до 17 лет ( $12,3 \pm 2,7$ ). Длительность заболевания —  $9,3 \pm 2,1$  и  $11,1 \pm 5,3$  мес соответственно по группам. Проводилось УЗИ с ЦДК. Диаметр опухолей находился в диапазоне 25–87 мм ( $68 \pm 2,6$  мм). Анализ данных проводили с использованием программы Statistica 10.0,  $p \leq 0,05$ .

**Результаты.** Серозные гладкостенные цистаденомы диаметром  $60,3 \pm 23,4$  мм определялись в виде однокамерных округлых образований. Содержимое с высоким уровнем звукопроводимости у 18 (75,0%), с мелкодисперсной взвесью у 6 (25,0%). У 14 (58,3%) лоцировалась капсула толщиной  $2,1 \pm 0,7$  мм с локусами кровотока:  $MAC = 13,7 \pm 0,7$  см/с;  $IP = 0,42 \pm 0,04$ . У 10 (41,7%), диаметр —  $30 \pm 4,6$  мм, капсула не определялась. У 6 (25,0%) верифицирована серозная гладкостенная цистаденома с кровоизлиянием в полость. Муцинозные цистаденомы у 13 (65,0%), диаметр —  $81,3 \pm 18,6$  мм, определялись в виде многокамерных образований с крупнодисперсной несмещаемой взвесью, толщина капсулы —  $2,7 \pm 0,9$  мм, перегородки —  $1,8 \pm 0,9$  мм. Локусы кровотока выявлены у 2 (10,0%):  $MAC = 11,7 \pm 0,9$  см/с;  $IP = 0,45 \pm 0,03$ . У 7 (35%) — однокамерное аваскулярное изоэхогенное образование, диаметр —  $31,6 \pm 1,9$  мм, толщина стенки —  $2,3 \pm 0,7$  мм.

Зрелые тератомы у 26 (86,6%) представлены округлым образованием с кистозно-сóлидным содержанием диаметром  $63,4 \pm 12,6$  мм с неотчетливой стенкой  $1,7 \pm 0,3$  мм. Сóлидный компонент характеризовался наличием четкого контура, неправильной формой, эксцентричным расположением. В 4 (13,4%) диаметр —  $21,3 \pm 7,6$  мм, однородное гиперэхогенное содержимое, толщина стенки —  $1,3 \pm 0,2$  мм. Структура — аваскулярная.

**Заключение.** УЗ-исследование опухолей яичников с использованием цветового доплеровского картирования позволяет визуализировать эпителиальные опухоли в 91,6% наблюдений. При зрелых тератомах точность диагностики составляет 97,3%.

**Стежкина Е.В., Туккаева Н.Э., Огурцов Н.Е., Аленина Ю.В., Шарапина Н.М., Белых Н.А.**

ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения России, Рязань, Российская Федерация  
ГБУ РО «Городская детская поликлиника № 7», Рязань, Российская Федерация

## **СПЕКТР СЕНСИБИЛИЗАЦИИ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ**

**Актуальность.** Согласно ЕААСИ, 150 млн человек в мире страдают аллергией, из них 10 млн — полисенсibilизированы, отмечается рост числа бронхиальной астмы (БА) и аллергического ринита (АР), омоложение и более тяжелое течение, обуславливающее важность изучения спектра сенсibilизации пациента.

**Цель исследования.** Изучение структуры сенсibilизации детей с респираторными формами аллергических заболеваний в г. Рязани.

**Пациенты и методы.** Проведено ретроспективное исследование амбулаторных карт и историй болезни пациентов с БА (57 детей) и АР (52 ребенка) от 1 года до 18 лет, которые наблюдаются в ГБУ РО «Городская детская поликлиника № 7» г. Рязани. Диагноз БА верифицирован на основании GINA 2020, диагноз АР — ARIA 2020. Профили сенсibilизации исследовали методом кожных прик-тестов (70,1%) и определением sIgE методом иммуноферментного анализа (54,4%), у 12,2% проведена компонентная диагностика Immunocap, Fadia.

**Результаты.** Среди обследованных пациентов с БА преобладали мальчики (72%). Дети старше 12 лет составили 80,7% исследуемых больных, дети 5–11 лет — 17,5%, моложе 5 лет — 1,8%.

При оценке профилей сенсibilизации отмечено одинаковое количество моно- и полисенсibilизированных детей — 45 и 55% соответственно. Среди детей с БА выявлено преобладание сенсibilизации к бытовым (36 пациентов) и пыльцевым (32 пациента) аллергенам. Самый высокий показатель сенсibilизации выявлен к *Dermatophagoides farinae* (24 ребенка) и пыльце деревьев (березе — 15 детей и лещине — 14 детей), что коррелирует с литературными данными.

Дети с интермиттирующей БА (23,6% обследованных) в 62% случаев имели бытовую сенсibilизацию, в 54% — пыльцевую, в 31% — пищевую и 23% — эпидермальную. При легкой персистирующей БА (43,6% обследованных) пыльцевая сенсibilизация отмечена у 62,5%, бытовая — у 58,3%, эпидермальная и пищевая — у 25 и 12,5% соответственно. При среднетяжелой БА (21,8% детей) 75% были сенсibilизированы к бытовым аллергенам, 50% — к пыльцевым, 41,6 и 25% — к эпидермальным и пищевым соответственно. В последней группе число полисенсibilизированных пациентов было максимальным.

**Заключение.** Среди обследованных детей г. Рязани с БА главными релевантными аллергенами являются клещи домашней пыли и пыльца деревьев (береза), что коррелирует с основными литературными данными. При увеличении степени тяжести БА нарастает полисенсibilизация. Главным астмагенным аллергеном остается клещ домашней пыли, в нашей выборке — *Dermatophagoides farinae*.

**Степанова Э.В., Антонова И.В., Матяш Л.С., Понкрашина Л.П.,  
Мингаиров К.М., Хабибуллина Н.Ю., Иванова Т.П.**

*ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Министерства  
Здравоохранения Российской Федерации, Омск, Российская Федерация  
БУЗОО «Детская городская поликлиника № 2 им. Скворцова В.Е.», Омск,  
Российская Федерация*

## **АСПЕКТЫ КЛИНИЧЕСКО-ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЛЯМБЛИОЗА У ДЕТЕЙ НА КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОМ УРОВНЕ**

**Актуальность.** Одной из проблем педиатрической практики продолжает оставаться лямблиоз. Его актуальность обусловлена высоким уровнем распространения, полиморфизмом клинических проявлений, а также отсутствием метода, обеспечивающего однозначный диагноз инвазии.

**Цель исследования.** Провести анализ клинических особенностей жиардиаза у детей, прошедших лечение на амбулаторно-поликлиническом уровне.

**Пациенты и методы.** Проведен ретроспективный анализ 115 историй развития детей (форма 112) 6–12 лет с диагнозом «Лямблиоз» в условиях детской городской поликлиники. Проанализированы данные объективного осмотра, результаты ОАК, копрограмм, кала на лямблии методом микроскопии с окраской раствором Люголя, крови на антитела к лямблиям методом ИФА, кала на лямблии методом ИХГ, результаты абдоминального УЗИ.

**Результаты.** Наиболее частыми клиническими проявлениями, независимо от возраста детей являлись синдромы поражения желудка и кишечника (у 93% пациентов). У 68% отмечался астенический синдром; кожный — у 43% детей. Бессимптомное течение наблюдалось у 6% детей. Самой частой локализацией болевого синдрома являлась околопупочная область (64%) и эпигастрий (52%). Из диспептических расстройств отмечались тошнота (44%), нарушение аппетита (67%), диарея (83%). Астено-невротический синдром проявлялся бледностью (72%), слабостью, утомляемостью (28%), тенями интоксикации (39%), головными болями (65%).

Изменения кожи и ее придатков отмечены у 43% детей. Умеренная эозинофилия в анализе периферической крови (до 12%) отмечена лишь в 18% случаях.

Интересно отметить, что для детей, находившихся на стационарном лечении с лямблиозом, в отличие от детей, лечившихся в условиях поликлиники, чаще был характерен запор (57% случаев), реже отмечались головные боли и кожные проявления. У стационарных больных отмечался более высокий удельный вес детей с нарушением аппетита (в поликлинике преобладали дети с жалобами на тошноту как ведущий диспепсический симптом) и большим процентом эозинофилов в лейкоцитарной формуле.

**Заключение.** В клинике жиардиаза у детей 6–11 лет доминировали симптомы со стороны органов пищеварения. Сочетание болевого и диспепсического синдромов, типичной локализации боли с жалобами на астено-невротические симптомы, а также появление на этом фоне аллергических реакций и эозинофилии свидетельствует в пользу высокой вероятности лямблиоза и требует комплексного обследования и адекватной терапии.

**Степанова Э.В., Саева О.В., Матяш Л.С., Понкрашина Л.П.,  
Мингаиров К.М., Хабибуллина Н.Ю., Иванова Т.П., Антонов О.В.**

*ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Министерства  
Здравоохранения Российской Федерации, Омск, Российская Федерация  
БУЗОО «Детская городская поликлиника № 2 им. Скворцова В.Е., Омск,  
Российская Федерация*

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДОВ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЛЯМБЛИОЗА У ДЕТЕЙ**

**Актуальность.** Полиморфизм клинических проявлений и отсутствие патогномичных симптомов лямблиоза требуют обязательного лабораторного подтверждения диагноза.

Однако выявить жиардиаз при однократном лабораторном тесте не всегда представляется возможным.

**Цель исследования.** Определить эффективность лабораторной диагностики жиардиаза у детей.

**Цель исследования.** Проанализированы результаты лабораторного обследования 115 детей от 6 до 12 лет (форма 112) с диагнозом «лямблиоз», находившихся на лечении в условиях детской городской поликлиники № 2 г. Омска: анализа кала на яйца гельминтов, копрограмм, анализа кала на лямблии методом микроскопии с окраской раствором Люголя, крови на антитела к лямблиям методом иммуноферментного анализа, кала на антигены лямблий методом иммунохроматографии.

**Результаты.** У всех детей, находившихся под наблюдением педиатра и гастроэнтеролога детской поликлиники с основным диагнозом «лямблиоз», изначально было проведено исследование кала на яйца гельминтов. Цисты лямблий определены лишь у 38% детей. При этом у 8% детей из числа обследованных дополнительно выявлены яйца остриц, а у 2% — яйца описторхисов. Исследование кала на цисты лямблий показало положительный результат в 63% случаев. Наибольшую диагностическую значимость при лабораторной диагностике лямблиоза имел метод иммунохроматографии (ИГХ). Результаты ИХГ-теста оказались положительными в 83% случаев. Исследование крови на антитела к лямблиям методом ИФА было проведено 38 детям из группы наблюдения. Антитела к лямблиям были обнаружены лишь у 34% обследованных детей.

**Заключение.** Абсолютной диагностической значимости не показал ни один метод лабораторной диагностики. Среди лабораторных методов наиболее чувствительным оказался ИХГ-тест на обнаружение жиардиазных антигенов в кале, а также, но в меньшей степени, микроскопическое исследование кала на цисты лямблий.

**Суворов В.В., Купатадзе Д.Д., Бадуров Р.Б., Зайцев В.В., Пыряева А.А.**

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

## **ПРИМЕНЕНИЕ ТЕХНОЛОГИИ 3D-ПЕЧАТИ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ОПЕРАЦИИ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА С ПАТОЛОГИЕЙ ДУГИ АОРТЫ**

**Актуальность.** Трехмерная печать — это технология, которая позволяет производить трехмерный объект с предварительно обработанной компьютеризированной модели, обычно многослойным способом. Помимо диагностической ценности, 3D-модели являются важным инструментом обучения, а также предоперационного планирования.

**Цель исследования.** Представить результаты применения 3D-печати при определении тактики оперативного лечения у ребенка с патологией дуги аорты.

**Пациенты и методы.** Ребенок В., новорожденный, доношенный мальчик. Врожденный порок сердца выявлен пренатально на 22-й нед беременности. Роды физиологические, состояние после рождения удовлетворительное. Со вторых суток жизни выслушивался систолический шум над всей областью сердца с максимумом на его основании. На 4-е сут жизни в состоянии отмечена тенденция к прогрессированию энтеральной недостаточности, на фоне наличия симптомов дисфагии и врожденной аномалии развития дуги аорты.

**Результаты.** По данным трансторакальной эхокардиографии на пятые сутки жизни: *Situs solitus*. Сердце сформировано, расположено правильно. Камеры сердца не расширены. Сократительная функция миокарда удовлетворительная (фракция выброса (Teich.) 70%). Открытое овальное окно (диаметр 2,5 мм с лево-правым перетоком). Признаки полного сосудистого кольца. В брюшной аорте кровоток магистрального типа. По данным рентгенографии органов грудной полости патологии не выявили. Учитывая появление у ребенка дисфагии, признаки наличия ВПС (сосудистое кольцо, полная форма) с возможной компрессией пищевода выполнена эзофагография: визуализирован участок сужения пищевода 2,5–3 мм на границе верхней и средней трети, протяженностью 1,5 см. Далее проведена мультиспиральная компьютерная томография органов грудной клетки с внутривенным контрастированием. Исследование выполнено по стандартной схеме с использованием сердечного гейтинга, с последующим построением многоплоскостных реформаций. Верифицирован диагноз: Правосторонняя дуга аорты с формированием полного сосудистого кольца с признаками сужения трахеи и пищевода. На основании полученных данных МСКТ была напечатана 3D-модель сердца с магистральными сосудами, участком трахеи, пищевода и позвоночника. Установлен диагноз: «ВПС. Правосторонняя дуга аорты. Сосудистое кольцо (тип В). Компрессия пищевода и трахеи на уровне Th3-Th4». В результате оценки анатомии порока, синтопии определен необходимый объем операции, необходимость мобилизации трахеи и пищевода на большом протяжении от зоны сужения. На 13-е сут жизни выполнена операция: левосторонняя боковая торакотомия, пересечение артериальной связки (рудимент левой дуги аорты). Интраоперационно: пищевод был интимно спаян с тканями истинной (правой) дуги аорты артериальной связкой. После пересечения артериальной связки сохранялось натяжение пищевода вправо. Мобилизованы пищевод и трахея на участке 4 см выше и ниже места компрессии. Течение послеоперационного периода без особенностей. С 1-х п/о сут возобновлено энтеральное питание. На 2-е сут в стабильном состоянии был переведен в педиатрическое отделение. По данным эзофагографии на 4-е сут после операции определялось резидуальное сужение пищевода до 4,5 мм на границе верхней и средней трети, протяженностью 0,5 см. Признаков дисфагии не отмечалось. На 8-е сут после проведенной операции ребенок выписан из стационара под наблюдение кардиолога по месту жительства. Через 2 мес после операции состояние ребенка было удовлетворительным, признаки энтеральной и дыхательной недостаточности не определялись, питание ребенок усваивал в полном объеме.

**Заключение.** Использование методики 3D-печати при врожденной патологии дуги аорты позволило определить объем операции, необходимость дополнительной мобилизации пищевода и трахеи, снизить риск развития интраоперационных и резидуальных осложнений, что способствовало достижению адекватной хирургической коррекции.



**Суразакова Т.Н., Лукашевич М.Г.**

*ФГБОУ ВО «РостГМУ Минздрава России», Ростов-на-Дону,  
Российская Федерация*

## **МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ЛИМФАТИЧЕСКИМ ФЕНОТИПОМ**

**Актуальность.** Препредиктивно-превентивная медицина открыла возможности доклинического выявления заболеваний и разработки персонализированных профилактических мероприятий, способных реально влиять на здоровье детей. Это объясняет возросший интерес педиатров к ранней диагностике фоновых состояний в целом и аномалий конституции в частности.

**Цель исследования.** Разработка диагностических алгоритмов раннего выявления детей с тимомегалией (ТМ) — маркером лимфатико-гипопластической аномалии конституции (ЛГАК) на поликлиническом участке.

**Пациенты и методы.** Проведено двухэтапное неконтролируемое исследование. Первый этап: анализ 750 историй болезни детей в возрасте 1 года с осложненными формами ОРИ. Выявлено 120 (16%) детей с рентгенологически подтвержденной ТМ, включенных в исследование. Второй этап: комплексное клиническое обследование, в т.ч. соматотипирование, и УЗ-исследование тимуса. ТМ подтверждена у 37 (30,8%) детей — I группа, группу сравнения (II) составили 83 ребенка с нормальными размерами тимуса по данным УЗИ.

**Результаты.** При оценке социального, наследственного и акушерско-гинекологического анамнеза статистически значимых отличий признаков обнаружено не было. Патологическое течение неонатального периода отмечалось примерно в половине случаев в обеих группах. Статистический анализ сравнения средних достоверной разницы среди фоновых состояний, характера вскармливания, данных объективного осмотра в группах детей не выявил. У 55,6% детей с ТМ кратность острых инфекций на момент обследования не превышала 3 эпизодов за год, 54,3% детей II группы перенесли 4 и более эпизода ОРИ, которые отличались более легкими проявлениями и более быстрым течением.

Фенотипические признаки ЛГАК отмечались у 66,7% детей I и у 53,5% детей II группы. В группе I статистически значимым при проведении корреляционного анализа был высокий процент детей (81,5%) со стигмами дизэмбриогенеза (более 5). Показатели физического развития также имели статистически значимые отличия. Так, у 1/3 детей с ТМ масса тела при рождении (как у мальчиков, так и у девочек) была в диапазоне стандартных отклонений от средней (SD) от +1 до +2, в группе II этот показатель встречался у 14% детей. Прибавки в массе в течение первого года у детей с ТМ были достоверно выше ( $p > 0,05$ ). В итоге у 63% детей масса в 1 год соответствовала SD от -1 до +1.

**Заключение.** Данные настоящего исследования подтверждают значимость оценки параметров физического развития и соматотипирования при проведении профилактических осмотров детей для выделения групп риска по ТМ. Некоторые отличия в данных акушерско-гинекологического анамнеза, частоты встречаемости «характерного фенотипа» по сравнению с ранее опубликованными нами данными, возможно, связаны с увеличением выборки детей и использованием ввиду ненормального распределения большинства рассматриваемых признаков непараметрических статистических критериев.

**Сутовская Д.В., Бурлуцкая А.В., Карачевцева Д.Я.**

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

## **ФАКТОРЫ РИСКА СНИЖЕНИЯ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ И ПОТРЕБЛЕНИЕ ПИЩЕВОГО КАЛЬЦИЯ В РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ СРЕДИ ДЕТЕЙ И СТУДЕНТОВ г. КРАСНОДАРА**

**Актуальность.** В детском возрасте происходит формирование пиковой костной массы и продолжается до 25 лет, гарантируя прочность скелета на протяжении всей жизни человека. Упущенные возможности профилактики снижения минеральной плотности костной ткани (МПКТ) в детском и молодом возрасте нарушают оптимальное развитие скелета, препятствуют минерализации костной ткани.

**Цель исследования.** Изучить факторы риска снижения МПКТ и потребление пищевого кальция в возрастном аспекте от 3 до 25 лет.

**Пациенты и методы.** Проведено анкетирование 738 респондентов в возрасте 3–6 ( $n = 102$ ), 7–11 ( $n = 178$ ), 12–14 ( $n = 177$ ), 15–18 ( $n = 181$ ), 19–25 лет ( $n = 100$ ). Потребление пищевого кальция оценивалось с помощью метода воспроизведения питания. Поступление кальция с пищей на уровне 50–70% от возрастной нормы рассматривалось как умеренный дефицит, менее 50% — как выраженный дефицит.

**Результаты.** Рекомендуемое количество кальция потребляет в 3–6 лет 63%, в 7–11 — 49%, в 12–14 — 52%, в 15–18 — 49%, в 19–25 — 7%; умеренный дефицит зарегистрирован в 3–6 лет — 27%, в 7–11 — 11%, в 12–14 — 26%, в 15–18 — 21%, в 19–25 — 55%; выраженный дефицит зарегистрирован в 7–11 лет — 40%, в 12–14 — 22%, в 15–18 — 30%, в 19–25 — 38%. Средняя величина потребления пищевого кальция: в 3–6 лет —  $812,5 \pm 97,8$  мг/сут, в 7–11 —  $690,9 \pm 29,2$  мг/сут, в 12–14 —  $1033,0 \pm 48,5$  мг/сут, в 15–18 —  $912,5 \pm 65,7$  мг/сут, в 19–25 —  $793,11 \pm 32,2$  мг/сут. Уровень витамина D (нг/мл) составил в 3–6 лет —  $24 \pm 7,1$ ; в 7–18 —  $18 \pm 5,8$ ; в 19–25 —  $15 \pm 4,3$ . Факторы риска снижения МПКТ: гиподинамия (70%), злоупотребление сладким (46%), более 5 чашек кофе в день (14%). Наличие в анамнезе переломов среди школьников и студентов составило 18,8 и 22% соответственно.

**Заключение.** Установлено низкое потребление пищевого кальция во всех возрастных группах. С увеличением возраста ребенка снижается потребление пищевого кальция и уровень витамина D. Основным источником кальция в дошкольном возрасте являются молоко, кисломолочные продукты, а среди подростков и студентов — твердые сорта сыра. Ведущим фактором риска снижения минеральной плотности костной ткани является гиподинамия.

**Суходольская В.В.**

*МБУЗ «Детская городская больница № 1 г. Ростова-на-Дону», Ростов-на-Дону,  
Российская Федерация*

## **ПРОБЛЕМЫ ПОДБОРА ТЕРАПИИ ПРИ ВРОЖДЕННОМ ГИПЕРИНСУЛИНИЗМЕ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**

**Актуальность.** На сегодняшний день педиатрам мало известно о врожденном гиперинсулинизме, особенно как он протекает у детей раннего возраста. Диагностика данного заболевания крайне сложна. Это может привести к ошибкам как в постановке диагноза, так и в выборе тактики лечения. Поэтому следует осветить некоторые ключевые моменты течения данного заболевания.

**Цель исследования.** В качестве иллюстрации мы приводим историю болезни пациентки с тяжелой формой врожденного гиперинсулинизма, эпизоды гипогликемии которого носят атипичный непредсказуемый и жизнеугрожающий характер.

**Пациенты и методы.** В сентябре 2019 г. под наблюдение в МБУЗ «Детская городская больница № 1 г. Ростова-на-Дону» поступила девочка М. в возрасте 3 мес и 12 дней с установленным диагнозом: Врожденный гиперинсулинизм, диффузная форма, тяжелое фармакорезистентное течение (E16.1). Состояние после субтотальной резекции поджелудочной железы. Персистенция гиперинсулинизма. Осложнения: Перинатальное поражение ЦНС смешанного гипоксически-метаболического генеза (G 96.8). Судорожный синдром. Задержка психомоторного развития. Сопутствующие диагнозы: ВПС: Умеренный стеноз клапана легочной артерии. Гипертрофическая обструктивная кардиомиопатия. 2ФК, ХСН ПА. Субклинический гипотиреоз. Хронический бронхиолит, ХДН 0–1 степени. Синдром микроаспирации. Флебит вен левой верхней конечности (в анамнезе). Постфлеботический некроз на правой стопе в стадии рубцевания.

**Результаты.** Анамнез заболевания: у ребенка с рождения регистрировалась гипогликемия — 3,1 ммоль/л и падала до уровня 0,7 ммоль/л, из-за чего девочка была вынуждена находиться на в/в дотации глюкозы с максимальной скоростью инфузии 40% глюкозы 8 мл/час (13,5 мг/кг/мин). В связи с отсутствием положительного эффекта от проводимых мероприятий ребенок в возрасте 1 мес и 5 дней по санавиации был переведен в ОРИТ ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» МЗ РФ, где находилась в течение 2 мес. В ОРИТ была повышена доза октреотида до 25 мг/кг/сут, изменен путь введения — с подкожных инъекций на непрерывную подачу через помпу. Постоянно получала инфузию глюкозы 10–12 мг/кг/мин. Проведенная терапия не достигала целевого эффекта, так как периодически возникали эпизоды гиперинсулинемических гипогликемий, сопровождающиеся судорогами. В связи с неэффективностью консервативной медикаментозной терапии (повышение дозы, изменение способа введения октреотида, присоединение и повышение дозы диазоксиды, повышение углеводной нагрузки, расширение питания не привели к стабилизации гипогликемических состояний, на фоне которых развивались выраженные метаболические нарушения со стороны ЦНС) консилиумом врачей по жизненным показаниям было принято решение о проведении хирургического лечения. На момент перевода в хирургическое отделение получала 20% глюкозу 15 мл/мин (11,1 мг/кг/мин). Генетическое обследование со средним покрытием 90% не выявило патологических вариантов на панели ВГИ методом NGS, что свидетельствует также о наличии диффузной формы ВГИ. На фоне приема двух препаратов — Прогликема и октреотида — в максимальных дозировках удается удерживать уровень гликемии, но показатели нестабильны. Сохраняются жалобы на мышечную слабость, грубую задержку психоречевого развития (ребенок не сидит, не ходит, голову удерживает плохо, самостоятельно не переворачивается, слова не произносит, лепета нет), гирсутизм, на потерю в массе с годовалого возраста.

**Заключение.** Представленный нами случай врожденного гиперинсулинизма демонстрирует тяжелое течение и атипичный характер заболевания, а также трудности в подборе терапии данного состояния. Существуют некоторые проблемы в лекарственном обеспечении данного заболевания. Имеется ряд неизученных вопросов. Как должна меняться терапия основного заболевания при возникновении инфекционного процесса? Остаются нераскрытыми вопросы питания данного ребенка. Так как девочка растет, требуется больше питательных веществ, а следовательно, и энергозатрат. На фоне заболевания страдает обмен веществ во всем организме, и наиболее уязвим в этом плане головной мозг. Как избежать тяжелой инвалидизации ребенка? Какова должна быть реабилитация таких детей? Данная проблема на сегодняшний день остается актуальной и дискуссионной.

**Сытова Е.А.**

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

## **ИНВАЗИВНЫЕ МИКОЗЫ: ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ (НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ)**

**Актуальность.** Применение противогрибковых препаратов в клинической практике значительно снизило частоту встречаемости микозов у новорожденных детей. Однако, несмотря на это, проблема инвазивных микозов не утратила актуальность, в особенности среди детей с ЭНМТ и ОНМТ.

**Цель исследования.** Демонстрация трудностей диагностики и лечения инвазивных кандидозов на современном этапе (на примере клинического случая).

**Пациенты и методы.** Пациент В., срок гестации — 26 нед, масса тела при рождении — 780 г. В возрасте 1 мес посредством анализа мочи на флору выявлен рост дрожжеподобных грибов рода *Candida albicans*. Кровь в анализе стерильна. При проведении УЗИ почек обнаружена дилатация обеих лоханок с формированием грибкового эмбола с обеих сторон. Пациенту выставлен диагноз «инвазивный кандидоз».

**Результаты.** На основании диагноза — старт эмпирической терапии Флуконазолом. Эмболы продолжали увеличиваться в размерах. После получения результатов чувствительности к антимикотическим препаратам начата этиотропная терапия Амфотерицином В. Динамика отрицательная. Препарат заменен на Микафунгин, посредством которого достигнут регресс размеров эмболов к 4-м сут. При ретроспективном анализе данного случая сделано несколько выводов. 1. Эмболы в почках представляют собой грибковую биопленку на биологической поверхности. 2. Посев крови стерилен, несмотря на инвазию грибковых агентов, ввиду профилактического применения Флуконазола на этапе ОРПН. Он способствовал ликвидации кандидемии, однако в отношении грибковых биопленок оказался неэффективен. 3. Лабораторно определяется чувствительность планктонных клеток, тогда как биопленки устойчивее к антимикотикам в 1000 раз, ввиду чего минимальная ингибирующая концентрация противогрибковых препаратов значительно отличается *in vitro* и *in vivo*. Это объясняет отсутствие эффективности Амфотерицина В, несмотря на результаты чувствительности. 4. Эффективность Микафунгина обусловлена накоплением достаточной ингибирующей концентрации за весь период терапии, способной диспергировать зрелую биопленку.

**Заключение.** Эффективность терапии микозов существенно повысилась благодаря внедрению в клиническую практику противогрибковых средств. Однако в случае инвазивных кандидозов возможно отсутствие эффективности лекарственных препаратов, что обусловлено возрастающей пропорционально длительности созревания резистентностью ввиду нетипичной клинической картины и ложноотрицательных результатов посевов. В таком случае следует искать решение проблемы в разработке оптимальной комбинации препаратов с учетом особенностей их применения в неонатальной практике.

**Тальковский Е.М., Рассулова М.А., Новикова Е.В., Смирнов А.Н.**

*ГАУЗ МНПЦ МРВСМ ДЗМ, ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова»*

*Минздрава России, Москва*

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

## **ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ КРИОТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЗАПОРАХ У ДЕТЕЙ**

**Актуальность.** Хронический запор занимает одно из лидирующих мест в связи с высокой распространенностью (20–40%), высокой вероятностью развития осложнений, среди которых социально-значимым является энкопрез, приводящий к инвалидизации ребенка.

**Цель исследования.** Научное обоснование применения кондукционной криотерапии и ее сочетанного воздействия с чрескожной электронейростимуляцией при хроническом запоре у детей.

**Пациенты и методы.** В исследовании приняли участие 80 детей в возрасте 3–15 лет, страдающих хроническим запором: 35 (43,8%) мальчиков, 45 (56,2%) девочек. У 47 (58,8%) детей был выявлен хронический запор гипотонического типа (ГЗ), у 33 (41,2%) — хронический запор спастического типа (СЗ). Все дети методом рандомизации были разделены на 4 группы, сопоставимые по численности, возрасту, полу и клиническим проявлениям. Пациенты всех групп получали базисное лечение, включающее послабляющую диету, пробиотики и ферменты. Детям основной группы применялось сочетанное воздействие кондукционной криотерапии и чрескожной электронейростимуляции — криоэлектронейростимуляция (КЭНС). Пациентам 1-й группы сравнения была назначена кондукционная криотерапия (ККТ), 2-й группы сравнения — чрескожная электронейростимуляция (ЧЭНС). Дети контрольной группы получали только базисную терапию. С целью оценки эффективности воздействия физических факторов проводились клинико-функциональные обследования пациентов до лечения, непосредственно после курса лечения, а также спустя 3, 6 и 12 мес.

**Результаты.** Наибольшая эффективность лечения отмечена у детей основной группы с ГЗ (91,6%) и СЗ (87,5%) при применении КЭНС. ККТ оказалась наиболее эффективна при лечении СЗ (77,7%). По результатам исследования нами разработан алгоритм назначения ЧЭНС и ККТ в зависимости от типа хронического запора. Всем детям, независимо от типа дискинетических расстройств толстой кишки, показано применение сочетанного воздействия физических факторов (КЭНС), ЧЭНС рекомендована при ГЗ, ККТ — при СЗ.

**Заключение.** В ходе проведенного исследования доказана более высокая терапевтическая эффективность сочетанного применения кондукционной криотерапии и чрескожной электронейростимуляции при различных типах хронических функциональных запоров у детей по непосредственным и отдаленным результатам лечения. Предложен алгоритм персонализированного назначения кондукционной криотерапии и чрескожной электронейростимуляции с учетом типа констипационных нарушений толстой кишки у детей.

**Тещенков А.В., Крутикова Н.Ю.**

*Российская детская клиническая больница ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова», Москва, Российская Федерация  
Смоленский государственный медицинский университет, Смоленск, Российская Федерация*

## **РИСК РАЗВИТИЯ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ У ДЕТЕЙ**

**Актуальность.** При латентном течении туберкулезной инфекции проводится длительная химиопрофилактика противотуберкулезными препаратами. В современной литературе нет подробных данных о влиянии противотуберкулезных препаратов на состояние костной прочности у детей.

**Цель исследования.** Изучить состояние костной прочности у детей с латентной туберкулезной инфекцией, длительно получающих противотуберкулезные препараты.

**Пациенты и методы.** Проведено количественное ультразвуковое исследование трубчатых костей верхней и нижней конечностей у 120 детей, инфицированных микобактериями туберкулеза (основная группа). У 73 детей, получающих профилактическое лечение противотуберкулезными препаратами (изониазид, пиразинамид), через 6 мес проведено повторное исследование прочности кости (группа сравнения). Группу контроля составили дети 2-й группы здоровья в количестве 42 человек.

**Результаты.** Установлено, что при первом осмотре по данным количественной ультрасонометрии (КУС) тубинфицированные дети основной группы имели снижение костной прочности в трубчатых костях по сравнению с возрастной нормой в 34,2% случаев, что не имеет достоверных различий с группой контроля. Дети группы сравнения были обследованы через 6 мес, установлено, что около 60% детей имели разной степени снижение прочности кости, в среднем  $z$ -score —  $-1,5 \pm 0,8$ , что достоверно ниже, чем в основной группе. По результатам исследования установлена корреляционная взаимосвязь между приемом противотуберкулезных препаратов и прочностью кости у детей с латентным течением туберкулеза  $\chi^2_p = 84,86 > \chi^2_{кр} = 7,815$ ;  $p = 0,000$ ;  $\alpha = 0,05$ .

**Заключение.** Установлен риск возникновения остеопении у детей, длительно принимающих противотуберкулезные препараты. В амбулаторных условиях проведение клинического мониторинга состояния костной прочности позволит обеспечить безопасность проводимой длительной профилактической противотуберкулезной терапии.

Томилова А.Ю., Зябкин И.В., Трунов В.О., Цымбал И.Н.

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

## СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

**Актуальность.** Атопический дерматит (АтД) — это хроническое воспалительное заболевание кожи с высокой распространенностью среди детей. Лечение пациентов, страдающих легкой формой заболевания, включает применение местной терапии (эмоленты, топические глюкокортикоиды, ингибиторы кальциневрина). Пациенты со среднетяжелым и тяжелым АтД, где местная терапия обычно недостаточна, требуют применения системных иммуносупрессивных препаратов, которые часто ограничены из-за высокой токсичности и тяжелых побочных эффектов. Дупилумаб является новым методом лечения пациентов с АтД средней и тяжелой степени тяжести, который ингибирует сигнальные пути IL 4 и IL 13 и снижает Th2-ответ.

**Цель исследования.** Оценить эффективность и безопасность дупилумаба у детей, страдающих атопическим дерматитом.

**Пациенты и методы.** Под нашим наблюдением находилось 8 пациентов в возрасте от 12 до 17 лет, страдающих среднетяжелым и тяжелым течением АтД. Основными жалобами были кожный зуд различной интенсивности, беспокойный сон, различные полиморфные высыпания и сухость кожных покровов. Детям была инициирована биологическая терапия дупилумабом 200мг 1 раз в 2 нед длительностью 10 нед.

**Результаты.** Исходно все дети имели высокий уровень общего IgE — 624 [310,5; 854,5] МЕ/мл. Индекс SCORAD составил  $62,25 \pm 2,12$ . После терапии отмечалось достоверное снижение уровня общего IgE — 256 [113,5; 324] МЕ/мл ( $p < 0,05$ ). Снижение уровня общего IgE коррелировало с клиническим улучшением: купированием кожного зуда у всех детей, улучшением сна и снижением площади поражения кожных покровов (индекс SCORAD составил  $14,12 \pm 0,88$ ). Нежелательных реакций на введение препарата зафиксировано не было.

**Заключение.** Проведенное исследование показывает перспективность включения в комплексное лечение детей со среднетяжелым и тяжелым течением АтД дупилумаба и позволяет рассматривать данное направление как способ повышения эффективности общепринятой терапии.

**Томчик Н.В., Викторovich Ю.И.**

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

## **СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ТЕЛЕКОММУНИКАЦИОННЫХ СРЕДСТВ ИНФОРМАЦИИ ДЛЯ ПРОПАГАНДЫ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ**

**Актуальность.** Одна из самых естественных и важных функций женщины — кормление ребенка грудью. Большую работу в пропаганде грудного вскармливания ведет ВОЗ. По всему миру, в том числе и в Республике Беларусь, внедрены программы по поддержке естественного вскармливания с 90-х гг. прошлого столетия.

**Цель исследования.** Проанализировать современные возможности телекоммуникационных технологий для пропаганды грудного вскармливания по данным анкетирования матерей, обучающихся в высших учебных заведениях Республики Беларусь.

**Пациенты и методы.** В анкетировании принимали участие 30 женщин, обучающихся в высших учебных заведениях Республики Беларусь. С помощью специально разработанной анкеты на основе опросника, созданного на базе Google-форм, выясняли акушерский, социальный анамнез, уровень теоретической подготовки матерей, мотивацию на грудное вскармливание. Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета прикладных программ Statistica 10.0 (SN AXAR207F394425FA-Q).

**Результаты.** Установлено, что возраст респонденток, принявших участие в анкетировании, был следующим: до 20 лет (26,7%), 21–25 лет (56,7%), 26–30 лет (13,3%), 30 и старше лет (3,3%). На момент наступления настоящей беременности будущие мамы обучались в Гродненском государственном аграрном университете (10%), Гродненском государственном медицинском университете (36,7%), Гродненском государственном университете имени Янки Купалы (40%), Университете бизнеса и права (10%), Белорусском государственном педагогическом университете (3,3%). Установлено, что большинство респонденток замужем (70%), не замужем — 16,7%, в гражданском браке состояло 13,3% матерей. У всех женщин беременность была желанной и запланированной.

Выявлено, что из всей выборки преимущественно были первородящие респондентки (83,3%), 1/3 — повторнородящие. Все дети были рождены в период с апреля 2018 по январь 2021 г., большинство — в срок (медиана гестационного возраста новорожденных составила 269 дней, интерквартильный размах Q25–Q75 — 262–281 дней, находились в палате совместного пребывания с матерями. У большинства женщин беременность была доношенной, у 3,3% — преждевременной. 2/3 респонденток были родоразрешены через естественные родовые пути, плановое кесарево сечение — у 6,7% матерей, экстренное — у 13,3%.

70% женщин придерживались грудного вскармливания по требованию, а 30% — кормления по графику. Докормы встречались у 66,6% опрошенных, основной причиной которых была гипогалактия. К кормлению сцеженным молоком прибегали 56,7% матерей, что было связано с необходимостью посещения учебных занятий.

Более половины матерей посещали курсы дородовой подготовки. Установлено, что 20% из опрошенных не знают суточную потребность собственного ребенка в молоке, 26,7% никогда не интересовались у врача тем, как правильно должно осуществляться грудное вскармливание.

Анализ теоретической подготовки матерей по грудному вскармливанию продемонстрировал, что большая часть респонденток самостоятельно интересовалась преимуществами грудного молока на различных интернет-порталах, а так же в группах и на форумах в социальных сетях (Вконтакте, Фейсбук, Инстаграм), около 10% из них читали соответствующую литературу, 3,3% не интересовались этим вопросом. Менее половины женщин получили интересующую информацию у специалистов (врачей акушеров-гинекологов и неонатологов).

Уровень собственных знаний женщины в анкете оценивали по 10-балльной системе вне зависимости от источника получения информации. Сравнительный анализ данных о самооценке знаний в вопросах естественного вскармливания выявил, что наивысшую оценку получили знания от собственных матерей, которая составила 9,0 балла. В то же время информация, полученная от медицинских работников, была отмечена наименьшим баллом — 7,5 балла (6,0–8,5), среднюю оценку получили интернет-ресурсы — 8,0 (6,5–9,0).

**Заключение.** Имеется низкая осведомленность женщин, обучающихся в высших учебных заведениях, в вопросах грудного вскармливания, что может привести к снижению качества жизни как матери, так и ребенка. Для поддержки грудного вскармливания руководителям здравоохранения необходимо создать школы материнства, а также, учитывая широкие возможности телекоммуникационных технологий, использовать их для повышения уровня образованности матерей.



**Турко С.И., Борисова О.В.**

*ФГБОУ ВО «СамГМУ» Минздрава России, Самара, Российская Федерация*

## **ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ COVID-19 У ДЕТЕЙ**

**Актуальность.** Новая коронавирусная инфекция является общемировой проблемой. На сегодняшний день более 102 миллионов человек заражено COVID-19, в том числе 3,8 миллиона случаев в России. Пандемия унесла жизни более 2 миллионов человек.

**Цель исследования.** Изучить особенности клиники COVID-19 у детей в Самарском регионе.

**Пациенты и методы.** На базе Самарской областной детской инфекционной больницы с апреля по декабрь 2020 г. изучены 259 детей в возрасте от 1 до 17 лет. Все дети имели подтвержденную коронавирусную инфекцию (обнаружение РНК вируса методом ПЦР).

**Результаты.** Инкубационный период составлял от 2 до 10 дней (чаще 5–7 — 90,2%). У пациентов преобладали среднетяжелые формы заболевания (98,1%). Наиболее частыми симптомами были лихорадка выше 38 °С (34,2%), непродуктивный кашель (47,7%), признаки интоксикации (миалгии, тошнота, слабость — 82,3%). Интерстициальная пневмония осложнила течение болезни у 68 детей (26,3%). У детей с пневмонией отмечена одышка более 22/мин, минимальные или средние изменения при проведении компьютерной томографии легких, SpO<sub>2</sub> > 95%. Нередким проявлением были диспептические симптомы — рвота (7,2%) и диарея (10,5%). Тяжелое течение болезни отмечено у 5 пациентов (1,9%). Летальных исходов не было.

**Заключение.** Особенностью детского возраста являются легкие и бессимптомные формы заболевания COVID-19 (94,2%). У детей по сравнению с взрослыми пациентами менее выражена клиническая симптоматика, госпитализации требуют 8,6%. Среди госпитализированных пациентов преобладали среднетяжелые формы (98,1%), наиболее частым осложнением была двусторонняя интерстициальная пневмония (26,3%).

**Турти Т.В., Беляева И.А., Нагонов А.Ю., Садчиков П.Е.**

*РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Центральная клиническая больница РАН, Москва,  
Российская Федерация*

## **ДИЗОНТОГЕНИИ КИШЕЧНОЙ МИКРОБИОТЫ У МЛАДЕНЦЕВ**

**Актуальность.** Кишечная микробиота обладает интегративной функцией в формировании состояния здоровья. Дисбактериоз кишечника связывают с развитием ожирения, аллергии, аутизма. Становление микробиома начинается в перинатальном периоде и продолжается в раннем детском возрасте.

**Цель исследования.** Определить наиболее значимые прогностические параметры, определяющие дизонтогении кишечной микробиоты у младенцев.

**Пациенты и методы.** Включены 50 младенцев первых 3 мес жизни с отягощенным аллергологическим анамнезом. Использованы ретроспективный анализ анамнеза, клиническое наблюдение, микробиологический метод для изучения состояния кишечной микробиоты, методы описательной статистики, корреляционный анализ по Спирмену (Statistica 6.0).

**Результаты.** Средний возраст матерей составил 30,1 [28,0–34,0] лет, гестационный возраст детей — 39,5 [38,0–40,0] нед, масса тела — 3515,1 [3100,0–3750,0] г. Роды кесаревым сечением — 46% детей. Возраст детей — 2,0 [1,0–3,0] мес. Антибиотикотерапию получили 18%. В неонатальный стационар было переведено 24%. Смесь на основе белка коровьего молока получали 64%. Зарегистрированы отклонения в количественном и качественном составе кишечной микробиоты: содержание лактобацилл было снижено у 100% детей. Определялось повышенное содержание: клостридий — у 40%, *Klebsiella spp.* — у 40%, лактозонегативных *E. coli* — у 78%, гемолизирующих *E. coli* — у 24%, *Proteus spp.* — у 8%. Зарегистрирован избыточный рост энтеробактерий, обнаруженный у значительного числа пациентов. Установлены положительные корреляции между рождением путем кесарева сечения и содержанием энтерококков в кале ( $r = 0,280$ ); раннего искусственного вскармливания с дизонтогениями кишечной микробиоты: энтерококков, *E. coli* ( $r = 0,280$ ,  $r = 0,340$  соответственно). Зарегистрировано увеличение содержания лактозонегативной *E. coli* в составе кишечной микробиоты у детей, рожденных матерями старше 35 лет. Установлена отрицательная корреляция между массой ребенка при рождении и содержанием гемолизирующей *E. coli* в кишечной микробиоте.

**Заключение.** Таким образом, выявлены предикторы дизонтогений кишечной микробиоты: роды кесаревым сечением, вскармливание молочной смесью на основе белка коровьего молока, возраст матери, низкая масса тела ребенка при рождении. Полученные данные позволяют проводить своевременную коррекцию отклонений онтогенеза.

**Туфатулин Г.Ш.<sup>1, 2</sup>, Королева И.В.<sup>1, 3</sup>, Артюшкин С.А.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> СПб ГКУЗ «Детский городской сурдологический центр», Российская Федерация, Санкт-Петербург

<sup>2</sup> ГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» МЗ РФ, Российская Федерация, Санкт-Петербург

<sup>3</sup> ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи» МЗ РФ, Российская Федерация, Санкт-Петербург

## **РЕЗУЛЬТАТЫ АУДИТА СИСТЕМЫ УНИВЕРСАЛЬНОГО АУДИОЛОГИЧЕСКОГО СКРИНИНГА НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ**

**Актуальность.** Современный стандарт помощи детям с нарушением слуха (НС) предполагает выявление вероятного НС до 1 мес, диагностику НС до 3 мес, начало реабилитационных мероприятий до 6 мес. Выявление НС до 3 мес возможно только при проведении универсального аудиологического скрининга новорожденных (УАСН).

**Цель исследования.** Аудит системы первого этапа универсального аудиологического скрининга новорожденных и детей первого года жизни в Санкт-Петербурге.

**Пациенты и методы.** Аудит проводился в 78 медицинских учреждениях Санкт-Петербурга, участвующих в 1-м этапе УАСН: 11 роддомах; 5 отделениях патологии новорожденных; 62 поликлиниках. Использовали чек-лист эффективности выполнения 1-го этапа УАСН: 1) имеется исправный прибор для регистрации отоакустической эмиссии (ОАЭ); 2) с момента последней калибровки прибора прошло не более года; 3) сотрудники, проводящие скрининг, имеют сертификат о повышении квалификации; 4) условия и техника проведения исследования соответствуют требованиям; 5) корректность документирования и передачи результатов.

**Результаты.** В учреждениях имеется 113 приборов для УАСН: в большинстве поликлиник — 1, в большинстве роддомов — 2 прибора. В 5 поликлиниках приборы отсутствовали или были неисправны. В 61% учреждений оборудование нуждается в обновлении.

Своевременная калибровка была проведена у 80% приборов. В 69% поликлиник УАСН проводит один сотрудник, что не отвечает требованиям непрерывности исследования. В роддомах и больницах сменяемость обеспечена, а сертификаты имеются по крайней мере у части сотрудников. Сотрудники 27% поликлиник не проходили обучение.

Обследование методом регистрации ОАЭ на частоте продукта искажения (ОАЭПИ) является некорректным. Этот тип ОАЭ по сравнению с рекомендованным методом задержанной вызванной ОАЭ (ЗВОАЭ) обладает меньшей чувствительностью при небольшом НС. Обследование с помощью ОАЭПИ проводили в 47% учреждений. Выявлено, что в учреждениях, применявших ЗВОАЭ, положительный результат теста регистрировался в среднем у 4,2% детей в роддомах и у 7,4% — в поликлиниках. При использовании ОАЭПИ положительный результат регистрировали достоверно реже — в среднем у 1,5% детей в роддомах и у 2,7% — в поликлиниках ( $p < 0,05$ ), что подтверждает более высокую чувствительность ЗВОАЭ. В ходе аудита настройки приборов были исправлены.

**Заключение.** По итогам аудита достигнута 100%-ная вовлеченность учреждений в систему УАСН. Критериям его эффективного проведения полностью соответствуют 14% учреждений. В 86% необходимо совершенствование: закупить или обновить оборудование, своевременно проводить калибровку, обеспечить непрерывность обследования детей, направить специалистов на повышение квалификации, откорректировать методику и условия исследования, документирования результатов. Эти действия позволят избежать задержки диагностики НС у детей и начала реабилитационных мероприятий.

**Тхакушинова Н.Х., Леденко Л.А., Бевзенко О.В., Гольберг Е.Н.**

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

## **НОВАЯ КОРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ (COVID-19) У ДЕТЕЙ НА КУБАНИ**

**Актуальность.** В 2020 г. все человечество столкнулось с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), которая вовлекла многочисленное количество населения, независимо от пола, возраста, принадлежности к различным социальным группам.

**Цель исследования.** Установить клинико-эпидемиологические особенности новой коронавирусной инфекции (COVID-19) у детей на Кубани.

**Пациенты и методы.** Проведен анализ статистической документации, медицинских карт детей с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), получавших лечение в медицинских организациях Краснодарского края с 29 марта 2020 по 5 февраля 2021 г.

**Результаты.** На Кубани зарегистрировано 2587 случаев COVID-19 среди детей. Дети грудного возраста болели в 9,1% случаев, дошкольники — в 19,1%, школьники — в 71,8%.

Мальчиков было 1310, девочек — 1277. В 78,5% случаев дети проживали в городах. Чаще заболевание наблюдали в легкой степени (65,3%). Тяжелые формы регистрировали в 0,5% случаев. В 23,9% случаев дети получали стационарное лечение. В 82,9% случаев дети не были привиты ни от гриппа, ни от пневмококковой инфекции.

Основными жалобами были повышение температуры тела до 38–38,5 °С, насморк, кашель. Снижение обоняния было зарегистрировано в 25,1% случаев. В 12,8% случаев заболевание протекало у детей с отягощенным преморбидным фоном.

Пневмония зарегистрирована в 14,5% случаев. В общем анализе крови в 47,3% случаев наблюдали лейкопению с нейтропенией, в 9,7% — тромбоцитопению. Летальные исходы не зарегистрированы.

**Заключение.** Заболеваемость новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) у детей на Кубани регистрировалась в 8,5% случаев. Подъем заболеваемости наблюдали с началом учебного года. Заболевание протекало в нетяжелой форме (99,5%), чаще болели дети школьного возраста и жители городов. В 25,1% случаев наблюдали снижение обоняния.

**Уквальберг М.Е., Иванова Н.А., Никитин С.С., Дианова И.Н.**

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

## **МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ РЕДКИХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ**

**Актуальность.** Врожденные аномалии развития женских половых органов возникают вследствие аномального эмбриологического развития мезонефральных (мюллеровых) протоков. Развитие мюллеровых протоков происходит в тесной связи с эмбриональным развитием мочевыделительной системы, что обуславливает возникновение аномалий мочеполовой системы одновременно с аномалиями развития матки до 55–70%. Аплазия удвоенного влагалища и ипсилатеральная агенезия почки — это необычный и особый тип аномалии развития мюллерова протока, который укладывается в синдром ОНVIRA (obstructed hemivagina and ipsilateral renal agenesis). Сочетание удвоения матки и синдрома ОНVIRA известно как синдром Херлина–Вернера–Вундерлиха (Herlyn–Werner–Wunderlich syndrome). Отсутствие преемственности в работе специалистов антенатального УЗИ, акушеров-гинекологов, педиатров, детских урологов создает препятствия для эффективного скрининга и последующего наблюдения за девочками. Раннее обнаружение этих аномалий важно для консультирования и планирования надлежащего лечения, а также помогает предотвратить осложнения и сохранить фертильность в будущем.

**Цель исследования.** Провести анализ клинического случая пациентки с синдромом Херлина–Вернера–Вундерлиха (ХВВ), оценить своевременность диагностики и методов лечения.

**Пациенты и методы.** Пациентка Г., 17 лет (02.03.2003 г.р.), проживающая в районе Республики Карелия, поступила в хирургическое отделение Детской республиканской больницы г. Петрозаводска.

**Результаты.** Пациентка Г., 17 лет поступила в хирургическое отделение Детской республиканской больницы (ДРБ) г. Петрозаводска 29.06.2020 с жалобами на боли внизу живота, длительные и болезненные менструации, гнойные выделения из половых путей в течение 1,5 мес. Из анамнеза известно, что родилась от молодых родителей (матери 22 года, отцу 25 лет), первой беременности на фоне ОРИ в ранние сроки. При рождении была выявлена синдактилия пальцев левой стопы. В 7 лет при проведении профилактического осмотра было выполнено УЗИ брюшной полости и выявлена единственная функционирующая левая почка, агенезия правой почки. При обследовании по поводу запоров диагностирован долихоколон. Менархе с 12 лет, длительные, обильные и болезненные. Через год после менархе при проведении профилактического осмотра по УЗИ обнаружено удвоение матки. Половая жизнь в течение года, контрацепция рутинная. 29.06.2020 обратилась на прием к подростковому гинекологу с жалобами на боли внизу живота, гнойные выделения из половых путей, длительные менструации и была направлена в хирургическое отделение ДРБ. При проведении УЗИ малого таза выявлен правый яичник размерами 100 × 70 × 106 мм, строение было изменено за счет образования 97 × 65 × 98. В связи с появлением схваткообразных болей, тошноты, рвоты не исключался перекрут кисты правого яичника, и 30.06.2020 была выполнена диагностическая лапароскопия, при которой диагностирован порок развития половых органов — двурогая матка, гематокольпос справа. 06.07.2020 выполнено МРТ органов малого таза — полное удвоение матки, удвоение влагалища с аплазией нижней трети правого влагалища, гематокольпос справа, гематоцервикс справа, лимфаденопатия. Пациентка была направлена в ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им. Н.А. Алмазова» Минздрава России.

Поступила 13.07.2020, выполнена видеовагиноцервикоскопия, обнаружен свищ между шейками матки, проведена эндоскопическая резекция перегородки влагалища, эвакуация гематопиокольпоса справа. Послеоперационный период протекал гладко. Рекомендован прием комбинированных гормональных контрацептивов.

**Заключение.** Представленный нами случай синдрома ХВВ интересен тем, что с этой патологией детские гинекологи, педиатры и урологи сталкиваются крайне редко. Необходима как можно более ранняя диагностика данного синдрома, что поможет предотвратить частоту необоснованных и неадекватных оперативных вмешательств, а также будет способствовать сохранению репродуктивного здоровья девочек. МРТ является наиболее предпочтительным методом визуализации для диагностики и оценки типа аномалии развития мюллерова протока.

**Уралов Ш.М., Жураев Ш.А., Исраилова С.Б.**

*Самаркандский медицинский институт, Самарканд, Узбекистан*

## **О ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСНОВНЫМИ ИНФЕКЦИОННЫМИ И ПАЗИТАРНЫМИ БОЛЕЗНЯМИ У ДЕТЕЙ В САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19**

**Актуальность.** В конце 2019 г. стали появляться сообщения, что в китайской провинции Ухань началась вспышка новой инфекции, вызванной коронавирусом. Далее, в феврале-марте 2020 г., все чаще начали появляться грозные сообщения о том, что число летальных исходов от новой инфекции, шагнувшей из Китая в Европу и другие регионы мира, стремительно растет. Как и во всем мире, в нашей стране и, в частности, в Самаркандской области данная обстановка привела к росту заболеваний, вызванным вирусом SARS-CoV-2, в связи с чем были начаты массовые противоэпидемические мероприятия.

**Цель исследования.** Проведение сравнительного анализа заболеваемости инфекционными и паразитарными болезнями у детей в Самаркандской области в период пандемии COVID-19.

**Пациенты и методы.** Для реализации поставленной цели был проведен сравнительный анализ заболеваемости детей в возрасте от 0 до 15 лет инфекционными и паразитарными болезнями за 2019 г. и за 11 мес 2020 г. по статистическим данным Самаркандской областной службы санитарно-эпидемиологического надзора.

**Результаты.** В Самаркандской области за 11 мес 2019 г. абсолютное количество инфекционных и паразитарных болезней среди детей от рождения до 14 лет составило 23 467 случаев. В период пандемии коронавирусной инфекции, т.е. за 11 мес 2020 г. областной службой санитарно-эпидемиологического надзора было зарегистрировано в общей сложности 11 044 случая. Интенсивный показатель заболеваемости по области на 100 000 детей составил 2083,66 в 2019 г., а за 11 мес 2020 г. — 946,16. В связи с вышеизложенным можно сделать вывод, что по абсолютным и интенсивным показателям заболеваемость инфекционными и паразитарными болезнями среди детей до 14 лет в Самаркандской области изменилась в лучшую сторону.

По данным районных и городских служб санитарно-эпидемиологического надзора области, снижение инфекционных заболеваний среди детей до 14 лет во время продолжающейся пандемии COVID-19 в регионе связано с эффективностью проводимых санитарно-эпидемиологических мер против COVID-19 не только в Самаркандской области, но и в стране.

По результатам анализа нозологических форм заболеваний за 2019–2020 г. отмечено резкое снижение заболеваемости ветряной оспой (в 2,81 раза), скарлатиной (в 3,66 раза), эпидемическим паротитом (в 6,5 раза), ОРИ (в 1,76 раза), вирусными гепатитами (в 2,4 раза), острыми кишечными инфекциями (в 2,5 раза), педикулезом (в 24,5 раза), энтеробиозом (в 2,6 раза), геминолепидозом (в 2,44 раза). В то же время было отмечено, что в период SARS-CoV-2 в регионе увеличилась заболеваемость корью (в 3,6 раза) и туберкулезом (в 1,75 раза).

**Заключение.** В связи с вышеизложенным можно сделать вывод о том, что в период пандемии COVID-19 в Самаркандской области в результате проводимых противоэпидемиологических мер в целом заболеваемость инфекционными и паразитарными болезнями среди детей по абсолютным и интенсивным показателям изменилась в лучшую сторону.

**Ушакова С.А., Халидуллина О.Ю., Баштакова Е.А., Путилова Л.В.,  
Леонтьева К.А., Василенко Е.В., Солобоева В.В., Рагина Н.С.,  
Гаврилюк О.И., Нагорных Г.Н., Хашагульгова Т.А.**

*ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» МЗ РФ,  
Тюмень, Российская Федерация*

*ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 1», Тюмень, Российская Федерация*

*ГБУЗ ТО «Областная больница № 3», Тобольск, Российская Федерация*

## **КАРДИОЛОГИЧЕСКАЯ НАСТОРОЖЕННОСТЬ ПЕДИАТРОВ В ПЕРИОД ЭПИДЕМИИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)**

**Актуальность.** Известно, что любой инфекционный процесс может спровоцировать развитие острых и обострение хронических сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Данные о роли COVID-19 в формировании ССЗ у детей на сегодняшний день по-прежнему очень мало.

**Цель исследования.** Проанализировать данные текущей клинической практики по диагностике острых сердечно-сосудистых заболеваний, ассоциированных с перенесенной новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) у детей.

**Пациенты и методы.** Представлены результаты оперативного анализа оказания специализированной помощи по профилю «детская кардиология» в ГБУЗ ТО «ОКБ № 1» в период с октября 2020 по январь 2021 г. Выполнен ретроспективный анализ 15 случаев диагностики воспалительных заболеваний сердца, рассматриваемых в связи с перенесенной новой коронавирусной инфекцией (COVID-19). Ассоциация с инфекцией подтверждалась серологически по повышенным титрам IgG к SARS CoV-2.

**Результаты.** В анамнезе у 12 пациентов отмечены предшествовавшие за 3–6 нед проявления острой респираторной инфекции, протекавшей в легкой форме, остальные дети были асимптомны; часть детей имели контакт с больными COVID-19. Повреждение сердца рассматривалось в рамках перенесенного мультисистемного воспалительного синдрома (МСВС) у 10 детей (медиана возраста — 6,5 года), еще у 5 детей (медиана возраста — 17 лет) — вне этого синдрома. Среди детей, перенесших МСВС и получавших интенсивное лечение согласно временным клиническим рекомендациям Минздрава РФ, характерным поражением был изолированный миокардит, диагностированный у 7 детей (в 2 случаях с дисфункцией миокарда и в 1 — с развитием шока), у 3 детей миокардит сочетался с невыраженным экссудативным перикардитом и еще в 1 случае — с коронаритом. Из 5 пациентов без проявлений МСВС у 4 отмечены проявления миокардита (у 2 детей в сочетании с желудочковой экстрасистолой различной градации) и у 1 ребенка — экссудативный перикардит. Во всех случаях на фоне лечения отмечен благоприятный исход: выздоровление или улучшение.

**Заключение.** Как показывает наш анализ, нередкость развития поствирусного миокардита, ассоциированного с COVID-19 вне МСВС, требует от педиатра в данный эпидемический период повышенной кардиологической настороженности. Детям, обратившимся к врачу с жалобами на боль в груди, сердцебиения и другие признаки, наводящие на мысль об остром миокардите, должно быть незамедлительно выполнено дополнительное обследование. При наблюдении за выздоровевшими от COVID-19 актуален вопрос о сроках ограничения физических нагрузок.

**Федотова Г.В., Вахлова И.В., Боронина Л.Г.**

*ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Екатеринбург,  
Российская Федерация*

## **ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ МИКРОБИОТЫ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ РЕЗЕКЦИЮ ЧАСТИ КИШЕЧНИКА**

**Актуальность.** Важным показателем восстановления кишечника после оперативного лечения является состояние его микробиоты. Перспективным направлением изучения микробиологии кишечника является метод газожидкостной хроматографии (ГЖХ), основанный на определении метаболической активности микрофлоры по спектрам и уровням короткоцепочечных жирных кислот (КЖК).

**Цель исследования.** Провести сравнительный анализ метаболической активности микробиоты кишечника у детей первого года жизни в зависимости от уровня резекции кишки.

**Пациенты и методы.** Исследование было проведено у 37 детей, перенесших резекцию кишечника в 1-е мес жизни. Забор биологического материала (кал) для проведения ГЖХ-анализа проводился во втором полугодии жизни как минимум через месяц после завершения антибактериальной терапии. Определяли продукты микробного метаболизма: уксусная кислота (С2), пропионовая кислота (С3), масляная кислота (С4), спектр изокилот, суммарное содержание всех кислот и анаэробный индекс.

**Результаты.** При проведении анализа уровня оперативного вмешательства резекция части тонкого кишечника проведена у большей части детей — 60% ( $n = 22$ ), резекция участка толстой кишки — у 40% ( $n = 15$ ). Причиной оперативного лечения на тонкой кишке у 68% ( $n = 15$ ) явился врожденный порок развития желудочно-кишечного тракта (ВПК ЖКТ), у 32% ( $n = 7$ ) — некротизирующий энтероколит (НЭК). В структуре ВПК были выделены следующие пороки: атрезия тощей кишки — 27%, гастрошизис — 13%, заворот участка подвздошной кишки — 20%, эмбриональная грыжа пупочного канатика — 7%, атрезия подвздошной кишки — 13%, множественные атрезии тонкой кишки — 27%. Причиной резекции толстой кишки в 100% случаев явилась болезнь Гиршпрунга. В среднем срок оперативного лечения составил  $17,7 \pm 4,4$  дня. На протяжении всего послеоперационного восстановительного периода проводилась коррекция микробиоты кишечника пробиотическими препаратами. Исследование уровня КЖК в кале у детей выявило, что уровень С2 у детей, перенесших резекцию тонкой кишки, составил 0,841 [0,680–0,903] мг/г, у детей, перенесших оперативное лечение на толстой кишке, — 0,670 [0,599–0,865] мг/г ( $p \leq 0,099$ ). С3 и С4, являющиеся маркерами анаэробных процессов в кишечнике, у детей, перенесших резекцию тонкой кишки, составляли 0,100 [0,051–0,225] мг/г и 0,049 [0,011–0,086] мг/г соответственно. У детей с резекцией части толстого кишечника С3 — 0,254 [0,066–0,332] мг/г, С4 — 0,066 [0,057–0,105] мг/г. Суммарное содержание кислот в кале преобладало у детей, перенесших оперативное лечение на толстой кишке и составляло 19,310 [11,769–61,808] мг/г, у детей с резекцией тонкой кишки — 16,977 [8,992–27,623] мг/г ( $p \leq 0,186$ ). Анаэробный индекс у детей с резекцией тонкой кишки составлял 0,188 [0,107–0,469], у детей с резекцией толстой кишки — 0,492 [0,154–0,666] ( $p \leq 0,105$ ).

**Заключение.** Таким образом, результаты исследования показывают, что наиболее частой причиной оперативного вмешательства на тонкой кишке явился ВПК. Сравнительное изучение метаболической активности кишечной микробиоты у детей в зависимости от уровня резекции кишки не выявило значимых различий в содержании КЖК в кале. Отмечена лишь тенденция к более низким значениям С2 ( $p \leq 0,099$ ) и более высоким значениям С3 ( $p \leq 0,097$ ) в кале у детей с резекцией толстой кишки, что косвенно может означать наличие тенденции к снижению метаболической активности облигатной кишечной микрофлоры с параллельным увеличением активности анаэробной флоры кишечника.



**Федько Н.А., Воронкина Е.Н., Рубачева О.Е., Джанибекова А.С.,  
Лагодина Н.А.**

*СтГМУ, Ставрополь, Российская Федерация*

## **ПРОБЛЕМА АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО СТАЦИОНАРА**

**Актуальность.** Антимикробная терапия — это лечение вызванных микроорганизмами инфекционных заболеваний препаратами, избирательно действующими на эти возбудители. Нерациональное применение, а порой злоупотребление данной терапией приводит к негативным последствиям.

**Актуальность.** Основной целью данного исследования явилось определение чувствительности микроорганизмов к антибиотикам и выявление устойчивости (резистентности) к некоторым из них.

**Пациенты и методы.** В условиях инфекционного отделения Ставропольской краевой детской клинической больницы у 150 детей было проведено бактериологическое исследование с 2018 по 2020 г. В структуре выделенных культур ведущее место занимает *Staph. aureus* (23%). Ретроспективный анализ данных уровней чувствительности к антибиотикам указывает, что на протяжении вышеуказанного периода в стационаре частота выделения антибиотикорезистентных штаммов остается на высоком уровне.

**Результаты.** Из выделенных культур *Staphylococcus aureus* процент устойчивости к азитромицину составлял в 2018 г. 95%, в 2019 г. — 98%, в 2020 г. — 93%. Чувствительность у гентамицина отмечалась в 69, 56, 51% соответственно, у ципрофлоксацина — 85, 54, 55%. Селекции и распространению в госпитальных условиях резистентности *Staphylococcus aureus* способствует необоснованное использование цефалоспоринов 3-го поколения, которое приводит к размножению данного микроорганизма в условиях устранения конкурентной микрофлоры.

**Заключение.** В целях предупреждения формирования антибиотикорезистентности возбудителей необходимо исключение бесконтрольного применения антибиотиков на амбулаторном участке; антибиотикорезистентность может быть использована как маркер в процессе инфекционного контроля.

**Филиппова Е.С., Пыхтина Н.Н.**

*ООО «Центр Натальи Пыхтиной», Москва, Российская Федерация*

## **РОЛЬ АДАПТАЦИОННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ОРГАНИЗМА В УСПЕХЕ ДВИГАТЕЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ**

**Актуальность.** Число детей с проблемами двигательного развития растет во всем мире. Требуется постоянная длительная, высокочатная реабилитация. Срыв адаптации приводит к нарушению запланированных сроков. Трудозатратность мер не соответствует полученному эффекту.

**Цель исследования.** Оценить переносимость физических нагрузок у детей с ДЦП и ее влияние на эффективность лечения.

**Пациенты и методы.** 23 ребенка, получавших лечение методом кинезиотерапии (создание интегральной нейромышечной памяти), поделены на 2 группы в зависимости от возможности к адаптации. Проба с дозированной физической нагрузкой по Шалкову № 3 проводилась в начале курса реабилитации и контролировалась еженедельно. Оценены параметры физического развития по специальным шкалам. Сделано заключение о соответствии достигнутого клинического результата запланированным ожиданиям.

**Результаты.** Из 23 обследованных детей 14 (60,9%) поступило в состоянии дезадаптации. 6 из них к тому же имели низкий индекс массы тела. Восстановление нормальной переносимости физических нагрузок у этих детей заняло от 2 до 6 нед. По итогам индивидуализированного курса реабилитации лишь 50% детей этой группы имели приближенный к ожидаемому клинический результат. Среди детей с хорошей адаптацией лишь один имел пониженный индекс массы тела.

Положительная динамика соответствовала вложенному труду у 78% — в соответствии с количеством проведенных занятий кинезиотерапией (ожидаемое продвижение на 1 пункт по шкале уровня двигательного развития за 10 занятий). Неадаптированным детям требуются более длительные курсы, а эффективность их ниже.

**Заключение.** Большинство детей приезжают на курс физической реабилитации неадаптированными к физической нагрузке. Под влиянием тренировочного процесса повышается адаптационный резерв организма, однако это процесс длительный. Курс двигательной реабилитации должен длиться не менее 2–4 нед. Перед началом курса реабилитации на III этапе некоторым детям требуется подготовка к нагрузке. Необходимо постоянно поддерживать тренировочный режим между курсами реабилитации, сохраняя и повышая резервы организма.

**Филькина О.М., Кочерова О.Ю., Воробьева Е.А., Долотова Н.В.**

*ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н. Городкова» Минздрава России, Иваново, Российская Федерация*

## **ИНФОРМИРОВАННОСТЬ ПОДРОСТКОВ 15–17 ЛЕТ О ЗДОРОВОМ ОБРАЗЕ ЖИЗНИ, МОТИВАЦИЯ И УБЕЖДЕННОСТЬ В ЕГО СОБЛЮДЕНИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ**

**Актуальность.** У подростков 15–17 лет на фоне возрастающей учебной нагрузки отмечается наибольшее ухудшение показателей здоровья. Поэтому в этом возрасте важно повышение участия самих подростков в формировании своего здоровья на осознанном, мотивированном уровне.

**Цель исследования.** Проанализировать у подростков 15–17 лет степень информированности о здоровом образе жизни (ЗОЖ), определить мотивацию и убежденность соблюдения ЗОЖ в целях поддержания своего здоровья.

**Пациенты и методы.** Проведено анкетирование 185 подростков 15–17 лет, обучающихся в общеобразовательных средних школах, по разработанной нами анкете «Информированность школьников о здоровье и здоровом образе жизни».

**Результаты.** У подростков 15–17 лет установлены низкая профилактическая медицинская активность, высокая частота вредных привычек, нарушений здорового питания и режима дня, длительности использования гаджетов, нарушения правил безопасной жизнедеятельности, высокая частота отсутствия желания соблюдения ЗОЖ. Кроме того, у трети подростков отсутствует убежденность в необходимости поддерживать свое здоровье. Они считают, что не нужно меньше времени проводить за гаджетами, нет необходимости в закаливании, занятиях аэробикой и фитнесом, физкультминутках, участии в спортивных мероприятиях в школе. 10% считают, что для поддержания своего здоровья ничего не нужно делать. Более половины подростков полагают, что обращаться к врачам нужно только при заболевании, четверть допускают самолечение, возможность не делать прививки и не закаливаться, треть — принимать витамины без назначения врача.

Основными трудностями в соблюдении здорового образа жизни подростки отмечают соблюдение режима дня, правильного питания, достаточного пребывания на свежем воздухе, непродолжительного использования гаджетов.

**Заключение.** Таким образом, среди подростков 15–17 лет выявлены недостаточные знания о ЗОЖ, отсутствие желания соблюдения ЗОЖ и убежденности поддерживать свое здоровье, что указывает на необходимость повышения компетентности, мотивации и организации соблюдения ЗОЖ.

**Финота Е.А., Калмыкова А.С., Бондарева М.В., Русакова Е.В.**

*Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь,  
Российская Федерация*

## **МОРФОМЕТРИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МОЗОЛИСТОГО ТЕЛА У ПОДРОСТКОВ ПО ДАННЫМ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ**

**Актуальность.** Для успешной диагностики заболеваний, ряд которых манифестируют в подростковом возрасте, необходимо сформировать понятие о нормальных показателях каллозометрии.

**Цель исследования.** С помощью магнитно-резонансной томографии получить морфометрические данные с учетом пола и возраста у детей 12–17 лет.

**Пациенты и методы.** Обследовано 186 подростков, 97 мальчиков и 89 девочек, которые разделены на три возрастные группы: первая группа — 12–13 лет; вторая — 14–15 лет; третья — 16–17 лет. Осуществлялась оценка группы здоровья, физического развития, магнитно-резонансная томография с определением формы мозолистого тела и основных линейных параметров (длина, высота, толщина колена, клюва, ствола, валика).

**Результаты.** Во всех возрастных группах преобладали дети с типичной формой мозолистого тела. Элевация среднего сегмента мозолистого тела с образованием угла, открытого книзу, встречалась у 24% мальчиков и 16% девочек. Нетипичная форма мозолистого тела в виде угла, открытого сверху между верхним краем задней трети ствола и верхним краем валика, определялась у 15% мальчиков и 10% девочек. У подростков отмечена высокая вариабельность параметров мозолистого тела, максимальный показатель превосходства длины которого был определен у мальчиков в возрасте 12–13 лет. Была установлена значимая корреляционная зависимость ( $r = 0,68$ ) между длиной мозолистого тела и длиной черепа во всех возрастных группах как мальчиков, так и девочек. Корреляционную связь высоты мозолистого тела с длиной и шириной черепа можно считать слабой ( $r = 0,22$ ). Все линейные показатели толщины мозолистого тела имеют положительную корреляционную связь с возрастом.

**Заключение.** Изучение анатомической изменчивости структур головного мозга, установление вариантов индивидуальных колебаний и определение границ морфологической нормы дают четкое понятие об основных этапах формирования глубоких структур головного мозга в различных возрастных периодах.

**Фисюн И.В., Кузнецова Т.А.**

*ФГБУ ВО «Орловский государственный университет имени И.С. Тургенева»,  
Орел, Российская Федерация  
Медицинский институт, Орел, Российская Федерация*

## **ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ДЕТЕЙ ОРЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Актуальность.** Несмотря на распространенность и неблагоприятное влияние на состояние здоровья и развития ребенка, в Российской Федерации до настоящего времени отсутствует единая система учета детей, страдающих наиболее частой формой анемии — железодефицитной (ЖДА).

**Цель исследования.** Оценка результатов проспективного когортного исследования случаев ЖДА тяжелой степени у детей Орловской области для расчета ежегодной заболеваемости.

**Пациенты и методы.** В течение 5 лет на базе отделения детской онкологии и гематологии областного ЛПУ III уровня наблюдались дети (1 мес – 18 лет) с ЖДА тяжелой степени.

Диагностика проведена на основании Федеральных клинических рекомендаций (2014). Для расчета заболеваемости взяты верифицированные случаи. Катамнез составил 6 мес.

**Результаты.** За период исследования через специализированное отделение прошло 28 детей от 5 мес до 17 лет 6 мес с ЖДА тяжелой степени, медиана — 2,3 года (25; 75% процентиля — 1,0; 13,7). Средний уровень гемоглобина составил 53,9 г/л (SD = 14,2). Более половины случаев (53,6%) ЖДА относились к грудному возрасту и периоду раннего детства; более трети (35,7%) — к старшему школьному возрасту, причем девочек пубертатного возраста было в 9 раз больше, чем мальчиков. В возрасте 3–12 лет ЖДА встречалась только в 10,7% случаев. Средний показатель ежегодной заболеваемости ЖДА тяжелой степени составил 4,4 (SD = 1,4) на 100 000 детского населения. В доступной зарубежной и отечественной литературе нам встретились только данные о распространенности ЖДА у детей. Исследования, посвященные первичной заболеваемости ЖДА, в частности тяжелой степени у детей, отсутствуют.

**Заключение.** Полученные данные о первичной заболеваемости ЖДА тяжелой степени у детей Орловской области позволяют реально планировать объем стационарной помощи для данного контингента больных.

**Халидуллина О.Ю., Петрушина А.Д., Павлова О.В., Горохова Н.Е.,  
Третьяков Д.С., Лукьянова В.Н., Селиванов О.К., Ушакова С.А.,  
Таскаев А.А., Баштакова Е.А., Заморев И.А., Гаврилюк О.И.,  
Кузнецов И.С., Кузнецова В.Д., Абдумаджидов А.А.**

*ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет»  
Минздрава России, Тюмень, Российская Федерация  
ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 1», Тюмень,  
Российская Федерация*

## **СВЯЗЬ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ТЕРАПИИ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ ВОДНО-ЭЛЕКТРОЛИТНОГО БАЛАНСА ДЕТЕЙ С ТИПИЧНЫМ ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ**

**Актуальность.** Поддержание адекватной гидратации во время течения инфекции, вызванной Шига-токсин-продуцирующей кишечной палочкой может снизить риск развития типичного гемолитико-уремического синдрома (ГУС), а значит, и риск инвазивных вмешательств в организм ребенка.

**Цель исследования.** Оценить особенности гидратации и электролитного обмена у детей с типичным ГУС и выявить возможную связь потребности в заместительной почечной терапии (ЗПТ) с показателями водно-электролитного баланса.

**Пациенты и методы.** В ретроспективный анализ вошли 30 случаев оказания медицинской помощи в условиях стационара третьего уровня детям с установленным типичным вариантом ГУС в период с 2014 по 2020 г. В программном пакете IBM SPSS 17.0 выполнена статистическая обработка. Непрерывные переменные представлены в виде медианы и значений 25–75% (перцентили) — Me [Q1–Q3]. Уровень статистической значимости различий определен *U*-критерием Манна–Уитни.

**Результаты.** За период 2014–2020 гг. типичный ГУС диагностирован у 30 детей (19 девочек и 11 мальчиков). Нуждались и получили заместительную почечную терапию 18 детей (60%), 12 детей (40%) разрешили почечное повреждение без инвазивных методов лечения, имея неолитоанурическое ОПП. При диагностике ГУС уровень креатинина в сыворотке крови у детей, получивших в последующем ЗПТ, составлял 282 [145; 372] мкмоль/л против 122,5 [114,3; 268,8] мкмоль/л у детей без применения ЗПТ ( $p = 0,053$ ). Сравнительный анализ в группах детей с типичным ГУС, получивших ЗПТ и без применения ЗПТ, показал следующее. Возраст детей, получивших ЗПТ, составил 33 [17; 46] мес, без ЗПТ — 38 [18,5; 76,3] мес ( $p = 0,545$ ). Инфузионную терапию с целью регидратации во время диареи до наступления ГУС получили 10 детей с одинаковой частотой в сравниваемых группах — 35,3 и 33,3% соответственно. При поступлении у детей, нуждающихся в последующем в ЗПТ, уровень эритроцитарного показателя MCV составил 74,3 [62,6; 77,6] фл при уровне натрия 128,8 [121,3; 131] ммоль/л против натриемии 133 [130; 135] ммоль/л у детей без применения ЗПТ ( $p = 0,013$ ).

**Заключение.** Таким образом, все дети с типичным гемолитико-уремическим синдромом независимо от наличия или отсутствия предшествующей инфузионной терапии для коррекции волевического статуса при диарее при поступлении в специализированный стационар имели признаки дегидратации, вероятно, гипосмолярной (уровень показателя MCV был ниже 80 фл). Гипонатриемия по нашим данным явилась одним из основных маркеров, позволяющих прогнозировать тяжелое течение ГУС у детей и потребность в заместительной почечной терапии.

**Хамзаев К.А., Шарипов А.М., Мурталибова Н.М., Файзахметова Ф.О.,  
Ахматалиева М.**

*Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент,  
Республика Узбекистан*

## **КОРРЕЛЯЦИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ С ГЕМАТУРИЕЙ**

**Актуальность.** Гематурия является частым симптомом заболеваний почек у детей, часто она является доброкачественной, но могут встречаться случаи развития хронической болезни почек (ХБП) у детей с данным заболеванием, только при биопсии почки можно определить характер течения гематурии. Несколько исследований указали, что у детей с гематурией может наблюдаться плохой прогноз, особенно если состояние сопровождается протеинурией более высокого уровня.

**Цель исследования.** Изучение корреляции клинических показателей и морфологической картины почек у детей с гематурией.

**Пациенты и методы.** В наше исследование включены 92 ребенка с гематурией, 53 (57,6%) детям из 92 выполнена биопсия почки. Показаниями к проведению биопсии почки были следующие: острый нефритический синдром с нарушением функции почек; хронический нефритический синдром с постоянной макрогематурией или микрогематурией; хронический нефритический синдром с микрогематурией и протеинурией; нарушение функции почек при хроническом нефритическом синдроме.

**Результаты.** Изучение биопсийного материала почек детей с гематурией показало следующие результаты. У 20 (21,7%) детей из 92 при биопсии выявлена морфологическая картина IgA-нефропатии разных классов (37,7% биопсийных результатов). У 8 (8,7%) из 92 детей с нефритическим синдромом были обнаружены нормальная морфологическая картина биоптата почки при световой микроскопии и отрицательные результаты захвата иммуноглобулинов при иммунофлюоресцентной (ИФ) микроскопии (15,1% биопсийных результатов). Фокально-сегментарный гломерулосклероз также обнаружили у 9 (9,8%) из 92 детей (17% биопсийных результатов). У 3 (3,3%) детей из 92 изучение биоптата почки выявило морфологическую картину волчаночного нефрита разных классов (5,7% биопсийных результатов).

Мезангиопролиферативный гломерулонефрит выявлен у 3 детей (3,3%), который составил 5,3% результатов биопсии.

Среди детей с нефритическим синдромом по результатам биопсии раусі-иммунный гломерулонефрит с полулуниями, мембранозный нефрит, мембранопротролиферативный гломерулонефрит, С3-гломерулопатия встречались каждый по 2 случая. Был 1 случай С1q нефропатии с ФСГС (1,9% биопсийных результатов). Нарушение функции почек чаще встречалось в морфологическом варианте хронического нефрита как IgA-нефропатия.

Хотя клиническая картина острого или хронического нефритического синдрома достоверно не отличается у больных детей даже одной возрастной категории, отмечается широкое разнообразие результатов изучения биопсии почки, которые варьируют от минимальных изменений на световой и электронной микроскопии и без захвата антител на иммуноглобулины при ИФ-микроскопии до тяжелых пролиферативных и склеротических изменений.

Особенно это проявляется при IgA-нефропатии, которой свойствен более высокий риск развития тяжелых степеней ХБП.

**Заключение.** Обнаружили, что при нефритическом синдроме у детей с постоянной макрогематурией без нарушения почек изучение биоптата почек может давать нормальные результаты световой, ИФ- и электронной микроскопии.

В связи с вышеуказанным актуальными являются разработка морфологических и клинических предикторов развития ХБП у детей, а также пересмотр показаний к биопсии почек.

**Хан М.А.<sup>1</sup>, Дегтярева М.Г.<sup>2</sup>, Микитченко Н.А.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ», Москва, Российская Федерация

<sup>2</sup> ФGAOУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова», Москва, Российская Федерация

## **ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ**

**Актуальность.** В последние годы наблюдается рост числа детей с перинатальной патологией центральной нервной системы (ЦНС). Важным аспектом медицинской реабилитации таких пациентов является минимизация лекарственных средств, при этом ведущее значение отводится технологиям кинезотерапии.

**Цель исследования.** Целью исследования явилось научное обоснование применения рефлекторной кинезотерапии по методике В. Войты у недоношенных детей с перинатальным поражением ЦНС.

**Цель исследования.** Клинические наблюдения проведены у 110 детей с последствиями перинатального поражения ЦНС. В основную группу вошли 55 детей, которым проводилась Войта-терапия. Группу сравнения составили 55 детей, не получавших Войта-терапию.

Для объективной оценки мышечно-постурального тонуса и рефлексов применялась шкала INFANIB, предусматривающая тестирование по 20 критериям, позволяющим унифицировать оценку неврологического статуса детей.

**Результаты.** Группы наблюдения были сопоставимы по гестационному возрасту и степени тяжести перинатального поражения ЦНС.

Под влиянием Войта-терапии статистически значимо уменьшилась доля детей с выраженными изменениями мышечно-постурального тонуса и рефлексов (с 56,4 до 23,6%), что свидетельствует о том, что Войта-терапия препятствует формированию патологических двигательных стереотипов.

После курса лечения в основной группе отмечен переход 56,4% детей в диапазон менее выраженных нарушений мышечно-постурального тонуса и рефлексов по шкале INFANIB. При этом в 27,3% случаев показатели шкалы INFANIB достигли уровня возрастной нормы, что указывает на то, что Войта-терапия способствует нормализации мышечного тонуса и формированию физиологических двигательных стереотипов.

Отсутствие положительной динамики в группе сравнения можно расценивать как маркер формирования патологического двигательного стереотипа и критерий неблагоприятного прогноза для моторного развития.

**Заключение.** Таким образом, Войта-терапия является эффективным методом медицинской реабилитации недоношенных детей с перинатальным поражением ЦНС. Включение Войта-терапии в программу медицинской реабилитации таких пациентов на первом году жизни позволит повысить эффективность реабилитационных мероприятий и уменьшить выраженность двигательных нарушений.



**Хоха Р.Н.**

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

## **ФАКТОРЫ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

**Актуальность.** Аллергические заболевания у детей являются широко распространенными. Отмечается неуклонный рост их распространенности. В формировании и реализации аллергических заболеваний принимают участие генетические факторы и факторы окружающей среды.

**Цель исследования.** Оценка факторов окружающей среды детей с аллергическими заболеваниями в реальной клинической практике.

**Пациенты и методы.** Проведено анкетирование 156 детей с аллергическими заболеваниями по 3 блокам вопросов: 1 — социально-демографические факторы, 2 — внутрижилищные факторы, 3 — внежилищные факторы. 104 ребенка с аллергическими заболеваниями составили основную группу и 52 ребенка без аллергии составили группу сравнения. Группы были сопоставимы по возрасту и полу ( $p > 0,05$ ).

Медиана возраста детей основной группы составила 10,0 (5,0–14,5), группы сравнения — 12,0 (6,0–15,0),  $p > 0,05$ .

**Результаты.** Установлено, что аллергическими заболеваниями чаще страдают мальчики, чем девочки (OR = 2,18, ДИ: 1,25–3,79). Наследственная отягощенность по аллергии отмечена у 63 детей (60,58%, ДИ: 50,96–69,44) основной группы и 14 детей (26,92%, ДИ: 16,67–40,35) группы сравнения. Отцы детей основной группы статистически значимо ( $p < 0,05$ ) чаще имели среднее специальное образование, группы сравнения — среднее образование. Образовательный уровень матерей в сравниваемых группах существенно не различался ( $p > 0,05$ ). Бытовыми предикторами развития аллергических заболеваний у обследованных детей являются проживание в домах панельного типа (OR = 2,4, ДИ: 1,21–4,75), возраст которых превышает 20 лет (OR = 3,04, ДИ: 1,29–7,13), расположение домов около стоянок автотранспорта (OR = 2,77, ДИ: 1,34–5,7), курение членов семьи (OR = 3,22, ДИ: 1,05–9,9), ковры в комнате сна ребенка (OR = 2,78, ДИ: 1,4–5,52), количество спящих в комнате сна ребенка — 2 человека (OR = 2,2, ДИ: 1,05–4,6).

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о присутствии неблагоприятных экологических факторов среды обитания детей с аллергическими заболеваниями (район проживания, образ жизни (курение), неблагоприятные бытовые условия), которые могут оказывать влияние на контроль течения болезни.

**Заключение.** Исследование проведено в реальной клинической практике, что позволяет существенно повысить конкретность и эффективность профилактических мероприятий аллергических заболеваний у детей. Недооценка выявленных неблагоприятных экологических факторов среды обитания может не только приводить к формированию аллергопатологии, но и способствовать утяжелению течения и ухудшению прогноза уже имеющихся аллергических заболеваний у детей. Результаты исследований должны найти применение в медицинской и социально-гигиенической практике профилактики и контроля течения аллергических заболеваний у детей.

**Цепочкина А.В., Ивкин А.А., Понасенко А.В., Шабалдин А.В.**

*ФГБОУ НУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний», Кемерово, Российская Федерация*

## **ОСОБЕННОСТИ СИНТЕЗА ИНТЕРЛЕЙКИНОВ 6 И 10 У ДЕТЕЙ С СЕПТАЛЬНЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА В ОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ**

**Актуальность.** Большинство фенотипов врожденных пороков сердца требуют хирургической коррекции в условиях ИК. Контакт крови с контуром аппарата ИК, а также гемоделиция, гипотермия и другие факторы, в комплексе или по отдельности, обуславливают развитие системной воспалительной реакции, следствием которой является активный синтез медиаторов воспаления, в том числе цитокинов. В тоже время, пилотное исследование показало отсутствие генетического детерминирования воспаления, регулируемое IL 6, IL 10.

**Цель исследования.** Определить связи сывороточных концентраций IL 6 и IL 10 со значениями полиморфных вариантов генов IL 6, IL 6R, IL 10 у детей, перенесших хирургическую коррекцию врожденных пороков сердца в условиях искусственного кровообращения.

**Пациенты и методы.** В исследование включены 32 пациента (16 мальчиков и 16 девочек), перенесших коррекцию врожденного порока сердца (дефект межжелудочковой и межпредсердной перегородок) в условиях искусственного кровообращения. Концентрацию IL 6 и IL 10 определяли в сыворотке крови методом твердофазного иммуноферментного анализа наборами компании Invitrogen (Thermo Fisher Scientific, США), перед радикальной операцией на сердце, сразу после нее (в операционной) и на 1-е сут после операции.

Генотипирование проводили по 8 полиморфным сайтам 3 генов IL 6, IL 6R, IL 10 методом ПЦР в режиме реального времени с использованием Taqman-зондов (Thermo Fisher Scientific, США). Статистическую обработку данных проводили при помощи программ SNPstats и GrafPad prism.

**Результаты.** Средняя концентрация IL 6 на дооперационном уровне составила  $2,79 \pm 0,56$  pg/ml и была статистически значимо ниже по сравнению со значениями после операции ( $23,35 \pm 2,19$  pg/ml) и на 1-е сут после оперативного вмешательства ( $37,81$  pg/ml). Подобная картина наблюдается и с динамикой уровня IL 10 (0,62, 8,54, 0,81 pg/ml соответственно). Однако стоит отметить, статистически значимое снижение IL 10 на 1-е сут после операции.

Кроме того, показано, что сывороточные уровни IL 6 и IL 10 и их динамика не зависят от генотипов полиморфных вариантов генов IL 6, IL 6R и IL 10 как на дооперационном, так и в раннем послеоперационном периоде.

**Заключение.** Изучение уровней цитокинов в динамике сможет позволить определять течение послеоперационного периода с возможностью прогнозирования развития воспалительного ответа после коррекции врожденных пороков сердца в условиях ИК.

**Цымбал И.Н., Безмельницына Л.Ю., Аксенова Н.В.**

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

## **ОРГАНИЗАЦИЯ СЛУЖБЫ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В ФГБУ «ФНКЦ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ФМБА РОССИИ»**

**Актуальность.** Вопросам организации реабилитационной помощи, в том числе детскому населению, в Российской Федерации в последние годы уделяется особое значение, что отражено в нормативных документах, вступивших в силу с 01.01.2 (Приказы № 788 от 31.07.20 и 878н от 23.10.19).

**Цель исследования.** Проанализировать принципы организации работы отделения медицинской реабилитации (ОМР) ФГБУ «ФНКЦ детей и подростков ФМБА России» и определить перспективы развития.

**Пациенты и методы.** Для реализации поставленной цели были выделены следующие задачи: оценка основных направлений работы и изучение спектра применяемых методов, для чего был проведен ретроспективный анализ отчетных форм по работе ОМР за период с 2018 по 2020 г. Обработка данных с применением аналитического, математического и статистического методов.

**Результаты.** ОМР было организовано в апреле 2014 г., оказывает медицинскую помощь детям из Москвы, МО и регионов РФ, детскому населению территорий (регионы расположения объектов хранения и утилизации химического оружия), подведомственных ФМБА России, спортсменам из школ олимпийского резерва и членам сборных РФ. В ОМР лечатся пациенты из отделений хирургического (общая хирургия, травматология и ортопедия, оториноларингология, хирургия головы и шеи) и соматического профиля (пульмонология и аллергология, ревматология, нефрология, эндокринология, гастроэнтерология и эндокринология). Наибольшее число детей направляется из аллергологии (в среднем  $636 \pm 129$  детей в год), травматологии ( $340 \pm 23$  пациента в год) и психоневрологии (ПНО) ( $242 \pm$  пациента в год). При этом охват реабилитационной помощью детей из отделений аллергологии и травматологии достигает 80%, доля пациентов из ПНО выросла с 47 до 60% за 2018–2020 гг. В зависимости от показаний пациенты получают различные виды массажа, физиолечение, лечебную физкультуру, включая методы прикладной кинезиотерапии и механотерапии. Также дети проходят курсы медицинской реабилитации на амбулаторном этапе лечения в рамках обязательного и добровольного медицинского страхования.

**Заключение.** Перспективами развития ОМР ФГБУ «ФНКЦ детей и подростков ФМБА России» являются внедрение в структуру стационара реабилитационных коек по профилям «травматология и ортопедия», а также «психоневрология», приведение штата и оснащения отделения в соответствие с приказами 2021 г., внедрение оценочных шкал, в том числе шкалы медицинской реабилитации (ШРМ), как критерий эффективности проводимой реабилитационной помощи.

**Чернобровкина М.А., Сенькевич О.А., Ковальский Ю.Г.**

*ФГБОУ ВО «Дальневосточный государственный медицинский университет  
Минздрава России, Хабаровск, Российская Федерация*

## **ВЛИЯНИЕ ЭЛЕМЕНТНОГО СТАТУСА НА ФИЗИЧЕСКОЕ И НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ КРАЙНЕГО СЕВЕРА**

**Актуальность.** Адекватное потребление минеральных веществ необходимо для нормального развития организма. Около 2 млрд людей в мире страдают от хронического дефицита элементов, в том числе дети, особенно уязвимые вследствие относительно высоких потребностей.

**Цель исследования.** Оценить влияние элементного статуса на физическое и нервно-психическое развитие детей 7–8 лет, проживающих в условиях Крайнего Севера Хабаровского края.

**Пациенты и методы.** Методом случайной выборки сформирована группа практически здоровых детей 7–8 лет, проживающих в Северной части Хабаровского края ( $n = 30$ ). Количественный анализ элементов в сыворотке крови детей проводился методом масс-спектрометрии с индуктивно связанной плазмой. Концентрация йода определялась в разовой порции утренней мочи арсенично-цериевым методом.

Оценка физического и нервно-психического развития проводилась по стандартизованным методикам.

**Результаты.** Дефицит кальция в сыворотке крови наблюдался у 78,3% детей, при этом наиболее тяжелая степень дефицита соответствовала самым низким показателям роста ( $r = 0,45, p < 0,05$ ). Выявлены тенденции замедления роста при уменьшении концентрации цинка и меди ( $r = 0,30, r = 0,35$  соответственно) и воздействии избыточного содержания железа в сыворотке крови ( $r = -0,30$ ). При тестировании когнитивных способностей 38,6% детей продемонстрировали низкие показатели развития, что может быть связано с дефицитом и/или избытком элементов, участвующих в формировании ЦНС. Сопоставление показателей йодурии и произвольного запоминания показало, что чем выше обеспеченность организма йодом, тем лучше развита память ( $r = 0,44, p < 0,05$ ). В исследовании отмечено снижение показателей словесно-логического мышления при дефиците магния, выявленного у 17,4% детей ( $r = 0,47, p < 0,05$ ), и избыточном содержании железа в организме ( $r = -0,48, p < 0,05$ ). Также обнаружено, что чем выше концентрация кальция в сыворотке крови, тем лучше сформированы понятийно-категориальный аппарат ( $r = 0,37$ ) и произвольное внимание у детей ( $r = 0,33$ ).

**Заключение.** Приведенные результаты корреляционного анализа показателей физического, нервно-психического, элементного статусов детей-северян демонстрируют важную роль оптимального содержания элементов в развитии детского организма. Главная задача здравоохранения в целом и врачей-педиатров в частности — обеспечить детей вне зависимости от места проживания ресурсами, необходимыми для формирования здоровья и реализации потенциала каждого ребенка.

**Чернова Л.Н., Нор А.А.**

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

## **СТРУКТУРА СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА И ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХОРЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ**

**Актуальность.** У детей с расстройствами аутистического спектра (РАС) и задержкой психоречевого развития (ЗПРР) соматические симптомы имеют большую степень распространенности по сравнению с нормотипичной популяцией, но остаются длительное время нераспознанными из-за сложностей вербальной коммуникации.

**Цель исследования.** Целью исследования являлась оценка структуры соматической патологии у детей с РАС и ЗПРР для выявления половых и нозологических различий.

**Пациенты и методы.** В исследовании приняли участие 70 детей (средний возраст 5 лет). Из них 44 ребенка с РАС (31 мальчик и 13 девочек), 26 детей с ЗПРР (18 мальчиков и 8 девочек).

**Результаты.** В структуре соматической патологии мальчиков с РАС патология желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) наблюдалась в 75% случаев; патология костно-мышечной системы — в 63%; аллергии — в 59%; патология кожных покровов — в 50%; патология мочеполовой системы — в 49%; патология органов дыхания — в 31%; иммунные нарушения — в 28%; патология сердечно-сосудистой системы (ССС) — в 16%; патология органов зрения — в 13%; патология эндокринной системы — в 6%; слуха — в 3%. У девочек патологии ЖКТ, костно-мышечной и мочеполовой систем наблюдались в 75% случаев; аллергии — в 44%; иммунные нарушения — в 38%; патология кожных покровов — в 31%; патология ССС — в 19%; органов дыхания и зрения — в 25%; эндокринной системы — в 13%; слуха — в 0%. У мальчиков с ЗПРР патология ЖКТ, кожных покровов, иммунной и костно-мышечной систем наблюдалась в 63% случаев; аллергии — в 58%; органов дыхания и мочеполовой системы — в 21%; ССС — в 16%; органов зрения и эндокринной системы — в 11%; слуха — в 0%. У девочек с ЗПРР патология ЖКТ, кожных покровов и аллергии встречалась в 88% случаев; костно-мышечной и мочеполовой системы — в 75%; органов зрения, иммунной и ССС — в 63%; органов дыхания и слуха — в 13%; эндокринной системы — в 38%.

**Заключение.** Таким образом, в структуре соматической патологии у детей с РАС и ЗПРР преобладающей являлась патология ЖКТ. Для детей с РАС превалирующей оказалась также патология костно-мышечной системы. У девочек с РАС и ЗПРР, в отличие от мальчиков, существенную часть составила патология мочеполовой системы.

**Чичерин Л.П., Щепин В.О.**

*ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко»,  
Москва, Российская Федерация*

## **СОЦИАЛЬНО-ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОХРАНЫ ЖИЗНИ ДЕТЕЙ РОССИИ**

**Актуальность.** Демографическая ситуация в стране требует усиленного внимания государства и его институтов не только к традиционным аспектам укрепления здоровья, профилактики заболеваний, но и к внешним угрозам подрастающему поколению, к повышению значимости жизненных ценностей.

**Цель исследования.** Осуществить комплексное исследование негативных тенденций в области жизнеспособности нации, выявить основные «болевые» точки потерь детей, обосновать практические рекомендации.

**Пациенты и методы.** Анализируется законодательство, организационно-методические аспекты решения проблем жизнеспособности 30 млн детей России; реализация с акцентом на деятельность детских поликлиник межведомственных профилактических программ: роль отделений медико-социальной помощи (МСП). Применен комплекс современных методов: аналитический, статистический, контент-анализ, экспертной оценки, изучения опыта и др.

**Результаты.** Практика свидетельствует, что с точки зрения принятия превентивных мер на уровне социума в широкий спектр внешних причин потерь несовершеннолетних входят не только непосредственные причины (ДТП, суициды, утопление и др.), но и сам факт, обстоятельства, место гибели детей и пр. Имеются в виду, например, смерть в результате несчастных случаев неохваченных организованными формами отдыха, особенно летним, на детских игровых площадках, на уроках физкультуры в школах, на пожаре, выпадение из окон, гибель «зацеперов», в результате преступлений, факты безвестного исчезновения детей и пр.

Существенным моментом является упущение в области государственной статистики — разбросанность информации по многочисленным источникам, различие цифр потерь даже по официальным сведениям ведомств, касающихся сферы детства, сокрытие фактов и т.п.

Все это не способствует систематизированному анализу ситуации и планомерному осуществлению превентивной деятельности как на федеральном, так и на субъектном уровнях. В полной мере это относится и к межведомственной работе педиатрической службы с проведением активного медико-социального патронажа на дому — в семье, — на территории участка, в школе и т.п.

Первым конструктивным шагом в этом направлении стало подписание в июле 2020 г. Уполномоченным при президенте РФ по правам ребенка и главой Росстата Соглашения о сотрудничестве и взаимодействии по обмену официальной информацией.

**Заключение.** Аксиомой является важность привития с детского возраста осознанных навыков противостояния внешним угрозам. Требуется ускорить принятие Закона об охране здоровья и жизни детей. Как и интенсифицировать исследования в области социальной педиатрии, обоснования эффективных технологий межведомственной деятельности службы; активизировать создание в стране отделений/кабинетов МСП детских поликлиник, для оказания среди прочих правовой помощи с новыми формами социального патронажа, обеспечения мер безопасности детей на территории обслуживания и др.

**Чубаров Т.В., Жданова О.А., Шаршова О.Г., Киргуев Г.А., Крутских А.В.**

*ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Воронеж, Российская Федерация  
Воронежская детская клиническая больница, Воронеж, Российская Федерация*

## **ИССЛЕДОВАНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ МЕТОДОМ АНКЕТИРОВАНИЯ**

**Актуальность.** Данным Всемирной организации здравоохранения демонстрируют значительный рост заболеваемости ожирением среди детей и подростков за последние десятилетия. Это указывает на необходимость исследования факторов риска развития ожирения в детском возрасте.

**Цель исследования.** Анализ факторов риска формирования избыточной массы тела и развития ожирения у детей и подростков с помощью анкет-опросников.

**Пациенты и методы.** Ретроспективный анализ 69 анкет-опросников детей, находящихся на стационарном лечении в эндокринологическом отделении Воронежской детской клинической больницы «ВГМУ им. Н.Н. Бурденко» МЗ РФ с диагнозом «Ожирение экзогенно-конституциональное» (МКБ-10: E66.0) или «Избыточная масса тела», а также их родителей в период с сентября 2019 по сентябрь 2020 г. Возраст детей от 6 до 17 лет, 42 мальчика (60,9%), 27 девочек (39,1%).

**Результаты.** Вопросы анкеты были сгруппированы в соответствии со следующими факторами риска: пищевое поведение (соблюдение диеты, употребление в пищу fast food, высокоуглеводных продуктов на ужин), физическая активность, наследственная отягощенность. На вопрос «Соблюдаешь ли ты диетические рекомендации?» 6 детей (9%) ответили «нет», 35 детей (51%) — «немного», 15 детей (22%) — «значительно», 13 детей (18%) — «сильно». Вопрос «Какие продукты ты ешь на ужин?» предполагал возможность выбора нескольких вариантов ответа. Кашу выбрали 8 человек, суп — 9 человек, сладости — 10 человек, молочные продукты — 15 человек, макароны — 41 человек. На вопрос «За последний месяц сколько раз ты ел чипсы/сухарики?» только 21 ребенок (30%) ответил «ни разу». На вопрос «Как часто ты занимаешься спортом?» ответили «нет» 7 человек (10%), «2 раза в неделю» — 33 человека (48%), «3–4 раза в неделю» — 14 человек (20%), «ежедневно» — 12 человек (17%), 3 человека (5%) воздержались от ответа. На вопрос «Есть ли у ближайших родственников ожирение?» 38 родителей (55%) ответили «да», 23 человека (33%) ответили «нет», 8 родителей (12%) на вопрос не ответили.

**Заключение.** Выявлены следующие факторы риска: несоблюдение детьми предписанных им диетических рекомендаций (употребление fast food, сладостей); нерациональное распределение продуктов питания в течение дня; низкий уровень физической активности; отсутствие контроля со стороны родителей питания ребенка и его физической активности; отягощенная по ожирению наследственность; нежелание посещать врача-эндокринолога; нежелание родителей расценить избыток массы тела / ожирение как проблему.

**Чудакова Т.К., Альжева Н.А., Орлова М.А.**

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

## **КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

**Актуальность.** Новая коронавирусная инфекция COVID-19 занимает ведущее место в структуре инфекционной заболеваемости в 2020 г.

**Цель исследования.** Изучить клинико-эпидемиологические особенности COVID-19 у детей раннего возраста.

**Пациенты и методы.** Проведен анализ 110 медицинских карт детей с диагнозом COVID-19, госпитализированных в ГУЗ «5 ДИКБ» г. Саратова в 2020 г. Больные раннего возраста составили 20 (18,2%) пациентов: дети до 1 мес — 1 (0,9%), от 1 до 12 мес — 10 (9%), от 1 года до 3 лет — 9 (8,2%). Мальчиков было 7 (35%), девочек — 13 (65%). Лабораторную верификацию этиологии заболевания проводили методом ПЦР носоглоточных смывов.

**Результаты.** Первые случаи заболевания COVID-19 у госпитализированных детей были выявлены в апреле 2020 г. Увеличение частоты диагностики COVID-19 у пациентов отмечено в ноябре-декабре 2020 г. Контакты с больными COVID-19 в семье были выявлены у 90% пациентов. Тяжелая форма COVID-19 была установлена в 1 (5%) случае — у ребенка в возрасте 1 года 10 мес с мультисистемным воспалительным синдромом, среднетяжелая форма — в 14 (70%) случаях, легкая форма — в 4 (25%). Сопутствующие заболевания выявлены у 45% больных.

Клиническими особенностями COVID-19 у детей раннего возраста были: лихорадка — у 15 (75%) больных, вялость и снижение аппетита — у 14 (70%), высокая частота поражения нижних дыхательных путей — у 8 (40%) (в виде пневмонии в 5 (25%) случаях и бронхита — в 3 (15%)), экзантема — у 1 (5%), энтерит — у 3 (15%), дыхательная недостаточность — у 1 (5%) пациента. Продолжительность симптомов интоксикации у больных составила  $6,5 \pm 0,5$  сут, кашля —  $8,8 \pm 1,3$  сут, лихорадки —  $6,2 \pm 1,2$  сут, снижения аппетита —  $7,4 \pm 0,5$  сут, вялости —  $6,4 \pm 1,4$  сут. Заболевание закончилось выздоровлением у всех больных.

**Заключение.** Коронавирусная инфекция COVID-19 у детей раннего возраста в большинстве случаев протекала в легкой и среднетяжелой формах. Заболевание закончилось выздоровлением у всех больных.



**Чурюкина Э.В., Афонин А.А.**

*ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет»,  
Ростов-на-Дону, Российская Федерация*

## **ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ И ПРИМЕНЕНИЯ ПРОЛОНГИРОВАННОГО АНТИХОЛИНЕРГИКА У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

**Актуальность.** Длительно действующий м-антихолинергик тиотропия бромид в форме дозированного жидкостного ингалятора является дополнительной терапевтической опцией у больных бронхиальной астмой (БА), у которых не достигается контроль БА монотерапией ингаляционными кортикостероидами (ИГКС) или их комбинацией с длительно действующими  $\beta$ 2-агонистами (ИГКС/ДДБА).

**Цель исследования.** Оценить изменение функционального состояния детей с БА после лечения тиотропием бромида в форме дозированного жидкостного ингалятора в течение 3 мес в реальной клинической практике.

**Пациенты и методы.** Наблюдательное исследование включало 22 ребенка в возрасте 6–11 лет, страдающих БА средней и тяжелой степени с недостаточным контролем БА на монотерапии ИГКС в средних/высоких дозах или комбинацией ИГКС/ДДБА в средних/высоких дозах. Этим пациентам добавили тиотропия бромид в форме дозированного жидкостного ингалятора в дозе 5 мкг/сут. Эффективность оценивали по мониторингу пиковой скорости выдоха (ПСВ), объема форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1) до бронходилататора, симптомов БА, потребности в бронходилататорах короткого действия (КДБА) и количества обострений. Контроль БА и качество жизни оценивались с помощью вопросников (АСТ, АСQ и AQLQ соответственно).

**Результаты.** При визите 1: ПСВ, % —  $54,8 \pm 1,7$ ; суточные колебания ПСВ, % —  $35,3 \pm 2,3$ ; ФЖЕЛ, % от должного — более  $58,4 \pm 9,6$ ; ОФВ1, % —  $62,3 \pm 4,7$ ; ОФВ1 (средний, л) —  $1,629$ , увеличение максимальной ОФВ1 (средний, л) —  $+ 0,263$ . Дневные симптомы в неделю (число) —  $4,7 \pm 2,9$ ; ночные симптомы (число) —  $3,2 \pm 2,1$ . Потребность КДБА в неделю —  $6,2 \pm 3,9$ . Средний балл АСТ —  $19$  ( $16-23$ ) (от 0 до 25). Средний общий балл АСQ —  $2,71 \pm 1,9$  (от 0 до 6). Средний общий балл AQLQ (от 1 до 7) составил  $5,31 \pm 1,05$  для контролируемых пациентов,  $5,01 \pm 0,68$  — для частично контролируемых и  $4,03 \pm 0,35$  — для неконтролируемых пациентов в соответствии с АСТ ( $p < 0,001$ ). При визите 2 (после 3 мес): ПСВ, % —  $92,5 \pm 2,7$ ; суточные колебания ПСВ, % —  $7,8 \pm 1,6$ ; ФЖЕЛ, % от должного —  $84,2 \pm 7,2$ ; ОФВ1, % —  $80,4 \pm 2,6$ ; ОФВ1 (средний, л) —  $2,869$ , увеличение максимальной ОФВ1 (средний, л) —  $+ 0,422$ . Дневные симптомы в неделю (число) —  $1,4 \pm 2,1$ ; ночные симптомы (число) —  $1,0 \pm 0,9$ . Потребность КДБА в неделю —  $2,2 \pm 1,8$ .

Средний балл АСТ —  $21$  ( $19-25$ ). Средний общий балл АСQ —  $2,71 \pm 1,9$ . Средний общий балл AQLQ —  $5,65 \pm 0,49$ .

**Заключение.** Обострений заболевания за период наблюдения не отмечено. Побочных явлений не наблюдалось. В то же время терапевтический успех был достигнут в терапии без увеличения дозы ИГКС для каждого пациента.

У детей с умеренным и тяжелым течением БА добавление тиотропия бромид в форме дозированного жидкостного ингалятора (5 мкг) к поддерживающей терапии улучшает функцию легких и качество жизни, снижает выраженность симптомов и частоту обострений.

**Шамраева В.В., Каменская Е.Ю., Монгуш С.В., Репьева Е.В., Юсупова Н.С.**

*Амурская государственная медицинская академия, Благовещенск,  
Российская Федерация*

*Детская городская клиническая больница, Благовещенск, Российская Федерация*

## **МНЕНИЕ РОДИТЕЛЕЙ ГОРОДА БЛАГОВЕЩЕНСКА О ВАКЦИНАЦИИ СВОИХ ДЕТЕЙ**

**Актуальность.** В наши дни проблема вакцинации детей в России становится все острее. Самым лучшим и проверенным временем средством предупреждения инфекционных заболеваний является вакцинопрофилактика. Ее недооценка неминуемо ведет к росту инфекционной заболеваемости

**Цель исследования.** Определение отношения родителей, проживающих в г. Благовещенске, к вакцинации своих детей; оценка степени их информированности о необходимости специфической профилактики инфекционных заболеваний.

**Пациенты и методы.** Для изучения проблемы мы провели анкетирование родителей среди посетителей детской городской поликлиники № 3 г. Благовещенска и интернет-ресурса [survio.com](http://survio.com). Анкета состояла из 20 вопросов, позволяющих определить «прививочный статус» ребенка, отношение мамы к различным видам вакцин, используемые источники информации и возможные страхи перед вакцинацией. Опрошено 145 человек из г. Благовещенска. Возраст детей у опрошенных родителей — от 3 до 14 лет.

**Результаты.** На вопрос об отношении к вакцинации 69,6% респондентов ответили, что вакцинация имеет положительное значение для здоровья ребенка. 13% считают, что вакцинация скорее приносит вред, чем пользу, и 17,4% родителей убеждены, что вакцинация неэффективна. 72,4% опрошенных ответили, что их дети полностью привиты до 3 лет. Наибольшая неосведомленность (у 27%) по вакцине против пневмококка. 8% детей никогда не прививались из-за медотводов, 25% не прививают детей из-за личного отказа (чаще против гриппа, гепатита В).

Побочные проявления после иммунизации возникали даже на АКДС: у 28,1% — повышение температуры до 38 °С, у 19,2% — более 38 °С, у 15,5% — местная реакция, у 1,3% — аллергические реакции, у 0,4% детей — поствакцинальные судороги или иные неврологические расстройства.

61,8% родителей получают информацию о вакцинации от медицинских работников, 21,4% — из различных СМИ (в т.ч. на форумах, в различных группах), 16,8% родителей пользуются информацией, полученной от родственников и знакомых.

**Заключение.** По результатам работы становится ясно, что нежелание родителей прививать своих детей во многом связано с плохой осведомленностью о вакцинах, их эффективности, о побочных эффектах, истинных противопоказаниях. Источником информации обязаны быть медицинские работники, которым стоит усилить свою борьбу с «антипрививочными» кампаниями, чтобы развеять страхи и сомнения и повысить приемлемость вакцинации, особенно когда впереди нас ожидает перспектива прививок детей против новой коронавирусной инфекции.

**Шаповалов К.А.<sup>1, 2</sup>, Каторкин В.И.<sup>1</sup>, Слуцкий С.И.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ГБУЗ РК «Сыктывкарская детская поликлиника № 3» («СДП № 3»), Сыктывкар, Республика Коми, Российская Федерация

<sup>2</sup> ГОУ ДПО «Коми республиканский институт развития образования», Сыктывкар, Республика Коми, Российская Федерация

## **ПРОЕКТ «БЕРЕЖЛИВАЯ ПОЛИКЛИНИКА». ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ МАРШРУТИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ОБРАЩЕНИИ В ГОРОДСКУЮ ДЕТСКУЮ ПОЛИКЛИНИКУ**

**Актуальность.** Организация маршрутизации пациентов городской детской поликлиники является первым шагом при оптимизации работы регистратуры проекта «Бережливая поликлиника».

**Цель исследования.** Минимизировать затраты времени пациентов при обращении за медицинскими услугами, а также обеспечить более эффективное использование кадровых и материальных ресурсов поликлинического учреждения.

**Пациенты и методы.** Аналитический и сравнения. Исследование проводилось в государственном бюджетном учреждении здравоохранения Республики Коми «Сыктывкарская детская поликлиника № 3».

**Результаты.** Маршрутизацию пациентов при обращении пациентов в детское поликлиническое отделение осуществляют сотрудники регистратуры путем распределения потоков пациентов по маршруту: кабинет выдачи справок и направлений (доврачебный кабинет) / дежурный врач / врач-педиатр / врач-педиатр участковый / врач-специалист / кабинет здорового ребенка / кабинет здорового детства. Разработаны четкие показания и пошаговый алгоритм действий регистратора в каждом конкретном случае, оформленные в виде методических рекомендаций. Он включает направление пациентов:

1. В кабинет выдачи справок и направлений для: 1) оформления справок в бассейн на основании данных профилактического осмотра, в учреждения дополнительного образования (без физических нагрузок) на основании данных профилактического осмотра; 2) проведения профилактических медицинских осмотров для оформления документации; 3) оформления направлений на все виды анализов и обследований по назначению лечащего врача; 4) оформления выписок для плановой госпитализации, консультации, обследования; 5) оформления справок о контактах; 6) выдачи справок о состоянии здоровья для образовательного учреждения; 7) оформления заключений врача для бесплатного отпуска продуктов питания отдельным категориям детей и женщин; 8) оформления «Медицинской справки на ребенка, отъезжающего в санаторный оздоровительный лагерь»; «Медицинской справки (врачебное профессионально-консультативное заключение)»; «Медицинской карты ребенка для образовательных учреждений дошкольного, начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования, учреждений начального и среднего профессионального образования, детских домов и школ-интернатов»; «Санаторно-курортной карты для детей»; справки «Для получения путевки на санаторно-курортное лечение». Прием пациентов в кабинете выдачи справок и направлений осуществляется в порядке электронной очереди при наличии талона на прием, выданного с использованием РИАМСЗ, и по предварительной записи в электронном виде.
2. К дежурному врачу или в кабинет неотложной помощи при: 1) оказании неотложной или экстренной медицинской помощи; 2) отсутствии свободных интервалов на горизонт записи к врачу-педиатру, врачу-педиатру участковому в день обращения; 3) обращении пациента по направлению дежурного администратора; 4) обращении пациента, имеющего право на внеочередное обслуживание в соответствии с законодательством Российской Федерации; 5) обращении пациента, выписанного из медицинской организации, оказывающей стационарную медицинскую помощь.  
Дежурный врач принимает пациентов в порядке очереди в день обращения при наличии талона на прием, выданного регистратурой с использованием РИАМСЗ.
3. К врачу-педиатру, врачу-педиатру участковому, врачу-специалисту, по предварительной записи для: 1) оказания медицинской помощи при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью; 2) проведения диагностики и лечения различных заболеваний и состояний, интерпретации данных диагностических исследований и динамического наблюдения по профилю заболевания; 3) направления пациента на плановую консультацию врачей-специалистов по профилю заболевания (врачей-неврологов, врачей кардиологов, врачей-эндокринологов, врачей-гастроэнтерологов, врачей-инфекционистов и врачей других специальностей), в том числе для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи и медицинской реабилитации по медицинским показаниям; 4) направления

пациентов, обратившихся за получением первичной медико-санитарной помощи, к врачу-педиатру, врачу-педиатру участковому.

Осуществляется в порядке очереди в день обращения при наличии талона на прием, выданного с использованием РИАМСЗ и по предварительной записи в электронном виде.

4. В кабинет здорового ребенка для: 1) консультации матери по вопросам воспитания и охраны здоровья ребенка в возрасте до 3 лет; 2) обучения родителей методике проведения гимнастики в соответствии с возрастом; 3) проведения контрольных взвешиваний ребенка; 4) проведения контрольных кормлений, расчетов питания; 5) проведения диагностики нервно-психического развития; 6) выявления особенностей поведения детей 2-го и 3-го года жизни; 7) обучения родителей методике и особенностям искусственного вскармливания; для обучения методике устранения и профилактики возникновения вредных привычек и гигиене полости рта; 8) обеспечения родителей методическими материалами — памятки, брошюры.
5. В кабинет здорового детства при необходимости осмотра перед профилактической прививкой (в день проведения прививки) и для выдачи прививочных сертификатов.

**Заключение.** Для обеспечения регулирования интенсивности потока пациентов поликлиники, распределения его по видам оказываемой помощи и создания равномерной нагрузки на врачей разработан четкий алгоритм действий регистратора для каждого из 6 направлений. Оптимальная маршрутизация пациентов работниками регистратуры позволяет квалифицированно распределить потоки пациентов, требующих оказания плановой или неотложной медицинской помощи.

**Шаповалов К.А.<sup>1, 2</sup>, Шаповалова Л.А.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> *Коми республиканский институт развития образования, Сыктывкар, Республика Коми, Российская Федерация*

<sup>2</sup> *ГБУЗ РК «Сыктывкарская детская поликлиника № 3», Сыктывкар, Республика Коми, Российская Федерация*

## **СТРУКТУРА ЛЕКЦИИ «ТЕРРОРИЗМ» ПРЕДМЕТА «МЕДИЦИНА КАТАСТРОФ» ДЛЯ СТУДЕНТОВ ПЕДИАТРИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ УНИВЕРСИТЕТОВ**

**Актуальность.** Терроризм как насилие или угроза его применения в отношении физических лиц, групп населения, народов и суверенных государств сопровождает жизнь современного общества с середины XIX в. Его социальные и медицинские последствия становятся тяжелым бременем современного здравоохранения.

**Цель исследования.** Разработать структуру, логику и дидактику лекции «Терроризм» предмета «Медицина катастроф» для студентов педиатрических медицинских факультетов.

**Пациенты и методы.** Материал лекции должен стать эффективным средством антитеррористического обучения и воспитания в вузе и сочетать в себе современные научные знания, связь теории с практикой, систематичность, последовательность и доступность обучения, достижение наибольшей взаимной связи с аудиторией, создание атмосферы сопереживания. Воздействие эффективного лектора на аудиторию должно побуждать студентов организовывать самостоятельную работу, пробуждать интерес к работе с методической и научной литературой с использованием электронных библиотек и интернет-ресурсов.

**Результаты.** Для обучения работе в условиях чрезвычайной ситуации террористического события предложены следующие алгоритмы современной дидактики темы: 1) «Терроризм. Определение»; 2) «Терроризм как социальное явление»; 3) «Цели и масштабы терроризма»; 4) «Способы и средства осуществления террористических актов»; 5) «Характеристика взрывчатых веществ и взрывных устройств»; 6) «Цели борьбы с терроризмом»; 7) «Министерства и ведомства, осуществляющие борьбу с терроризмом»; 8) «Действия граждан в ситуациях, связанных с терроризмом»; 9) «Способы снятия стресса, вызванного актом терроризма»; 10) «Обязанности граждан Российской Федерации в предупреждении, выявлении и пресечении террористической деятельности»; 11) «Наказание за участие в террористической деятельности»; 12) «Особенности ликвидации последствий террористических актов в городах Нью-Йорке и Вашингтоне»; 13) «Биологический террор по почте»; 14) «Электромагнитный терроризм»; 15) «Технологический терроризм»; 16) «Ядерный терроризм»; 17) «Религиозный терроризм»; 18) «Информационный терроризм»; 19) Антитеррористическое воспитание в детской, подростковой и юношеской аудитории как мера предупреждения возможных социальных, медицинских и санитарных потерь»; 20) «Особенности дидактики учебной темы “Терроризм” для детей и подростков».

**Заключение.** Предложенная структура раскрытия последовательно излагаемых вопросов имеет идейную направленность Конституции российского государства, теоретическое и методическое содержания законов Российской Федерации, сформированный и законченный характер освещения.

**Шаповалов К.А.<sup>1, 2</sup>, Шаповалова Л.А.<sup>2</sup>, Попова И.А.<sup>1</sup>, Арзубова И.Н.<sup>1</sup>, Гарипова Д.В.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ГБУЗ РК «Сыктывкарская детская поликлиника № 3» («СДП № 3»),  
Сыктывкар, Республика Коми, Российская Федерация

<sup>2</sup> ГОУ ДПО «Коми республиканский институт развития образования»,  
Сыктывкар, Республика Коми, Российская Федерация

## **ВЕДУЩИЕ ОГРАНИЧЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ КОНТИНГЕНТА ПАЦИЕНТОВ ГОРОДСКОЙ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ СУБАРКТИЧЕСКОЙ ТЕРРИТОРИИ**

**Актуальность.** Государственная политика Российской Федерации в отношении детей-инвалидов направлена на предоставление им равных с другими гражданами возможностей в реализации экономических, социальных, культурных, личных и политических прав, предусмотренных Конституцией РФ. Показатели ведущих ограничений жизнедеятельности в состоянии здоровья детей-инвалидов используются как повседневный статистический инструмент для объективизации процесса реабилитации пациентов и выполнения индивидуальной программы реабилитации/абилитации инвалида.

**Цель исследования.** Формирование регионального норматива ведущих ограничений жизнедеятельности детей-инвалидов контингента пациентов городской детской поликлиники регионального центра субарктической территории.

**Пациенты и методы.** Анализ ведущих ограничений жизнедеятельности в состоянии детей-инвалидов проведен на основании 1810 обратных талонов (Сведений о результатах проведенной медико-социальной экспертизы) в 2016–2020 гг. Число детей-инвалидов в эти годы составляло: 215 (из них первичных — 38) в 2016 г.; 234 (37) в 2017 г.; 261 (44) в 2018 г.; 555 (67) в 2019 г. и 545 (42) в 2020 г. Глубина исследования составила 5 лет. Выделено 7 ведущих ограничений жизнедеятельности в состоянии здоровья детей-инвалидов: 1) способность к самообслуживанию; 2) способность к самостоятельному передвижению; 3) способность к ориентации; 4) способность к общению; 5) способность контролировать свое поведение; 6) способность к обучению; 7) способность к трудовой деятельности. Организация исследования носила характер стратификационного отбора с формированием сплошной выборки. Критерием включения в нее пациентов было прохождение государственной услуги МСЭ и определение у них инвалидности.

Результаты были обработаны статистически на персональном компьютере с помощью пакета программ Statistica 6.0.

Коэффициент частоты (Кч) рассчитывался на 10 000 детского населения. Исследование проводилось в государственном бюджетном учреждении здравоохранения Республики Коми «Сыктывкарская детская поликлиника № 3», которое является объединенной специализированной поликлиникой города Сыктывкара, обслуживает 42 505 детей и рассчитано на 1093 посещения в смену. ГБУЗ РК «СДП № 3» обслуживает 81,2% детского населения г. Сыктывкара и 22,4% — Республики Коми. Поэтому полученные результаты можно экстраполировать как вероятные на все детское население данного субарктического региона РФ.

**Результаты.** Полученный региональный норматив ведущих ограничений жизнедеятельности в состоянии здоровья детей-инвалидов за 5 лет, по данным 2016–2020 гг., характеризуется следующими показателями. На первом ранговом месте по частоте на 10 000 детского населения находятся ограничения способности к самообслуживанию (Кч —  $49,80 \pm 5,61$ ); на втором — ограничения способности к самостоятельному передвижению ( $44,95 \pm 5,47$ ); на третьем — ограничение способности к обучению ( $17,82 \pm 3,93$ ), на четвертом месте — ограничение способности к общению ( $12,97 \pm 3,42$ ), все  $p < 0,001$ . На пятом — ограничения способности к ориентации ( $4,47 \pm 2,08$ ;  $t = 2,15$ ); на шестом — ограничение способности контролировать свое поведение ( $3,57 \pm 1,86$ ;  $t = 1,92$ ); на седьмом — ограничение способности к трудовой деятельности ( $1,34 \pm 1,15$ ;  $t = 1,17$ ).

В структуре причин ведущих ограничений жизнедеятельности детей-инвалидов преобладают способности к самообслуживанию —  $36,91 \pm 1,13\%$ . Более чем у каждого четвертого пациента выявляются ограничения способности к самостоятельному передвижению —  $33,31 \pm 1,11\%$ . Далее занимают места ограничение способности к обучению —  $13,20 \pm 0,80\%$ ; общению —  $9,61 \pm 0,69\%$  и к ориентации —  $3,32 \pm 0,42\%$ . Замыкают список ограничения способности контролировать свое поведение, которые составляют  $2,66 \pm 0,37\%$ , и к трудовой деятельности —  $0,99 \pm 0,23\%$ . Все различия показателей статистически достоверны (все  $p < 0,001$ ).

**Заключение.** Сформированный региональный норматив ведущих ограничений жизнедеятельности детей-инвалидов контингента пациентов городской детской поликлиники регионального центра субарктической территории является статистическим инструментом повседневного использования для объективизации процесса реабилитации, сравнительной оценки результатов лечения пациентов и определения сил и средств медицинского учреждения для их успешного сопровождения.

Норматив: 1) раскрывает роль показателей инвалидности детей для оценки и анализа состояния здоровья детского населения; 2) способствует корректировке медико-социальных программ, направленных на улучшение здоровья детского населения; 3) оценивает перспективу конечных результатов работы педиатрического звена системы здравоохранения; 4) позволяет предвидеть как основные тенденции заболеваемости и инвалидности взрослого населения, так и факторы, их определяющие; 5) стимулирует принятие управленческих решений.

**Шахова Н.В.**

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

## **ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ИНФОРМАТИВНОСТЬ СЫВОРОТОЧНОГО ПЕРИОСТИНА КАК БИОМАРКЕРА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

**Актуальность.** Диагностика бронхиальной астмы (БА) у детей в возрасте до 6 лет представляет особые трудности в связи с вариабельной клинической картиной и ограничениями исследования функции легких. В этой связи очень важно иметь надежные биомаркеры заболевания, определение которых не требует активного участия ребенка.

**Цель исследования.** Сравнить уровень сывороточного периостина у детей 3–6 лет с БА и здоровых сверстников и определить диагностическую информативность сывороточного периостина как биомаркера БА у детей дошкольного возраста.

**Пациенты и методы.** Проведено одномоментное исследование с участием 85 детей — 56 детей с БА и 29 здоровых сверстников. Определение уровня периостина в сыворотке крови проводили методом твердофазного иммуноферментного анализа (ELISA) с использованием реагентов и по протоколам Cloud-Clone Corp. (США).

Диагностическую информативность сывороточного периостина определяли с помощью ROC-анализа с определением чувствительности и специфичности.

**Результаты.** Зафиксировано повышение уровня периостина в сыворотке крови у детей с БА по сравнению с аналогичным показателем у здоровых детей — 5,7 (3,4; 8,0) и 2,7 (1,7; 3,6) нг/мл соответственно ( $p < 0,001$ ). Уровень сывороточного периостина статистически сопоставим у мальчиков и девочек — 6,0 (3,4; 9,8) и 5,7 (3,4; 6,9) нг/мл соответственно ( $p = 0,084$ ). Максимальный уровень периостина в сыворотке крови у детей с БА составил 12,6 нг/мл, у здоровых детей — 5,5 нг/мл. По данным ROC-анализа зафиксирована хорошая диагностическая информативность сывороточного периостина как биомаркера БА у детей 3–6 лет — площадь под ROC-кривой AUC составила 0,81 (95% ДИ 0,72–0,89), точка cut-off — 4,4 нг/мл, чувствительность — 70%, специфичность — 93%.

**Заключение.** Уровень сывороточного периостина повышен у детей с БА по сравнению с аналогичным показателем у здоровых сверстников. Сывороточный периостин имеет хорошую диагностическую информативность при БА у детей дошкольного возраста.

**Шахова Н.В.**

ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет»

## **СПЕКТР СЕНСИБИЛИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ**

**Актуальность.** Сенсibilизация к ингаляционным аллергенам является фактором риска развития бронхиальной астмы (БА), а также влияет на тяжесть течения и обострение заболевания. Своевременная аллергологическая диагностика является важной частью ведения пациентов с БА, необходимой для выявления триггеров обострения и планирования элиминационных мероприятий.

**Цель исследования.** Оценить спектр сенсibilизации у детей дошкольного возраста с бронхиальной астмой.

**Пациенты и методы.** Проведено одномоментное исследование с участием 56 детей с БА в возрасте 3–6 лет (средний возраст  $4,2 \pm 0,9$  года). Определяли уровень специфических IgE к ингаляционным аллергенам (клещ домашней пыли *Dermatophagoides pteronyssinus*, перхоть кошки, перхоть собаки, пыльца березы, пыльца тимopheевки, пыльца полыни) методом иммунофлюоресценции на трехмерной твердой пористой фазе на автоматическом анализаторе ImmunoCAP 250 (Phadia AB, Thermo Fisher Scientific, Швеция) с использованием тест-систем этого же производителя.

**Результаты.** Из 56 детей с БА 23 (41%) ребенка имели легкую степень тяжести, 31 (55%) ребенок — среднюю степень тяжести и 2 (3%) ребенка — тяжелую степень тяжести заболевания. 38 (67%) детей имели контролируемое течение, 18 (32%) детей — частично контролируемое и/или неконтролируемое течение БА. Более половины детей — 33 (58%) — сенсibilизированы к ингаляционным аллергенам. Большая часть детей — 21 (37%) — имели сенсibilизацию к клещу домашней пыли *Dermatophagoides pteronyssinus*, 20 (35%) детей сенсibilизированы к перхоти кошки и пыльце березы, 10 (17%) — к пыльце полыни, 4 (7%) ребенка — к пыльце тимopheевки.

**Заключение.** Наиболее значимыми ингаляционными аллергенами при БА у детей дошкольного возраста являются клещ домашней пыли *Dermatophagoides pteronyssinus*, аллергены кошки и пыльцы березы.



**Шебалкина К.В., Петросян Э.К.**

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

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЦИКЛОСПОРИНА У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ АЛЬПОРТА**

**Актуальность.** В настоящее время в мировой практике не разработаны протоколы лечения пациентов с синдромом Альпорта. Данная проблема привлекает к себе внимание, так как развитие почечной недостаточности у данных пациентов ведет к увеличению темпов инвалидизации.

**Цель исследования.** Определение эффективности применения циклоспорина у детей с синдромом Альпорта в сравнении с нефропротективной терапией.

**Пациенты и методы.** Для оценки эффективности циклоспорина был проведен анализ 59 историй болезни: из них 22 девочки и 37 мальчиков, возраст которых варьировал от 2,8 до 18 лет. Пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа — пациенты, которые получали терапию циклоспорином (30 человек), и 2-я группа — пациенты, которые получали только нефропротективную терапию (28 человек). Средняя длительность заболевания на период наблюдения составляла  $9,34 \pm 4,48$  года (1,5–17,1 года).

**Результаты.** У 45,8% пациентов заболевание дебютировало с сочетанной гематурии и протеинурии, у 42,4% отмечалась изолированная гематурия, у 11,9% — изолированная протеинурия. Средний уровень протеинурии у девочек на момент поступления составил  $972,90 \pm 738,32$  мг/сут, у мальчиков —  $1844,56 \pm 1856,61$  мг/сут ( $p > 0,05$ ). Средняя длительность заболевания на период наблюдения на терапии циклоспорином составила  $9,72 \pm 4,79$  года (1,5–16,5 года). Средний срок приема циклоспорина за период наблюдения нами пациентов составил  $2,74 \pm 2,00$  года (4 мес – 8,25 года). Средний уровень протеинурии на момент начала терапии у 1-й группы —  $1931,82 \pm 1311,62$  мг/сут, у 2-й группы —  $1173,96 \pm 1582,34$  мг/сут ( $p > 0,05$ ).

Средний уровень протеинурии на фоне терапии у 1-й группы —  $2202,11 \pm 2633,84$  мг/сут, у 2-й группы —  $1175,78 \pm 1396,21$  мг/сут. Уровень снижения протеинурии на фоне терапии у 1-й группы —  $26,30 \pm 31,76\%$  и у 2-й группы —  $22,63 \pm 36,64\%$ . Средняя СКФ на момент окончания наблюдения у 1-й группы —  $104,73 \pm 41,58$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>, у 2-й группы —  $136,10 \pm 49,40$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>.

**Заключение.** Несмотря на то что на терапии иАПФ и БРА конечная фильтрация у детей была выше, достоверной зависимости снижения СКФ от назначения циклоспорина не выявлено. Степень выраженности снижения протеинурии на нефропротекторах была от 0 до 100%, на циклоспорине — от 0 до 90%. Как видно по результатам, достоверной разницы между двумя группами не было. Таким образом, мы можем сделать вывод, что значимой разницы в эффективности применения циклоспорин и нефропротекторов не выявлено.

**Шелепина Т.А.**

*ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой»,  
Москва, Российская Федерация*

## **СОЦИАЛЬНАЯ И ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С ЮВЕНИЛЬНЫМ АРТРИТОМ**

**Актуальность.** Прогресс в медикаментозной терапии позволяет ставить задачей реабилитации пациентов с ювенильными артритами (ЮА) сохранение их социальной и физической активности.

**Цель исследования.** Изучить социальную и физическую активность пациентов с ЮА.

**Пациенты и методы.** На основании авторского опросника проанализированы данные о социальной (форма обучения, досуговая деятельность) и физической (домашняя работа, прогулки, лечебная физкультура) активности пациентов. Обследовано 228 пациента в возрасте от 4 до 17 лет с различными вариантами ЮА. Анализ проводился отдельно среди дошкольников 4–6 лет (25 пациентов), детей 7–10 лет (48), 11–12 (48) 13–15 (52) и 16–17 лет (55).

**Результаты.** Посещали детский сад или школу 199 пациентов (87%). Ежедневные прогулки были у 60 пациентов (26%), регулярное выполнение работы по дому у 155 (68%) пациентов, регулярное выполнение физических упражнений у 55 (24%) пациентов. Досуговая деятельность была наиболее высокой в группе пациентов 11–12 лет. Социальную активность пациентов с ЮА можно оценить как удовлетворительную, физическую — как недостаточную

**Заключение.** Необходима своевременная разумная активизация пациентов с ЮА, находящихся в неактивной фазе заболевания, с обсуждением данной проблемы с родителями (школа матерей), лечащими врачами-ревматологами и пациентами-старшеклассниками.

**Шигаев Н.Н.**

*Саратовская областная детская клиническая больница, Саратов,  
Российская Федерация*

## **ОПТИМИЗАЦИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В СИТУАЦИИ БОЛЕЗНИ**

**Актуальность.** Полидетерминированность здоровья в современном мире свидетельствует о том, что значимый вклад в показатели смертности, инвалидизации и заболеваемости детского населения вносят социальные риски. Результаты интегративных исследований постнатальной патологии доказывают роль социальных рисков в повышении заболеваемости и инвалидизации детей, особенно в критические периоды их роста и развития.

Здравоохранение является важнейшей социальной функцией государства, целью которого является организация и обеспечение доступного медицинского обслуживания населения, сохранение и повышение его уровня здоровья, а также неотъемлемой частью социальной инфраструктуры.

Развитие специализированной медицинской помощи, укрепление системы медицинской помощи детям, страдающим хроническими заболеваниями и имеющим нарушения здоровья, но не являющимся официально признанными инвалидами — одно из приоритетных стратегических направлений по снижению младенческой и детской смертности, профилактике детской инвалидности с учетом причины формирования инвалидности и ее структуры по обусловившему заболеванию. Наиболее актуальна задача развития специализированной медицинской помощи в сельском здравоохранении.

**Цель исследования.** Научное обоснование приоритетных направлений совершенствования специализированной медицинской помощи пациентам детского возраста на основе анализа социальных рисков, релевантных здоровью детского населения региона.

**Пациенты и методы.** Был проведен медико-социальный мониторинг на основе анкетирования респондентов, дети которых страдают хроническим заболеванием. В 8% случаев у ребенка респондента зафиксирована инвалидность. Все респонденты проживают в районах Саратовской области. Исследование проводилось с использованием анкеты, разработанной академиком РАН А.В. Решетниковым. Обработка велась с помощью открытого программного обеспечения JASP, версия 0.13.1, выпущенная 16 июля 2020 г. и названная в честь пионера байесовской статистики сэра Гарольда Джеффри (Jeffrey's Amazing Statistics Program). Данные были введены в программу Excel, а затем конвертированы в формат .ods (OpenDocument Spreadsheet). В опросе приняли участие 125 человек, 94,4% из них — женщины.

Возраст респондентов изменяется от 21 года до 58 лет. Средний возраст — 33,4 года. Стандартное отклонение — 6,9 года. Проведен корреляционный и факторный анализ полученных результатов.

**Результаты.** Социальное, финансовое, материальное расслоение в современной России достигло угрожающих размеров, поэтому был проведен корреляционный анализ относительно связей уровня дохода на члена семьи в месяц с различными компонентами отзывчивости системы здравоохранения. Он показал, что на уровне значимости  $p < 0.05$  уровень дохода не связан ни с одним компонентом отзывчивости системы здравоохранения. Другими словами, отзывчивость системы здравоохранения Саратовской области не зависит от уровня дохода на члена семьи в месяц.

В общем же в результате исследования были решены следующие задачи: 1) проведена экспликация социальных рисков в этиологии и эпидемиологии детского здоровья; 2) осуществлен компаративный анализ социально-демографических детерминант здоровья детей в РФ и Саратовской области; 3) составлен социальный портрет детского населения, страдающего хронической соматической патологией, в регионе; 4) изучена социальная отзывчивость регионального здравоохранения для детского населения и разработаны рекомендации по совершенствованию специализированной медицинской помощи пациентам детского возраста и направления их реализации.

### **Заключение.**

1. Социальные и клинические предикторы инициируют хронические заболевания детского возраста, определяя тенденции течения заболевания, развития осложнений и прогноз. Социально-экономические характеристики семьи ребенка, бедность, финансовые депривации, ассоциированные с доступностью медицинской помощи, региональные и территориальные особенности определяют индивидуальный прогноз детей, страдающих хроническими соматическими заболеваниями. Доступность медицинской помощи является облигатным предиктором прогрессирования хронических соматических заболеваний данной категории больных.

2. Хронические соматические заболевания оказывают существенное влияние на динамику основных показателей общественного здоровья в России. Саратовская область является типичным регионом Российской Федерации, в котором прослеживаются общероссийские тенденции заболеваемости, смертности и первичной инвалидности детского населения при хронических соматических заболеваниях.
3. Комплекс показателей, характеризующих деятельность системы специализированной медицинской помощи детскому населению регионального здравоохранения, представлен тремя основными направлениями: состояние общественного здоровья, ресурсное обеспечение и результаты деятельности системы специализированной медицинской помощи детскому населению регионального здравоохранения. Итоговый количественный показатель деятельности позволяет оценить систему специализированной медицинской помощи детскому населению регионального здравоохранения. Ограничение транспортной доступности является ведущей проблемой при организации специализированной медицинской помощи детскому населению региона.

**Шикалева А.А., Шулаев А.В., Садыкова Д.И.**

*ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, Казань, Российская Федерация*

## **К ПРОБЛЕМЕ ДЕТСКОГО ОЖИРЕНИЯ: ЭФФЕКТИВНАЯ ПРОФИЛАКТИКА**

**Актуальность.** Современные тенденции в лечении ожирения приобретают все большую актуальность, они связаны с увеличением числа осложнений, к которым приводит ожирение. Избыточная масса тела и ожирение часто наблюдается у детей и подростков в наиболее развитых странах — распространение составляет 20–35%.

**Цель исследования.** Проведение анализа распространенности заболеваний эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ среди детей (0–14 лет), проживающих в Республике Татарстан.

**Пациенты и методы.** В качестве определяющего критерия для диагностики ожирения и избыточной массы тела у детей применяется определение величины стандартных отклонений индекса массы тела (SDS ИМТ). Согласно федеральным клиническим рекомендациям и рекомендациям ВОЗ, избыточная масса тела от + 1,0 до + 2,0 SDS ИМТ, а ожирение следует диагностировать как ИМТ, равный или более + 2,0 SDS ИМТ. При нормальной массе тела значения ИМТ в пределах 1,0 SDS ИМТ.

**Результаты.** Эпидемия детского ожирения поставила в центр внимания факторы риска на ранних стадиях, так как их модификация может снизить риск более поздних метаболических осложнений. В течение 2002–2012 гг. почти вдвое увеличилось количество детей с ожирением в России. Среди общего количества этих детей подростки от 15 до 17 лет занимают наибольшую долю (51%). Эпидемия детского ожирения тесно связана с возникновением метаболических заболеваний.

Распространенность болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ среди группы детского населения (0–14 лет) на 1000 среднегодового населения, постоянно проживающего на территории Республики Татарстан, составила в 2016 г. — 40,3; в 2017 г. — 41,2; в 2018 г. — 45,6; в 2019 г. — 49,7. В течение 4 лет произошел активный рост распространения болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ среди группы детского населения (0–14 лет) с приростом на 23,3%. Темп ежегодного прироста распространенности нарушения обмена веществ и болезней расстройства питания и эндокринной системы составил в 2017 г. — 2,2%, в 2018 г. — 10,7%, в 2019 г. — 9%.

**Заключение.** Ожирение в детском возрасте приводит к возникновению широкого спектра серьезных осложнений и повышению риска раннего развития сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета, повышению нагрузки на дыхательную систему, нарушениям в работе опорно-двигательного аппарата. При сохраняющихся условиях непринятия мер, которые станут эффективными для профилактики избыточной массы тела и ожирения у детей, данная возрастная группа продолжит страдать ожирением в подростковом и взрослом возрасте. В настоящее время отсутствует согласованность в отношении того, какие комбинации медико-профилактических мероприятий станут одними из наиболее эффективных для профилактики избыточной массы тела и ожирения среди детской популяции в разных условиях и разных социальных группах.

**Шилова Н.А., Ананьева М.А., Харламова Н.В., Попова И.Г.**

*ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова» МЗ РФ,  
Иваново, Российская Федерация*

## **УРОВЕНЬ КАТЕЛИЦИДИНА LL-37 ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ПНЕВМОНИИ У ГЛУБОКОНЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ**

**Актуальность.** Активность и уровень элементов воспалительного ответа врожденной иммунной системы имеют решающее значение для активации местных иммунных клеток, сдерживания и уничтожения патогена при врожденной пневмонии. Один из примеров этих элементов — антимикробный пептид кателицидин LL-37 (КЦ LL-37).

**Цель исследования.** Установить особенности уровня КЦ LL-37 у глубоконедоношенных новорожденных с врожденной пневмонией.

**Пациенты и методы.** Обследованы 104 ребенка гестационным возрастом 32 нед и менее, массой тела при рождении менее 1500 г. 1-ю группу составил 61 ребенок с врожденной пневмонией, 2-ю группу — 43 ребенка с респираторным дистресс-синдромом (РДС). Содержание КЦ LL-37 определяли в фарингеальном аспирате и в периферической крови на 1-2-й день жизни методом иммуноферментного анализа с использованием набора реактивов фирмы Hycult Biotech (Нидерланды).

**Результаты.** Исследование показало, что уровень КЦ LL-37 в фарингеальном аспирате у детей с врожденной пневмонией был статистически значимо выше, чем в группе детей с РДС (10,55 [8,11; 21,24] нг/мл и 6,63 [3,32; 9,59] нг/мл в группах соответственно,  $p = 0,008$ ). Учитывая, что КЦ LL-37 обладает антимикробной активностью и разнообразными модулирующими свойствами в отношении иммунной системы, увеличение его уровня у детей с врожденной пневмонией связано с активацией местного иммунитета в ответ на инфекцию в очаге воспаления, что имеет защитный характер.

Однако в периферической крови его содержание не различалось (1,52 [0,31; 4,38] нг/мл и 1,68 [0,53; 4,88] нг/мл в группах соответственно;  $p = 0,61$ ). Отсутствие различий в содержании КЦ LL-37 в крови связано с тем, что в группе детей с РДС не было локального инфекционного процесса в легких, однако была другая инфекционно-воспалительная патология, которая нивелировала различия содержания этого пептида в крови.

**Заключение.** Увеличение содержания КЦ LL-37 в фарингеальном аспирате у глубоконедоношенных новорожденных с врожденной пневмонией связано с активацией местного иммунитета и имеет защитный характер.

**Шилова Н.А., Харламова Н.В., Кузьменко Г.Н.**

*ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова» МЗ РФ,  
Иваново, Российская Федерация*

## **СОДЕРЖАНИЕ СЕКРЕТОРНОЙ ФОСФОЛИПАЗЫ А2 ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ПНЕВМОНИИ У ГЛУБОКОНЕДОШЕННЫХ ДЕТЕЙ**

**Актуальность.** Секреторная фосфолипаза А2 представляет собой группу ферментов, участвующих в воспалении легочной ткани и катаболизме сурфактанта путем гидролиза его фосфолипидов. Выявлено ее участие в развитии острого респираторного дистресс-синдрома у взрослых и детей.

**Цель исследования.** Установить особенности содержания секреторной фосфолипазы А2 у глубоконедошенных новорожденных с врожденной пневмонией.

**Пациенты и методы.** Обследованы 104 ребенка гестационного возраста 32 нед и менее, с массой тела при рождении менее 1500 г. Первую группу составил 61 ребенок с врожденной пневмонией, вторую группу — 43 ребенка с респираторным дистресс-синдромом (РДС). Содержание секреторной фосфолипазы А2 (тип ПА) (сФЛ А2) определяли в фарингеальном аспирате и в периферической крови на 1–2-й день жизни методом иммуноферментного анализа с использованием набора реактивов фирмы

«Сауман chemical» (США). Наблюдение за детьми, включенными в исследование, осуществлялось до достижения ими 3-летнего возраста.

**Результаты.** Анализ полученных результатов показал, что содержание секреторной фосфолипазы А2 в фарингеальном аспирате при врожденной пневмонии было статистически значимо выше, чем у детей без таковой ( $p = 0,024$ ). В периферической крови содержание этого фермента в исследуемых группах не различалось ( $p = 0,9$ ).

Учитывая функции секреторной фосфолипазы А2, ее высокий уровень в фарингеальном аспирате может отражать интенсивность воспалительных процессов в легких, что может иметь негативный эффект за счет разрушения липидного компонента мембран клеток легочной ткани и непосредственного разрушения сурфактанта. Это может способствовать формированию бронхолегочной дисплазии. Данный вывод подтверждается результатами нашего катамнестического наблюдения за детьми, включенными в исследование, — в группе детей с врожденной пневмонией статистически значимо чаще формировалась бронхолегочная дисплазия ( $p = 0,00$ ).

**Заключение.** Увеличение содержания секреторной фосфолипазы А2 в фарингеальном аспирате у глубоконедошенных новорожденных ассоциировано с развитием воспаления в легочной ткани.

**Шин В.Ф., Мушегян Ж.Г., Колесникова И.Д.**

*МБУЗ «Детская городская больница № 1 города Ростова-на-Дону»,  
Ростов-на-Дону, Российская Федерация*

## **СЛУЧАЙ МУЛЬТИСИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО СИНДРОМА У ПОДРОСТКА, АССОЦИИРОВАННЫЙ С COVID-19: ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ**

**Актуальность.** Клинические проявления мультисистемного воспалительного синдрома возможны не только при критической и тяжелой форме COVID-19, но и при средней степени тяжести, а кроме того, отсутствие дыхательных расстройств вызывает трудности при дифференциальной диагностике с другими заболеваниями.

**Цель исследования.** Оценить трудности диагностики мультисистемного воспалительного синдрома детей и подростков, ассоциированного с COVID-19, на примере клинического случая.

**Пациенты и методы.** Больной И., 13 лет, госпитализирован в инфекционное отделение на 3-и сут болезни с жалобами на повышение температуры до 40 °С, озноб, вялость.

Катаральных явлений у ребенка не было. При поступлении состояние средней тяжести, при объективном осмотре по органам и системам отклонений не выявлено. В ОАК: лейкоциты —  $7,43 \times 10^9$ /л, гранулоциты — 80,4%, тромбоциты —  $100 \times 10^9$ /л. ОАМ — норма, биохимический анализ крови выявил высокий уровень — СРБ 103,4 мг/л. Назначена терапия.

**Результаты.** На 6-е сут состояние ребенка ухудшилось за счет симптомов интоксикации, сохранения лихорадки, появления гиперестезии, миалгии, гипотензии, нарастания маркеров бактериального воспаления (СРБ — 122,5 мг/л, прокальцитонин — 10 нг/мл, гранулоцитоза), нарушений со стороны ЖКТ (рвоты, тошноты, жидкого стула без примесей), гепатолиенального синдрома (иктеричности кожи и склер, увеличение печени и селезенки, гипербилирубинемия за счет прямой фракции, увеличение уровня трансаминаз, появление уробилиногена в ОАМ), коагулопатии (тромбоцитопения, снижение АЧТВ, увеличение фибрина и фибриногена), а также поражения кожи и слизистых в виде экзантемы на животе, спине, конъюнктивита.

При дополнительном обследовании очаг бактериальной инфекции не выявлен (бакпосев крови и мочи стерил; на рентгенограмме ОГК изменений нет; ЛОР патологии не обнаружено; УЗИ сердца, органов брюшной полости, почек очагов бактериальной инфекции не выявило). Получены отрицательные результаты на антитела к ВИЧ, HCV, HbSAg. Реакция Видаля отрицательная. Обнаружены IgG к ядерному антигену ВЭБ и к АГ оболочки ВЭБ, высокоavidные IgG к ЦМВИ и ВПГ 1-го, 2-го типов. В мазке из носо- и ротоглотки РНК SARS-CoV-2 (COVID-19) не обнаружена. В крови обнаружены IgM и IgG к коронавирусу SARS-CoV-2 (COVID-19).

**Заключение.** Диагноз пациенту поставлен на основании выявленного поражения двух и более систем или органов (поражения печени, свертывающей системы крови, экзантемы, гастроинтестинального синдрома), лабораторных признаков воспаления (повышение уровня СРБ, прокальцитонина, фибриногена, нейтрофильного лейкоцитоза, лимфопении, тромбоцитопении), проведения дифференциальной диагностики и исключения альтернативных диагнозов, обнаружения IgG и Ig M к коронавирусу SARS-CoV-2 (COVID-19), без обнаружения РНК SARS-CoV-2 (COVID-19) при ПЦР исследовании.



Шишко Ю.А.<sup>1</sup>, Скрипленок Т.Н.<sup>1</sup>, Прилуцкая В.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ГУ РНПЦ «Мать и дитя», Минск, Республика Беларусь

<sup>2</sup> Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Республика Беларусь

## ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ ОБРАЗОВАНИЯ МАТЕРЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1-ГО ТИПА НА ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

**Актуальность.** Данные публикаций последних лет указывают на неблагоприятные последствия сахарного диабета (СД) для женщины и новорожденного.

**Цель исследования.** Оценить влияние уровня образования матерей с сахарным диабетом 1-го типа на перинатальные исходы у новорожденных детей.

**Пациенты и методы.** Ретроспективно методом рандомизации проанализированы 430 «Историй развития новорожденного» (форма 097/у) и «Медицинских карт стационарного пациента» (форма 003/у-07) детей от матерей с СД 1-го типа, рожденных за период 2015 по 2020 г. в ГУ РНПЦ «Мать и дитя». С учетом образования матерей новорожденные разделены на 3 группы, где оценены перинатальные исходы и антропометрические показатели детей. Полученные данные обработаны с применением Statistica 10.0.

**Результаты.** 1-ю группу наблюдения составили дети от матерей со средним образованием ( $n = 70$ ), во 2-ю группу вошли новорожденные ( $n = 204$ ) от матерей со средним специальным образованием, в 3-ю группу ( $n = 156$ ) — с высшим образованием. У младенцев 1-й группы установлено, что их матери имели высокие уровни гликированного гемоглобина (более 6,5) перед беременностью, а также в первом, втором и третьем триместрах. Дети 1-й группы достоверно чаще рождались раньше положенного срока гестации по сравнению с новорожденными 3-й группы (Ме (Q25–Q75) 37,0 (35,0–38,0) нед и 37,5 (36,5–38,0) нед соответственно,  $U = 43,79$ ,  $p_{1-3} = 0,02$ ). Масса, длина и ИМТ при рождении новорожденных 1-й группы были достоверно ( $p < 0,05$ ) ниже аналогичных показателей младенцев 2-й и 3-й групп наблюдения. Доля неблагоприятных исходов беременности в виде антенатальной смерти плода оказалась значимо выше у матерей со средним образованием (4,3%) по сравнению с женщинами с высшим образованием (0%) ( $F_{1-3} = 0,03$ ;  $p_{1-3} = 0,03$ ).

**Заключение.** По сравнению с матерями со средним образованием у женщин с СД 1-го типа и высшим образованием ниже вероятность преждевременных родов и антенатальной гибели плода. Среди новорожденных от матерей с СД 1-го типа и высшим образованием статистически значимо ниже низкая масса тела при рождении.

**Шуматова Т.А., Приходченко Н.Г., Зернова Е.С., Коваленко Д.В., Горбач Е.М.**

*ФГБОУ ВО «ТГМУ» Минздрава России, Владивосток, Российская Федерация*

## **МАРКЕРЫ ПОВРЕЖДЕНИЯ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ КИШЕЧНОГО ВСАСЫВАНИЯ**

**Актуальность.** Заболевания, протекающие с нарушением кишечного всасывания, очень распространены среди детей раннего возраста, в этиологической структуре на первом месте стоит пищевая непереносимость коровьего молока. Вопрос мониторинга данных заболеваний в настоящее время вызывает некоторые затруднения в связи с инвазивностью существующих лабораторных и инструментальных методов.

**Цель исследования.** Определить диагностическую значимость мониторинга маркеров повреждения кишечника (фекальный кальпротектин, зонулин и кишечная фракция белков, связывающих жирные кислоты (I-FABP)) у детей с нарушением кишечного всасывания.

**Пациенты и методы.** Обследовано 96 детей первого года жизни. Все дети были разделены на 3 группы, сопоставимые по полу и возрасту. Первую группу составили 36 детей с аллергией к белку коровьего молока (АБКМ). Во вторую группу вошли 30 детей с лактазной недостаточностью (ЛН). Группу сравнения составили 30 здоровых детей.

Биомаркеры определялись в копрофильтратах методом энзим-связанного иммуносорбентного анализа. Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью непараметрических методов статистики с использованием метода ранговой корреляции Спирмена.

**Результаты.** У детей второй группы концентрация I-FABP статистически значимо не отличалась от показателей у детей контрольной группы ( $0,209 \pm 0,109$  нг/мл и  $0,182 \pm 0,019$  нг/мл соответственно,  $p > 0,05$ ), в то время как у детей первой группы данный маркер в 1,9 превышал аналогичный показатель здоровых детей ( $0,362 \pm 0,048$  нг/мл и  $0,182 \pm 0,019$  нг/мл соответственно,  $p < 0,05$ ).

Концентрация зонулина в копрофильtrate у детей первой группы составила  $1,75 \pm 0,16$  нг/мл, что превышает показатель контрольной группы в 2,3 раза (уровень зонулина в копрофильtrate здоровых детей —  $0,75 \pm 0,01$  нг/мл,  $p < 0,05$ ). У детей второй группы концентрация зонулина в копрофильtrate составила  $1,16 \pm 0,15$  нг/мл, что не имеет подлинных отличий с цифрами, определяемыми у детей контрольной группы ( $p > 0,05$ ).

Показатели фекального кальпротектина у детей с АБКМ и ЛН соответственно —  $236,23 \pm 21,05$  нг/мл,  $186,72 \pm 3,89$  нг/мл, что достоверно выше данного показателя у здоровых детей ( $58,29 \pm 3,47$  нг/мл,  $p < 0,05$ ).

**Заключение.** Таким образом, определяемые биомаркеры являются эффективным неинвазивным критерием повреждения кишечного барьера. Увеличение зонулина, фекального кальпротектина и I-FABP у детей с АБКМ достоверно выше, чем у детей с ЛН, что подтверждает факт более выраженного поражения эпителиального слоя слизистой оболочки тонкого кишечника при развитии аллергического воспаления.

**Щербакова О.В., Хабибуллина Л.Р.**

*ОСП РДКБ ФГАОУ ВО «РНИМУ Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Российская Федерация*

## **ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ УДВОЕНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ**

**Актуальность.** Удвоение кишечника — редкая аномалия, встречающаяся с частотой 1:4500 новорожденных. Так как дубликатуры могут локализоваться во всех отделах желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), а клиническая картина удвоения кишечника не имеет четких патогномоничных признаков, это может приводить к трудностям в диагностике и выборе тактики хирургического лечения.

**Цель исследования.** Ретроспективный анализ ошибок и осложнений в диагностике и лечении детей с удвоением кишечника.

**Пациенты и методы.** С 1992 по 2020 г. в хирургическом отделении № 1 РДКБ ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России находились на этапном хирургическом лечении 13 пациентов с удвоением кишечника (8 девочек и 5 мальчиков). В зависимости от локализации дубликатуры все пациенты были разделены на 3 группы: изолированное удвоение толстой кишки, выявленное у 6/13 пациентов (46%), изолированное удвоение тонкой кишки — у 1/13 (8%) и синдром каудальной дубликации, который был диагностирован у 6/13 (46%). Оценивали объемы предоперационной диагностики и виды оперативных вмешательств.

Статистический анализ проведен с использованием программного обеспечения GraphPad Prism 8.3.0.

**Результаты.** Средний возраст пациентов в первой группе — 3,8 лет (1–9), во второй — 1 год, в третьей — 3,3 года (1–5), статически значимых различий по возрасту не выявлено ( $p = 0,57$ ). Статически значимых различий по полу также не выявлено ( $p = 0,5$ ).

Одним из вариантов радикальных оперативных вмешательств была резекция удвоенного участка кишки с формированием первичного анастомоза (6/13 — 46%). Статистически значимых различий в группах изолированных удвоений толстой и тонкой кишки и синдрома каудальной дубликации достигнуть не удалось ( $p = 0,069$ ), что объясняется недостаточным объемом выборки. Формирование кишечных стом проведено в половине наблюдений (7/13 — 54%), из них 6 пациентам следующим этапом выполнены разные варианты вмешательств: промежностная проктопластика с резекцией дубликатуры прямой кишки (4/6 — 66%), формирование асцендоректального анастомоза (1/6 — 16%) и закрытие колостомы с устранением общей перегородки удвоенного участка кишки (1/6 — 16%). Один пациент со сформированной колостомой исключен из анализа в результате прекращения лечения в нашей клинике, катамнез неизвестен. Стоит отметить, что наибольшие сложности при хирургическом лечении были у пациентов с синдромом каудальной дубликации, которым требовалось проведение этапной коррекции сопутствующих аномалий (удвоения мочевого пузыря и полового члена, удвоения влагалища и матки).

**Заключение.** Важным аспектом ведения больных с удвоением кишечника является своевременная постановка диагноза для предупреждения развития осложнений — таких, например, как заворот удвоенной кишки. При выборе тактики хирургического лечения в приоритете должны быть органосохраняющие методики, чтобы сохранить максимально возможную длину кишечника. Пациенты с синдромом каудальной дубликации требуют участия междисциплинарной команды специалистов для принятия решения об этапности лечения сопутствующих аномалий развития.

**Юденкова О.А., Крутиков И.С.**

*Смоленский государственный медицинский университет, Смоленск,  
Российская Федерация*

## **ПРОБЛЕМА ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ВИТАМИНОМ D ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

**Актуальность.** Последние открытия доказали гормоноподобное действие метаболитов витамина D на различные системы организма. Важно отметить его влияние на качество жизни детей, которые перенесли тяжелую терапию вследствие тяжелого заболевания.

**Цель исследования.** Изучение обеспеченности витамином D детей, перенесших злокачественные новообразования (ЗНО).

**Пациенты и методы.** Работа была выполнена на базе ЛРНЦ «Русское поле» ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева» Минздрава России, набор группы контроля осуществлялся в ОГБУЗ Смоленской областной детской клинической больнице. Всего 552 ребенка от 5 до 17 лет: основная группа ( $n = 356$ ) — дети, перенесшие ЗНО и завершившие программную терапию, находящиеся в стойкой ремиссии, первично проходившие комплексную реабилитацию в ЛРНЦ «Русское поле», группа контроля ( $n = 196$ ) — дети, имеющие 2-ю группу здоровья. Концентрацию кальцидиола в сыворотке крови определяли методом хемиллюминесцентного иммуноанализа.

**Результаты.** Определено, что среднее содержание кальцидиола у детей основной группы составило  $21,5 \pm 0,8$  нг/мл (95% ДИ 19,8–23,6), что говорит о недостаточности витамина D и достоверно ниже, чем в группе контроля ( $35,1 \pm 8,8$  нг/мл, (95% ДИ 32,2–41,9),  $p < 0,05$ ). Установлен дефицит витамина D у 49,4% ( $n = 176$ ;  $12,69 \pm 4,6$  нг/мл), недостаточность кальцидиола — у 40,2% ( $n = 143$ ) пациентов ( $24,39 \pm 4,2$  нг/мл), что вместе составляет 89,6% детей. Лишь 10,4% детей ( $n = 37$ ) имели нормальный уровень витамина D ( $32,6 \pm 3,5$  нг/мл), однако также достоверно низкий показатель по сравнению с группой контроля ( $41,2 \pm 4,2$  нг/мл;  $p < 0,05$ ). Определено, что недостаточность витамина D достоверно ассоциирована с перенесенным злокачественным заболеванием кроветворной системы (C91–C92) Me [25Q–75Q] = 15,9 [13,1–19,2] нг/мл, 72,5%;  $p = 0,0032$ ), злокачественным новообразованием головного мозга и других отделов ЦНС (C69–C72) (Me [25Q–75Q] = 17,7 [12,2–21,1] нг/мл, 66,6%;  $p > 0,05$ ), а также у 85,4% детей — с лимфомами (Me 12,2 [8,4–13,7] нг/мл).

У детей, перенесших злокачественное заболевание, определен дефицит витамина D, с возрастанием ремиссии увеличивался процент детей с низкими показателями витамина D.

**Заключение.** Таким образом, для детей показан регулярный прием препаратов витамина D, что позволяет компенсировать повсеместно распространенный дефицит. Целесообразно определение кальцидиола в сыворотке крови в течение последующих 5 лет ремиссии.

**Юдицкий А.Д., Коваленко Т.В., Петрова И.Н.**

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

## **ПОКАЗАТЕЛИ ТУБУЛЯРНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПОЗДНИХ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ**

**Актуальность.** Задержка внутриутробного развития (ЗВУР) и незрелость, характеризующиеся низкой массой тела при рождении, относятся к факторам риска морфологических и функциональных ренальных нарушений. Актуальным направлением является изучение ранних маркеров в диагностике почечного повреждения.

**Цель исследования.** Изучить показатели тубулярной дисфункции у поздних недоношенных детей с задержкой внутриутробного развития.

**Пациенты и методы.** Обследовано 37 недоношенных новорожденных, из них 17 — со ЗВУР (группа наблюдения), 20 — соответствующих гестационному возрасту (группа сравнения). В качестве маркеров тубулярной дисфункции определяли активность комплекса ферментов и уровень микроальбумина в разовой порции мочи (с пересчетом на ммоль креатинина) на 5–7-е сут жизни. Достоверность различий определяли по непараметрическому критерию Манна–Уитни.

**Результаты.** Диагноз ЗВУР аргументирован низкой массой тела при рождении — 1875 [1845; 1937] г при одинаковом гестационном возрасте 36,0 [35,5; 36,0] нед у обследованных обеих групп. Пациенты не имели значимых отклонений в клиническом статусе и критических состояний в раннем неонатальном периоде. Уровень ферментурии у недоношенных со ЗВУР существенно превышал ( $p < 0,05$ ) значения в группе сравнения: АЛТ — 1,1 [0,8; 1,6], АСТ — 4,1 [3,1; 6,9], щелочная фосфатаза — 8,8 [6,5; 10,9], гаммаглутамилтранспептидаза — 16,0 [15,1; 24,1], холинэстераза — 167,7 [132,1; 212,7] ЕД/ммоль креатинина. Эта же закономерность отмечена в экскреции микроальбумина — 12,1 [8,4; 22,5] мг/ммоль креатинина.

**Заключение.** Показатели энзимурии и микроальбуминурии расцениваются как биохимические маркеры повреждения проксимальных канальцев почек на ранних стадиях. ЗВУР, в основе которой лежит плацентарная недостаточность с формированием нутритивного дефицита и гипоксии плода, сопряжена с органной и тканевой незрелостью. Доказанная в ходе исследования повышенная активность ферментов в разовой моче и микроальбуминурия свидетельствуют о дисфункции тубулярного аппарата, отражающей функциональную незрелость почек у недоношенных со ЗВУР.

**Юрьян Н.В., Юрьян Е.А., Шкляревич В.Ф., Кирьянов А.Н.**

*ГБУЗ РК «Детская республиканская больница», Петрозаводск,  
Российская Федерация*

## **ЛЕЧЕНИЕ ЗАСТАРЕЛОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ АХИЛЛОВА СУХОЖИЛИЯ (ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ)**

**Актуальность.** Повреждение ахиллова сухожилия приводит к выпадению функции подошвенного сгибания стопы, что снижает качество жизни человека. Оперативное лечение проводится лишь при полных разрывах сухожилия. Клинически через 3–4 нед после травмы наблюдается гипотрофия икроножной мышцы, ограничение подошвенного сгибания стопы, нарушение опорной функции конечности, нарушение походки, боль и диастаз концов ахиллова сухожилия. Этот диастаз заполнен соединительной тканью, которая начинает выполнять функцию сухожилия, что является одним из условий диагностических ошибок.

**Цель исследования.** Проанализировать результаты лечения детей с повреждением ахиллова сухожилия на примере случая лечения застарелого повреждения ахиллова сухожилия у ребенка 12 лет.

**Пациенты и методы.** В 2019–2020 гг. наблюдались 8 детей: 1 ребенок лечился консервативно в условиях травмакабинета, 7 детей прооперированы (4 — острое повреждение ахиллова сухожилия, 3 — застарелое повреждение давностью не более 3 нед).

Проанализирована медицинская документация: формы 003/у-80, 112/у пациента П., 12 лет. 11.06.2020 порезался об металлический край забора. 08.07 обратился в травмакабинет, клинически — повреждение ахиллова сухожилия справа (выраженный дефицит движений в правом голеностопном суставе, положительные тесты Thompson и Matles). УЗИ мягких тканей области задней поверхности правого голеностопного сустава — признаки повреждения ахиллова сухожилия.

**Результаты.** 14.07 операция — пластика по типу Abraham–Pankovich. Иммобилизация правой ноги гипсовой лонгетой от кончиков пальцев стопы до верхней трети бедра, тыльное сгибание правой стопы до 130°. Терапия: анальгетики, перевязки, антибактериальная терапия, физиолечение (магнитотерапия). Гипсовая лонгета преобразована в циркулярную гипсовую повязку. Обучен ходьбе на костылях с опорой на здоровую ногу. Выписан на амбулаторный этап лечения. Повторная госпитализация через 2 мес с момента операции — гипсовая повязка снята, курс восстановительного лечения. Последняя госпитализация: движения в правом коленном суставе — разгибание 170°, сгибание 160°. Правая стопа находится в эквинусе, движения в правом голеностопном суставе отсутствуют. Движения в пальцах правой стопы сохранены. Неврологических нарушений нет. Терапия: НПВП, массаж, ЛФК, механотерапия. На момент выписки: объем движений в правом коленном суставе полный. Правая стопа выводится в среднее положение; движения в правом голеностопном суставе — тыльное сгибание до 80°, подошвенное сгибание до 130°. Движения в пальцах правой стопы сохранены. Неврологических нарушений нет. План реабилитационных мероприятий выполнен полностью. При осмотре ребенка через 6 мес с момента операции: объем движений в голеностопном суставе восстановлен полностью, ходит самостоятельно, не хромает.

**Заключение.** Рост активного отдыха в последнее время привел к заметному учащению разрывов ахиллова сухожилия. Важна ранняя диагностика данного повреждения. В ГБУЗ РК «ДРБ» действует «Протокол диагностики повреждения ахиллова сухожилия у детей» для всех пациентов с раной задней поверхности нижней трети голени или подозрением на подкожный разрыв ахиллова сухожилия. Наиболее успешное, по нашему опыту, оперативное лечение застарелых повреждений ахиллова сухожилия с полным нарушением его анатомии — это применение пластики по типу Abraham–Pankovich. Полная функция конечности у всех больных, пролеченных по данной методике, была восстановлена в сроки до 6 мес. Рецидивов не было.

**Яковенко М.П., Клещенко Е.И., Каюмова Д.А., Харченко В.Е.**

*Кафедра педиатрии с курсом неонатологии ФПК и ППС ФГБОУ ВО  
«Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России,  
Краснодар, Российская Федерация*

## **ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ МАТРИКСНЫХ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗ У ГЛУБОКОНЕДОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ПЕРИВЕНТРИКУЛЯРНОЙ ЛЕЙКОМАЛЯЦИЕЙ**

**Актуальность.** Последние десятилетия одной из острых проблем реабилитации глубоконедоношенных детей, перенесших перинатальное гипоксическое поражение нервной системы, является составление программ с учетом прогностических критериев.

**Цель исследования.** Определить взаимосвязь между уровнем матриксной металлопротеиназы II типа в 38 нед постконцептуального возраста (ПКВ) и психомоторным развитием в 12 мес скорректированного возраста (СВ) у глубоконедоношенных детей.

**Пациенты и методы.** В исследование был включен 81 ребенок, рожденный с массой тела от 1000 до 1500 г. По данным МРТ в 38 нед ПКВ у детей отмечалась некистозная форма перивентрикулярной лейкомаляции. По значению уровня матриксной металлопротеиназы II типа (МПП II) дети были разделены на две группы. В 12 мес СВ оценивалось психомоторное развитие по шкале INFANIB.

**Результаты.** Низкие значения МПП II (менее 250 нг/мл) в 38 нед ПКВ регистрировались у 59 детей (I группа), высокие (более 250 нг/мл) — у 22 (II группа). Значимых различий по полу и гестационному возрасту между группами исследования не отмечалось ( $p < 0,05$ ). После рождения всем детям потребовалось лечение и выхаживание в условиях отделения реанимации. Значимых различий в течении неонатального периода и в состоянии при выписке между группами исследования не отмечалось. В 12 мес СВ нормальное психомоторное развитие (82 балла и более по шкале INFANIB) отмечалось у 84,8% детей из I группы и 18,2% детей из II группы ( $p < 0,05$ ), транзиторные нарушения (69–82 балла) — у 15,2 и 45,5% ( $p < 0,05$ ) соответственно, формирующийся детский церебральный паралич (68 баллов и меньше) — ни у одного ребенка из I группы и у 36,3% детей из II группы ( $p < 0,05$ ). Также была выявлена сильная отрицательная корреляционная связь между уровнем МПП II в 38 нед ПКВ и количеством баллов по шкале INFANIB в 12 мес СВ ( $r = -0,784$ ).

**Заключение.** Уровень концентрации МПП II в крови недоношенных детей, рожденных с очень низкой массой тела, в 38 нед постконцептуального возраста, со сформировавшейся перивентрикулярной лейкомаляцией, обратно пропорционален уровню психомоторного развития детей в 12 мес скорректированного возраста.

**Ярош М.А., Кудрякова Г.Д., Габдулазанова Ф.Н., Козаренко В.Г.**

*БУХМАО — Югры «Нефтеюганская окружная клиническая больница им. В.И. Яцкив», Российская Федерация*

## **ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ КОМБИНАЦИИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ И ГЕННОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТКИ СО СПИНАЛЬНОЙ МЫШЕЧНОЙ АТРОФИЕЙ (СМА) 2-ГО ТИПА**

**Актуальность.** СМА — наследственное нервно-мышечное заболевание, лечение которого долгое время было лишь симптоматическим. Следствием генетического дефекта является тяжелейшая инвалидизация, при тяжелых формах смерть наступает до достижения двухлетнего возраста.

**Цель исследования.** Оценка неврологического статуса и моторного развития у пациентки с диагнозом «Спинальная мышечная атрофия 2-го типа», получившей комбинированную терапию препаратами нусинерсен и onasemnogene aberavovesc-xioi (не зарегистрирован на территории РФ).

**Пациенты и методы.** Девочка в возрасте 2 лет 4 мес с диагнозом «Спинальная мышечная атрофия 2-го типа», генетически подтвержденным в возрасте 1 года 5 мес. Пациентка регулярно осматривается неврологом, проводится оценка физического развития, исследование соматического и неврологического статуса, оценка двигательного статуса по шкалам CHOP INTEND и HINE, лабораторные исследования (общий анализ крови, биохимические показатели функции печени).

**Результаты.** На момент подтверждения диагноза оценка по шкалам CHOP INTEND — 63 балла, HINE — 15 баллов.

В 1 год 9 мес пациентке проведено 4-кратное интратекальное введение препарата нусинерсен, перенесла удовлетворительно.

В возрасте 1 года 11 мес введен препарат onasemnogene aberavovesc-xioi xioi. В течение полутора месяцев после введения отмечалась транзиторная тромбоцитопения, нарастание уровня АЛТ до 1052,5 Ед/л, АСТ — до 817,6 Ед/л. На фоне ежедневного приема глюкокортикостероидов число тромбоцитов и биохимические показатели функции печени нормализовались к окончанию 3-го мес после введения препарата.

Пациентка регулярно получала курсы физической реабилитации — массаж, лечебное плавание, ЛФК ежедневно.

На фоне проведенной терапии отмечается положительная динамика в неврологическом статусе: значительно улучшился мышечный тонус, прогрессируют моторные навыки — стала самостоятельно садиться, увереннее и дольше сидит без поддержки, стоит и ходит у опоры, стоит без опоры около 10 секунд, активно шагает при поддержке за обе руки.

Через 3 мес после введения препарата onasemnogene aberavovesc-xioi оценка по шкалам CHOP INTEND — 63 балла, HINE — 22 балла.

**Заключение.** Появление препаратов для патогенетического лечения и генной терапии спинальной мышечной атрофии открывает перспективы для улучшения качества и увеличения продолжительности жизни пациентов с данным заболеванием. Для восстановления и дальнейшего развития моторных навыков необходима длительная, вероятно, пожизненная физическая реабилитация.



# ЧАСТЬ II

## XI ФОРУМ ДЕТСКИХ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР

**Агаркова Н.Н.**

*ГБУЗ ТО ОБ № 11 р.п. Голышманово ОФ № 1 «Юргинская районная больница»,  
с. Югринское, Тюменская область, Российская Федерация*

### **ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ МАОУ «ЮРГИНСКАЯ СОШ»**

**Актуальность.** Здоровые дети — здоровая нация, счастливое будущее.

**Цель исследования.** Проведение профилактической работы с детьми и их родителями, педагогами, персоналом. Формирование ценностного отношения к здоровому образу жизни. Нравственное воспитание школьников. Возрождение у школьников фундаментальных ценностей (гражданственность, милосердие, гуманность, отзывчивость).

**Пациенты и методы.** Учащиеся СОШ их родители и педагоги. Методы: наглядно-действенный, словесно-образный, практический, аналитический; статистический.

**Результаты.** Организация волонтерского отряда «Волонтеры Медики».

За время работы со школьниками приняли решение стать работниками в здравоохранении 44 человека.

- Участие и занятие призовых мест в олимпиадах, конференциях, конкурсах районного и областного уровня.
- Вместе с детьми старших классов были написаны научно-исследовательские работы по следующим темам: «Правильное питание»; «Профилактика плоскостопия»; «Болезни глаз»; «Профилактика кариеса»; «Здоровое питание школьника» или «Поколение новое выбирает жизнь здоровую» и многие другие.

**Заключение.** Развитие кружков и создание новых направлений для обучения и передачи опыта учащимся играет важное значение для формирования практических знаний и навыков по медицине.

**Копоницкая Н.А.**

*ДПО № 3 ГУЗ «Детский клинический медицинский центр г. Читы», Чита,  
Российская Федерация*

## **СЕСТРИНСКАЯ ШКОЛА ОБУЧЕНИЯ ПО СОХРАНЕНИЮ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ГУЗ «ДЕТСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР г. ЧИТЫ»: ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ**

**Актуальность.** Проблемы сохранения грудного вскармливания — это те вопросы, с которыми чаще всего обращаются молодые мамы. Ценность и важность сохранения грудного вскармливания женщин, решение возникающих проблем — это одно из немногих направлений работы среднего медицинского персонала сестринской школы Центра поддержки грудного вскармливания.

**Цель исследования.** Оказание практической помощи в становлении и организации грудного вскармливания, разработка практических рекомендаций для внедрения в работу участковой службы. Информирование и обучение беременных женщин и кормящих грудью матерей современным принципам успешного грудного вскармливания. Внедрение обучающей программы по поддержке грудного вскармливания индивидуально и работа с группами, информирование матерей и членов семей о преимуществе раннего начала и сохранения грудного вскармливания. Обучение медицинского персонала, слушателей дополнительного профессионального образования Читинского медицинского колледжа правилам грудного вскармливания, передача опыта в районы коллегам Забайкальского края. Применение передачи обучающего материала с использованием информационных технологий (онлайн, видеоуроки, запись лекций, видеоролики и др.).

**Пациенты и методы.** Сестринское исследование проведено на базе Центра поддержки грудного вскармливания ГУЗ «ДКМЦ г. Читы». Осуществлена оценка результатов деятельности медицинской сестры Центра поддержки грудного вскармливания на основании отчетных форм с последующим анализом полученных данных за 2018–2020 гг.

**Результаты.** Услуги Центра поддержки грудного вскармливания являются крайне востребованными среди пациентов. За помощью обращаются пациенты с различными вопросами, медицинская сестра проводит консультирование по вопросам:

- рекомендации по грудному вскармливанию;
- нарушение техники прикладывания к груди;
- режим питания и отдыха мамы;
- помощь при лактостазе;
- контрольное взвешивание.

Консультирование в центре проводится очно, по телефону «горячая линия», в режиме «онлайн».

**Заключение.** Проанализировав результаты деятельности медицинской сестры Центра поддержки грудного вскармливания, можно сделать вывод, что работа сестринской школы по обучению правильной организации грудного вскармливания, технике кормления, решению вопросов питания кормящей мамы, коррекции проблем лактации у матери, анализу причин отказа от грудного вскармливания востребованна, способствует уменьшению доли детей, матери которых рано прекратили грудное вскармливание. Разъяснительную работу в этом направлении необходимо продолжать, осуществляя преемственность со специалистами женских консультаций, обучая и расширив функции средних медицинских специалистов детских поликлиник г. Читы и Забайкальского края.

**Опина О.Г.**

*ДПО № 2 ГУЗ «Детский клинический медицинский центр г. Читы», Чита,  
Российская Федерация*

## **КОМПЕТЕНТНОСТНЫЙ ПОДХОД ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ОТДЕЛЕНИЯ ВЫЕЗДНОЙ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В ГУЗ «ДКМЦ г. ЧИТЫ»**

**Актуальность.** Для удовлетворения потребностей паллиативного ребенка в комплексном уходе и различных видах помощи необходимо участие профессионалов различных специальностей — как медицинских, так и немедицинских. В то же время ключевая роль в организации паллиативной помощи отводится специалисту среднего звена, так как именно он чаще других контактирует с пациентом и его близкими. Целью его работы является улучшение качества жизни ребенка и поддержка его семьи.

**Цель исследования.** Изучить роль медицинской сестры в работе выездной бригады, взаимодействие с членами медицинской команды при оказании паллиативной помощи тяжелобольным детям с зависимости от ее профессиональных компетенций.

**Пациенты и методы.** Сестринское исследование проведено на базе ГУЗ «ДКМЦ г. Читы» среди 64 семей, находящихся на курации паллиативной службы. Проведена сопоставительная оценка результатов деятельности медицинской сестры на основании отчетных форм с последующим анализом полученных данных.

**Результаты.** Совокупность профессиональных компетенций, знаний, опыта и навыков медицинской сестры позволяют качественно осуществлять деятельность по уходу и организовать лечебный процесс для выполнения поставленных задач.

Медицинская сестра осуществляет координацию всех звеньев в цепи оказания помощи пациенту, обеспечивая взаимодействие и обмен информацией между всеми участниками процесса лечения больного и ухода за ним. Представляет интересы пациента, отвечает за то, чтобы программа лечения соответствовала его нуждам и ожиданиям, и выполняет намеченную программу совместно со специалистами команды паллиативной помощи. Она постоянно обучает родственников приемам ухода, формам общения и поведения на протяжении всего срока болезни ребенка, санитарно-гигиенического обслуживания физически ослабленных и тяжелобольных на дому.

**Заключение.** Основная цель паллиативной помощи — повышение качества жизни ребенка путем избавления от физических и душевных страданий, облегчения тяжелых симптомов, мешающих ребенку комфортно жить и развиваться. Поэтому в паллиативной помощи от уровня знаний, умений, личностных качеств медицинской сестры зависит качество всего комплекса предоставляемой медицинской помощи, состояние тяжелобольного ребенка и доверие ко всем членам команды со стороны родителей.

**Сабирова А.М.<sup>1</sup>, Самороднова Е.А.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ГАУЗ «Детская городская больница № 1», Казань, Российская Федерация

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» МЗ РФ, Казань, Российская Федерация

## **ВАКЦИНАЦИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ ПОЛИКЛИНИКИ. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОТНОШЕНИЯ К ВАКЦИНАЦИИ**

**Актуальность.** Организация вакцинопрофилактики грудных детей имеет огромное значение для сохранения их здоровья и требует особого внимания со стороны медработников, так как количество прививок на первом году жизни является максимальным, к тому же достаточно часто встречаются прививочные реакции.

**Цель исследования.** Изучить основные аспекты прививочной работы у детей грудного возраста в детской поликлинике г. Казани.

**Пациенты и методы.** Проведен опрос медперсонала поликлинического отделения № 3 ГАУЗ «Городская детская больница № 1» г. Казани (10 — врачи, а 16 — медицинские сестры) и 104 родителей, дети которых обслуживаются в данной поликлинике.

**Результаты.** Отношение медработников к вакцинации в 88% было положительным, но 12% не уверены в эффективности данного метода защиты от инфекции. Основной проблемой в проведении прививочной работы медицинский персонал считает отказы от вакцинации — 64% сталкиваются с этим постоянно. Главными причинами этого, по их мнению, являются негативные отзывы в Интернете и социальных сетях — 72%, боязнь осложнений — 64%, религиозные догмы — 56%. Постпрививочные реакции у детей первого года жизни, по данным анкетирования, выражены слабо или умеренно у 45% пациентов, из них, как правило, отмечаются местные (гиперемия, отек, болезненность в месте инъекции) — 61%, а из общих — повышение температуры тела (23%) и изменение поведения ребенка (16%).

Опрос родителей показал, что 80% из них поддерживают вакцинацию, 12% — нет, отказываясь от прививок, и 8% окончательно не определились, но детей прививают. 88% детей привиты согласно национальному календарю прививок, однако лишь 35% имеют сезонную вакцинацию от гриппа. Причинами отказа от прививок стали наличие медицинского отвода — 2 случая; частые заболевания — 3; боязнь побочных эффектов на прививку — 4; мнение о неэффективности вакцины — 3 и по религиозным убеждениям — 1 случай. Из прививочных реакций родители отмечают у детей умеренные местные реакции (40,4%) и кратковременный подъем температуры тела до 38 °С (59,6%). Наиболее востребованной является информация о сроках, порядке введения вакцин — 48%, возможных прививочных реакциях и осложнениях — 84%, подготовке ребенка к прививке — 64%.

**Заключение.** Таким образом, для повышения эффективности прививочной работы у детей первого года жизни требуются не только санпросветработы с родителями, но и необходимость формирования у медперсонала более активной профессиональной позиции к иммунопрофилактике.

**Слезина А.В.**

*ГБПОУ ДЗМ «Медицинский колледж № 6», Москва, Российская Федерация*

## **ЗНАЧЕНИЕ ИНФОРМИРОВАННОСТИ МЕДПЕРСОНАЛА ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ В ВОПРОСАХ АНТЕНАТАЛЬНОЙ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ**

**Актуальность.** Актуальность совершенствования подходов к антенатальной охране здоровья детей определяется недостаточно эффективной реализацией мероприятий по этому направлению, что во многом обусловлено уровнем информированности медперсонала, организующего эту работу.

**Цель исследования.** Анализ организационных подходов к охране здоровья детей на антенатальном этапе в условиях детской поликлиники

**Пациенты и методы.** Изучены информированность 612 беременных женщин о факторах риска для здоровья, их удовлетворенность информированием по этим вопросам. Дана характеристика осведомленности специалистов детской поликлиники ( $n = 401$ ) о наличии нарушений в образе жизни их пациенток, оценены их возможности в организации профилактического консультирования беременных (тест-карты, данные выкопировки медицинской документации ( $n = 241$ )).

**Результаты.** Установлена высокая частота нарушений в образе жизни беременных, их низкая информированность о влиянии этих нарушений на здоровье будущего ребенка и о возможностях их устранения. По мнению респондентов, медперсонал детской поликлиники недостаточно активен в части выдачи рекомендаций по вопросам формирования здоровья будущего ребенка. При этом нередко беременные, даже получавшие рекомендации, не считали их достаточно полными, почти половина беременных их не понимали и хотели бы получать в виде памяток.

Выявлен недостаточный уровень информированности специалистов детских поликлиник в вопросах формирования, сохранения и укрепления здоровья детей на антенатальном этапе. Вместе с тем имел место и неполный охват пациенток, имеющих нарушения в образе жизни, рекомендациями по устранению или снижению влияния этих нарушений на здоровье будущего ребенка. Установлено, что, несмотря на то что большинство рекомендаций дублируются, значительная доля беременных не получают рекомендаций о борьбе со стрессами и адекватной физической активности.

**Заключение.** В такой ситуации возникает необходимость совершенствования и эффективной организации антенатальной охраны здоровья детей. Прежде всего это касается повышения качества подготовки специалистов, реализующих профилактическое консультирование будущих родителей. При этом деятельность специалистов должна быть направлена не только на снижение воздействия негативных факторов риска на здоровье будущего ребенка, но и на стимуляцию действия позитивных факторов, увеличивающих резервы организма.

**Юринская Е.С.**

*ДПО № 2 ГУЗ «ДКМЦ г. Читы», Чита, Российская Федерация*

## **ЭФФЕКТИВНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР В ПРОЕКТЕ «КООРДИНАТОРЫ ЗДОРОВЬЯ» В УСЛОВИЯХ РАСПРОСТРАНЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ**

**Актуальность.** Одной из задач учреждений здравоохранения является оптимизация деятельности медицинского персонала с выработкой новых направлений эффективного использования сестринского потенциала за счет расширения профессиональных обязанностей медицинских сестер в предоставлении сестринской помощи, максимально удовлетворяющей потребностям пациентов. Актуальность работы определяется современными требованиями в условиях распространения новой коронавирусной инфекции от руководителей сестринской службы в поиске новых подходов, совершенствования и оптимизации работы медицинских сестер первичного звена здравоохранения.

**Цель исследования.** Изучить эффективность работы Проекта в условиях пандемии коронавирусной инфекции на базе ГУЗ «ДКМЦ г. Читы».

**Пациенты и методы.** Была проведена сопоставительная оценка результатов деятельности координаторов по ежемесячным отчетным формам до и после подъема заболеваемости COVID-19. Проведен социологический опрос с помощью специальных анкет с последующим анализом данных.

**Результаты.** За период реализации Проекта с 2017 по 2020 год увеличилось в 5,5 раз число курируемых семей — до 779 с общим числом, членов 2586 человек. В том числе под наблюдением кураторов находятся 774 ребенка с хронической патологией, что составило около 1,0% от всего детского населения г. Читы и около 30% от всех детей с хроническими заболеваниями, так как были взяты на курацию наиболее «проблемные» пациенты. Эпидемия новой коронавирусной инфекции внесла свои коррективы в работу медицинских сестер-координаторов. В первую волну увеличения числа заражений COVID-19 весной были сокращены плановые посещения детей на дому с целью профилактики распространения инфекции с заменой их консультированием дистанционными методами со значительным ростом частоты онлайн-связи с использованием планшетов. В сентябре-октябре было отмечено резкое увеличение вызовов врачей-педиатров на дом к курируемым детям. Часть нагрузки врачей взяли на себя медсестры, выполняя активы к детям в тех случаях, когда не требовалось врачебное наблюдение.

**Заключение.** Внедренный Министерством здравоохранения Забайкальского края проект «Координаторы здоровья» оказался очень значимым для оказания качественной медицинской помощи детскому населению. Работа с пациентами в новом формате позволила семьям, нуждающимся в особом внимании, своевременно получать информацию и медицинскую помощь в полном объеме — как в условиях поликлинического отделения, так и на дому.

# СОДЕРЖАНИЕ

## Часть I

<i>Абдуллаева Н.Ш., Олимова К.С.</i> Гендерные особенности качества жизни детей первого года жизни . . . . .	1
<i>Абдуллина А.Э., Калмыкова А.С.</i> Мочевая экскреция коллагена 4 типа — ранний предиктор развития диабетической нефропатии у детей с сахарным диабетом 1-го типа . . . . .	2
<i>Абдурашидова Х.Б., Турдиева Ш.Т.</i> Гематологические показатели детей с хронической гастродуоденальной патологией . . . . .	3
<i>Агзамова Ш.А.</i> Сравнительный анализ результатов исследования новорожденных детей и их матерей методом полимеразной цепной реакции на цитомегаловирус . . . . .	4
<i>Агзамова Ш.А., Ахмедова Ф.М.</i> Оценка состояния питания школьников города Ташкента . . . . .	5
<i>Айбазова Д.К., Федько Н.А., Джанибекова А.С.</i> Недостаточность витамина D у детей дошкольного возраста с патологией костной системы . . . . .	6
<i>Айбазова Д.К., Федько Н.А., Джанибекова А.С.</i> Состояние здоровья детей младшего школьного возраста г. Ставрополя . . . . .	7
<i>Андреев А.В., Харламова Н.В., Песенкина А.А.</i> Предикторы формирования внутрижелудочковых кровоизлияний у глубоконедоношенных новорожденных . . . . .	8
<i>Антонов О.В., Волоцкий К.А., Комарова А.А., Антонова И.В.</i> Определение эффективности различных методов оценки физического развития у детей . . . . .	9
<i>Артюкова С.И., Антонов О.В., Мингаиров К.М., Хабибуллина Н.Ю., Грибок М.В., Духтик Л.А.</i> Опыт работы и анализ деятельности выездной патронажной службы для оказания паллиативной медицинской помощи детям . . . . .	10
<i>Артюкова С.И., Белоклокова М.И., Немчинов А.С., Антонов О.В., Понкрашина Л.П., Волоцкий К.А.</i> Анализ реализации целевой подпрограммы «Инфекции, передающиеся половым путем» среди подросткового населения сельского муниципального района Омской области . . . . .	11
<i>Атамеева А.О., Завалов И.Н., Беляева И.А., Горев В.В., Михеева А.А., Кругляков А.Ю.</i> Сочетанная паразитарно-вирусная внутриутробная инфекция у недоношенного ребенка (клинический случай) . . . . .	12
<i>Ахаладзе Д.Г., Меркулов Н.Н., Ускова Н.Г., Рабаев Г.С., Твердов И.В., Грачев Н.С.</i> Ранние результаты хирургического лечения местнораспространенных нейробластом у детей. . . . .	13
<i>Аширматова И.Б., Уразова С.Н., Розенсон Р.И.</i> Триггеры при холинергической крапивнице у подростков. . . . .	14
<i>Бабилова А.С., Вольхина И.В., Татарева С.В.</i> Качественная медицинская помощь в образовательных организациях как основа для формирования здоровья детей и подростков . . . . .	15
<i>Байрамуков А.М., Арсанукаева Л.Ш., Федько Н.А., Джанибекова А.С.</i> Изучение распространенности железодефицитных состояний у детей младшего школьного возраста . . . . .	16
<i>Балалаева И.Ю., Кораблева Т.П., Царенко Л.А.</i> Частота гиперактивного мочевого пузыря у детей в период пандемии COVID-19 . . . . .	17
<i>Баранова Т.В., Перелетова Д.И., Кругляков А.Ю., Беляева И.А., Михеева А.А.</i> Тяжелое течение галактоземии (клинический случай). . . . .	18
<i>Башлакова А.Н., Мороз Е.А., Строгая И.В.</i> Травматический разрыв аневризмы синуса Вальсальвы . . . . .	19
<i>Бегляров Р.О., Гусейнова С.А., Ахундова А.А., Мухтарова С.Н., Панахова Н.Ф.</i> Патогенетические механизмы поражения почек у новорожденных с задержкой внутриутробного развития. . . . .	20
<i>Безлер Ж.А., Бомберова Л.А., Легкая Л.А.</i> Развитие системы оказания паллиативной медицинской помощи детям в Республике Беларусь . . . . .	21
<i>Бекбулатова Э.З.</i> Субфебрильная температура у детей . . . . .	22
<i>Бекезин В.В., Пересецкая О.В., Козлова Л.В.</i> Соотношение некоторых показателей психологического статуса и вегетативной реактивности у детей подросткового возраста с ожирением и метаболическим синдромом . . . . .	23
<i>Белых Н.А., Майборода В.В., Фокичева Н.Н., Шилина С.А., Калашикова О.Н., Федосеева Н.Ю.</i> Клинический случай болезни Кавасаки у ребенка 7 месяцев. . . . .	24

<i>Белых Н.А., Пизнюр И.В., Анিকেева Н.А., Захарова А.В., Раева Г.Ф.</i> Клинический случай гемолитической анемии, обусловленный дефицитом активности глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы. ....	25
<i>Бербецьев В.В.</i> Диагностические ошибки в практике врача педиатрического отделения интенсивной терапии. ....	26
<i>Боечко Д.И.</i> К вопросу о влиянии антенатального контакта по ОРИ на соматический статус новорожденных. ....	27
<i>Большаков Н.А.</i> Осложнения онкологического эндопротезирования у пациентов детского и подросткового возраста. ....	28
<i>Бондаренко В.А., Федько Н.А., Зурначева Э.Г., Иваницкая Е.В., Лагодина Н.А.</i> Легочная гипертензия у детей с врожденными пороками сердца. ....	29
<i>Боровкова М.Г., Николаева Л.А.</i> Внебольничная пневмония у детей в современных условиях. ....	30
<i>Бочарова О.В., Игошина Н.О., Теплякова Е.Д.</i> Проявления минимальной диастолической и эндотелиальной дисфункции как ранние критерии формирования кардиоваскулярной патологии у детей и подростков с экзогенно-конституциональным ожирением. ....	31
<i>Бочкова Л.Г., Черненко Ю.В., Панина О.С.</i> Содержание сывороточного цинка у различных категорий маловесных новорожденных. ....	32
<i>Бурлуцкая А.В., Коробкина О.Г., Статова А.В., Подлесная О.Н.</i> Статус витамина D у детей г. Краснодара. ....	33
<i>Бурлуцкая А.В., Статова А.В.</i> Оценка состояния здоровья детей, рожденных с помощью вспомогательных репродуктивных технологий. ....	34
<i>Буря А.Е., Мачнева Е.Б., Пристанскова Е.А., Пурбуева Б.Б., Кондрашова З.А., Скоробогатова Е.В.</i> Долгосрочные результаты лечения аутосомно-рецессивной формы остеопетроза после проведенной аллогенной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток. ....	35
<i>Валялов К.А., Суханова Н.В., Ревуненков Г.В., Егорова М.В., Иокужите Н.В., Зинченко Р.А., Васильева Т.А.</i> Эхографическая характеристика глаз у детей с врожденной аниридией в возрастном аспекте. ....	36
<i>Виноградова Т.В., Касаткин Д.С.</i> Влияние хронического аутоиммунного заболевание матери на психомоторное развитие ребенка первого года жизни (на примере рассеянного склероза). ....	37
<i>Власенко Н.Ю., Павлинова Е.Б., Смородина А.С., Юдицкая Т.А., Захаров И.Л., Юнгман Н.В., Каргаполова К.И., Кузнецова П.В., Кардаполова Н.В., Устинова И.А., Сквородникова О.А., Атаманенко О.Н., Бутакова Г.В., Бибик Е.В., Розина Е.Г., Шумилова Л.В.</i> Медико-социальная характеристика семей, воспитывающих ребенка с сахарным диабетом 1-го типа. ....	38
<i>Волянюк Е.В., Сулейманова З.Я., Закирова А.М., Волянюк Е.В., Рашитова Э.Л., Галимова Р.М., Желтухина М.В.</i> Особенности течение постнатального периода у недоношенных новорожденных с экстремально низкой массой тела. ....	39
<i>Воронкина Е.Н., Федько Н.А., Автандилян Л.Л., Галимова О.И., Федулова А.А., Попова Е.В.</i> Особенности клинического течения педиатрического мультисистемного воспалительного синдрома (PMIS). ....	40
<i>Гаврилюк Н., Караман А., Пырцу Л., Палий И.</i> Пороки дуги аорты у детей: диаметры и осложнения. ....	41
<i>Гаджикеримов Г.Э., Аль-Зрер К.М., Гуменюк О.И., Черненко Ю.В.</i> Клинический случай поздней диагностики болезни Фабри. ....	42
<i>Ганузин В.М., Сторожева И.В., Сухова Н.С.</i> Анализ состояния здоровья детей школьного возраста, проживающих в современных социально-экономических условиях. ....	43
<i>Гараева С.З., Гасангулиева Г.М., Ашрафова К.Н.</i> Физическое развитие детей раннего возраста, родившихся от кровнородственных и некровнородственных браков. ....	44
<i>Гнедько Т.В., Остроушко Д.В., Капралова В.И., Берестень С.А., Полякова Е.А.</i> Количественная оценка ТРЕС/КРЕС у недоношенных детей с наличием перинатальных инфекций. ....	45
<i>Голанцев И.А., Боровкова В.Н., Сосин Д.В., Тихонова А.А., Хохлова Н.А.</i> Динамика соматической патологии у детей 7–10-летнего возраста с ограниченными возможностями здоровья. ....	46
<i>Грачев Н.С., Калинина М.П., Ворожцов И.Н., Тимофеева О.К., Бабаскина Н.В.</i> Характеристика главных клинических проявлений опухолей параменингеальной локализации у детей. ....	47
<i>Грачев Н.С., Яременко Е.Ю., Ворожцов И.Н., Бабаскина Н.В.</i> Периоперационная безопасность пациентов детского и подросткового возраста с новообразованиями щитовидной железы: оценка инцидентности и качества жизни. ....	48



<i>Гузик Е.О., Соловей О.М., Журко П.М., Мащенко И.В.</i> Саливаторный кортизол как маркер стресса учащихся . . . . .	49
<i>Гусева М.А., Жуковская Е.В.</i> Роль пациентских организаций в оказании психологической поддержки семьям детей с онкологическими заболеваниями . . . . .	50
<i>Деревцов В.В.</i> Кардиальные аспекты задержки внутриутробного роста и развития у детей грудного возраста . . . . .	51
<i>Долотова Н.В., Филькина О.М., Воробьева Е.А., Кочерова О.Ю.</i> Влияние использования цифровых технологий в образовательном процессе на формирование нарушений зрения у детей . . . . .	52
<i>Домбаян С.Х., Панова И.В., Летифов Г.М., Афонин А.А., Афонина Т.А., Бережанская С.Б.</i> Роль нейрон-специфической енолазы в патогенезе хронического гастродуоденита у детей 10–15 лет . . . . .	53
<i>Дубровская И.В., Кузнецова Т.А.</i> Диагностика латентного ожирения у детей с бронхиальной астмой . . . . .	54
<i>Егорова Е.А., Матвеев А.В., Балакчина А.И.</i> Особенности нежелательных реакций на витаминные препараты в педиатрической практике (ретроспективный анализ) . . . . .	55
<i>Ефременкова А.С., Крутикова Н.Ю.</i> D-витаминный статус детей, страдающих ожирением . . . . .	56
<i>Ешану В.Ф., Палий И.И., Ешану В.Г.</i> Формы геометрии левого желудочка у детей с диабетом 1-го типа . . . . .	57
<i>Журавлева Л.Н.</i> Сурфактантные протеины А и D при респираторных нарушениях у новорожденных . . . . .	58
<i>Журавлева Н.С., Хорошев С.А., Исмагилова И.Ф.</i> Полиморфизм генов тромбофилии у детей с хронической болезнью почек V стадии . . . . .	59
<i>Заводнова О.С.</i> Клинико-эпидемиологическая характеристика ветряночных энцефалитов у детей Ставропольского края . . . . .	60
<i>Заводнова О.С.</i> Эффективность хирургической коррекции паховых и пахово-мошоночных грыж у детей . . . . .	61
<i>Заводнова О.С.</i> Эффективность хирургической коррекции врожденных гемангиом у детей Ставропольского края . . . . .	62
<i>Захаров И.А., Панина О.С., Черненко Ю.В.</i> Дифференциальный диагноз экзантем в раннем неонатальном периоде . . . . .	63
<i>Зурначева Э.Г., Галимова О.И., Федько Н.А., Ивануцкая Е.В., Джанибекова А.С.</i> Структура кардиоваскулярной патологии у детей . . . . .	64
<i>Иванов А.А., Куличенко Т.В.</i> Диагностика и лечение герпесвирусных инфекций в реальной клинической практике: у страха глаза велики . . . . .	65
<i>Игнатъев Е.А., Васильева Т.М., Корчагина Е.В.</i> Опыт применения дистанционных технологий в работе детской городской поликлиники при оказании первичной специализированной помощи в условиях пандемии COVID-19 . . . . .	66
<i>Иешкина М.Н., Никонова С.А., Анисеева Н.А., Пизнюр И.В., Шилина С.А., Федосеева Н.Ю., Фалетров М.В., Горячев В.В.</i> Трудности диагностики многоформной экссудативной эритемы у подростка . . . . .	67
<i>Казанцева А.В., Ануфриева Е.В.</i> Внедрение групповых и индивидуальных методов здоровьесбережения среди студентов колледжей . . . . .	68
<i>Калужная Т.А., Шахтактинская Ф.Ч., Федосеенко М.В., Фоминых М.В., Сельвян А.М., Толстова С.В., Привалова Т.Е.</i> Особенности вакцинального анамнеза детей, перенесших инфекцию, вызванную SARS-CoV-2 . . . . .	69
<i>Камилова А.Т., Абдуллаева Д.А., Геллер С.И., Умарназарова З.Е., Шозода Ш.С.</i> Клиническое значение определения антимикробных пептидов у детей с аллергическим энтероколитом . . . . .	70
<i>Камилова А.Т., Абдуллаева Д.А., Умарназарова З.Е., Геллер С.И., Азизова Г.К.</i> Активность антимикробных пептидов и цитокинов воспаления при целиакии у детей . . . . .	71
<i>Карпович Г.С., Васюнин А.В., Куимова И.В., Шестаков А.Е.</i> COVID-19 в педиатрической практике: клинические особенности . . . . .	72
<i>Кашинская Т.С., Шахова Н.В.</i> Спектр сенсibilизации у детей дошкольного возраста с атопическим дерматитом . . . . .	73
<i>Кашинская Т.С., Шахова Н.В.</i> Уровень витамина D у детей дошкольного возраста с атопическим дерматитом . . . . .	74
<i>Кашинская Т.С., Шахова Н.В.</i> Ассоциация между регулярным приемом витамина D на первом году жизни и риском развития аллергических заболеваний у детей дошкольного возраста . . . . .	75

<i>Клещенко Е.И., Шимченко Е.В.</i> Диагностика морфологических изменений головного мозга у детей с перинатальным гипоксическим поражением нервной системы. ....	76
<i>Коваль В.А., Кислюк Г.И.</i> Проблема галактоземии в Курском регионе. ....	77
<i>Кожанова Т.В., Жилина С.С., Мещерякова Т.И., Шорина М.Ю., Деменьшин И.Ф., Прокопьев Г.Г., Канивец И.В., Сухоруков В.С., Ануфриев П.Л., Баранич Т.И., Козина А.А., Притыко А.Г.</i> Врожденная мышечная дистрофия Давиньон–Шове, ассоциированная с новой мутацией в гене <i>TRIP4</i> . ....	78
<i>Кожевникова Л.А., Абдумоминова Д.К., Серокурова Е.В.</i> Нервная анорексия у девочек-подростков. Роль семьи в дебюте болезни. ....	80
<i>Козаренко В.Г., Корсунова Т.Ф.</i> COVID-19 у детей г. Нефтеюганска . ....	81
<i>Козловский А.А.</i> «Острый живот» в практике врача-педиатра . ....	82
<i>Козловский А.А., Козловский А.А. (мл.), Батт Т.А., Блохин М.Р.</i> Острые отравления у детей Гомельской области. ....	83
<i>Козловский А.А. (мл.), Козловская Е.О.</i> Микробиологическая структура и чувствительность патогенной флоры к антибиотикам у детей с инфекцией мочевой системы. ....	84
<i>Козловский А.А., Стринадко Ю.С.</i> Функциональные расстройства пищеварения у детей раннего возраста . ....	85
<i>Козловский Д.А.</i> Современные представления о витамине D: осведомленность врачей-педиатров. ...	86
<i>Коновалова А.М., Тяжева А.А., Печкуров Д.В., Порецкова Г.Ю., Воронина Е.Н.</i> Новые возможности диагностики гастроинтестинальной формы пищевой аллергии у детей раннего возраста с хронической диареей . ....	87
<i>Коршунова А.И., Тарасов Д.А., Юрьян Е.А., Мячин Н.Л., Зарипова Ю.Р.</i> Нетравматическое внутримозговое кровоизлияние на фоне острого нарушения гемостаза у ребенка 4 месяцев (описание клинического случая) . ....	88
<i>Кочерова О.Ю., Антышева Е.Н.</i> Динамика расстройств невротического уровня у детей раннего возраста в первый год воспитания в замещающих семьях. ....	89
<i>Кравцова И.С., Васильева И.Р.</i> Динамика устройства воспитанников ГКУЗ АО «Специализированный дом ребенка» в семью за 2000–2020 гг. ....	90
<i>Кравцова И.С., Рудакова Е.А.</i> Вклад Областного дома ребенка г. Архангельска в охрану жизни и здоровья детей Европейского Севера в годы Великой Отечественной войны . ....	91
<i>Кравцова И.С., Сокольников Я.А.</i> Состояние здоровья детей ГКУЗ АО «Специализированный дом ребенка» по данным диспансеризации детей в трудной жизненной ситуации . ....	92
<i>Кравченко Л.В., Левкович М.А., Афонин А.А.</i> Уровень цитокинов при вирусной инфекции Эпштейна–Барр у новорожденных . ....	93
<i>Крамарь Л.В., Пелих Д.Г.</i> Оценка тренда заболеваемости болезнями органов дыхания детского населения г. Волгограда и области. ....	94
<i>Крошкина Д.В., Панина О.С., Черненко Ю.В., Курмачева Н.А.</i> Течение раннего неонатального периода у крупных к сроку гестации новорожденных в зависимости от терапии гестационного сахарного диабета у матери. ....	95
<i>Кругляков А.Ю., Беляева И.А., Горев В.В., Михеева А.А.</i> Анализ причин экстренной госпитализации новорожденных детей из дома в многопрофильный педиатрический стационар . ....	96
<i>Крюгер Е.А., Рымаренко Н.В., Бобрышева А.В.</i> Особенности течения и лечения новой коронавирусной инфекции (COVID-19) у детей в республике Крым. ....	97
<i>Крючкова А.В., Панина О.А., Семьнина Н.М., Полетаева И.А., Литовцева Е.И.</i> Проблемы антибиотикорезистентности в многопрофильном стационаре. ....	98
<i>Кузнецова Л.В., Варламова Т.В.</i> Возможности доклинической диагностики при дегенеративно-дистрофических изменениях позвоночника у детей . ....	99
<i>Кузнецова М.А., Зрячкин Н.И., Елизарова Т.В., Царева Ю.А., Зайцева Г.В.</i> Дистанционное обучение на кафедре педиатрии ЦДПО: мнение слушателей. ....	100
<i>Кузнецова М.Н., Поляков С.Д., Подгорнова Н.С.</i> Корреляционные связи показателей физического развития и функциональной подготовленности дошкольников . ....	101
<i>Кузьмина О.А., Юрьян Е.А., Сергеева Т.А., Иванович Д.В.</i> Открытые переломовывихи 1–5-й плюсневых костей, перелом таранной и пяточной костей правой стопы со смещением отломков, с обширной зоной повреждения мягких тканей стопы . ....	102
<i>Кузьмичев К.А., Тюмина О.В., Чертухина О.Б.</i> Эффективность системы медико-организационных мероприятий в улучшении здоровья детей, рожденных после применения вспомогательных репродуктивных технологий женщинами позднего репродуктивного возраста . ....	103

<i>Кулагина Л.Ю., Валиуллина И.Р., Шикалева А.А.</i> К вопросу об антибиотикорезистентности: вызовы времени . . . . .	104
<i>Кулакова Г.А., Соловьева Н.А., Курмаева Е.А., Абдрахманова К.Т., Гилагова А.Р.</i> Одна из проблем вскармливания детей первого года жизни. . . . .	105
<i>Кулешова О.К.</i> Причины перевода детей первого года жизни на искусственное вскармливание . . . . .	106
<i>Ладная А.А., Чепель Т.В., Черенков А.В., Шевцова С.В., Мосунова Н.П.</i> К вопросу о факторах риска заболеваний у детей и подростков в рамках работы Центра здоровья . . . . .	107
<i>Ларичева Е.Г., Мещеряков В.В.</i> Эффективность реализации проекта «Школа репродуктивного здоровья» для юношей . . . . .	108
<i>Левашова О.А., Левашов С.Ю.</i> Распространенность и структура сердечно-сосудистой патологии у детей г. Челябинска за период 2016–2020 гг. . . . .	109
<i>Левчин А.М., Лебеденко А.А., Ершова И.Б., Лохматова И.А.</i> Работоспособность у детей младших классов и состояние организма с разной успешностью обучения . . . . .	110
<i>Леоненко С.Н., Вржесинская О.А., Коденцова В.М.</i> Наличие в составе микронутриентного комплекса полного набора витаминов группы В — необходимое условие эффективности коррекции их недостатка. . . . .	111
<i>Логинова И.А., Устинович А.А., Альферович Е.Н., Паюк И.И., Шнитко В.В.</i> Состояние здоровья новорожденных, рожденных от матерей с коронавирусной инфекцией. . . . .	112
<i>Лукиша А.В., Максимович Н.А.</i> Заболеваемость болезнями системы кровообращения среди детского населения Гродненской области . . . . .	113
<i>Лян Н.А., Хан М.А., Рассулова М.А., Уянаева А.И.</i> Профилактика метеопатических реакций у детей с бронхиальной астмой . . . . .	114
<i>Мазуренко Н.Н.</i> Практическая значимость и применимость индексов рефлюкс-гастрита у детей с дуоденогастральным рефлюксом . . . . .	115
<i>Макина О.В., Туз В.В., Щедрова Е.В., Марьина О.И.</i> Особенности течения диабетического кетоацидоза у детей. . . . .	116
<i>Маклакова О.А., Штина И.Е., Валина С.Л.</i> Особенности компонентного состава тела у детей с высокой долей жировой массы . . . . .	117
<i>Малахова Ж.Л.</i> Анализ структуры инвалидности детского населения Калининградской области за 2013–2019 гг. . . . .	118
<i>Малиненко З.И., Бибалова Н.Р.</i> Проведение ультразвукового исследования у детей с острым лейкозом. . . . .	119
<i>Мальшикина А.И., Песикин О.Н., Кулигина М.В.</i> Динамика перинатальной смертности новорожденных с экстремально низкой и очень низкой массой тела в ЦФО РФ . . . . .	120
<i>Мамедова И.А., Мусаев С.Н., Мамедова С.Н.</i> Некоторые морфофункциональные изменения поджелудочной железы у детей и подростков при системной красной волчанке . . . . .	121
<i>Мамедова С.Н., Мусаев С.Н.</i> Особенности коморбидности при ювенильном ревматоидном артрите у детей школьного возраста . . . . .	122
<i>Маммадова Т.А.</i> Алгоритм дифференциальной диагностики некротического энтероколита от сепсиса у доношенных новорожденных . . . . .	123
<i>Мамчиц Л.П., Филитова А.Д.</i> Информированность населения по вопросу вакцинации против ветряной оспы. . . . .	124
<i>Марталог П.Н., Ротарь А.В., Пырцу Л.Я., Ченуша Ф.В., Романчук Л.В.</i> Лечение и профилактика рецидивов пиелонефрита у детей . . . . .	125
<i>Марчук А.И., Манина М.А.</i> Парадигма диагностических подходов к целиакии: от биопсии к биосенсорам. . . . .	126
<i>Машигина А.Ю., Корякина Е.В., Мещерякова О.Д., Зайцева Е.Н.</i> Катамнестическое наблюдение за детьми с нарушениями сердечного ритма, выявленными в раннем возрасте. . . . .	127
<i>Миронов П.И., Лекманов А.У., Кудинова Г.А.</i> Оценка валидности шкалы nSOFA у новорожденных с сепсисом . . . . .	128
<i>Михайлева Е.А., Тараник М.Б., Анненская Л.М.</i> Опыт реализации национальной стратегии действий в интересах детей: организация работы с недоношенными детьми в условиях городской поликлиники . . . . .	129
<i>Михайловская Е.Г., Мушкатина М.А., Иго О.Л., Зарипова Ю.Р.</i> Клинический случай редкого дебюта ювенильного идиопатического артрита. . . . .	130
<i>Михеева Е.М.</i> Особенности перинатальных поражений ЦНС у детей первого года жизни, родившихся с применением вспомогательных репродуктивных технологий. . . . .	131

<i>Михеева И.В., Афонина Н.М., Ермоленко М.В., Михеева М.А.</i> Эпидемиология и профилактика ветряной оспы в Российской Федерации на современном этапе. . . . .	132
<i>Михеева И.Г., Курасова О.Б., Кругляков А.Ю., Рюкерт Е.Н., Кузнецова Н.И., Верещагина Т.Г.</i> Микрососудистые нарушения у детей первого года жизни с обструктивным бронхитом . . . . .	133
<i>Молдован И.</i> Полиморфизм клинических проявлений IgE-опосредованной пищевой аллергии у детей. . . . .	134
<i>Молдован И., Стасий Е., Нику О.</i> Качество жизни детей с аллергией к белкам коровьего молока . . . . .	135
<i>Молочный В.П., Чернышева Н.В.</i> О ситуации с заболеваемостью ротавирусной инфекцией и ветряной оспой в Хабаровском крае . . . . .	136
<i>Мощенко Ю.П., Сапотницкий А.В.</i> Распространенность и структура заболеваний сердца и сосудов у детей в г. Барановичи в 2011–2020 гг. . . . .	137
<i>Мубаракшина А.Р.</i> Клинический случай врожденного множественного порока сердца у ребенка с внутриутробной инфекцией . . . . .	138
<i>Мусаев С.Н., Мамедова С.Н.</i> Витамин D у детей с системной красной волчанкой. . . . .	139
<i>Мусс Е.А., Зарипова Ю.Р.</i> Врожденная кистозно-фиброзная дисплазия правого легкого у ребенка 4 лет. . . . .	140
<i>Наджафова В.А.</i> Оценка нарушений субпопуляций лимфоцитов у детей с железодефицитной анемией . . . . .	141
<i>Нестерович О.Н., Шин В.Ф., Поликарпов Р.В.</i> Анализ функции щитовидной железы у девочек-подростков с расстройствами менструальной функции. . . . .	142
<i>Никитин С.С., Лисицына Н.А.</i> Продолжительность хемоденервации мочевого пузыря после инъекций ботулинического токсина у пациентов со спинальным нейрогенным мочевым пузырем. . . . .	143
<i>Никитин С.С., Мота М.В.</i> Особенности оперативного лечения парапроктита у детей раннего возраста. . . . .	144
<i>Никитин С.С., Шевченко И.Ю., Гольденберг И.Г., Тимонина А.В.</i> Инородные тела желудочно-кишечного тракта в форме магнитных шариков. . . . .	145
<i>Никитина М.И., Санталова Г.В.</i> Семейная гиперхолестеринемия у детей: актуальные проблемы ранней диагностики . . . . .	146
<i>Нику О., Стасий Е., Молдован И.</i> Бронхиальная астма и психоэмоциональный статус у детей . . . . .	147
<i>Обухова А.Н.</i> Функциональное состояние почек доношенных новорожденных с гипероксалурией в неонатальном периоде. . . . .	148
<i>Обухова А.Н., Махова С.А.</i> Особенности кристаллурии у недоношенных детей в периоде новорожденности. . . . .	149
<i>Окоороков П.Л., Аксенова Н.В., Зябкин И.В.</i> Распространенность эндокринной патологии в детско-юношеском спорте высших достижений . . . . .	150
<i>Павличенко М.В.</i> Изучение взаимосвязи показателей диффузионно-тензорной магнитно-резонансной томографии с трактографией и клинических характеристик поражения ЦНС у детей после перенесенного синдрома фето-фетальной трансфузии . . . . .	151
<i>Павловская О.Г., Сетко Н.П., Чолоян С.Б., Екимов А.К.</i> Применение пространственного анализа в оценке здоровья детей. . . . .	152
<i>Панкратова Е.С., Черненко Ю.В., Панина О.С., Курмачева Н.А.</i> Результат использования комплекса жирорастворимых витаминов для парентерального питания у недоношенных новорожденных с различными дыхательными расстройствами . . . . .	153
<i>Панова И.В., Домбаян С.Х., Афонин А.А., Афонина Т.А.</i> Особенности изменений уровня соматотропного гормона и кортизола в крови у детей с гастродуоденитом. . . . .	154
<i>Папанов С.И., Кадирова И.С., Зубайдуллина С.Р., Колбасин Л.Н., Урванцева И.А.</i> Синдром кошачьего глаза. Описание клинического случая. . . . .	155
<i>Паршуткина Т.А., Огородова Л.М., Федорова О.С., Федотова М.М., Соколова Т.С., Головач Е.А., Салтыкова И.В.</i> Томский Консорциум по описторхозу (Tomsk Opisthorchiasis Consortium – ТОРИС) – международный альянс по борьбе с заболеваниями, вызванными паразитами семейства <i>Opisthorchiidae</i> . . . . .	156
<i>Перминова А.А., Митрофанова Л.Б.</i> Иммуногистохимическое исследование факторов транскрипции NeuroD1, Nkx2.2 и Isl1; хромогранина А, соматостатина и дофаминовых рецепторов в поджелудочной железе при врожденном гиперинсулинизме у детей. . . . .	157
<i>Перфилова О.В., Храмова Е.Б., Шайтарова А.В.</i> Оценка способности принятия пищи и питья у детей с детским церебральным параличом. . . . .	158

<i>Печкуров Д.В., Порецкова Г.Ю., Кольцова Н.С., Тяжева А.А.</i> Сравнительная оценка состояния органа зрения у детей дошкольного и школьного возраста . . . . .	159
<i>Пикуза О.И., Сулейманова З.Я., Закирова А.М., Рашитова Э.Л., Сабирязянова М.Ф., Ибрагимова Ж.Р., Лукина О.И.</i> Информативные и малоинвазивные технологии в оценке прогноза течения бронхитов у детей . . . . .	160
<i>Пискун Т.А., Лыбзикова Н.Д., Прилуцкая В.А.</i> Эффективность использования прокальцитонинового теста в диагностике бактериальной инфекции у детей . . . . .	161
<i>Плеханова М.А., Попкова Г.Г.</i> Социально-значимые инфекции и их профилактика у детей . . . . .	162
<i>Поддубный И.В., Толстов К.Н., Трунов В.О., Козлов М.Ю., Федорова Е.В., Ханов М.М., Малашенко А.С., Раншаков А.С.</i> Лапароскопические операции на селезенке: опыт 25 лет . . . . .	163
<i>Поддубный И.В., Толстов К.Н., Федорова Е.В., Петрова М.Г., Ханов М.М.</i> Лапароскопические операции при гидронефрозе у детей . . . . .	164
<i>Поддубный И.В., Федорова Е.В., Толстов К.Н., Трунов В.О., Петрова М.Г., Сытьков В.В., Ханов М.М., Малашенко А.С., Раншаков А.С.</i> Лечение рецидива крипторхизма у детей . . . . .	165
<i>Поддубный И.В., Файзулин А.К., Федорова Е.В., Толстов К.Н., Петрова М.Г., Ханов М.М., Малашенко А.С., Раншаков А.С., Загребина А.А., Зябкин И.В.</i> Опыт лечения гипоспадии у детей . . . . .	166
<i>Подлипаева С.Г., Шубина Т.С., Захаров И.В.</i> Серия редких клинических наблюдений стеноза пищевода после перенесенного инфекционного эзофагита . . . . .	167
<i>Погорелова Е.И., Почивалов А.В., Панина О.А., Липовцева Е.И.</i> Рахит у детей: современные особенности . . . . .	168
<i>Полковникова М.С.</i> Влияние гипоксии на показатели тимуса у новорожденных . . . . .	169
<i>Попова Е.В., Федько Н.А., Галимова О.И., Воронкина Е.Н., Джанибекова А.С., Лагодина Н.А.</i> Структура детской инвалидности в Ставропольском крае . . . . .	170
<i>Порецкова Г.Ю., Тяжева А.А., Гаврюшин М.Ю., Биденко О.О., Лебединская Ю.А.</i> Анализ витаминно-минеральной обеспеченности рациона питания школьников старших классов . . . . .	171
<i>Потапова Н.Л.</i> Эндотелиальный фактор роста у детей с тяжелой бронхиальной астмой. . . . .	172
<i>Прилуцкая В.А., Пискун Т.А., Дашкевич Е.И.</i> Взаимосвязи между массой и длиной тела при рождении и содержанием витамина D и остеокальцина у доношенных новорожденных . . . . .	173
<i>Приходько Е.А., Беляева И.А.</i> Факторы, влияющие на обеспечение исключительно грудного вскармливания поздних недоношенных детей в неонатальном стационаре . . . . .	174
<i>Пронина Е.В.</i> Осведомленность родителей детей с бронхолегочной патологией о витамине D . . . . .	175
<i>Проскура М.В., Петросян Э.К.</i> Первичная IgA-нефропатия у детей: факторы риска прогрессирования заболевания с учетом клинических и морфологических характеристик пациентов РДКБ . . . . .	176
<i>Пузанкова Н.В., Кукушкин Д.В.</i> Оценка нутритивного статуса детей младшего школьного возраста Орловской области . . . . .	177
<i>Пыркова С.А., Никифорова М.Л., Гасанова Т.И.</i> Пропаганда здорового образа жизни как направление профилактической медицины . . . . .	178
<i>Рабаев Г.С., Ахаладзе Д.Г., Ускова Н.Г., Меркулов Н.Н., Грачев Н.С.</i> Резекции центральных сегментов печени у детей. Сравнение результатов с расширенными гемигепатэктомиями . . . . .	179
<i>Раздолькина Т.И., Козлова О.Ю., Московская Е.Ф.</i> Особенности течения постинфекционного острого гломерулонефрита у детей Республики Мордовия . . . . .	180
<i>Раутов Р.К., Сустицын Е.Н., Калашникова Э.М., Любимова Н.А., Кучинская Е.М., Мулкиджан Р.С., Костик М.М.</i> Изучение активности интерферонового пути у детей с системной красной волчанкой . . . . .	181
<i>Рахмаева Р.Ф., Камалова А.А., Ахмадуллина Э.М., Садриева А.И., Хазиев А.А.</i> Анализ фактического питания и показателей физического развития у детей с детским церебральным параличом и уровнем двигательных нарушений GMFCS V . . . . .	182
<i>Романычева Е.Н., Ганузин В.М., Сторожева И.В., Сухова Н.С.</i> Отделение медико-социальной помощи детям из групп социального риска — практическое направление социальной педиатрии . . . . .	183
<i>Рубан А.П., Лозицкая А.А., Ермакова Н.В.</i> Вакцинопрофилактика через призму клинического опыта педиатра: взгляд изнутри . . . . .	184
<i>Саванович И.И., Чеченкова Е.В., Леус Г.В., Черная Г.Я., Мазаник И.В.</i> Сложности дифференциальной диагностики эозинофильного эзофагита: клинический случай . . . . .	185
<i>Сайтулаева П.М., Мустафаева А.Т., Алчагирова З.Н., Абдулмуслимов М.Т., Алискандиев А.М.</i> Отношение к вакцинации — важный аспект вакцинопрофилактики . . . . .	186

<i>Салова А.Л., Козут Т.А., Мозжухина Л.И.</i> Психологические особенности в семьях с повторными эпизодами обструктивного ларингита .....	187
<i>Самойлова Ю.Г., Огородова Л.М., Федорова О.С., Олейник О.А., Матвеева М.В., Подчиненова Д.В., Коваренко М.А., Дираева Н.М., Тарабрина А.А., Филимонов А.Е., Трифонова Е.И.</i> Композиционный состав тела у детей младшего школьного возраста. ....	188
<i>Самойлова Ю.Г., Олейник О.А., Коваренко М.А., Дираева Н.М., Денисов Н.С., Яровой Н.Д.</i> Дисбаланс кишечной микрофлоры и образование маркеров кардиоваскулярного риска при ожирении в детском возрасте .....	189
<i>Самойлова Ю.Г., Олейник О.А., Саган Е.В., Денисов Н.С., Яровой Н.Д.</i> Особенности состава микробиоты тонкого кишечника и секреции инкретинов при ожирении у детей и подростков ...	190
<i>Самороднова Е.А., Сахабетдинов Б.А.</i> Анализ факторов, приводящих к употреблению энергетических напитков школьниками .....	191
<i>Самуэль Н., Стасий Е., Горелко Т.</i> Современные возможности ведения полиноза у детей .....	192
<i>Санталова Г.В., Шорохов С.Е., Плахотникова С.В., Никитина М.И.</i> Анализ тактики педиатра в послеоперационном периоде критических врожденных пороков сердца новорожденных ...	193
<i>Сафина Э.Р., Камалова А.А., Низамова Р.А., Гайфутдинова А.Р., Басанова Л.И.</i> Оценка компонентного состава тела у детей с язвенным колитом и болезнью Крона. ....	194
<i>Свобода П.Н., Шестакова В.Н., Удовенко А.А., Бурлакова П.В., Васильцова А.Ю.</i> Сравнительная характеристика структуры соматической патологии у мальчиков с дефектами речи и без речевых нарушений, воспитывающихся в детском доме .....	195
<i>Селина А.Н., Лукашевич Г.Н., Лукашевич М.Г.</i> Оценка риска пограничных нервно-психических расстройств у подростков с помощью скринингового опросника Р. Гудмана «Сильные стороны и трудности» .....	196
<i>Семенова В.В., Кушир Е.В., Мишулин И.Р., Харчиков Д.В., Мирошникова А.С., Карелин А.Ф., Жуковская Е.В., Наседкина Т.В.</i> Персонализация реабилитационных программ у пациентов онкологического профиля с учетом наследственной патологии .....	197
<i>Семенова Н.Ю., Валиуллина С.А., Мамонтова Н.А.</i> Проведение ритмической транскраниальной магнитной стимуляции детям в восстановительном периоде после тяжелого поражения мозга. ....	198
<i>Семьнина Н.М., Крючкова А.В., Панина О.А., Кузнецова С.А.</i> Оценка состояния здоровья и образа жизни подростков в регионе .....	199
<i>Сероклинов В.Н., Колесникова О.И., Мироненко И.И., Горобченко В.М., Никонов А.М., Цытченко О.В., Таскина Н.И., Боронина С.Н., Курдеко И.В., Купряшина И.С., Лазарева Е.В., Даулетова Я.А.</i> Популяционная частота муковисцидоза у детей алтайского края по результатам неонатального скрининга за период 2007–2020 гг. ....	200
<i>Сетко А.Г., Бульчева Е.В., Жданова О.М., Лукьянов П.В.</i> Межличностная зависимость современных подростков как фактор риска формирования аддиктивного поведения .....	201
<i>Сетко А.Г., Жданова О.М., Сетко И.А., Лукьянов П.В.</i> Оценка психического состояния здоровья учащихся общеобразовательных учреждений .....	202
<i>Сетко А.Г., Жданова О.М., Тюрин А.В., Терехова Е.А.</i> Физиологические аспекты адаптации учащихся в условиях интенсификации образования .....	203
<i>Сетко Н.П., Бульчева Е.В., Сетко А.Г.</i> Особенности организации учебного процесса среди школьников в период дистанционного обучения .....	204
<i>Сетко Н.П., Бульчева Е.В.</i> Особенности когнитивных функций современных детей и подростков школьного возраста .....	205
<i>Симонова Н.А., Гапоненко В.П.</i> Клинический случай гемофагоцитарного синдрома у пациента с атаксией-телеангиэктазией (синдромом Луи-Бар) .....	207
<i>Скачкова М.А., Рыбалкина М.Г., Карпова Е.Г., Тарасенко Н.Ф., Беляшова Е.Ю., Филатова Ю.А., Никитина О.В., Маркова О.М.</i> Результаты катамнестического наблюдения за детьми с положительным результатом неонатального скрининга на муковисцидоз в Оренбургской области .....	208
<i>Скрыльникова М.А., Жданова О.А., Настаушева Т.Л., Гурович О.В.</i> Физическое развитие детей в период интенсивной терапии острого лимфобластного лейкоза .....	209
<i>Соломатина А.А., Дядик Т.Г., Караченцова И.В., Аргун М.З., Братчикова О.В., Хамзин И.З.</i> Значимость ультразвуковых методов исследования в диагностике опухолей яичников у детей и подростков .....	210
<i>Стежкина Е.В., Туккаева Н.Э., Огурицов Н.Е., Аленина Ю.В., Шаратина Н.М., Белых Н.А.</i> Спектр сенсibilизации детей с бронхиальной астмой .....	211

<i>Степанова Э.В., Антонова И.В., Матяш Л.С., Понкрашина Л.П., Мингаиров К.М., Хабибуллина Н.Ю., Иванова Т.П.</i> Аспекты клиническо-лабораторной диагностики лямблиоза у детей на клиничко-лабораторном уровне . . . . .	212
<i>Степанова Э.В., Саева О.В., Матяш Л.С., Понкрашина Л.П., Мингаиров К.М., Хабибуллина Н.Ю., Иванова Т.П., Антонов О.В.</i> Эффективность методов лабораторной диагностики лямблиоза у детей . . . . .	213
<i>Суворов В.В., Купатадзе Д.Д., Бадуров Р.Б., Зайцев В.В., Пыряева А.А.</i> Применение технологии 3D-печати при планировании операции у новорожденного ребенка с патологией дуги аорты . . . . .	214
<i>Суразакова Т.Н., Лукашевич М.Г.</i> Морфофункциональные особенности детей раннего возраста с лимфатическим фенотипом. . . . .	215
<i>Сутовская Д.В., Бурлуцкая А.В., Карачевцева Д.Я.</i> Факторы риска снижения минеральной плотности костной ткани и потребление пищевого кальция в разных возрастных группах среди детей и студентов г. Краснодара. . . . .	216
<i>Суходольская В.В.</i> Проблемы подбора терапии при врожденном гиперинсулинизме: клинический случай . . . . .	217
<i>Сытова Е.А.</i> Инвазивные микозы: трудности диагностики и лечения у новорожденных детей (на примере клинического случая) . . . . .	218
<i>Тальковский Е.М., Рассулова М.А., Новикова Е.В., Смирнов А.Н.</i> Инновационные технологии криотерапии при хронических функциональных запорах у детей . . . . .	219
<i>Тещенков А.В., Крутикова Н.Ю.</i> Риск развития нежелательных реакций при длительном профилактическом приеме противотуберкулезных препаратов у детей . . . . .	220
<i>Томилова А.Ю., Зябкин И.В., Трунов В.О., Цымбал И.Н.</i> Современные возможности лечения атопического дерматита у детей . . . . .	221
<i>Томчик Н.В., Викторovich Ю.И.</i> Современные возможности телекоммуникационных средств информации для пропаганды грудного вскармливания. . . . .	222
<i>Турко С.И., Борисова О.В.</i> Особенности клиники COVID-19 у детей . . . . .	223
<i>Турти Т.В., Беляева И.А., Нагонов А.Ю., Садчиков П.Е.</i> Дизонтогении кишечной микробиоты у младенцев . . . . .	224
<i>Туфатулин Г.Ш., Королева И.В., Артюшкин С.А.</i> Результаты аудита системы универсального аудиологического скрининга новорожденных и детей первого года жизни в Санкт-Петербурге. . . . .	225
<i>Тхакушинова Н.Х., Леденко Л.А., Бевзенко О.В., Гольберг Е.Н.</i> Новая коронавирусная инфекция (COVID-19) у детей на Кубани . . . . .	226
<i>Уквальберг М.Е., Иванова Н.А., Никитин С.С., Дианова И.Н.</i> Междисциплинарный подход к диагностике редких пороков развития половых органов . . . . .	227
<i>Уралов Ш.М., Жураев Ш.А., Исраилова С.Б.</i> О заболеваемости основными инфекционными и паразитарными болезнями у детей в Самаркандской области в период пандемии COVID-19. . . . .	228
<i>Ушакова С.А., Халидуллина О.Ю., Баштакова Е.А., Путилова Л.В., Леонтьева К.А., Василенко Е.В., Солобоева В.В., Разрина Н.С., Гаврилюк О.И., Нагорных Г.Н., Хашагульгова Т.А.</i> Кардиологическая настороженность педиатров в период эпидемии новой коронавирусной инфекции (COVID-19) . . . . .	229
<i>Федотова Г.В., Вахлова И.В., Боронина Л.Г.</i> Характеристика метаболической активности микробиоты кишечника у детей, перенесших резекцию части кишечника . . . . .	230
<i>Федько Н.А., Воронкина Е.Н., Рубачева О.Е., Джанибекова А.С., Лагодина Н.А.</i> Проблема антибиотикорезистентности возбудителей в условиях детского стационара . . . . .	231
<i>Филиппова Е.С., Пыхтина Н.Н.</i> Роль адаптационных возможностей организма в успехе двигательной реабилитации детей. . . . .	232
<i>Филькина О.М., Кочерова О.Ю., Воробьева Е.А., Долотова Н.В.</i> Информированность подростков 15–17 лет о здоровом образе жизни, мотивация и убежденность в его соблюдении на современном этапе . . . . .	233
<i>Финота Е.А., Калмыкова А.С., Бондарева М.В., Русакова Е.В.</i> Морфометрическая характеристика мозолистого тела у подростков по данным магнитно-резонансной томографии. . . . .	234
<i>Фисюн И.В., Кузнецова Т.А.</i> Заболеваемость тяжелыми формами железодефицитной анемии детей Орловской области. . . . .	235

<i>Халидуллина О.Ю., Петрушина А.Д., Павлова О.В., Горохова Н.Е., Третьяков Д.С., Лукьянова В.Н., Селиванов О.К., Ушакова С.А., Таскаев А.А., Баштакова Е.А., Заморев И.А., Гаврилюк О.И., Кузнецов И.С., Кузнецова В.Д., Абдумаджидов А.А.</i> Связь заместительной почечной терапии с показателями водно-электролитного баланса детей с типичным гемолитико-уремическим синдромом. ....	236
<i>Хамзаев К.А., Шарипов А.М., Мурталибова Н.М., Файзахметова Ф.О., Ахматалиева М.</i> Корреляция клинических показателей и морфологической картины почек у детей с гематурией. ....	237
<i>Хан М.А., Дегтярева М.Г., Микитченко Н.А.</i> Физическая реабилитация детей с перинатальным поражением центральной нервной системы. ....	238
<i>Хоха Р.Н.</i> Факторы окружающей среды в реальной клинической практике детей с аллергическими заболеваниями. ....	239
<i>Цепочкина А.В., Ивкин А.А., Понасенко А.В., Шабалдин А.В.</i> Особенности синтеза интерлейкинов 6 и 10 у детей с септальными пороками сердца в операционном периоде. ....	240
<i>Цымбал И.Н., Безмельнищанина Л.Ю., Аксенова Н.В.</i> Организация службы восстановительного лечения детского населения в ФГБУ «ФНКЦ детей и подростков ФМБА России». ....	241
<i>Чернобровкина М.А., Сенькевич О.А., Ковальский Ю.Г.</i> Влияние элементного статуса на физическое и нервно-психическое развитие детей, проживающих в условиях Крайнего Севера. ....	242
<i>Чернова Л.Н., Нор А.А.</i> Структура соматической патологии у детей с расстройствами аутистического спектра и задержкой психоречевого развития. ....	243
<i>Чичерин Л.П., Щепин В.О.</i> Социально-правовые проблемы охраны жизни детей России. ....	244
<i>Чубаров Т.В., Жданова О.А., Шаршова О.Г., Киргуев Г.А., Крутских А.В.</i> Исследование факторов риска формирования избыточной массы тела и ожирения у детей методом анкетирования. ....	245
<i>Чудакова Т.К., Альжеева Н.А., Орлова М.А.</i> Клинико-эпидемиологические особенности новой коронавирусной инфекции COVID-19 у детей раннего возраста. ....	246
<i>Чурюкина Э.В., Афонин А.А.</i> Оценка функционального состояния и применения пролонгированного антихолинергика у детей с бронхиальной астмой в реальной клинической практике. ....	247
<i>Шамраева В.В., Каменская Е.Ю., Монгуш С.В., Ретьева Е.В., Юсупова Н.С.</i> Мнение родителей города Благовещенска о вакцинации своих детей. ....	248
<i>Шатовалов К.А., Каторкин В.И., Слуцкий С.И.</i> Проект «Бережливая поликлиника». Опыт организации маршрутизации пациентов при обращении в городскую детскую поликлинику. ....	249
<i>Шатовалов К.А., Шатовалова Л.А.</i> Структура лекции «Терроризм» предмета «Медицина катастроф» для студентов педиатрических медицинских университетов. ....	251
<i>Шатовалов К.А., Шатовалова Л.А., Попова И.А., Арзубова И.Н., Гарипова Д.В.</i> Ведущие ограничения жизнедеятельности детей-инвалидов контингента пациентов городской детской поликлиники субарктической территории. ....	252
<i>Шахова Н.В.</i> Диагностическая информативность сывороточного периостина как биомаркера бронхиальной астмы у детей дошкольного возраста. ....	253
<i>Шахова Н.В.</i> Спектр сенсibilизации у детей дошкольного возраста с бронхиальной астмой. ....	254
<i>Шебалкина К.В., Петросян Э.К.</i> Эффективность применения циклоспорина у детей с синдромом Альпорта. ....	255
<i>Шелетина Т.А.</i> Социальная и физическая активность пациентов с ювенильным артритом. ....	256
<i>Шигаев Н.Н.</i> Оптимизация специализированной медицинской помощи детям в ситуации болезни. ....	257
<i>Шикалева А.А., Шулаев А.В., Садыкова Д.И.</i> К проблеме детского ожирения: эффективная профилактика. ....	259
<i>Шилова Н.А., Ананьева М.А., Харламова Н.В., Попова И.Г.</i> Уровень кателицидина LL-37 при врожденной пневмонии у глубоко недоношенных детей. ....	260
<i>Шилова Н.А., Харламова Н.В., Кузьменко Г.Н.</i> Содержание секреторной фосфолипазы A2 при врожденной пневмонии у глубоко недоношенных детей. ....	261
<i>Шин В.Ф., Мушегян Ж.Г., Колесникова И.Д.</i> Случай мультисистемного воспалительного синдрома у подростка, ассоциированный с COVID-19: трудности диагностики. ....	262
<i>Шишко Ю.А., Скрипленок Т.Н., Прилуцкая В.А.</i> Влияние уровня образования матерей с сахарным диабетом 1-го типа на перинатальные исходы у новорожденных детей. ....	263



<i>Шуматова Т.А., Приходченко Н.Г., Зернова Е.С., Коваленко Д.В., Горбач Е.М.</i> Маркеры повреждения кишечника у детей с нарушением кишечного всасывания . . . . .	264
<i>Щербакова О.В., Хабибуллина Л.Р.</i> Опыт хирургического лечения удвоений желудочно-кишечного тракта у детей . . . . .	265
<i>Юденкова О.А., Крутиков И.С.</i> Проблема обеспеченности витамином D детей с различными онкологическими заболеваниями . . . . .	266
<i>Юдицкий А.Д., Коваленко Т.В., Петрова И.Н.</i> Показатели тубулярной дисфункции у поздних недоношенных новорожденных с задержкой внутриутробного развития . . . . .	267
<i>Юрьян Н.В., Юрьян Е.А., Шкляревич В.Ф., Кирьянов А.Н.</i> Лечение застарелого повреждения ахиллова сухожилия (описание клинического случая) . . . . .	268
<i>Яковенко М.П., Клещенко Е.И., Каюмова Д.А., Харченко В.Е.</i> Прогностические возможности определения уровня матриксных металлопротеиназ у глубоко недоношенных детей с перивентрикулярной лейкомаляцией . . . . .	269
<i>Ярош М.А., Кудрякова Г.Д., Габдулазанова Ф.Н., Козаренко В.Г.</i> Оценка результатов комбинации патогенетической и генной терапии у пациентки со спинальной мышечной атрофией (СМА) 2-го типа . . . . .	270

## Часть II

### XI Форум детских медицинских сестер

<i>Агаркова Н.Н.</i> Профилактическая работа в образовательной организации МАОУ «Юргинская СОШ» . . . . .	271
<i>Копоницкая Н.А.</i> Сестринская школа обучения по сохранению грудного вскармливания в амбулаторных условиях ГУЗ «Детский клинический медицинский центр г. Читы»: перспективы развития . . . . .	272
<i>Опина О.Г.</i> Компетентностный подход деятельности медицинской сестры отделения выездной паллиативной помощи детям в ГУЗ «ДКМЦ г. Читы» . . . . .	273
<i>Сабирова А.М., Самороднова Е.А.</i> Вакцинация детей первого года жизни на педиатрическом участке поликлиники. Определение отношения к вакцинации . . . . .	274
<i>Слезина А.В.</i> Значение информированности медперсонала детской поликлиники в вопросах антенатальной охраны здоровья детей . . . . .	275
<i>Юринская Е.С.</i> Эффективная организация работы медицинских сестер в проекте «Координаторы здоровья» в условиях распространения новой коронавирусной инфекции . . . . .	276

## АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

- Абдрахманова К.Т. 105  
Абдуллаева Д.А. 70, 71  
Абдуллаева Н.Ш. 1  
Абдуллина А.Э. 2  
Абдулмуслимов М.Т. 186  
Абдумаджидов А.А. 236  
Абдумоминова Д.К. 80  
Абдурашидова Х.Б. 3  
Автандиян Л.Л. 40  
Агаркова Н.Н. 271  
Агзамова Ш.А. 4, 5  
Азизова Г.К. 71  
Айбазова Д.К. 6, 7  
Аксенова Н.В. 150, 241  
Аленина Ю.В. 211  
Алискандиев А.М. 186  
Алчагирова З.Н. 186  
Альжева Н.А. 246  
Аль-Зрер К.М. 42  
Альферович Е.Н. 112  
Ананьева М.А. 260  
Андреев А.В. 8  
Аникеева Н.А. 25, 67  
Анненская Л.М. 129  
Антонова И.В. 9, 212  
Антонов О.В. 9–11, 213  
Антышева Е.Н. 89  
Ануфриева Е.В. 68  
Ануфриев П.Л. 78  
Аргун М.З. 210  
Арзубова И.Н. 252  
Арсанукаева Л.Ш. 16  
Артюкова С.И. 10, 11  
Артюшкин С.А. 225  
Атаманенко О.Н. 38  
Атамеева А.О. 12  
Афонин А.А. 53, 93, 154, 247  
Афоница Н.М. 132  
Афоница Т.А. 53, 154  
Ахаладзе Д.Г. 13, 179  
Ахмадуллина Э.М. 182  
Ахматалиева М. 237  
Ахмедова Ф.М. 5  
Ахундова А.А. 20  
Аширматова И.Б. 14  
Ашрафова К.Н. 44  
Бабаскина Н.В. 47, 48  
Бабикова А.С. 15  
Бадуров Р.Б. 214  
Байрамуков А.М. 16  
Балакчина А.И. 55  
Балалаева И.Ю. 17  
Баранич Т.И. 78  
Баранова Т.В. 18  
Басанова Л.И. 194  
Батт Т.А. 83  
Башлакова А.Н. 19  
Баштакова Е.А. 229, 236  
Бевзенко О.В. 226  
Бегляров Р.О. 20  
Безлер Ж.А. 21  
Безмельницына Л.Ю. 241  
Бекбулатова Э.З. 22  
Бекезин В.В. 23  
Белоклокова М.И. 11  
Белых Н.А. 24, 25, 211  
Беляева И.А. 12, 18, 96, 174, 224  
Беляшова Е.Ю. 208  
Бербенцев В.В. 26  
Бережанская С.Б. 53  
Берестень С.А. 45  
Бибалова Н.Р. 119  
Бибик Е.В. 38  
Биденко О.О. 171  
Блохин М.Р. 83  
Бобрышева А.В. 97  
Боечко Д.И. 27  
Большаков Н.А. 28  
Бомберова Л.А. 21  
Бондарева М.В. 234  
Бондаренко В.А. 29  
Борисова О.В. 223  
Боровкова В.Н. 46  
Боровкова М.Г. 30  
Боронина Л.Г. 230  
Боронина С.Н. 200  
Бочарова О.В. 31  
Бочкова Л.Г. 32  
Братчикова О.В. 210  
Булычева Е.В. 201, 204, 205  
Бурлакова П.В. 195  
Бурлуцкая А.В. 33, 34, 216  
Буря А.Е. 35  
Бутакова Г.В. 38  
Валина С.Л. 117  
Валиуллинка И.Р. 104  
Валиуллинка С.А. 198  
Валялов К.А. 36  
Варламова Т.В. 99  
Василенко Е.В. 229  
Васильева И.Р. 90  
Васильева Т.А. 36  
Васильева Т.М. 66  
Васильцова А.Ю. 195  
Васюнин А.В. 72  
Вахлова И.В. 230  
Верещагина Т.Г. 133  
Викторович Ю.И. 222  
Виноградова Т.В. 37  
Власенко Н.Ю. 38

- Волоцкий К.А. 9, 11  
Вольхина И.В. 15  
Волянюк Е.В. 39  
Воробьева Е.А. 52, 233  
Ворожцов И.Н. 47, 48  
Воронина Е.Н. 87  
Воронкина Е.Н. 40, 170, 231  
Вржесинская О.А. 111  
Габдулазанова Ф.Н. 270  
Гаврилюк Н. 41  
Гаврилюк О.И. 229, 236  
Гаврюшин М.Ю. 171  
Гаджикеримов Г.Э. 42  
Гайфутдинова А.Р. 194  
Галимова О.И. 40, 64, 170  
Галимова Р.М. 39  
Ганузин В.М. 43, 183  
Гапоненко В.П. 207  
Гараева С.З. 44  
Гарипова Д.В. 252  
Гасангулиева Г.М. 44  
Гасанова Т.И. 178  
Геллер С.И. 70, 71  
Гилагова А.Р. 105  
Гнедько Т.В. 45  
Голанцев И.А. 46  
Головач Е.А. 156  
Гольберг Е.Н. 226  
Гольденберг И.Г. 145  
Горбач Е.М. 264  
Горев В.В. 12, 96  
Горелко Т. 192  
Горобченко В.М. 200  
Горохова Н.Е. 236  
Горячев В.В. 67  
Грачев Н.С. 13, 47, 48, 179  
Грибок М.В. 10  
Гузик Е.О. 49  
Гуменюк О.И. 42  
Гурович О.В. 209  
Гусева М.А. 50  
Гусейнова С.А. 20  
Даулетова Я.А. 200  
Дашкевич Е.И. 173  
Дегтярева М.Г. 238  
Деменьшин И.Ф. 78  
Денисов Н.С. 189, 190  
Деревцов В.В. 51  
Джанибекова А.С. 6, 7, 16, 64, 170, 231  
Дианова И.Н. 227  
Дираева Н.М. 188, 189  
Долотова Н.В. 52, 233  
Домбаян С.Х. 53, 154  
Дубровская И.В. 54  
Духтик Л.А. 10  
Дядик Т.Г. 210  
Егорова Е.А. 55  
Егорова М.В. 36  
Екимов А.К. 152  
Елизарова Т.В. 100  
Ермакова Н.В. 184  
Ермоленко М.В. 132  
Ершова И.Б. 110  
Ефременкова А.С. 56  
Ешану В.Г. 57  
Ешану В.Ф. 57  
Жданова О.А. 209, 245  
Жданова О.М. 201–203  
Желтухина М.В. 39  
Жилина С.С. 78  
Жуковская Е.В. 50, 197  
Журавлева Л.Н. 58  
Журавлева Н.С. 59  
Жураев Ш.А. 228  
Журко П.М. 49  
Завалов И.Н. 12  
Заводнова О.С. 60–62  
Загребина А.А. 166  
Зайцева Г.В. 100  
Зайцева Е.Н. 127  
Зайцев В.В. 214  
Закирова А.М. 39, 160  
Заморев И.А. 236  
Зарипова Ю.Р. 88, 130, 140  
Захарова А.В. 25  
Захаров И.А. 63  
Захаров И.В. 167  
Захаров И.Л. 38  
Зернова Е.С. 264  
Зинченко Р.А. 36  
Зрячкин Н.И. 100  
Зубайдуллина С.Р. 155  
Зурначева Э.Г. 29, 64  
Зябкин И.В. 150, 166, 221  
Ибрагимова Ж.Р. 160  
Иваницкая Е.В. 29, 64  
Иванов А.А. 65  
Иванова Н.А. 227  
Иванова Т.П. 212, 213  
Иванович Д.В. 102  
Ивкин А.А. 240  
Игнатъев Е.А. 66  
Иго О.Л. 130  
Игошина Н.О. 31  
Иешкина М.Н. 67  
Иокужите Н.В. 36  
Исмагилова И.Ф. 59  
Исраилова С.Б. 228  
Кадирова И.С. 155  
Казанцева А.В. 68  
Калашникова О.Н. 24  
Калашникова Э.М. 181  
Калинина М.П. 47  
Калмыкова А.С. 2, 234  
Калюжная Т.А. 69  
Камалова А.А. 182, 194

- Каменская Е.Ю. 248  
Камилова А.Т. 70, 71  
Канивец И.В. 78  
Капралова В.И. 45  
Караман А. 41  
Карачевцева Д.Я. 216  
Караченцова И.В. 210  
Каргаполова К.И. 38  
Кардаполова Н.В. 38  
Карелин А.Ф. 197  
Карпова Е.Г. 208  
Карпович Г.С. 72  
Касаткин Д.С. 37  
Каторкин В.И. 249  
Кашинская Т.С. 73–75  
Каюмова Д.А. 269  
Киргуев Г.А. 245  
Кириянов А.Н. 268  
Кислюк Г.И. 77  
Клещенко Е.И. 76, 269  
Коваленко Д.В. 264  
Коваленко Т.В. 267  
Коваль В.А. 77  
Ковальский Ю.Г. 242  
Коваренко М.А. 188, 189  
Когут Т.А. 187  
Коденцова В.М. 111  
Кожанова Т.В. 78  
Кожевникова Л.А. 80  
Козаренко В.Г. 81, 270  
Козина А.А. 78  
Козлова Л.В. 23  
Козлова О.Ю. 180  
Козлов М.Ю. 163  
Козловская Е.О. 84  
Козловский А.А. 82–85  
Козловский Д.А. 86  
Колбасин Л.Н. 155  
Колесникова И.Д. 262  
Колесникова О.И. 200  
Кольцова Н.С. 159  
Комарова А.А. 9  
Кондрашова З.А. 35  
Коновалова А.М. 87  
Копоницкая Н.А. 272  
Кораблева Т.П. 17  
Коробкина О.Г. 33  
Королева И.В. 225  
Корсунова Т.Ф. 81  
Корчагина Е.В. 66  
Коршунова А.И. 88  
Корякина Е.В. 127  
Костик М.М. 181  
Кочерова О.Ю. 52, 89, 233  
Кравцова И.С. 90–92  
Кравченко Л.В. 93  
Крамарь Л.В. 94  
Крошкина Д.В. 95  
Кругляков А.Ю. 12, 18, 96, 133  
Крутикова Н.Ю. 56, 220  
Крутиков И.С. 266  
Крутских А.В. 245  
Крюгер Е.А. 97  
Крючкова А.В. 98, 199  
Кудинова Г.А. 128  
Кудрякова Г.Д. 270  
Кузнецова В.Д. 236  
Кузнецова Л.В. 99  
Кузнецова М.А. 100  
Кузнецова М.Н. 101  
Кузнецова Н.И. 133  
Кузнецова П.В. 38  
Кузнецова С.А. 199  
Кузнецова Т.А. 54, 177, 235  
Кузнецов И.С. 236  
Кузьменко Г.Н. 261  
Кузьмина О.А. 102  
Кузьмичев К.А. 103  
Куимова И.В. 72  
Кукушкин Д.В. 177  
Кулагина Л.Ю. 104  
Кулакова Г.А. 105  
Кулешова О.К. 106  
Кулигина М.В. 120  
Куличенко Т.В. 65  
Купатадзе Д.Д. 214  
Купряшина И.С. 200  
Курасова О.Б. 133  
Курдеко И.В. 200  
Курмаева Е.А. 105  
Курмачева Н.А. 95, 153  
Кучинская Е.М. 181  
Кушнир Е.В. 197  
Лагодина Н.А. 29, 170, 231  
Ладная А.А. 107  
Лазарева Е.В. 200  
Ларичева Е.Г. 108  
Лебеденко А.А. 110  
Лебединская Ю.А. 171  
Левашова О.А. 109  
Левашов С.Ю. 109  
Левкович М.А. 93  
Левчин А.М. 110  
Легкая Л.А. 21  
Леденко Л.А. 226  
Лекманов А.У. 128  
Леоненко С.Н. 111  
Леонтьева К.А. 229  
Летифов Г.М. 53  
Леус Г.В. 185  
Липовцева Е.И. 98, 168  
Лисицына Н.А. 143  
Логинова И.А. 112  
Лозицкая А.А. 184  
Лохматова И.А. 110  
Лукашевич Г.Н. 196

- Лукашевич М.Г. 196, 215  
Лукина О.И. 160  
Лукша А.В. 113  
Лукьянова В.Н. 236  
Лукьянов П.В. 201, 202  
Лыбзикова Н.Д. 161  
Любимова Н.А. 181  
Лян Н.А. 114  
Мазаник И.В. 185  
Мазуренко Н.Н. 115  
Майборода В.В. 24  
Макина О.В. 116  
Маклакова О.А. 117  
Максимович Н.А. 113  
Малахова Ж.Л. 118  
Малашенко А.С. 163, 165, 166  
Малиненко З.И. 119  
Мальшкіна А.И. 120  
Мамедова И.А. 121  
Мамедова С.Н. 121, 122, 139  
Маммадова Т.А. 123  
Мамонтова Н.А. 198  
Мамчиц Л.П. 124  
Манина М.А. 126  
Маркова О.М. 208  
Марталог П.Н. 125  
Марчук А.И. 126  
Марьина О.И. 116  
Матвеев А.В. 55  
Матвеева М.В. 188  
Матяш Л.С. 212, 213  
Махова С.А. 149  
Мачнева Е.Б. 35  
Машигина А.Ю. 127  
Мащенко И.В. 49  
Меркулов Н.Н. 13, 179  
Мещерякова О.Д. 127  
Мещерякова Т.И. 78  
Мещеряков В.В. 108  
Микитченко Н.А. 238  
Мингаиров К.М. 10, 212, 213  
Минулин И.Р. 197  
Мироненко И.И. 200  
Миронов П.И. 128  
Мирошнікова А.С. 197  
Митрофанова Л.Б. 157  
Михайлева Е.А. 129  
Михайловская Е.Г. 130  
Михеева А.А. 12, 18, 96  
Михеева Е.М. 131  
Михеева И.В. 132  
Михеева И.Г. 133  
Михеева М.А. 132  
Мозжухина Л.И. 187  
Молдован И. 134, 135, 147  
Молочный В.П. 136  
Монгуш С.В. 248  
Мороз Е.А. 19  
Московская Е.Ф. 180  
Мосунова Н.П. 107  
Мота М.В. 144  
Мощенко Ю.П. 137  
Мубаракшина А.Р. 138  
Мулкиджан Р.С. 181  
Мурталибова Н.М. 237  
Мусаев С.Н. 121, 122, 139  
Мусс Е.А. 140  
Мустафаева А.Т. 186  
Мухтарова С.Н. 20  
Мушегян Ж.Г. 262  
Мушкатина М.А. 130  
Мячин Н.Л. 88  
Нагонов А.Ю. 224  
Нагорных Г.Н. 229  
Наджафова В.А. 141  
Наседкина Т.В. 197  
Настаушева Т.Л. 209  
Немчинов А.С. 11  
Нестерович О.Н. 142  
Низамова Р.А. 194  
Никитина М.И. 146, 193  
Никитина О.В. 208  
Никитин С.С. 143–145, 227  
Никифорова М.Л. 178  
Николаева Л.А. 30  
Никонов А.М. 200  
Никонова С.А. 67  
Нику О. 135, 147  
Новикова Е.В. 219  
Нор А.А. 243  
Обухова А.Н. 148, 149  
Огородова Л.М. 156, 188  
Огурцов Н.Е. 211  
Окороков П.Л. 150  
Олейник О.А. 188–190  
Олимова К.С. 1  
Опина О.Г. 273  
Орлова М.А. 246  
Остроушко Д.В. 45  
Павлинова Е.Б. 38  
Павличенко М.В. 151  
Павлова О.В. 236  
Павловская О.Г. 152  
Палий И. 41  
Палий И.И. 57  
Панахова Н.Ф. 20  
Панина О.А. 98, 168, 199  
Панина О.С. 32, 63, 95, 153  
Панкратова Е.С. 153  
Панова И.В. 53, 154  
Папанов С.И. 155  
Паршуткина Т.А. 156  
Паюк И.И. 112  
Пелих Д.Г. 94  
Перелетова Д.И. 18  
Пересецкая О.В. 23

- Перминова А.А. 157  
Перфилова О.В. 158  
Песенкина А.А. 8  
Песикин О.Н. 120  
Петрова И.Н. 267  
Петрова М.Г. 164–166  
Петросян Э.К. 176, 255  
Петрушина А.Д. 236  
Печкуров Д.В. 87, 159  
Пизнюр И.В. 25, 67  
Пикуза О.И. 160  
Пискун Т.А. 173  
Пискун Т.А. 161  
Плахотникова С.В. 193  
Плеханова М.А. 162  
Погорелова Е.И. 168  
Подгорнова Н.С. 101  
Поддубный И.В. 163–166  
Подлесная О.Н. 33  
Подлипаева С.Г. 167  
Подчиненова Д.В. 188  
Полетаева И.А. 98  
Поликарпов Р.В. 142  
Полковникова М.С. 169  
Полякова Е.А. 45  
Поляков С.Д. 101  
Понасенко А.В. 240  
Понкрашина Л.П. 11, 212, 213  
Попкова Г.Г. 162  
Попова Е.В. 40, 170  
Попова И.А. 252  
Попова И.Г. 260  
Порецкова Г.Ю. 87, 159, 171  
Потапова Н.Л. 172  
Почивалов А.В. 168  
Привалова Т.Е. 69  
Прилуцкая В.А. 161, 173, 263  
Пристанскова Е.А. 35  
Притыко А.Г. 78  
Приходченко Н.Г. 264  
Приходько Е.А. 174  
Прокопьев Г.Г. 78  
Пронина Е.В. 175  
Проскура М.В. 176  
Пузанкова Н.В. 177  
Пурбуева Б.Б. 35  
Путилова Л.В. 229  
Пыркова С.А. 178  
Пырцу Л. 41  
Пырцу Л.Я. 125  
Пыряева А.А. 214  
Пыхтина Н.Н. 232  
Рабаев Г.С. 13, 179  
Рагрина Н.С. 229  
Раева Г.Ф. 25  
Раздолькина Т.И. 180  
Раншаков А.С. 163, 165, 166  
Рассулова М.А. 114, 219  
Раупов Р.К. 181  
Рахмаева Р.Ф. 182  
Рашитова Э.Л. 39, 160  
Ревуненков Г.В. 36  
Репьева Е.В. 248  
Розенсон Р.И. 14  
Розина Е.Г. 38  
Романчук Л.В. 125  
Романычева Е.Н. 183  
Ротарь А.В. 125  
Рубан А.П. 184  
Рубачева О.Е. 231  
Рудакова Е.А. 91  
Русакова Е.В. 234  
Рыбалкина М.Г. 208  
Рымаренко Н.В. 97  
Рюкерт Е.Н. 133  
Сабирова А.М. 274  
Сабирзянова М.Ф. 160  
Саванович И.И. 185  
Саган Е.В. 190  
Садриева А.И. 182  
Садчиков П.Е. 224  
Садыкова Д.И. 259  
Саева О.В. 213  
Сайпулаева П.М. 186  
Салова А.Л. 187  
Салтыкова И.В. 156  
Самойлова Ю.Г. 188–190  
Самороднова Е.А. 191, 274  
Самуэль Н. 192  
Санталова Г.В. 146, 193  
Сапотницкий А.В. 137  
Сафина Э.Р. 194  
Сахабетдинов Б.А. 191  
Свобода П.Н. 195  
Селиванов О.К. 236  
Селина А.Н. 196  
Сельвян А.М. 69  
Семенова В.В. 197  
Семенова Н.Ю. 198  
Семьнина Н.М. 98, 199  
Сенькевич О.А. 242  
Сергеева Т.А. 102  
Сероклинов В.Н. 200  
Серокурова Е.В. 80  
Сетко А.Г. 201–204  
Сетко И.А. 202  
Сетко Н.П. 152, 204, 205  
Симонова Н.А. 207  
Скачкова М.А. 208  
Сковородникова О.А. 38  
Скоробогатова Е.В. 35  
Скрипленок Т.Н. 263  
Скрыльникова М.А. 209  
Слезина А.В. 275  
Слуцкий С.И. 249  
Смирнов А.Н. 219

- Смородина А.С. 38  
Соколова Т.С. 156  
Сокольникова Я.А. 92  
Солобоева В.В. 229  
Соловей О.М. 49  
Соловьева Н.А. 105  
Соломатина А.А. 210  
Сосин Д.В. 46  
Стасий Е. 135, 147, 192  
Статова А.В. 33, 34  
Стежкина Е.В. 211  
Степанова Э.В. 212, 213  
Сторожева И.В. 43, 183  
Стринадко Ю.С. 85  
Строгая И.В. 19  
Суворов В.В. 214  
Сулейманова З.Я. 39, 160  
Суразакова Т.Н. 215  
Суспицын Е.Н. 181  
Сутовская Д.В. 216  
Суханова Н.В. 36  
Сухова Н.С. 43, 183  
Суходольская В.В. 217  
Сухоруков В.С. 78  
Сытова Е.А. 218  
Сытьков В.В. 165  
Тальковский Е.М. 219  
Тарабрина А.А. 188  
Тараник М.Б. 129  
Тарасенко Н.Ф. 208  
Тарасов Д.А. 88  
Таскаев А.А. 236  
Таскина Н.И. 200  
Татарева С.В. 15  
Твердов И.В. 13  
Теплякова Е.Д. 31  
Терехова Е.А. 203  
Тещенков А.В. 220  
Тимонина А.В. 145  
Тимофеева О.К. 47  
Тихонова А.А. 46  
Толстова С.В. 69  
Толстов К.Н. 163–166  
Томилова А.Ю. 221  
Томчик Н.В. 222  
Третьяков Д.С. 236  
Трифонов Е.И. 188  
Трунов В.О. 163, 165, 221  
Туз В.В. 116  
Туккаева Н.Э. 211  
Турдиева Ш.Т. 3  
Турко С.И. 223  
Турти Т.В. 224  
Туфатулин Г.Ш. 225  
Тхакушинова Н.Х. 226  
Тюмина О.В. 103  
Тюрин А.В. 203  
Тяжева А.А. 87, 159, 171  
Удовенко А.А. 195  
Уквальберг М.Е. 227  
Умарназарова З.Е. 70, 71  
Уразова С.Н. 14  
Уралов Ш.М. 228  
Урванцева И.А. 155  
Ускова Н.Г. 13, 179  
Устинова И.А. 38  
Устинович А.А. 112  
Ушакова С.А. 229, 236  
Уянаева А.И. 114  
Файзахметова Ф.О. 237  
Файзулин А.К. 166  
Фалетров М.В. 67  
Федорова Е.В. 163–166  
Федорова О.С. 156, 188  
Федосеева Н.Ю. 24, 67  
Федосеенко М.В. 69  
Федотова Г.В. 230  
Федотова М.М. 156  
Федулова А.А. 40  
Федько Н.А. 6, 7, 16, 29, 40, 64, 170, 231  
Филатова Ю.А. 208  
Филимонов А.Е. 188  
Филиппова Е.С. 232  
Филлипова А.Д. 124  
Филькина О.М. 52, 233  
Финота Е.А. 234  
Фисюн И.В. 235  
Фокичева Н.Н. 24  
Фоминых М.В. 69  
Хабибуллина Л.Р. 265  
Хабибуллина Н.Ю. 10, 212, 213  
Хазиев А.А. 182  
Халидуллина О.Ю. 229, 236  
Хамзаев К.А. 237  
Хамзин И.З. 210  
Хан М.А. 114, 238  
Ханов М.М. 163–166  
Харламова Н.В. 8, 260, 261  
Харченко В.Е. 269  
Харчиков Д.В. 197  
Хашагульгова Т.А. 229  
Хорошев С.А. 59  
Хоха Р.Н. 239  
Хохлова Н.А. 46  
Храмова Е.Б. 158  
Царева Ю.А. 100  
Царенко Л.А. 17  
Цепокина А.В. 240  
Цымбал И.Н. 221, 241  
Цыпченко О.В. 200  
Ченуша Ф.В. 125  
Чепель Т.В. 107  
Черенков А.В. 107  
Черная Г.Я. 185  
Черненко Ю.В. 32, 42, 63, 95, 153  
Чернобровкина М.А. 242

- Чернова Л.Н. 243  
Чернышева Н.В. 136  
Чертухина О.Б. 103  
Чеченкова Е.В. 185  
Чичерин Л.П. 244  
Чолоян С.Б. 152  
Чубаров Т.В. 245  
Чудакова Т.К. 246  
Чурюкина Э.В. 247  
Шабалдин А.В. 240  
Шайтарова А.В. 158  
Шамраева В.В. 248  
Шаповалова Л.А. 251, 252  
Шаповалов К.А. 249, 251, 252  
Шарапина Н.М. 211  
Шарипов А.М. 237  
Шаршова О.Г. 245  
Шахова Н.В. 73–75, 253, 254  
Шахтактинская Ф.Ч. 69  
Шебалкина К.В. 255  
Шевцова С.В. 107  
Шевченко И.Ю. 145  
Шелепина Т.А. 256  
Шестакова В.Н. 195  
Шестаков А.Е. 72  
Шигаев Н.Н. 257  
Шикалева А.А. 104, 259  
Шилина С.А. 24, 67  
Шилова Н.А. 260, 261  
Шимченко Е.В. 76  
Шин В.Ф. 142, 262  
Шишко Ю.А. 263  
Шкляревич В.Ф. 268  
Шнитко В.В. 112  
Шозода Ш.С. 70  
Шорина М.Ю. 78  
Шорохов С.Е. 193  
Штина И.Е. 117  
Шубина Т.С. 167  
Шулаев А.В. 259  
Шуматова Т.А. 264  
Шумилова Л.В. 38  
Щедрова Е.В. 116  
Щепин В.О. 244  
ЩербакOVA О.В. 265  
Юденкова О.А. 266  
Юдицкая Т.А. 38  
Юдицкий А.Д. 267  
Юнгман Н.В. 38  
Юринская Е.С. 276  
Юрьян Е.А. 88, 102, 268  
Юрьян Н.В. 268  
Юсупова Н.С. 248  
Ющенко А.Ю. 268  
Яковенко М.П. 269  
Яременко Е.Ю. 48  
Яровой Н.Д. 189, 190  
Ярош М.А. 270



## ОБЩИЕ УСИЛИЯ

## ОБЩИЙ УСПЕХ

**Дупиксент®** – таргетный биологический препарат для терапии неконтролируемого атопического дерматита среднетяжелого и тяжелого течения<sup>1</sup>

Одобен к применению у детей со среднетяжелым и тяжелым атопическим дерматитом с 6 лет<sup>1</sup>

Большинство пациентов достигли быстрого и устойчивого эффекта с улучшением симптомов, клинических проявлений и качества жизни<sup>6-10</sup>

**Дупиксент®** – биологический препарат, ингибирующий функции одновременно двух ключевых **ЦИТОКИНОВ ИЛ-4 и ИЛ-13**, играющих роль в **патогенезе астмы**<sup>1,2</sup>

T2-АСТМА<sup>3</sup>

**Дупиксент®** (дупилумаб)

## ПУТЬ К ДОЛГОСРОЧНОМУ КОНТРОЛЮ АСТМЫ<sup>4</sup>

В качестве дополнительной поддерживающей терапии для пациентов **старше 12 лет со среднетяжелой и тяжелой бронхиальной астмой<sup>1</sup>**

**СНИЖЕНИЕ ЧАСТОТЫ ТЯЖЕЛЫХ ОБОСТРЕНИЙ**

до **81%**

у пациентов с исходным уровнем **ЭОЗ>300 кл/мкл**, получавших **дупилумаб в дозе 300 мг к2н** в сочетании с базисной терапией\*<sup>2</sup>

**ПОЛНАЯ ОТМЕНА ПГКС**

у **48%**

пациентов, получавших **дупилумаб в дозе 300 мг к2н** в сочетании с базисной терапией\*<sup>5</sup>

**УЛУЧШЕНИЕ ОФВ<sub>1</sub>**

до **480 мл**

к **52 неделе** по сравнению с исходным уровнем у пациентов, с **ЭОЗ>300 кл/мкл**, получавших **дупилумаб в дозе 300 мг к2н** в сочетании с базисной терапией\*<sup>4</sup>

**ЭОЗ** – эозинофилы; **кл/мкл** – клеток в микролитре; **к2н** – каждые 2 недели; **ПГКС** – пероральные глюкокортикостероиды; **ОФВ<sub>1</sub>** – объем форсированного выдоха за первую секунду

\* Базисная терапия включала в себя применение средних или высоких доз ингаляционных глюкокортикостероидов в сочетании с бета-2 агонистами и ПГКС у пациентов с гормонозависимой астмой

### Список литературы:

1. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Дупиксент® РУ № ЛП-005440 от 04.04.2019 с изменениями от 12.08.2020. 2. Wenzel S, et al. Dupilumab efficacy and safety in adults with uncontrolled persistent asthma despite use of medium-to-high-dose inhaled corticosteroids plus a long-acting 2 agonist: a randomised double-blind placebo-controlled pivotal phase 2b dose-ranging trial. Lancet. 2016; 388: 31–44. 3. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, 2020 GINA update Main Report, [Электронный ресурс] [https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2020/04/GINA-2020-full-report-final\\_wms.pdf](https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2020/04/GINA-2020-full-report-final_wms.pdf) Дата доступа 17.02.2021. 4. Castro M, et al. Dupilumab Efficacy and Safety in Moderate-to-Severe Uncontrolled Asthma. N Engl J Med. 2018; 378: 2486–2496. 5. Rabe KF, et al. Efficacy and Safety of Dupilumab in Glucocorticoid-Dependent Severe Asthma. N Engl J Med. 2018; 378: 2475–2485. 6. Blauvelt A, et al. Lancet 2017; 389: 2287–2303. 7. Beck LA, Thaci D, Deleuran M, et al. Am J Clin Dermatol. 2020; 21: 567–577. 8. Simpson E.L, et al. JAMA Dermatol 2020; 156(1): 44–56. 9. Cork M.J, et al. Br J Dermatol 2020; 182(1): 85–96. 10. Paller A.S, Siegfried E.C, Thaci D, et al. Efficacy and safety of dupilumab with concomitant topical corticosteroids in children 6 to 11 years old with severe atopic dermatitis: A randomized, double-blinded, placebo-controlled phase 3 trial. J Am Acad Dermatol. 2020 Nov; 83(5): 1282–1293.

Материал для специалистов здравоохранения. Перед назначением ознакомьтесь с полной инструкцией по применению. Краткая инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Дупиксент® (дупилумаб). Регистрационный номер: ЛП-005440 от 04.04.2019 г. Лекарственная форма: раствор для подкожного введения. Фармакологические свойства: дупилумаб – рекомбинантное человеческое моноклональное антитело (подтип IgG4) к α-субъединице рецептора интерлейкина-4. Фармакотерапевтическая группа: ингибиторы интерлейкина. Код АТХ: D11AH05. Показания к применению: атопический дерматит среднетяжелого и тяжелого течения у пациентов от 6 лет и старше при недостаточном ответе на терапию топическими лекарственными препаратами или в случае, когда такие препараты не рекомендованы к применению. Препарат Дупиксент® может применяться в монотерапии или одновременно с топическими лекарственными препаратами; в качестве дополнительной поддерживающей терапии бронхиальной астмы среднетяжелого и тяжелого течения у пациентов 12 лет и старше с эозинофильным фенотипом или у пациентов с гормонозависимой бронхиальной астмой, получающих пероральные глюкокортикостероиды. В качестве дополнительной поддерживающей терапии взрослых пациентов с плохо контролируемым тяжелым хроническим полипозным риносинуситом. Противопоказания: повышенная чувствительность к дупилумabu или любому из вспомогательных веществ препарата; детский возраст до 6 лет у пациентов с атопическим дерматитом среднетяжелого и тяжелого течения, детский возраст до 12 лет для пациентов с бронхиальной астмой среднетяжелого и тяжелого течения в связи с неустоявленными эффективностью и безопасностью применения. С осторожностью: при беременности (только если ожидаемая польза превышает потенциальный риск для плода). Способ применения и дозы: препарат Дупиксент® вводится подкожно. Атопический дерматит: рекомендуемая доза препарата Дупиксент® у взрослых пациентов состоит из начальной дозы 600 мг (2 инъекции по 300 мг) и введения далее 300 мг каждые две недели; в зависимости от индивидуального терапевтического ответа доза может быть увеличена до 300 мг ежедневно. Рекомендуемая доза препарата Дупиксент® у пациентов с атопическим дерматитом в возрасте 6–17 лет для пациентов с массой тела от 15 до 30 кг начальная доза – 600 мг (2 инъекции по 300 мг), далее по 300 мг каждые 4 недели, для пациентов с массой тела от 30 до 60 кг начальная доза – 400 мг (2 инъекции по 200 мг), далее по 200 мг каждые 2 недели; для пациентов с массой тела 60 кг и более начальная доза – 600 мг (2 инъекции по 300 мг), далее по 300 мг каждые 2 недели. Бронхиальная астма: рекомендуемая доза препарата Дупиксент® у взрослых пациентов и детей (12 лет и старше): начальная доза – 400 мг (2 инъекции по 200 мг), далее по 200 мг каждые 2 недели, в зависимости от индивидуального терапевтического ответа доза может быть увеличена до 300 мг каждые 2 недели или начальная доза – 600 мг (2 инъекции по 300 мг), далее по 300 мг каждые 2 недели для пациентов с гормонозависимой бронхиальной астмой или с сопутствующим среднетяжелым или тяжелым атопическим дерматитом, при котором показано применение препарата Дупиксент®. Хронический полипозный риносинусит: начальная рекомендуемая доза для взрослых пациентов – 300 мг, далее 300 мг каждые 2 недели. В случае пропуска дозы пациент должен получить инъекцию как можно скорее и затем продолжить лечение в соответствии с назначенным ему режимом введения препарата. Побочное действие: наиболее частыми нежелательными реакциями, которые наблюдались в клинических исследованиях у пациентов с атопическим дерматитом, были конъюнктивит, бактериальный конъюнктивит, аллергический конъюнктивит, реакции в месте инъекции, герпес ротовой полости, эозинофилия, простой герпес, бляшарит, зуд в глазах, синдром сухого глаза; наиболее частыми нежелательными реакциями, которые наблюдались в клинических исследованиях у пациентов с бронхиальной астмой, были эритема, отек и зуд в месте инъекции. Профиль нежелательных реакций у пациентов в возрасте 6 лет и старше со среднетяжелым и тяжелым атопическим дерматитом и у пациентов 12 лет и старше с бронхиальной астмой был сопоставим с таковым у взрослых. Частыми нежелательными реакциями, которые наблюдались в клинических исследованиях у пациентов с хроническим полипозным риносинуситом, были конъюнктивит, реакции и отек в месте инъекции.

Для работников здравоохранения.

Представительство АО «Санofi-Вентис груп» (Франция)

125009, г. Москва, ул. Тверская, д. 22. Тел.: (495) 721-14-00, факс: (495) 721-14-11, [www.sanofi.ru](http://www.sanofi.ru)  
MAT-RU-2100577-1.0-02/2021

**SANOFI GENZYME**

**Дупиксент®**  
(дупилумаб)

# Жизненно важные лекарства должны быть доступны всем



## АПАЗОВ АЛЕКСАНДР ДМИТРИЕВИЧ

Кандидат фармацевтических наук, доцент, академик Международной академии информатизации, Президент Союза «Национальная фармацевтическая палата», Президент АО «Фармимэкс»



### Компания АО «Фармимэкс»

(правопреемник Главного аптечного управления Минздрава СССР, а затем России) **более 70 лет** представлена на Российском и зарубежном фармацевтических рынках.

### Основные направления деятельности «Фармимэкс»:

хранение и поставка лекарственных средств в соответствии с требованиями GDP, производство инновационной биотехнологической продукции в соответствии с требованиями GMP.

### Цели и задачи

- Приоритетное обеспечение учреждений здравоохранения жизненно важными лекарственными препаратами надлежащего качества
- Обеспечение льготных категорий населения России необходимыми лекарственными препаратами и медицинскими изделиями
- Развитие систем оптовой дистрибуции и розничной торговли в регионах Российской Федерации
- Стратегическое партнерство с международными и российскими производителями фармацевтической и биотехнологической продукции
- Выпуск биотехнологической продукции

С 1997 года АО «Фармимэкс» — один из ключевых поставщиков лекарств в государственном заказе. С середины 2000-х — ведет проекты по собственной разработке лекарственных средств. В 2014 году — начато производство лекарственных препаратов, тем самым мы охватываем все виды деятельности на фармацевтическом рынке.

### Преимущества «Фармимэкс»:

«Фармимэкс» входит в тройку крупнейших фармацевтических дистрибьюторов на рынке государственных закупок с долей в **5,3%\*** и с оборотом **более 30 млрд. рублей\*\*** в год. (\*Ремедиум, Итоги 2017, \*\*оборот с учетом отгрузок ед.поставщику)

- Наличие собственных площадей, мощностей и ресурсов в основных сегментах фармацевтического рынка — производстве, дистрибуции и рознице
- Долгосрочный успешный опыт партнерства с мировыми лидерами фармацевтической отрасли
- Адресная доставка лекарств от производителя до конечного потребителя в необходимых количествах и в установленные сроки, персонифицированная товаропроводящая цепочка
- Присутствие филиалов и представительств компании в большинстве субъектов РФ
- Высокие этические стандарты ведения бизнеса и следование международным антикоррупционным требованиям. Репутация надежного партнера для медицинских организаций и пациентов



### Препараты для лечения детских заболеваний:

- |           |              |                  |            |
|-----------|--------------|------------------|------------|
| ● Куван   | ● Траклир ДТ | ● Орфадин        | ● Завеска  |
| ● Педеа   | ● Реплагал   | ● Афинитор 25 мг | ● Элапраза |
| ● Солирис | ● Наглазим   | ● Револейд       | ● Октагам  |

# Фенистил



**Первый** противоаллергический препарат в форме капель, разрешенный к применению уже с 1 месяца жизни<sup>1</sup>



- Начинают действовать уже через 30 минут после применения<sup>2</sup>
- Удобная форма дозирования в зависимости от веса малыша<sup>2</sup>
- При аллергических заболеваниях: крапивница, пищевая и лекарственная аллергия, аллергический ринит, сенная лихорадка, кожный зуд различного происхождения<sup>2</sup>

1. Первый из противоаллергических препаратов в форме капель, разрешенный к применению у детей от 1-го месяца (по данным ГРЛС, июнь 2020). Инструкция по медицинскому применению препарата Фенистил капли РУ П N011663/01 от 01.04.2011. 2. Инструкция по медицинскому применению препарата Фенистил капли РУ П N011663/01 от 01.04.2011. 3. Фенистил – победитель в номинации «Препарат выбора для лечения аллергических проявлений у детей раннего возраста» по версии Russian Pharma Awards 2018. PM-RU-FENI-20-00085



## ВИБРОЦИЛ

**Бережная забота о дыхании\***

**для ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО И ХРОНИЧЕСКОГО РИНИТА И СИНУСИТА\*:**

- Может применяться у детей от 1 года\*
- Показан при различных видах ринита\*
- Может применяться непрерывно до 7 дней\*

### ДВОЙНОЕ ДЕЙСТВИЕ\*

**ФЕНИЛЭФРИН 2,5 мг в 1 мл (СОСУДОСУЖИВАЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ)**



- Мягкое сосудосуживающее действие\*
- Снижение отека слизистой носа и придаточных пазух\*

**ДИМЕТИНДЕН 0,25 мг в 1 мл (АНТИГИСТАМИННОЕ ДЕЙСТВИЕ)**



- Патогенетическое антигистаминное действие\*\*\*
- Уменьшение ринореи, зуда, чихания и других проявлений аллергии\*\*



Сокращенная информация по применению. Подробная информация представлена в инструкции по медицинскому применению препаратов. РУ: Капли назальные П N015192/03 от 07.08.08. \* Инструкция по медицинскому применению препарата. \*\* Н.Э. Бойкова, Т.И. Гаращенко «Комплексный подход в лечении аллергического ринита у детей», Детская оториноларингология №2, 2014, 42-46. \*\*\* При аллергическом рините

АО «ГлаксосмитКляйн Хелскер», Российская Федерация, 123112, г. Москва, Пресненская наб., д. 10, помещение III, комната 9, эт. 6. Тел.: 8 495 777 98 50. Товарный знак принадлежит или используется Группой Компаний ГлаксосмитКляйн

МАТЕРИАЛ ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ СОТРУДНИКОВ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Элапраза®  
(Идурсульфаз)

Когда важна  
**КАЖДАЯ ДЕТАЛЬ**

Сайлас | 1,5 года

Сайлас | 5 лет

**Элапраза®** — проверенная  
временем ФЗТ\* с человеческим профилем  
гликозилирования для эффективного улучшения  
соматических показателей у пациентов с МПС II<sup>1-5</sup>

Элапраза®  
Регистрационный номер: ЛСР-001413/08

**МНН:** идурсульфаз  
**Лекарственная форма:** концентрат для приготовления раствора для инфузий.  
**Фармакотерапевтическая группа:** Препараты для лечения заболеваний пищеварительного тракта и нарушений обмена веществ – ферменты.  
**Показания к применению.** Элапраза® показана для длительного лечения пациентов с синдромом Хантера (мукополисахаридозом II типа, МПС II).  
**Противопоказания.** Клинически выраженная или представляющая угрозу для жизни пациентов повышенная чувствительность к идурсульфазу или любому из вспомогательных веществ в тех случаях, когда симптомы не устраняются при проведении соответствующего лечения.  
**С осторожностью.** Дети с полным отсутствием (дефицей) или значительным изменением последовательности генов (реванкирированной) в ответ на введение препарата имеют высокий риск образования антител к идурсульфазу, в том числе нейтрализующих антител (см. раздел «Особые указания»).  
**Способ применения и дозы.** Только для внутривенных инфузий. Введение препарата Элапраза® необходимо проводить под контролем врача или другого медицинского работника, который имеет опыт лечения пациентов с мукополисахаридозом II типа или другими наследственными нарушениями метаболизма. Препарат Элапраза® следует вводить внутривенно капельно в течение 3 часов в дозе 0,5 мг/кг массы тела один раз в неделю. Только для внутривенных инфузий. Введение препарата Элапраза® необходимо проводить под контролем врача или другого медицинского работника, который имеет опыт лечения пациентов с мукополисахаридозом II типа или другими наследственными нарушениями метаболизма. Препарат Элапраза® следует вводить внутривенно капельно в течение 3 часов в дозе 0,5 мг/кг массы тела один раз в неделю. Применение у пациентов с почечной и печеночной недостаточностью. Опыт клинического применения препарата у пациентов с почечной и печеночной недостаточностью отсутствует.  
**Побочное действие.** Нежелательные реакции, отмеченные в клиническом исследовании препарата Элапраза®, почти во всех случаях были лёгкой или средней степени тяжести. Наиболее часто наблюдались реакции, связанные с инфузионным введением препарата. Наиболее частыми связанными с инфузией реакциями были реакции со стороны кожи (сыпь, зуд, крапивница и эритема), лихорадка, «приливы» крови и коние лица, свистящее дыхание, одышка, головная боль, рвота, боль в животе, тошнота и боль в груди. По мере продолжения терапии частота развития

реакций, связанных с инфузией, снижалась. Нарушения со стороны нервной системы: очень часто – головная боль; часто – головокружение, тремор. Нарушения со стороны сердца: часто – цианоз, аритмия, тахикардия. Нарушения со стороны сосудов: очень часто – приливы «крови» и коние лица; часто – повышение артериального давления (АД), снижение АД. Нарушения со стороны дыхательной системы, органов грудной клетки и средостения: очень часто – свистящее дыхание, одышка; часто – гипоксия, бронхоспазм, кашель. Нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта: очень часто – боль в животе, тошнота, диарея, рвота; часто – отёк языка, диспепсия. Нарушения со стороны кожи и подкожных тканей: очень часто – крапивница, сыпь, зуд, эритема. Нарушения со стороны скелетно-мышечной и соединительной ткани: часто – артралгия. Общие расстройства и нарушения в месте введения: очень часто – лихорадка, боль в груди; часто – припухлость в области инфузии, отёк лица, периферический отёк. Травмы, интоксикации и осложнения манипуляций: очень часто – реакции, связанные с инфузионным введением препарата. Иммуногенность: В рамках 4 проведённых исследований (ТНТ008, ТНТ018, ТНТ024/024ЕХТ) у 53/107 пациентов (50%) в различные сроки выработались антитела класса IgG к идурсульфазу. Частота случаев формирования нейтрализующих антител составила 24% (у 26/107 пациентов). У детей: Нежелательные лекарственные реакции, наблюдаемые у детей, не отличались от соответствующих реакций у взрослых пациентов. Перечень всех побочных эффектов представлен в инструкции по медицинскому применению. **Условия отпуска.** Отпускают по рецепту. **Организация, уполномоченная владельцем регистрационного удостоверения лекарственного препарата для медицинского применения на принятие претензий от потребителей:** ООО «Шайер Биотех Рус», Российская Федерация, 119021, г. Москва, ул. Тимура Фрунзе, д. 11, стр. 1, этаж 6, пом. I, ком. 6; 8; 12. Тел.: +7 (495) 787-04-77; факс: +7 (495) 787-04-78. Полная информация по препарату представлена в инструкции по медицинскому применению препарата [ИМП].

Настоящая сокращённая инструкция по применению (СИП) представлена исключительно в информационных целях и не может служить в качестве исчерпывающего руководства при назначении и применении препарата, СИП (V.5) от 24.05.2019 на основании ИМП от 08.04.2019.

\* ФЗТ – ферментная заместительная терапия.

- Whiteman D.A. and Himura A. Development of idursulfase therapy for mucopolysaccharidosis type II (Hunter syndrome): the past, the present and the future. Drug Des. Devel. Ther. 2017; 11: 2467-2480.
- Burton B.H., Whiteman D.A., HOS Investigators. Incidence and timing of infusion-related reactions in patients with mucopolysaccharidosis type II (Hunter syndrome) on idursulfase therapy in the real-world setting: a perspective from the Hunter Outcome Survey (HOS). Mol. Genet. Metab. 2011; 103(2):113-20.
- Клинические рекомендации. Мукополисахаридоз тип II. 2019.
- Muenzer J., Wraith J.E., Beck M., et al. A phase II/III clinical study of enzyme replacement therapy with idursulfase in mucopolysaccharidosis II (Hunter syndrome). Genet. Med. 2006; 8(8): 465-73.
- Muenzer J., Beck M., Eng C.M., et al. Long-term, open-labeled extension study of idursulfase in the treatment of Hunter syndrome. Genet. Med. 2011; 13(2): 95-101.

ООО «Танеда Фармасьютиналс»: ул. Усачёва, 2, стр. 1, 119048, Москва, Россия  
Тел.: (495) 933 5511, факс: (495) 502 1625  
www.takeda.com.ru

C-APROM/RU//0606, дата разработки: август 2020





**ГЛУРАЗИМ®**  
ИМИГЛЮЦЕРАЗА

**НАДЕЖНАЯ ПОМОЩЬ.  
ПОЛНОЦЕННАЯ ЖИЗНЬ.**

- Первый биоаналог имиглюцеразы\*
- Доказанная эффективность в лечении болезни Гоше\*
- Высокая безопасность при длительном применении\*
- Улучшение качества жизни пациентов\*

**Краткая инструкция по медицинскому применению препарата Глуразим®. Регистрационный номер: ЛП-005297-170119. Фармакодинамика.** Действующее вещество препарата Глуразим® – имиглюцераза является модифицированной формой  $\beta$ -глюкоцереброзидазы, полученной рекомбинантным путем. Имиглюцераза замещает недостаток фермента, гидролизует глюкозилцерамид, таким образом, купируя начальные патофизиологические изменения и предотвращая развитие вторичных патологических проявлений заболевания. Лечение имиглюцеразой приводит к уменьшению размеров селезенки и печени, улучшает или нормализует уровень тромбоцитов и эритроцитов в крови, улучшает или нормализует минеральную плотность костей и снижает инфильтрацию костного мозга, а также ослабляет или купирует боль в костях и костные кризы. **Показания к применению.** Для длительной ферментозаместительной терапии пациентов с подтвержденным диагнозом болезни Гоше первого типа (без нейронопатических проявлений) или третьего типа (с хроническими нейронопатическими проявлениями), у которых имеются клинически значимые проявления болезни Гоше, не относящиеся к неврологическим, имеющих один или более из следующих симптомов: анемия (после исключения других причин, таких как дефицит железа), тромбоцитопения, костные заболевания (после исключения других причин, таких как дефицит витамина D), гепатомегалия или спленомегалия. **Противопоказания для применения.** Повышенная чувствительность к действующему или любому из вспомогательных веществ препарата Глуразим®. **Способ применения и дозы.** Для внутривенной инфузии. Каждый флакон препарата Глуразим® предназначен только для однократного применения. Восстановление и разведение препарата должны проводиться в асептических условиях. После восстановления и разведения препарат вводят путем в/в инфузий. При первых инфузиях Глуразима скорость введения не должна превышать 0,5 ЕД/кг/мин. Впоследствии скорость инфузии можно увеличить, но не более чем до 1 ЕД/кг/мин. Увеличение скорости инфузии должно проводиться под наблюдением медицинского работника. **Применение в педиатрии.** Специальный подбор дозы для детей не требуется. **Применение при беременности и в период лактации.** Ограниченное количество имеющихся данных об исходах 150 беременностей свидетельствует о том, что применение имиглюцеразы помогает контролировать болезнь Гоше во время беременности. В каждом случае у беременных пациенток с болезнью Гоше и у тех, кто планирует беременность, необходима оценка соотношения риск-ожидаемая польза лечения. **Побочные действия.** Лечение имиглюцеразой в некоторых случаях может сопровождаться развитием нежелательных реакций с различной частотой. Чаще других могут отмечаться (от  $\geq 1/100$  до  $< 1/10$ ): одышка, кашель, реакции гиперчувствительности, крапивница/ангионевротический отек, зуд, сыпь; нечасто (от  $\geq 1/1000$  до  $< 1/100$ ) возможны: головокружение, головная боль, парестезия, тахикардия, цианоз, приливы, гипотензия, рвота, тошнота, спастические боли в животе, диарея, артралгия, боли в спине, чувство дискомфорта, жжение и отек в месте инъекции, стерильный абсцесс в месте инъекции, дискомфорт в области грудной клетки, лихорадка, озноб, чувство усталости; редко (от  $\geq 1/10000$  до  $< 1/1000$ ) возможно развитие анафилактических реакций. **Организация, принимающая претензии по качеству и сообщения о нежелательных реакциях от потребителей:** АО «ГЕНЕРИУМ», 601125, Владимирская обл., Петушинский район, пос. Волгинский, ул. Заводская, стр. 273, т/ф +7 (49243) 72-5-20, 72-5-14, pv@generium.ru. **Для получения более подробной информации ознакомьтесь с полной инструкцией по медицинскому применению лекарственного препарата Глуразим® перед его назначением.**



\*Отчет о клиническом исследовании II-III фазы, № GLZ-GHD-III/III, 2017. – 187 с.  
Материал предназначен для специалистов здравоохранения.

АО «ГЕНЕРИУМ», 123317, г. Москва, ул. Тестовская, д. 10, подъезд 2  
Тел./факс: +7 (495) 988-47-94, www.generium.ru



**Generium**  
Pharmaceutical

# 75–80%

ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ  
ИМЕЮТ **ВЫСОКИЙ**  
**РИСК СОХРАНЕНИЯ**  
**ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ**  
**ТЕЛА ВО ВЗРОСЛОМ**  
**ВОЗРАСТЕ<sup>1</sup>**

## Саксенда®

лираглутид для подкожного введения

**ЕДИНСТВЕННЫЙ АНАЛОГ**  
ГЛЮКАГОНОПОДОБНОГО ПЕПТИДА 1  
(ГПП-1) ОДОБРЕННЫЙ С ЦЕЛЬЮ СНИЖЕНИЯ  
ВЕСА У ПОДРОСТКОВ СТАРШЕ 12 ЛЕТ<sup>2</sup>



- Аналогично **человеческому ГПП-1** подавляет чувство голода, тем самым снижая потребление пищи<sup>1</sup>
- **Значительно эффективнее** снижает массу тела по сравнению с плацебо у подростков старше 12 лет:

**В 4 РАЗА ВЫШЕ**  
ВЕРОЯТНОСТЬ  
СНИЖЕНИЯ ИМТ<sup>3</sup>

БОЛЕЕ,  
ЧЕМ НА  
**10%**

1. Lifshitz F. Obesity in children. J Clin Res Pediatr Endocrinol. 2008; 1:53–60. 2. Инструкция по применению лекарственного препарата Саксенда®, <http://girls.rosminzdrav.ru>. 3. Kelly AS, Auerbach P, Barrientos-Perez M, et al. A randomized, controlled trial of liraglutide for adolescents with obesity. N Engl J Med. 2020;382:2117–2128.

**Краткая инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Саксенда®. Регистрационный номер:** ЛП-003491. **Торговое наименование:** Саксенда®. **Международное непатентованное наименование:** лираглутид. **Фармакотерапевтическая группа:** Гипогликемическое средство – аналог глюкагоноподобного пептида-1 (ГПП-1). **Код АТХ** А10ВJ02. **Показания к применению.** Препарат Саксенда® показан в качестве дополнения к низкокалорийной диете и усиленной физической нагрузке для длительного применения с целью коррекции массы тела у взрослых пациентов с ИМТ:  $\geq 30$  кг/м<sup>2</sup> (ожирение) или  $\geq 27$  кг/м<sup>2</sup> до  $< 30$  кг/м<sup>2</sup> (избыточная масса тела) при наличии хотя бы одного связанного с избыточной массой тела сопутствующего заболевания, такого как предиабет, сахарный диабет 2 типа, артериальная гипертензия, дислипидемия или синдром обструктивного апноэ во сне, а также препарат Саксенда® может быть использован в качестве дополнения к здоровому питанию и усиленной физической нагрузке с целью коррекции массы тела у подростков в возрасте от 12 лет и старше с массой тела свыше 60 кг и ожирением (ИМТ, соответствующий  $\geq 30$  кг/м<sup>2</sup> (ожирение) для взрослых согласно международным пороговым значениям). **Противопоказания.** Гиперчувствительность к лираглутиду или любому из вспомогательных веществ препарата; модулярный рак щитовидной железы в анамнезе, в том числе в семейном; множественная эндокринная неоплазия 2 типа; тяжелая депрессия, суицидальные мысли или поведение, в том числе в анамнезе. Противопоказано применение у следующих групп пациентов и при следующих состояниях/заболеваниях в связи с отсутствием данных по эффективности и безопасности: почечная недостаточность тяжелой степени (клиренс креатинина (КК) менее 30 мл/мин); печеночная недостаточность тяжелой степени; детский возраст до 12 лет; подростки в возрасте от 12 до 18 лет с массой тела меньше или равной 60 кг; у пациентов в возрасте  $\geq 75$  лет; период беременности и грудного вскармливания, или на фоне применения лекарственных препаратов, которые могут привести к увеличению массы тела. У пациентов с сахарным диабетом препарат Саксенда® не должен применяться в качестве заменителя инсулина. Опыт применения препарата Саксенда® у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника и диабетическим парезом желудка ограничен. Применение лираглутида у таких пациентов не рекомендуется, поскольку оно связано с транзиторными нежелательными реакциями со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), включая тошноту, рвоту и диарею. **С осторожностью.** Препарат Саксенда® рекомендуется применять с осторожностью у пациентов с печеночной недостаточностью легкой и средней степени тяжести, заболеваниями щитовидной железы и наличием острого панкреатита в анамнезе. **Применение в период беременности и грудного вскармливания.** Применение препарата Саксенда® в период беременности и в период грудного вскармливания противопоказано. **Способ применения и дозы.** Препарат Саксенда® предназначен только для подкожного введения. Его нельзя вводить внутривенно или внутримышечно. Препарат Саксенда® вводят один раз в сутки в любое время, независимо от приема пищи. Его следует вводить в область живота, бедра или плеча. Место и время инъекции могут быть изменены без коррекции дозы. Тем не менее, желательно делать инъекции примерно в одно и то же время суток после выбора наиболее удобного времени. Начальная доза составляет 0,6 мг в сутки. Дозу увеличивают до 3,0 мг в сутки, прибавляя по 0,6 мг с интервалами не менее одной недели для улучшения желудочно-кишечной переносимости. Терапию препаратом Саксенда® для взрослых пациентов следует прекратить, если после 12 недель применения препарата в дозе 3,0 мг в сутки потеря в массе тела составила менее 5% от исходного значения. Терапию препаратом Саксенда® для подростков в возрасте от 12 лет и старше следует прекратить и пересмотреть, если после 12 недель применения препарата в дозе 3,0 мг в сутки или максимальной переносимой дозе пациенты потеряли менее 4% от своего ИМТ или 2-показателя ИМТ. **Побочное действие.** Нарушения со стороны ЖКТ являлись наиболее часто отмечаемыми побочными эффектами во время терапии препаратом Саксенда®. По данным КИ и пострегистрационного применения лираглутида были зарегистрированы случаи перодозировки при применении препарата в дозе до 72 мг (в 24 раза больше рекомендуемой дозы для коррекции массы тела). Пациенты отмечали сильную тошноту, сильную рвоту и тяжелую гипогликемию. В случае перодозировки необходимо начать соответствующую поддерживающую терапию в соответствии с клиническими признаками и симптомами. Пациента следует наблюдать на предмет клинических признаков обезвоживания и контролировать концентрацию глюкозы крови. **Особые указания.** **Холелитиаз и холецистит.** В КИ была отмечена более высокая частота развития холелитиаза и холецистита у пациентов, получавших препарат Саксенда®, по сравнению с получавшими ми плацебо пациентами. Это может быть частично объяснено тем, что значительное снижение массы тела при применении препарата Саксенда® может увеличить риск развития холелитиаза и холецистита. Холелитиаз и холецистит могут привести к госпитализации и холецистэктомии. Пациенты должны быть проинформированы о характерных симптомах холелитиаза и холецистита. **Форма выпуска.** Раствор для подкожного введения 6 мг/мл, шприц-ручки №5. **Срок годности.** 30 месяцев. **Условия отпуска.** По рецепту. **Для более полной информации см. инструкцию по медицинскому применению лекарственного препарата.**

Только для специалистов здравоохранения

ООО «Ново Нордиск»

Россия, 121614, Москва, ул. Крылатская, д. 15, офис 41

Тел.: +7 (495) 956-11-32, факс: +7 (495) 956-50-13

[www.novonordisk.ru](http://www.novonordisk.ru) • [www.novonordisk.com](http://www.novonordisk.com)



**ВЫРАЖАЕМ БЛАГОДАРНОСТЬ:**

